

Skrb o kompleksnim pacijentima – prikaz slučaja iz skupne prakse obiteljske medicine na području Varaždinske županije

Tatjana Prenda Trupeć¹, Ana Ivičević Uhernik², Aleksandar Džakula³

¹Care and Public Health Research Institute, Maastricht University, Maastricht, Netherlands

²Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, Hrvatska

³Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, Hrvatska

Autor za korespondenciju:

doc. dr. sc. Ana Ivičević Uhernik, prim. dr. med.; e-pošta: ana.ivicovic@hzjz.hr; adresa: Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Rockefellerova ul. 7, 10000 Zagreb, Hrvatska

Sažetak

U ovom radu, kroz analizu pruženih zdravstvenih usluga i socio-ekonomskog statusa 41 kompleksnog pacijenta skupne prakse Breznica iz Varaždinske županije tijekom 2022. godine, prikazani su nedostaci u procesu pružanja skrbi na razini primarne zdravstvene zaštite. Prosječnih 4,3 posjeta patronažne sestre, 36 posjeta sestre zdravstvene njege u kući godišnje po pacijentu te niti jedan posjet mobilnog palijativnog tima ne pokriva potrebe kompleksnih pacijenata. Samo 4 propisane fizikalne terapije u kući govore u prilog kompleksnosti procedure, čime je pristup ovoj usluzi značajno otežan. Nedostatak gerontodomaćica, nepostojanje prihvatljivog alternativnog smještaja za starije te nedovoljna podrška neformalnim njegovateljima, koji su u pravilu članovi obitelji, također utječe na smanjenje kvalitete života kompleksnih pacijenata i često nepotrebne hospitalizacije. Liječnici zbog velikog opterećenja kontinuirano smanjuju broj kućnih posjeta. Uključenost sektora socijalne skrbi u skrb o kompleksnim pacijentima je nedovoljna. Nakon provedenih 30 pojedinačnih intervjua s članovima skupne prakse i patronažnom sestrom, u radu su predložene preporuke za unapređenje pružanja skrbi kompleksnim pacijentima, uključujući jačanje međusektorske suradnje, strateško planiranje, integriranje informacijskih sustava te praćenje i ujednačavanje kvalitete pružanja usluga. Temeljem analize dobre prakse, kao moguće rješenje za poboljšanje skrbi, predloženo je uvođenje eKućne posjete kroz razvoj telemedicinske platforme i opremanje patronažne sestre i sestre zdravstvene njege u kući te omogućavanje telekonzultacija.

Ključne riječi: dugotrajna skrb; kompleksni pacijenti; obiteljska medicina; primarna zdravstvena zaštita; palijativna skrb; demencija; nepokretnost; otvori

Uvod

Starenje stanovništva u Hrvatskoj predstavlja veliki izazov za zdravstveni i socijalni sustav. Dugotrajna skrb igra ključnu ulogu u rješavanju potreba osoba s kroničnim bolestima, invaliditetom ili funkcionalnim ograničenjima.

U Hrvatskoj velik izazov predstavlja održavanje dostatnih kapaciteta primarne zdravstvene zaštite kako bi se pokrila potražnja za dugotrajnom skrbi. Podaci iz 2022. pokazuju da na 1.000 stanovnika ima otprilike 2,5 liječnika, što je ispod prosjeka EU koji iznosi 3,6. Slično tome, Zeleníková i sur. utvrdili su kako je dostupnost medicinskih sestara i primalja u Hrvatskoj i dalje je ograničena, i iznosi 5,8 na 1.000 stanovnika, u usporedbi s prosjekom

EU-a od 8,4 (1). Taj je nedostatak posebno izražen u ruralnim područjima, gdje je pristup zdravstvenoj skrbi dodatno ograničen geografskim i infrastrukturnim preprekama.

Postojeća literatura naglašava rastuću globalnu potražnju za uslugama dugotrajne skrbi, potaknutu starenjem stanovništva i sve većom prevalencijom kroničnih stanja (2, 3). Džakula i sur. te Banadinović i sur., u studijama vezanim uz situaciju u Hrvatskoj ističu sustavne nedostatke u pružanju dugotrajne skrbi, uključujući ograničene mogućnosti formalne skrbi, neadekvatnu integraciju zdravstvenih i socijalnih usluga te razlike u pristupu ruralnoj i urbanoj skrbi (4, 5). Telemedicina se pojavljuje kao obećavajuće rješenje za poboljšanje pristupa i učinkovitosti u dugotrajnoj skrbi, o čemu svjedoče meta analize u europskom i globalnom kontekstu (6, 7).

Ključne barijere u dugotrajnoj skrbi utvrđene u literaturi uključuju:

- nedovoljan kapacitet primarne zdravstvene zaštite za upravljanje rastućim potrebama za dugotrajnom skrbi
- socioekonomske prepreke koje ograničavaju pristup skrbi i
- nedovoljnu upotrebu digitalnih zdravstvenih rješenja za rješavanje izazova dugotrajne skrbi.

U ovom radu ispituju se temeljni zdravstveni i socijalni čimbenici koji pridonose potražnji za dugotrajnom skrbi u Hrvatskoj te mogućnosti i nedostaci u kapacitetima primarne zdravstvene zaštite za zadovoljavanje tih potreba.

Ovo istraživanje je provedeno u sklopu završnog specijalističkog rada T. Prenda Trupec „Skrb o kompleksnim pacijentima na razini primarne zdravstvene zaštite – prikaz slučaja skupne prakse na području Varaždinske županije“, na sveučilišnom poslijediplomskom studiju Javno zdravstvo na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu, obranjenog 8. 10. 2025. godine te je izrađen u okviru projekta "Unapređenje skrbi za kompleksne pacijente", broj odobrenja Etičkog povjerenstva Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu: Ur. Broj: 380-59-10106-23-111/38, Klasa: 641-01/23-02/01 Datum: 27.3.2023.

Metodologija

Rad je oblikovan kao prikaz slučaja koji uključuje korištenje kvantitativnih i kvalitativnih podataka.. Ovakav pristup ima za cilj ukazati na sveobuhvatne potrebe kompleksnih skupina pacijenata te raspoloživost i dostupnost resursa na razini primarne zdravstvene zaštite u zadovoljavanju cjelovite skrbi. Navedeno istraživanje provedeno je na primjeru skupne prakse u općini Breznica na području Varaždinske županije.

Korišteni su podaci raspoloživi u okviru skupne prakse radi utvrđivanja broja i identifikacije pacijenta koji pripadaju u jednu od četiri sljedeće grupe kompleksnih pacijenata te im je pružena zdravstvena usluga od strane skupne prakse tijekom 2022. godine:

- nepokretni pacijenti potpuno ovisni o tuđoj pomoći (novonastala ili stara nepokretnost)
- pacijenti s umjetnim otvorom, cijevi tehnološki složenim pomagalom i sl.
- palijativni pacijenti i
- pacijenti s kroničnom teškom duševnom bolešću ili demencijom.

Za identificiranje pacijente, u anonimiziranom obliku, napravljena je analiza medicinskih i administrativnih podataka za razdoblje čitave 2022. godine, kako bi se utvrdile osnovne karakteristike navedenih pacijenata te je napravljena analiza pruženih usluga od strane skupne prakse, patronažne sestre i sestre zdravstvene njege u kući. Prikazan je broj i vrsta obavljenih usluga patronažne sestre, broj obavljenih usluga zdravstvene njege u kući, njihova dinamika tijekom čitave 2022. godine te je deskriptivno opisan tijek liječenja. Podaci su dobiveni iz medicinskog zdravstvenog zapisa i elektroničkog zdravstvenog zapisa kojima pristupaju obje ordinacije skupne prakse, liste pruženih usluga i propisanih usluga zdravstvene njege u kući te bilježenjem informacija dobivenih tijekom razgovora s oba obiteljska liječnika skupne prakse, medicinskim sestrama koje rade u skupnoj praksi i patronažnom sestrom.

Analiza obuhvaća podatke navedene u Tablici 1.

Uz analizu administrativnih podataka, provedeno je 8 intervjua s liječnicom i 14 intervjua s liječnikom skupne prakse, 6 intervjua sa medicinskim sestrama skupne prakse i 2 intervjua s patronažnom sestrom

te završni sastanak s liječnicima skupne prakse.. Intervjuima su prikupljene: a) dodatne informacije o zdravstvenom i socio-ekonomskom stanju pacijenata; b) informacije koje mogu detaljnije opisati situaciju i odnose između pružatelja usluga, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) te drugih dionika uključenih u skrb za kompleksne pacijente, c) informacije o mogućnostima korištenja telemedicine za skrb o navedenim pacijentima (također navedeno u Tablici 1). Sveukupno, informacije prikupljene intervjuima korištene su za bolje razumijevanje prikupljenih medicinskih i administrativnih podataka te za cjelovitije oblikovanje mogućih preporuka. Intervjui su u pratili tablice koje opisuju pacijente te su provedeni telefonski. Dobivene informacije bilježile su se direktno u spomenute tablice koje opisuju pacijente, a temeljem kojih je napravljena analiza. Završni sastanak s oba liječnika skupne prakse obavljen je uživo u formi razgovora o problemima i mogućim poboljšanjima. Tijekom razgovora vođene su bilješke koje su nakon razgovora strukturirane i uvrštene u rad.

Prikaz slučaja

Skupna praksa djeluje u prostorijama Doma zdravlja Varaždin u Breznici. Čine ju dvoje liječnika obiteljske medicine i dvije medicinske sestre. Skrbe o 3.036 pacijenata iz Breznice i okoline, svih dobnih skupina s pacijentima od 0 do 100 godina.

Podršku skupnoj praksi pruža patronažna sestra Doma zdravlja Varaždin zadužena za to područje te nekoliko privatnih ustanova za zdravstvenu njegu u kući i fizikalnu terapiju u kući. Prema vlastitoj ocjeni, svi zajedno su u gotovo svakodnevnoj komunikaciji i dobro surađuju.

Profil kompleksnih pacijenata u skupnoj praksi

Od 3.036 pacijenata koji su u skrbi skupne prakse u Breznici, identificiran je 41 pacijent koji pripadaju u jednu od četiri gore navedene grupe kompleksnih pacijenata, ili u više grupa te im je pružena zdravstvena usluga od strane skupne prakse bar jednom tijekom 2022. godine:

- 17 nepokretnih pacijenata potpuno ovisnih o tuđoj pomoći (novonastala ili stara nepokretnost);
- 1 pacijent s umjetnim otvorom, cijevi tehnološki složenim pomagalom i sl;
- 14 palijativnih pacijenata;
- 4 pacijenata s kroničnom teškom duševnom bolešću ili demencijom;
- 1 pacijent nepokretan i s demencijom;
- 1 pacijent koji je palijativan i s umjetnim otvorom;
- 1 pacijent koji je palijativan i nepokretan;
- 1 pacijent koji je palijativan, nepokretan i s umjetnim otvorima

Po spolu, u navedenoj skupini nalazi se 17 pacijenata muškog i 24 pacijentice ženskog spola.

Vežano uz godine, prosjek godina svih pacijenata je 75, no razlike su velike, poglavito vezano uz dijagnozu. Od svih 41 pacijenata, 5 pacijenata je starije od 90 godina, 11 pacijenata je u dobi između 80 i 90 godina, 14 pacijenata je u dobi između 70 i 80 godina, 7 pacijenata je između 60 i 70 godina te su 4 pacijenta mlađe od 60 godina. Najstariji pacijent ima 98 godina a najmlađi 23.

Glavne dijagnoze pacijenata prikazane su u Tablici 2.

U dodatnim dijagnozama uglavnom se nalaze kronične nezarazne bolesti ili bolesti lokomotornog sustava pa tako od 41 pacijenta njih 10 ima dijabetes, 24 hipertenziju, 4 kroničnu opstruktivnu plućnu bolest te 14 druge organske poremećaje ličnosti i ponašanja uzrokovane bolešću, oštećenjem i disfunkcijom mozga. S obzirom da je dodatnih dijagnoza jako puno te su mnoge od njih zabilježene nestrukturirano u medicinskom zapisu prakse ili u elektroničkom zdravstvenom zapisu, bilo kroz izvještaj o pojedinoj posjeti, uputnicu, recept ili kroz eNalaz, eOtpusno pismo iz bolnice, liječnici skupne prakse izdvojili su najvažnije dodatne dijagnoze za svakog pacijenta pojedinačno.

Analiza socio-ekonomskih parametara i uvjeta života, proizašla iz intervjua sa zdravstvenim djelatnicima, pokazala je kako su samo 2 pacijenta dobrostojeća, 20 pacijenata je srednjeg socijalnog statusa, dok je 19 pacijenata siromašno. Od 41 pacijenta, 37 pacijenata živi s jednim ili više članova

obitelji, 2 pacijenata živi samo, od čega jedna pacijentica živi u kući do kćeri te 2 pacijentice žive u udomiteljskim obiteljima. S obzirom da se radi o ruralnom kraju, 39 od 41 pacijenta živi u kući, a samo 2 pacijenta u stanu, od čega jedan nepokretni pacijent živi u stanu na drugom katu bez lifta, što mu značajno otežava pristup zdravstvenim uslugama. O pacijentima obično skrbi obitelj s kojom žive, a koja se obično sastoji od supruge/supruga, kćeri s obitelji, sina s obitelji i često unuka koji su također na neki način uključeni u skrb, dijelom radi e-mail komunikacije s liječnikom, podizanja lijekova i sl. Četiri pacijenta borave u prostoru koji je u lošem stanju te svih četvoro nisu redovno okupani i uredni. Veći dio pacijenata je normalno uhranjeno, no 2 pacijenta je pothranjeno i 2 pacijenta pretilo. Samo 2 pacijenta su visoke ili više stručne spreme, 3 pacijenta srednje stručne spreme, a ostali su KV ili NKV radnici ili domaćice.

Pristup automobilu preko obitelji ima 37 od 41 pacijenta, što liječnici i sestre navode kao važno s obzirom da je bolnica udaljena 40 kilometara. Pristup fiksnom ili mobilnom telefonu, sami ili preko obitelji ima svih 41 pacijenata.

Kroz intervjue s liječnicima skupne prakse utvrđeno je kako je za 21 pacijenta uključena socijalna služba, kroz odobrenje rentnih prava ili oduzimanje poslovne sposobnosti te su 2 pacijenta smještene u udomiteljske obitelji, no kako ne postoji pouzdana razmjena informacija između sektora zdravstva i socijalne skrbi, nije bilo moguće utvrditi jesu li rentna prava počela prije, tijekom promatrane 2022. godine ili kasnije.

Korištenje zdravstvene zaštite

Kućne posjete liječnika obavljene su uglavnom inicijalno i često prije 2022. godine pa je tijekom promatrane godine 28 pacijenata imalo prosječno jednu kućnu posjetu, dok 23 pacijenta nije imalo posjet liječnika, već je (česta) komunikacija bila telefonski i/ili mailom s pacijentom ili s obitelji pacijenta, ili sa sestrom zdravstvene njege u kući/patronaže tijekom posjeta. Liječnici su kod pacijenata dogovarali plan liječenja, obavljali preglede i pružali konzultacije. Sveukupno je bilo 176 posjeta patronažne sestre odnosno 4,3 posjete po pacijentu tijekom godine, s tim da 10 pacijenata nije imalo niti jednu posjetu tijekom godine, 8 pacijenata je imalo 1 ili 2 posjete, 8 pacijenata je imalo 3 do 5 posjeta, 8 pacijenata je imalo 5 do 10 posjeta i 7 pacijenata je imalo preko 10 posjeta, s tim da je najviše bilo 13 posjeta za pojedinačnog pacijenta, kako je prikazano na Slici 1.

Patronažna sestra prvenstveno radi procjenu potrebe za sestrom zdravstvene njege u kući te u periodičkoj posjeti savjetuje pacijenta i obitelj oko prehrane, uzimanja lijekova, njege, mjeri tlak, šećer i ostale vitalne funkcije, ocjenjuje suradljivost i sl.

Medicinske sestre zdravstvene njege u kući uključene su u skrb o ovoj skupini pacijenata u velikom obimu pa je prosječan broj posjeta po pacijentu 36 tijekom 2022. godine, dok je ukupno za svih 41 pacijenta bilo 1.466 posjeta. Broj posjeta se značajno razlikuje s obzirom na dijagnozu pa tako varira od najmanje 1 put tijekom 2022. godine do najviše 240 za pojedinačnog pacijenta, prikazano u Tablici 3. Sestra zdravstvene njege u kući kod pacijenata uglavnom obavlja uzorkovanje krvi u domu bolesnika, pomoć u higijeni, edukaciju obitelji, aplikaciju lijekova, sprječavanje dekubitusa, pasivno razgibavanje, pomoć oko stome, savjetovanje oko parenteralne terapije, povijanje rana te se često savjetuje s ostalim članovima medicinskog tima poput liječnika, medicinske sestre iz skupne prakse ili patronažne sestre. Ukupno je pruženo 1.550 usluga odnosno 38 usluga po pacijentu. Broj se razlikuje od broja posjeta jer je sestra zdravstvene njege u kući u nekim posjetama pružala više usluga. Broj pruženih usluga prema vrsti postupaka prikazan je u Tablici 4.

Niti jednog pacijenta u 2022. godini nije posjetio mobilni palijativni tim, za što je moguće objašnjenje da su tek 2022. godine počeli s radom, a samo 4 pacijenta su dobili propisane zdravstvene usluge fizikalne terapije u kući. S obzirom na to da ne postoji razmjena podataka između liječnika obiteljske medicine i ustanova za fizikalnu terapiju u kući, nije moguće utvrditi koje su usluge pružene tijekom posjete.

Tijekom 2022. godine bio je hospitaliziran 21 pacijent. Razlozi hospitalizacije, za koje postoje podaci, su prikazani u Tablici 5. Za pacijente koji su hospitalizirani putem hitne medicinske službe i bez uputnice obiteljskog liječnika ne postoje podaci. Jedna pacijentica umrla je tijekom hospitalizacije radi akutnog liječenja na odjelu gastroenterologije. Jedan pacijent je imao dvije hospitalizacije tijekom godine.

Sanitetski prijevoz je propisan za 24 pacijenta. Hitna medicinska služba intervenirala je kod 10 od 41 pacijenta tijekom 2022. godine, u pravilu nakon telefonske konzultacije pacijenta ili obitelji s obiteljskim liječnikom, pri čemu je 7 pacijenata odvezeno u bolnicu radi komplikacija korona infekcije ili drugih hitnih stanja, a 3 pacijenata je zbrinuto u kući od strane hitne medicinske službe.

Rezultati analize ovog slučaja naglašavaju hitnost rješavanja sistemskih slabosti u hrvatskom sustavu skrbi za kompleksne pacijente i sustavu dugotrajne skrbi. Kako je razvidno iz prikazanih podataka, prosječnih 4,3 posjeta patronažne sestre, 36 posjeta sestre zdravstvene njege u kući te 38 pruženih usluga zdravstvene njege u kući godišnje po pacijentu ne pokriva potrebe kompleksnih pacijenata.

Niti jednog pacijenta nije posjetio mobilni palijativni tim u 2022. godini. Iako se od tad situacija popravila, kako navode liječnici skupne prakse, još uvijek je broj posjeta puno manji od potreba. Samo 4 propisane fizikalne terapije u kući za 41 pacijenta govori u prilog tome da je procedura komplicirana. Liječnik propisuje fizikalnu terapiju u kući isključivo na preporuku bolničkog specijalista te se odobrenje rješava na način da obitelj fizički nosi papire od obiteljskog liječnika u ustanovu za fizikalnu terapiju u kući pa u HZZO na odobravanje. S obzirom da su najbliža bolnica i HZZO udaljeni više od 40 kilometara od Breznice, obitelji koje se 24 sata brinu o kompleksnim pacijentima rijetko imaju vrijeme, novac i volju proći navedenu proceduru pa se može reći da je sustav otežao pristup ovoj usluzi. S obzirom da se radi o staračkim kućanstvima te bolesti često prate i neadekvatni socijalno-ekonomski uvjeti, poglavito zbog odlaska mladih za poslom u velike gradove ili inozemstvo, nedovoljna socijalna skrb direktno je u vezi s pogoršanjem zdravstvenog stanja pacijenata. Na to utječe i nedostatak gerontodomaćica i nepostojanje prihvatljivog alternativnog smještaja za starije.

Obitelji koje skrbe o kompleksnim pacijentima nemaju podršku sustava u vidu dnevnih boravaka za dementne pacijente, podrške njihovom mentalnom zdravlju, edukacije ili pomoći u kući.

Liječnici zbog velikog opterećenja i povećanja broja posjeta iz godine u godinu smanjuju broj kućnih posjeta. Uključenost sektora socijalne skrbi u skrb o kompleksnim pacijentima je nedovoljna, prvenstveno zbog podkapacitiranosti centra za socijalnu skrb osobljem te zbog nemogućnosti razmjene podataka. Iako često ne postoje pravi medicinski razlozi, bolesnici su prisiljeni koristiti bolničko liječenje, s obzirom da obitelji ponekad ne mogu 24 sata biti uz kompleksnog bolesnika. Brzo starenje stanovništva, u kombinaciji sa socioekonomskim nejednakostima i nedostatkom radne snage, predstavlja kritičan izazov za kreatora politika. Demografski i epidemiološki trendovi naglašavaju sve veću potražnju za skrbi, dok socioekonomske razlike pogoršavaju navedene izazove.

Procjena mogućnosti korištenja telemedicine u zadovoljavanju potreba kompleksnih pacijenata

Pozitivan pomak u skrbi za ovu skupinu bolesnika predstavljala bi tzv. virtualna kućna posjeta (eKućna posjeta) u kojoj bi medicinska sestra bila produžena ruka liječnika, a koji bi elektroničkim putem, u realnom vremenu imao video vezu s pacijentom i njegovom obitelji te dobivao parametre s raznih medicinskih uređaja. Navedeno bi, umjesto kućne posjete, koja zahtjeva i po 3 sata, mogao odraditi virtualno iz ordinacije, u sklopu radnog vremena u 30 minuta, bilježeći standardnu uslugu kućne posjete, s gotovo jednakom kvalitetom i puno češće, npr. jednom mjesečno za svakog kompleksnog pacijenta o kojemu se skrbi u vlastitom domu. Nekad bi takav virtualni posjet mogao biti po potrebi, no veliku korist bi predstavljala upravo redovna mjesečna organizacija jednog ovakvog posjeta za sve liječnike obiteljske medicine za sve kompleksne bolesnike

Također, veliku korist bi predstavljalo ako bi medicinska sestra u kući bolesnika ili domu za stare i nemoćne mogla pristupiti cjelovitim informacijama o pacijentu (eKartonu) u realnom vremenu.

Uspješna implementacija zahtijeva robusnu infrastrukturu, obuku i sudjelovanje dionika.

Vezano uz zdravstvenu pismenost i digitalnu pismenost, prema procjeni liječnika i sestara, samo 9 pacijenata samostalno imaju minimalnu razinu zdravstvene i digitalne pismenosti (obrazovaniji i mlađi pacijenti), no velika većina pacijenata ima u obitelji članove koji su uključeni u skrb, a koji imaju zdravstvenu i digitalnu pismenost srednje razine. Dvoje pacijenata ima u bližoj obitelji medicinske sestre visoke zdravstvene i digitalne pismenosti koje brinu o njima. Procijenjeno je da 11 pacijenta nisu kandidati za telekonzultacije liječnika s pacijentom ili članom obitelji, a tek 5 pacijenata ne bi bili kandidati za telekonzultaciju patronažne sestre ili sestre zdravstvene njege u kući s liječnikom iz doma

pacijenta. Oba liječnika skupne prakse i sve sestre navode kako bi telekonzultacija doprinijela kvaliteti pružanja zdravstvenih usluga navedenoj grupi kompleksnih pacijenata, kako bi dijelom mogla zamijeniti kućne posjete i poboljšala sigurnost komunikacije između medicinskih sestara prema liječniku, iz kuće pacijenta.

Rasprava

Kako se mnoge zemlje svijeta suočavaju s neispunjenim potrebama pacijenata u potrebi za dugotrajnom skrbi, velik broj izvora navodi telemedicinu kao moguću podršku povećanju pristupa zdravstvenoj skrbi populaciji za koju skrb inače nije lako dostupna, a koja bi omogućila pogodnosti pacijentima i pružateljima usluga te u konačnici i smanjila troškove. Gordon i sur. (8) su radili analizu 18 studija koje su istraživale primjenu telemedicine (telekonzultacije videokonferencijom) na palijativne, uglavnom onkološke pacijente u 7 zemalja i 5 kontinenata, s tri teme: pružanje skrbi, upravljanje simptomima i kvaliteta života te razine zadovoljstva pacijenata/njegovatelja/pružatelja usluga.

Telekonzultacije su se pokazale učinkovite za praćenje statusa pacijenata i uzimanja lijekova, preglede liječnika i specijalista te konzultacije o palijativnoj skrbi. Operativne prednosti uključivale su uštedu vremena liječnika, kraće vrijeme čekanja na termine i smanjene stope nepojavljivanja. Zabilježena su statistička poboljšanja kvalitete života i upravljanja simptomima. Gotovo dvije trećine studija izvijestilo je o pozitivnim iskustvima među pacijentima, njegovateljima i pružateljima usluga. Otprilike polovica uključivala je međuprofesionalni tim. Barijere su se odnosile uglavnom na nedovoljno digitalne pismenosti.

Tuckson i sur. (9) navode dodatne potencijalne prednosti telemedicinskih intervencija koje uključuju sposobnost popunjavanja nedostataka u skrbi kompleksnih pacijenata, koje proizlaze iz manjka pružatelja usluga, posebno za ruralno i nedovoljno opskrbljeno urbano stanovništvo te pružanje pristupa uslugama nakon uobičajenog radnog vremena, smanjenje tereta putovanja pacijenata i obitelji, olakšavanje usluga kao što su zakazivanje termina i ponavljajućih recepata te odgovaranje na očekivanja pacijenata.

Ovaj rad predstavlja jednu privatnu skupnu praksu, ugovorenu s HZZO-om, s 3.036 pacijenata u kojoj rade 2 liječnika obiteljske medicine, od ukupno 2.327 praksi obiteljske medicine u Hrvatskoj. Pritom se radi o prvoj skupnoj praksi u Hrvatskoj, osnovanoj na vlastitu inicijativu i molbu prema HZZO-u, liječnici ove skupne prakse godinama su uključeni u provedbu reformi i pioniri su u uvođenju novih procedura i pozitivnih promjena u zdravstvenom sustavu, kroz pilot projekte u njihovoj skupnoj praksi pa kao takvi nisu reprezentativan primjer prosječne ordinacije obiteljske medicine. Zbog navedenog, ovaj rad ne teži donošenju univerzalnih zaključaka primjenjivih na sve ordinacije obiteljske medicine. Međutim, omogućio je identifikaciju ključnih organizacijskih obrazaca vezanih za dugotrajnu skrb za kompleksne pacijente na dvije razine. Prva obuhvaća kontekstualne faktore jedinstvene za ovu skupnu praksu, poput izvrsnih odnosa članova skupne prakse s patronažnom sestrom, ustanovom za zdravstvenu njegu u kući i ustanovom za fizikalnu terapiju u kući. Druga razina prepoznaje obrasce koji proizlaze iz opće organizacije sustava, čime ovaj prikaz slučaja služi kao dragocjen temelj za daljnje istraživanje zadovoljenja potreba kompleksnih pacijenata i dinamike između pružatelja dugotrajne skrbi na primarnoj razini zdravstvene zaštite.

Preporuke

Temeljem analiziranih primjera dobre prakse i ovog prikaza slučaja koje je pokazalo nedostatke u pružanju dugotrajne skrbi u Hrvatskoj, s članovima skupne prakse izrađene su preporuke za poboljšanje dugotrajne skrbi te je predloženo održivo rješenje za poboljšanje pristupa i učinkovitosti pružanja skrbi kompleksnim pacijentima, posebno u ruralnim područjima kroz uvođenje telemedicine u svakodnevni rad.

1. Osnovati, formalizirati i ojačati međusektorsku radnu skupinu za poboljšanje dugotrajne skrbi, kako bi se bolje koordinirale aktivnosti sektora zdravstva i socijale, definirale uloge i odgovornosti na nacionalnoj, regionalnoj i općinskoj razini, uspostavili mehanizmi za praćenje i evaluaciju kvalitete pružanja skrbi i učinkovitosti zakonodavstva te se stvorili putevi povratnih

informacija koji omogućuju dobro praćenje primatelja, njegovatelja i pružatelja usluga dugotrajne skrbi te njihovu međusobnu komunikaciju.

2. Jasno definirati dugoročni strateški plan i smjernice unaprjeđenja dugotrajne skrbi na razini Republike Hrvatske s indikatorima provedbe te pratiti njegovu implementaciju.
3. Standardizirati procjenu potreba stanovništva, donositi odluke temeljem analize prikupljenih podataka.
4. Integrirati informacijske sustave unutar sektora zdravstva te između sektora zdravstva i socijale kako bi se poboljšala komunikacije i praćenje dostupnosti i korištenja usluga u stvarnom vremenu. Omogućiti obiteljskim liječnicima razmjenu informacija o provedenoj skrbi od strane patronažne sestre, sestre zdravstvene njege u kući, fizikalne terapije u kući i palijativnih timova. Omogućiti povezivanje na eKarton i obvezati bolnice na slanje eNalaza i eOtpusnih pisama prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
5. Ujednačiti kvalitetu pružanja dugotrajne skrbi na razini cijele Republike Hrvatske. Razviti i implementirati standardizirane procese koji se primjenjuju i na sektor zdravstvene skrbi i socijalne skrbi, pratiti pokazatelje zdravlja, uspostaviti redovite samoprocjene i inspekcije za sve pružatelje dugotrajne skrbi kako bi se osigurala usklađenost s nacionalnim standardima. Standardizirati pokazatelje kvalitete u svim sektorima (javni, privatni, neprofitni), uz redovite inspekcije i kazne za neusklađenost.
6. Razviti telemedicinske alate za podršku dugotrajnoj skrbi, posebno u regijama s nedovoljnom dostupnošću zdravstvene zaštite te uvesti eKućnu posjetu:
 - Razvoj telekonzultacijske platforme koja omogućuje stvaranje virtualnih konferencijskih dvorana namijenjenih razmjeni podataka u stvarnom vremenu, između svih sudionika uključenih u telekonzultacije (patronažne medicinske sestre, sestre zdravstvene njege u kući, mobilni palijativni timovi i obiteljski liječnici koji zajedno brinu o pacijentima koristeći usluge dugotrajne skrbi).
 - Opremanje medicinskih sestara i obiteljskih liječnika opremom koja omogućuje prijenos podataka u stvarnom vremenu, pri čemu će se svi preneseni podaci automatski pohranjivati u bazu podataka u stvarnom vremenu, ovisno o području (tableti ili mobiteli s dobrom kamerom, mobilni EKG, mobilni ultrazvuk, uređaji za osnovnu laboratorijsku dijagnostiku, spirometri, dermatoskopi, glukometri, digitalni stetoskopi i sl., - uređaji koji imaju mogućnost slanja podataka u elektronički zdravstveni karton).
 - Omogućavanje pristupa elektroničkom zdravstvenom zapisu s podacima o pacijentu potrebnim za pružanje skrbi od strane medicinskih sestara (npr. lijekovi koje pacijent koristi, alergije pacijenta, nedavna otpusna pisma/specijalistički nalazi, popis kroničnih bolesti i sl.). Potrebno je omogućiti unos podataka tijekom pružanja zdravstvenih usluga.
 - Provođenje edukacije svih uključenih strana za korištenje sustava telekonzultacija.
 - Izrada protokola za najčešće zahvate te stručno usavršavanje liječnika obiteljske medicine za podršku medicinskim sestrama (npr. kod komplikacija rane, komplikacija sa stomomom i drugim pomagalima za otvaranje tijela, sumnje na akutni događaj u trbuhu, nesuradnje pacijenta, korekcije terapije za natečene noge ili izrazito visok krvni tlak i šećer, bol itd., izvođenje EKG-a, korištenje digitalnog stetoskopa, spirometrija, mjerenje glukoze u krvi, brzi test krvi s osnovnim parametrima malim laboratorijskim uređajem, prikaz stanja pacijenta liječniku putem kamere, sprječavanje daljnjih komplikacija, psihološko savjetovanje pacijenta i obitelji, procjena u stvarnom vremenu treba li pacijentu hospitalizaciju, konzultacije tima liječnik - terenska medicinska sestra – zdravstvena njega u kući - pacijent - obitelj - socijalni radnik - fizikalna terapija u kući i sl.)
 - Implementacija inovativnog plaćanja za eKućnu posjetu za liječnika kao telekonzultanta i medicinsku sestru koja prima telekonzultacije u kući pacijenta.

Literatura

1. Zeleníková R, Gurková E, Friganović A, Uchmanowicz I, Jarošová D, Žiaková K, et al. Unfinished nursing care in four central European countries [Internet]. *J Nurs Manag.* 2020 Dec;28(8):1888-900 [pristupljeno 10. veljače 2025]. Dostupno na: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7754486/>
2. World Health Organization. Global status report on the public health response to dementia [Internet]. Geneva: WHO; 2021 [pristupljeno 14. prosinca 2024]. Dostupno na: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
3. European Commission. EU burden of non-communicable diseases and key risk factors [Internet]. Knowledge for policy – Health Promotion Knowledge Gateway. 2023 [22. studenog 2024]. Dostupno na: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/health-promotion-knowledge-gateway/eu-burden-non-communicable-diseases-key-risk-factors_en
4. Džakula A, Lončarek K, Vočanec D. Complex patients – an academism or reality? [Internet]. *Croat Med J.* 2023;64(1):61-3 [pristupljeno 9. ožujka 2025]. Dostupno na: <https://doi.org/10.3325/cmj.2023.64.61>
5. Banadinović M, Vočanec D, Lukačević Lovrenčić I, Lončarek K, Džakula A. Role and perspectives of informal care: a qualitative study of informal caregivers in the Republic of Croatia [Internet]. *BMJ Open.* 2023;13(10):e074454 [pristupljeno 4. ožujka 2025]. Dostupno na: <https://bmjopen.bmj.com/content/13/10/e074454>
6. Kraef C, van der Meirschen M, Free C. Digital telemedicine interventions for patients with multimorbidity: a systematic review and meta-analysis [Internet]. *BMJ Open.* 2020;10(10):e036904 [pristupljeno 1. ožujka 2025]. Dostupno na: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-036904>
7. Angelopoulou E, Papachristou N, Bougea A, Stanitsa E, Kontaxopoulou D, Fragkiadaki S, et al. How telemedicine can improve the quality of care for patients with Alzheimer's disease and related dementias? A narrative review [Internet]. *Medicina (Kaunas).* 2022;58(12):1705 [pristupljeno 10. veljače 2025]. Dostupno na: <https://doi.org/10.3390/medicina58121705>
8. Gordon B, Mason B, Smith SLH. Leveraging telehealth for delivery of palliative care to remote communities: a rapid review. [Internet]. *J Palliat Care.* 2021 Mar 17;36(3):173-182. [pristupljeno 15. ožujka 2025]. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33730904/>
9. Tuckson RV, Edmunds M, Hodgkins ML. Telehealth. [Internet]. *N Engl J Med.* 2017 Oct 19;377(16):1585-1592. [pristupljeno 15. ožujka 2025]. Dostupno na: <https://doi.org/10.1056/NEJMSr1503323>

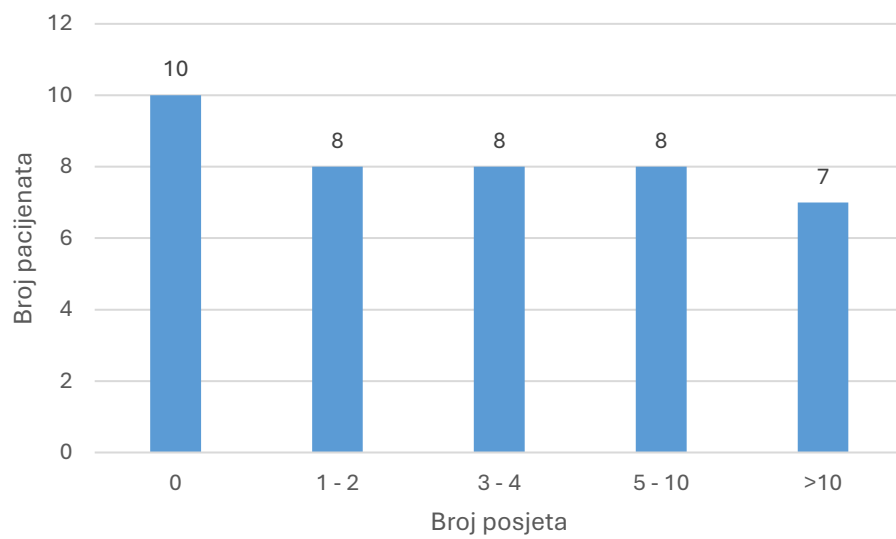
Tablica 1. Popis podataka korištenih za analizu skrbi o kompleksnim pacijentima

Podaci korišteni za analizu skrbi o kompleksnim pacijentima
propisana njega u kući s datumom
godina rođenja pacijenta
glavna dijagnoza
najvažnije dodatne dijagnoze (po procjeni liječnika)
obavljene usluge prema šiframa dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) zdravstvene njege u kući (NJE01-08)
datumi kućnih posjeta liječnika
datumi posjeta patronažne sestre
ima/nema pomoć u kući i od koga
obavljene usluge prema šiframa DTP patronažne sestre (PT001-PT017)
hospitalizacije
propisan sanitetski prijevoz
živi li pacijent sam ili u obitelji
u kakvom je stanju kuća/soba u kojoj boravi
procjena socioekonomskog statusa kroz kategorije "siromašan/srednjeg socioekonomskog statusa/dobrostojeći"
ima li gerontodomaćicu (da/ne)
obrazovanje
čist/okupan (da/ne)
uključena socijalna služba u skrb (da/ne)
dobro uhranjen ili pothranjen
ima li automobil ili pristup automobilu za prijevoz do zdravstvene ustanove (da/ne)
ima li mobitel ili fiksni telefon (da/ne)
kandidat za telemedicinu (telekonzultaciju) samostalno ili s članom obitelji (da/ne)
kandidat za telemedicinu (eKućnu posjetu) s patronažom (da/ne)

Tablica 2. Lista glavnih dijagnoza i broj pacijenata po dijagnozi

Glavna dijagnoza	Broj pacijenata
C20 karcinom rektuma	1
C20 karcinom debelog crijeva	3
C23 karcinom žučnog mjehura;	1
C25.0 karcinom gušterače	1
C50 karcinom dojke	2
C53 karcinom vrata maternice s komplikacijama (zahvaćeno crijevo i ima stomu)	1
C79.3 Zloćudna novotvorina mozga	1
C90 multiplimijelom	1
C92.0 Akutna mijeloična leukemija	1
E11.5 dijabetes	3
F10 demencija	2
G35 multipla skleroza	2
G40.5 stanje nakon inzulta s heniplegijom	1
G61.0 guillain-barreov sindrom	1
G81.1 spastična heniplegija	1
G81.9 posljedice (CVI) moždanog udara	1
I26.9 plućna embolija	1
I34.0 oštećenje mitralnog i aortalnog zaliska	1
I42.9 insuficijencija srca, dilatativna kardiomiopatija	1
I48 fibrilacija atrijska	1
I50.0 srčana insuficijencija	2
I63.4 cerebralni infarkt	1
J96.0 akutna respiratorna insuficijencija	1
K81.1 kronični kolecistitis	1
L89 dekubitus	1
M16 artroza kuka	1
M17 artroza koljena	2
M96.9 Poremećaji mišićno-koštanog sustava	1
R40.2 koma	1
Z93.3 stanje kolostome	1
Z94.4 stanje nakon presade jetre	1
Z96.9 prisustvo funkcionalnog implantata	1

Slika 1. Broj posjeta patronažne sestre kompleksnim pacijentima



Tablica 3. Broj posjeta sestree zdravstvene njege u kući kompleksnim pacijentima

Broj posjeta	Broj pacijenata
<10	16
10-29	10
30-49	6
50-100	4
>100	5

Tablica 4. Broj pruženih usluga zdravstvene njege u kući po vrsti dijagnostičko-terapijskih postupaka

Vrsta postupaka	Broj zabilježenih postupaka	Broj pacijenata kojima je bilježen ovaj postupak	Prosječan broj postupka po pacijentu (kojem je bilježen)	Najveći broj postupaka po pacijentu
NJE01 Zdravstvena njega	418	33	4,5	92
NJE02 Pojačana zdravstvena njega bolesnika s povećanim potrebama	472	11	42,9	88
NJE04 Zdravstvena njega izrazito teškog bolesnika ili bolesnika u terminalnoj fazi	294	4	73,5	240
NJE05 Promjena klizme	12	1	12,0	12
NJE06 Toaleta i previjanje rane 1 i 2 stupnja	234	9	26,0	60
NJE07 Toaleta i previjanje rane 3 i 4 stupnja	120	1	120,0	120
UKUPNO	1.550	41	38,0	240

Tablica 5. Broj pacijenata po svrsi hospitalizacije

Svrha hospitalizacije	Broj pacijenata
Amputacija 4 prsta radi gangrene	1
Intenzivno neurološko zbrinjavanje	1 (isti pacijent kao prethodni red)
Operacija arterija	1
Operacija karcinoma kolona	1
Liječenje od kovida	1
Plastična kirurgija dojke	1
Psihijatrijsko liječenje	1
Operacija oka	1
Palijativno zbrinjavanje	2
Akutno liječenje na gastroenterologiji	1
Hospitalizirani putem hitne službe	11