

---

# A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

Készítette:



Rendszerelemzési Főosztály  
2013. január

---

### Tartalom

Bevezetés – a krónikus betegellátás általános jellemzői Európában.....	3
A krónikus betegségek terhei.....	3
A krónikus betegek ellátásának jellemzői .....	4
A krónikus ellátás fejlődésének irányai .....	5
A koordinált ellátás fejlesztésének ösztönzői .....	9
A krónikus ellátás integrációra irányuló modellprogramjai.....	10
Ausztria.....	10
Dánia.....	11
Egyesült Királyság (Anglia).....	14
Franciaország.....	18
Hollandia .....	19
Németország .....	22
Svédország.....	24
A krónikus pszichiátriai betegek ellátásának sajátosságai .....	27
EU, WHO stratégiák.....	27
Nyugat-Európa .....	28
Egyesült Királyság.....	29
Franciaország .....	30
Norvégia .....	31
Olaszország .....	34
Spanyolország .....	35
Svédország .....	36
Közép- és Kelet-Európa .....	36
Lengyelország.....	37
A krónikus közösségi mentális egészségügyi ellátás stratégiái .....	38
A kapacitástervezés szempontjai a krónikus ellátásban .....	39
Források.....	45
Melléklet: 100 000 főre jutó pszichiátriai ágyak számának alakulása az EU tagországokban és Norvégiában 1970-2010 között.....	48

### Bevezetés – a krónikus betegellátás általános jellemzői Európában

#### *A krónikus betegségek terhei*

A WHO definíciója értelmében a krónikus betegségek hosszan tartó, általában lassú progressziójú betegségek, amelyek világszerte fő okai a felnőttek megbetegedéseinek és halálzásának. A krónikus megbetegedések alatt elsősorban a kardiovaszkuláris megbetegedéseket, a daganatos betegségeket, a krónikus légzőszervi megbetegedéseket, a diabéteszt, valamint a mentális betegségeket értik. A WHO 2005-ös adatai szerint ez az öt krónikus betegségcsoport összesen a halálzások 60 százalékát okozta világszerte. Ezen belül a legtöbb halálzásért (a halálzások 30 százaléka) a kardiovaszkuláris megbetegedések felelősek. A daganatos megbetegedések a második leggyakoribb halálokat képezik (a halálzások mintegy 13 százaléka). A krónikus légzőszervi megbetegedések (asztma, krónikus obstruktív tüdőbetegség, allergia, foglalkozási tüdőbetegség, pulmonáris hipertenzió) világszerte a halálzások 7 százalékáért felelősek. A diabétesz önmagában nem sorolható a legfőbb halálokok közé (a halálzások 2 százalékát okozza), de az egyéb halálokok, a rokkantság, illetve más súlyos betegségek (kardiovaszkuláris betegségek, vesebetegség, vakság) egyik fő rizikófaktorának tekinthető. A mentális betegségek (különböző mentális zavarok, mentális egészségi állapotok vagy neuropszichiátriai rendellenességek) különösen a modern társadalmakban jelentenek nagy betegségterhet. (World Economic Forum, 2011) Az Európai Unióban a 2000-es évek közepén a 15 évesnél idősebb lakosok 20-40 százaléka jelezte, hogy hosszan tartó egészségi problémával küzd, és negyede kap tartósan orvosi kezelést. (Nolte et al., 2012) 2007 és 2009 között a jó egészségben töltött évek száma az EU-ban a férfiak esetében 61,5 évről 60,9 évre, a nők körében 62,3 évről 62,0 évre csökkent. Az átlagos számok az országok között és az országokon belül is nagy különbségeket takarnak. (Discussion paper, 2012)

A krónikus megbetegedések a rossz egészségi állapot és a korlátozott aktivitás fő okainak tekinthetők. Hatékony megelőzésük, ill. kezelésük elengedhetetlen ahhoz, hogy az emberek életük nagyobb részét jó egészségben élhessék. A krónikus betegségek jelentik a legnagyobb kihívást az Európai Unió azon célkitűzése számára, hogy 2020-ra az egészségben töltött életevek száma 2 évvel növekedjen az EU lakosai számára. (Discussion paper, 2012)

A krónikus megbetegedések nemcsak a betegségekben szenvedőkre és családtagjaikra, hanem a társadalomra is jelentős terheket rónak. Az egészségügyi ellátás költségei mellett hosszútávon olyan makrogazdasági hatásokkal is számolni kell, mint a munkaerő-kínálat, a termelékenység, a tőkeakkumuláció és a GDP csökkenése. A gazdasági terhek jelentős részét képezi a rokkantság vagy halálzás miatti termelékenység-vesztés. A krónikus betegségek GDP-re gyakorolt hatását tekintve a 2010-2030 közötti időszakban éves szinten várhatóan a globális GDP 5 százalékának megfelelő outputvesztésre lehet számítani. A krónikus betegségek közül a mentális betegségek költségei (diagnózis, eljárások, gyógyszerek stb.) a legmagasabbak, és az outputvesztés nagyobb részéért is ez a betegségcsoport felelős. (World Economic Forum, 2011) A krónikus megbetegedések elleni küzdelem, az ellátás optimális formáinak megtalálása a nemzetközi szervezetek napirendjén is szerepel. 2010-ben az EU Tanácsa „Innovatív megközelítések a krónikus betegségekre a népegészségügyben és

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

az egészségügyi rendszerekben” címen hívta fel az Európai Bizottságot és a tagállamokat arra, hogy kezdeményezzenek reflexiós folyamatot a krónikus betegségekről, illetve nem fertőző betegségekről. Az Európai Bizottság Egészségügyi és Fogyasztóvédelmi Főigazgatósága (DG SANCO) 2012 márciusában kiadott dokumentumában a reflexiós folyamat részeként célzott vitát indított a krónikus betegségek kezelésének fejlesztéséről. A kulcsfontosságú érdekelttől, elsősorban betegszervezetektől, egészségügyi szolgáltatóktól és szakemberektől a következő kérdésekről kért véleményt: hogyan lehetne fejleszteni a krónikus megbetegedések megelőzését, milyen változtatásokat kellene végrehajtani az egészségügyi rendszerek finanszírozása, az egészségügyi humán erőforrás, az egészségügyi infrastruktúra terén, hogyan lehetne kihasználni a telemedicina és az e-health nyújtotta lehetőségeket, milyen akciókat kellene végrehajtani EU-szinten, illetve tagállami szinten. (Discussion paper, 2012)

### ***A krónikus betegek ellátásának jellemzői***

A krónikus betegek számának növekedése minden egészségügyi rendszer számára megoldandó kérdések sorát veti fel.

Az EU tagországokban az alap és szakellátás keretében nyújtott krónikus ellátás, rehabilitáció – ide értve az ambuláns és fekvőbeteg krónikus ellátást, rehabilitációt, pl. azokat az eseteket, melyekben a kórházi kezelés befejezése után további ellátás szükséges, mert a beteg általános egészségi állapota, fogyatékosága, függetlenségének hiánya állandó orvosi felügyeletet, szakszerű ápolást vagy rehabilitációt tesz szükségessé - többnyire közfinanszírozásban részesül, finanszírozása az adott országnak megfelelően egészségbiztosítási járulékokból vagy adókból történik. A gyógykórházakban vagy szanatóriumokban nyújtott gyógykezelések szakorvosi beutalóval vagy javaslattal, részbeni vagy teljes közfinanszírozással, többnyire a betegek önrészfizetése mellett vehetők igénybe. A krónikus és rehabilitációs, fizioterápiás ellátást az egészségügyben ambuláns egyéni vagy csoport praxisok, egészségügyi központok, szakosodott, vagy több profilú kórházi részlegek, kórházak, rehabilitációs szakkórházak, szanatóriumok nyújtják.

Az alapellátás keretében nyújtott krónikus ellátás, rehabilitáció a legtöbb esetben összekapcsolódik az otthonápolási tevékenységgel, amely a betegek önállóságát a lehető legmagasabb szinten próbálja lehetővé tenni. Az otthoni szakápolási szolgáltatások felvétele a közfinanszírozott szolgáltatások körébe a fekvőbeteg-ellátás keretében nyújtott szolgáltatások csökkentését célozta.

A kórházakban nyújtott egészségügyi ellátási szerves része a társadalomba, munka világába történő reintegrálódást elősegítő rehabilitáció. Egyes országokban (pl. Szlovénia) a kórházak fizikális medicinával és rehabilitációval foglalkozó részlegein végzett szakellátás lefedi a teljes rehabilitációs szolgáltatásspektrumot, így a sebészeti beavatkozások előtti és utáni ellátást, sérülések és betegségek ellátását és egyéb egészségi állapotot befolyásoló szolgáltatásokat. Másutt (pl. Dánia) a kórházi rehabilitáció csak a kórházi ellátáshoz kapcsolódik, minden más rehabilitációs szolgáltatást az önkormányzatok szerveznek. Olaszországban a rehabilitációt intenzív és extenzív szakaszra osztják. Az intenzív szakasz a betegség poszt akut fázisára terjed ki és a kórházak nyújtják. Az extenzív szakasz színterei a krónikus kórházak, járóbeteg-ellátó intézmények, otthonápolási szolgálatok, ápolási otthonok, idősek otthonai.

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

A krónikus betegség az időskor leggyakoribb velejárója. Az idős krónikus beteg ápolásában az országok nagy részében fontos szerepet játszik a szociális szektor. A szociális intézményekben (nappali vagy bentlakásos otthonok stb.) nyújtott szolgáltatások lehetnek ingyenesek, részben támogatottak, vagy az igénybe vevő fél által teljes egészében térítendőek (rendszerektől és/vagy jövedelemtől függően). A szociális szférához tartozó tartós ápolás az egészségügyi ellátáshoz képest lényegesen nagyobb mértékben támaszkodik a benne részesülők anyagi hozzájárulására. A pénzügyi terheket a kötelező biztosítási rendszerű országok egy részében kötelező (pl. Németország, Hollandia), vagy önkéntes (Ausztria) ápolásbiztosítás hivatott mérsékelni, illetve porlasztani.

A krónikus ellátás és rehabilitáció fennálló problémái részben az ellátás koordinációjának hiányából fakadnak. A krónikus betegellátás az országok többségében – szektoron belül és szektorok között is – széttagolt. Az alapellátást és a szakellátást, illetve még inkább az egészségügyi és szociális ellátást tekintve elkülönült a szervezet, az irányítás, a szakmai kultúra, a finanszírozás. Mindez hiányosságokat okoz az ellátásban, rontja az ellátás eredményeit, növeli a gyógyszerkezelt és az elkerülhető hospitalizációt. További problémát jelentenek a szolgáltatások eloszlásában országokon belül jellemző egyenlőtlenségek, a hozzáférést nehezítő, a fekvőbeteg intézményi ellátásban és a közösségi alapú alternatívákban egyaránt meglévő kapacitáshiányok. Több országban vannak a krónikus ágyak számának növelésére vonatkozó tervek, melyek azonban csak részben valósulnak meg (pl. Lengyelország).

A krónikus ellátásban - megfelelő intézményrendszer esetében - az ellátás egyre inkább áttevődik az alapellátásra, lakóhely közeli nappali vagy bentlakásos ellátási központok, otthonápolási szolgálatok, AAL<sup>1</sup> technikák segítik az ellátást, ezek hiányában jelentős teher hárul a családokra. A fizikai szolgáltatásokon kívül több országban (pl. Anglia, Hollandia, Ausztria) vezették be az egészségügyi és szociális ellátásra nyújtott személyes költségvetési keretet, amelyet a krónikus betegségben vagy rokkantságban szenvedők az egészségügyi és jóléti szükségleteikre költenek. A büdzsét maga a szolgáltatások felhasználója vagy az ellátója tartja kézben, az esetek jó részében otthonápolási szolgáltatások vásárlására (pl. családban történő ápolás finanszírozására) használják.

### ***A krónikus ellátás fejlődésének irányai***

Bizonyos, hogy a krónikus betegségek hosszan fennálló, progresszív jellege miatt a betegek ellátása az egészségügyi és szociális szakemberek hosszabb ideig tartó koordinált együttműködését igényli.

A krónikus betegek ellátásának javítására legalább két évtizede születnek programok, modellek. Közülük a legismertebb a 90-es évek második felében az Amerikai Egyesült Államokban fejlesztett krónikus ellátás modellje (Chronic Care Model – CCM) (Wagner et al., 2006; Wagner, 1998). A modell a reaktív (kialakult betegségekre válaszadó) ellátást proaktív tulajdonságokkal bíró rendszerré alakítja, amely az informált, aktív krónikus betegeket a szakemberek proaktív csoportjaival köti össze. Azzal a felismeréssel, hogy a krónikus ellátás

---

<sup>1</sup> Ambient assistent living: mindazon technikák együttesét jelenti, amelyek azt szolgálják, hogy valamely életfunkciójukban tartósan károsodott vagy veszélyeztetett személyek eredeti életkörülményeik közt biztonságban élhessenek. ([http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Ambient\\_Assisted\\_Living](http://fogalomtar.eski.hu/index.php/Ambient_Assisted_Living))

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

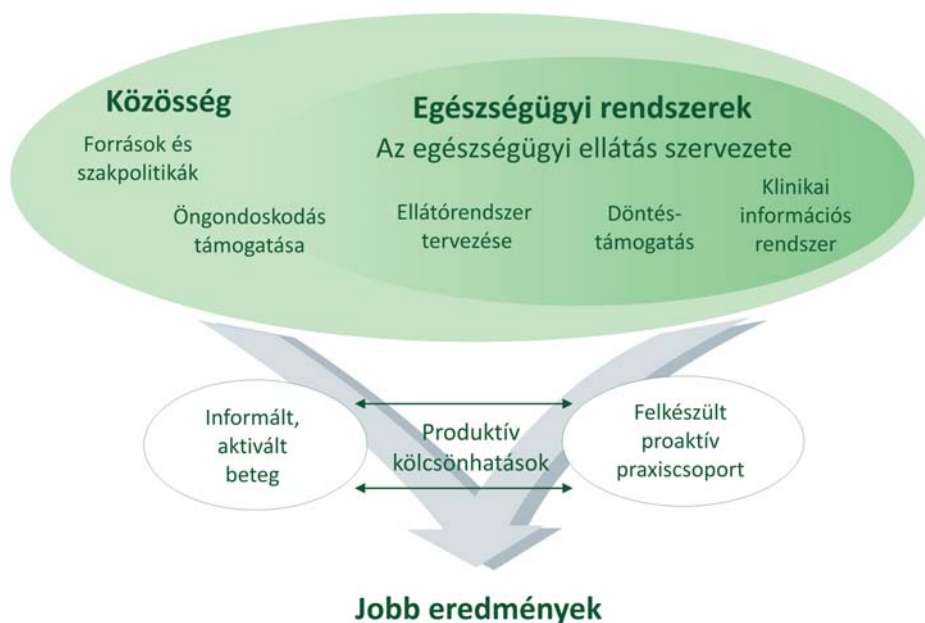
jelentős része a formális egészségügyi ellátórendszeren kívül zajlik, alapvetően a következő területeken hozott változásokkal célozza javítani a krónikus betegek ellátását:

- mobilizálja a közösségi forrásokat,
- a biztonságos és jó minőségű ellátás érdekében evidenciákra alapozva fejleszti a szolgáltatók szakmai tevékenységét, képességeit,
- oktatja, megerősíti és támogatja a betegeket a betegségük saját maguk általi menedzselésére,
- az ellátást tervezetté alakítja és teamekre alapozza,
- a hatásos és hatékony ellátás érdekében erőteljesebben használja a regisztereken alapuló információs rendszereket.

A krónikus betegellátás javítása integrált megközelítésének fontosságát randomizált kontrollált tanulmányok, meta-analízisek sora igazolja. A CCM a klinikai minőséghez vezető evidencia alapú elemek közötti kapcsolat építésére alapoz: a beteg proaktív ellátásba irányításához (szolgáltatási rendszer átalakítása) a praxisoknak a betegekről információkra van szükségük (klinikai információs rendszer), a beteg irányelvekre alapuló kezeléseket igényel (döntés-támogatás), az ellátásával kapcsolatos változtatásokat el kell, hogy fogadja, és mindennapi életébe kell, hogy integrálja (öngyógyítás, önmenedzselés támogatása). A CCM a legtöbb fejlett ország krónikus ellátásra vonatkozó szakpolitikájának alapját képezi. A CCM olyan keretrendszerként is értelmezhető, amelyen belül a szolgáltató szervezetek a változásról szóló elképzeléseiket rájuk jellemző helyi alkalmazásokba illesztve valósítják meg. Emiatt a CCM alapján történő tervezés különböző országokban eltérő megoldásokat hoz létre. (Coleman et al., 2009)

### 1. ábra: A Krónikus ellátási modell - Chronic Care Model – CCM

#### Krónikus ellátási modell



Forrás: [http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The\\_Chronic\\_Care\\_Model&s=2](http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=The_Chronic_Care_Model&s=2)

A modell alkalmazásának különbségeire a későbbiekben ismertetett országpéldák is rámutatnak. Jó esetben azonban a krónikus ellátás fejlesztésére indított projektek a CCM legfontosabb elemeit tartalmazzák: közösségi megközelítés (a helyi közösségek, önkormányzatok szerepvállalása a krónikus beteg ellátásában a kórházi kezelés elkerülésére vagy rövidítésére pl. a kórházakénál alacsonyabb költségű nappali vagy bentlakásos intézmények, otthoni ellátás, AAL támogatás segítségével), önmenedzselés támogatása, az ellátás koordinálása, szakmai protokollok, irányelvek kialakítása, alkalmazása, klinikai információs rendszerek fejlesztése.

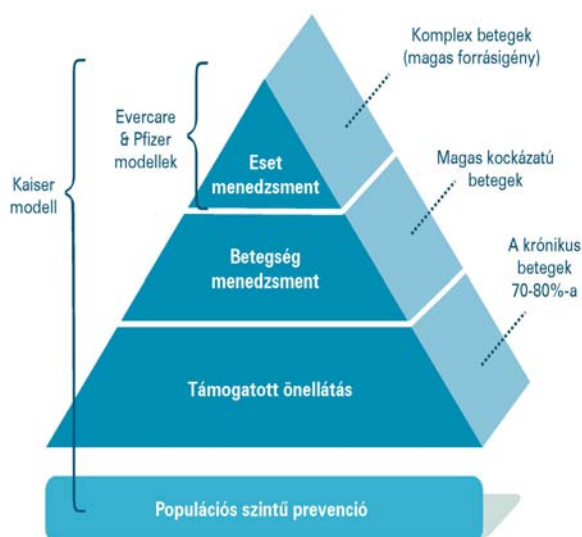
A CCM (és a CCM alapelemeire épülő, annak fejlesztésével foglalkozó modellek: pl. Kibővített CCM, vagy a WHO Krónikus Betegségek Innovatív Ellátásának Keretrendszere) tág elméleti megközelítése mellett születtek a krónikus betegek számára nyújtott szolgáltatások optimalizálását célzó modellek. Ezek a modellek a CCM egy-egy komponensére koncentrálnak, vagy a kórházi ellátás szempontjából leginkább kockázatos betegcsoportra összpontosítanak. Közülük az amerikai Kaiser Permanente, EverCare és Pfizer modellek a legismertebbek, példák többek között a később ismertetett angliai projektekben is megtalálhatók. Mindegyik modell proaktívan közelíti a krónikus betegek ellátását, de míg a Kaiser az ellátás szintjeinek integrációját célozza, az Evercare és a Pfizer esetmenedzserek irányításával a hospitalizáció szempontjából magas kockázatú betegcsoportokra összpontosít. A hangsúly az egyéni szükségletre alapozott egészségügyi és szociális ellátás integrációján van. A cél az egészség fenntartása (vagy a már meglévő krónikus állapot olyan szinten tartása, hogy a beteg az állapotával a szokásos környezetében tudjon élni), a



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

változások felismerése, a szükségtelen kórházi felvételek elkerülése és a kórházi kezelés után a lehető leghamarabb történő elbocsátás elősegítése.

### 2. ábra: A „Kaiser háromszög”, a krónikus ellátás szintjei



*Forrás: Singh, Ham, 2006*

A krónikus ellátás javítására az integrált ellátást, egyes krónikus betegségek, illetve krónikus betegek betegútjainak menedzselését célzó modellprogramok terjedtek el. A programok egyes elemei Európa több országában az ellátórendszer szervezetében is hoztak újításokat: pl. közéjük tartozik a koordinációt elősegítő csoportpraxisok, poliklinikák, krónikus betegségek egyes feladataira specializálódó nővérek által vezetett klinikák, központok megjelenése. A krónikus ellátásban nemzetközi tendencia a nővérek szerepének felértékelődése, ezt tükrözi az említett, általuk vezetett, egy-egy krónikus betegségre specializálódott központok, klinikák elterjedése, és erről tanúskodik olyan új ápolókkal kapcsolatos szakirányok megjelenése, mint a nurse practitioner, advanced practice nurse, aki a hagyományos nővéri feladatok mellett korábban az orvosok munkakörébe tartozó feladatokat is végez, vagy a community nurse, közösségi nővér, aki e-health eszközökkel támogatva otthoni ellátást végez. Új kategória a liaison nurse, összekötő nővér is, aki több országban kórházi elbocsátás utáni utókezelési feladatokat lát el. A krónikus betegek szektorok koordinációjával megvalósuló ellátását szervezik az esetmenedzserek, case manager-ek, közösségi felügyelők, community matron-ok. Mindezekről részletesen a 2011-ben készített: „A betegút-szervezés nemzetközi tapasztalatai” c. tanulmányunkban írtunk: [http://www.eski.hu/new3/politika/zip\\_doc\\_2011/betegut\\_szervezes\\_nemzetkozi.pdf](http://www.eski.hu/new3/politika/zip_doc_2011/betegut_szervezes_nemzetkozi.pdf).

Az egyes országok megközelítéseiben, modelljeiben vannak hasonlóságok, de alapvetően az egészségügyi rendszerek sajátosságait tükrözik. Az adóalapú egészségügyi rendszerrel rendelkező országok számára, ahol pl. az önkormányzatok széleskörű jogosítványokkal és pénzügyi eszközökkel rendelkeznek az egészségügyi és szociális ellátás szervezésére, könnyebben megoldható a szektorközi koordinációt elősegítő megoldások bevezetése, mint ahogy ez a biztosításon alapuló egészségüggyel rendelkező országoknál történik, ahol



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

élesebben elhatárolódik a járó- és fekvőbeteg-ellátás, a szociális ellátás, s mindez nehezíti a koordinációt. Hasonlóan más a szakemberek együttműködése és a szakdolgozók szerepvállalása azokban az országokban, ahol az alapellátás többnyire a több területet képviselő egészségügyi szakemberek, orvosok, nővérek és más egészségügyi dolgozók tevékenységét feltételezi (csoportpraxisok, alapellátó központok), és a betegek egy bizonyos alapellátási intézménynél vannak bejelentkezve. Ezekben az országokban a nővérek bővülő szerepet töltenek be a krónikus betegek ellátásában. Ez jellemzi pl. Svédországot, Angliát vagy Hollandiát. Az említett országokban pl. a nővérek által vezetett klinikák, központok (Svédország), vagy prevencióra, rehabilitációra szakosodó önkormányzati központok (Dánia) kialakítása új elemeket épített az ellátórendszer szerkezetébe. Ezzel szemben pl. Németországban az ambuláns ellátásban szabadon választható egyéni praxisban dolgozó háziorvos vagy szakorvos jobban szeparált a kórházi ellátástól, és más egészségügyi dolgozó munkájára is kevésbé támaszkodik. Bár elindultak a DMP programok, az egészségügyi ellátás szerkezete alapvetően változatlan maradt.

### ***A koordinált ellátás fejlesztésének ösztönzői***

A koordinált ellátás választását több országban a szolgáltatóknak/ finanszírozóknak, esetenként a betegeknek nyújtott pénzügyi ösztönzők, finanszírozási rendszerben hozott változások támogatják. Németországban kezdetben a biztosítók kockázati struktúra szerinti kiigazítási rendszerében érvényesítették a DMP programban való részvételt, később fix összeget fizettek a betegek után, és jelentős pénzügyi támogatásban részesültek a programban résztvevő orvosok is. Angliában a Quality and Outcomes Framework alapján díjazták a krónikus betegek megfelelő színvonalú ellátását. Hollandiában az egészségbiztosítók által fizetett egyszeri díj az ellátó csoport számára a krónikus betegellátás összes elemének fedezésére szolgál, a csomagolt fizetés (bundled payment) rendszerének bevezetése a teljes betegút figyelemmel kísérését ösztönzi. Figyelemre méltó megoldást választott pl. Norvégia is az alapellátás és a kórházi ellátás koordinálására. (Norvégiában az aktív szomatikus ellátás az alapvető orvosi és sebészeti ellátást nyújtó kis helyi intézményektől a szélesebb spektrumú szakellátásokat biztosító nagyobb kórházakon át az egyetemi képzést is biztosító klinikákig terjed. Néhány fejlettebb rehabilitációs ellátást nyújtó intézmény kivételével a krónikus ápolást a kórházi szektoron kívül – az alapellátás keretein belül - biztosítják.) A 2011-es norvég Koordinációs reform fontos célkitűzése volt, hogy több beteget lássanak el az alapellátás és krónikus ellátás szintjén a kórházi kezelés helyett, másrészt, hogy az aktív kórházakból a betegek hazabocsátása minél hamarabb történjen. A reform értelmében az önkormányzatok számára bevezették a területükön élő betegek egészségügyi ellátásáért a ko-finanszírozást: az önkormányzat viseli a területéről kórházba került szomatikus betegek kezelési költségeinek 20 százalékát, valamint napi összeget fizet minden extra napért, amit a beteg azért tölt a kórházban, mert nem tud visszatérni a lakóhelyére további gondozásra. Ez az önkormányzatokat ellátási kapacitásaik fejlesztésére ösztönözheti (feltéve, ha nem egyszerűbb számukra a büntetési tétel kifizetése). Az önkormányzatok kötelező részvétele a területükről kórházi ellátásban került betegek ellátásának finanszírozására Dániában is gyakorlat. (Nolte et al., 2008) Ezzel együtt a ko-finanszírozás hatékonyságát többen vitatják. (Romøren, 2011) Hasonlóan közös elem

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

Dániában és Norvégiában az alap- és kórházi ellátás koordinációjának elősegítésére az önkormányzatok és a kórházak között alkalmazott szerződések rendszere.

**Összességében a krónikus ellátás fejlesztésének sikereiben jelentős szerepe van az országok szakpolitikai elkötelezettségének, a különböző szektorok (egészségügy, szociális ügy, önkormányzati politika, foglalkoztatás stb.) fejlesztésben történő együttes szerepvállalásának, a krónikus ellátás fejlesztésére kimunkált szakmai koncepcióknak és azok következetes megvalósításának.**

A következőkben a krónikus ellátás hagyományostól eltérő, új példáiból szemlélünk. Az országpéldák között található az összetettebb igényekre is válaszadó, integrált ellátásra kötött szerződések, integrált ellátási modellek, integrált ellátási hálózatok és egy-egy krónikus betegség kezelésére összpontosító betegségmenedzsment programok.

## A krónikus ellátás integrációra irányuló modellprogramjai

### *Ausztria*

Ausztria egészségügyi rendszere társadalombiztosításon alapul. Az ország 22 társadalombiztosítója közül 19 foglalkozik egészségbiztosítással, tevékenységük területi és foglalkozási kategóriába tartozás alapján szervezett. A járóbetegek ellátását elsősorban az önálló praxisokban, illetve 2010-től csoportpraxisokban dolgozó magánorvosok végzik, de jelentős számú szakrendelő, egészségügyi központ, illetve kórházi ambulancia is részt vesz az ellátásban. Bár szövetségi feladat a kórházi szektor felügyelete, ellenőrzése, a lakosság fekvőbeteg-ellátásáért túlnyomórészt a tartományi hatóságok felelősek.

Az országban a 2005-ös egészségügyi reformmal vette kezdetét a krónikus betegek integrált ellátásának kialakítása. Az ország kilenc tartományának mindegyikében állami szintű pénzalapkezelést (reform pool) hoztak létre, amelyben a társadalombiztosítás és a regionális kormányzatok közös finanszírozásban biztosítják pl. a krónikus ellátásban alkalmazott betegségmenedzsment programok kiindulásául szolgáló szektorközi ellátás koordinálására irányuló projekteket. 2008-tól az egészségügyi szolgáltatások integrált tervezését vezették be, a járóbeteg ellátásban a krónikus ellátás fejlesztésére szükséglet-orientált, betegközpontú programokat indítottak. 2010-től az önálló praxist fenntartó orvosok kft-ként működő csoportpraxisokat is létrehozhatnak.

Az osztrák betegségmenedzsment részben a német mintát követve szinte kizárólag az orvosok által a járóbeteg-ellátás keretében nyújtott szolgáltatásokon alapul, és kevés szerepet juttat az egészségügyi szakdolgozóknak, bár szigorú protokollt követ az ellátási szintek közötti betegségmenedzsment megvalósítása érdekében. 2006-ban alakították ki a 2. típusú cukorbetegségben szenvedő krónikus betegek számára a betegségmenedzsment programokat. A cukorbeteg betegségmenedzsmentjének finanszírozásában a tartományi egészségbiztosítás és a szövetségi kormány 50-50 százalékos arányban vett részt.

A koordinált ellátásban való részvétel önkéntes alapon történik a szolgáltatók és a betegek részéről egyaránt. A betegségmenedzsment a tartományi biztosítás és a szolgáltatók közötti szerződéseken alapul. A betegségmenedzsmentben való tevékenységhez a programra

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

jelentkező orvosoknak előzetesen fel kell készülniük, akkreditációval kell rendelkezniük és továbbképzéseken kell részt venniük. Az orvosok számára anyagi ösztönzéssel jár a betegek feliratkozása, a kezelésért negyedéves díjtétel jár és díjazták a dokumentáció vezetését is. Az országban kevés beteg (a cukorbetegek körülbelül 4,3 százaléka) vesz részt betegségmentésben. Az alacsony részvételi arány a programok tartományonként különböző szintű elérhetőségéből és az orvosok részvételében tartományonként jelentkező eltérésekből is fakad. Az "Aktív terápia – a 2-es típusú diabétesz ellátására" elnevezésű programban a háziorvosok részvételi aránya az Alsó-Ausztriában és Bécsben regisztrált 16 százaléktól a Salzburgban jelentkező 36 százalékgig terjedt. Az orvosokat a betegdokumentáció vezetésével járó fokozott adminisztráció is sokszor visszatartja a koordinált ellátásra való jelentkezéstől.

A betegek megválaszthatják a kezeléseket a program keretében koordináló orvost (a koordinátor szerepét általában a háziorvos tölti be). A kiválasztott orvos koordinálja az ellátási szintek közötti beutalásokat az Osztrák Diabétesz Társaság által kialakított betegútnak megfelelően, és rendszeresen figyelemmel kíséri a betegek állapotának alakulását. Standardizált dokumentációt vezet a betegek kezeléseiről, és oktatóprogramokkal támogatja a betegek önálló szerepvállalását betegségük ellátásában. A kezelések koordinátora bevonja a betegeket a terápiás célkitűzések kialakításába és a kezelési időpontok megbeszélésébe.

A 2007-es évben a krónikus ellátás integráltabbá tételére járóbeteg-ellátást nyújtó központok felállítását kezdeményezték. Az intézkedés egy átfogóbb koncepció részeként jött létre, mely az egészségügyi szakemberek és az egészségbiztosítók között a csoportpraxisok indítására irányuló szerződéskötés szorgalmazását és az ambuláns ellátás prioritását tűzte céljául.

Viszonylag új jelenség a szakápolók vagy az asszisztensek bevonása a krónikus betegek ellátásába (pl. a krónikus szívelégtelenségben szenvedő betegek otthoni ellátása Salzburgban).

Az utóbbi időben hozott reformok fő célja a járóbeteg-ellátás fekvőbeteg-ellátással szemben való előtérbe helyezése és a járóbeteg-ellátás hozzáférhetőségének biztosítása, de ez továbbra is főként az orvosok szerepvállalásán alapul. (Nolte et al., 2012)

### **Dánia**

A dán egészségügyi rendszert túlnyomóan helyi és országos adókból finanszírozzák.

A 2007-ben végrehajtott strukturális reform következtében az önkormányzatoknak számos új feladatot kell végezniük, beleértve a betegségmegelőzést, az egészségfejlesztést, az idősek ellátását, az otthoni ápolást ill. a rehabilitáció azon részét, amely nem a fekvőbeteg ellátás közvetlen következménye (pl. a beteg oktatása otthonában, gondozási központban vagy önkormányzati rehabilitációs központban). Az önkormányzatok által nyújtott szociális szolgáltatások magukban foglalják az idősek és rokkantsággal élők ellátását, ill. a krónikus betegek ellátását (a mentális betegeket is beleértve). Emellett az önkormányzatok felelősek az egészségügyi központok működtetéséért. A többi, elsősorban gyógyító ellátás biztosításáért (alap és kórházi ellátás stb.) a regionális egészségügyi hatóságok felelősek.

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

Az egészségügyi központok jelenleg kísérleti jelleggel működnek, részben a kormánytól is kapnak finanszírozást. Ezeket úgy tekintik, mint olyan potenciális szervezeti egységeket, amelyek az új önkormányzati feladatok egy részét elvégzik. Ugyanakkor nincs egységes definíció arra vonatkozóan, hogy az egészségügyi központ pontosan mit foglal magában, ebből következően az egészségügyi központok által biztosított szolgáltatások köre változó, az elsődleges prevenciótól a rehabilitációig terjed. Az egészségügyi központok többsége a krónikus betegek prevenciójára és/vagy rehabilitációjára fókuszál. A központok fő célja az egy vagy több krónikus betegségben szenvedő betegek ellátásának fejlesztése, és hospitalizációjuk csökkentése. Az egészségügyi központ az interszektorális együttműködés révén biztosít integrált ellátást a krónikus betegek számára.

Az alapellátás, a szakellátás és az önkormányzat által krónikus betegeknek nyújtott szolgáltatások közötti koordináció erősítése érdekében, 2007-ben az Országos Egészségügyi Tanács kidolgozta a krónikus betegek kezelésének országos stratégiáját. A stratégia iránymutatást tartalmaz a betegség korai felismerésére, a betegség szintjeire és a szinteknek megfelelő kezelésre vonatkozóan. Emellett definiálja a háziorvos, kórház és önkormányzat feladatait, és tervet tartalmaz a közöttük történő együttműködésre. Meghatározza a kezelési standardokat és a képzési minimumkövetelményeket. Tervet foglal magába az értékelésre, minőségellenőrzésre és az ellátás fejlesztésére. Ismerteti az integrált ellátás általános előfeltételeit, az önmenedzsment, a betegek kezelésének és oktatásának alapelveit. Javaslatokat tartalmaz a program gyakorlati megvalósítására is. (Chronic Disease Management – A National Strategy. 2007)

Az elmúlt években a széttagolt krónikus ellátás koordinációjára az alábbi fejlesztések indultak:

- A háziorvosok szerepének erősítése
- Kötelező szerződések a regionális egészségügyi hatóságok és az önkormányzatok között
- Integrált Klinikai Betegutak egyes betegségcsoportokra
- Betegségmenedzsment programok a különböző régiókban
- Az önkormányzatok, ill. a kórházak által biztosított rehabilitációs programok (pl. a SIKS projekt Koppenhágában)

### **A háziorvosok koordinációs szerepének erősítése**

A krónikus betegek ellátásában bővítették a háziorvosok feladatait. 2006-ban pénzügyi ösztönző rendszert vezettek be a háziorvosok számára, a diabéteszben szenvedő páciensek kezelésének fejlesztése céljából. A háziorvosoknak rendszeresen ki kell értékelniük az egyes betegek menedzsmentjét, dokumentálniuk kell a konzultációkat, valamint figyelemmel kell kísérniük, hogy a beteg rendszeresen megjelenik-e az ellenőrző vizsgálatokon és betartja-e az utasításokat. A háziorvos emellett koordinálja a szakorvosi szolgáltatásokat (pl. szemészet, endokrinológia, podiátria), és önmenedzsment programokat is javasolnia kell a betegnek. A háziorvosok a diabétesz páciensek betegségmenedzsmentjével kapcsolatos feladatokra évente 156 eurót kapnak betegenként a régióktól.

Egy másik kezdeményezést is kidolgoztak, amelynek lényege, hogy az idős és sérülékeny betegek otthonukban való felkereséséért a háziorvosok külön díjazásban részesülnek

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

(vizitenként 95 euró). A vizit során a házi orvos felméri az idős betegek funkcionális képességeit, azonosítja az egészségügyi problémákat, felülvizsgálja a gyógyszeres kezelésüket, majd segít a páciensnek megtalálni a megfelelő (egészségügyi, szociális) támogatást. (Rudkjøbing, 2012)

### **Kötelező szerződések**

2007-ben kötelezővé tették a regionális egészségügyi hatóságok és az önkormányzatok közötti egészségügyi egyezményeket a szektorok közötti együttműködés és koordináció fejlesztésére. Az egyezmények hat területre összpontosítanak: a kórházi felvételek és elbocsátások folyamata (pl. a felek hogyan gondoskodnak a nem tervezett kórházi felvételek megelőzéséről, vagy mit tesznek annak érdekében, hogy a beteg kikerülhessen a kórházi ellátásból, ha megfelel az elbocsátás feltételeinek), rehabilitáció, gyógyászati segédeszközök, prevenció és egészségfejlesztés, mentális egészségügy és a mellékhatások követése. Az egyezmények a szektor kooperációját hivatottak elősegíteni.

### **Integrált Klinikai Betegutak**

2007-ben a dán régiók, helyi önkormányzatok, az Egészségügyi és Prevenciók Minisztérium, valamint az Országos Egészségügyi Tanács képviselőiből álló munkacsoport integrált klinikai betegutakat dolgozott ki 34 daganatos és 4 szív- és érrendszeri betegségcsoportra vonatkozóan. Az integrált betegutak kidolgozásának célja elsősorban a várólisták csökkentése és a kezelés mielőbbi megkezdése volt. Az integrált betegutak a klinikai eljárás minden egyes lépésére vonatkozóan időstandardokat, elvégzendő vizsgálatokat és kezeléseket határoznak meg. Emellett a monitorozáshoz szükséges indikátorokat is tartalmazzák.

2009-ben kezdődött a daganatos megbetegedésekre vonatkozó betegutak bevezetése. A betegutak hatásainak monitorozása a Monitor Information System for Cancers keretében történik. A daganatos megbetegedések komplexitása miatt a „standard betegutakat” nyilvánvalóan nem lehet minden betegnél alkalmazni. Ezek egyfajta irányelvnek tekinthetők, és várhatóan az országos daganatos betegségprogram részévé fognak válni.

### **Betegségmenedzsment programok**

Betegségmenedzsment programokat Dánia mind az öt régiójában fejlesztettek ki, ill. fejlesztenek ki, és a következő betegségcsoportokat fedik le: krónikus obstruktív tüdőbetegség, diabétesz, krónikus szívbetegségek, mozgásszervi megbetegedések, demencia.

A krónikus betegek ellátása koordinációjának előmozdítására létrehozták az esetmenedzser és a betegút-koordinátor intézményét. Javasolták, hogy minden krónikus beteg rendelkezzen betegút-koordinátorral, akinek feladata az összetett betegutak összehangolása, ill. a beteg egészségi állapotának folyamatos monitorozása. Egyes betegek (pl. komplex problémákkal küzdők, súlyos betegek, sérülékeny csoportok) esetében, akik további támogatást is igényelnek a betegút-koordinátor mellett, esetmenedzsert is ki lehet jelölni.

### **Rehabilitációs programok**

A rehabilitáció biztosításának felelőssége megoszlik a régiók és a helyi önkormányzatok között. A kórházi kezeléshez kapcsolódó rehabilitációs szolgáltatások nyújtása a régiók felügyelete alatt álló állami kórházak feladata. Az önkormányzatok felelősségi köréhez az a rehabilitációs ellátás tartozik, amely nem kapcsolódik a kórházi kezelésekhöz. A

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

rehabilitációs szolgáltatások a kórházakban és az önkormányzatoknál is ingyenesek. A rehabilitációs programok a regionális egészségügyi hatóságok és az önkormányzatok közötti egészségügyi egyezmények részét képezik.

Növekvő számban kerül sor geriátriai részlegek kialakítására regionális kórházakban. Amennyiben a várólisták miatt egy beteg számára önkormányzati ellátás keretében a rehabilitáció nem biztosítható, a felmerülő extra költségeket az önkormányzatnak kell magára vállalnia. Ez várhatóan gyorsabb ellátásra ösztönzi az önkormányzatokat.

Az önkormányzatok különböző rehabilitációs ellátásokat kínálnak, mint például a beteg képzése otthonában, gondozási központban vagy önkormányzati rehabilitációs központban. Egyes önkormányzatoknak saját rehabilitációs központjaik mellett megállapodásuk van a régiókkal rehabilitációs szolgáltatások nyújtására közös finanszírozással. A képzés így elvégezhető regionális rehabilitációs központban, rehabilitációs kórházban vagy egy kórházi osztályon.

Mivel a rehabilitációs szolgáltatások nyújtása több szektort (elsősorban egészségügyi és szociális) is érint, ami megnehezíti az egységes betegutak biztosítását, 2011-ben az érintett minisztériumok közösen adtak ki útmutatót a rehabilitációról az önkormányzatok részére.

A rehabilitációs program egyik példája a SIKS projekt, ami a krónikus obstruktív tüdőbetegséggel, 2. típusú diabéteszsel, krónikus szívbetegséggel és egyensúlyi problémákkal küzdő idősek rehabilitációs programjának kísérleti modellje. A projekt 2005 áprilisa és 2007 szeptembere között futott, a Belügyi és Egészségügyi Minisztérium finanszírozásával. A projektben a Bispebjerg Kórház, Koppenhága Város Önkormányzata, ill. Koppenhága Város háziorvosai vettek részt. Ez az egyetlen olyan hosszú távú megközelítés a krónikus ellátásra Dániában, amelyet már megvalósítottak, és ki is értékelték. A SIKS projekt értékelése pozitív volt, ezért már Koppenhága Város más területein is alkalmazzák, és a többi régió is kísérletezik hasonló rehabilitációs programok kidolgozásával. (Dismeval, 2009-2011)

### ***Egyesült Királyság (Anglia)***

2005 januárjában a kormány a krónikus betegellátás javítására az Egészségügyi és Szociális Ellátási Modelljét vezette be (Nolte et al., 2008). A modell az amerikai Chronic Care Model (CCM) megközelítésre épül, emellett tartalmaz olyan szakpolitikai kezdeményezéseket is, mint a 2004-ben közzétett NHS Fejlesztési Terv. Az angol Szociális Ellátási Modell arra összpontosít, hogyan lehetne azonosítani a krónikus betegségben szenvedő embereket, hogy szükségleteik szerinti ellátásban részesüljenek. Célja az ellátás minőségének és elérhetőségének javítása, és a krónikus ellátással kapcsolatos költségek csökkentése. A modell főbb jellemzői:

- Szisztematikus szemlélet, amely összekapcsolja az egészségügyet, a szociális ellátást, a szolgáltatások felhasználóit és az ellátókat
- Valamennyi krónikus beteg azonosítása
- A betegek rétegzése annak érdekében, hogy szükségleteik szerinti ellátásban részesüljenek
- A kórházi ellátást gyakran igénybe vevőkre való összpontosítás



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- Közösségi nővérek alkalmazása az eset menedzsment végrehajtására
- Módszerek kidolgozása a szolgáltatásokat nagyon gyakran igénybe vevők azonosítására
- Multidiszciplináris csoportok létrehozása az alapellátásban, szakorvosi tanácsadás támogatásával
- Helyi módszerek kidolgozása az öngondoskodás támogatására
- Önmenedzselő oktatási programok bővítése (pl. Expert Patient Programme)

A modell szerves részét képezi az eset menedzsment és a közösségi nővér (community matron). Az eset menedzsment olyan idős emberekre koncentrál, akik több egészségügyi és szociális problémával terheltek, töredezett epizodikus ellátást kapnak, gyakran kerülnek elkerülhető módon kórházba, és ellátásuk magas költségekkel jár. Angliában az eset menedzsment a krónikus betegek ellátásának részévé vált, és minden alapellátási tröszt (PCT) feladataiban szerepel. (2013. áprilistól az alapellátási trösztök feladatait a klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok (CCG-k) veszik át, köztük az eset menedzsment tevékenységét is). A PCT-k 2005-től a Patients At Risk of Re-hospitalisation (PARR) esetkereső szoftverrel azonosítják azokat a betegeket, akiknél nagy a kockázat, hogy sürgősségi felvétellel kerülnek vissza a kórházba (Department of Health 2011). Miután a PCT-k azonosították a magas kockázatú betegeket, felajánlják számukra az eset management szerint történő proaktív és koordinált ellátás lehetőségét, kapcsolódva a közösségi környezetben nyújtott ellátással. Ezen betegek számára az ellátást egy eset menedzser vezeti, aki általában egy közösségi nővér.

Az eset menedzselést folytató közösségi nővérek feladata a fokozott gondoskodást igénylő krónikus betegek szociális és egészségügyi ellátásának biztosítása. A közösségi nővérek segítséget nyújtanak a betegek számára, hogy betegségüket önállóan is tudják kezelni, és ezzel elkerülhessék vagy későbbre halaszthassák kórházi kezelésüket. A közösségi nővérek az alapellátás helyszínein dolgoznak, feladatuk az alap-, fekvő- és szociális ellátás koordinálása. Tevékenységüket leghatékonyabban ott tudják kifejtetni, ahol más szolgáltatásokat is tartalmazó, átfogóbb betegség menedzsment programban vesznek részt.

Míg a közösségi nővérek kifejezetten a krónikus betegek ellátásáról gondoskodnak, a bizonyos területre specializálódó házi orvosok a krónikus betegeknek csak bizonyos betegségeit kezelik. Az Országos Egészségügyi Szolgálat (NHS) egyre fokozódó mértékben működik együtt a szociális ellátás szakembereivel, az önkéntes ellátókkal és magukkal a krónikus betegekkel problémáik megoldása érdekében. A krónikus betegekkel foglalkozó szakemberek - ápolónők, szakápolónők, házi orvosok, bizonyos területre specializálódó házi orvosok, kórházi orvosok és nővérek, mentális egészségügyi szakemberek, gyógyszerészek, sürgősségi ellátást nyújtó szakemberek, paramedikális dolgozók - többsége az állami szektorban dolgozik.

Bár az utóbbi időben a krónikus ellátás egyre inkább középpontba került Angliában, minimális pénzügyi többletforrást allokáltak megvalósítására. Nem létezik pl. külön költségvetés, amelyet kimondottan a Szociális Ellátási Modell megvalósítására szentelnek. A pénzügyi források a finanszírozási rendszerbe beágyazva jelennek meg. Pl. a PCT-k lakosság szerinti fejkvótában részesülnek, amelyet kor és szegénységi szint szerint igazítanak, így a



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

fejkvóta nem kapcsolódik a krónikus betegségek ellátásához. A PCT-k az éves költségvetésüket használják a házi orvosok térítésére, amely országosan jóváhagyott szerződések szerint történik. A PCT-k a kórházakat tevékenység szerint fizetik, szintén országos tarifák szerint. A krónikus ellátás legfőbb pénzügyi ösztönzői az alapellátásban koncentrálódnak. A 2004-ben életbe lépett „GP szerződés” szerint a házi orvosok csak az alapvető szolgáltatásokat kötelesek nyújtani, mint a beteg emberek ellátása és a terminális betegek általános menedzselése. Minden más „nem alapvető” szolgáltatásnak számít, és mint „további” és „növelt” szolgáltatás, vagy a Quality and Outcomes Framework szerinti teljesítmény ösztönzés, extra díjazásban részesül. A QOF bizonyos feladatok és célkitűzések teljesítéséből áll, pl. a vérnyomás évenkénti ellenőrzése, dohányzás elleni tanácsadás, a kardiovaszkuláris betegség elsődleges megelőzése.

Az Egészségügyi és Szociális Ellátás Modelljét nem értékelték, az Egészségügyi Minisztérium csak néhány modellkísérlet vizsgálatát végezte. Néhány nagyobb országos és regionális projekt "előtte és utána" adatokat gyűjtött vagy összehasonlítási csoportokat használt a kísérleti fázisban a modell eredményességének felmérésére. A legtöbb ilyen értékelés kismértékű csökkenést talált a kórházi felvételek számában, a betegek elégedettek voltak az eset menedzsmenttel. Egy országos szinten végzett értékelés nem talált bizonyítékot az ellátás szisztematikus átalakítására. Az alapellátás és a szakellátás közötti kapcsolódás gyenge volt és nem összpontosított a betegek kórházon kívül tartására. Az értékelés szerint gyökeresebb átalakításra van szükség ahhoz, hogy az eset menedzsment nagyobb hatással legyen a kórházi felvételekre.

### **Integrált ellátási modellkísérlet Londonban**

Angliában 2012-ben 16 központilag támogatott integrált ellátási modellkísérlet volt folyamatban, amelyek többnyire krónikus betegségekre összpontosítottak (pl. krónikus obstruktív tüdőbetegség, szív-és érrendszeri betegségek, szívelégtelenség, demencia, életvégi ellátás, időskori esések). A projektek célja a kimenetek javítása a töredezettség megszüntetésével és a különböző szolgáltatások összekapcsolásával (Department of Health 2012).

Az integrált ellátás példaként mutatható be az észak-nyugat londoni integrált ellátási modellkísérlet (NWL ICP 2012). A projekt két betegútban (diabétesz és idős betegek) koordinálja az egészségügyi ellátást London öt kerületében. Az NWL ICP azt vizsgálja, hogy az integrált ellátás képes-e javítani az kimeneteket azáltal, hogy hozzáférést teremt a kórházon kívüli ellátáshoz, csökkenti a szükségtelen kórházi felvételeket és lehetővé teszi a szakemberek számára az ellátói határokon átívelő munkát.

A projektben megvalósítandó két kísérlet 10 százalékos megtakarítást eredményezhet, amit az ellátó szervezetek és a szolgáltatás vásárlók megoszthatnak egymás közt. A 2012-ben indult egyéves projektben megszűnik a határvonal a résztvevő ellátók között, akik közösen működhetnek együtt a betegellátás javításában. A NWL ICP helyi NHS ellátókból, helyhatóságokból és jótékonyági szervezetekből álló partnerség, amelyet házi orvosok, kórházi orvosok és közösségi egészségügyi szakemberek irányítanak. Az integrált ellátási kísérleti projekt magját a multidiszciplináris rendszer képezi. A projektben két betegút bevezetésére került sor: a 2-es típusú diabéteszben szenvedő betegek és az idős betegek számára. A választás azért esett erre a két csoportra, mert jelentős egészségügyi forrásokat emésztenek fel, így érezhető megtakarítások érhetők el a betegutak optimalizálása esetén.

### ***Integrált betegutak: diabétesz betegek***

A kísérleti projektben használt diabétesz betegút nem vezet be új szolgáltatásokat, célja inkább az, hogy jobb eredményeket érjen el a fennálló gyakorlat standardizálásával és jobb koordinálásával. Fő innovációnak tekinthető a rendszeres multidiszciplináris esetmegbeszélés az akut ellátó orvos és a diabétesz szakemberek részvételével. A multidiszciplináris csoportok havonta legalább egyszer találkoznak a legbonyolultabb esetek megtárgyalása céljából. A diabétesz diagnózisának és kezelésének elsődleges útmutatójává a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) klinikai irányelvei szolgálnak.

A betegeket az ellátás szükségletei szerint meghatározott csoportokra (szegmensekre) osztják. Minden csoportra ellátási csomagokat határoznak meg, amelyek felvázolják az ellátás tervbe vett elemeit és nyújtásának néhány választási lehetőségét. A betegszegmensek bármelyikében előfordulhatnak szövődmények, amelyek a megfelelő ellátóhoz való beutalást vonnak maguk után.

### ***Integrált betegutak: idős betegek***

Az idős betegek ellátására tervezett modellkísérletben a diabétesz betegúthoz hasonlóan nem új szolgáltatások bevezetése a cél, hanem a meglévő szolgáltatások jobb koordinálása, valamint a projektben használt országos útmutató és legjobb gyakorlat közös szemléletének kialakítása. A diabétesz betegúthoz hasonlóan szintén fő innovációnak tekinthető a multidiszciplináris csoportok létrehozása és a rendszeres multidiszciplináris esetmegbeszélés folytatása az akut ellátó orvos és más, az idős betegekre specializáló szakemberek részvételével.

A kísérleti projekt célja az ellátás minőségének javítása és a sürgősségi betegfelvételek számának csökkentése. Ennek egyik mechanizmusa a proaktív ellátástervezés a sürgősségi felvétel legnagyobb kockázatával bíró betegek számára. A multidiszciplináris csoportok prioritásokat határoznak meg az ellátásban ezen betegek számára.

A betegek rétegekbe való beosztása kockázat szerint történik a King's Fund modelljének alkalmazásával (Combined Predictive Model). A kockázati besorolás meghatározza az ellátás elsőbbségi rendszerét és elvégzi az időseket érintő leggyakoribb betegségek kiszűrését.

### ***Információs eszköz***

Az integrált ellátási kísérleti projekt információs eszköze egy biztonságos web-alapú portál, amely a következő tevékenységeket teszi lehetővé:

- Információ nyújtása az ellátást és a betegutakat érintő döntésekről,
- A fontosabb klinikai és ütemezési információk megosztása,
- A standardizált ellátási terv koordinációja a betegutak mentén több szakember és szervezet között.

Az információs eszköz funkciói:

- Lehetővé teszi az elektronikus ellátási tervek létrehozását, módosítását és megosztását különböző ellátók számára,
- Lehetővé teszi a házi orvosok számára, hogy azonnal átlássák a betegüknek nyújtott ellátásokat és észrevegyék a lehetséges hiányosságokat,

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- Valamennyi ellátó betekintést nyerhet abba, hogyan integrálódik az általuk nyújtott ellátás más ellátók tevékenységébe,
- Megmutatja a beteg számára javasolt ellátási terveket a kórtörténetről függően és a klinikai munkacsoportok eredményei alapján,
- Lehetővé teszi az ellátók számára a betegek klinikai információihoz való könnyű hozzáférést (alapellátás, szakellátás, közösségi ellátás),
- Kockázati tényezőket használ a háziiorvosi betegpopuláció elemzésére, a magas kockázatú betegek azonosítására és megfelelő ellátási tervek készítésére,
- Összehasonlítja a háziiorvosi praxisok és a multidiszciplináris csoportok teljesítményét más teljesítményértékelésekkel.

### **Franciaország**

Franciaország egészségügye kötelező egészségbiztosítási rendszeren alapul, melyet a kölcsönösségi alapon működő biztosítási formák egészítenek ki. A krónikus és különösen költséges kezelést igénylő (ALD) betegek ellátására már az állami egészségbiztosítás felállításakor hoztak rendelkezést, de a krónikus betegeket beazonosító és monitorozó ALD eljárásoknak elsődleges célja nem a betegségmenedzsment kialakítása, hanem a betegségterhekkel szembeni fellépés volt (100 százalékos mentesség jár 30 krónikus betegség költségeire).

Az ellátás koordináltságának előmozdítását tervbe véve, az 1990-es évek végén történtek kezdeményezések a helyi szintű szolgáltatói hálózatok létrehozatalára, és ezek hivatalos bevezetésére „egészségügyi hálózatok” néven került sor 2002-ben. A hálózatok tevékenységének négyötödét a krónikus betegek ellátása teszi ki.

A krónikus ellátásra vonatkozó hagyományos ALD-programot, amely egyértelműen mentesítette a krónikus betegeket a co-payment fizetése alól, a 2004-es Egészségbiztosítási Törvény alakította át. Egy kifejezetten egyénre szabott, strukturált, betegségmenedzsment-eljárás hiányában, a betegutat a kapuóri szerepkörében megerősített háziorvos alakítja ki a beteg és a szakorvosok közreműködése mellett. A 2004-es törvény értelmében a jogosultság elnyeréséhez a beteg kezelőorvosának egy űrlapot kell kitöltenie a beteg állapota által igényelt ellátásról, pontosan részletezve a kórképnek megfelelő kezeléseket. A protokollnak egyértelműen kell definiálnia a páciens által követendő betegutat, tartalmaznia kell a szolgáltatói kört, az előírt kezeléseket és a beteg állapotának figyelemmel kísérésére vonatkozó terveket. Az egészségbiztosítás az orvos nyilatkozata alapján dönt a beteg számára tervezett kezeléseket teljes körű fedezetének jóváhagyásáról.

A betegnek írásos beleegyezését kell adnia a kezelőorvos által összeállított terápiás protokollhoz, melyet a továbbiakban minden általa felkeresett szakorvosnak be kell mutatnia kezeléseit teljes körű fedezetének elnyeréséhez, ennek hiányában az átlagos co-payment-et (25 százalék) kell fizetnie.

A háziorvosok éves átalánydíjat kapnak krónikus betegek ellátásáért, melyet az egészségbiztosítás finanszíroz. Becslések szerint Franciaországban a cukorbeteg mintegy 80 százaléka részesül az ALD-program által nyújtott fedezetben.

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

Az országban a Magas szintű Egészségügyi Hatóság állítja össze a krónikus betegségek listáját, és ajánlásokat fogalmaz meg az általa szükségesnek tekintett kezelésekről, de ezek fedezetének odaítélése az egészségbiztosítás hatáskörébe tartozik. Az ALD-programhoz tartozó betegek részére térítésmentesen áll rendelkezésre az egészségügyi szolgáltatások egész sora: szakorvosi konzultációk, gyógyszerelés, a betegségük önálló ellátásához nyújtott támogatás és szükség esetén a hospitalizáció, de a költségek teljes fedezetét csak a krónikus betegséget előidéző kórkép kezelése teszi indokolttá.

A krónikus betegek ellátása részét képezi a 2002-ben kialakított egészségügyi hálózatok tevékenységének. 2006-ban mintegy 450 egészségügyi hálózat működött az országban, és ezek közel 80 százaléka foglalkozott krónikus problémákkal, beleértve a daganatos betegségeket és a palliatív ellátást is. 2006 szeptemberében 69 hálózat foglalkozott a cukorbetegség ellátásával, és ennek keretében becslések szerint 14 000 egészségügyi szakember látott el közel 44 000 beteget. A hálózatok mindegyike átlagosan 800 beteg kezelésével foglalkozik. A betegek kezelőorvosuk segítségével vagy önkéntesen is csatlakozhatnak egy hálózathoz, mely minden beteg számára egyéni kezelési tervet dolgoz ki, egyeztetve ezt – szükség esetén – más hálózatokkal. Az egészségügyi hálózatok tevékenységében számos egészségügyi szakember vehet részt – alapellátásban dolgozó orvosok, szakorvosok, ápolónők, dietetikusok, lábkezelésekkel foglalkozó szakemberek, fizioterapeuták, gyógyszerészek. A nővérek és a dietetikusok egyre hangsúlyozottabb szerepvállalásához továbbképzések nyújtanak segítséget.

A cukorbetegséggel foglalkozó hálózatok a betegek számára nyújtott oktató és tanácsadó programjaikat a fekvőbeteg-ellátás keretéből ambuláns helyszínre helyezték át. A cukorbetegéknél egyéb egészségi probléma fellépése esetén, ezek kezelésére az adott specializációval foglalkozó hálózatok nyújtanak segítséget. Amennyiben a cukorbeteg számára lakóhelyük szerint nem érhető el egészségügyi hálózat, Franciaország húsz városában a cukorbetegséggel foglalkozó otthonokat kereshetik fel. Ezekben a nonprofit intézményekben a cukorbeteg a nővérek és a dietetikusok által nyújtott ingyenes tanácsadásban részesülhetnek.

2006-ban az állami egészségbiztosítás és az orvostársaságok speciális egyezményt írtak alá a cukorbeteg egészségügyi állapotának figyelemmel kíséréséről. E szerint a megadott minőségi indikátorok alapján a háziorvosoknak évente kell értékelést végezniük a betegek által követett betegútról. Ez tekinthető az első lépésnek az egészségbiztosítás és a kezelőorvosok összehangolt tevékenységét igénylő betegségmentesítéshez.

Bár Franciaországban hosszú ideig komoly gondot okozott az ellátás koordinációjának hiánya, az átfogó megközelítést elősegítő kezdeményezéseket az egyének szintjén pozitívan értékelték, és 2007-ben országos népegészségügyi terv készült a krónikus betegek számára, mely a remények szerint elő fogja mozdítani a krónikus ellátás összehangoltabbá tételét. (Nolte et al., 2008).

### **Hollandia**

A túlnyomórészt társadalombiztosítás alapján finanszírozott egészségügyi rendszerrel rendelkező Hollandiában az Egészségbiztosítási Törvény 2006-ban kötelező biztosítást vezetett be, a biztosítóknak nagyobb szabadságot tett lehetővé a szolgáltatókkal való

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

tárgyalásokban, alapot teremtett új szolgáltatási formák kialakításához és az integráltabb ellátás megvalósításához. Az alapellátásban a házi orvosok csoportpraxisokban dolgoznak, a lakosoknak kötelező házi orvoshoz bejelentkezniük, a házi orvos kapuőri szereppel rendelkezik, vagyis a szakorvos csak beutalóval vehető igénybe. A holland egészségpolitika '90-es évek óta fontos célkitűzése a krónikus betegségekben szenvedők ellátása minőségének és folytonosságának fejlesztése. Ebből a célból dolgozták ki a transzmurális ellátás koncepcióját, amely a betegek igényeire szabott, az általános és specializált ellátók együttműködése és koordinációja, valamint a megosztott felelősség alapján biztosított ellátás. (A „transzmurális” kifejezés a kórházban vagy ápolási otthonban biztosított „intramurális” és a házi orvosi rendelőben vagy otthonalapú létesítményekben biztosított „extramurális” ellátás összekapcsolására utal.)

A transzmurális ellátásra vonatkozó koncepciók Hollandiában jelentős változatosságot mutatnak. Egyes megközelítések a kórházak és házi orvosok közötti kooperáció megerősítését, a szakmai irányelvek szerinti ellátást célozzák. Később szakápolókat, specializált nővéreket is bevontak a kezdeményezésbe, és a gyógyszeres kezelést összekapcsolták a prevencióval, tájékoztatással, oktatással, szociális és pszichológiai támogatással. A nővérek ún. transzfer feladatokat is elláttak, pl. a beteg elbocsátásának megtervezése és előkészítése, a házi orvosok számára tanácsadás, és bizonyos esetben ellenőrzés, a beteg visszautalása az alapellátásba a kórházi kezelést követően. Nemrégiben rehabilitációs osztályokat is létrehoztak azon betegek számára, akik a kórházi kezelés után ideiglenes ellátást igényeltek. Emellett bizonyos szolgáltatások, amelyek korábban a kórházakra koncentráálódtak, a betegek otthonában is elérhetővé váltak.

A transzmurális ellátás legtöbb formája az akut kórházi ellátás, valamint az olyan alternatív intézmények közötti kapcsolat menedzselésére fókuszál, amelyeket olyan betegek számára alakítottak ki, akik már nem képesek teljesen önálló életet élni. A kapcsolatok gyakran szerződésen alapulnak vagy informálisak, ritkább esetekben a kooperáló intézmények összeolvadnak. A fő kihívást az elegendő finanszírozás biztosítása jelenti, intézményesített finanszírozási mechanizmusok hiányában. Számos transzmurális ellátási projekt részesül támogatásban a központi kormányzattól vagy a helyi önkormányzattól. A kórházak a költségvetésük maximum 3 százalékát fordítják transzmurális ellátásra, de számos esetben nehéz pótlólagos finanszírozási forrásokat generálniuk, vagy újrastrukturálniuk a pénzügyi mechanizmusukat.

A transzmurális ellátás továbbfejlesztése betegségmenedzsment-programok kidolgozásához vezetett. Ennek egyik példája a Matador-program (amelyet először Maastrichti Transzmurális Diabétesz Szervezetnek, majd Maastrichti Diabétesz Ellátási Csoportnak neveztek). A Matador program kidolgozása egészen a '80-as évekig nyúlik vissza, de hivatalosan 2000-ben indult, és a Maastrichti régió minden házi orvosa számára elérhető. A program magában foglalja bizonyos feladatok orvosokról nővérekre, valamint a kórházakról az alapellátásra való átruházását. Maastrichtban egyes szolgáltatásokat egy újonnan létrehozott diabétesz klinikán nyújtanak, ami a Matador program szervezeti és koordinációs központjaként funkcionál. Minden, a programban résztvevő beteg regisztrálva van egy házi orvosnál. Minden egyes beteget egy házi orvosból, endokrinológusból és speciális diabétesz nővérből álló szakembercsoport támogat. A betegeket állapotuk súlyossága alapján osztályozzák. A komplex esetek az endokrinológushoz kerülnek, az instabil

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

diagnózissal rendelkezőkkel a diabétesz nővér foglalkozik, a többi beteget pedig a házi orvos látja el. Minden egyes szakember feladata világosan meghatározott, és felelős a hozzá rendelt betegért. Az endokrinológus felügyeli a diabétesz nővért, de egyben tanácsadóként is működik a házi orvos és a nővér számára, és hozzájárul azok speciális képzéséhez. A diabétesz nővér felügyeli a házi orvost, és tanácsokkal látja el a diabétesz ellátás terén. A házi orvos szintén tájékoztatja a nővért a beteggel kapcsolatos egyéb kérdésekről, valamint az ellátáshoz kapcsolódó folyamatokról. A szakembercsoport tagjai rendszeresen üléseznek, hogy megvitassák minden egyes beteg szükségleteit. A csoport együttműködik más szakemberekkel is, pl. dietetikusokkal, közösségi nővérekkel, lábgyógyászokkal, szemészekkel.

A kezelés protokollon alapul, amely a diabétesz ellátásra vonatkozó speciális irányelveket tartalmaz. A betegek negyedévente konzultálnak a diabétesz nővérrel, és két évente az endokrinológussal. Ez a korábbi helyzethez képest nagy változást jelent, amikor a páciensek negyedévente keresték fel az endokrinológust. A diabétesz nővér aktív szerepet játszik a beteg oktatásában is. Ez a Diabétesz Interaktív Oktatási Program (DIEP) kidolgozásához vezetett, amely a betegek önmenedzsmentjének fejlesztését célozza.

A transzmurális ellátás koncepciójának a '90-es években történő megfogalmazása óta minden kórházat bevontak valamilyen formában a transzmurális ellátásba. Minden egyes transzmurális ellátási rendszer átlagosan három egészségügyi intézményt foglal magába, amelyek leggyakrabban kórházak, otthonápolási szervezetek, ápolási otthonok, egészségbiztosítási alapok, betegszervezetek, valamint az egészségügyi szakembereket tekintve házi orvosok, szakorvosok, kórházi alapú nővérek és otthonápolási nővérek.

2010-ben országos programokat indítottak a diabétesz mellett a krónikus obstruktív tüdőbetegség, ill. a kardiovaszkuláris megbetegedések kockázatának menedzsmentjére. (Nolte et al., 2012; Nolte et al., 2008)

A krónikus ellátásra vonatkozó új megközelítéseket nagyrészt az egészségbiztosítók finanszírozták. A 2006-os Egészségbiztosítási Törvény új szerződési módszereket tett lehetővé a szolgáltatók és az egészségbiztosítók között. Például a házi orvosok diabétesz ellátó csoportokba szerveződhetnek, amelyek a diabétesz páciensek ellátására specializálódnak, a betegségmenedzsment alapelvei alapján (mint pl. a Matador programban). A diabétesz ellátó csoport szerződik az egészségbiztosítóval, és alszerződéseket köt a házi orvosokkal, szakorvosokkal, diabétesz nővérekkel és egyéb szolgáltatókkal. A szolgáltatásokat közvetlenül vagy közvetetten (a programon keresztül) szolgáltatás szerinti díjazással finanszírozzák. A legújabb, ún. csomagolt fizetési modellben az egészségbiztosítók egyszeri díjat fizetnek a szerződő ellátó csoport számára a specifikus krónikus betegellátás összes elemének fedezésére. A csomagolt szolgáltatások árát a biztosító és az ellátó csoport közötti megállapodás szerint határozzák meg, az alvállalkozók díjait pedig az ellátó csoporton belül tárgyalják meg. Az ellátásba foglalt szolgáltatásokat betegség-specifikus országos standardok határozzák meg, amelyeket országos ellátószövetségek és betegszervezetek jóváhagyásával alakítanak ki. A csomagolt ellátásba foglalt szolgáltatásokat a kötelező alapbiztosítás teljes mértékben fedezi, vagyis a betegeknek nem kell többletet fizetniük. A csomagolt fizetési rendszer önkéntes alapú, így a biztosítók és az ellátók szabadon alkalmazhatják, de maradhatnak a hagyományos egészségügyi térítésnél is. A kísérleti időszak 2012-ben ért véget, ezt követően az egészségügyi miniszter által kijelölt



értékelő bizottság ajánlást tesz a rendszer megtartására, változtatására vagy bővítésére. Az értékelő bizottság az alapellátás, az integrált krónikus ellátás és az egészségügyi gazdaságtan területein szakértelemmel rendelkező multidiszciplináris csoport.

A csomagolt fizetés új rendszere fontos változásokhoz vezetett a krónikus betegellátás finanszírozásában Hollandiában. Aránylag rövid időn belül jöttek létre ellátó csoportok az egész országban és integrált, multidiszciplináris ellátást nyújtottak főképpen a diabétesz betegek számára (kisebb mértékben a krónikus obstruktív tüdőbetegségben szenvedőknek és a kardiovaszkuláris kockázattal bíró betegeknek). A csomagolt fizetés programjának kezdeti értékelése szerint javult az ellátás szervezése és koordinálása, a protokollok betartása, és jobb együttműködés jött létre az egészségügyi ellátók között. (de Bakker et al., 2012)

### **Németország**

Németországban az egészségügy irányításának felelőssége a szövetségi és a tartományi kormányok között, valamint a helyi egészségügyi hatóságok és szervezetek között oszlik meg. A kötelező egészségbiztosítás egyrészt a tartományi fennhatóság alatt álló, de pénzalapjukkal önállóan gazdálkodó biztosítókon, másrészt szövetségi szintű kötelező biztosítókon alapul. Az ambuláns ellátásban a betegek szabadon választhatnak a többnyire egyéni magánpraxisban dolgozó házi orvosok vagy szakorvosok közül, kivéve, ha a biztosított házi orvos modellhez csatlakozott (ekkor a további, biztosító által finanszírozott ellátáshoz a házi orvos beutalója szükséges). Az országban erőteljesen elhatárolódik a járóbeteg-ellátás és a fekvőbeteg-ellátás.

A kilencvenes évektől számos kezdeményezés történt a komplex igényű krónikus betegek támogatására. Az ambuláns és fekvőbeteg-ellátó szektor közötti koordináció előmozdításában fontos szerepet játszott a 2000-es Társadalombiztosítási Reform Törvény, amely bevezette az ambuláns és kórházi szektor közötti integrált ellátást, a 2001-es Kockázatkiigazításról szóló reformtörvény, 2002-től a betegségmenedzsment programok (DMP) hivatalos bevezetése, az Egészségbiztosítás Modernizációjára irányuló 2004-es törvény, amely megerősítette az integrált ellátást és a házi orvos központú ellátást, elindította az ambuláns ellátásban többféle szakterületen is szolgáltatást nyújtó poliklinikák fejlesztését. 2009-től morbiditás alapú kockázatkiigazítást vezettek be, a 2008-as Hosszú távú Ápolási Reformtörvény pedig lehetővé tette, hogy kísérleti projektek keretében a krónikus betegek ellátásának egyes feladatait az orvosoktól a szakdolgozókhoz delegálják. (Nolte et al., 2012)

A kötelező társadalombiztosításból finanszírozott DMP-k főbb alapelvei: a krónikus betegek kezelése az elérhető legjobb evidenciákon kell, hogy alapuljon, ösztönözni kell a szektorok közötti együttműködésen alapuló ellátást, fontos komponens a betege ön menedzselése (pszichoszociális támogatás, a betegek betegséggel kapcsolatos ismereteinek bővítése), a minőségbiztosítás. A DMP-kben való részvétel önkéntes. A programok koordinátora a beteg által választott szerződéses szakember, általában a beteg házi orvososa, aki a beteggel közösen határozza meg a kezelés folyamatát és céljait, valamint összehangolja az ellátást a többi szolgáltatóval – szakorvosokkal, fekvőbeteg-ellátó intézményekkel. A koordináló orvos praxisa végzi a betegek oktatását. A betegségmenedzsment programok többnyire csak egyes



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

betegségekre koncentrálnak, így az emlőrák, 1-es és 2-es típusú cukorbetegség, szívkoszorúér-betegség, asztma és COPD. A krónikus betegek sokszor többféle egészségi problémával küzdenek, így ennek megoldására kiegészítő betegségmenedzsment modulok szolgálnak az obezitás és a krónikus szívelégtelenség ellátásában. Az utóbbi időben a magas vérnyomás kezelése is a diabétesz és a szívkoszorúér-betegséggel foglalkozó programok részévé vált.

A DMP-keretek között kezelt biztosított beteg után a biztosítók kezdetben a kockázatiigazításon keresztül részesültek magasabb díjazásban, 2009 óta átalánydíjat kapnak. A szolgáltatók is kiegészítő kompenzációban részesülnek a biztosított betegek DMP-hez való feliratkozásáért, valamint a betegek dokumentációjának rendszeres vezetéséért. A betegek is részesülhetnek anyagi ösztönzésben (pl. a gyógyszerek csökkentett co-payment-je, vagy a korábbi években még alkalmazott negyedéves 10 eurós vizitdíj elengedése) a programban való részvételért, ennek odaítélése biztosítójuktól függ.

A DMP programokban résztvevő orvosok száma változó, a házi orvosok kb. 65 százaléka vesz részt pl. a 2-es típusú diabétesz programjában. 2010 végén kb. 5,75 millió fő vett részt egy vagy több DMP programban. Legtöbbször a 2-es típusú diabétesz programjában kerültek ellátásra (3,4 millió fő, a diagnosztizált cukorbeteg kb. kétharmada). (Nolte et al., 2012)

A betegségmenedzsment programok nem hoztak különösebb változást a német egészségügyi rendszer működtetésében. A szolgáltatásokat a már meglévő struktúrában házi orvosok, magánpraxisban dolgozó szakorvosok és kórházak nyújtják. Az orvosokon kívül más egészségügyi szakemberek bevonását a programok nem feltételezik. A szektorok között továbbra is fennálló határvonalak, melyek részben az eltérő finanszírozás következményei, valószínűleg nem szűnnek meg a betegségmenedzsment programok révén. Így a német egészségügyi rendszer előtt álló egyik legnagyobb kihívás a krónikus betegek több szakterületet átfogó ellátásának előtérbe helyezése.

A szociális ellátásba átnyúló krónikus betegek tartós ápolása ápolásbiztosítás alapján történik. Jelenleg Németországban 2,4 millió tartós ápolásra szoruló krónikus beteget tartanak nyilván, ez a szám várhatóan 2050-ig meg fogja haladni a négy milliót. A krónikus betegek szociális ellátásba átnyúló ápolását az ápolásbiztosítás fedezi. A német rendszerben az ápolásbiztosítás megkötése a kötelező és a magán egészségbiztosítással rendelkező biztosítottak részére is kötelező. A kötelező ápolásbiztosítás célja a szociális ellátást nyújtó helyi önkormányzatok, illetve idősek otthonaiban ápolási szolgáltatást igénybe vevő önálló személyek vagy családok terheinek csökkentése volt. Rászorultság esetén a segítségnyújtás az ápolásra szorultság fokának megfelelően történik. A támogatás hozzátartozó által végzett ápolás esetén ápolási díj térítését jelenti; professzionális ambuláns vagy fekvőbeteg ápolás igénybe vétele esetén az ápolási költségek egy részének átvállalását (például rehabilitációs költségek, lakókörülményeket javító intézkedések).

A Bundestag által 2012-ben elfogadott új ápolási reform értelmében 2013-tól nő az ápolásbiztosítási járulék (1,95 százalékról 2,05 százalékra, egyedülállóknak esetén 2,3 százalékra). Kiemelt figyelmet kap a hosszú távú ellátást igénylők, köztük a demens betegek lakóhelyi (hozzátartozók és lakóközösségek által nyújtott) gondozásának támogatása, nő az egyes ápolási szintek szerinti támogatás. E mellett lehetőség van kiegészítő ápolásbiztosítás megkötésére is, amit az állam 2013. január elsejétől éves szinten személyenként 60 euróval támogat. A kiegészítő ápolásbiztosítás három fajtája különböztethető meg a német

rendszerben: ápolási nyugdíj térítés (havi nyugdíj juttatására kötött életbiztosítással kombinált biztosítási forma), a kötelező ápolásbiztosítás mellett felmerülő költségek részleges vagy teljes térítése, illetve az ápolás időtartama alatt napi fix összegű juttatás. (Pflege-Neuaustrichtungs-Gesetz, 2012)

### **Svédország**

A svéd egészségügyi rendszer a Beveridge-modellen alapul. Az egészségügyi ellátás felelőssége a megyék és helyi önkormányzatok/közösségek között oszlik meg. Az egészségügyi ellátás finanszírozása döntően a helyi és regionális szinteken kivetett adókból történik.

Svédországban a krónikus betegségek menedzsmentje az egészségügy egyik fontos prioritása. Az utóbbi években számos kezdeményezés történt a krónikus betegek ellátásának fejlesztésére. Az Idősek Ellátásának 1992-es Reformja, valamint a pszichiátriai ellátás 1995-ös reformja az idősek és krónikus betegek ellátása felelőségének jelentős részét az önkormányzatokra ruházta át. Ennek értelmében az önkormányzatok felelősek a 65 év fölötti, krónikus betegségben szenvedő betegek egészségügyi ellátásáért és szociális támogatásáért. Ugyanakkor a házi orvosok által biztosított orvosi ellátás nem az önkormányzatok, hanem a megyei tanácsok felelőségébe tartozik. A krónikus ellátás terén tehát az önkormányzatok és megyék közötti kooperációra és koordinációra van szükség, amely a vidéki területeken gyakran fejlettebb, mint a városokban.

Az utóbbi években jellemzővé vált az a trend, hogy a megyék a szolgáltatókkal való kapcsolat szorosabbá és formálisabbá tétele céljából ún. helyi koordinációt (närskuvård) hoznak létre. Erre vonatkozóan nincs egységes, országos megoldás, az együttműködés a helyi igényekhez igazodik. Az alapellátás tölti be a központi szerepet, a másik két pillért az önkormányzati közösségi ellátás és a szakellátás alkotják. A helyi koordináció fókuszában az idősek, valamint a többszörös krónikus megbetegedésben szenvedők ellátása áll (beleértve a mentális problémák kezelését is).

2002-ben a legtöbb megyei tanács létrehozott legalább egy „ellátási láncot” vagy betegutat. Az ellátási láncok többségét a krónikus betegek alakították ki. Az ellátási láncok létrehozásának fő célja az ellátás minőségének fejlesztése volt. A két kezdeményezés, azaz a helyi koordináció és az ellátási láncok párhuzamosan működnek, de számos helyen, és/vagy betegségterületen összeolvadtak.

A krónikus ellátás alapját az alapellátó központok képezik. Több mint 1000 alapellátó központ működik az országban. A központok 80 százalékát a megyék működtetik, a fennmaradó hányad magánszolgáltatók irányítása alatt áll, és főként nagy hálózatok részeként működik. Az alapellátó központokon kívül vagy ezekkel integrálódva mintegy 7000 központ biztosítja az anya- és csecsemőgondozást, a körzeti fizioterápiát, a rehabilitációt stb. A központok szervezését és működtetését a megyék alkalmazásában álló nővérek, szülésznők, fizioterapeuták és más egészségügyi szakemberek látják el a házi orvosok szaktanácsadói szerepvállalása mellett. A megyék üzemeltetésében lévő alapellátó központok minimum két orvost és az egészségügyi dolgozók több más kategóriáját is foglalkoztatják. A nővérek egyre növekvő szerepet kapnak a krónikus és komplex problémákkal küzdő betegek ellátásában (pl. asztma, diabétesz), és az ilyen páciensek

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

számára korlátozott receptfelírási jogosultsággal is rendelkeznek. Minden alapellátó központhoz tartozik a diabéteszt és a magas vérnyomást az ápolónők irányítása mellett kezelő központ, és néhányhoz az allergia, asztma, COPD, pszichiátriai problémák és a szívelégtelenség kezelését folytató központ. A nagyobb alapellátó központok közül néhány a krónikus neurológiai problémák ellátására szakosodott, és az ápolónők irányítása alatt álló központtal is rendelkezik.

A nővérek vezette központok a kórházak belgyógyászati osztályain is elterjedtek. Ezek többsége a diabétesz, ill. a magas vérnyomás, kezelésére specializálódott, de vannak olyanok is, amelyek az asztma/allergia/krónikus obstruktív tüdőbetegség, pszichiátria és szívelégtelenség kezelésére irányulnak. Például a kórházakban működtetett nővérek által vezetett szívelégtelenségben szenvedő betegek ellátására szakosodott központokban az ellátás klinikai protokollokon alapul. A nővéreknek a protokollon belül van joguk megváltoztatni a gyógyszeres kezelést. A nővérek vezette központok elterjedésének okai részben gazdasági jellegűek: ha a beteg a nővérrel veszi fel először a kapcsolatot, aki aztán eldönti, hogy a páciensnek szüksége van-e orvosi kezelésre, az költség-hatékonyabb, mintha közvetlenül orvoshoz fordulna a beteg. Emellett új karrierlehetőségeket is ki akartak alakítani a nővérek számára. További cél volt a betegközponturn ellátás fejlesztése, az ellátáshoz való hozzáférés megkönnyítése a telefonos konzultációk és a kommunikációs nehézségekkel küzdő idősök támogatása révén.

A krónikus betegek ellátásának jelenlegi rendszere, különösen az idős betegek esetében, lehetővé teszi az alapellátás, a kórházi ellátás és a közösségi ellátás összekapcsolását az „ellátási láncokon” vagy betegutakon keresztül. A krónikus problémával küzdő betegek szűrővizsgálatát általában az alapellátásban bonyolítják, a további értékelést és kezelési tervet a helyi kórház szakorvosi intézményében dolgozzák ki, a rehabilitációt pedig a közösségi központ nyújtja. Ez az ún. „ellátási lánc” a szolgáltatók közötti helyi egyezményeken alapul, amelyek országos vagy regionális klinikai irányelveken alapulnak. Az alapellátó központokon és kórházakon belül a klinikai irányelveket általában a krónikus betegségmentes minden típusára alkalmazzák.

A krónikus beteg folyamatos ellátása során az alapellátó központban és a legközelebbi kórház belgyógyászati osztályán működő nővérek vezette központba kerül, ahonnan szükség szerint utalják szakorvosi kezelésre. Az alapellátáshoz, illetve a kórházakhoz kötődő nővérközponturn nővérei rendszeres kapcsolatot tartanak a körzeti nővérrel, valamint az otthonápolási szolgáltatókkal is. A szakorvosi értékelést követően a beteg további, rendszeres kezeléséről az alapellátó központok, ill. a körzeti nővérek gondoskodnak a szakorvos által előírt kezelési terv alapján, beleértve a gyógyszerfelírásokat és a szociális és technikai támogatáshoz szükséges papírmunkát. A szakorvossal a beteg általában csak az éves felülvizsgálatok alkalmával találkozik. A kórházi ellátás általában rövid, és csak akut kezelést nyújt. Akkor van rá szükség, ha a beteg állapota hirtelen romlást mutat, vagy új értékelésre van szükség.

A svéd betegeknek fizetniük kell a családorvosi szolgáltatásokért, de az alapellátó orvostól származó beutalók ingyenesek. A beutalóval nem rendelkező betegeknek fizetniük kell a szakorvosi rendelőben vagy kórházban biztosított szakellátásért. Mindez az alapellátás igénybevételenek ösztönzését szolgálja. Az otthoni ápolás igénybevételehez csekély mértékű díj fizetése ellenében van lehetőség. Ennek felelősségét a megyék és a közösségek

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

---

megtárgyalják egymás között. A megyék mintegy fele biztosít otthoni ápolást, a többi megye esetében ezt a feladatot az önkormányzati közösségek vették át. A közösségek emellett működtetnek ápolási otthonokat is a 65 év fölöttiek számára, és ellátást biztosítanak minden krónikus mentális problémával küzdő páciens számára. Ezekben az otthonokban nővérek, nővér-asszisztensek és szociális munkások dolgoznak, de sok esetben fizioterapeuták is részt vesznek az ellátásban, és rehabilitációt is nyújtanak.

Az egészségügyi és szociális ellátás terén a feladatok megyék és közösségek közötti megosztása törvényileg meghatározott felelőségeken alapul, nincsenek betegség-specifikus kivételek. A megyék és közösségek regionális szintű együttműködése fontos szerepet játszik az ellátás különböző területein a felelőségek megosztására irányuló politikai döntésekben, mint pl. az idősek rehabilitációja vagy a krónikus problémákkal küzdők ellátása. Például ha egy páciens a kórházi kezelés után további ellátást igényel otthonában vagy egy ápolási otthonban, akkor ezt az utókezelés általában a közösség felelősségébe tartozik. Ugyanakkor viták is merülhetnek fel a felelősség kérdésében, különösen akkor, ha bizonyos kezelés vagy ellátás nagyon magas költségekkel jár. (Nolte et al. 2008)

### A krónikus pszichiátriai betegek ellátásának sajátosságai

#### *EU, WHO stratégiák*

Európában jelentős erőfeszítések történnek annak érdekében, hogy a krónikus mentális betegségben szenvedő betegek számára nyújtott ellátás súlypontját elmozdítsák a pszichiátriai kórházaktól a közösségek felé. A deinstitalizáció (intézményektől való függetlenítés) és a közösségi alapú ellátás nyújtása a mentális egészségügyi reformok egyik kihívása.

Az Európai Unió 2005-ben Zöldkönyvet tett közzé a lakosság mentális egészségügyének javítására, amelyben lefektette a mentális egészségügyre vonatkozó stratégiát, és keretrendszerben dolgozott ki a tagállamok és az Európai Bizottság közötti az információcserére és együttműködésre (Council of the European Union 2011). 2008-ban "A Lelki Egészség és Jól-lét Európai Paktuma" (European Pact for Mental Health and Well-being) cselekvésre szólított fel a megbélyegzés és a társadalmi kirekesztés leküzdésére a társadalomba beágyazott mentális egészségügyi szolgáltatások segítségével. A Bizottság részéről jelenleg van folyamatban egy közös cselekvés kidolgozása a mentális egészségügy és jól-lét témájában (European Commission 2012). A cselekvés egyik fő célkitűzése a közösség alapú szolgáltatások kialakítása és a szociálisan befogadó mentális egészségügy szemléletének elterjesztése.

Európában jelenleg széleskörű a konszenzus abban, hogy a krónikus mentális betegek ellátása megfelelőbb módon történhet a közösség alapú szolgáltatásokon keresztül, mint a hagyományos pszichiátriai kórházakban. Ennek ellenére több országban a krónikus mentális betegek ellátása továbbra is nagyobb pszichiátriai kórházakban vagy szociális ellátó intézményekben történik, ahol hiányosak a körülmények, nem megfelelő a klinikai támogatás és gyakran megsértik az emberek jogait. Bár néhány országban előrelépés történt a pszichiátriai kórházból a közösségi ellátás felé való elmozdulás terén, csaknem 1,2 millió személy él bentlakásos környezetben vagy mentális betegek számára fenntartott intézményekben, sokan közülük krónikus kórházakban vagy nagyobb intézményekben (Mental Health Europe 2012). Az új szolgáltatásoknak juttatott források korlátozottak és a pszichoszociális szükségletekre való válaszadás is hiányos.

A krónikus mentális egészségügyi szolgáltatások elégtelenségének egyik fő oka, hogy nem létezik koordináció az egészségügyi szolgáltatások és más ágazatok szolgáltatásai – különösképpen a szociális szektor – között (ez a probléma a krónikus ellátás bármely területére igaz, és az egészségügyi ellátás minden szintjére meghatározóan jellemző). Szorosabb koordináció és bizonyos esetekben az egészségügyi és a szociális szolgáltatások közös finanszírozása és menedzsmentje alapvető válasz lenne a mentális egészségügyi rendszer európai kihívásaira.

A WHO szintén ajánlásokat tett közzé a mentális egészségügyi szolgáltatások szervezésére, amelyek gyakorlati információkat nyújtanak az országok számára a mentális egészségügy javításának támogatására (WHO 2003). A WHO ajánlása a szolgáltatások integrált megvalósítására és a mentális betegségben szenvedő emberek szükségleteire irányul és a következő fő elveket határozza meg a mentális egészségügyi szolgáltatások szervezésére:

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

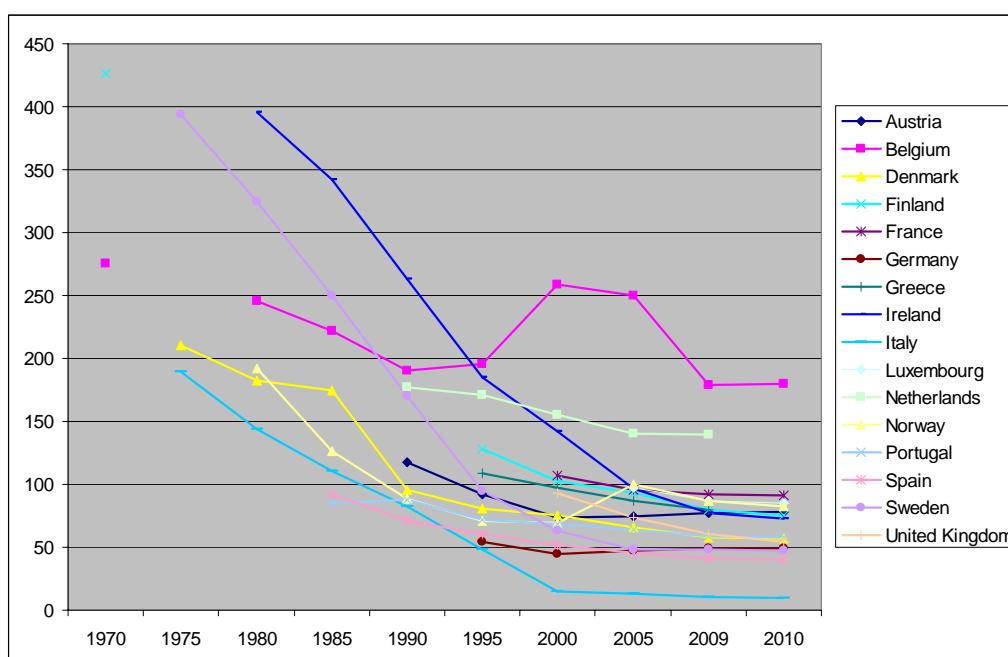
- Elérhetőség
- Átfogó szemlélet
- Az ellátás koordinálása és folyamatossága
- Hatásosság
- Egyenlőség
- Az emberi jogok tiszteletben tartása
- A speciális szolgáltatások koordinálása az alapellátással, interszektorális együttműködés

### Nyugat-Európa

Az EU15 valamennyi országa stratégiákat dolgozott ki a pszichiátriai ellátás hagyományos kórház alapú modelljének decentralizációjára. Ez a pszichiátria ágyak számának jelentős csökkenésével járt együtt.

A 100 ezer főre jutó pszichiátriai kórházi ágyak száma 1970 és 2010 között legnagyobb mértékben Olaszországban csökkent, ahol 1975-ben még 190 pszichiátriai ágy jutott 100 ezer lakosra, 2010-ben ennek csak huszada, 9,84. Nagyarányú volt a csökkenés pl. Svédországban (az ágyak lakosokra vetített aránya nyolcadára esett vissza), Finnországban (hatodára) vagy Írországban is (1980-hoz képest az ágyszám kb. ötödére csökkent) (WHO HFA). Helyettük a mentális betegségekben szenvedő emberek számára közösségi mentális egészségügyi intézményeket hoztak létre. A mentális problémák ellátásának szervezésében fontos szerepe van a helyi önkormányzatoknak.

### 3. ábra: Pszichiátriai ágyak száma 100 ezer lakosra (EU régi tagországok és Norvégia)



Forrás: WHO HFA

A következőkben néhány haladó nyugat-európai példát ismertetünk a közösségi ellátás fejlesztéséről (de Almeida 2011; WHO HiT series).

### Egyesült Királyság

Anglia és Wales 1962-ben közzétett „Hospital Plan” nevű tervezete előrevetítette, hogy 1975-re a pszichiátriai kórházak fele be fog zárni. Az 1971-ben készült „Hospital Services for the Mentally Ill” kormányzati dokumentum a pszichiátriai kórházi modell teljes felszámolását javasolta. Indítványozta, hogy minden pszichiátriai szolgáltatást általános kórházakban nyújtsanak szoros együttműködésben az alapellátással és a szociális szolgáltatókkal és történjen elmozdulás egyéb olyan közösség alapú szolgáltatások felé, mint a támogatott lakhatás, nappali szolgáltatások, közösségi multidiszciplináris mentális egészségügyi csoportok. Az egészségügyi minisztérium 1999-es keretrendszerében (National Service Framework for Mental Health) részletezik a közösségi specialista csoportok országos szintű létrehozását, melyek együttműködnek a helyi közösségi mentális egészségügyi csoportokkal és a fekvőbeteg pszichiátriai osztályokkal. Más szakpolitikák az egészségügyi és a szociális szolgáltatások integrációját és a betegek lakhatási lehetőségét támogatták, amelyeket az állami, a független és az önkéntes szektor egyaránt nyújthat. A támogatott lakhatás modelljeiben felismerték annak a valós potenciálját, hogy a szolgáltatások felhasználói önálló életvezetési jártasságokra tehetnek szert.

A tervek részben valósultak meg. Jelenleg Angliában a mentális egészségügyi szolgáltatásokat többnyire az NHS és a helyhatóságok nyújtják, de az önkéntes és a magánszektor is részt vállal benne. Anglia számos részén a szolgáltatásokat az NHS mentális egészségügyi trösztök szervezik és nyújtják. A trösztök fekvőbeteg ellátást, közösségi és rehabilitációs szolgáltatásokat nyújtanak és bentlakásos ellátó központokat, nappali klinikákat működtetnek.

A fekvőbeteg pszichiátriai ellátást különböző intézmények (pl. általános kórházak, pszichiátriai kórházak vagy különálló ellátó egységek) akut osztályain nyújtják. Léteznek pszichiátriai intenzív osztályok kényszerűen fogvatartott emberek számára, gyakran biztonságos környezetben. Léteznek még különböző lakhatási lehetőségek önálló életvitel megteremtésére a közösségben (támogatott elszállásolás, felügyelt vagy felügyelet nélküli otthonok, rövid idejű hosteltek, családnál való elhelyezés).

A közösségi mentális egészségügyi szolgáltatások tartalmazzák a házi orvosok és a szakember csoportok által nyújtott járóbeteg ellátást, valamint a bentlakásos intézményekben történő ideiglenes vagy tartós ellátást. A 80-as évektől kezdődően szándékos elmozdulás történt a kórházi környezettől a közösség alapú mentális egészségügyi ellátás felé. A közösségi mentális egészségügyi szolgáltatások a következőkből tevődnek össze:

- Községi mentális egészségügyi csoportok: értékelik és kezelik a pácienseket otthonukban vagy a közösségben,
- Mentális alapellátási szolgáltatások: egyéni dolgozók vagy munkacsoportok, amelyek támogatják a házi orvost, és kezelésben részesítik a mentális betegségben szenvedő egyéneket,
- Válságmegoldó csoportok (CRT): multidiszciplináris csoportok intenzív, rövid távú támogatás nyújtására a nap minden órájában,



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- Asszertív támogató csoportok (AOT): intenzív támogatást nyújtanak a mentálisan súlyos betegek számára otthonukban vagy közösségi környezetben,
- Korai beavatkozási csoportok (EIT): az első pszichotikus élményüket megélt emberek szakszerű értékelése és kezelése,
- Otthoni vagy közösségi támogató szolgáltatások: általában nem mentális egészségügyi szakemberek, akik támogatást nyújtanak a betegeknek és családjaiknak,
- Speciálisan képzett alkalmazottak: tapasztalt mentális egészségügyi szakemberek (pl. ápolók, szociális munkások), akik értékelik és osztályozzák az akut vagy a közeledő mentális egészségügyi sürgősségi helyzetet,
- Diplomával rendelkező alapellátási alkalmazottak: rövid terápiás technikákban képzett személyzet, együttműködésben a háziorvossal a gyakoribb mentális betegségek kezelésére,
- Felépülést segítők: egyéni kapcsolatokat építenek a szolgáltatások felhasználóival és közösen értékelik a szükségleteket, elért eredményeket,
- Közösségi fejlesztők: támogatják a közösségi csoportokat és hálózatokat a színes bőrék és az etnikai kisebbségek azon kapacitásának növelésére, hogy képesek legyenek megbirkózni a mentális betegséggel és a szolgáltatásokban rejlő egyenlőtlenségekkel.

### Franciaország

Franciaország Lille városában az 1970-es évek végén vezettek be reformot a pszichiátriai ellátásban, amelyet a város keleti városrészében működő Armentières állami kórház kezdeményezett közösen egy nonprofit magán szövetséggel (AMPS, Orvosi Pszichoszociális Szövetség). Az AMPS helyi tanácsstagokból, mentális egészségügyi szakemberekből, szociális munkásokból, a szolgáltatások felhasználóiból és a gondozók képviselőiből áll. A reform célja a deinstitutionalizáció és a közösség alapú ellátás megvalósítása volt. Kezdetben az Orvosi Pszichológiai Központot és a deinstitutionalizációt célzó elszállásolási központot hozták létre, amely a krónikus betegek rehabilitációjára összpontosított. Programokat dolgoztak ki az érdekképviselet, a megbélyegzés elleni küzdelem, a kutatás támogatási politika, a szolgáltatás fejlesztés és a pszichoszociális rehabilitáció területén.

A reformot két fő lépésben hajtották végre. Az első lépésben (1975-1995) megtörtént a pszichiátriai kórháztól a közösség felé való elmozdulás, a második lépésben (1995-2006) pedig megtörtént a decentralizáció és a pszichiátriai szolgáltatások elindítása az egészségügyi, a szociális és a kulturális szolgáltatások szakembereinek közös részvételével. Míg 1975-ben a pszichiátriára irányuló költségvetés 98 százalékát a teljes idejű pszichiátriai kórházi ellátásra fordították, 2009-ben ez az arány már csak 20 százalék volt, és az ellátás nagy részben közösségi szolgáltatásokon keresztül történt.

2010-ben, a helyi mentális egészségügyi tanácsok franciaországi létrehozását követően az AMPS mentális egészségügyi tanácsá alakult át (MHLC), amely kelet-Lille hat helyhatóságából és az Állami Mentális Egészségügyi Trösztből jött létre. Az MHLC kommunikációs platformként szolgál a hat polgármester, az állampolgárok, a mentális

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

egészségügyi szolgáltatások igénybe vevői, a családok, a művészek, valamint kulturális, elszállásolási, szociális és pszichiátriai szolgáltatások számára. A rendszer fő jellemzői az elérhetőség, az ellátás folyamatossága és az interszektorális együttműködés. A házi orvos által beutalt beteget egy ápoló fogadja, aki 24 órán belül felméri a helyzetet. Szükség esetén a beteg még aznap találkozhat egy pszichiáterrel. Járóbeteg ellátást a közösség különböző helyein elérhető szakembercsoportok nyújtanak.

A betegek közösségben maradására és társadalmi befogadására lakásügyi programokat hoztak létre, amelyeket az MHLC tagjaiból álló „lakás bizottság” irányít. A bizottság dönt a köztulajdonban levő lakások elosztásáról. A helyhatóságok együttműködésének eredményeképpen más bentlakásos létesítmények is rendelkezésre állnak, pl. menedék lakások, átmeneti otthonok (half-way houses), alacsony lakbérű szálláshelyek.

A munkahelyi rehabilitációt és foglalkoztatást olyan tevékenységek révén támogatják, mint a terápiás foglalkozások, szakirányú képzési programok, védett foglalkoztatási programok, munkaköri rehabilitáció. A legtöbb ilyen jellegű program a pszichiátriai szolgáltatások, az MHLC, a munkaközvetítők és a közösség egyéb parterei együttműködésének köszönhető. A Lille-ben működő rendszer jellemzője, hogy fontos szerepet játszik a művészet, a kultúra, a sport és a szabadidős tevékenység.

Franciaországban egyébként a mentális egészségügyi szolgáltatásokat az egészségügyi szektor és a rokkantak számára fenntartott mediko-szociális szektor nyújtja. A felnőtt mentális egészségügyi ellátást területi szervezésben nyújtják (egy mentális egészségügyi területhez – MHC - kb. 210 ezer lakos tartozik). A gyermekek mentális egészségügyi ellátása hasonló területi szerveződést mutat, 321 területtel, átlagban 46 ezer 20 év alatti lakossal. A területen belüli ellátást egy kórház koordinálja (többnyire állami), az ellátás számos megelőző, diagnosztikai, terápiás szolgáltatást tartalmaz járó- és fekvőbeteg környezetben egyaránt. Ambuláns ellátó központok minden MHC területen találhatóak. Az MHC területek a pszichiátriai kórházak 40 százalékát és a pszichiátriai ágyak 80 százalékát teszik ki. A maradék kórház kapacitást többnyire a magán for-profit szektor intézményei fedik le. Számos pszichológiai problémát a házi orvos lát el vagy magán pszichológusok ill. pszichiáterek kezelnek járóbeteg ellátásban.

### Norvégia

Az elmúlt évtizedekben Norvégiában jelentős változások történtek a mentális egészségügyi problémákban szenvedő emberek számára nyújtott szolgáltatások terén (Bjertnaes 2008; Norwegian Ministry of Health and Care Services). A mentális egészségügyi ellátás a nagy pszichiátriai kórházakból a helyi pszichiátriai szolgáltatások felé mozdult el. Az új rendszer a közösségi alapú szolgáltatások köré szerveződött, a nagy kórházközpontok szerepe leszűkült a válsághelyzetek kezelésére és a különleges igényű betegeknek nyújtott szolgáltatásokra. A pszichiátriai intézetekben élő betegek száma drasztikusan csökkent, és a betegek számottevő része jelenleg már az intézeteken kívül él.

A parlament számára 1997-ben készült a témáról egy fehérvérvény, amely a pszichiátriai szolgáltatások hiányosságaira mutatott rá. A norvég parlament 1998-ban dolgozta ki és fogadta el az országos mentális egészségügyi programot, amely a pszichiátriai szolgáltatások jelentős átszervezését sürgette, további pénzalapok bevonásával. A program megvalósítását az 1999 és 2008 közötti időszakra tervezték. A mentális egészségügyi törvényt 1999-ben

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

fogadták el. Az országos mentális egészségügyi program (National Programme for Mental Health) a következő célokat tűzte ki:

- A hagyományos pszichiátriai szolgáltatások és intézetek fokozatos megszüntetése (deinstitucionalizáció),
- A szolgáltatások átszervezése egy decentralizált modell kialakításával, ami a közösségi mentális egészségügyi központ köré szerveződik (Distriktpsychiatriske sentre, angolul Community Mental Health Centre),
- Közösségi szolgáltatások építése és megerősítése a mentális betegségekben szenvedő emberek számára,
- Betegszervezetek és jogvédő csoportok részvétele a mentális egészségügyet érintő kormányzati munka minden szintjén,
- Különleges figyelem a mentális problémákkal küzdő gyermekekre és serdülőkorúakra,
- Információs stratégiák és oktató kampányok megvalósítása, amelyek a gyermekeket, fiatalokat, a szolgáltatások igénybevevőit, ellátókat, munkahelyeket célozzák meg,
- Oktatás és kutatás a mentális egészségügy területén,
- A mentális betegségekben szenvedő emberekkel dolgozó szakemberek képzése és toborzása.

A program emellett javítani kívánta a szolgáltatások elérhetőségét, minőségét és szervezését valamennyi szinten. A szolgáltatások nyújtásában és koordinálásában a helyhatóságok fontos szerepet kapnak. Az országos programban az önkormányzatok gondoskodnak a mentális betegek megfelelő elhelyezéséről, támogatást nyújtanak a foglalkoztatás terén, tevékenységeket biztosítanak a társadalmi kapcsolatok fenntartásáért. Helyhatósági szintű feladat a gyermekek és fiatalok figyelemmel kísérése, a problémás vagy betegségben szenvedő személyek segítése.

Az országos mentális egészségügyi programban nagy hangsúlyt helyeznek az alapellátásra, a szociális szolgáltatásokra és a munkaerőpiaci szolgáltatásokra. A helyhatóságok feladatkörébe tartozik a megelőzés, az ápolás, a gondozás és a szociális szolgáltatások, a pszichiátriai betegségben szenvedő személyek számára nyújtott szolgáltatások koordinálása. A házi orvos fontos szerepet játszik a helyhatósági szinten felmerülő egészségügyi kérdésekben. A házi orvos felelős a betegek követéséért és az orvos-beteg kapcsolat folyamatosságáért, ami különösen fontos a mentális egészségügyi problémákkal küzdő emberek számára. A házi orvos fontos kapocs az alapellátás és a szakellátás között, így a beteg alapos ismerete megkönnyíti a speciális egészségügyi szolgáltatásokra történő beutalás döntését. Norvégiában a specializált mentális egészségügyi szolgáltatások három fő csoportra oszthatók:

- Pszichiátriai kórházak specializált funkciókkal,
- Közösségi mentális egészségügyi központok,

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- Magánpraxisban működő pszichiáterek és pszichológusok, akik pénzügyi támogatásban részesülnek az államtól és ezzel elfogadható szinten tartják a betegek önrész fizetését.

Az országos mentális egészségügyi program legfontosabb elemét a közösségi mentális egészségügyi központ képezi. Létrehozásának fő célja az volt, hogy együttműködjön egyrészt a kórházakkal, másrészt pedig az alapellátással és a helyhatósági szolgáltatásokkal, amely egy jól működő, összefüggő szolgáltatási vonalat jelent a felhasználók számára. Az állami egészségügyi hatóságok becslése szerint egy közösségi mentális egészségügyi központ által lefedett lakosság 30 és 60 ezer közé tehető. A központ több egységből áll, melyek különböző szolgáltatásokat nyújtanak:

- Járóbeteg klinika – a központ legfontosabb része, ahol a legképzettebb mentális egészségügyi szakemberek dolgoznak, a legtöbb klinikai vizsgálatot és értékelést itt végzik.
- Nappali ellátó klinika – a járóbeteg klinikánál szélesebb körű tevékenységet nyújt a betegek számára, benne szociális eseményekkel és kirándulásokkal.
- Válságkezelő és otthoni ellátó csoportok – a szükséges ellátási szint megállapítására ezek a csoportok meglátogatják a betegeket klinikán kívüli környezetükben, gyakran otthonukban. Ezek közül néhányan „akut csoport”-ként működnek, melyek pszichózisba kerülő betegeket keresnek fel, mások bizonyos betegeket céloznak meg, mint a „kettős diagnózis” kategóriájába tartozó betegek (mentális betegség és kábítószer függőség).
- Fekvőbeteg egységek/szolgáltatások – a közösségi mentális egészségügyi központ fekvőbeteg egységgel is rendelkezik rövidtávú kezelést igénylő betegek számára. Néhány központ hosszabb kezelésre szoruló betegek részére is fenntart ágyakat.

A mentális egészségügyi ellátás reformjában nagy hangsúlyt helyeznek a szolgáltatások igénybevevőinek véleményére. A betegeket és rokonaikat valamennyi szinten bevonják a döntéshozási folyamatba. Rendszer-szinten ez annyit jelent, hogy szervezeten vesznek részt a tervezési folyamatban, a törvényalkotásban, a kezelési programok megvalósításában stb. Perspektívájukat figyelembe veszik a teljes szolgáltatásban és valamennyi szinten (minisztérium, helyhatóság, kórházak).

A magasabb szintű, specializált szolgáltatásokat igénylő betegek pszichiátriai kórházakba vagy kórházak pszichiátriai részlegeibe kerülnek ellátásra. A kórházi ellátásban a pszichiátriai betegellátás finanszírozásában nem alkalmazzák a DRG-t. A pszichiátriai ellátásban kicsi a szerepe a magánkórházaknak, bár megtalálhatók pl. táplálkozási rendellenességek kezelésére, vagy idős pszichiátriai betegek számára ápolási otthonok formájában. Ezek az intézmények is általában szerződnek a regionális egészségügyi hatóságokkal, és közfinanszírozásban is részesülnek.

A norvég Egészségügyi Minisztérium döntése értelmében a különböző egészségügyi ellátók közötti együttműködéssel való elégedettség egy országos indikátor rendszer részét képezi. A 2006-ban végzett első országos értékelés az alapellátás és a szakellátás közötti kapcsolatot vizsgálta, specifikusan a házi orvosok tapasztalatát a közösségi mentális egészségügyi központokkal. Ez a kapcsolat azért fontos, mert a központokba a házi orvosok utalják a betegeket, a kezelés alatt is kapcsolatban állnak velük, és a központból való elbocsátás után

is folytatják a betegek kezelését és monitorozását. Az országos felméréseket háromévenként végzik, majd valamennyi közösségi mentális egészségügyi központ eredményeit nyilvánossá teszik, beleértve az internetre való felkerülést a kórházi választási lehetőségek bemutatása céljából. A felmérésre a General Practitioner Experiences Questionnaire (GPEQ) nevű kérdőívet használják. Az országos minőségindikátor rendszer tartalmazza a GPEQ osztályzatokat az összes közösségi mentális egészségügyi központra vonatkozóan.

### Olaszország

Olaszországban a mentális egészségügyi reformot jogszabály megalkotását követően az 1970-es években kezdeményezték. Ebben a következőket kötötték ki:

- A pszichiátriai osztályok általános kórházakban működnek, maximum 15 ágygal,
- A késznyerfelvételek eljárásaira szigorú korlátozásokat határoztak meg (maximum hét nap, hetente megújíthatóan),
- Közösségi mentális egészségügyi központokat hoztak létre a pszichiátriai ellátásra földrajzilag meghatározott területeken,
- Az új és a korábbi állami pszichiátriai szolgáltatásokat integrálták az Állami Egészségügyi Szolgálatba.

Az olaszországi reform fő színhelye Trieszt volt, ahol bezárták a pszichiátriai kórházakat és kialakították a közösségi szolgáltatások hálózatát, amelynek célja az volt, hogy a súlyos mentális betegségben szenvedő emberek valamennyi egészségügyi és szociális igényeit kielégítsék. A hálózatban alacsony ágyszámú mentális egészségügyi központok, általános kórházak pszichiátriai osztályai, elszállásolást szolgáló létesítmények, rehabilitációs programok vettek részt.

Olaszország Emilia-Romagna régiója is jó példa a közösségi pszichiátriai szolgáltatások fejlesztésére. Az első fázisra az 1980-as években került sor, amikor létrehozták a közösségi mentális egészségügyi központokat, kivonták a betegeket a pszichiátriai kórházakból és áthelyezték őket kisebb, kórházon kívüli bentlakásos létesítményekbe, közben létrehoztak egy hálózatot az általános kórházak pszichiátriai osztályaiból. A célkitűzések elérése érdekében a bezárt pszichiátriai kórházak felszabadult forrásait az újonnan létrehozott közösségi mentális egészségügyi szolgáltatások számára allokálták.

Az 1990-es években végbemenő második fázisában zajlott le az intézmények koordinálásának megvalósítása és a szolgáltatások adaptálása az új krónikus betegpopuláció számára. Ebben az időszakban történt a gazdasági és minőségbiztosítási elemek integrálása a klinikai csoportok menedzsmentjébe. A 2000-es évek elejét már a normalizáció jellemzi. Míg 1978-ban a források legnagyobb részét a pszichiátriai kórházaknak juttatták és csak kevés jutott az általános kórházaknak és a bentlakásos létesítményeknek, addig 2008-ra az arányok megváltoztak – a fekvőbeteg pszichiátriai kórházakat felváltották a közösségi mentális egészségügyi központok és a „nappali kórházak”, amelyek lehetnek az általános kórházak részei vagy működhetnek azokon kívül. A nappali kórházakban lehetővé válik a komplex diagnosztikai értékelés, valamint az öngondoskodást és az interperszonális jártasságokat fejlesztő programok megvalósítása.

Az országos irányelvek megléte ellenére a közösség alapú szolgáltatások változatos módon jöttek létre Olaszországban. A szolgáltatások változatossága a regionális egészségügyi

rendszerekben fennálló különbségeknek tudható be, amelyek az északi és a középső régiókat kedvezőbb helyzetbe hozzák a déliekhez képest.

### Spanyolország

Spanyolország Andalúzia régiójában is jelentős változás ment végbe az állami mentális egészségügyi rendszerben az 1980-as években. A reform előtt a mentális egészségügyi ellátást az általános egészségügyi rendszertől elkülönült rendszerben nyújtották. Az igen korlátozott forrásokból gazdálkodó ellátás nyolc pszichiátriai kórház hatáskörébe tartozott, és csak néhány kisebb járóbeteg rendelő volt még. A pszichiátriai kórházak 3000 ágygal működtek, ebből 2700-at krónikus betegek foglaltak el. A reform a következő eredményekhez vezetett:

- Az összes pszichiátriai kórház bezárása az egyes programok deinstitutionalizációjával.
- Specializált mentális egészségügyi szolgáltatások új hálózatának létrehozása a közösségben és integrációja az általános egészségügyi rendszerbe.
- Egy új állami alapítvány létrehozása a mentális betegségben szenvedők társadalmi integrációjára (Andalucía Foundation for the Social Integration of People with Mental Disorders). (Jelenleg az alapítvány lakhatási támogatást, foglalkoztatással kapcsolatos tevékenységet, szakirányú képzést nyújt mentális betegségben szenvedő embernek. Emellett lehetőséget kínál számos egyéb tevékenységre, pl. támogatott foglalkoztatás, szociális klubok, támogatás a szolgáltatásokat igénybevevők és családjaik számára, egészségfejlesztés, betegségmegelőzés.)
- Interszektorális szakpolitika megfogalmazása, amely támogatja az egészségügyi szektor együttműködését más szektorokkal, a szolgáltatásokat igénybevevőkkel és a családdal.

Spanyolország egészét tekintve a mentális egészségügyi szolgáltatásokat a 17 decentralizált régió (autonóm közösség) önállóan szervezi, pszichiátriai ellátást a pszichiátriai nappali kórházakban, ambuláns ellátó központokban, ambuláns rehabilitációs központokban, pszichoszociális központokban és foglalkoztatási központokban nyújtanak.

Országos szinten a mentális egészségügyben 1983-ban kezdődtek a reformok a Pszichiátriai Reform Miniszteri Bizottságának létrehozásával. A reform célja a közösség alapú szemlélet befogadása és a mentális egészségügy integrálása a többi egészségügyi szolgáltatással. A Spanyol Egészségügyi Szolgálat (SNS) Mentális Egészségügyi Stratégiáját 2007-ben indították és az egészségügyi reformok legutóbbi mérföldkövének számít. A stratégia megfogalmazásában az érdekelték széles köre vett részt, köztük tudományos társaságok, betegvédő szervezetek, különböző hatóságok és a gyógyszeripar. A stratégia munkaterületei között szerepelt a lakosság mentális egészségének fejlesztése, a betegség és az öngyilkosság megelőzése, a megbélyegzés kiküszöbölése; a mentális betegségek ellátásában a méltányosság és a minőség javítása, a korlátozó intézkedések terén a beteg méltóságának legmagasabb fokú tiszteletben tartása, az intézményeken belüli és az intézmények közötti koordináció, a személyzet speciális képzése, a specializált munkaerő növelése.



### **Svédország**

Svédországban a Dél-Stockholmi Egészségügyi Körzet pszichiátriai szolgálata szolgál jó példával a mentális betegségben szenvedő emberek számára sikeresen kialakított közösségi szolgáltatásokra. Az 1980-as évekig a terület forrásainak majdnem teljes egésze pszichiátriai kórházra vagy az általános kórház pszichiátriai klinikájára összpontosult. Az 1990-es évek közepére jelentős előrehaladás történt a forrásoknak a közösségi szolgáltatások felé történő elmozdítására, mindeközben a 70-es évektől kezdve folyamatosan csökkent a pszichiátriai ágyak száma. Az 1995-ben jóváhagyott pszichiátriai reformtörvény szerkezeti változásokhoz vezetett a mentális egészségügyi rendszerben és a pénzügyi források reallokációjában (megyéktől a helyhatóságok felé).

A jelenlegi rendszer integrált járó- és fekvőbeteg ellátást nyújt közösség alapú ellátó egységekben, amelyek csak kevés ágygal rendelkeznek. A szolgáltatások szervezése olyan módon történik, hogy elősegítse a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, az ellátás folyamatosságát, az integrált ellátást, a család és a közösség egyéb fontos szervezeteinek bevonását. A járóbeteg ellátás fontos részét képezik a nappali tevékenységek, a csoportban végzett munka, valamint a család- és hálózat-orientált munkamódszerek. Az otthon nyújtott pszichiátriai ellátásban az otthoni látogatás az elsődleges munkamódszer. A fekvőbeteg ellátó intézmények felelősek a krónikus betegek fekvő-és járóbeteg ellátásáért egyaránt.

A kisebb mentális problémákban szenvedő embereket az alapellátás keretein belül látják el, a súlyosabb betegeket pszichiátriai kórházba utalják. A mentális problémákkal küszködő betegek a svéd törvényi szabályozási értelmében tanácsadásra, támogatásra, személyi segítségre, speciális szolgáltatásokkal kísért lakhatásra stb. jogosultak. A pszichiátriai szakellátás konzultációkat, nappali ellátást, pszichiátriai otthonban történő ellátást és pszichiátriai fekvőbeteg ellátást tartalmazhat. Bár az ellátás sokkal inkább a járóbeteg ellátás irányába tolódott el, a személyzet, főképpen az orvosok hiánya miatt a közösségi pszichiátriai ellátás még hagy maga után kívánnivalókat. Számos közösség a mentális egészségügy, a rehabilitáció és a foglalkoztatás területén csak korlátozottan képes szolgáltatásokat nyújtani.

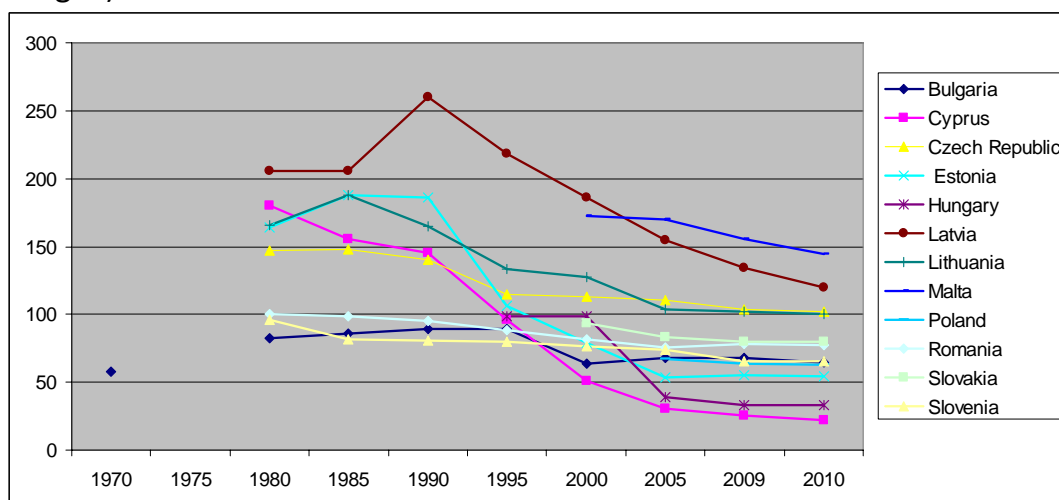
### ***Közép- és Kelet-Európa***

Közép- és Kelet-Európa néhány országában történtek ugyan intézmény bezárások és ágyszám csökkentések az elmúlt 15 év folyamán, a változások kevésbé látványosak, mint Nyugat-Európában (Medeiros 2008; WHO HiT series). A pszichiátriai ágyak leginkább (Ciprus után) Magyarországon és a balti országokban csökkentek, és kevés változás észlelhető pl. Bulgária, Szlovákia esetében (WHO HFA). A pszichiátriai ágyak csökkenése azonban nem jelenti azt, hogy azzal párhuzamosan az ellátás közösségi kapacitásai mindenütt fejlődtek volna.



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

4. ábra: Pszichiátriai ágyak száma 100 ezer lakosra (EU 2004 után csatlakozott tagországok)



Forrás: WHO HFA

A régióból példaképpen Lengyelországot mutatjuk be.

### Lengyelország

Lengyelországban a mentális egészségügyi ellátás a beteg állapotától függően történhet járóbeteg rendelőkben, nappali pszichiátriai osztályokon, a beteg otthonában, a közösségben és fekvőbeteg környezetben (pszichiátriai kórházak, általános kórházak pszichiátriai osztályai). Bizonyos szolgáltatásokat az alapellátás vagy a szociális támogatás keretein belül nyújtanak. Az egészségügyi és a szociális szektorban hiányos a mentális szolgáltatások integrációja.

1990 óta a pszichiátriai kórházak ágyszáma folyamatosan csökken, míg a más típusú intézményekben az ágyszám növekszik, így a mentális egészségügyi ellátás közelebb került a beteghez. Bár elmozdulás történt az intézményesített ellátástól a közösség alapú mentális egészségügyi ellátás felé, Lengyelországban még mindig az intézményesített ellátás dominál. A mentális betegségben szenvedő embereket általában mentális szakrendelőkben kezelik, amelyek száma 2000 és 2007 között megduplázódott. A mentális egészségügyi szakemberek valamennyi kategóriájában hiány tapasztalható, leginkább a szociális munkások és a foglalkozás terapeuták körében. A szolgáltatások elérhetőségét akadályozza még a közösségi ellátó csoportok alacsony száma és a közösségi ellátási módok hiánya.

Az 1994-es mentális egészségügyi törvény 2008-as módosítása meghatározta az Országos Mentális Egészségügyi Program megvalósítását. A Program 2011-ben kezdődött és 2015-ig tart, főbb céljai a következők:

- A mentális egészségügy fejlesztése és a mentális betegségek megelőzése,
- Átfogó és könnyen elérhető ellátás biztosítása, miközben a betegek fenntarthatják családi életüket és szociális viszonyaikat,
- A mentális betegségben szenvedő személyek szociális integrációjának javítása,

- A kutatás és az információs rendszerek fejlesztése a mentális egészségügy területén. A program az intézményesített ellátástól a közösség alapú mentális egészségügyi ellátás felé való elmozdulást támogatja, így a betegek otthonukban tartózkodhatnak állapotuk javulása vagy rosszabbodása esetén is. Ugyanebből a célból 2009-ben a szolgáltatási csomag részévé tették a közösségi terapeuták által nyújtott szolgáltatásokat. A közösségi terapeuták bármilyen mentális egészségügyi környezetben dolgozhatnak, képzésük rövidebb és kevésbé költséges, mint a klinikai személyzeté.

### ***A krónikus közösségi mentális egészségügyi ellátás stratégiái***

A különböző európai országok reformjainak példái azt mutatják, hogy mindegyik a saját szükségleteire összpontosít és az ezekre leginkább válaszoló szakpolitikákat alkalmaz. Az eltérő szemléletmódok ellenére a mentális egészségügyi reform európai tapasztalatai szerint léteznek nélkülözhetetlen tényezők a minőségi krónikus közösségi mentális egészségügyi ellátás sikeres megvalósításához. Ezek közé tartozik a reform útmutatójául szolgáló mentális egészségügyi szakpolitika megléte, egy mentális egészségügyi tervzet a célok és források meghatározására, egy koordináló egység a tervzet megvalósítására. A tervzetnek többek között a következő stratégiákat és tevékenységeket kell tartalmaznia a célok megvalósítására:

1. Közösség alapú mentális egészségügyi szolgáltatások és pszichiátriai osztályok kialakítása általános kórházakban,
2. A mentális egészségügyi szolgáltatások integrálása az alapellátásba,
3. Méltányos hozzáférés a fizikai betegségek megfelelő felméréséhez és kezeléséhez,
4. Pszichoszociális hálózat kiépítése,
5. Specializált intézményi szolgáltatások kialakítása a komplex szükségletekkel bíró betegek számára,
6. A mentális egészségügyi személyzet képzése,
7. A társadalmi kirekesztés és a megbélyegzés elleni küzdelem,
8. A családok támogatása,
9. A szolgáltatásokat igénybe vevő személyek és gondozóik bevonása az ellátás minden aspektusába,
10. A kutatás támogatása,
11. Az ellátás minőségét monitorozó rendszerek létrehozása,
12. Az ellátás minőségének javítása a pszichiátriai kórházakban és deinstitutionalizáció (de Almeida 2011).

### A kapacitástervezés szempontjai a krónikus ellátásban

**Angliában** a krónikus betegek ellátásának szervezése a megfelelő betegek, betegcsoportok, vagyis az ellátási szükséglet azonosításra épül.

Az Essex Strategic Health Authority az Egészségügyi Minisztérium, az NHS Modernisation Agency és Anglia stratégiai egészségügyi hatóságainak nevében 2005-ben bízta meg a King's Fund nevű kutatóintézetet egy esetkereső algoritmus kidolgozásával. Az Egészségügyi Minisztérium 2007-től átvette a szerződés menedzselését, amit 2011-ig végzett. A projekt a kormány azon célkitűzésének részét képezi, hogy javítsa a krónikus betegek ellátását, és hogy létrehozzon a PCT-k számára egy prediktív rendszert a magas kockázatú betegek azonosítására. A King's Fund két kockázat rétegzési modellt alakított ki:

- A Patients at Risk of Re-hospitalisation (PARR) egy szoftver eszköz, amely azonosítja az egy éven belül kórházba újra felvett betegeket. A legújabb PARR++ verziót 2007-ben tették közzé.
- A Combined Predictive Model fekvőbeteg, járóbeteg, sürgősségi és háziorvosi adatokat használ a lakosság hospitalizációs kockázat szerinti rétegzésére.

#### **PARR**

A PARR esetkereső algoritmus előzetes kórházi elbocsátási adatokat használ a betegek azonosítására (The King's Fund 2006a). Célja egy mechanizmus létrehozása, amely megjelöli azokat betegeket, akik nagy valószínűséggel újra kórházba kerülnek sürgősségi felvétellel. Az algoritmus egy „kockázati ponteredményt” generál a jövő kórházi felvételének lehetőségére vonatkozóan. A ponteredmény az információk széles körét használja fel, köztük a jelenlegi és az elmúlt három évben történt hospitalizációt, a beteg lakhelyét, a jelenlegi kórházi felvételt. A PARR algoritmus egy sürgősségi kórházi felvételt használ kiváltó eseményként. Ez javítja az algoritmus statisztikai erejét, mivel az újonnan felvett betegeket nagyobb valószínűséggel veszik fel a jövőben is. Két alapvető PARR algoritmus létezik, ezek a kiváltó betegség jellemzőiben különböznek egymástól:

- A PARR1 algoritmus specifikus „referencia” betegségek kiváltó kórházi felvételeire összpontosít, ahol a jobb menedzselés segíthet a jövő felvételek megelőzésében vagy elkerülésében. A referencia betegségek a diagnózisok alcsoportját képezik – pl. COPD, diabétesz, sarlósejtes betegség –, amelyek gyakran vezetnek kórházi felvételhez. A referencia betegségek az összes sürgősségi felvétel 20-25 százalékát teszik ki.
- A PARR2 algoritmus bármilyen sürgősségi felvételt tekinthet kiváltónak, és nem korlátozódik a referencia betegségekre. Mivel nagyobb számú betegre összpontosít, a PARR1-nél több betegre generál kockázati ponteredményt. A PARR2 algoritmus kevésbé pontos a jövő felvételek előrevetítésében (nagyobb arányú hibás pozitív eredményt ad).

A PARR esetkereső algoritmus széles körű változókat tartalmaz a betegről, a közösségről és a kórházról a fekvőbeteg újravétel előrejelzésének támogatására. A felhasznált adatok

között található kórházi igénybevételi adatok, a közösség jellemzői és a jelenlegi felvétel intézménye.

### **Combined Model**

A Combined Model átfogóbb adatokat használ a fekvőbeteg ellátás gyakori felhasználóinak azonosítására (The King's Fund 2006b). Az ilyen betegek prospektív azonosításával meghatározható a megfelelő szintű támogatás és beavatkozás. Az alacsony kockázatú betegeket információs és öngondoskodásra irányuló támogatással segíthetik állapotuk menedzselésében, a magas kockázatú betegeket pedig eset menedzsmen támogatásban részesítik.

A Combined Model széles körű alkalmazása lehetővé teszi a teljes lakosság relatív kockázati szegmensekre történő rétegzését, és elősegíti a támogatás és beavatkozás mértékének összehangolását az indokolatlan kórházi igénybevétel kockázatával. A Combined Model a következőkre képes:

- Javítja a nagyon magas kockázatú betegek prediktív pontosságát,
- Előrejelzi a kórházi felvétel kockázatát azon betegek számára, akik nem részesültek sürgősségi felvételben az utóbbi időben,
- Rétegekre osztja a kockázatot egy egészségügyi gazdaságban levő összes beteg tekintetében, ezzel segíti az NHS szervezeteket az igénybevétel összes szintjén jelentkező mozgatóerők megértésében.

A kockázattal rendelkező betegek azonosításának képessége lehetővé teszi az NHS szervezetek számára, hogy stratégiai szemléletet alkalmaznak beavatkozásaikra. Pl. a PCT-k képesek lesznek beavatkozásaikat a kockázati kontinuum mentén tervezni és megvalósítani és betegútjaikat, amely a következőkből áll:

- Megelőzés és egészségfejlesztés a mérsékelt kockázatú betegek számára,
- Támogatott öngondoskodás a mérsékelt kockázatú betegek számára,
- Korai beavatkozás a fellépő kockázattal bíró betegek számára,
- Intenzív eset menedzsmen a nagyon magas kockázattal bíró betegek számára.

2011-ben a londoni Nuffield Trust foglalkozott a modell továbbfejlesztésével, „PARR-30” néven prediktív algoritmust dolgozott ki (Nuffield Trust 2011). A megnevezésben levő 30-as szám arra utal, hogy az előrejelzés nem 12 hónapos periódust ölel fel, mint a korábbi PARR változat, hanem 30 napot. Ennek indoka az, hogy a kórházból elbocsátott betegek 8 százalékát 30 napon belül újra felveszik, ami évi 2,2 milliárd font kiadást jelent az NHS számára. A Nuffield Trust modelljét a BMJ szakfolyóiratban ismertették – a nem tervezett kórházi újrafelvételek kockázatának azonosítására a kezdeti eredmények sikeresnek mondhatók (Billing et al., 2012).

**Kanadában** az elmúlt 15 év fő egészségpolitikai célkitűzései az egészségfejlesztésre, a betegségmegelőzésre, a közösségi alapú ellátásra és a krónikus betegségek menedzsmenjtjére irányultak.

2006-tól kezdődően a Kanadai Népegészségügyi Szövetség egy országos tanácsadó bizottsággal együtt felülvizsgálta a krónikus megbetegedések megelőzésére és kezelésére irányuló népegészségügyi kapacitásokat Kanadában. A kutatás eredményeire alapozva egy előzetes tervezési és értékelési eszközt fejlesztettek ki, amelyet kulcsfontosságú érdekeltekkel és fókuszcsoportokkal teszteltek. 2007-2008 folyamán négy régió kezdte meg

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

kísérleti jelleggel az új eszköz működtetését. A tapasztalatokat precízen dokumentálták, és megosztották a főbb következtetéseket, melyeket felhasználtak az eszköz továbbfejlesztésére. Az így létrehozott ún. Krónikus Megbetegedések Eszköz egy átfogó és integrált megközelítés a krónikus megbetegedések prevenciójának és menedzsméntjének integrálására. Ez az eszköz elősegíti a népegészségügy, alapellátás és közösség feladatainak és felelősségei határainak meghatározását, a népegészségügy együttműködési lehetőségeinek felvázolását a krónikus megbetegedések terén, a prevenció és menedzsmént törekvések összekapcsolását. Arra szolgál, hogy előmozdítsa az érdekelték párbeszédét, az információcserét, értékeli a jelenlegi politikát, tervezést és gyakorlatot, azonosítja az akciókat, szerepeket, felelősségi köröket a krónikus megbetegedések megelőzése és kezelése terén. Az eszköz jelenleg is továbbfejlesztés alatt áll. (National Collaborating Centre for Methods and Tools , 2011)

Az Eszköz a következő alapkoncepciókon alapul:

- A prevenció beépítése a krónikus betegségek menedzsméntjébe: korlátozott kapacitás áll rendelkezésre a prevencióra mind a népegészségügyben, mind az alapellátásban.
- A Kibővített Krónikus Ellátási Modell alkalmazása (integrált modell a krónikus betegségek prevenciójára és menedzsméntjére)
- Együttműködés: formális és informális együttműködés a közösségi partnerekkel, közösségi tagokkal és más érdekelttekkel.
- Kapacitástervezés: magában foglalja az infrastruktúra fejlesztését, a program működtetését és fenntarthatóságát, ill. a kulcsfontosságú szereplők közötti problémamegoldást. A kapacitástervezés számos struktúrán keresztül történhet, beleértve a munkaerő-fejlesztést, a forrásallokációt, a vezetést, a partnerség-fejlesztést, stb.

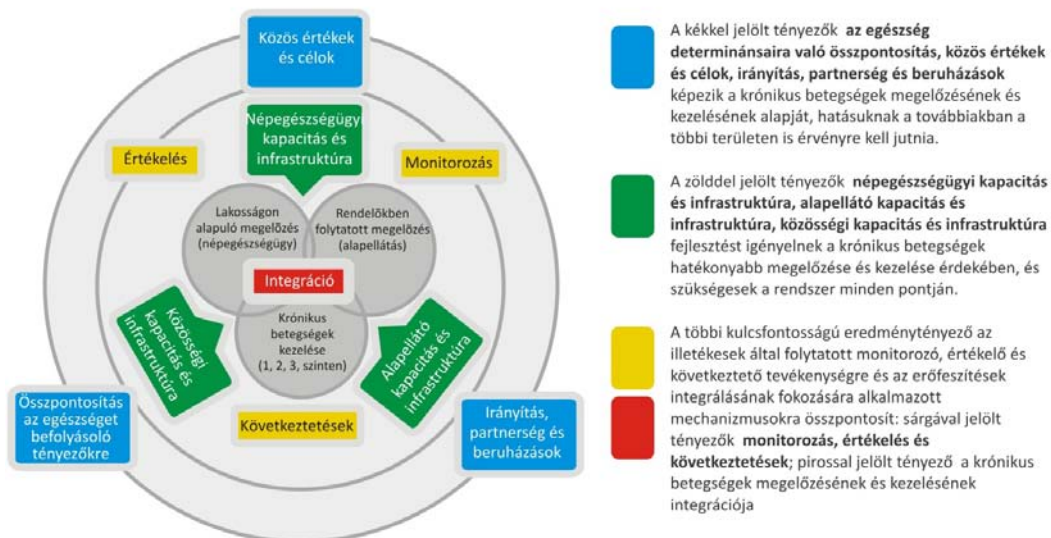
Kanadában leggyakrabban a bizonyíték alapú Kibővített Krónikus Ellátási Modellt alkalmazzák a krónikus betegségek prevenciójára és menedzsméntjére. A modell a népegészségügy, az alapellátás és a közösség koordinált erőfeszítéseire épít. A Krónikus Ellátási Modellre alapul, de azt kibővíti a lakosság egészségfejlesztésére irányuló megközelítéssel. A lakosság egészségének fejlesztése integrálja az egészség társadalmi meghatározóit az egészségfejlesztési akciókkal. Olyan stratégiákat javasol, amelyek arra irányulnak, hogy a betegséget a gyökerénél ragadják meg, és a betegségmegelőzésre irányuló akciókat szorgalmazza.

A Krónikus Megbetegedések Eszköz nyolc kulcsfontosságú eredménytényezőt azonosít a krónikus betegségek megelőzésére és kezelésére, amelyek a következők:

- A közös értékek és célok
- Az egészséget meghatározó tényezőkre való összpontosítás
- Irányítás, partnerség és beruházások
- Népegészségügyi kapacitás és infrastruktúra
- Alapellátó kapacitás és infrastruktúra
- Közösségi kapacitás és infrastruktúra
- A krónikus betegségek megelőzésének és kezelésének integrációja
- Monitoring, értékelés és következtetések

### 5. ábra: A krónikus ellátás fejlesztésének kritikus eredménytényezői

Kulcsfontosságú eredménytényezők a krónikus betegségek megelőzésének és kezelésének átfogó stratégiájához



*Forrás: CPHA: <http://www.cpha.ca/en/portals/cd.aspx>*

Minden egyes eredménytényezőre vonatkozóan kérdéseket határoztak meg, amelyek a bizonyíték-alapú megközelítések alkalmazását segítik a regionális párbeszédokban és tervezésben. A kapacitástervezésre és –fejlesztésre vonatkozóan a következő kérdéseket fogalmazták meg:

**Népegészségügyi kapacitás és infrastruktúra:** az egészségügyi humán erőforrás és intézmények krónikus ellátással kapcsolatos kapacitásigénye a következőket feltételezi:

- az egészségügyi ellátás mindenki számára való elérhetősége,
- az egészségügyi megközelítéseket meghatározó tényezők integrálása a programtervezésbe,
- a különböző szakemberekkel, csoportokkal és intézményekkel való együttműködés a közösségben
- A kapacitástervezés kialakítását meghatározó kérdések:
- a népegészségügyi intézmény hogyan méri fel a közösségben felmerülő szükségleteket/igényeket?
- hogyan tervezi meg a krónikus betegségek megelőzésének és kezelésének humán erőforrás szükségletét?
- hogyan támogatja dolgozóit a szükséges kompetenciák kialakításában?
- milyen erőforrásokkal rendelkezik a humán erőforrás-tervezéshez és az ehhez kapcsolódó képzéshez?
- miként valósítható meg az ellátáshoz nehezen hozzáférő lakosok megfelelő szolgáltatásokkal való elérése?



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- hogyan veszik figyelembe az alapvető okokat a krónikus betegségek megelőzésére irányuló programok kialakításában?

**Az alapellátás kapacitása és infrastruktúrája:** az alapellátó kapacitás az egyén és a család szintjén végzett tevékenységet jellemzi, és egyaránt vonatkozik a krónikus betegségek megelőzését szolgáló, valamint a betegeket betegségük önálló ellátásában támogató szolgáltatókra és az alapellátó intézmények szervezési kapacitására. Az alapellátás kapacitására vonatkozó kérdések:

- milyen szerepet játszik az alapellátás a krónikus betegségek megelőzését és kezelését célul kitűző regionális programban?
- hogyan méri fel az alapellátás iránti igényeket/szükségleteket?
- hogyan tervezi meg a régió a krónikus ellátásban részt vevő alapellátói kört?
- hogyan támogatják az alapellátó szolgáltatókat a krónikus betegségek megelőzéséhez és ellátásához kialakítandó kompetenciák megszerzésében?
- milyen erőforrások állnak rendelkezésre a humánerőforrás tervezéséhez és továbbképzéséhez?
- milyen intézkedéseket hoztak az alapellátás mindenki számára való hozzáférhetővé tételére?
- a régió hogyan alkalmaz evidencián alapuló megközelítést a krónikus betegségek megelőzésére és kezelésére irányuló alapellátási terv kialakítására?
- az alapellátó szolgáltatókat milyen módon támogatják a megelőzésre és a betegségek önálló ellátására vonatkozó klinikai irányelvek alkalmazásában?
- milyen ösztönzőket kapnak az alapellátásban dolgozó szolgáltatók a krónikus ellátással kapcsolatos kompetenciáik kifejlesztéséhez?
- milyen mechanizmusokat vezettek be az alapellátás szolgáltatói, a népegészségügyi ellátás, az otthoni ellátás és az akut-ellátás közötti információcserére és beutalásokra?

**A közösségi kapacitás és infrastruktúra:** a közösségek között eltérések mutatkoznak a közösségi feladatokon dolgozó speciális csoportok és szervezetek kapacitása között. A közösségi kapacitástervezéshez kapcsolódó kérdések:

- hogyan vesznek részt a közösségi csoportok a krónikus betegségek megelőzésére és kezelésére irányuló átfogó regionális stratégiában?
- hogyan méri fel a közösségi csoportok és szervezetek a szolgáltatásaik iránti igényeket?
- hogyan alakítják ki a közösségi csoportok és szervezetek a krónikus ellátás hatékony irányításához szükséges kapacitásokat?
- hogyan mobilizálják a közösségi csoportok és szervezetek a feladataikhoz szükséges erőforrásokat?
- tapasztalataikból milyen következtetéseket vonnak le?



## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

<b>A kapacitástervezés dimenziói</b>	
Infrastruktúra	A szükséges struktúrák, szervezeti tudás, erőforrások.
A program fenntartása és fenntarthatósága	A program fenntartásának képessége.
Problémamegoldás	Annak képessége, hogy beazonosítsák az egészségügyi problémákat, és megfelelő mechanizmusokat találjanak azok megoldására a tapasztalatokból történő tanulás révén.
<b>A kapacitástervezés stratégiái</b>	
Szervezeti fejlesztés	Olyan folyamatok, amelyek biztosítják, hogy egy szervezet struktúrája, rendszerei, politikái, eljárásai és gyakorlatai tükrözzék annak célkitűzéseit és értékeit.
Munkaerő-fejlesztés	Olyan folyamatok, amelyek biztosítják, hogy a szervezetben dolgozó emberek képességeik és elkötelezettségük révén hozzájáruljanak a szervezeti és közösségi célokhoz.
Forrásallokáció	A személyzet, a finanszírozási források, a hely stb. biztosítása, amelyek a program támogatásához szükségesek.
Vezetés	Azok a képességek, amelyek a stratégiai gondolkodáshoz, valamint olyan környezet kialakításához szükségesek, amely a többieket cselekvésre ösztönzi.
Partnerség-fejlesztés	Azok a képességek, amelyek a más csoportokkal, szervezetekkel és egyénekekkel való, szükséges kapcsolatok létrehozását és fenntartását szolgálják.
Kontextus	Az a fizikai, gazdasági, politikai, szervezeti és kulturális környezet, ahol a tevékenységek zajlanak. Egyes stratégiák, amelyek az egyik kontextusban megfelelőek, egy másik kontextusban nem feltétlenül hatékonyak.

### Források

- Billing, J et al.: Development of a predictive model to identify inpatients at risk of re-admission within 30 days of discharge (PARR-30). BMJ Open 2012  
<http://bmjopen.bmj.com/content/2/4/e001667.full>
- Bjertnaes, Oyvind Andresen: Family Physicians' Experiences With Community Mental Health Centers: A Multilevel Analysis. Psychiatric Services, 2008, Vol. 59, No. 8  
[http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=59&page=864&link\\_type=google\\_scholar&journalID=18](http://ps.psychiatryonline.org/article.aspx?Volume=59&page=864&link_type=google_scholar&journalID=18)
- Chronic Disease Management – A National Strategy. 2007.  
[http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom%20og%20forloebprogrammer/links%20til%20publikationer/kronikerrapporter/chronic\\_disease\\_management.ashx](http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom%20og%20forloebprogrammer/links%20til%20publikationer/kronikerrapporter/chronic_disease_management.ashx)
- Chronic Disease Tool. A Tool for Strengthening Chronic Disease Prevention and Management Through Dialogue, Planning and Assessment. The Tool, Worksheets and Resources. <http://www.cpha.ca/en/portals/cd.aspx>
- [Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH.](#): Evidence on the Chronic Care Model in the new millennium. [Health Aff \(Millwood\)](#). 2009 Jan-Feb;28(1):75-85. doi: 10.1377/hlthaff.28.1.75.
- Council conclusions on the European Pact for Mental Health and Well-being: results and future action. Council of the European Union, 2011  
[http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms\\_data/docs/pressdata/en/lisa/122389.pdf](http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/en/lisa/122389.pdf)
- de Almeida, JMC et al.: Long-Term Mental Health Care For People With Severe Mental Disorders. European Commission, 2011  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/healthcare\\_mental\\_disorders\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/healthcare_mental_disorders_en.pdf)
- de Bakker, Dinny H. et al.: Early Results From Adoption Of Bundled Payment For Diabetes Care In The Netherlands Show Improvement In Care Coordination. HEALTH AFFAIRS 31, NO. 2, 2012
- Discussion paper – EU Reflection Process on Chronic Disease, 2012.03.12.  
[http://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/docs/eu\\_reflection\\_cd\\_questionnaire\\_032012\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/eu_reflection_cd_questionnaire_032012_en.pdf)
- Dimeval project 200-2011: Summary for the Danish part of DISMEVAL WP 2 and +: Current approaches to chronic care in Denmark.  
<http://www.bispebjerghospital.dk/NR/rdonlyres/FF48568E-0DED-4FD1-8E8A-016B0AC782CD/0/ResumeafDISMEVALWP2og3forDanmark.pdf>

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- Joint Action on Mental Health and Well-being. European Commission, 2012  
[http://ec.europa.eu/health/mental\\_health/docs/ev\\_20120917\\_co06\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/mental_health/docs/ev_20120917_co06_en.pdf)
- Mapping Exclusion - Institutional and community-based services in the mental health field in Europe. Mental Health Europe, 2012  
[http://issuu.com/silvanamhe/docs/mapping\\_edxclusion](http://issuu.com/silvanamhe/docs/mapping_edxclusion)
- Medeiros, Helena et al.: Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. MHEEN II Policy Briefing 2008  
[http://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN\\_policy\\_briefs\\_4\\_Balanceofcare\(LSERO\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/4275/1/MHEEN_policy_briefs_4_Balanceofcare(LSERO).pdf)
- Mental Health Services in Norway. Norwegian Ministry of Health and Care Services, 2005  
<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hod/red/2005/0011/ddd/pdfv/233840-mentalhealthweb.pdf>
- National Collaborating Centre for Methods and Tools (2011). *Planning and assessment tool for chronic disease prevention and management*. Hamilton, ON: McMaster University. (Updated 29 April, 2011). Retrieved from  
<http://www.nccmt.ca/registry/view/eng/81.html>.
- National evaluation of Department of Health's integrated care pilots. Department of Health 2012  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH\\_133124](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_133124)
- Nolte, Ellen - McKee, Martin: Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- Nolte, Ellen et al.: Managing Chronic conditions – Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies, 2008.
- Nolte, Ellen et al.: Overcoming Fragmentation in Health Care: Chronic Care in Austria, Germany and the Netherlands. *Health Economics, Policy and Law*, 2012,7,1.  
<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=6&fid=8473968&jid=HEP&volumelid=7&issuelid=01&aid=8473967&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=&fulltextType=RA&fileId=S1744133111000338>
- North West London Integrated Care Pilot (NWL ICP) 2012  
[http://www.northwestlondon.nhs.uk/\\_uploads/~filestore/446FFBF-2088-4AD7-8643-C9FD60869F8D/110512-icp-business-case-amended-final.pdf](http://www.northwestlondon.nhs.uk/_uploads/~filestore/446FFBF-2088-4AD7-8643-C9FD60869F8D/110512-icp-business-case-amended-final.pdf)
- Nuffield Trust 2011: PARR++ is dead: long live predictive modelling.  
<http://www.nuffieldtrust.org.uk/blog/parr-dead-long-live-predictive-modelling>
- Organization of services for mental health. WHO, 2003  
[http://www.who.int/entity/mental\\_health/policy/services/4\\_organisation%20services\\_WEB\\_07.pdf](http://www.who.int/entity/mental_health/policy/services/4_organisation%20services_WEB_07.pdf)
- Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz (PNG), 2012.: <http://www.bmg.bund.de/pflege/das-pflege-neuausrichtungs-gesetz/informationen-zum-png-und-zur-privaten-pflegevorsorge.html>

## A krónikus betegek ellátásának jellemzői Európában

- Risk Prediction tools. Department of Health 2011  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/documents/digitalassets/dh\\_129779.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalassets/dh_129779.pdf)
- Risk Stratification and next steps with DH Risk Prediction tools – Patients at Risk of Re-hospitalisation and the Combined Predictive Model. Department of Health 2011  
[http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH\\_129105](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Dearcolleagueletters/DH_129105)
- Romøren, Tor Ing; Torjesen, Dag Olaf; Landmark, Brynjar: Promoting coordination in Norwegian health care. International Journal of Integrated Care, 7 October 2011
- Rudkjøbing A, Olejaz M, Okkels Birk H, Juul Nielsen A, Hernández-Quevedo C, Krasnik A (2012): Integrated care: a Danish perspective. British Medical Journal, 2012. 07. 13.
- Singh, Debbie and Ham, Chris: Improving care for people with long-term conditions. NHS Institute for Innovation and Improvement, 2006.  
[http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review\\_of\\_international\\_frameworks\\_chris\\_hamm.pdf](http://www.improvingchroniccare.org/downloads/review_of_international_frameworks_chris_hamm.pdf)
- The King's Fund 2006a: PARR case finding report.  
[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_document/PARR-case-finding-algorithms-feb06.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/PARR-case-finding-algorithms-feb06.pdf)
- The King's Fund 2006b: ARR combined predictive model.  
[http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field\\_document/PARR-combined-predictive-model-final-report-dec06.pdf](http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_document/PARR-combined-predictive-model-final-report-dec06.pdf)
- The WHO mental health policy and service guidance package  
[http://www.who.int/mental\\_health/policy/essentialpackage1/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/policy/essentialpackage1/en/index.html)
- [Wagner EH](#), [Austin BT](#), [Von Korff M.](#): Organizing care for patients with chronic illness. [Milbank Q.](#) 1996;74(4):511-44.
- [Wagner EH.](#): Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? [Eff Clin Pract.](#) 1998 Aug-Sep;1(1):2-4.
- WHO Health Systems in Transition (HiT) series <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/health-systems-in-transition-hit-series/countries-and-subregions>
- World Economic Forum – Harvard School of Public Health (2011): The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases.  
[http://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf)

**Melléklet: 100 000 főre jutó pszichiátriai ágyak számának alakulása az EU tagországokban és Norvégiában 1970-2010 között**



pszichiátriai  
agyak.xls

A fájl mellékletként is csatolva van pdf dokumentumban.