

Integrált rehabilitációs ellátás II. – Nemzetközi tapasztalatok és tanulságok

*Integrated services in rehabilitation medicine II. –
International experiences and lessons*

Dr. Kullmann Lajos¹ ✉, Dr. Cserhádi Péter^{2,4}, Dr. Dénes Zoltán^{3,4}

¹Eötvös Loránd Tudományegyetem Gyógynevelési Módszertani és Rehabilitációs Intézet, Budapest

²Pécsi Tudományegyetem Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina önálló Tanszék, Pécs

³Semmelweis Egyetem Rehabilitációs Medicina Tanszék, Budapest

⁴Országos Mozgásszervi Intézet (OMINT) – Országos Orvosi Rehabilitációs Intézet (OORI), Budapest

✉ i.kullmann@t-online.hu

A rehabilitációs ellátás hazánkban jellemzően kórházakban történik, pedig az Egészségügyi Világszervezet és a szakterület nemzetközi szervezetei szerint ez nem kívánatos. A nemzetközi szakirodalomban lakóhely közeli ellátási lehetőségekről, az ezekkel szerzett tapasztalatokról számolnak be. Jelen publikáció az utóbbi évek nemzetközi szakirodalmának áttekintése nyomán készült, az integrált rehabilitációs ellátás lehetőségeinek és feltételeinek feltárása érdekében. Célzott szakirodalom-keresés történt a PubMed adatbázisban, a címek és absztraktok, végül a kiválasztott közlemények áttekintése alapján, és a fontosabb eredményeket mutatjuk be. Szisztematikus elemzés nem történt. Az integrált rehabilitációs ellátási modellt nagyszámú fogyatékos, vagy fogyatékossgal fenyegetett populáció esetében, leggyakrabban esendő idős emberek érdekében alkalmazzák. Az ellátási szintek vertikális és az ellátást végző különböző csapat munkájának horizontális koordinációja is szükséges, valamint jó kommunikáció közöttük, illetve a páciensekkel. Új rendszer indítását megfelelő erőforrások, elsősorban a multidiszciplináris csapat jelenlétének biztosításával, illetve a meglévők képzésével érdemes kezdeményezni. Az ellátás folyamatos monitorozása szükséges, a páciensek értékelését is figyelembe véve. A cikk ismerteti a kedvező költség/haszon adatokat, ám még kevés a hatékonyságra vonatkozó egyértelmű bizonyíték. Közép-kelet-európai országokban az integrált ellátás feltételei a hazaihoz hasonlóan mérsékeltek. Szerzők saját vizsgálatuk korlátjai között említik, hogy nem készült szisztematikus elemzés, a felhasznált források rendszerekből adódó és módszertani heterogenitása jelentős, ami az eredmények értékelését nehezíti. Ennek ellenére jól látható tendenciák ismerhetők fel, amelyek kritikusán elemezve kerülnek bemutatásra. Az integrált rehabilitációs ellátás fejlesztésének fontos feltétele az összes érintett szereplő bevonása a tervezésbe és az eredmények monitorozásába, az átalakítás erőforrás szükségleteinek, valamint a megfelelő kommunikációnak és koordinációnak a biztosítása.

Kulcsszavak: fogyatékossgal élő emberek, esendő idős emberek, rehabilitáció, ellátási útvonalak, ellátás minősége, csapat munka

Provision of rehabilitation services in Hungary is typically hospital-based. According to World Health Organization and key international professional organizations this is not desirable. International literature provides rich sources of possibilities and collected experiences of community-based rehabilitation care as well. In the international literature, authors present continuous developments in this field. In the present publication a review of contemporary publications for collecting information on the possibilities and conditions of establishing integrated rehabilitation care was performed: targeted search of literature in PubMed database and narrative reporting on findings of selected publications based on screening of titles and abstracts, finally full texts. Systematic data analysis has not been completed. Extensive publication activity on integrated rehabilitation care can be seen, yet no widely accepted definition of the concept can be detected. Definition of applicable components in the given environment gets more attention. Integrated care model targets populations with more frequently occurring disabilities or likely to develop disabilities, most frequently at frail elderly persons. Well managed vertical coordination between care levels, and horizontal coordination between sites including local social care services is needed. Communication among members of multidisciplinary teams of providers, and between professionals and clients are equally important components. Inclusion of both providers and service users together with their informal care providers in service-planning is essential. When initiating new systems of provision with adequate resources, the presence of the multidisciplinary team members is vital. Continuing education of available professionals may also be needed. Continuous monitoring of the care process is necessary, including the evaluation by users. Although some favourable

cost/benefit data are known, only few clear outcomes on efficiency have been reported. Restriction of resources, increasing burden of the population, lock of once launched initiatives are characteristic unfavourable features at developing integrated care in countries of Central-Eastern Europe including Hungary. Authors consider as limitation of their study that only narrative reporting of findings were performed, without systematic data analysis. Selected publications are heterogenous in their social political systems and thus making evaluation of results is difficult. Yet, well recognizable tendencies have been identified and are presented after critical evaluation. Joint strategic goals have been developed for surmounting the difficulties. Triple goal of development of integrated rehabilitation services are the improvement of health condition of the affected population, good acceptance of the programme by users as requirement of their active participation, and achievement of favourable cost/benefit outcomes. Conditions of achieving those goals are the inclusion of effected participants (users and professionals) in planning and monitoring the outcomes, provision of needed resources at the care transformation including funding, and careful management of appropriate communication and coordination.

Keywords: persons with disability, frail elderly people, rehabilitation, integrated care pathways, quality of care, team work

BEVEZETÉS

A rehabilitációs medicina (az Európai Unió országainak többségében fizikális és rehabilitációs medicina) definíciója a szakterület európai Fehérkönyve szerint az alábbi fontos elemeket tartalmazza: az orvostudomány önálló diszciplínája, szemléletében egységes, interdiszciplináris klinikai szakterület, amely az egészségkárosodás miatt fogyatékos vagy fogyatékoság szempontjából fokozottan veszélyeztetett személyek funkcióképességének optimalizálására irányul [1]. A lakosság idősödésével, gyakoribbá váló funkciókárosodásai miatt a rehabilitációs szükségletek növekedésére és az integrált betegút szervezés és a lakóhely közeli ellátások szerepének erősödésére lehet számítani.

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) már az 1970-es évek második felében megkezdte az ún. közösségi rehabilitációs szolgáltatások (community based rehabilitation services, CBR) feltételeinek kidolgozását és a szervezését támogató anyagok publikálását, előbb a fejlődő országok részére, majd Európa számára is [2]. Az integrált ellátás szervezését azóta is fontos fejlesztési iránynak tartja [3]. A széleskörűen értelmezett rehabilitáció támogatása, minden hátrányos helyzetű lakos, köztük az idős populáció részére elérhetővé tétele ma is a WHO prioritásai közé tartozik [4]. A hazai ellátási rendszer átalakításának időszakában az integrált ellátással kapcsolatos nemzetközi tapasztalatok bemutatása érdeklődésre tarthat számot.

CÉLKITŰZÉS

Jelen közlemény célja, hogy elsősorban az utóbbi évek nemzetközi közleményeinek áttekintése alapján ismertesse az integrált betegútszervezésnek a rehabilitációs medicinában releváns szempontjait, és ezeket kritikusán elemezve mutassa be.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Szerzők a közösségi rehabilitációs ellátások irodalmát annak kezdetei óta figyelemmel kísérik. A legújabb szakirodalom áttekintése a PubMed adatbázis felhasználásával történt a „care pathways”, „integrated care”, „integrated health care”, „community based rehabilitation”, „persons with disabilities”, „rehabilitation medicine”, „primary health care”, a „cost benefit”, „effectiveness”, „quality of care” és a „training in rehabilitation”, „continuing education”, címszavak kombinációival. A címszavak, majd a relevánsnak ítélt absztraktok olvasása alapján legfontosabbnak ítélt közleményeket tekintettük át és elemeztük kritikus szemlélettel. Az így kiválasztott cikkek irodalmi hivatkozásai közül néhány további közleményt is megvizsgáltunk. Nem végeztünk szisztematikus szakirodalom elemzést, az eredmények narratív összegzését adjuk közre.

EREDMÉNYEK

A fogalom és komponensei

A WHO Európai Regionális Hivatalának 2016-ban az integrált egészségügyi ellátásról kiadott dokumentuma három különböző definíciót is felsorol: folyamat-, felhasználó- és rendszer-alapút, azaz az ellátók, az ellátottak, ill. az egészségpolitika szempontjait hangsúlyozó változatokat [3]. Már most kiemeljük, hogy rehabilitáció során a páciensek elvárásainak figyelembevétele nélkülözhetetlen. Elsősorban azért, mert a rehabilitáció olyan, a fogyatékosággal élő személyek tevőleges együttműködését feltételező folyamat, amiben csak akkor vesznek részt aktívan, ha annak célkitűzései saját elvárásaikkal találkoznak.

A szakirodalom áttekintése alapján egyértelmű, hogy az integrált betegút szervezés fogalmának nincs egységes definíciója. Felfogható „ernyőfogalomként”, amelybe különböző népeségek különböző szükségleteire reagáló eltérő működési és koordinációs modellek tartoznak, és amelyek támogatják a páciensek elégedettségét a koordináció és az ellátás folyamatossága révén. A változtatás általában három célkitűzés mentén zajlik: javítani kívánják a lakosság egészségi állapotát, a lakosság egészségüggyel kapcsolatos tapasztalatait, valamint csökkenteni az egyébként folyamatosan növekvő költségeket [5]. Az ellátás kulcselemei a bizonyítékok és a páciensek elvárásai alapján megfogalmazott világos célkitűzés, a multidiszciplináris megközelítés, a kommunikáció és koordináció javítása, az eredmények dokumentálása, monitorozása és elemzése, valamint a megfelelő erőforrások meghatározása. Az ellátást akkor tekintik integráltnak, ha több ellátási szintet foglal magába [6]. Az eredmények a rehabilitációban azóta mutathatók ki, amióta funkcionális skálákat és életminőség-felmérést alkalmaznak. Az áttekintett tanulmányok egyike olyan komplex szolgáltatás-

nyújtási célokat emel ki, mint az akut ellátástól a közösségi ellátásig tartó ellátás tervezés és szervezés, a korai és folyamatos beavatkozás, illetve a személyre irányultság és a szociális támogatás [7]. Utóbbi cél a horizontális, ágazatok közötti együttműködést is feltételezi [8-10].

Hughes és munkatársai az integrált ellátás igen részletes magyarázatát adják szisztematikus, szövegmagyarázó irodalomlemezük alapján [11]. A fogalmat szélesen értelmezik, mint összekapcsolódó klinikai, szervezési és egészségpolitikai változásokat, amelyek célja a szolgáltatások hatékonyságának, a páciensek ellátással kapcsolatos tapasztalatainak (elégedettségének) és a szakmai (egészség-) eredményeknek a javulása (hatásosság). Abból indulnak ki, hogy főleg a kedvező gazdasági fejlettségű országokban a lakosság idősödése és az ezzel együtt járó multimorbiditás miatt új ellátás-szervezésre van szükség. A betegút epizódok kezelése helyett a krónikus állapotok folyamatos gondozására szükséges áttérni. Egészségpolitikai szempontból négy fontos megállapítást emelnek ki. 1) Az integrált ellátást elterjedőben lévő ellátási gyakorlatok együtteseként érdemes felfogni, amelyet kontextuális tényezők befolyásolnak, nem pedig mint egyetlen beavatkozást, amelylyel előre meghatározott eredményt lehet elérni. (Ezt igazolják a különböző célokból, eltérő környezetben bevezetett programok eredményei.) 2) A személyközpontú, kapcsolatokra alapozott ellátás hozzájárulhat a páciensek elégedettségéhez, de nem az határozza meg. 3) Összefüggés lehetséges a javuló pácienselégedettség és a rendszerelnyők között, de az integrált ellátás kimenetei különböző szintűek és nem biztosan azonos irányúak. (Vagyis lehet, hogy javult az ellátás páciensek általi értékelése, ám nem sikerült költségeket megtakarítani, vagy fordítva.) 4) Szükség van arra, hogy az egészségpolitika kritikusan értékelje a programokat, hogy időben észlelhessen a konfliktusokat és feszültségeket a program célkitűzései és a körülmények között, amelyek mellett bevezetik a változást. (Pl. rendelkezésre állnak-e mindazok a feltételek, erőforrások, amelyek a kívánt egészségcél és a páciensek javuló elégedettségének eléréséhez szükségesek.)

A tanulmányokban érintett populáció

A szakirodalom áttekintése alapján a legtöbb programot az idős, esendő lakosság egészségmegőrzése, illetve rehabilitációja céljából indították [7,12]. Ezen kívül ismertek krónikus népbetegségek, mint a krónikus obstruktív tüdőbetegség (COPD), stroke, onkológiai betegségek, ill. az utóbbi években a post-Covid szindróma miatt létrehozott programok, illetve kevésbé gyakran pl. traumás agysérülés vagy ritka betegségek esetében is megkísérelték az integrált ellátás szervezését [13-16]. Utóbbiak esetében vagy nem sikerült a várt eredményt kimutatni – pl. traumás agysérülés esetében –, vagy még hiányoznak a meggyőző, hosszabb távú tapasztalatok [17, 18].

Kommunikáció és együttműködés az ellátók és az ellátási szintek között

A hagyományos kommunikáció az időben először ellátást nyújtó szervezet orvosi dokumentációjával (zárójelentés, lelet) történik, amit az elvárások szerint az elbocsátás idő-

pontjában adnak ki. Ezt elsősorban sürgős vagy komplikált esetekben telefonon keresztüli kapcsolatfelvétellel is kiegészítheti. Integrált ellátásban a hagyományos modell sokszor nem eléggé eredményes, így további formák is ismertek. Egy ausztrál tanulmány foglalja össze a lehetőségeket [19].

- A hagyományos modellt virtuális interfész modellnek nevezi.
- Az „in-reach” (bevonás) modell esetében a kórház alapellátási csapatot vont be az elbocsátás és az ellátás otthoni folytatásának tervezésébe, megkönnyítve a folyamatok átmenetét (Egyesült Királyság), illetve egy, a kórházban tartózkodó közösségi ápoló vett részt a kórházban az elbocsátás tervezésében, aki az állapotnak megfelelő ellátást legjobban biztosító közösségi terepet biztosította (Ausztrália).
- Az „out-reach” (kinyúlás) modell esetében a kórház egyes szakellátó tagjai mentek ki a közösségbe, ott támogatva az ellátás folytatását (Amerikai Egyesült Államok). A házi orvos, illetve más esetben az alapellátási csapatok voltak felelősek a kórházakban megkezdett programok folytatásáért.
- A negyedik modellt független interfész modellnek nevezik, ami megegyezik a gyakorlatban már sok országban bevezetett „case management” tevékenységgel. Ebben egészségügyi vagy szociális szakember biztosítja (pótolja) az ellátók közötti kapcsolatot, a megkezdett ellátás megszakításmentes folytatását.

A különböző modellek eredményei ellentmondásosak, az integrált ellátással szembeni eredmény-elvárások mindegyikét egyik modell sem igazolta. További európai programokat is megismertünk tanulmányútjaink során, illetve nemzetközi kongresszusokon.

Az integrált betegútszervezés módszertani kérdései

A gondos tervezés és folyamatos monitorozás alapvetően fontos. A minőségi ciklushoz hasonló módon történik, egyes lépéseinek, elemeinek még részletesebb leírásával találkozunk. Egy kanadai munkacsoport, reflektálva a WHO egészséges idősödéssel foglalkozó programjának szempontjaira,

A lépés száma és megnevezése	A lépések fontosabb tartalmi elemei
1. a vezetési struktúra meghatározása	helyi multidiszciplináris csapat bevonásával
2. érintett populáció felmérése	az idős lakosság rizikóbecslése súlyosság alapján
3. a helyi erőforrások feltérképezése	szocio-demográfiai, település adottságai, infrastruktúra, szervezetek, szabályozás, kapcsolatrendszerek, fontos személyek, közösségi erőforrások, kultúra és hiedelmek, helyi politikai és gazdasági tényezők
4. ellátási útvonalak tervezése	esendőség fókusz, akut fekvőbeteg-ellátás, járóbeteg-ellátás, rehabilitáció, krónikus ellátás, esések megelőzése, demencia problémái, „out-reach” támogatás
5. új munkamódszerek fejlesztése	case-management, in-reach, out-reach
6. multidiszciplináris team-munka támogatása	koordináció a szolgáltatók (és személyek) között
7. személyre szabott ellátás	érintettek bevonása
8. jölet támogatása a közösségi (otthoni) életben	közösségi közlekedés, szociális támogatás, lakástalakítás, gyógyszerelés támogatása, bevásárlás, aktív tevékenységek ösztönzése, információ, tanácsadás
9. működési feltételek biztosítása	munkaerő, finanszírozás, információs rendszer
10. monitorozás, értékelés	a folyamatok megfigyelése, eredmények mérése, a személyzet és a felhasználók véleményének megismerése

1. táblázat
Idős emberek integrált ellátásának tervezése, a legfontosabb lépések. (forrás: Barry és munkatársai alapján [7])

öt lépésben határozza meg a feladatokat [20]. Egy ír tanulmány ismerteti három pilot tanulmányon alapuló akciókutatását. A kivitelezéshez tíz pontos, bizonyítékokra alapozott munkatervet határoztak meg [7]. Lényegében a fentihez hasonló szempontokat ismertetnek, nagyobb részletezettséggel. Ezért ezt mutatjuk be. (1. táblázat) További hasonló módszertani ismertetések is olvashatók az igen kiterjedt szakirodalomban.

A módszertani kérdések között említendő a COVID-19 pandémia kezelése során szinte világszerte bevezetett digitális kommunikáció, illetve ezen keresztüli tanácsadás, a „telehealth” és a telerehabilitáció [16]. A hirtelen megnövekedett ellátási szükségletek miatt ez természetes reakció, ám éppen az idős, esendő lakosság esetében – akik sokszor még a hagyományos ellátás útvesztőiben sem ismerik ki magukat – nem jelenthet általános, mindenki számára elfogadható megoldást, amint erre egy szingapúri tanulmány is rámutat. Az állapotváltozás felmérése sem végezhető kizárólag ilyen formában [21]. Szakemberekkel, informális gondozókkal és egészségpolitikusokkal végzett fókuszcsoport megbeszélések alapján a szerzők mégis szükségesnek tartják alkalmazását, mint az egyik lehetséges módszert, a jövőben is.

Ide kapcsolódik egy tanulságos új-zélandi tanulmány [9]. Hátrányos helyzetű régió, közel 50%-os maori lakosságú területén indítottak integrált ellátási programot. Legalább két krónikus betegséggel élő személyeket vontak be, akik az előző évben fokozott mértékben vették igénybe az ellátórendszert. A programot diplomás ápoló és a helyi közösség egészségi ismeretekkel is rendelkező, elismert tagja, mint team vezető, együttműködve az alap- és a kórházi ellátással. Nem csak maori lakosokat vontak be. A bevont személyek szükségleteit, elvárásait felmérték, és kapcsolódásukat szükség szerint telefonos bátorítással is serkentették. Nehezebb volt az ellátók, főleg az alapellátás bevonása, akik féltek a kommunikációs teher növekedésétől, egészségközpontú autoritásuk elvesztésétől a „túlzott” pácienscentrikusság miatt, valamint bevételeik csökkenésétől és az egész változástól. Félelmüket személyes találkozásokkal és az eredmények folyamatos visszajelzésével (hírlevelek) lehetett csökkenteni. További nehézséget jelentett, hogy kevesebb páciens tudtak bevonni, és jóval több kommunikációra, képzésre volt szükség az eredetileg tervezettnél. Ez a résztvevők, főként az ellátók szemében rontotta a program hitelességét. Technikai nehézséget okozott, hogy az alapellátási és kórházi kommunikációs platformok különböztek, ezért közös platformot kellett biztosítani. A résztvevők többféle állapot-paraméter követésére alkalmas „telehealth monitort” kaptak, amit megtanultak értékelni, így hamarabb tudták saját állapotromlásukat felismerni. A team otthonukban látogatta meg a pácienseket, viselkedési és szociális szükségleteiket figyelembe véve, ott együtt döntöttek a belépésről. A végső döntést a páciens hozta meg. Egy éves követés alapján kedvező eredményekről számoltak be. A páciensek egészségi állapota javult, a jelentős beruházás ellenére az egészségügyi költségek és a háziorvosok terhei is csökkentek. A résztvevő páciensek saját szerepük növekedését élték meg.

További, kvalitatív, a páciensekkel, illetve gondozóikkal készített tanulmányok is aláhúzzák a páciensek bevonásá-

nak jelentőségét, elvárásaik és szociális szükségleteik figyelembevételét [12,13,18,22]. A „what matters you?” (mi bánt, mi fontos?) kérdésre az ellátottak gyakran nem egészségi, hanem szélesen értelmezett szociális problémákat neveznek meg. Nagyban segítheti az integrált rehabilitációs ellátás szervezését és a páciensek általi elfogadását, ha e kérdésekre vonatkozóan is kapnak választ, támogatást vagy javaslatokat, pl. hol található támogatást. A rehabilitáció mindig az egész emberrel foglalkozik.

Az eddigiekben elsősorban a „mit tegyünk” kérdéséről volt szó. Felmerülnek azonban kétségek is, ezért ezekről, főleg a „hogyan” kérdéstről is beszélni kell. Egy korábbi holland tanulmány a pszichiátria területén belül bevezetett integrált ellátás kedvezőtlen tapasztalatairól számolt be [23]. Szakintézeti integráció történt a pszichiátriai szakellátási szintek között, ugyanakkor a kapcsolat az alapellátással és a hozzájuk csatlakozó gondozó hálózattal megromlott, pontosabban arra korlátozódott, hogy a háziorvos nem látta el, hanem tovább utalta betegét. Ennek további következménye az lett, hogy a páciensek már eleve kikerültek az alapellátást. A szerzők véleménye szerint monopolizáció történt a különböző ellátási szintek harmonizációja helyett.

Egy közelmúltban készült szisztematikus irodalomelemzés az integrált ellátás valamennyi résztvevőjének – páciens, gondozó és ellátó – véleményét vizsgálta az idős, esendő személyek integrált ellátásával kapcsolatban [24]. Az ellátók problémaként élték meg az érintett populáció állapotának komplexitását, a másik oldal nehezebb a rendszeren belüli eligazodást és a hozzáférést az ellátórendszerhez. Akadályozó strukturális tényezőként értékelték az erőforrások (finanszírozás, szakember-ellátottság) korlátait, a folyamatjellemzők közül azt, hogy a pácienseket és gondozóikat csak kevéssé vonták be a döntéshozatalba, illetve a személyes támogatás (case management) hiányosságait. Javaslatokat is tettek: az érintett szolgáltatók között egységes információs technológiára, az ellátás koordinációjáért felelős személy kijelölésére, a megfelelő finanszírozás és erőforrás biztosítására, a különböző szolgáltatói szinteken tevékenykedők bevonására a rendszer átszervezése során, és az érintett egészségügyi és szociális ellátók képzésére vonatkozóan.

Egy stroke-ellátási útvonal tervezésével foglalkozó francia tanulmány az ott létező négy modell szakember résztvevőivel készített interjúk alapján a legfontosabb akadályozó tényezőkként az alábbiakat jelölte meg [25]. A bevezetés legfontosabb akadálya az erőforrások (elsősorban a humán erőforrás) elégtelensége. A már meglévő rendszer sikeres működtetésének feltétele az együttműködő intézmények, illetve személyek közötti kommunikáció javítása. Ennek érdekében olyan folyamat- és eredményindikátorok bevezetését javasolják, amelyek nem az egyes intézmények, hanem az együttműködő rendszer működését jelzik (ilyenek jelenleg nem ismertek), valamint „az adott ellátási bürokráciát és gazdasági realitást figyelembe vevő” szakmai irányelvek fejlesztését.

A fenti probléma elvezet ahhoz a kérdéshez, hogy mit tehetünk, ha nincs elég szakképzett teamtag, hogyan lehet mégis

elindítani egy programot? Egy kanadai tanulmányban arról számoltak be, hogy kifejezetten a magyar alapellátásban szereplő két teamtagot, az orvost és az ápolót képezték, azzal a céllal, hogy a többi szakemberrel sikeresebben tudjanak együttműködni. Minden résztvevő megkapta a közösségi ellátásra vonatkozó szakmai irányelvet. Egyik csoportjukat képzésben is részesítették, amelyben az online elemek mellett szerepelt két egész napos, személyes részvétellel zajló, gyakorlatorientált program is más team-tagokkal együtt. Akik a képzésen részt vettek, azoknak a gyakorlata kedvezően változott [26]. A vizsgálat limitációja volt, hogy az érintett lakosokat nem kérdezték meg, tehát csak a szakember oldal visszajelzése ismert.

Egy másik, Cochran tanulmány alacsonyán és közepesen fejlett országokban vizsgálta hátrányos helyzetű csoportok támogatását javító képzés eredményességét szisztematikus irodalomelemzés keretében. Nemcsak az egészségügyi, hanem a szociális ellátás is szerepelt a programokban, a szakemberek mellett sok laikus segítő is. Csak mérsékelt pozitív eredményt tudtak kimutatni, a bevont közlemények egy részében semmilyen változást sem találtak [8]. Ennek a vizsgálatnak a legfőbb korlátja a vizsgálati helyszínek, résztvevők és módszerek igen nagyfokú heterogenitása volt.

Költségek és eredmények

A „megéri-e bevezetni” kérdésével kapcsolatban egy metaanalízist, egy szisztematikus irodalomelemzést és egy holland kontrollcsoportos tanulmányt mutatunk be.

A metaanalízisbe vont összesen 34 tanulmány összesített eredménye a költségek marginálisan szignifikáns csökkenését és az eredmények szignifikáns javulását mutatja, de különböző alcsoportokra vonatkozóan az eredmények meglehetősen heterogének voltak [5]. Mind a költségek (kórház, járóbetegellátás, fejlesztés, bevezetés, társadalmi, utazási, munkából kiesés), mind az eredmények (klinikai, életminőség, QUALY, halálzás) vizsgált paraméterei jelentős különbségeket mutatnak. Egy-egy paraméteren belül is sok különböző mérési módszer fordult elő. A tanulmányok 50%-a jelzett költségmegtakarítást a kontrollcsoporthoz képest, de ennek mértéke csak az összes tanulmány 26%-ában volt szignifikáns. Az eredmény paraméterek 65%-ban javultak, 38%-ban szignifikánsan. Alcsoportokat is vizsgáltak régiók (földrészek), kutatási módszer, illetve időtartam és az integrált ellátás bevezetett módszere szerint. Különböző volt a követési időszak. Szignifikáns változások csak legalább 12 hónapos követési idő után jelentkeztek.

A szisztematikus irodalomelemzés stroke betegek integrált rehabilitációs ellátásának költségeit és eredményességét vizsgálta [14]. Az alábbi eredmények érdemesek kiemelésre. A támogatott korai kórházi elbocsátás szignifikáns költségcsökkenést csak a tanulmányok egyharmadában mutatott, általában a rövidebb kórházi tartózkodás eredményezte a költségek csökkenését. A klinikai eredmények egyik esetben sem romlottak. Négy közösségi rehabilitációs programot eltérő kontrollokkal vetettek össze. Általában jobb klinikai eredményeket találtak azonos, egy esetben magasabb költségek mellett. Mindegyik tanulmány fejlett gazdaságú or-

szágból származik. A költségek csökkenésének a hiányát azzal magyarázzák, hogy a kisebb egészségügyi kiadások mellett jelentősebb szociális kiadások keletkeztek. A további tanulmányok különbözősége és alacsony száma miatt nehéz komoly következtetésre jutni. A szerzők az értékelés következő limitációira hívták fel a figyelmet: a tanulmányok többségében csak egészségügyi költségeket figyeltek, a követési idő általában rövid volt, nem vették figyelembe a stroke súlyosságát, továbbá, a korábban publikált eredmények az aktuális viszonyokra már nem biztosan igazak.

A kontrollcsoportos tanulmány komplex egészségügyi problémákkal élő idős populáció integrált egészségügyi ellátását vizsgálta [27]. A funkcióképességet Katz-indexsel, a QUALY számításhoz az életminőséget EQ-5D-3L kérdőívvel vizsgálták. Ezek Hollandiában széles körben alkalmazott módszerek. Ma már a rehabilitáció szempontjából relevánsabb, részletekre jobban rámutató módszerek is elérhetők mind a funkcióképesség, mind az életminőség vizsgálatában, amelyet a szerzők is elismertek. A költségek vizsgálata a szociális költségekre (pl. szociális gondozó, környezet adaptációja, közlekedés) is kiterjedt. A vizsgálati csoportban jobb funkcionális eredményeket értek el jelentősen alacsonyabb költségek mellett. Értékelhető életminőség-nyereséget viszont nem sikerült kimutatni.

MEGBESZÉLÉS

Jelen közlemény korlátjai között említendő, hogy erőforrások hiányában nem készült szisztematikus szakirodalom-elemzés. A felhasznált közlemények különböző célkitűzéssel, környezetben és módszerekkel készültek, így összevetésük nehéz. Végül, a szerzők véleményét is befolyásolhatta az aktuálisan változó és részleteiben még nem kellően ismert környezet/szabályozás.

A bemutatott eredmények alapján látható, hogy az integrált rehabilitációs ellátás fejlesztésének különböző motivációi, modelljei és módszerei léteznek. Általában mindegyiknek része a koordináció javítása a betegút szervezésében, elvárás az ellátás szakmai minőségének és a páciensek értékelésének a javítása, de legalább a szinten tartása (összevetve a hagyományos, kórház dominanciájú ellátással), valamint a költség/haszon arány javítása, ill. legalább a megőrzése. Hangsúlyos elem az ellátott személyek és az informális gondozók (családtagok, barátok, szomszédok) bevonása az ellátás tervezésébe és az eredmények értékelésébe.

Mielőtt az egészségpolitika részére hasznosítható következtetéseket vonnánk le, érdemes áttekinteni a közép-kelet-európai országok integrált egészségügyi (és szociális) ellátásának a helyzetét, problémáit. Egy kilenc ország szerzői által közölt cikk nem a rehabilitációról, hanem általában integrált egészségügyi ellátásról szól, ám figyelmet fordít az idős, így a rehabilitációban kiemelten érintett populációra is [28]. Megállapítja, hogy az országok hasonló politikai és gazdasági helyzetben voltak, jellemző rájuk az erőforrások hiánya, az alacsony finanszírozás és az, hogy egyre több terhet kell a lakosságnak viselnie, még ha ez nem is egyforma módon történik. Politikai konszenzus hiányában gyakran a megkez-

dett átalakítások is megszakadtak vagy teljesen abbamaradtak. A nemzetközi szerzői team a helyzet elemzése alapján öt stratégiai célt határozott meg:

- az érintett személyek és a közösség bevonása a döntések előkészítésébe,
- az irányítás és az elszámoltathatóság erősítése,
- az ellátási modell módosítása a kórháztól a járóbeteg- és az alapellátás irányába, a prevenció szempontjai és a szociális preferenciák figyelembevételével,
- koordináció az ellátási szintek között és azokon belül,
- támogató környezet kialakítása, figyelemmel az ellátás minőségére és biztonságára, illetve a szakemberképzésre.

A stratégiai célok egyes elemeinek megvalósulását négy fokozatú skálán értékelték. Érdekes megvizsgálni, milyenek találták a szerzők a helyzetet a vizsgált kilenc országban. Az egyes célok területén általában a lehetséges pontszám felét sem érte el az aktuális helyzet. Magyarországon egyedül a 3. céllal kapcsolatban teljesültek az elvárások 50%-ot meghaladó mértékben.

Eredményeinket a hazai helyzet szempontjából vizsgálva három szempontot emelünk ki:

- Az egészségügyi ellátás keretén belüli vertikális integrációt jól elő kell készíteni, a bemutatott sikertelen példával szemben [23]. Jó hazai példát mutat be tanulmányunk első, a hazai helyzet feltárására vonatkozó része [10]. Ez azonban önmagában nem elegendő, horizontális integrációra is szükség van, elsősorban a szociális ellátással, amire szintén ismertek kedvező hazai példák [10].
- Jelenleg az alapellátásban, illetve a lakóhelyközeli ellátásokban a multidiszciplináris team tagjai közül csak kevesen érhetők el. Irigylésre méltó állapotokat is ismerünk, Finnországban 1 orvosra 11 további szakember jut, viszont ez nem minden fejlett gazdasággal rendelkező európai országra jellemző [25, 29]. Így, a jelenlegi hazai helyzetben stroke vagy más komplex funkciókárosodá-

sokkal járó állapotokban a CBR bevezetését még nem javasoljuk, ám sok más esetben kedvező lehetőségnek véljük a hazai fejlesztést. Ismerve a személyzeti ellátás hazai gondjait, célzott képzések, továbbképzések segíthetik a fejlesztést.

- A külföldi tapasztalatok alapján megszívleendő az eredmények folyamatos monitorozása, minimálisan egy éves időszakban, de inkább hosszú távon. Ez annál inkább fontos, mert a hosszútávú eredményekkel kapcsolatban nagyon kevés információ érhető el, ám „A funkcióképesség fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO)” és a WHO további referenciaosztályozásainak rendszerszintű alkalmazása ennek jó alapja lehet [30].

KÖVETKEZTETÉSEK

A bemutatott eredmények alapján látható, hogy az integrált rehabilitációs ellátással kapcsolatban hármas célkitűzés körvonalazódik:

- a népesség egészségi állapotának javítása,
- ez járjon együtt az érintett személyek kedvezőbb értékelésével, elégedettségével, valamint
- hosszú távon az ellátás hatékonyságának javítása.

A bevezetés módszereiből fontosságuk miatt kiemeljük az összes érintett csoport bevonását a tervezésbe, a szükséges erőforrások biztosítását, valamint a folyamatos intenzív kommunikációt az érintettek között.

Anyagi támogatás

A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

Érdekeltségek

A szerzőknek a közlemény témájával kapcsolatban nincsenek érdekeltségeik.

IRODALMI HIVATKOZÁSOK

- [1] European Physical and Rehabilitation Medicine Bodies Alliance: White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. *Eur J Phys Rehabil Med.* 2018; 54: 125-155. <https://doi.org/10.23736/S1973-9087.18.05143-2>
- [2] World Health Organization: Disability prevention and rehabilitation. WHO Document A29/INF. DOC/1. 1976.
- [3] World Health Organization Regional Office for Europe: Integrated care models: an overview. Working document. Copenhagen, 2016. (Available at: 30. 01. 2023) https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/32247/5/Integrated-care-models-overview.pdf
- [4] World Health Organization Executive Board: Strengthening rehabilitation in health systems. WHO Document EB152/CONF.1. 2023. (Available at 30. 01. 2023): https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB152/B152_8-en.pdf
- [5] Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A et al.: Cost and effects of integrated care: a systematic literature review and meta-analysis. *Eur J Health Econ.* 2020; 21: 1211-1221. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01217-5>
- [6] Larsen T: Guest editorial note on integrated care pathways: a basic tool for triple aim improvement of healthcare by collaborative local action. *Int J Integr Care.* 2012; 12: e232 <https://doi.org/10.5334/ijic.1123>
- [7] Barry S, Fhalluin MN, Thomas S et al.: Implementing integrated care in practice – learning from MDT’s driving the integrated care programme for older persons in Ireland. *Int J Integr Care.* 2021; 21: 15. <https://doi.org/10.5334/ijic.4682>
- [8] van Ginneken N, Chin WY, Lim YC et al.: Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews*

- 2021, Issue 8. Art. No.: CD009149. (Available at 30. 01. 2023) <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009149.pub3>.
- [9] Carswell P: Te Whiringa Ora: person-centred and integrated care in the Eastern Bay of Plenty, New Zealand. *Int J Integr Care*. 2015; 15: None. <https://doi.org/10.5334/ijic.2242>
- [10] Cserhádi P, Kullmann L, Dénes Z.: Integrated service provision in rehabilitation medicine I. – national background, strengths, weaknesses [Integrált rehabilitációs ellátás I – Hazai előzmények, erősségek, gyengeségek] *IME* 2023; 22(3): 5-11. <https://doi.org/10.53020/IME-2023-203> [Hungarian]
- [11] Hughes G, Shaw SE, Greenhalgh T: Rethinking integrated care: A systematic hermeneutic review of the literature on integrated care strategies and concepts. *Milbank Quarterly* 2020; 98: 446-492. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12459>
- [12] Bernsten G, Høyem A, Lettrem I et al.: A person-centred integrated care-quality framework, based on qualitative study of patient's evaluation of care in light of chronic care ideals. *BMC Health Services Res*. 2018; 18: 479. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3246-z>
- [13] Wodskou PM, Høst D, Godtfredsen NS, Frølich A: A qualitative study of integrated care from the perspective of patients with chronic obstructive pulmonary disease and their relatives. *BMC Health Services Res*. 2014; 14: 471. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-471>
- [14] Tummers JFMM, Schrijvers AJP, Visser-Meily JMA: Economic evidence on integrated care for stroke patients; a systematic review. *Int J Integr Care*. 2012; 12: e193. <https://doi.org/10.5334/ijic.847>
- [15] van Hove JC, Vernooij RWM, Fiander M: Effects of oncological care pathways in primary and secondary care on patient, professional and health systems outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 2020; 9: 246. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01498-0>
- [16] Décarý S, De Groote W, Arienti C et al.: Scoping review of rehabilitation care models for post-Covid-19 condition. *Bull World Health Organ*. 2022; 100: 676-688. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288105>
- [17] Laver K, Lannin N, Bragge P et al.: Organising health care services for people with an acquired brain injury: an overview of systematic reviews and randomised controlled trials. *BMC Health Services Res*. 2014; 14: 397. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-397>
- [18] Ward AJ, Murphy D, Marron R et al.: Designing rare disease care pathways in the Republic of Ireland: a co-operative model. *Orphanet J Rare Dis*. 2022; 17: 162. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02309-6>
- [19] Guerin M, Grimmer K, Kumar S: Community services' involvement in the discharge of older adults from hospital into the community. *Int J Integr Care*. 2013; 13: None. <https://doi.org/10.5334/ijic.917>
- [20] Dubuc N, Bonin L, Tourigny A et al.: Development of integrated care pathways: toward a care management system to meet the needs of frail and disabled community-dwelling older people. *Int J Integr Care*. 2013; 13: e017. <https://doi.org/10.5334/ijic.976>
- [21] Yoon S, Mo J, Lim ZY et al.: Impact of COVID-19 Measures on Discharge Planning and Continuity of Integrated Care in the Community for Older Patients in Singapore. *Int J Integr Care*. 2022; 22: 13. <https://doi.org/10.5334/ijic.6416>
- [22] Everink IHJ, van Haastregt JCM, Maessen JMC et al.: Process evaluation of an integrated-care pathway in geriatric rehabilitation for people with complex health problems. *BMC Health Services Res*. 2017; 17: 34. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1974-5>
- [23] Hutschemaekers GJM, Tiemens BG, de Winter M: Effects and side effects of integrated care: the case of mental health care in the Netherlands. *Int J Integr Care* 2007; 7: e31 <https://doi.org/10.5334/ijic.198>
- [24] Sadler E, Potterton V, Anderson R et al.: Service user, carer and provider perspectives on integrated care for older people with frailty, and factors perceived to facilitate and hinder implementation: A systematic review and narrative synthesis. *PLOS ONE* 2019; 14: e0216488. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216488>
- [25] Gache K, Leleu H, Nitenberg G et al.: Main barriers to effective implementation of stroke care pathway in France: a qualitative study. *BMC Health Services Res*. 2014; 14: 95. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-95>
- [26] Balogh R, Wood J, Lunsy Y et al.: Care of adults with developmental disabilities – Effects of a continuing education course for primary care providers. *Canadian Family Physician* 2015; 61: e316-e323.
- [27] Everink IHJ, van Haastregt JCM, Evers SMAA et al.: An economic evaluation of an integrated care pathway in geriatric rehabilitation for older patients with complex health problems. *PLOS ONE* 2018; 13: e0191851. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191851>
- [28] Kurpas D, Stefanicka-Wojtas D, Shpakou A et al.: The Advantages and Disadvantages of Integrated Care Implementation in Central and Eastern Europe – Perspective from 9 CEE Countries. *Int J Integr Care*. 2021; 21: 14. <https://doi.org/10.5334/ijic5632>
- [29] Kertész Gy, Kullmann L: Community based rehabilitation and its Finnish model [Lakóközösségi rehabilitáció és finn modellje] *Balneológia, Rehabilitáció* 1988; 9: 33-38. [Hungarian]
- [30] Kullmann L: Classification of functioning in the International Classification of Diseases 11th version. [A funkcióképesség kódolása a Betegségek Nemzetközi Osztályozása 11. verziójában.] *IME* 2019; 18(7): 12-14. [Hungarian]

A SZERZŐK BEMUTATÁSA

Megtalálható a **Cserhádi P, Kullmann L, Dénes Z.**: *Integrált rehabilitációs ellátás I. – Hazai előzmények, erősségek, gyengeségek* című közleményben az *IME* 2023/2. szám 22. oldalán.