

Management chronických onemocnění v mezinárodním srovnání

Miroslav Barták

Katedra sociální práce Fakulty sociálně ekonomické UJEP Ústí nad Labem, vedoucí katedry PhDr. Petr Balek

Souhrn

Cílem článku je nabídnout výsledky mezinárodního srovnání na téma management chronických onemocnění. Neinfekční chronická onemocnění představují 60 % příčin úmrtí celosvětově a asi 90 % úmrtí v České republice. Populační vývoj ve vyspělých státech je charakterizován zvyšující se střední délkou života a narůstajícím počtem obyvatel ve vyšších věkových skupinách, zejména nad 65 let. Obyvatelé těchto států se mnohdy potýkají s důsledky nevyhovujícího životního stylu jak v oblasti stravování, tak v oblasti pohybové aktivity. Díky těmto faktorům, nákladným zdravotnickým technologiím a také stále rostoucímu očekávání občanů na kvalitu výsledků zdravotnického systému rostou náklady na péči o chronicky nemocné a logicky také potřeba managementu těchto nemocí a souvisejících procesů. Stále více se v této oblasti prosazuje multidisciplinární přístup, self-management, využití informačních technologií, ale také komunitní přístup a přístup založený na rodinných vazbách.

Klíčová slova: chronická onemocnění – management – mezinárodní srovnání – zdravotnický systém

The management of chronic diseases in international comparison

Summary

The goal of this overview paper is to offer the international (European) evidence in the field of chronic diseases condition. Chronic conditions counting more than 60 % of all deaths worldwide and about 90 % of all deaths in the Czech Republic. Population development in developed countries is characterized by increasing life expectancy and by growing population in higher age groups namely in age more than 65 years. In the same time the population faced the consequences of unhealthy live style like eating's habit or physical inactivity. Thanks these factors as well as thanks increasing expectations and available medical technologies the costs of chronic conditions are increasing. More attention is currently paid to the integrated management of chronic condition based on self-management, use of ITC as well as use family support and community based approach.

Key words: chronic diseases – health system – international comparison management

Úvod

Jestli je něco možné o budoucnosti zdravotnictví prohlásit s jistotou, pak že zásadní výzvou pro zdravotnické systémy ve vyspělých státech bude zvládání chronických onemocnění. Tato onemocnění definuje Světová zdravotnická organizace jako onemocnění s dlouhým trváním a pomalým vývojem [3]. Zdravotnické systémy byly v minulosti dominantně založeny na akutním, epizodickém modelu péče. Dnešní otázkou je, jak zvládat potřeby pacientů s komplexními chronickými obtížemi [1]. Jakkoliv je mezinárodní srovnání problematické [2], můžeme využít jeho poznatků pro inspiraci a hledání optimálních cest řešení v našich domácích podmínkách. Chronická onemocnění jsou komplexního charakteru a reakce zdravotnického systému musí této situaci odpovídat [1]. Naději na měřitelný úspěch mají především taková opatření, která spojují práci multidisciplinárních

týmů a také vytvářejí prostor pro rozhodování samotných pacientů [1,3].

V Evropě žije asi 900 milionů obyvatel v 53 státech. Evropa jednoznačně čelí demografickému stárnutí, asi 15 % obyvatel Evropy je věku nad 65 let. Ačkoliv mezi jednotlivými státy existují velké rozdíly, nárůst obyvatel ve vyšším věku je realitou všech zemí Evropy. Předpokládá se, že v roce 2050 bude každý čtvrtý obyvatel Evropy starší 65 let [4]. Protože existuje přímá souvislost mezi počtem starších obyvatel a výskytem chronických onemocnění, bude jejich kvalitní management do budoucna nejen žádoucí, ale naprosto nevyhnutelný. V evropském kontextu jsou nejvýznamnějšími příčinami úmrtí nepřenosná onemocnění, která jsou příčinou asi 80 % všech úmrtí. Nejčastější příčinou úmrtí jsou kardiovaskulární onemocnění, která se podílejí na celkové úmrtnosti zhruba z poloviny a postihují více

muže než ženy [4]. Na pomyslném druhém místě jsou nádorová onemocnění (asi 20 % úmrtí) a na třetím pak vnější příčiny (úrazy, otravy apod), které představují přibližně 8 % všech úmrtí v regionu [4]. Dříve byl pojem chronické onemocnění vztahován právě pouze k neinfekčním onemocněním, nicméně díky vývoji léčby, např. pacienti s HIV/AIDS žijí relativně dlouho a progresse onemocnění nemusí být tak rychlá, není dnes toto dělení již zcela precizní [3].

Základní rizikové faktory

Nejzávažnějšími rizikovými faktory a tudíž také oblastmi intervence jsou vysoký krevní tlak, spotřeba tabáku (ten je označován za nejčastější potencionálně odstranitelnou příčinu úmrtí), vysoká hladina cholesterolu, nízká míra konzumace ovoce a zeleniny, nadváha a obezita a fyzická inaktivita [3].

Chronická onemocnění mají mimo svých zdravotních důsledků také mikroekonomické a makroekonomické souvislosti. Na mikroekonomické úrovni ovlivňují spotřebu a úspory jednotlivců a domácností, nabídku práce a její produktivitu, stejně tak jako vzdělávání a formování lidského kapitálu [3]. Z makroekonomického pohledu jsou chronická onemocnění jedním z faktorů, které ovlivňují jak tvorbu, tak i přerozdělování hrubého domácího produktu. Zejména v dlouhodobém pohledu představují chronická onemocnění makroekonomický problém.

Obecně jsou hlavními stavebními kameny procesu managementu chronických onemocnění celková péče poskytovaná multidisciplinárními týmy, zaměření se na návaznost jednotlivých druhů péče (řízení rozhraní), populační zaměření (zaměření se na specifické podmínky), aktivní zapojení nástrojů self-managementu (vzdělávání pro zdraví), evidence based přístup zahrnující směrnice, protokoly a léčebné postupy, informační technologie a systémová řešení a v neposlední řadě stálý důraz na zvyšování kvality [3].

Strategie zvládání chronických onemocnění

Strategie zvládání chronických onemocnění zahrnují prevenci a včasné rozpoznání nemocí. V této spojitosti primární prevence souvisí s růstem rizikových faktorů, sekundární se zaměřuje na včasné rozpoznání onemocnění a terciární již na pacientem vnímané onemocnění.

Státy se velmi liší v tom, jak mají systém prevence nastavený, a to v důsledku kulturních, organizačních i ekonomických faktorů. Také se liší v míře zapojení jednotlivce a komunity do tohoto procesu. Dle výsledků jedné studie se skandinávské státy zaměřují především na řešení environmentálních a sociálních faktorů, státy jako Francie, Německo nebo USA spíše na individuální zvládání rizikových faktorů, jakými jsou kouření, spotřeba alkoholu nebo stravování [3]. Některé státy jako např. Velká Británie, mimo Evropu pak Kanada nebo Nový Zéland, se snaží o integrovaný přístup zaměřený na spojení klinického přístupu a širokého přístupu veřejného zdraví [3].

Např. u spotřeby tabáku a alkoholu jsou využívány opatření založená na cenové politice (míra zdanění), informace (např. nápisy, že kouření škodí zdraví), balení (minimální nebo maximální velikost maloobchodního balení), distribuce (např. zákaz vystavování, ochrana mládeže před koupí z automatů), omezení spotřeby (zákaz kouření nebo spotřeby alkoholu na veřejných místech), nebo behaviorální intervence [3].

Dalším nástrojem je nastavení organizace služeb. Zde se jedná především o novou kvalifikaci a služby, které reflektují komplexnost chronických onemocnění. Ve Španělsku došlo v jednom z regionů ke spojení zdravotní a sociální péče a ukázalo se, že základním faktorem úspěchu je správné vzdělání lékařů [3]. Ve Velké Británii nebo ve skandinávských zemích jsou používány přístupy založené na „metodice spolupráce“, lékaři jsou školeni v oblasti komunikace s pacientem, aby se stali kompetentními průvodci pacienta v řešení dlouhodobých onemocnění (astma, diabetes nebo nádorová onemocnění), mnohdy s infusní prognózou [3].

V Evropě i mimo ni se také experimentuje s novými typy péče. Obecně se poněkud smývají hranice mezi jednotlivými zdravotnickými povoláními, např. zdravotními sestrami a lékaři, dochází k přerozdělování jejich kompetencí. Ve Velké Británii byla zavedena profese praktikující zdravotní sestry (s vysokoškolským vzděláním), která mimo svých běžných kompetencí také přebírá administraci některých jednodušších zákroků, nebo předepisování omezeného rozsahu vybraných léčiv [3]. V Německu byla zavedena pozice komunitní sestry, která provádí návštěvní službu a je podporována nástroji e-health. Zřízení této pozice umožňuje zvýšit dostupnost základní primární péče např. ve venkovských oblastech a umožňuje praktickým lékařům větší koncentraci na čistě lékařské otázky [3]. Ve Velké Británii byla také zřízena funkce zastupující sestry, která hraje velkou úlohu při orientaci pacientů v rámci systému péče. Případoví manažeři zase odpovídají za koordinaci zdravotnických a sociálních služeb souvisejících s poskytováním dlouhodobé péče [3]. V neposlední řadě je třeba zmínit profesionalizaci péče rodinných příslušníků, kteří ve zvýšené míře poskytují péči svým příbuzným [3].

Nolte et al ve své vlivné studii, která srovnává přístup k managementu chronických onemocnění v 8 státech, nabízí následující poznatky [1]. Ve státech, kde zásadní roli při poskytování primární péče hrají multioborové týmy (lékaři, zdravotní sestry, další profesionálové), můžeme sledovat rostoucí vliv zdravotních sester (různých specializací) na management chronických onemocnění. S tímto přístupem se setkáváme ve Švédsku, Anglii nebo aktuálněji v Nizozemsku. Zdravotní sestry nezdávka přebírají úkoly, které byly donedávna řešeny pouze lékaři, např. mohou v rámci platných léčebných postupů měnit léčebný režim. Ukazuje se, že takto nastavená péče může přinášet velmi dobré výsledky i úsporu nákladů. Ve všech výše uvedených státech je tato změna a rozšíření působnosti sester hodnoceno pozitivně, ačkoliv se podmínky v jednotlivých státech liší. Například v Anglii panují v kon-

Tab. 1. Nejčastější příčiny úmrtí ve vybraných státech Evropy v roce 2010 na 100 tisíc obyvatel.
 Upraveno podle údajů databáze Eurostat
 (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Causes_of_death_statistics)

	onemocnění oběhové soustavy	onemocnění srdce (1)	nádorová onemocnění (2)	rakovina plic (3)	kolorektální karcinom	respirační onemocnění	dopravní nehody	rakovina prsu	rakovina dělohy
EU-27	209,9	76,5	166,9	38,4	18,7	41,2	6,5	22,6	7,2
Belgie (2006)	182,7	59,5	170,1	45,7	17,7	60,2	10,0	28,3	6,1
Bulharsko	621,7	114,3	156,4	36,2	21,6	38,2	9,1	19,4	13,7
Česká republika	344,0	161,8	195,5	41,5	26,5	41,0	8,1	20,6	9,8
Dánsko (2009)	159,5	59,8	188,9	48,2	23,8	66,5	5,5	28,9	5,7
Německo	208,7	80,9	158,6	34,3	17,7	37,0	4,4	24,0	5,5
Estonsko	423,6	204,8	187,3	35,5	21,1	23,9	8,1	22,1	9,9
Irsko	178,2	91,2	169,6	37,1	19,3	60,3	4,2	26,2	7,4
Řecko	228,9	62,1	149,0	39,3	12,1	49,1	11,8	25,2	6,2
Španělsko	137,8	43,8	152,4	36,1	20,5	45,2	5,1	17,7	5,9
Francie (2009)	119,5	32,1	164,7	37,0	16,6	27,6	6,9	23,6	6,2
Itálie (2009)	167,7	57,4	159,9	34,9	17,0	29,4	7,4	23,0	5,2
Kypr	194,4	70,7	123,1	25,0	10,0	39,4	10,5	21,5	4,2
Lotyšsko	477,6	248,9	193,9	36,3	20,6	22,3	10,8	23,7	16,7
Litva	496,8	305,1	190,5	37,1	21,8	35,7	12,8	24,2	14,3
Lucembursko	167,3	45,2	156,9	33,8	18,4	36,5	4,8	25,5	5,0
Maďarsko	418,7	215,1	238,8	71,3	34,4	42,5	8,9	25,0	10,2
Malta	189,4	106,7	151,7	29,8	19,1	47,2	3,6	25,8	6,3
Nizozemsko	146,7	40,6	182,8	46,3	21,4	48,1	3,9	26,8	5,1
Rakousko	213,0	97,8	157,9	32,6	16,4	28,3	6,9	22,8	6,2
Polsko	336,9	90,6	196,5	52,1	22,3	38,2	11,0	19,8	11,8
Portugalsko	173,8	40,8	156,5	27,3	22,3	59,5	8,3	20,0	7,5
Rumunsko (2009)	548,4	188,8	181,4	42,3	19,5	50,6	15,1	22,6	17,4
Slovinsko	218,7	63,6	196,2	41,9	25,6	32,4	7,1	24,8	7,8
Slovensko	443,8	263,0	197,2	37,6	28,1	52,4	8,9	22,0	11,7
Finsko	213,6	120,7	138,5	27,5	13,1	21,3	5,9	21,2	5,2
Švédsko	186,9	83,7	144,8	25,1	17,2	30,7	3,8	19,1	6,4
Velká Británie	164,4	77,3	170,6	39,6	16,8	67,7	3,4	24,5	6,2
Island (2009)	172,7	83,2	155,9	38,0	17,1	42,3	4,2	20,1	2,7
Norsko	157,6	65,9	156,4	33,5	22,1	49,4	5,2	19,0	6,4
Švýcarsko	146,3	57,2	138,3	29,5	14,3	25,5	4,0	28,1	5,4
Chorvatsko	372,6	165,0	211,9	48,8	29,0	28,1	10,3	27,6	10,0
Makedonie	566,4	89,7	173,8	42,5	18,8	33,4	7,2	23,7	10,5

(1) ischemická choroba srdeční

(2) zhoubné novotvary

(3) zhoubný novotvar hrtanu, průdušnice, průdušek a plic

Tab. 2. Souhrn poznatků o efektivitě jednotlivých částí modelu chronické péče. Upraveno podle [3]

část modelu péče o chronicky nemocné	efektivní intervence	měření výstupů (výsledků)
podpora self-managementu pacientů	vzdělávání pacientů motivace pacientů distribuce edukačních materiálů	měření nemoci: kvalita života pacientů funkční status spokojenost s péčí posouzení rizikového chování spotřeba péče znalosti dodržování léčebného režimu
organizace poskytování péče	multidisciplinární týmy	měření nemoci ztotožnění se s klinickými směrnici spotřeba péče pacienty.
podpora rozhodování	zavádění evidence-based směrnic vzdělávání profesionálů distribuce vzdělávacích materiálů profesionálům	ztotožnění se s klinickými směrnicemi, měření nemoci
systém klinických informací	audit a zpětná vazba	ztotožnění se s klinickými směrnicemi
poskytování péče	nedostatek publikovaných informací	
zdroje komunity	nedostatek publikovaných informací	

krétním nastavení služeb značné lokální rozdíly, v Nizozemsku se osvědčily zdravotní sestry při řízení rozhraní mezi jednotlivými druhy péče, zejména sekundární péčí a sociálními službami, které jsou poskytovány těm pacientům, kteří již nemohou vést zcela samostatný život. V Německu byly zavedeny strukturované programy integrované péče, které reflektují organizační uspořádání německého zdravotnictví. Velká pozornost je přitom kladena na řízení rozhraní mezi jednotlivými typy péče, zejména ambulantní a lůžkovou. Pro podporu této myšlenky byl vytvořen systém selektivních kontraktů mezi pojišťovnami a zdravotnickými zařízeními (často skupinovými praxemi). Podobné snahy lze zaznamenat také ve Francii. V Dánsku vytvořili národní vizi pro management chronických onemocnění a zaměřili se především na podporu samotných pacientů (formou self-managementu). Obecně v systémech, kde dříve dominovala péče poskytovaná lékaři, jsou hledány nové způsoby poskytování péče a jednotlivým skupinám pracovníků jsou přiřazovány nové úkoly a kompetence. Většina států také integrovanou koordinovanou péči finančně zvýhodňuje jak při nastavení financování, tak i samotných úhrad [1].

V evropském i širším kontextu se stále více pozornosti upírá také k využívání klinických směrnic [5], které stanovují, jakým způsobem má (může) být péče poskytována. Je třeba připomenout, že první ucelená studie na toto téma na úrovni EU byla zpracována teprve letos. Také v Evropě však platí, že je situace v jednotlivých členských státech velmi rozdílná, a to jak z hlediska zpracování směrnic, tak i jejich uplatňování [5].

Závěr

Problematika chronických onemocnění je celospolečensky závažné téma. Úspěch programů řízení chronických onemocnění není automatický a jeho výsledky

se neprojevují zpravidla okamžitě. Souhrn poznatků o efektivnosti (managementu) modelu chronické péče přináší tab. 2.

Dostupná evidence ukazuje závažnost a nutnost řešení otázky chronických onemocnění. Jednotlivé státy Evropské unie i mimo ni stále více investují do hledání způsobů, jak tuto situaci zvládat. Namísto řešení zdravotních problémů jednotlivců se hovoří stále více o celopopulačně pojatém managementu chronických onemocnění. Pokud má být tento management obecně použitelný a úspěšný, je třeba vytvořit opatření jak na úrovni samotných pacientů, tak na úrovni institucionálního zabezpečení, poskytovatelů péče a informačního systému. Management chronických onemocnění vyžaduje nastavení systémů řízení rozhraní mezi jednotlivými typy péče a sektory (zejména zdravotnickými a sociálními službami). Mezi jednotlivými státy sice existují výrazné rozdíly, nicméně literatura i praxe definují některé obecněji platné postupy a doporučení.

Literatura

1. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. WHO on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies: Copenhagen 2008. ISBN 978 92 890 4294 9.
2. Barták M. Mezinárodní srovnání zdravotnických systémů. Wolters Kluwer: Praha 2013. ISBN 978 80 7357 984 5.
3. Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D et al. Tackling chronic disease in Europe: Strategies, interventions and challenges. WHO, on behalf of European Observatory on Health Systems and Policies: Copenhagen 2010. ISBN 978 92 890 4192 8.
4. The European Health Report 2012: charting the way to well-being. WHO: Copenhagen 2013. ISBN 978 92 890 1427 4.
5. Legido-Quigley H, Panteli D, Car J et al (eds). Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union. WHO: Copenhagen 2013. ISBN 978 92 890 0021 5.
6. Causes of death statistics. Data from October 2013. Eurostat. Anotace. Dostupné z WWW: <<http://epp.eurostat.ec.europa.eu>>.

Předneseno na semináři „Efektivní financování a management léčby chronických onemocnění. Organizace zdravotní péče a současný vliv úhradové vyhlášky“, pořádaný Academy of Health Care Management v Čelákovících ve dnech 9.–10. ledna 2014 (viz inzerát v časopise Vnitřní lékařství 2013; 59: 1106). Časopis Vnitřní lékařství je mediálním partnerem tohoto semináře.

PhDr. Miroslav Barták, Ph.D.

✉ miroslav.bartak@ujep.cz

Katedra sociální práce FSE UJEP, Ústí nad Labem
fse1.ujep.cz

Doručeno do redakce: 13. 3. 2014

ISSN 0042-773X (print)

ISSN 1801-7592 (online)

www.vnitrnilekarstvi.eu

Vnitřní lékařství



ČESKÁ
INTERNISTICKÁ
SPOLEČNOST



časopis České internistické společnosti
a Slovenskej internistickej spoločnosti
journal of Czech Society of Internal Medicine
and Slovak Society of Internal Medicine

ročník 60
květen 2014
číslo 5-6
suplementum 1

XXXIII. Dni mladých internistů s mezinárodní účastí

Martin, Slovenská republika, 29.–30. 5. 2014

Zborník abstrakt

**Zborník abstrakt z XXXIII. dní mladých
internistů s mezinárodní účastí
v Martine, 29.–30. 5. 2014 na
www.vnitrnilekarstvi.eu**