

✘ Renata Furman, 2014-01-14 13:01

Wyzwanie w obliczu starzenia się populacji

✘

Wysoka śmiertelność w wyniku udarów i stopień niepełnosprawności poudarowej są wciąż istotnym nie w pełni jeszcze rozwiązany problemem zdrowotnym w Polsce. Czy wiemy, co nie działa tak jak powinno? Czy mamy narzędzia, które mogą przynieść istotną poprawę i zredukować częstość występowania udarów?

Wysoka śmiertelność w wyniku udarów i stopień niepełnosprawności poudarowej są wciąż istotnym nie w pełni jeszcze rozwiązany problemem zdrowotnym w Polsce. Czy wiemy, co nie działa tak jak powinno, czy można to poprawić, czy mamy narzędzia, które mogą przynieść istotną poprawę i zredukować częstość występowania udarów, wysoki poziom śmiertelności szpitalnej oraz niepełnosprawności poudarowej?

O tych między innymi zagadnieniami dyskutowali uczestnicy debaty Służby Zdrowia „Udary mózgu – problem zdrowotny i społeczny, wyzwanie w obliczu starzenia się populacji” prof. Anna Członkowska, dr Maciej Piróg, dr Maciej Niewada, dr Witold Paweł Kalbarczyk; debatę prowadziła red. Renata Furman.

Dr Witold Paweł Kalbarczyk, współautor raportu Instytutu Ochrony Zdrowia „Zdrowie priorytetem politycznym państwa - analiza i rekomendacje” przypomniał na wstępie dyskusji niekorzystne prognozy dotyczące starzenia się polskiego społeczeństwa i idące w ślad za tym implikacje społeczne i ekonomiczne. - Niemodyfikowalnym czynnikiem ryzyka udarów mózgu jest wiek, dlatego zapobieganie występowaniu udarów będzie coraz większym wyzwaniem wraz ze starzeniem się ludności Polski. Już dzisiaj udary i inne przemijające zaburzenia krążenia mózgowego są przyczyną ok. 40 proc. wszystkich hospitalizacji na oddziałach neurologicznych. Program POLKARD zakłada utrzymanie zahamowania liczby przedwczesnych zgonów na skutek chorób sercowo-naczyniowych i zmniejszenie liczby przedwczesnych zgonów z powodu udarów mózgu oraz uzyskanie liczby co najmniej 70 proc. chorych, którzy przeżyli ostrą fazę choroby i zachowują samodzielność w wykonywaniu podstawowych czynności życia codziennego – zaznaczał dr Kalbarczyk.

Prof. Anna Członkowska podkreśliła, jak bardzo istotnym zagadnieniem jest dążenie do zminimalizowania stopnia niepełnosprawności pacjentów po udarach. - Nie jest naszym celem przedłużenie życia pacjenta w wegetacji biologicznej, ale przedłużenie życia w sprawności. Zwróciła ona także uwagę na fakt istnienia bariery w przyjmowaniu do oddziałów rehabilitacyjnych pacjentów po udarach, będących w ciężkim stanie. - Bariera ta po części wynika z faktu, że stawka NFZ za leczenie pacjenta wymagającego wczesnej rehabilitacji jest stosunkowo niska, a pacjenta w ciężkim stanie, leżącego, dotyczą różnego rodzaju powikłania, które generują koszty ogólnomedyczne. Ich rehabilitowanie wymaga fachowego wysoko kwalifikowanego personelu. Osobnym, wciąż niedostatecznie rozwiązany problemem, jest opieka domowa nad pacjentem po wyjściu ze szpitala – podkreśliła profesor.

Wczesna śmiertelność poudarowa i niesprawność to zagadnienia, które nierozdzielnie łączą się z nowoczesnym leczeniem. - Leczenie trombolityczne z zastosowaniem rekombinowanego tkankowego aktywatora plazminogenu (rt-PA, alteplaza) jako jedyne spełnia kryteria leku o skuteczności udowodnionej w badaniach klinicznych i powodującego stosunkowo niewiele działań niepożądanych pod warunkiem podania go w czasie do 4,5 godziny od wystąpienia objawów udaru niedokrwinnego

mózgu, ale im wcześniej, tym lepiej – przypomniała prof. Członkowska. Tymczasem, jak podkreśliła, na 175 istniejących oddziałów udarowych, tylko w 150 wykonano choćby jedną trombolizę. W 30 proc. oddziałów wykonano takie zabiegi w pojedynczych przypadkach (w ok. 2 proc. przypadków). Niespełna ¼ oddziałów stosuje trombolizę w ok. 10 proc. przypadków.

Odnosząc się do wysokiej śmiertelności pacjentów po udarach, dr Maciej Niewada zauważył, że od początku obecnej dekady rysują się jednak niewielkie zmiany na lepsze. Śmiertelność wewnątrzszpitalna w przebiegu udaru niedokrwinnego od 2001 r. zmniejszyła się z ok. 15 proc. do 12 proc. Przypomniał jednocześnie, że w krajach Europy Zachodniej śmiertelność tej grupy pacjentów utrzymuje się na poziomie jednocyfrowym. Zwrócił także uwagę, że w Polsce finansowanie leczenia udarów jest na stosunkowo dobrym poziomie. - Finansowanie leczenia ostrych stanów wyniosło w 2011 r. 550 mln zł. To w stosunku do roku 2010 wzrost o 7,6 proc. Wynika to między innymi z faktu, że podwoiła się liczba pacjentów leczonych trombolizą, choć oczywiście w liczbach bezwzględnych jest ich wciąż za mało – dodał Niewada.

Dr Maciej Piróg przywołał w dyskusji kontekst zdrowia publicznego. - Na przykładzie profilaktyki udarów i działań modyfikujących czynniki ryzyka, na które można wpływać, widać wyraźnie niedostatki w obszarze zdrowia publicznego. Brak ustawy w tym zakresie, brak spójnych regulacji stoją także za przyczyną częstości występowania udarów. Za mało jest działań promujących w sposób systemowy zachowania prozdrowotne, wpływające na obniżenie czynników ryzyka – zaznaczał dr Piróg.

Uczestnicy dyskusji podkreślili, że niezbędne jest wprowadzenie standardów monitorowania jakości leczenia udarów mózgu. Wyniki kontroli jakości świadczeń, jako element realizacji praw pacjenta, powinny znajdować się w domenie publicznej informacji. - Standardy postępowania obowiązujące w oddziałach udarowych istnieją, trzeba je tylko lub aż egzekwować – przypomniała prof. Członkowska.

Partnerem debaty były firmy Bristol-Myers Squibb oraz Pfizer