



Medexpress, 2020-10-29 14:00

Jakim obciążeniem dla systemu są udary mózgu?



Światowy dzień udaru mózgu

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka - Dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego

Udar mózgu jako wyzwanie społeczno-ekonomiczne w świetle zmian demograficznych i ewolucji metod leczenia

- Udar ze względu na swój przebieg i metody leczenia stanowi bardzo ważną przyczynę hospitalizacji. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w roku 2018 zrealizowano ich 70,7 tys. - powiedziała Medexpressowi dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Center of Value Based Healthcare Uczelni Łazarskiego.

Jakim obciążeniem dla systemu są udary mózgu?

Udary mózgu są dotkliwym problemem z perspektywy zdrowia publicznego, ale także ekonomii sektora ochrony zdrowia. W Polsce co 8 minut ktoś doznaje udaru, co daje około 80 tys. zachorowań rocznie. W 80% przypadków dochodzi do udaru niedokrwiennego, w 20% do udaru krwotocznego. Wg WHO udar jest 2-gą co do częstości przyczyną zgonu i najczęstszą przyczyną trwałej niepełnosprawności. Wskaźnik DALYs (Disability Adjusted Life Years - lata życia skorygowane niesprawnością) jest wyższy dla chorób mózgu niż chorób nowotworowych czy kardiologicznych. Według rocznika GUS w 2018 roku z powodu chorób naczyń mózgowych zmarło 30 009 Polaków.

Udar ze względu na swój przebieg i metody leczenia stanowią bardzo ważną przyczynę hospitalizacji. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że w roku 2018 zrealizowano ich 70,7 tys. Pozytywny jest powolny, ale malejący trend zapadalności na udary. Co wiązać należy z upowszechnianiem wiedzy nt. czynników ryzyka oraz skuteczniejszą profilaktyką pierwotną. Jest jednak jeszcze wiele wyzwań, którym musimy stawić czoła, aby skutecznie i efektywnie zarządzać tą jednostką chorobową. Największym z nich jest wysoka śmiertelność, której moglibyśmy zapobiec poprzez lepiej zorganizowany system, wczesne wykrycie, skuteczną terapię, dostępną kompleksową

rehabilitację, ale oczywiście również profilaktykę wtórną, o której krytycznym znaczeniu musimy głośno mówić. Stąd potrzeba dalszych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, które podniosą jakość opieki.

Udary mózgu to także istotny problem z punktu widzenia ekonomii sektora ochrony zdrowia. Zapotrzebowania na zasoby ludzkie, infrastrukturalne, finansowe. Pomimo powszechnego trendu ambulatoryzacji opieki, w tym przypadku konieczne jest zabezpieczenie wyspecjalizowanych oddziałów szpitalnych, gotowych do hospitalizacji pacjentów oraz centrów rehabilitacji stacjonarnej. Niezbędne jest zabezpieczenie dobrze funkcjonujących, zintegrowanych informatycznie i procesowo regionalnych sieci udarowych, które pozwoliłyby na to, aby jak najefektywniej, jak najskuteczniej opiekować pacjentami z udarem. Chodzi o to, aby nie tylko przez skuteczną prewencję zmniejszyć zachorowania na udary, ale również ograniczyć śmiertelności oraz głęboką niepełnosprawność, których prawdopodobieństwo wystąpienia rośnie w sytuacji nieprawidłowej czy też zbyt późnej interwencji medycznej. Koszty opieki nad pacjentami z udarami mózgu systematycznie rosną. W latach 2013-2018 wzrosły o 10 proc. sięgając kwoty ok. 630 milionów złotych. Jest to związane ze wzrostem szeroko rozumianych kosztów działalności leczniczej, wzrostem kosztów zmiennych, wynagrodzeń, wzrostem kosztów technologii wykorzystywanych w procesie leczenia. Rosną również wydatki na rehabilitację. Bardzo cieszy rozszerzanie dostępu do rehabilitacji, wydatki na ten świadczenia wzrosły w badanym okresie o 30 proc. Nie mniej nadal mamy wiele do zrobienia w zabezpieczeniu rehabilitacji poudarowej we właściwym czasie i wymiarze dla wszystkich kwalifikowanych pacjentów.

Jak minimalizować koszty, jakie ponosi system związane z udarem mózgu?

Dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia, zgodnie z koncepcją Value Based Healthcare powinien być nakierowany na stałe zwiększanie wartości zdrowotnej, rozumianej jako wyniki leczenia, doświadczenia pacjenta, ale również efektywność ekonomiczną. W tym obszarze nośników wartości zdrowotnej możemy poszukiwać w trzech kluczowych obszarach, które w mojej opinii są fundamentem zintegrowanego system opieki udarowej.

Po pierwsze należy intensyfikować działania w obszarze profilaktyki i edukacji zdrowotnej, budując wiedzę i właściwe postawy Polaków. To od naszych codziennych wyborów, w zakresie stylu życia, ale również od naszej osobistej czujności udarowej zależeć będzie ryzyko wystąpienia tej choroby i możliwości skutecznego leczenia. W przypadku udarów mózgu o sukcesie terapeutycznej będzie decydowała szybkość reakcji, czyli szybkie objęcie pacjenta właściwą interwencją medyczną, np. w postaci leczenia trombolitycznego czy też zabiegu trombektomii. O tej skuteczności decyduje nie tylko organizacja systemu opieki zdrowotnej, ratownictwa medycznego, szpitala pierwszego kontaktu, oddziałów udarowych, ale dużo zależy od samego pacjenta. W tym względzie Polacy mają jeszcze ważną lekcji do odrobienia. Na pewno powinniśmy prowadzić na szeroką skalę kampanie edukacyjne i informacyjne, które nauczą Polaków, jak rozpoznawać wczesne symptomy udaru mózgu i jak właściwie postępować w tych okolicznościach. Przedłużanie czasu samobserwacji, późne wezwanie zespołu ratownictwa medycznego będą decydowały o tym, że zostanie udzielona opieka w tzw. oknie terapeutycznym, czyli okresie, w którym szansa na skuteczne zniwelowanie negatywnych następstw udaru mózgu będzie największa.

Po drugie należy dobrze zorganizować sieci ośrodków udarowych, które stworzą system zabezpieczenia zdrowotnego, wyrównującego szanse Polaków na skuteczne leczenie bez względu na miejsce zamieszkania. Mówimy tu przede wszystkim o potrzebie stworzenia wysoko wyspecjalizowanych regionalnych ośrodków kompleksowego leczenia udarów mózgu, które będą w swojej strukturze miały centra interwencyjnego leczenia udarów mózgu, ale z drugiej strony będą integrowały ze sobą lokalne oddziały udarowe. Szacuje się, że ze względu na populację naszego kraju takich ośrodków powinno powstać ok. 30. Badania przeprowadzone przez NFZ i MZ wskazują, że

negatywne następstwa udarów mózgu zmniejszają się w zależności od miejsca udzielanej pomocy pacjentowi. Zdecydowanie lepsze wyniki zdrowotne, osiągają pacjenci, którzy trafili do oddziału udarowego, dysponującego specjalistyczną kadrą, doświadczeniem w leczeniu tej jednostki chorobowej. W oddziałach udarowych odnotowano znacznie niższą śmiertelność niż na innych typach oddziałów. Śmiertelność wewnątrzszpitalna na oddziałach dedykowanych udarom była niższa o 7,4 proc. niż śmiertelność ogółem i 25,7 proc. niż śmiertelność na oddziałach innych niż udarowe. Co również ważne, 22% pacjentów leczonych z powodu udaru niedokrwiennego mózgu rozpoczęło rehabilitację neurologiczną

w ciągu 14 dni od daty wypisu. Odsetek ten w przypadku oddziałów udarowych wyniósł prawie 24%, a w przypadku innych oddziałów tylko 15%. Szybkie dotarcie pacjenta do oddziału udarowego to także większa szansa na szybkie zakwalifikowanie do leczenia trombektomią mechaniczną, czyli dotarcie do ośrodka interwencyjnego leczenia udarów, których co naturalne jest znacznie mniej niż oddziałów udarowych. Zatem działań systemowych powinien być dalszy dynamiczny rozwój sieci ośrodków udarowych na dwóch poziomach, oddziałów udarowych i wysoko wyspecjalizowanych ośrodków diagnostyki i leczenia z centrami interwencyjnymi, które zintegrowane informatycznie będą zdolne do sprawnego realizowania planu leczenia i rehabilitacji w oparciu o najnowszą wiedzę medyczną. Niestety istotnym wyzwaniem jest przestrzeganie standardów klinicznych we wszystkich ośrodkach. Z danych MZ wynika, że są miejsca, w których odsetek pacjentów objętych leczeniem trombolitycznym jest znacznie niższy od średniej w kraju i wynikający z zaleceń klinicznych, a różnice pomiędzy województwami w wynikach leczenia są niepokojące. Stąd potrzeba wzmocnienia nadzoru nad jakością leczenia, który mógłby przyjąć formę parametryzacji ośrodków udarowych, uzależniających poziom finansowania i prawo do realizacji świadczeń od możliwości zabezpieczenia odpowiednich zasobów i jakości procesów medycznych i zarządczych.

Zadaniem płatnika publicznego, który jest dysponentem naszych składek powinien być stały monitoring i ewaluacja jakości opieki. Musimy się przyglądać nie tylko dostępności do leczenia, ale także jego kompleksowości i skuteczności. Poprzez nowoczesne modele finansowania możliwe jest stymulowanie podmiotów leczniczych do stałej poprawy jakości, skoncentrowanie opieki w placówkach, które gwarantują najwyższą wartość zdrowotną, dając im tym samym komfortowe warunki do pracy i rozwoju. Powinniśmy być zdeterminowani i jak najszybciej wdrażać model regionalnych sieci udarowych.

Po trzecie należy zwiększyć nacisk na profilaktykę wtórną. Szacuje się, że skumulowane ryzyko powtórnego udaru mózgu po przebytych udarze niedokrwinnym może wynosić w ciągu 5 lat 30-40%. Ponadto 15% chorych po udarze ma zawał serca i tyle samo chorych umiera z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Konieczność zaopiekowania się pacjentami zagrożonymi wystąpieniem powtórnego udaru mózgu oraz innymi grupami pacjentów podwyższonego ryzyka to jeden z priorytetów. Inwestycje w tym obszarze mogłyby przynieść szybko wymierne korzyści zdrowotne i ekonomiczne.

Jakim wyzwaniem jest udar mózgu, biorąc pod uwagę nasze starzejące się społeczeństwo a także nowoczesne metody leczenia?

Wyzwaniem jest naturalnym, bo udar mózgu jest chorobą, której ryzyko wystąpienia narasta wraz z wiekiem. Mając świadomość, że polskie społeczeństwo się starzeje, oczywistym jest, że prawdopodobieństwo występowania tej choroby w sposób naturalny będzie się zwiększało. Stąd potrzeba zdecydowanych działań, nieodkładania na później dalszych zmian systemowych. Szansą na poprawę naszej skuteczności w minimalizowaniu ryzyka, ale również w ograniczaniu następstw tej choroby jest wykorzystanie nowoczesnej technologii, zarówno w obszarze profilaktyki, jak i edukacji pacjentów oraz leczenia i rehabilitacji. Za pomocą analiz opartych na dużych zbiorach danych w NFZ udało się zidentyfikować grupę pacjentów, którzy biorąc pod uwagę ich swoisty profil

epidemiologiczny, zakwalifikowani zostali do grupy wysokiego ryzyka wystąpienia właśnie udaru mózgu. Informacja ta trafiła do lekarzy rodzinnych, którzy powinni podjąć kontakt z pacjentem i wdrożyć odpowiednie postępowanie. Sztuczna inteligencja i analizy Big Data dają organizatorom ochrony zdrowia możliwości profilowania pacjentów pod kątem ryzyka i zwiększają skuteczność interwencji medycznych. Pozwalają z dużym wyprzedzeniem zaopiekować się pacjentami, zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia poważnych i kosztownych chorób. Mamy szansę przekazać pacjentowi wiarygodną informację, która może skłonić go do zmiany swojego stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej, zmiany swoich nawyków żywieniowych, odstawienia używek.

W kontekście osób, które już zostały dotknięte udarem na pewno ważny jest rozwój farmakoterapii, jak i inwazyjnych technologii. Na pewno takim przełomem jest trombektomia mechaniczna, którą dzisiaj uznaje się za ważny przełom w medycynie, który daje szansę na to, by nie tylko uratować życie, ale również sprawność pacjenta. Za pomocą systemów teleinformatycznych można dziś bardzo szybko przekazać dane medyczne, badania lekarskie, dzięki czemu może nastąpić sprawny proces terapeutyczny. Ogromna jest rola telerehabilitacji. Może ona również odgrywać bardzo istotne znaczenie właśnie w usprawnianiu pacjenta i powrocie do pełnej sprawności. Zwrócę jeszcze uwagę na nowoczesne technologie w postaci symulacji, które służą do podnoszenia kwalifikacji zespołów medycznych zaangażowanych w proces opieki nad pacjentami z udarem mózgu. W USA od wielu lat w szpitalach udarowych wykorzystywane są i budowane centra symulacji medycznych, które stanowią centra szkoleniowe dla personelu medycznego, pielęgniarek udarowych, ratowników medycznych, neurologów, radiologów, by ćwiczyć i podnosić sprawność pracy zespołów, organizacji opieki nad pacjentem od momentu jego zgłoszenia do zespołu ratownictwa medycznego, aż po dotarcie na oddział i udzielenie pomocy. Za pomocą symulacji ćwiczy się pracę całego zintegrowanego zespołu, aby wykazał się jak największą sprawnością, mierzoną czasem reakcji. Mam nadzieję, że polski system zdrowia będzie otwarty na sięganie po wszystkie dobra i efekty postępu technologicznego we wszystkich wymiarach. Konkludując, potrzebujemy innowacyjnego podejście do zarządzania tą jednostką chorobową, którego ważnym elementem powinien być systematyczny monitoring. Pracując nad strategią dla polskiej neurologii środowisko wypracowało wykaz wskaźników, które mogłyby stanowić stały element oceny stanu opieki nad pacjentami z udarami na poziomie województw, placówek. Skuteczne zarządzanie musi polegać na profesjonalnym planowaniu zasobów i procesów, ich organizowaniu, ale także kontroli. Tylko stała analiza skuteczności podejmowanych działań pozwoli na korektę rozwiązań i doskonalenie opieki. Przypomnę powinniśmy zwrócić uwagę na to, aby niwelować nierówności w zdrowiu i dostępie do opieki wysokiej jakości. Chodzi o to, aby szanse na uratowanie życia i powrót do zdrowia z powodu wystąpienia udaru było takie samo dla wszystkich obywateli bez względu na status społeczny, miejsce zamieszkania, wykształcenie i wiek.