

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

Jak wygląda system opieki nad

Trzyletni ogólnopolski program mechanicznej trombektomii pokazał, że w leczeniu ostrego udaru osiągnęliśmy europejski poziom. Do stworzenia systemu opieki koordynowanej niezbędny jest jednak intensywny rozwój opieki nad pacjentami zagrożonymi udarem oraz sprawny system opieki poudarowej. Żeby poprawić wyniki leczenia, konieczne jest także wystandaryzowanie wielu procedur udarowych oraz stworzenie krajowego rejestru udarowego. O wszystkich tych problemach mówili uczestnicy panelu „Kierunki dalszej optymalizacji opieki udarowej w Polsce” podczas konferencji Priorytety w Ochronie Zdrowia 2022.

Coraz lepiej z leczeniem udarów ostrych

Program pilotażowy mechanicznej trombektomii, czyli zabiegu udrażniania zamkniętej tętnicy mózgowej u chorych na ostry udar niedokrwienny, sprawdził się, mimo że realizacja pilotażu przypadła na okres pandemii, który w wielu innych dziedzinach medycyny spowodował duży regres – ocenili przedstawiciele trzech ośrodków najbardziej doświadczonych w takim leczeniu.

– Powołanie do życia najpierw siedmiu, a obecnie siedemnastu nadrzędnych ośrodków udarowych w Polsce pozwoliło na stworzenie sprawnie działającej sieci i zintegrowało środowisko neurologów, co ma duże znaczenie dla efektów leczenia – mówiła prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik ze Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii.

Według danych zebranych przez prof. Agnieszkę Słowik w Polsce w okresie pandemii odnotowano dwukrotne zmniejszenie się liczby chorych hospitalizowanych z powodu udaru mózgu w miesiącach, kiedy obowiązywał lockdown: w kwietniu i w listopadzie 2020 r. W 2020 r. w porównaniu z 2019 r. liczba hospitalizacji z powodu udaru niedokrwiennego mózgu była mniejsza o ok. 4,3 tys. (75 213 w 2019 r., 70 920 w 2020 r.), ale już w 2021 r. była podobna jak przed pandemią.

W 2019 r. odsetek chorych, którzy otrzymali leczenie trombolityczne z powodu udaru niedokrwiennego, wyniósł 17 proc., a w kolejnych latach mimo pandemii zmniejszył się tylko nieznacznie: w 2020 r. 16,8 proc., a w 2021 r. 16,4 proc.

Spektakularny wzrost odnotowano natomiast w przypadku leczenia za pomocą trombektomii mechanicznej. Na początku 2019 r., w pierwszym miesiącu wdrażania pilotażu, trombektomia mechaniczna była wykonana u 0,65 proc. polskich pacjentów. Dziś, po 3 latach realizacji pilotażu, technika ta jest stosowana u ponad 4 proc. pacjentów.



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

W DEBACIE UCZESTNICZYLI:

- **prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski** – Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, Gdański Uniwersytet Medyczny
- **Maciej Karaszewski** – wicedyrektor Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia
- **prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak** – Uniwersytet Medyczny w Lublinie, prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego
- **prof. dr hab. n. med. Agnieszka Słowik** – Szpital Uniwersytecki w Krakowie, konsultant krajowy w dziedzinie neurologii
- **dr n. ekon. Małgorzata Gałazka-Sobotka** – Centrum Kształcenia Podyplomowego, Uczelnia Łazarskiego
- moderator: **Małgorzata Wiśniewska**

Dzięki pilotażowi powstała sieć wyspecjalizowanych nadrzędnych centrów udarowych połączonych ze współpracującymi z nimi rejonowymi oddziałami udarowymi. Wypracowano procedury leczenia ostrego udaru, co wpłynęło na poprawę wyników terapii i zmniejszenie liczby powikłań.

– Program przyczynił się do wzrostu świadomości różnych grup zawodowych w ochronie zdrowia, co usprawniło transport pacjentów do właściwych ośrodków. Wciąż jednak pracujemy nad poprawą systemu, na przykład nad usprawnieniem transportu między szpitalami – mówiła prof. Agnieszka Słowik. Podkreśliła, że wszystkie szczegółowe informacje dotyczące liczby chorych na udar mózgu w Polsce oraz sposobów leczenia

i jego efektów są neurologom dostarczane na bieżąco przez analityków Wydziału Baz Danych i Narzędzi Analitycznych Departamentu Analiz i Innowacji Centrali NFZ. Dane te są też aktualizowane na stronie www.zdrowedane.pl.

Entropia w neurologii

Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego prof. dr hab. n. med. Konrad Rejdak ze Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie uważa jednak, że nad systemem zbierają się ciemne chmury. – Niepokojące jest to, że neurologicy z mniejszych oddziałów udarowych odchodzą do bardziej opłacalnej i mniej obciążającej pracy w ambulatoriach. Praca na oddziałach szpitalnych musi być zatem lepiej

zorganizowana i lepiej wyceniona, żeby przyciągnąć lekarzy. W przeciwnym razie czeka nas zapaść. Powiatowe oddziały udarowe z powodu braku kadry będą zamykane, pacjenci będą kierowani bezpośrednio do ośrodków referencyjnych, które nie poradzą sobie z takim obciążeniem – ostrzegł ekspert.

Leczenie na etapie zagrożenia udarem

– Program pilotażowy jest surogatem systemu leczenia udarów mózgu, który z pewnością sprawdza się na etapie postępowania w ostrej fazie choroby i tymczasowo jest rozwiązaniem dobrym. Docelowo wiele elementów szerszej rozumianego postępowania klinicznego trzeba jeszcze w tym systemie dopracować, a część rozbudować – uważa prof. dr hab. n. med.



Małgorzata Wiśniewska

pacjentami z udarem w Polsce?

Bartosz Karaszewski z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku, przewodniczący elekt Sekcji Chorób Naczyniowych Mózgu Polskiego Towarzystwa Neurologicznego. – Zabiegi trombektomii to tylko jeden z elementów leczenia fazy ostrej udaru niedokrwinnego, bardzo ważny, ale niewystarczający, zarówno gdy rozważamy postępowanie indywidualne, jak i w szerszym rozumieniu, bo większość chorych wymaga zastosowania innych metod niż leczenie endowaskularne. W systemie opieki koordynowanej interwencja powinna się rozpoczynać już na etapie pojawienia się czynników ryzyka udaru. Powinna ona dotyczyć na przykład pacjentów z migotaniem przedsionków, jednym z najistotniejszych epidemiologicznie czynników ryzyka udaru, o ile współistnieją z nim określone inne patologie. Proszę zauważyć, że migotanie przedsionków najczęściej rozpoznawane jest dopiero na oddziałach udarowych, a zatem w pewnym sensie post factum – dodał.

W drugim obszarze – opiece nad pacjentami z ostrym udarem – w Polsce ważne jest ciągle usprawnianie logistyki. Chodzi o skracanie czasów od pierwszych objawów do leczenia reperfuzyjnego, jednak z zachowaniem precyzyjnej interpretacji danych klinicznych, bo wybór panelu terapii i wczesnych interwencji naprawczych naczyń może mieć kluczowe znaczenie rokownicze. – Rzeczywiście, generalnie poprawiają się w Polsce parametry logistyczne w leczeniu trombolitycznym i trombektomii, ale wciąż wypadamy gorzej niż niektóre kraje o podobnym statusie społeczno-ekonomicznym, np. Czechy, gdzie odsetek pacjentów leczonych trombolitycznie już w 2018 r. wyniósł niemal 24 proc. – mówił prof. Bartosz Karaszewski. – Ponadto w systemie czeskim zasadniczą interwencją terapeutyczną pacjenci otrzymują prawdopodobnie znacznie szybciej niż w Polsce: mediana czasu door-to-needle w 2018 r. wyniosła tam bowiem tylko 25 minut. Użyłem określenia „prawdopodobnie”, bo to jeden z parametrów silnie skorelowanych z wczesnym i odległym rokowaniem, których w Polsce nie mierzymy systemowo, to jest w każdym ośrodku udarowym. Inne parametry, z pewnością szeroko wykonywane w praktyce, ale systemowo niezestawiane, dotyczą na przykład procesu etiologizacji, wczesnego wykrywania przyczyn udaru, co pozwala na wprowadzanie celowanych interwencji prewencyjnych, zapobiegających kolejnym incydentom. Klasycznym przykładem może być endarterektomia albo stentowanie tętnicy szyjnej czy włączenie leczenia przeciwkrzepliwego – wyjaśniał.



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Bartosz Karaszewski: W systemie opieki koordynowanej interwencja powinna się rozpoczynać już na etapie pojawienia się czynników ryzyka udaru. Powinna ona dotyczyć na przykład pacjentów z migotaniem przedsionków

– Przyjmując roboczo, że rocznie udaru niedokrwinnego mózgu w Polsce doświadcza 70 tys. osób, korzyść z samego tylko faktu działania sieci oddziałów udarowych – bez uwzględniania leczenia trombolitycznego i mechanicznego – powinna wynieść dodatkowo 3–3,5 tys. pacjentów, którzy po incydencie wracają do prawie normalnego bądź normalnego funkcjonowania, niemal wszystkich uprzednich aktywności. Czy tak jest rzeczywiście? Zważywszy na know-how specjalistów zajmujących się udarem mózgu w Polsce, przyjmuję, że tak, ale parametrycznie – matematycznie – po prostu to nie jest opisane, bo nie notujemy wszystkich mierników, które w istotny sposób wpływają na efekt postępowania na oddziale udarowym – mówił prof. Bartosz Karaszewski.

Rehabilitacja poudarowa pilnie potrzebna

W Polsce największych nakładów wymaga niezwykle ważny – trzeci etap postę-



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Konrad Rejdak: Niepokojące jest to, że neurologicy z mniejszych oddziałów udarowych odchodzą do bardziej optymalnej i mniej obciążającej pracy w ambulatoriach

powania, w którym koncentrujemy się na usprawnianiu pacjenta po leczeniu fazy ostrej, czyli neurorehabilitacja albo opieka przewlekła. – Pomimo szybkiego postępu w możliwościach terapii udarów mózgu sporemu odsetkowi pacjentów wciąż nie udaje się radykalnie pomóc. Pozostają oni dalece niepełnosprawni, także w zakresie funkcji poznawczych, i w takim stanie mogą żyć latami. Zadaniem systemów ochrony zdrowia i opieki społecznej, ze wsparciem rodziny, musi być zapewnienie ofiarom udaru komfortu funkcjonowania pomimo masywnych deficytów neurologicznych – stwierdził prof. Bartosz Karaszewski. Profesor Konrad Rejdak zauważył, że warto przyrzeć się mechanizmom utrzymania ciągłości opieki nad pacjentem po udarze. – Przekazywanie chorych po leczeniu specjalistycznym do ośrodków rehabilitacyjnych wymaga usprawnienia i poprawienia wycen. Dziś pacjenci czekają na leczenie spastyczności i rehabilitację w wielomiesięcznych ko-



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

dr Małgorzata Gałązka-Sobotka: Świadomość społeczna, czym jest udar i jak na niego reagować, to poważny problem. W tym zakresie niezbędne są dalsze inwestycje, zdecydowanie większe niż dotychczas

lejkach, bo placówki mają limity i po prostu bronią się przed przyjęciami – mówił.

Coraz bliżej systemu koordynowanej opieki nad pacjentem z udarem

– Poprawa systemu opieki udarowej w Polsce jest niekwestionowana, co potwierdza obiektywnie mierzona poprawa jakości leczenia, wyrażona odsetkiem pacjentów objętych leczeniem trombolitycznym i inwazyjnym, a także poprawa organizacji tej opieki na różnych poziomach – oceniła dr n. ekon. Małgorzata Gałązka-Sobotka, dyrektor Instytutu Zarządzania w Ochronie Zdrowia w Uczelni Łazarskiego, współautorka „Białej księgi dla neurologii”. – Niewiele jest obszarów w polskiej medycynie klinicznej, gdzie tak jak w leczeniu udarów mózgu kluczem do dalszej poprawy jakości jest organizacja profilaktyki, diagnostyki i leczenia, w szczególności koordynacja tych procesów. Polscy pacjenci mają dostęp do wszystkich metod leczenia, nowoczesnej infrastruktury

PRIORYTETY W OCHRONIE ZDROWIA 2022

oraz know-how specjalistów. Dzięki lepszej logistyce skróci się czas rozpoczęcia skutecznego leczenia i zwiększy odsetek pacjentów wracających po udarze do normalnych aktywności. Jest jednak poważny problem, na który zwrócił uwagę prof. Konrad Rejdak: ryzyko kryzysu systemu opieki udarowej na skutek przechodzenia kadry do ambulatoriów. Pacjenci potrzebują zwiększonego dostępu do specjalistów w poradniach ambulatoryjnych, ale opieka udarowa nie może na tym ucierpieć – dodała. Podkreśliła, że Ministerstwo Zdrowia musi dostrzec problem „drenażu kadr” i szybko reagować. W polskim systemie ochrony zdrowia brakuje wartościowania stanowisk pracy. Właściwa wycena musi służyć utrzymaniu stabilności systemu, aby dostęp do neurologów był zagwarantowany bez zachwiania na wszystkich poziomach. Nie wolno dopuścić, aby w procesie uzasadnionego przenoszenia opieki do ambulatoriów neurologów z powodów finansowych odchodzili ze szpitali, co zaburzy budowaną od lat koncepcję sieci ośrodków udarowych.

– Niezbędny jest też dalszy rozwój regionalnej sieci opieki udarowej z koordynującą rolę centrów kompleksowej diagnostyki i leczenia udaru mózgu – jednym lub dwoma w każdym województwie. Dziś działa 17 centrów, docelowo ma ich być ok. 20. Oprócz wykonywania zabiegów trombektomii ośrodki powinny zapewnić koordynację opieki – od profilaktyki pierwotnej poprzez leczenie pacjenta z udarem po opiekę poudarową. Regionalne centra powinny koordynować proces standaryzacji opieki poprzez stały monitoring i ewaluację jej jakości w ośrodkach włączonych do sieci regionalnej i na poziomie całego kraju. Ocenić powinna być także poddawana jakości współpracy pomiędzy ośrodkami. Tylko takie transparentne podejście do zarządzania opieką udarową sprawi, że będzie można lepiej identyfikować obszary doskonalenia, żeby środki z systemu płynęły we właściwe miejsce i z przeznaczeniem na właściwy proces – uważa dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

Czy wiemy, jak pomóc osobie z udarem?

– Świadomość społeczna, czym jest udar i jak na niego reagować, to kolejny poważny problem. W tym zakresie także niezbędne są dalsze inwestycje, zdecydowanie większe niż dotychczas – mówiła dr Małgorzata Gałązka-Sobotka.

– Mówimy o edukacji społecznej w zakresie ostrej choroby. Tu nie ma czasu, żeby się zastanawiać. Trzeba wiedzieć, jak zareagować. To powinno być przedmiotem lekcji już w szkole podstawowej. Takie programy się pojawiają dzięki organizacjom pozarząd-



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

prof. Agnieszka Słowik: Radzimy sobie bardzo dobrze z leczeniem ostrego udaru, teraz opracowujemy ścieżki opieki poudarowej, uwzględniając nowe technologie wspierające poszukiwanie przyczyn udaru

wym, ale powinno się to odbywać systemowo. Edukacja będzie elementem pierwszej części programu opieki koordynowanej dotyczącej profilaktyki udarowej – dodał prof. Bartosz Karaszewski.

– Wiemy, że pacjent, który doznał udaru, ma szanse na skuteczne leczenie w odpowiednim czasie, jeśli trafi do ośrodka w tzw. oknie terapeutycznym. Wiemy także, i nie jest to tylko problem Polski, że aż 70 proc. pacjentów trafia do szpitala po dłuższym czasie, kiedy dochodzi już do uszkodzenia mózgu. To wiąże się z koniecznością kompleksowej opieki neurologicznej, która trwa i rok, i dwa. Pamiętajmy także o leczeniu spastyczności – przypominał prof. Konrad Rejdak. – Ogromnym wyzwaniem dla neurologów jest zmniejszanie w kolejnych latach stałej dotąd liczby mniej więcej 70 tys. udarów rocznie dzięki współpracy interdyscyplinarnej. Tu jest ważne pole dla działań profilaktycznych. Sprzyja temu także tworzenie centrów diagnozy i leczenia udarów w dużych ośrodkach, bo pacjenci często charakteryzują się wielochorobowością – mają takie czynniki ryzyka, jak choroby serca, układu krążenia, cukrzyca czy nadciśnienie.



Fot. Termedia / Patryk Rydzik

”

Maciej Karaszewski: Lekarze POZ będą tworzyć plan leczenia ze specjalistami w zakresie chorób, które zwiększają ryzyko udaru. Wszystko to może wpłynąć na zmniejszenie liczby udarów

Obecnie leczymy w klinice osobę po udarze, która ma 33 lata i wydawała się w pełni zdrowa, a diagnozujemy u niej czynniki ryzyka, które były ukryte – relacjonował prof. Konrad Rejdak.

NFZ dostrzega konieczność dalszych działań

Efekty 3-letniego programu pilotażowego trombektomii mechanicznej docenia także Narodowy Fundusz Zdrowia. Według Macieja Karaszewskiego, wicedyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej, dzięki pilotażowi zostały wypracowane dobre praktyki na poziomie regionalnym w zakresie przekazywania pacjenta z udarem do ośrodków wykonujących zabieg trombektomii. – Coraz sprawniej działa ratownictwo medyczne, które bezpośrednio wiezie pacjenta na właściwy oddział udarowy. W 2021 r. – uzupełniając dane prof. Agnieszki Słowik o ostatni kwartał – mimo pandemii udało się utrzymać wskaźnik 4 proc. wykonanych zabiegów trombektomii mechanicznej – mówił Maciej Karaszewski. Przedstawiciel NFZ przyznał, że ważnym elementem, którego brakuje, jest rehabi-

litacja oferowana pacjentom po udarach w pobliżu ich miejsca zamieszkania. Nie ma także systemu opieki nad pacjentami z czynnikami ryzyka, choć Maciej Karaszewski deklarował, że tu już następują zmiany. – Zaczynamy włączać do systemu opieki koordynowanej lekarzy POZ. Chodzi o opiekę nad pacjentami z nadciśnieniem tętniczym. Lekarze POZ będą tworzyć plan leczenia ze specjalistami w zakresie chorób, które zwiększają ryzyko udaru. Wszystko to może wpłynąć na zmniejszenie liczby udarów – zapewniał.

Jak zmniejszyć liczbę udarów w Polsce?

Profesor Agnieszka Słowik uważa, że neurologia powinna być specjalizacją priorytetową, pod specjalnym nadzorem Ministerstwa Zdrowia. – Radzimy sobie bardzo dobrze z leczeniem ostrego udaru, teraz opracowujemy ścieżki opieki poudarowej, uwzględniając nowe technologie wspierające poszukiwanie przyczyn udaru, monitorowanie rytmu serca czy leczenie spastyczności – mówiła.

– W zakresie prewencji pierwotnej udarów trzeba implementować modele i narzędzia w sposób systematyczny uwzględniające najważniejsze modyfikowalne czynniki ryzyka, tym bardziej że istnieją już bardzo proste rozwiązania, np. aplikacje PreventS czy Stroke Riskometer – powiedział prof. Bartosz Karaszewski, odnosząc się do problemu zapobiegania udarom.

Zdaniem prof. Konrada Rejdaka ważne jest, by prócz utrzymania dobrze działającego systemu leczenia zapewnić pacjentom ciągłość opieki po terapii specjalistycznej. Chodzi o stworzenie mniejszym ośrodkom na tyle atrakcyjnych kontraktów, żeby nie broniły się przed przyjęciami pacjentów, bo dziś tak się dzieje z powodu limitów NFZ.

Doktor Małgorzata Gałązka-Sobotka zauważyła, że przy planowaniu działań warto pamiętać także o celach, opisanych konkretnymi miernikami. Gromadzenie tych mierników, ich ocena w odniesieniu do konkretnych ośrodków czy nawet do dostawcy technologii medycznych, czerpanie z doświadczeń najlepszych ośrodków – sprawią, że system będzie się stawał coraz doskonalszy. Ze strony Ministerstwa Zdrowia potrzebna jest determinacja, żeby dać zielone światło najpierw do powołania krajowej rady do spraw neurologii, a dzięki jej wsparciu – do dalszych prac nad doskonaleniem opieki koordynowanej nad pacjentami z udarami. W końcu chodzi o chorobę, która jest drugą przyczyną zgonów w Polsce oraz trzecim problemem zdrowotnym powodującym przedwczesną śmierć. Dlatego system koordynowanej opieki udarowej musi być jednym z priorytetów polityki państwa. ■