

NEUROLOGIA

Dlaczego neurologia powinna mieć buspas w ochronie zdrowia

Rozmawiała Iwona Konarska

O mierzeniu jakości, o neurologii, która nie jest samotną wyspą, i o ważnych rekomendacjach Krajowej Rady ds. Neurologii rozmawiamy z jej przewodniczącą, prof. dr hab. n. med. Haliną Sienkiewicz-Jarosz, dyrektor Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Jest pani przewodniczącą Krajowej Rady ds. Neurologii. Celem jej prac jest przedstawienie ministrowi zdrowia strategii w zakresie opieki nad pacjentami z chorobami neurologicznymi. W przypadku których chorób taka strategia wydaje się pani najważniejsza i co udało się przygotować?

Opracowaliśmy już rekomendacje dotyczące udaru, choroby Parkinsona, a także choroby Alzheimera. W przypadku padaczki jeszcze trochę brakuje do ukończenia prac, poza tym czekamy na decyzję ministerstwa dotyczącą stwardnienia rozsianego, bo być może coś się zmieni w programach lekowych. Oczywiście również inne choroby neurologiczne pojawiają się w naszych rekomendacjach.

Co w tej strategii jest nowego, kluczowego?

Strategia zakłada zmiany w organizacji opieki zdrowotnej, poprawę dostępu do nowych innowacyjnych technologii, rozwój kadr oraz edukację i profilaktykę zdrowotną. Zmiany organizacyjne dotyczą referencyjności i stworzenia sieci neurologicznej, czyli sieci współpracy między ośrodkami eksperckimi, które mają kadrę, doświadczenie i oferują szerszy zakres metod diagnostycznych i leczniczych, a ośrodkami niedysponującymi takimi możliwościami. Przykładem może być postępowanie w udarze, w przypadku którego placówki zakwalifikowane do pilotażu tromboektomii mechanicznej współpracują z ośrodkami, które tą metodą nie dysponują. Myślę, że będzie to dotyczyło również innych jednostek chorobowych, np. padaczki, choroby Parkinsona. Są to konkretne przykłady pokazujące potrzebę współpracy między ośrodkami. Wnioskujemy również o zmiany dotyczące finansowania, a więc retaryfikację świadczeń w neurologii, zarówno stacjonarnych, jak i ambulatoryjnych, czy wprowadzanie nowych procedur. Patrząc z innej perspektywy, prace rady można podzielić na dwie części. Pierwsza



Fot. Archivum/Tempedia

muja zmiany strukturalne, organizacyjne. Ponadto wnioskujemy, żeby specjalizacja z neurologii stała się specjalizacją priorytetową. Obserwujemy niedobory kadr, brakuje młodych neurologów, a chcielibyśmy, żeby nasza specjalizacja się rozwijała, szczególnie w obliczu rosnących potrzeb i możliwości. Kolejną kwestią, którą zajęła się rada, jest przywrócenie specjalizacji z pielęgniarstwa neurologicznego. Chciałabym wrócić do bardzo ważnego tematu retaryfikacji świadczeń w neurologii. Od lat nie było przeszacowania grup JGP, zmiany wycen pojawiają się w odpowiedzi na wzrosty cen, podwyżki wynagrodzeń, jednak potrzebne jest działanie systemowe. Przy wycenach nie jest uwzględniony fakt, że choroby rzadkie to także choroby neurologiczne i że pacjent z chorobą neurologiczną ma również choroby współistniejące. Neurologia nie jest samotną wyspą, dlatego organizacja opieki nie może tworzyć osobnych „silosów” – każdy dla innej specjalności. Przykładem może być pacjent z chorobą onkologiczną, który trafia do neurologa po napadach padaczkowych. Ale może być też tak, że gabinet neurologa będzie pierwszym miejscem, w którym zdiagnozujemy chorobę onkologiczną. Ważne jest również, żeby współpracować z kardiologami – choroby neurologiczne i kardiologiczne bywają powiązane. Nie możemy zatem zapominać o innych specjalizacjach i o tym, że ważna jest współpraca pomiędzy ośrodkami.

Na pewno trafność zmian potwierdził oceną ich jakości.

W strategii, którą proponuje rada, ważne jest również wprowadzenie mierników pozwalających ocenić efektywność wprowadzanych zmian. Przykład? W udarze chcielibyśmy monitorować liczbę tromboliz, liczbę tromboektomii, dostęp do rehabilitacji, a także śmiertelność w poszczególnych rejonach kraju. Dzięki danym z bazy NFZ możemy już teraz monitorować niektóre wskaźniki kliniczne

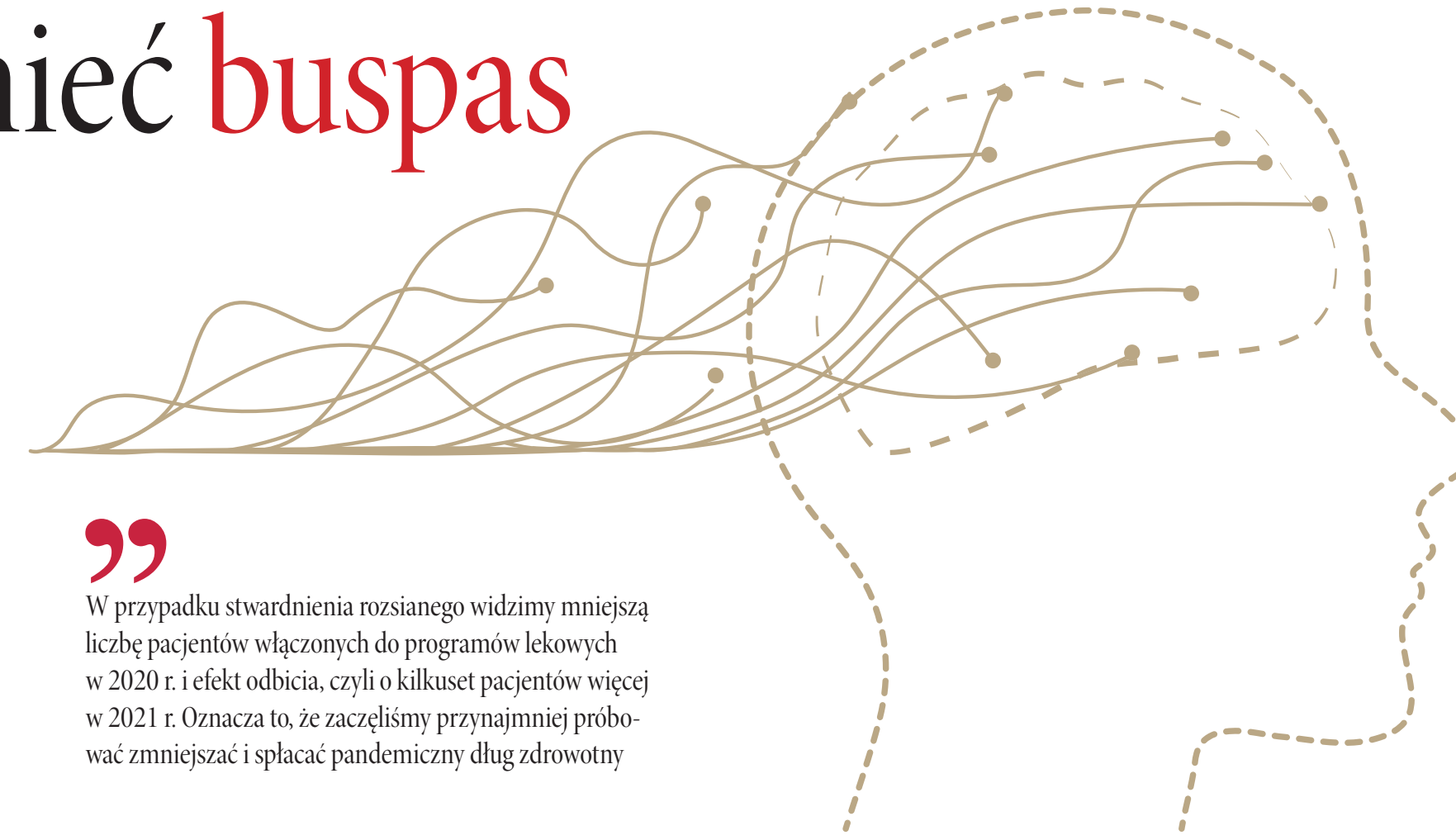
gdzie powinniśmy coś zmienić, które miejsca odstają od pozostałych ośrodków. Takie mierniki mają zostać ustalone w przypadku wszystkich chorób. Równolegle liczymy, że uda nam się przygotować strategię dla neurologii w postaci uchwały Rady Ministrów.

Krajowa Rada ds. Neurologii ściśle współpracuje z Polskim Towarzystwem Neurologicznym.

Tak, jego przedstawiciele zasiadają w radzie, są też naszymi ekspertami, zatem jest to stała komunikacja. Oczywiście w radzie nie znajdują się wyłącznie neuropatologów, są też przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i NFZ. Na spotkania zapraszamy ekspertów i przedstawicieli stowarzyszeń pacjentów. Ta szeroka reprezentacja pozwala na dyskusje o możliwości wprowadzenia różnorodnych zmian.

Jaki wpływ na decyzje rady i pani jako neurologa ma fakt starzenia się społeczeństwa?

To trudne pytanie. Myślę, że jeszcze nie przeprowadziliśmy dokładnych analiz tego zagadnienia, bo na razie martwimy się o to, żeby mieć zastępowalność kadr – żeby była podobna liczba neurologów odchodzących i przybywających. Biorąc pod uwagę starzenie się społeczeństwa, niektóre kraje – np. Stany Zjednoczone – analizują, o ilu więcej neurologów będą potrzebowały. Wszystko w związku z tym, że wraz ze starzeniem się społeczeństwa będziemy mieć więcej pacjentów np. z chorobą Alzheimera. Jeżeli nie wprowadzimy bardzo skutecznej profilaktyki, przybędzie też pacjentów z udarem. Przecież w jego przypadku wiek jest jednym z niemodyfikowalnych czynników ryzyka. W kontekście starzenia się społeczeństwa musimy myśleć o pewnych jednostkach chorobowych i zastanawiać się, w jaki sposób zorganizować opiekę nad chorymi, żeby ona była skuteczna, żeby była blisko pacjenta i żeby nasze siły i środki odpowiednio rozdyktowały. W tym miejscu powraca temat współpracy między



”

W przypadku stwardnienia rozsianego widzimy mniejszą liczbę pacjentów włączonych do programów lekowych w 2020 r. i efekt odbicia, czyli o kilkuset pacjentów więcej w 2021 r. Oznacza to, że zaczęliśmy przynajmniej próbować zmniejszać i spłacać pandemiczny dług zdrowotny

ośrodkami z większym doświadczeniem i wyższymi kompetencjami a ośrodkami, które mogą pacjenta kierować do tych bardziej wyspecjalizowanych, a po uzyskaniu rekomendacji prowadzić go i konsultować. No i oczywiście w kontekście zarówno profilaktyki, jak i przewlekłego leczenia niezbędna jest współpraca z podstawową opieką zdrowotną. Te kwestie na pewno znajdują się w naszych rekomendacjach. Omawiamy terapię, diagnostykę, profilaktykę, ale bardzo ważne jest również zwrócenie uwagi na część pozamedyczną, czyli współpracę np. z opieką społeczną, później z opiekunami naszych pacjentów. Jak wspomniałam, istotna jest także współpraca z podstawową opieką zdrowotną zarówno w zakresie profilaktyki pierwotnej, jak i później – profilaktyki wtórnej, a także ogólnej opieki nad pacjentami. Przykład? Pacjent, który trafia do nas z powodu udaru mózgu, jest skutecznie leczony, np. trombolizą czy tromboektomią, otrzymuje leczenie profilaktyczne, jednak ważne jest, żeby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej wiedział, jak to leczenie kontynuować. Przecież ten pacjent po pewnym czasie już nie będzie musiał być pod stałą opieką neurologa.

A jak na pracę neurologa wpływa sytuacja pocovidowa, a raczej covidowa rozciągnięta w czasie?

W związku z epidemią mamy niewątpliwie dług zdrowotny. W okresach kolejnych szczytów pandemii część pacjentów np. z udarem trafiła do szpitala za późno i nie

mogliśmy stosować skuteczne leczenie. Ciężki przebieg udaru niejednokrotnie pogarszała jeszcze współistniejąca infekcja koronawirusem. Z kolei w przypadku stwardnienia rozsianego widzimy mniejszą liczbę pacjentów włączonych do programów lekowych w 2020 r. i efekt odbicia, czyli o kilkuset pacjentów więcej w 2021 r. Oznacza to, że zaczęliśmy przynajmniej próbować zmniejszać i spłacać ten dług zdrowotny. Wiadomo, że wydłużyły się kolejki do przyjęć planowych, bo funkcjonowaliśmy w ograniczonym zakresie, musieliśmy wydzielić miejsca izolacji pacjentów zakazanych. Podsumowując – powinniśmy po prostu pamiętać o COVID-19 i o tym, że on nadal jest i nie wiemy dokładnie, jakie będą długoterminowe skutki przebiegu infekcji. Natomiast to, czym się w tej chwili martwimy i na co reagujemy, to spłacanie długu zdrowotnego, głównie z 2020 r., bo 2021 r. już był lepszy.

Czyli z jednej strony są pacjenci, którzy mają powikłania pocovidowe, a z drugiej strony ci, którzy nie zgłosili się lub nie zostali przyjęci dwa lata temu.

Tak bym nie powiedziała. Myślę, że ogólny lęk związany z możliwością infekcji wirusem SARS-CoV-2 na początku pandemii był ogromny i my, jako neuropatologów, nie mieliśmy na to żadnego wpływu. Część pacjentów się nie zgłaszała, ponieważ bała się, że się zarazi, i tak rzeczywiście się zdarzało. Pacjenci po prostu czekali w domu w nadziei, że wyzdrowieją, a kiedy nie następowała poprawa, trafiali do szpitala

”

Nie wiemy, jakie efekty odczują pacjenci kilka lat po przebyciu infekcji koronawirusem. Sądząc po tym, jak duża grupa chorych miała objawy neurologiczne – a ocenia się, że było to 50–60 proc., problem może być poważny

i często byli w cięższym stanie, niż gdyby nie zwlekali. Przypomnę natomiast, że nie wiemy, jakie efekty odczują pacjenci kilka lat po przebyciu infekcji koronawirusem, możemy tylko się zastanawiać i przewidywać, bo wiemy, że to jest wirus neurotropowy. Sądząc po tym, jak duża grupa chorych miała objawy neurologiczne – a ocenia się, że było to 50–60 proc., problem może być poważny.

Powiedziała pani w jednym z wywiadów, że choroby mózgu powinny być priorytetem ochrony zdrowia.

Nadal tak uważam. Obecnie jestem dyrektorem Instytutu Psychiatrii i Neurologii – placówki, która skupia specjalizacje związane z chorobami mózgu: neurologię, neurochirurgię, psychiatrię, rehabilitację. Choroby neurologiczne i zaburzenia psychiczne współistnieją i wpływają na siebie nawzajem. Pacjenci z zaburzenia-

mi psychicznymi mają wiele problemów somatycznych, często ich nie leczą, a czasami diagnoza jest opóźniona. Ważne jest, żeby podchodzić całościowo do problemów zdrowotnych pacjenta, starać się tak współpracować, żeby otoczyć go kompleksową opieką. I o tym się mówi w przypadku tworzenia zasad kompleksowej opieki nad pacjentem ze stwardnieniem rozsianym, padaczką, chorobą Parkinsona. Tacy pacjenci potrzebują wielospecjalistycznego zespołu, bo ich problemy zdrowotne często nie dotyczą samego mózgu, ale również innych układów.

Mamy bardzo ciekawy czas i bardzo dużo do zrobienia. A dla mnie szczególnie pozytywną rzeczą w neurologii jest fakt, że ze specjalizacji, w której niewiele można było zrobić w sensie terapii, rozwinęła się specjalizacja, w której leczymy w wielu przypadkach skutecznie. Skracamy czas do rozpoczęcia leczenia i leczymy udar – często z powodzeniem. Pacjenci ze stwardnieniem rozsianym dzięki lekom immunomodulującym o 5 lat dłużej są sprawni. Mamy terapię rdzeniowego zaniku mięśni, mamy programy lekowe – np. w klinice, w której pracuję, jest program lekowy poświęcony chorobie Pompego. Obejmuje on pacjentów, którzy przychodzą do nas od kilkunastu lat, więc mamy sporo wniosków z ich obserwacji. Oni funkcjonują, pracują i żyją normalnie, a pojawiają się u nas tylko na wlewy. Myślę, że to jest optymistyczny moment w neurologii. Bardzo się cieszę, że byłam i jestem świadkiem tych zmian. ■