DEBATA

Partner

NIE DAĆ SZANSY UDAROWI

Co godzinę 7 osób w Polsce ma udar. Rocznie takich przypadków notuje się ok 70 tys. Niestety, ok. 30 tys. spośród tych, których ta choroba dotknęła, umrze. Tymczasem 80 proc. udarom można zapobiec

Częściej udar przechodzą mężczyźni (175 mężczyzn na 100 tysięcy ludności w ciągu roku) niż kobiety (125 na 100 tysięcy). – 80 proc. udarów to udary niedokrwienne. Mamy jeden z najwyższych wskaźników umieralności z tego powodu w Europie. Po chorobach serca i nowotworach jest to trzecia przyczyna zgonów na świecie – podkreślał dr nauk med. Jacek Staszewski, adiunkt w Klinice Neurologii Wojskowego Instytutu Medycznego, podczas debaty pt. „Nowoczesna profilaktyka udaru mózgu", która odbyła się 12 czerwca w Dzienniku Gazecie Prawnej. Eksperci, liderzy opinii oraz wybitni specjaliści/praktycy w dziedzinie opieki zdrowotnej zgodzili się, że wiedzę o tym, jak skutecznie walczyć z udarami powinna poprzedzać społeczna świadomość, z czym w istocie chcemy się zmagać. Dopiero na tym można budować skuteczną profilaktykę. Tymczasem stan wiedzy społecznej na temat udarów jest fatalny. O ile w metodach leczenia udaru poczyniono w ostatnich latach znaczący postęp to w dziedzinie profilaktyki mamy jeszcze wiele do zrobienia.

Bariera społecznej niewiedzy

– Z przeprowadzonych przez nas sond wynika, że ta wiedza jest zerowa. Dominuje przeświadczenie, że „trzeba ułożyć człowieka w cieniu, polać zimną wodą i zapewnić cyrkulację powietrza". To oczywiste pomylenie udaru mózgu z udarem słonecznym – niestety, jesteśmy na tym właśnie etapie – mówił Sebastian Szyper, prezes Stowarzyszenia Udarowcy – Liczy się wsparcie. Zdaniem dr Staszewskiego właściwe rozpoznanie objawów udaru, błyskawiczne wezwanie karetki pogotowia zwiększa szansę na przeżycie pacjenta i uniknięcie ewentualnych powikłań leczenia udaru. – Chory musi jak najszybciej trafić na oddział udarowy. Tymczasem mniej niż 30 proc. trafia w ciągu wymaganych 4,5 godziny, kiedy można zastosować najskuteczniejsze leczenie. Dlaczego? Problemem jest niewiedza społeczna, nierozpoznanie objawów udaru oraz opóźnienie wezwania pogotowia – podkreślał.

– Braki wiedzy mamy ogromne. 40 proc. Polaków nie zna swojego ciśnienia, nie wie, jakie są zagrożenia związane z nadciśnieniem tętniczym, które jest jednym z czynników ryzyka udaru – wtórował mu prof. dr hab. nauk med. Zbigniew Gaciong, kierownik Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Tymczasem, jak przypomniał dr nauk med. Wojciech Matusewicz, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych skala problemu jest bardzo poważna. W Polsce z nadciśnieniem tętniczym zmaga się, a raczej powinno się zmagać 9-10 mln osób. – Blisko 40 proc. chorujących nie słucha zaleceń lekarzy, a ok. 60 proc. leczy nadciśnienie niewłaściwie. Zamiast leków chorzy kupują suplementy diety i słuchają reklam i zaleceń w prasie. Sam fakt mierzenia ciśnienia w gabinecie lekarskim pozostawia wiele do życzenia. Według WHO, pacjent powinien mieć mierzone ciśnienie dwa razy podczas jednej wizyty. Ilu ma? – pytał retorycznie Matusewicz.

Eksperci zgodzili się, że konieczne są skoordynowane działania uświadamiające. Prof. dr hab. nauk med. Jarosław D. Kasprzak, kierownik Katedry i Kliniki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, wskazał, że przykładem udanej akcji dydaktycznej dla pacjentów była w Polsce profilaktyka zawałów serca. – To była działalność, którą Polskie Towarzystwo Kardiologiczne koordynowało od strony merytorycznej więc wiem, że wymagało to zaangażowania znacznych środków z wykorzystaniem telewizji włącznie. Ale w rezultacie nie można było przeoczyć klipu o tym, jakie są wczesne objawy zawału serca i co należy wtedy zrobić. Takie działanie na szeroką skalę przynosi skutek. Ranga problemu udaru mózgu również zasługuje na tak agresywne, propagandowe działanie – apelował.

Uczestnicy dyskusji powątpiewali, aby z finasowaniem takiego przedsięwzięcia poradziły sobie urzędy marszałkowskie, wskazywali na konieczność rozwiązań systemowych. Podkreślali jednak, że działania profilaktyczne nie mogą być finansowane ze środków, które są przeznaczane przez NFZ na leczenie pacjentów z rozpoznanym udarem. Suma ta (ok. 600 mln zł rocznie w ostatnich latach) jest niewystarczająca na realizację obecnych zadań.

– Przy świadomości, że nakłady na wiele dziedzin polityki prozdrowotnej powinny być wyższe, nie możemy odwoływać się do kwoty wydawanej na leczenie udarów i bezpośrednio przekładać jej na profilaktykę. Ona nie może być finansowana ze środków na leczenie. To kwestia priorytetów polityki prozdrowotnej podejmowanej na poziomie centralnym, ministerialnym – dodał prof. Kasprzak.

Na skuteczny sposób wskazywał prof. Zbigniew Gaciong. – Bardzo dobry wzorzec, jakim jest tzw. program kanadyjski, opiera się na obligatoryjności i systemowości działań, w których uczestniczą nie tylko pracownicy służby zdrowia, ale także nauczyciele w szkołach i przedszkolach oraz prasa, a informacje są dystrybuowane szerokim kanałem. Program działa od 1999 r., a w efekcie liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia jest dziś mniejsza niż liczba zgonów spowodowanych nowotworami – przekonywał. Wskazał także propozycje innych rozwiązań. – NFZ powinien podjąć decyzję, żeby lekarzy POZ finansować w oparciu o stawkę kapitacyjną, ale także za efektywność. To niskokosztowe działania, dzięki którym lekarza można zobowiązać do zwiększenia aktywności w zakresie profilaktyki. Niewykorzystany jest także dział medycyny pracy. Każdy dorosły zatrudniony musi być badany. Dlaczego tego faktu nie wykorzystać np. także do profilaktyki udarowej? – zastanawiał się.

– Świadomość społeczna jest bardzo niska, mamy tylko dwie organizacje pozarządowe (w Bydgoszczy i Łodzi) zajmujące się profilaktyką udarową. I kto będzie edukował społeczeństwo, kto weźmie na siebie ten ciężar finansowy tym bardziej, że mamy do czynienia z choroba cywilizacyjną? – pytał Sebastian Szyper.

Grzegorz Kubielas, główny specjalista w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali NFZ wyjaśnił, że plan finansowy funduszu na 2014 rok jest porównywalny z planem z 2013 r. Trudno więc mówić o alokacji środków w tym samym portfelu. Wskazać w tym miejscu należy, że wysokość środków finansowych będących w dyspozycji NFZ w głównej mierze zależy od wysokości obowiązkowej składki zdrowotnej pozyskiwanej od świadczeniobiorców – powiedział.

Nowe technologie medyczne i ich koszty

Oprócz pomysłów najprostszych, jak edukacja rodziny czy choćby kwestia zaniedbanej profilaktyki pacjenta leżącego w łóżku (zmniejszenie ryzyka powstawania odleżyn), istotnym problemem, podnoszonym przez wszystkich uczestników było porównanie Polski z Europą odnośnie stosowania nowych technologii medycznych i leków.

W przekazanym nam przez ministerstwo zdrowia piśmie konsultant krajowy w dziedzinie neurologii prof. dr hab. nauk med. Danuta Ryglewicz uznała, że sytuacja epidemiologiczna w odniesieniu do udarów mózgu uległa w ostatnich latach „istotnej poprawie". Wymieniła w tym kontekście sieć oddziałów udarowych, która powstała dzięki dotacjom z MZ i umożliwiła wprowadzenie na terenie całego kraju dożylnej trombolizy. Jak poinformowała, aktualnie na świecie prowadzone są m.in. badania dotyczące skuteczności stosowania w ostrej fazie udaru hipotermii oraz procedur wewnątrznaczyniowych (tromboliza). W niektórych krajach są one refundowane. W Polsce metody te są realizowane w niektórych ośrodkach w ramach badań klinicznych, a w Ministerstwie Zdrowia jest procedowana możliwość wprowadzenia go do koszyka świadczeń gwarantowanych. Problem tej nowoczesnej terapii poruszył także prezes Matusewicz. – Podanie leków trombolitycznych w ciągu 4-5 godzin od wystąpienia udaru znakomicie poprawia rokowania. Jednocześnie jednak, na 175 oddziałów udarowych, tylko 150 wykonuje takie zabiegi, a w 30 proc. spośród nich mają one miejsce incydentalnie. To zdecydowanie za mało – apelował.

Jak wynika z danych sprawozdawczych pozyskanych z systemu informatycznego Funduszu, w 2013 roku NFZ wydał na leczenie szpitalne w zakresie leczenia udarów mózgu ponad 587 mln zł. Wskazać należy, że kwota ta nie obejmuje świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej po incydentach mózgowych. – Gdy chodzi o leczenie ostrych udarów w naszym kraju mamy 171 oddziałów udarowych. Za kompleksowe leczenie udarów mózgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym, Fundusz płaci ponad 8,4 tyś. zł. Za każdy kolejny dzień pobytu Fundusz płaci 312 zł. Za leczenie trombolityczne udarów móvzgu powyżej 7 dni w oddziale udarowym, Fundusz płaci ponad 12,5 tyś zł. – mówił Grzegorz Kubielas. Jak wynika z przeprowadzonych analiz dostępność na terenie kraju do leczenia ostrych incydentów mózgowych jest zapewniona na optymalnym poziomie. Przypomniał, że warunki wymagane wobec świadczeniodawców udzielających świadczenia w zakresie leczenia udarów mózgu w ramach zawartych umów w zakresie neurologia hospitalizacja, szczegółowo określa ministrer zdrowia rozporzadzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego.

– Jeśli chodzi o profilaktykę wtórną udarów mózgu, na dzień 1 maja 2014 roku, zgodnie z obwieszczeniem ministra zdrowia, Fundusz refunduje 10 substancji czynnych z grupy leków przeciwzakrzepowych – powiedział.

Leczyć lepszymi lekami

Jednym z najistotniejszych czynników ryzyka udaru niedokrwiennego jest migotanie przedsionków. Już dziś liczba rozpoznanych przypadków sięga 400 tys. osób, a prognozy mówią o podwojeniu tej liczby w ciągu 20 lat. Niestety, duża grupa osób z tym schorzeniem nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia. Według dr. Staszewskiego spośród 7. osób, które codziennie w Polsce doznają udaru, 2. cierpiały właśnie na migotanie przedsionków. W rozpoznaniu mogłaby pomóc np. samodzielna rejestracja rytmu serca przy pomocy urządzenia, które ma postać specjalnego plastra przyklejonego na ciele pacjenta. – Miesiąc noszenia takiego plastra z analizą kosztuje w USA 900 dol. – zauważył prof. Gaciong. – Jeśli zastosuje się taką metodę do udarów niedokrwiennych, to pojawi się nowa grupa chorych z migotaniem przedsionków dotychczas nierozpoznawana.

– Praktycznie nie zdarza się, żeby lekarz edukował pacjenta w sprawie mierzenia sobie tętna, a to jest najprostsza metoda, żeby wykryć zaburzenia rytmu serca – zauważył Matusewicz. Dodał, że profilaktyka udarowa polega właśnie na podawaniu leków przeciwkrzepliwych. – Jeśli niemożliwe jest podanie leków, lub jest wysokie ryzyko występowania krwawień, można skorzystać ze świadczenia, które AOTM zarekomendowała,

a NFZ już zaimplementował: zabiegu zamykania uszka lewego przedsionka. Kilka zabiegów zostało już przeprowadzonych – poinformował.

Dalsza dyskusja dotyczyła już tylko farmakoterapii. Wszyscy obecni zgodzili się, że podstawowym, refundowanym lekiem z grupy tzw. antykoagulantów stosowanym w Polsce są antywitaminy K – np. warfaryna. W praktyce przyjmuje ją nie więcej niż połowa pacjentów, którzy mają wskazania do stosowania warfaryny – to stwierdzenie pobudziło dalszą dyskusję. Argumentowano, że choć skuteczność leku jest dobra i historycznie potwierdzona, to są poważne ograniczenia w jego stosowaniu.

– Pacjent musi monitorować wskaźnik INR, żeby utrzymywać odpowiednie stężenie warfaryny i zachować skuteczność bez nadmiernego zagrożenia krwawieniami – do mózgu, do przewodu pokarmowego. Siła działania leku jest zmienna ze względu na wszystkie możliwe interakcje lekowe, porę przyjmowania, porę roku i zależny od niej charakter diety. Utrudnia to utrzymanie się chorego w tzw. „oknie terapeutycznym" – pożądanym zakresie ograniczenia krzepliwości krwi. Aby uzyskać korzyść z leczenia, pacjent musi przebywać w optymalnym zakresie działania leku przez co najmniej 1/3 czasu jego stosowania, co nie zawsze jest możliwe. Z tego względu poprawne dawkowanie warfaryny jest trudne, wymaga nadzoru i pacjenci nagminnie zaprzestają z tego powodu leczenia. Jako lekarz muszę to powiedzieć: jest to lek znienawidzony przez pacjentów z powodu swojej nieprzewidywalności – wyjaśniał prof. Kasprzak.

– Wielkiego wyboru nie ma mimo, że są nowe grupy leków tzw. antykoagulanty. Jednak podstawowym lekiem jest warfaryna, wedle mojej wiedzy to nadal lek, który jest bardzo dobry pod warunkiem prawidłowego monitorowania poprzez regularne oznaczanie wskaźnika INR – co leży w gestii lekarza rodzinnego – ripostował prezes AOTM.

– Warfaryna jest nie do zastąpienia w szeregu wskazań np. ze sztuczną zastawką serca. Natomiast są nowe antykoagulanty, które mają udowodnioną wyższość nad warfaryną. Jeśli podajemy je profilaktycznie pacjentowi z migotaniem przedsionków to mamy dane, że ryzyko udaru w pewnych przypadkach było mniejsze niż przy użyciu warfaryny – zauważył prof. Gaciong.

Uczestnicy debaty jednoznacznie natomiast skrytykowali podskórne stosowanie heparyny w przewlekłym leczeniu migotania przedsionków. Podkreślano, że zaskakująca była obecność takiego wskazania na liście refundacyjnej.

Dyskutowano też o trzech nowych lekach zarejestrowanych w Polsce – apiksaban, dabigatran i rywaroksaban. Prof. Kasprzak zwrócił uwagę, że gwarantują one przynajmniej równoważność z warfaryną, z reguły przy mniejszym ryzyku najcięższych powikłań krwotocznych, niekiedy wykazując ponadto lepszą ochronę przed udarem.

Według dr Staszewskiego zastosowanie nowych, doustnych antykoagulantów, które nie wymagają regularnej kontroli jak ma to miejsce np. z warfaryną stanowi przełom. – Kiedyś zastanawialiśmy się, komu włączać do terapii antykoagulanty po udarze. Teraz dane mówią: wszystkim – przekonywał dr Staszewski.

Z kolei prezes Matusewicz przekonywał, że badania wykazują, że nowe leki nie są lepsze od warfaryny i w żadnym wypadku nie powinny być włączane wszystkim pacjentom z migotaniem przedsionków.

– Korzystamy z tych leków. Lekarzy i pacjentów nie trzeba przekonywać. Lekarze mają wiedzę, że jest miejsce dla tych leków w znacznej grupie pacjentów. Na pewno, jeśli chory jest bardzo skutecznie leczony np. warfaryną, nie ma powodu żeby go przestawiać na nowy antykoagulant. Ale dla nowych pacjentów lub tych, którzy nie uzyskują zadowalającego sukcesu terapeutycznego, to jest naprawdę dobre wyjście. Podobnie, jeśli dochodzi do powikłań w trakcie terapii warfaryną – czy krwawień, czy kolejnego udaru. Mam pacjentów, którzy mogą to potwierdzić – przekonywał prof. Gaciong.

Według prof. Kasprzaka problem stanowi dostępność kosztowa do nowszego leczenia, ale chodzi o danie pacjentowi możliwości korzystania z innowacyjnych metod. Sebastian Szyper dodał, że oprócz Łotwy i Rumunii Polska jest trzecim krajem w Europie, który nie ma refundacji na nowe antykoagulanty. – Nie musimy wykazywać formalnej wyższości dla alternatywy. Spójrzmy tylko na efekt populacyjny nowych leków. Ile udarów możemy uniknąć? Tylko to się liczy – powiedział prof. Kasprzak.

Prezes AOTM zaznaczył, że wydał pozytywną rekomendację dot. nowych leków przeciwkrzepliwych (tzw. NOAC). Jeśli miałyby być refundowane to wszystkie powinny być w jednej grupie limitowej (co pobudziłoby konkurencję cenową) i dla dobrze zdefiniowanej grupy chorych z migotaniem przedsionków.