

NEUROLOGIA

Grozi nam fala zachorowań na choroby mózgu

Rozmawiała Marta Kobańska

Rozmowa z **prof. dr. hab. n. med. Jarosławem Sławkiem** z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prezesem Polskiego Towarzystwa Neurologicznego.



Fot. Archiwum prywatne

pacjenta. Jest to świadczenie gwarantowane, które wykonuje neurochirurg, ale problemem pozostaje programowanie stymulatorów, co już należy do neurologa. Ten proces nie jest opisany i odpowiednio wyceniony jako procedura medyczna. Chorzy jeżdżą od ośrodka do ośrodka w poszukiwaniu kogoś, kto włączy stymulację, a potem ustawi jej parametry. To nieracjonalne szastanie publicznymi pieniędzmi, a zmiana tego systemu wydaje się taka prosta. Zresztą jej propozycja wielokrotnie już była składana jako projekt do Ministerstwa Zdrowia – niestety bezskutecznie. Podobnie wygląda sprawa wymiany stymulatorów. Narodowy Fundusz Zdrowia powinien przeznaczyć na to specjalny budżet. Obecnie chorzy błąkają się po całym kraju, szukając miejsca reimplantacji.

Coraz większe uznanie zdobywa trombektomia mechaniczna w leczeniu udarów. Jednak po pierwszym poszerzeniu listy ośrodków, które ją wykonują, nie pojawia się kolejna. Dlaczego?

Nie wiadomo dlaczego, choć oczywiście pozytywne jest to, że już pewne placówki mogą przeprowadzać ten zabieg. Na razie żaden dialog na ten temat między Polskim Towarzystwem Neurologicznym a ministerstwem się nie toczy.

Czy pana zdaniem neurologia powinna się znaleźć na liście specjalizacji priorytetowych Ministerstwa Zdrowia?

Zabiegamy o to. Miejsc rezydentkich dla młodych neurologów jest trzy razy mniej niż dla kardiologów, co przy wspomnianych niedoborach kadrowych budzi niepokój. Chcemy to zmienić wzorem kardiologii, która funkcjonuje już na europejskim poziomie. W neurologii takie korzystne zmiany również są potrzebne, a najważniejsze wydają się zachęty dla młodych do wybierania tej specjalizacji, czyli po prostu lepsza wycena pracy. Wiele procedur można wykonać szybciej, ale uniemożliwiają to sztywne zapisy dotyczące czasu hospitalizacji. Polskie Towarzystwo Neurologiczne czynnie przekonuje studentów do wyboru neurologii, organizując spotkania informacyjne. Przybliżamy zagadnienia związane z chorobami mózgu i staramy się rozbudzić zainteresowanie. To ma znaczenie, bo w programie studiów medycznych nauka neurologii trwa zaledwie dwa tygodnie, a na egzaminie lekarskim podsumowującym studia nie ma pytań z tej dziedziny. Nie do uwierzenia, że tak powszechne choroby, jak padaczka, migrena, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane czy udar mózgu nie znalazły się w pytaniach. Osób z tymi chorobami będzie przybywać i lekarz każdej specjalności kiedyś się z nimi zetknie. A sama neurologia jest niezwykle ciekawa, bo w diagnostyce i leczeniu wykorzystuje się również nowoczesne technologie, wchodzi leczenie biologiczne, terapia genowa...

Czy jesteśmy gotowi na rosnącą falę zachorowań na choroby mózgu?

Brakuje lekarzy i pielęgniarek, a liczba chorych w perspektywie 15–20 lat będzie wzrastać w związku ze starzejącym się społeczeństwem, co czyni niedobory kadrowe jeszcze bardziej dotkliwymi. Brakuje lekarzy do pracy na oddziałach szpitalnych. Dodatkowo wszystkie realizowane programy lekowe są prowadzone na oddziałach szpitalnych, a to wymaga zatrudnienia wykwalifikowanych specjalistów. Problemem jest też zła wycena programów lekowych. Szpitale na nich praktycznie nie zarabiają, co powoduje zniechęcenie do ich wprowadzania. Niedobra jest również struktura wizyt ambulatoryjnych. Zleca się niepotrzebne badania, aby zwiększyć wpływ, przez co obniża się jakość świadczeń.

Mimo to wciąż pojawiają się nowe możliwości leczenia chorych neurologicznie.

Nowe technologie znajdują obecnie zastosowanie w terapii osób młodszych, głównie chorych na stwardnienie rozsiane. Pojawiły się nowe leki, nadal czekamy na refundację bardzo obiecujących farmaceutyków, takich jak okrelizumab, kladrybina czy siponimod. Nowe leki stosuje się m.in. w postaci pierwotnie i wtórnie postępującej stwardnienia rozsianego, w której dotąd nie było skutecznych form terapii. Są też wytyczne, aby w związku z nowymi lekami w stwardnieniu rozsianym wizyty lekarskie mogły się odbywać co trzy miesiące, a nie jak obecnie co miesiąc. I ten postulat udało się spełnić – tak przynajmniej czytamy w projekcie rozporządzenia NFZ. Nadal jednak standardem leczenia odbiegamy od krajów zachodnich, w których nowe technologie stosuje się u ponad połowy chorych, podczas gdy w Polsce u ok. 20–30 proc. Ale odsetek ten będzie niewątpliwie wzrastał. Jest coraz więcej leków, które stosuje się w różnych stadiach tej choroby, choć jeszcze niedawno większość była przeznaczona dla chorych z postacią rzutowo-remisyjną. Toczą się również badania nad substancjami, które pomogłyby chorym w stadium najbardziej zaawansowanym, kiedy już pewne obszary ukła-

du nerwowego zostały zniszczone. Chodzi o leki remielinizujące, mogące zniwelować, a nawet zlikwidować pewne deficyty i dzięki temu poprawić funkcjonowanie chorego. Nadzieje są duże i dotyczą różnych obszarów. Kryteria NFZ włączania do programów lekowych zostaną najpewniej rozszerzone. To musi się stać, gdyż obecne pochodzą z 2010 r., a już pojawiły się nowe wytyczne. To wszystko spowoduje poszerzenie tzw. okna terapeutycznego i przyspieszenie procesu leczenia. Oznacza to konieczność rozpoznawania choroby na wcześniejszym etapie oraz skrócenia ścieżki pacjenta od wystąpienia pierwszych objawów do wdrożenia leczenia. Obecnie ta ścieżka w Polsce jest zdecydowanie za długa.

Czy jest szansa, że opieka koordynowana w chorobie Parkinsona zmieni perspektywę chorych?

Stosowny projekt rozporządzenia regulującego zasady tej opieki jest w resorcie zdrowia i czeka na podpis ministra. Zakłada on m.in. szybką ścieżkę diagnostyczną oraz powołanie ośrodków referencyjnych, które będą odpowiedzialne za prowadzenie najbardziej zaawansowanych terapii, czyli głębokiej stymulacji mózgu lub terapii infuzyjnych – duodopa, apomorfina. Wszystko jak zawsze rozbija się o kwestie finansowe, gdyż wiadomo, że poprawa standardu leczenia wiąże się z wyższymi nakładami i przeorganizowaniem pracy w szpitalach. Być może dlatego minister czeka z podpisaniem rozporządzenia. Jednak wprowadzenie programu i uruchomienie centrów referencyjnych oznacza bardziej racjonalne wydawanie pieniędzy i skierowanie ich do grupy najbardziej potrzebujących. Ostatnie trzy lata to również nowe możliwości leczenia choroby Parkinsona, głównie infuzyjnego. Zabiegi głębokiej stymulacji mózgu są bardzo skuteczne, jednak wydaje się, że powinny zostać zmienione kryteria kwalifikacji do tej operacji. Wielu chorych operowanych jest niepotrzebnie: albo za wcześnie, albo za późno, albo nawet z niewłaściwym wskazaniem. Powodem jest niewprowadzenie obowiązujących kryteriów kwalifikacji i podziału kompetencji – znowu brak opisu ścieżki

”
W neurologii pojawia się wiele nowych możliwości leczenia i to dobrze, bo chorych będzie przybywać, ale problemem pozostaje dotkliwy niedobór kadr

Wspominał pan na początku, że liczba osób z chorobami mózgu będzie się zwiększać.

Naszym celem jest przygotowanie narodowej strategii postępowania z chorobami mózgu. To ważne, bo przyrost chorych podwoi się w ciągu najbliższych 15–20 lat. Tylko na chorobę Parkinsona zachoruje wkrótce na świecie ponad 6 mln osób, a w 2040 r. będzie już 12 mln chorych. Jeżeli system opieki nie zostanie przygotowany do diagnostyki i leczenia chorób mózgu, to już za 5–10 lat zderzymy się z poważnym problemem niewystarczającej liczby lekarzy i pielęgniarek. Bez zmian grozi nam zupełny paraliż. Z jednej strony do dyspozycji są nowe technologie, z drugiej może nie być możliwości ich zastosowania. I dotyczy to nie tylko choroby Parkinsona, lecz także stwardnienia rozsianego czy udaru mózgu. W Polsce również w perspektywie 20 lat liczba osób z chorobą Parkinsona ulegnie podwojeniu. Na początku mojej kariery rozpowszechnienie tej choroby wynosiło 0,15 proc., a obecnie wynosi 0,3 proc., co oznacza, że wtedy chorowało 60–70 tys. osób, a obecnie pewnie ok. 90 tys.

Czy rosnąca liczba zachorowań wynika ze starzenia się społeczeństwa?

Średnia długość życia na początku XX wieku wynosiła 50 lat, a pod koniec – 80 lat. Choroby mózgu są związane z wiekiem. Im dłużej żyjemy, tym ryzyko zachorowania jest większe. Przed 60. rokiem życia na chorobę Alzheimera zapada 1 proc. społeczeństwa, po 90. roku życia jest to już 40 proc. To samo dotyczy choroby Parkinsona i udaru mózgu. Po 65. roku życia na chorobę Parkinsona choruje aż 1,5 proc. populacji.

Czyli grozi nam prawdziwa epidemia.

Tego się obawiamy i dlatego zwracamy uwagę na problem. Wzrost nakładów jest oczywiście ważny,

”

Naszym celem jest przygotowanie narodowej strategii postępowania z chorobami mózgu. To ważne, bo przyrost chorych podwoi się w ciągu najbliższych 15–20 lat



Fot. www.iStockphoto

ale nie wszystkie rozwiązania, które proponujemy, tego wymagają. Czasem chodzi po prostu o reorganizowanie opieki. Musimy przygotować się na przykład na to, że potrzebnych będzie więcej domów opieki czy łóżek opieki terminowej. Dobrze byłoby również policzyć koszty pośrednie związane z zapewnieniem opieki tym chorym. Społecznym wyzwaniem jest zmniejszająca się liczba osób młodych w społeczeństwie i zmiana jego struktury – coraz więcej osób starszych, co ma przełożenie na system emerytalny i jego koszty. Oznacza to więcej emerytów przy proporcjonalnie mniejszej liczbie młodych osób pracujących na ich emerytury i rosnących kosztach nowych technologii medycznych. Tutaj nie pomoże forsowany przez wielu postulat obniżania wieku emerytalnego. Dlatego prosimy rząd i ministerstwo o zwrócenie uwagi na choroby mózgu i wpisanie ich do priorytetów opieki medycznej na najbliższe lata, obok kardiologii i onkologii. To uzasadnione, bo pod względem koniecznych nakładów finansowych wydatki na choroby mózgu okazują się znacznie większe. Choroby mózgu kosztują Unię Europejską 700 mld euro rocznie, podczas gdy choroby onkologiczne, kardiologiczne i diabetolo-

giczne nieco ponad 300 mld euro rocznie. Różnica jest więc ogromna, co świadczy o skali problemu. A są to dane z roku 2010!

Czy takie wnioski płyną z 5. Kongresu Europejskiej Akademii Neurologii, który odbył się w Oslo w końcu czerwca?

Podnoszono te wszystkie problemy, a epidemiologia mówi sama za siebie i stawia przed nami nowe wyzwania. Rozmawiano również o liczbie neurologów w relacji do liczby mieszkańców. Dane polskie wskazują, że zajmujemy dalekie miejsce pod tym względem wśród innych krajów. Niedobór neurologów jest niepokojący, ale rzeczywiście dobrych danych nie ma, bo nie wszyscy neurologi należą do Polskiego Towarzystwa Neurologicznego, a w izbach lekarskich nie ma zróżnicowania na emerytów czynnych zawodowo i nieczynnych. Z danych resortu zdrowia wynika, że w szpitalach pracuje ok. 2,3 tys. neurologów i liczba ta się zmniejsza. Musimy w końcu usiąść wspólnie do stołu i zacząć o tych problemach rozmawiać. Chowanie głowy w piasek skończy się fatalnie dla wszystkich, najbardziej niestety dla pacjentów, a przecież w ich interesie przede wszystkim występujemy. ■

Wraz ze starzejącym się społeczeństwem i wielkim postępowaniem w diagnostyce i terapii neurologia potrzebuje zmian w finansowaniu

KOMENTARZ prof. dr. hab. n. med. Konrada Rejdaka, prezesa elekta Polskiego Towarzystwa Neurologicznego



Fot. Archiwum własne

Moim celem jako prezesa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego będzie uczynienie pacjentów neurologicznych priorytetowymi dla rządu. Wraz z postępowaniem w neurologii zupełnie zmienia się przebieg chorób neurologicznych, a co za tym idzie

– należy stawiać na poprawę jakości życia chorujących.

Funkcję prezesa Polskiego Towarzystwa Neurologicznego przejmuję w 2020 r. Dane demograficzne i epidemiologiczne wskazują, że jako społeczeństwo stoimy przed koniecznością reformy całej neurologii. Wiemy, że choroby neurologiczne stają się poważnym problemem. Wraz ze starzejącym się społeczeństwem rośnie liczba zachorowań. Tymczasem nasz system przeoczył problemy neurologii, a zaniedbania mogą dać o sobie znać w niedalekiej przyszłości. Zamierzamy więc przekonać Ministerstwo Zdrowia, że trzeba szukać rozwiązań, które zresztą wcale nie są skomplikowane. Chodzi

nam przede wszystkim o uznanie neurologii za dziedzinę priorytetową i wpisanie chorób neurologicznych do strategii działania rządu. Chcemy rewizji procedur rozliczeniowych pobytów szpitalnych, gdyż większość oddziałów neurologicznych przynosi straty, co zniechęca młodych do pracy. Myślimy również o uelastyczeniu czasu pobytu w szpitalu, bo absurdem jest zmuszanie chorego do pozostania na oddziale tylko po to, aby uzyskać finansowanie z NFZ. Planujemy zmiany w programach lekowych, które obecnie nie są atrakcyjne dla szpitali, gdy tymczasem liczba pacjentów rośnie. Cieszymy się z postępów w neurologii, bo nowe terapie zupełnie zmieniły przebieg

chorób neurologicznych, takich jak padaczka, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, rdzeniowy zanik mięśni, czy wreszcie bólu, w tym bólu zwyrodnieniowego. Zależy mi również, aby nagłośnić osiągnięcia polskiej neurologii na arenie międzynarodowej. Planuję zorganizowanie po raz pierwszy zjazdu Europejskiej Akademii Neurologicznej w Polsce i dostosowanie tematów do aktualnych wyzwań, jakie stoją przed neurologią. Zjazd poprzedzi ogólnopolska konferencja Polskiego Towarzystwa Neurologicznego już w 2020 r. w Lublinie. Tutaj nacisk położymy na postępy w terapii chorób rzadkich. ■