

ŠTRUKTÚRA REHOSPITALIZOVANÝCH PACIENTOV II. NEUROLOGICKEJ KLINIKY LF UK

MUDr. Milan Liška¹, prof. MUDr. Peter Kukumberg PhD.²

¹Neurologické oddelenie, FNsP sv. Cyrila a Metoda, Bratislava

²II. neurologická klinika LF UK FNsP akademika L. Dérera, Bratislava

Práca analyzuje štruktúru diagnostického diapazómu II. neurologickej kliniky LF UK FNsP za rok 2001 a všima si opakované hospitalizácie. Dôvody a frekvencia opakovaných pobytov súvisia so špecifikami konkrétnych neurologických afekcií. Najväčší podiel na opakovaných pobytach z dôvodov progresie stavu, reziduálnych nálezov alebo potreby kontinuálnej ústavnej liečby vykazujú cievne mozgové príhody a demyelinizačné ochorenia typu SM. Poukazuje sa na niektoré ďalšie determinujúce ukazovatele (vek, pohlavie). Akcentuje sa posun diagnostiky a liečby niektorých menovite záchvatových ochorení do ambulantnej starostlivosti v súvislosti s nevyhnutnými farmakoekonomickými aspektmi lemujúcimi ústavný pobyt.

Kľúčové slová: štruktúra neurologickej morbidity, analýza opakovaných hospitalizácií, farmakoekonomické a spoločenské aspekty.

V súčasnej ekonomickej situácii, v ktorej stúpajú nevýrobných sfér spoločnosti naďalej stagnujú (predovšetkým v kapitolách zdravotníctva a školstva), sa vynárajú otázky nad možnosťami a realitou poskytovania zdravotníckych služieb, ktoré sa nedajú mechanicky napasovať na určené mzdové prostriedky. Odrážajú totiž dynamickú incidenciu a prevalenciu chorobnosti celej populácie, ktorá je v tomto opísanom kruhu zasa len odrazom ekonomicko – environmentálnej situácie.

Preto sme sa rozhodli zmapovať komplexnú paletu klinických neurologických entít, z ktorých viaceré predstavujú spoločensky obzvlášť závažné stavy s dlhodobým priebehom alebo trvajúcimi následkami. Zaujímali nás opakované pobyty na našom pracovisku (v priebehu jedného roku – 2001) vynútené chronickým priebehom, progresiou – zhoršením stavu. Priložené 4 grafy deskriptívne znázorňujú sledované ukazovatele: jednotlivé nozologické jednotky alebo syndrómy, alebo ich percentuálny podiel (graf 4), priemernú dĺžku celej hospitalizácie (graf 2), priemerný počet hospitalizácií (graf 3), priemerné dĺžky jednej hospitalizácie (graf 1).

Materiál a metodika

Údaje sme získavali zo zdravotnej dokumentácie pacientov hospitalizovaných na II. neurologickej klinike NsP L. Dérera v Bratislave. Klinika je orientovaná na neurofyziologické aspekty neurologickej morbidity (menovite na záchvatové ochorenia vrátane neuropsychiatrických entít – napr. panická porucha) a poskytuje široký záber oboru vrátane urgentnej neurológie (JIS so 4 lôžkami) v určenom regióne hlavného mesta SR. Priemerná doba hospitalizácie pacientov na klinike je 11 dní a priemerná obloženosť sa pohybuje okolo 82%. U rehospitalizovaných pacientov v roku 2001

(od 1. 1. do 31. 12.) sa sledoval ich počet, pohlavie, vek pri prvom prijatí, počet hospitalizácií, priemerná dĺžka jednej hospitalizácie v dňoch, celková dĺžka hospitalizácií v dňoch, frekvencia rehospitalizácií a úmrtnosť. Ochorenia sme rozdelili podľa etiopatogenézy na skupinu cievnych, demyelinizačných, nádorových, vertebrogénne, infekčné a traumaticky podmienených a samostatnú skupinu ďalej tvorili epilepsie, migrény, Parkinsonova a Alzheimerova choroba.

Výsledky

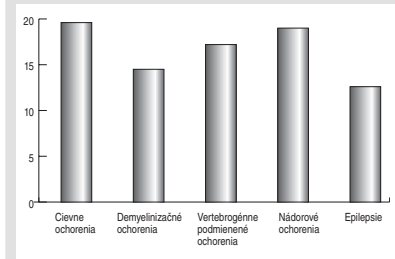
V roku 2001 bolo spolu rehospitalizovaných 126 pacientov, z ktorých 100 bolo spracovaných (79,4%). Z tohto počtu bolo 56 žien (56%) a 44 mužov (44%). V súbore bolo 30 pacientov s cievnyimi ochoreniami, po nich nasledovali 24 pacienti s demyelinizačnými ochoreniami, 16 pacientov s vertebrogénne podmienenými ochoreniami, 11 s nádorovými ochoreniami, 7 s epilepsiou, 4 s Parkinsonovou chorobou, 3 pacienti po traume, 2 s migrénou, 2 s infekčným ochorením a na poslednom mieste 1 pacient s Alzheimerovou chorobou (graf 4). Ďalšie parametre boli hodnotené len v skupinách s vyššími počtami pacientov, skupiny s nižším počtom pacientov ako 7 neboli v ďalšej štúdii štatisticky spracované.

V priemere na jedného pacienta mali najdlhšiu dobu hospitalizácie pacienti s demyelinizačným ochorením (84,2 dňa), druhú najdlhšiu dobu hospitalizácie mali pacienti s nádorovými ochoreniami (76 dní) a po nich nasledovali pacienti s cievnyimi ochoreniami (52,9 dňa), vertebrogénne podmienenými ochoreniami (49,9 dňa) a najkratšiu súhrnnú dobu hospitalizácie mali pacienti v skupine s epilepsiou (38 dní) (graf 2).

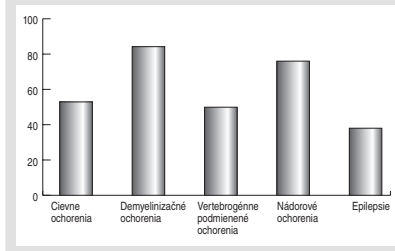
Najvyššiu frekvenciu hospitalizácií mali pacienti s nádorovými ochoreniami, ktorí

boli rehospitalizovaní v priemere každých 9 mesiacov. Pacienti s demyelinizačnými ochoreniami boli rehospitalizovaní každých 10,8 mesiacov. Frekvencia rehospitalizácií pacientov s epilepsiou sa pohybovala okolo 12 mesiacov. Pacienti s cievnyimi ochoreniami a vertebrogénne podmienenými ochoreniami

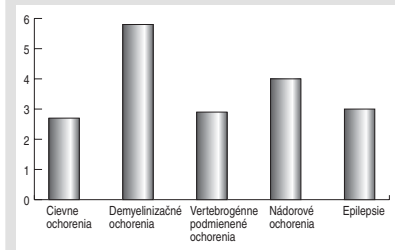
Graf 1. Priemerná dĺžka jednej hospitalizácie pre jednotlivé ochorenia



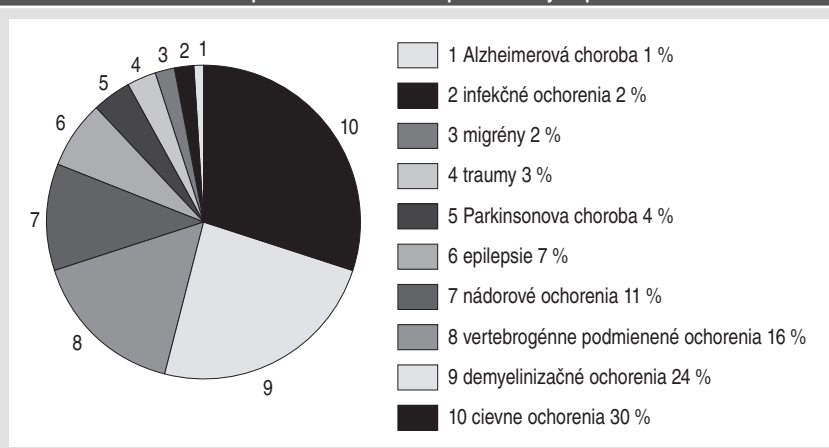
Graf 2. Priemerná dĺžka celej hospitalizácie pre jednotlivé ochorenia



Graf 3. Priemerný počet hospitalizácií pre jednotlivé ochorenia



Graf 4. Procentuálne zastúpenie ochorení rehospitalizovaných pacientov



boli rehospitalizovaní približne s rovnakou frekvenciou, každých 21 mesiacov.

Graf 3 zobrazuje priemerný počet hospitalizácií jedného pacienta pre jednotlivé ochorenia. Z grafu vyplýva že najčastejšie rehospitalizovaní boli pacienti s demyelinizačnými ochoreniami (5,8 hospitalizácií na jedného pacienta), nasledovaní pacientmi s nádorovými ochoreniami (4). Pacienti v ostatných 3 hodnotených skupinách mali približne rovnaký počet hospitalizácií (2, 9).

Graf 1 zobrazuje priemernú dĺžku jednej hospitalizácie pre jednotlivé ochorenia. Pacienti s cievnyimi a nádorovými ochoreniami strávil v priemerne na jednu hospitalizáciu 19 dní na oddelení, kým pacienti s vertebrogénne podmienenými ochoreniami 17 dní, pacienti s demyelinizačnými ochoreniami 14,5 dňa a pacienti s epilepsiou 12,5 dňa.

Úmrtia sa vyskytli len v skupine pacientov s cievnyimi ochoreniami (8 úmrtí) a nádorovými ochoreniami (3 úmrtia).

Diskusia

Neurologické afekcie majú určité špecifiká spomedzi ostatných medicínskych disciplín (4). V r. 1992 sme sa profilu a rázovitostiam neurologickej morbidity venovali v samostatnej práci (6). Štruktúru neurologickej morbidity tvoria buď náhle a hrubo devastujúce stavy (napr. náhle mozgové príhody), resp. ide o skupinu chronických ochorení s torpidným alebo fatálne progredujúcim priebehom (napr. Sclerosis multiplex, Parkinsonova choroba alebo Amyotrofická laterálna skleróza). Dôsledky iných ochorení, menovite záchvatových (epilepsie a migrény) významným dosahom znižujú nielen kvalitu života, ale zapaľujú aj ukazovatele práceneschopnosti s negatívnymi ekonomickými dôsledkami. Osobitne tristnou kapitolou je neuroonkológia jednak v rámci relatívne častých primárnych nádorov a jednak v podobe frekventovaných metastatických lézií do CNS z iných neoplastických zdrojov (1).

Priemerné dĺžky jednej hospitalizácie sú najdlhšie u skupiny cievnych afekcií a neuroonkologických chorých (graf 1). Vzhľadom k vyššiemu počtu opakovaných pobytov u demyelinizačných ochorení typu sclerosis multiplex, táto skupina vedie zasa v priemernej dĺžke hospitalizácie pre jednotlivé ochorenia (graf 2). Tristnú situáciu u skupiny so SM pečatí aj najvyšší počet hospitalizácií (graf 3).

Chronifikovaný a progresívny priebeh ochorení nervovej sústavy charakterizuje očakávaný priemerný počet opakovaných hospitalizácií od stanovenia diagnózy u demyelinizačných ochorení (5, 8) pričom táto skupina postihnutých vykázala i najdlhšiu dobu hospitalizácie. Je zreteľné – vzhľadom k hodnoteniu počtu hospitalizácií – že táto afekcia napriek všetkým terapeutickým snahám vrátane najnovších prebieha nezvratne progresívne, i keď z našich výsledkov nemožno získať spoľahlivú komparáciu priebehu sclerosis multiplex po zavedení liečby interferónmi a pred touto érou (5).

Možno predpokladať, že moderná liečba epilepsie a jej dobrá titrácia s pomocou kontroly hladín antiepileptík (monoterapie či kombinovanej medikácie) odrážajú až 5. miesto najčastejšie rehospitalizovaných chorých. Podobne možno uvažovať i o migréne, kde treba rátať so skreslením, keďže moderná antimigrenózna triptanová éra ako relatívne efektívna profylaktická terapia sa realizujú často iba ambulantne. Cievne mozgové príhody svojou morbiditou a častými rehospitalizáciami vyjadrujú explicitne závažnosť tohto spoločensko – ekonomicky mimoriadne závažného ochorenia a súčasne poukazujú i na nevyhnutnosť riešenia reziduálnych následkov po prekonanej cievnej mozgovej príhode alebo nových komplikácií (2, 3). Ostatné afekcie diagnostického diapazónu s opakovanými hospitalizáciami nedovoľujú zovšeobecnené závery, pretože sú reprezentované malým počtom pacientov.

Ak prezrieme štruktúru rehospitalizácií vcelku, zistíme, že ju definujú jednak najčastejšie (incidenciou i prevalenciou) a jednak

i liečebne najnáročnejšie okruhy lézií CNS. Tieto afekcie navyše vykazujú chronický, progresívny priebeh alebo oboje. Ak porovnáme najväčší počet opakovaných hospitalizácií s iným našim zdením (6), kde sa analyzovala neurologická morbidita za 10 ročné obdobie, je tu zhoda vo vysokom počte prípadov cievnych ochorení a ochorení záchvatových, čiastočne i vertebrogénnych. Vertebrogénne afekcie unikajú korektnému posúdeniu, pretože i keď často vyžadujú opakované pobyty neraz končiace neurochirurgickou intervenciou (výhrezy medzistavcových platničiek), predsa sa tiež postupne presúvajú do klientely ambulantných neuroológov, prípadne špecializovaných súkromných centier, ktoré dokážu súčasnou medikatívne – rehabilitačnou paletou solídne pokryť túto oblasť a zabrániť rehospitalizácii.

Povšimli sme si aj údaje o zastúpení pohlavia. Príznačne zisťujeme pri opakovaných hospitalizáciách prevahu žien v skupine demyelinizačných afekcií. U ostatných ochorení niet relevantných rozdielov v pohlaví.

Keďže náklady na zdravotnú starostlivosť a formy jej poskytovania v rovine súčasných trendov medicíny a zároveň v ekonomicky optimálnych podmienkach sú čoraz častejšie diskutovanou témou (7), stali sa aj pre nás jedným z dôvodov vypracovania tejto štúdie. Farmakoekonomické parametre jednotlivých ochorení sú prirodzene rôzne, avšak pri výpočte nákladov na liečbu sa vždy používajú rovnaké kritériá. Tie môžeme rozdeliť do dvoch skupín: priame náklady zohľadňujúce najmä cenu výkonov nevyhnutných k diagnostike daného ochorenia, ale aj cenu liečebných opatrení vrátane nepriamych nákladov premietajúcich sa do straty produktivity a vzniku invalidity. Dĺžka hospitalizácie pre jednotlivé ochorenia patrí ku parametrom zohľadňovaným v priamych nákladoch a preto ju môžeme použiť na ilustráciu finančnej náročnosti ústavnej liečby demonštrovaných ochorení. Medzi finančne najnáročnejšie ochorenia patrí SM nasledovaná nádorovými, cievnyimi a vertebrogénnymi afekciami. Túto informáciu však treba brať ako nekompletnú keďže dôležitým údajom pri výpočte nákladov na hospitalizáciu je aj cena jedného dňa hospitalizácie pre dané ochorenie, ktorou sme nedisponovali.

Naše výsledky sú samozrejme len dielčimi ukazovateľmi. Odrážajú však jestvujúce epidemiologické, diagnosticko-liečebné, čiastočne i preventívne a reedukačné spektrum neurologickej morbidity na jednom z neurologických klinických pracovísk. Zmysluplná by bola komparácia predložených partikulárnych ukazovateľov s inými pracoviskami Slovenskej republiky, resp. (i keď nie vždy ekonomicky ekvivalentne) s neurologickými bázami v Českej republike. Naša uvedená rekognoscácia predstavuje výzvu.

Literatúra

1. Brandt T, Caplan R L, Dichgans J, Diener Ch H, Kennard Ch. Neurological Disorders, Course and Treatment. Academic Press, Inc. San Diego 1996. 1150 s.
2. Drobný M, Michálik J, Kurča E, Švaleková A, Sániová B. Cievne mozgové príhody v regióne Turiec (1996–1997). Čs Neurol Neurochir 2000; Suppl 63/96: 77–85.
3. Hankey G J. Your questions answered STROKE. Churchill Livingstone 2002. 359.
4. Hopkins A. Clinical Neurology. A modern approach. Oxford New York Tokyo Oxford University Press 1994. 486 s.
5. Klímová E, Szilasiová J, Veselá D, Gaško R. Sclerosis multiplex v košickom a prešovskom kraji – výsledky dotazníkovej akcie. Čs Neurol Neurochir 2002; Suppl 65/98: 76–79.
6. Kukumberg P, Timárová G. Profil hospitalizovaných pacientov Neurologickej kliniky NsP akademika L. Déřera v Bratislave za 10 ročné obdobie (1979–1988). Čs Neurol Neurochir 1992; Suppl 55/88: 21–25.
7. Lekárske listy. Farmakoeconomika (Odborná príloha zdavotníckych novín). 2004: č. 7.