

IO1 Analýza místních podmínek
Abstrakt

MY WAY A EUROPEAN COLLABORATIVE AND INNOVATIVE PARTNERSHIP TO PROMOTE PHYSICAL ACTIVITY AFTER STROKE EVENT

613107-EPP-1-2019-1-IT-SPO-SCP

Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union



TENTO VÝSTUP BYL REALIZOVÁN ZA PŘÍSPĚNÍ VŠECH
PARTNERŮ PROJEKTU:



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

CEREBRUM

Association of People after Acquired
Brain Injuries and their Families



Klaipeda
University



ARISTOTLE
UNIVERSITY
OF THESSALONIKI



Podpora Evropské komise při přípravě této publikace neznamená, že Evropská komise schvaluje její obsah. Obsah odráží pouze názory autorů a Komise nenesे žádnou odpovědnost za způsob, kterým mohou být informace obsažené v tomto dokumentu využity.

Chorvatska	Kristina Baotić Hrvoje Budinčević Petra Črnac Žuna
Česká republika	Iveta Kovařová Marie Němečková Zekie Dennehy
Řecka	Asterios Deligiannis Evangelia Kouidi Dimitra Mameletzi Nikolaos Koutlianos Maria Anifanti
Itálie	Marco Paoloni Andrea Bernetti Massimiliano Mangone Maura Ilardi Dolores Forgione
Litvy	Aelita Skarbaliené Egidijus Skarbalius Lolita Rapolienė

Reprodukce je povolena pod podmínkou uvedení zdroje.

OBSAH

1. KONTEXT strana 4
2. PROJEKT A ANALÝZA MÍSTNÍCH PODMÍNEK strana 5
3. HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ strana 7
4. ZÁVĚRY strana 10

1. KONTEXT

V Evropské unii (EU) je cévní mozková příhoda druhou nejčastější příčinou úmrtí a hlavní příčinou zdravotního omezení u dospělých osob.¹ V Evropě každoročně postihuje asi 1,1 milionu obyvatel² a způsobuje 440 000 úmrtí³.

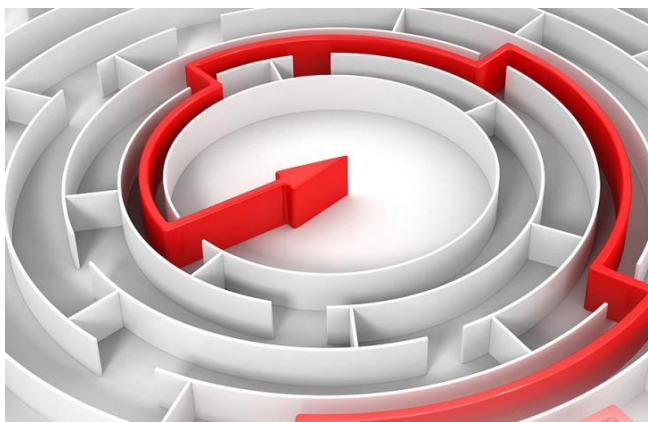
V roce 2017 došlo v Evropské unii k 1,12 milionu případů cévní mozkové příhody a k 0,46 milionu úmrtí na CMP; ve stejném roce žilo v EU 9,53 milionu přeživších po CMP. Ukazatel míry zátěže způsobené nemocí v lidské populaci, tzv. Ztracená léta života v důsledku nemoci, dosáhl 7.06 miliónu..

Ačkoliv současná medicína zlepšila míru přežití, stále stoupají počty lidí trpících následky cévní mozkové příhody, které narušují kvalitu života a schopnost tyto následky zvládnout. Přeživší po CMP potřebují včasnou a dlouhodobou rehabilitaci.

Cílem rehabilitace je optimalizovat způsob života a míru nezávislosti člověka po CMP a dosáhnout co nejlepší kvality života po rehabilitaci.

CMP představuje značnou zátěž v celé Evropě. Přesto však existují velké rozdíly mezi zeměmi i nerovnosti v rámci jednotlivých zemí z hlediska péče a zvládnutí CMP a jejich následků na úrovni jednotlivce i společnosti, včetně struktury rehabilitace po CMP.

V mnoha zemích chybí jednotné údaje o CMP a jejich následcích. Identifikace a pochopení obecného rámce a celoevropského srovnání CMP, péče o pacienty s CMP a dlouhodobé rehabilitace jsou naprosto zásadní pro to, aby každá země mohla poskytovat lepší péči a podporu každému člověku při jeho návratu na pracovní trh a zajišťovat potřebnou kvalitu života a nezávislost.



¹ Wilkins, E. – Wilson, L. – Wickramasinghe, K. – Bhatnagar, P. – Leal, J. – Luengo-Fernandez, R. – Burns, R. – Rayner, M. – Townsend, N. European Cardiovascular Disease Statistics 2017. Brusel: European Heart Network; 2017.

² Béjot, Y. – Bailly, H. – Durier, J. – Giroud, M. Epidemiologie cévní mozkové příhody v Evropě a trendy pro 21. století. Presse Med. 2016; 45 (12 pt 2): e391–e398. doi: 10.1016/j.lpm.2016.10.003.

³ OECD. Mortality from heart disease and stroke. In: Health at a Glance: Europe 2016: Cyklus Zdravotní stav v EU. Paříž: OECD Publishing; 2016.

2. PROJEKT A ANALÝZA MÍSTNÍCH PODMÍNEK

Projekt MY WAY byl financován z programu ERASMUS+ SPORT a jeho součástí jsou různé organizace a osobnosti z oblasti sportu i mimo něj (rehabilitační střediska, lékařské fakulty, kulturní a společenská sdružení, skupiny profesionálních pedagogů) z Chorvatska, České republiky, Řecka, Itálie a Litvy.

Partneři byli vybráni z různých evropských zemí a ze zeměpisně různorodých oblastí v EU tak, aby byl zajištěn skutečně nadnárodní přístup k projektu. Partneři zapojení do projektu přinášejí různé kulturní zkušenosti, které se posuzují a analyzují v rámci projektových dat.

Účelem projektu je rozvíjet, zavádět a předávat inovační postupy související s fyzickou aktivitou, která posiluje zdraví u oslabených jedinců, jako jsou pacienti po CMP.

Vlivem nedostatku jednotných dat o CMP a jejich následcích jsou zcela nezbytná celoevropská porovnání CMP a péče po CMP tak, aby každá země mohla poskytovat lepší péči a podporu každému postiženému jedinci.

Zpráva je založena na analýze místních podmínek. Zpráva prezentuje studii zásadních textů v každé zúčastněné zemi na téma rehabilitace po CMP (epidemiologie nemoci, způsoby rehabilitace po CMP, popis zařízení, scénář národního zdravotnického systému).

Analýza byla provedena následujícím způsobem: strategie a plán vyhledávání byly vyvinuty pomocí určitých stanovených „klíčových slov“ (mrtvice, cévní mozková příhoda, CMP, mozkový infarkt/mrtvice ± název země nebo regionu + klíčové slovo nebo kombinace klíčových slov pro příslušnou kapitolu; epidemiologie, prevence, akutní léčba; rehabilitace a dlouhodobá podpora atd.).

Zdrojem informací byly články uveřejněné v odborných časopisech, seznamy literatury, „šedá literatura“ jako státní předpisy a pokyny, předpisy a pokyny zdravotnických institucí a organizací specializovaných na cévní mozkové příhody, klíčové práce známé výzkumnému týmu, předpisy ESO, WHO, OECD, pokyny Evropského střediska pro sledování zdravotnických systémů, internetové stránky národních odborných organizací, asociací pacientů atd.

Analýza zátěže CMP ukazuje, že i přes klesající tendence ukazatelů jako incidence, prevalence, mortalita a ztracená léta života v důsledku CMP v letech 1990–2013, se celková zátěž CMP z hlediska počtu postižených osob nebo osob s disabilitou po CMP zvyšuje po celém světě jak u mužů, tak u žen všech věkových kategorií.

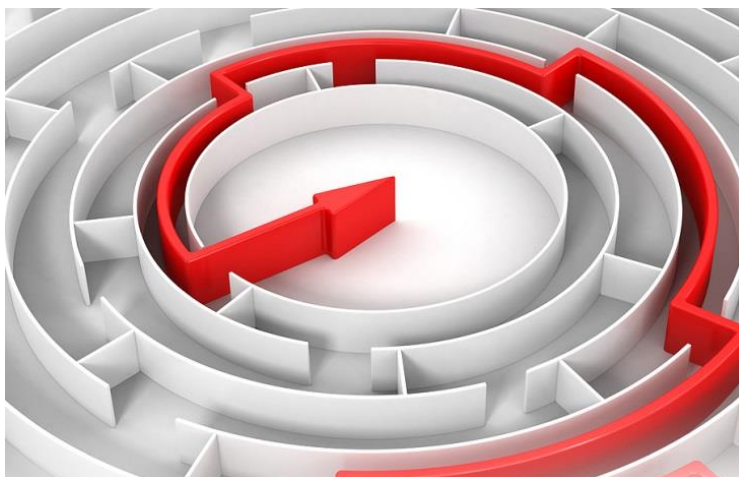
V roce 2013 byla CMP druhou nejčastější příčinou úmrtí hned za ischemickou chorobou srdeční a třetí nejčastější příčinou disability. V roce 2013 sice nastal pokles mortality na CMP a ukazatele DALY,

zároveň však došlo ke statisticky významnému zvýšení počtu osob, které na CMP zemřely, zůstaly invalidní po CMP, byly postiženy CMP (na základě výskytu nových případů CMP) nebo CMP přežily.

Počet případů CMP se bude i nadále zvyšovat, protože se zvyšuje populační podíl Evropanů ve věku nad 70 let. Projekce v této zprávě ukazují, že v letech 2015 až 2035 dojde celkově k 34% nárůstu v počtu případů CMP v Evropské unii, a to z 613 148 v roce 2015 na 819 771 v roce 2035. V současnosti

se počty případů úmrtí na CMP pohybují v různých zemích od 30 do 170 osob na 100 000 obyvatel. Celkové náklady na

zdravotní i nezdravotní péči po CMP v Evropě jsou odhadovány na 45 miliard eur v roce 2015 a budou se pravděpodobně i nadále zvyšovat.



I přes více než třicetileté zkušenosti nejsou stávající doporučené postupy Evropské organizace pro CMP důsledně uplatňovány a je třeba vypracovat nový celokontinentální systém odborné péče založený na důkazech (angl. *evidence-based*).

Významným problémem v mnoha částech Evropy je také dostupnost rehabilitace a dlouhodobé podpory.

V mnoha částech Evropy chybí plošné monitorování rehabilitační péče. Dokonce i v zemích, ve kterých je uplatňována kontrola, jsou lidé často léčeni jen v průběhu krátké doby během hospitalizace.

V několika zemích mají pacienti po propuštění z nemocnice velmi omezený přístup k léčbě. Ve dvou z pěti zemí EU neexistuje ambulantní

léčba.

Tento dokument je souhrnem úplné zprávy (dostupné v angličtině na internetových stránkách projektu <https://www.myway-project.org/>), který obsahuje výsledky „analýzy místních podmínek“ provedené výzkumným týmem projektu MYWAY.

3. HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

Zpráva uvádí, že neexistuje jednotný evropský rejstřík indikátorů souvisejících s CMP. Dále neexistují statistiky o výskytu primární a opakované CMP.

Epidemiologie

Součástí studie jsou země s různým počtem obyvatel: od nejmenší Litvy po největší Itálii. Porovnáním výsledků zemí, které se studie účastnily, byl zjištěn nejvyšší výskyt CMP v Litvě a nejnižší v Chorvatsku. Ve všech zemích kromě Litvy je vyšší riziko onemocnění u mužů. Nejvyšší úmrtnost vykazuje Litva.

Ve všech zemích dochází k poklesu úmrtnosti.

Zdravotní systém

Zdravotní péče je financována z veřejného pojištění. Lidé mají možnost si připlatit soukromé pojištění. Možnosti elektronického zdravotnictví dosud nejsou plně vyvinuty a nedostatečná je také spolupráce mezi zeměmi v základních a specializovaných službách.

V oblasti zdraví byly zjištěny nerovnosti, přičemž horší zvládnutí CMP je hlášeno v okrajových regionech. Chorvatsko a Řecko nemají státní registr CMP.

Bohužel není k dispozici dostatek specifických informací o modelech financování a nelze tedy porovnat a vyhodnotit možnosti prevence CMP, léčby a rehabilitace.

Cesta rehabilitace

Pokud jde o začátek poskytování rehabilitačních služeb, je příznivá situace v Litvě, České republice a Chorvatsku, kde rehabilitace začíná od prvního dne postižení CMP. Situace v Itálii se mění, protože odkládání rehabilitace o více než měsíc snižuje šance pacienta vrátit se k plné mobilitě a samostatnosti. Nejkratší délka hospitalizace je v Chorvatsku a nejdelší v Litvě. Rehabilitací v období po CMP projde většinou 70–80 % pacientů.

V jednotlivých zemích jsou k dispozici různé možnosti podle závažnosti situace a preferencí pacienta: rehabilitační oddělení v nemocnici, specializovaná rehabilitační střediska, lázně, rehabilitace na ambulantních klinikách nebo v soukromých zařízeních.

Dále se nabízí možnost rehabilitace přímo u pacienta doma. Některé země však bohužel nemají rehabilitační strategii a odpovídající logistiku a koordinaci.

Řecko vykazuje v poskytování rehabilitačních služeb velké nerovnosti. Pro porovnání logistických cest v různých zemích není dostatek dat.

Celá řada lidí po CMP musí čekat příliš dlouho na posouzení svých rehabilitačních potřeb a zahájení fyzioterapie.

Po celé Evropě je třeba zavést multidisciplinární posuzování, které bude probíhat na příslušném oddělení nemocnice, a zahájit rehabilitaci co nejdříve po stabilizaci pacienta.

Je třeba zlepšit dostupnost rehabilitační léčby.

Po celé Evropě je nedostatečná ergoterapie, řečová a psychologická léčba. Příliš mnoho lidí po CMP odchází z nemocnice bez návazné rehabilitační péče.



To se týká zejména programů podporujících časnou propuštění pacienta (tzv. Early Supported Discharge – ESD). Je prokázáno, že se účinnost programů ESD opírá o stejně intenzivní přístup k rehabilitaci, jaký je uplatňován na iktové jednotce.

U pacientů může dojít k opoždění začátku rehabilitace v důsledku nedostatečné kapacity v rehabilitačních centrech nebo i v rámci komunitní péče.

Po propuštění pacienta z akutní péče je dostupnost další rehabilitace velmi odlišná v různých zemích i v rámci jedné země.

Z dřívějších výzkumů vyplývá, že v rámci Evropy existují rozdíly v rehabilitaci u pacientů po CMP. Rozdíly nejen mezi zeměmi, ale zejména mezi různými oblastmi v rámci dané země, jsou obrovské.

Dostupnost péče je často nedostatečná ve venkovských a odlehlých oblastech. Typ a kvalita léčby, jichž se pacientům dostane, často závisí na místě pobytu.

Výrazná různorodost péče je hlášena zejména v Řecku. Jednotlivé země mají lůžková a ambulantní rehabilitační zařízení a specializovaná střediska podle závažnosti stavu.

Nejrovnoměrnější rozložení rehabilitačních středisek je v České republice. Většina rehabilitační péče je hrazena ze zdravotního pojištění.

Ze zkoumaných zemí má Řecko nejlepší financování s následnou každoroční rehabilitací.

Hlavní pozornost a finance na rehabilitaci se soustředí na první půlrok po události, kdy jsou poskytovány multidisciplinární služby s velkým důrazem na fyzioterapii.

Data o účinnosti rehabilitace poskytuje pouze Řecko. Některé země mají doporučené postupy (angl. *guidelines*) pro rehabilitaci, ale nemají k dispozici

jednoznačné programy nebo algoritmy pro rehabilitaci po CMP.

Řecko používá guidelines amerických společností AHA/ASA. Itálie a Litva zapojují do rehabilitačních programů také patientské asociace.

Poskytnutá data nezahrnují specifické informace o využití fyzické aktivity při dlouhodobé rehabilitaci.

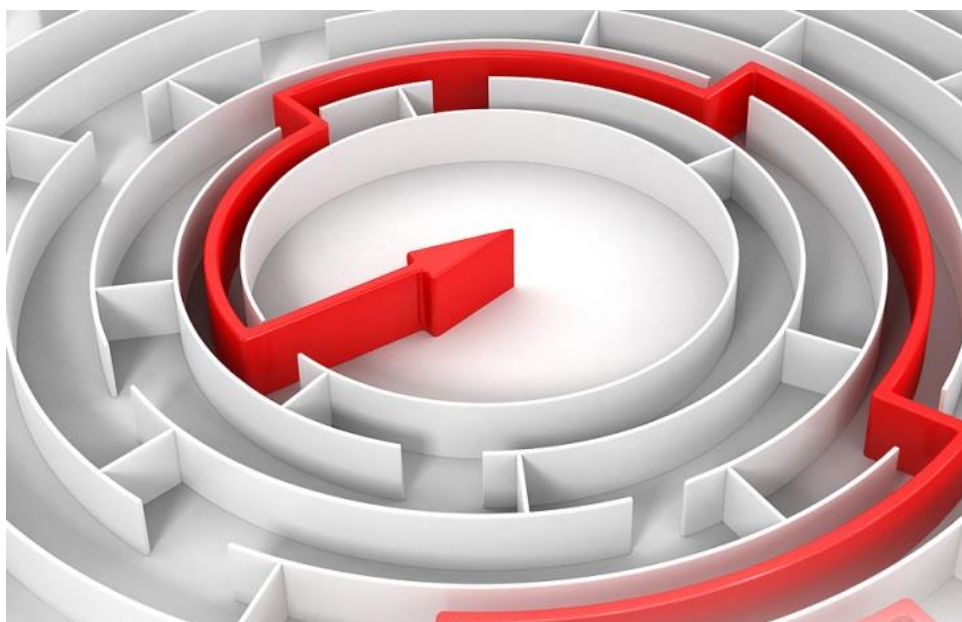
Údaje ukazují, že země postrádají strategie a postupy pro rehabilitaci po CMP. Přínosem by bylo spojit výzkumy a znalosti vědců a vytvořit dlouhodobé rehabilitační programy zaměřené na fyzické aktivity a cvičení.

Nenaplněné potřeby zemí

Všechny země se shodly, že největší nenaplněnou potřebou jsou finanční potřeby, tj. nedostatek fyzioterapeutů a lidských zdrojů kvůli nedostatečnému financování. Služby v některých zařízeních jsou špatně rozloženy a nevyhovující.

Část veřejnosti má za to, že deficit po CMP nelze zlepšit a že pacienti sami nevykazují dostatečnou snahu. Důležité jsou i další (nekategorizované) potřeby.

Důvodem nevyhovující rehabilitace jsou například dlouhé čekací seznamy pacientů bez poškozené motorické funkce, nekomplexní rehabilitace (v některých střediscích chybí například logopedi), nedostatečný dlouhodobý rehabilitační plán, neexistující návazná fyzioterapie po akutní rehabilitaci a neexistující doporučení dlouhodobé fyzické aktivity. Dále je potřeba vyřešit také mezery v právním rámci rehabilitace.



4. ZÁVĚRY

V současné době chybí standardizované ukazatele prevalence, prevence a léčby CMP a rehabilitace po CMP.

K dispozici je velmi málo informací o rehabilitační léčbě, které se dostává pacientům po CMP, a to zejména po propuštění z nemocnice.

Jen málo zemí provádí kontrolu rehabilitačních služeb. Normy používané k hodnocení adherence k doporučeným postupům jsou nejednotné a účinnost rehabilitačních opatření není posuzována.

Návazná dlouhodobá podpora je v mnoha částech Evropy neadekvátní.

Požadujeme vytvoření státních systémů, které zajistí přezkoumání potřeb u lidí postižených CMP a výraznější zaměření na jejich fyzickou aktivitu.

Je třeba zohledňovat nenaplněné potřeby s cílem dosáhnout delšího přežití, lepší kvality života a rychlejšího návratu člověka na pracovní trh.

