

Stroški, povezani z glavobolom v Sloveniji, in možnost novega pristopa k obravnavi glavobola

Costs related to headache in Slovenia and possibilities of new approach to headache management

Marjan Zaletel

Univerzitetni klinični center v Ljubljani, Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo

Korespondenca/

Correspondence:

prof. dr. Marjan Zaletel
dr. med.,
e: marjan.zaletel@kclj.si

Ključne besede:

glavoboli; stroški;
multidisciplinarni pristop

Key words:

headache; costs;
multidisciplinary
approach

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2014;
83: 644–7

Prispelo: 13. jan. 2014

Izvleček

V RS Sloveniji je glavobol eden najpogostejših nevroloških bolezni. Sama bolezen, ki je zelo heterogena, pomeni veliko bolezensko breme družbe. Stroški v zvezi z glavoboli so med najvišjimi v RS Sloveniji. Največji delež stroškov pri bolnikih z glavobolom so posredni in neposredni nezdravstveni stroški. V nekaterih evropskih državah in ZDA že delujejo Centri za glavobol z multidisciplinarnim pristopom. Študije kažejo na učinkovitost teh centrov v veliko zadovoljstvo bolnikov in na nižanje stroškov v povezavi z boleznijo. Evropski model integriranega pristopa k zdravljenju glavobola v sodelovanju z vlado, zavarovalnico in Centri za glavobol je izboljšal izid zdravljenja bolnikov in zmanjšal stroške.

Abstract

Headache is one of the prevalent neurological diseases in the Republic of Slovenia. The disease, which is very heterogeneous represents a high burden for the society. Costs related to headache are among the highest in the Republic of Slovenia. Most of the costs are attributable to indirect and direct healthcare-unrelated expenses. Headache centers are active in some European countries and in the United States; they are found to be highly efficient with high satisfaction of patients and cost-lowering effect. The European model of integrated approach to headache treatment, in cooperation with the government and headache centers, has improved treatment outcomes and lowered costs.

Uvod

V Sloveniji je glavobol eden najpogostejših nevroloških bolezni, ki se večinoma obravnava na primarni ravni. Le redki bolniki imajo dostop do sekundarne oz. terciarne obravnave. Sama bolezen, ki je zelo heterogena (primarni, sekundarni, akutni, kronični) pomeni veliko bolezensko breme družbe. Še posebej se višajo stroški na račun izostanka z dela, mnogih obiskov urgentnih ambulant in nepotrebnih hospitalizacij ter ponavljanje predvsem slikovnih diagnostičnih metod. V letu 2013 je bil v Zdravniškem

Vestniku objavljen članek o stroških in zdravstvenem bremenu družbe zaradi bolezni možganov v letu 2010. Raziskava je zajela 19 večjih skupin možganskih bolezni, med njimi tudi glavobol, in podala oceno skupnih (posrednih in neposrednih) stroškov na bolnika ter skupne stroške posamezne bolezni. Skupni stroški možganskih bolezni so za leto 2010 ocenjeni na 2.425 milijarde evrov, prilagojenih na pariteto kupne moči, kar pomeni 7 % bruto domačega proizvoda. Največji delež predstavljajo neposredni

zdravstveni stroški (42,3 %), nekoliko manj pa posredni zdravstveni stroški (35,7 %) in neposredni nezdravstveni stroški (22,0 %). Ocenjeni letni strošek na bolnika z glavobolom je bil v vsej skupini najnižji, in sicer 178 evrov PKM, vendar pa je bilo število bolnikov z glavobolom najštevilčnejše (636.656), kar pomeni 113,1 milijonov evrov PKM na letni ravni. Največji delež stroškov pri bolnikih z glavobolom predstavljajo posredni in neposredni nezdravstveni stroški.¹ Predvsem pri primarnih kroničnih glavobolih (migrena, glavobol tenzijskega tipa, glavobol v skupkih in druge trigeminalne avtonomne nevralgije) in pri glavobolu zaradi čezmernega jemanja zdravil ter ob pridruženih telesnih in duševnih soboleznostih lahko z multidisciplinarnim pristopom najbolj učinkovito zmanjšamo stroške in bolezensko breme družbe. V nekaterih evropskih državah in Združenih državah Amerike že delujejo Centri za glavobol z multidisciplinarnim pristopom. Študije kažejo na učinkovitost teh centrov v veliko zadovoljstvo bolnikov in na znižanje stroškov v povezavi z boleznijo.²

Multidisciplinarni centri za zdravljenje bolečine v Evropi

Danski Center za glavobole, ki je bil ustanovljen leta 2001 pod vodstvom prof. Jes Olesen-a v Kopenhagnu, je zgleden model multidisciplinarnega pristopa v Evropi.³ V Kopenhagnu je 600.000 prebivalcev, vendar so kot terciarni center pokrili celotno področje na Danskem, skupno 5,5 milijona prebivalcev. Letno obravnavajo 700–1000 bolnikov na leto. V hospitalni enoti imajo na voljo 6 postelj za bolnike z najbolj trdovratno boleznijo. Osebe sestoji iz šest delno zaposlenih specialistov za glavobol, specializanta nevrologije na kroženju specializacije, treh fizioterapevtov, treh psihologov, treh višjih medicinskih sester in pet administratork. Na Danskem vso zdravstveno oskrbo financira država, tako da bolniki ne doplačujejo storitev, medtem ko so zdravila sofinancirana le delno.⁴ V Nemčiji imajo nekoliko bolj razvejano organizacijo z več lokalnimi bolečinskimi terapijami, ki usmerjajo bolj za-

pletene primere v supraregionalni center, ki je najbolj multidisciplinarno usmerjen.⁵

Pred prvim obiskom morajo bolniki vsaj 4 tedne izpolnjevati dnevnik vodenja glavobolov, kamor vpisujejo karakteristike, frekvenco in jakost glavobola. Poleg tega vpisujejo uporabo analgetikov (koliko, katerih). Izpolnijo vprašalnike o splošnem zdravstvenem stanju, vpliv glavobola na delo, družino in socialno življenje in o poprejšnjem zdravljenju glavobola. Pomembna je natančna anamneza ter natančen klinični nevrološki in splošni somatski status, ter klasifikacija glavobola glede na ICHD –II. Strategija in plan zdravljenja se ustvarita skupaj z bolnikom. Temelji na optimalnem farmakološkem zdravljenju, samoodgovornosti, izobraževanju in kontrolnih pregledih na kliniki. Odvisno od potreb je bolnik usmerjen k fizioterapevtom, psihologom in/ali medicinski sestri. Če glavoboli terjajo nevrokirurški pristop, imajo možnost konzultacije z nevrokirurgom (npr. nevralgija trigemina, idiopatska intrakranialna hipertenzija, hidrocefalus). Pri menstruacijski migreni, nosečnosti in drugih hormonskih težavah se posvetujejo z ginekologom. V primeru padca znotraj lobanjskega tlaka imajo na voljo anesteziologa, pri pridruženih psihiatričnih boleznih pa možnost konzultacije s psihiatrom. Včasih potrebujejo tudi pomoč zobozdravnika, ORL specialista ali maksilofacialnega kirurga. V nekaterih primerih je potrebna tudi obravnava socialnega delavca.⁶

Izkušnje delovanja multidisciplinarnih timov

Danska. V dveh letih so sprejeli 1326 bolnikov. Povprečna starost je bila 43,7 let (13–92 let), razmerje med moškimi in ženskami pa 3/7. Povprečno trajanje glavobola je bilo 10,6 let (0–76 let). Večina (63 %) jih je imela primarni glavobol (migrena 63 %, kronični tenzijski glavobol 54 %, glavobol v skupkih 9 %). Med sekundarnimi glavoboli je bil glavobol zaradi čezmernega jemanja zdravil daleč najpogostejši s 25,5 %.⁶ V celotni populaciji se je število glavobolov zmanjšalo z 20 dni na mesec na 11 dni na mesec z veliki-

mi razlikami glede na diagnozo. Pri migreni je bilo zmanjšanje frekvence najbolj očitno s 7,5 na 2,9 dni na mesec. Pri bolnikih z glavobolom v skupkih jih je bilo 63 % popolnoma brez težav, medtem ko so bili ostali statistično značilno izboljšani z manjšo intenziteto glavobola kot tudi krajšim trajanjem. Značilno se je zmanjšala odsotnost z dela zaradi glavobola (od 5 na 2 dni na mesec).⁶ Na Danskem so bili tudi zelo uspešni pri zdravljenju najbolj trdovratnih glavobolov zaradi čezmerne rabe zdravil. 98 bolnikov je šlo skozi dvomesečni detoksifikacijski program in so jih nato sledili še 10 mesecev. V program so bili vključeni poleg zdravnikov tudi fizioterapevti, medicinske sestre in psihologi. Frekvenca glavobolov se je zmanjšala za 39,3 %, uporaba zdravil za 62,8 %. 82,6 % jih je bilo ozdravljenih čezmerne rabe zdravil.⁷

Nemčija. Zavarovalnica je neodvisno od zdravnika napravila prospektivno študijo glede stroškov na individualnega bolnika v petih letih. Kot kontrole so uporabili podatke bolnikov, ki so bili zdravljeni konvencionalno, identični pa so bili po diagnozi, starosti in spolu. Integrirani pristop je značilno zmanjšal stroške za bolnišnično vodene bolnike za 21,5 %, za ambulantno vodene bolnike za 31,5 % in 50,6 % za rehabilitacijske službe. Pri kontrolni skupini so skupni stroški padli le za 6,4 % pri ambulantno vodenih, medtem ko so se stroški bolnišnic dvignili za 19,9 %, rehabilitacijski pa za 34,6 %. Zato je konvencionalen pristop veliko dražji, medtem ko z multidisciplinarnim pristopom lahko dolgoročno privarčujemo. V Nemčiji imajo tudi na dohodek vezano višino plačila za zdravstveno zavarovanje. Zato imajo ob tem, ko so bolniki odsotni z dela, manjši dohodek, ker manj vplačujejo v zdravstveno blagajno. Z integriranim pristopom in večjo prisotnostjo na delovnem mestu so uspeli zvišati dohodke bolnikov za povprečno 17,9 %. Pri kontrolni skupini je bilo zvišanje dohodka le 8,1 % v istem obdobju.⁶ Hudi kronični glavoboli brez specifične obravnave vodijo v sorazmerno zmanjšanje dohodka za bolnika, kar vodi do nižjih standardov, manj je socialnih prispevkov in vplačevanja davkov. Zato integrirani pristop k zdravljenju kroničnih glavobolov lahko ustavi ali vsaj obrne ta trend. V Nemčiji so

klinično izboljšanje proučevali z obrazcem SF-36. Pred pričetkom zdravljenja so imeli bolniki zmanjšano kakovost življenja v vseh domenah. Z integriranim pristopom k zdravljenju so večinoma normalizirali kakovost življenja v primerjavi s kontrolno skupino. Do normalizacije so potrebovali približno 2 leti, vendar ta vztraja. Zadovoljstvo bolnikov s takim pristopom je bilo popolno v 85,4 %, večinoma zadovoljnih je bilo 13,9 %. 82,4 % bolnikov bi priporočilo integrirani pristop tudi drugim.⁸ Uspešnost zdravljenja pomeni tudi to, da bolniki niso več na dolgih bolniških odsotnostih in da zmorejo opraviti svoje delo. To potrjuje tudi klinično učinkovitost in zmanjšuje stroške za delodajalca in zavarovalnice.⁹ Podobno učinkovitost so dokazali v več kliničnih študijah, še posebej pri starejših bolnikih in tistih, ki so imeli pogostejše kronične dnevne glavobole.¹⁰ Uspešnost so ocenjevali glede na število točk pri vprašalnikih, npr. MIDAS (Migraine Disability Assessment), HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) ter pregledovali bolnikove dnevnik in porabo zdravil.¹¹

Objavljeni so tudi članki o prevalenci migrene, številu napadov in številu migrenskih dni na mesec glede na socialnoekonomski status, narejeni na več kot 250.000 bolnikih z migreno v ZDA. Nižji kot je socialnoekonomski status, večja je incidenca migrene, kar potrjuje vpliv socialno vzročne hipoteze, čeprav stopnja remisije ni odvisna od višine dohodka na družinskega člana.¹¹ Tukaj lahko zaključimo, da lahko pri nas pričakujemo še večjo incidenco kroničnih bolezni, kot je npr. migrena, saj se ob vedno večji brezposelnosti in nižanju družinskih dohodkov tudi vedno več Slovencev srečuje s socialnoekonomskimi problemi, kar pa zopet obremenjuje državno blagajno.

Zaključek

Evropski model integriranega pristopa k zdravljenju glavobola v sodelovanju z vlado, zavarovalnico in Centri za glavobol je izboljšal izid zdravljenja bolnikov in zmanjšal stroške. Zmanjšanje stroškov gre predvsem na račun manj opravljenih diagnostičnih preiskav in manj obiskov v urgentnih ambulantah ter manj hospitalizacij. Kot pričako-

vano, pa so dražji stroški za zdravila. Enako tudi v Sloveniji potrebujemo Center za glavobol, ki bo spremljal in multidisciplinarno pristopal k bolnikom s trdovratnim kroničnim glavobolom. Glede na to, da v Sloveniji za bolnike z glavobolom porabimo približno 113,1 milijonov evrov PKM na letni ravni

(glede na izračun za leto 2010),¹ bi z zmanjšanjem stroškov glede na študije po nemškem in danskem sistemu lahko privarčevali letno tudi do 34 milijonov evrov PMK, kar bi verjetno tudi opravičilo ustanovitev takega centra.

Literatura

1. Bon J, Koritnik B, Bresjanac M, Repovš G, Pregelj P, Dobnik B, Pirtošek Z. Stroški Možganskih boleznih v Sloveniji v letu 2010. *Zdrav Vestnik*. 2013; 82: 164–75.
2. Gunreben-Stempfle B, Griessinger N, Lang E, Muehlhans B, Sittl R and Ulrich K. Effectiveness of an intensive multidisciplinary headache treatment program. *Headache*. 2009; 49: 990–1000.
3. Jensen R, Zeeberg P, Dehlendorff C, Olesen J. Predictors of outcome of the treatment programme in a multidisciplinary headache centre. *Cephalalgia*. 2010; 30: 1214–24.
4. Peters M, Perera S, Loder E, Jenkinson C, Gil Gouveia R, Jensen R, Katsarava Z, Steiner TJ. Quality in the provision of headache care. 1: systematic review of the literature and commentary. *J Headache Pain*. 2012; 13: 437–47.
5. Dietl M, Korczak D Over-, under- and misuse of pain treatment in Germany. *GMS Health Technol Assess.*; 7:Doc03. doi: 10.3205/hta000094.
6. Diener HC, Gaul C, Jensen R, Göbel H, Heinze A, Silberstein SD Integrated headache care. *Cephalalgia*. 2011; 31: 1039–47.
7. Signe B.Munksgaard.MD; Lars Bendtsen,MD, DrMSc; Rigmor H.Jensen, MD, DrMSc. Treatment –Resistant Medication Overuse Headache Can Be Cured. *Headache* 2012; 52: 1120–129.
8. Walter F. Stewart, PhD, Jason Roy, PhD, Richard B.Lipton, MD. Migraine prevalence, socioeconomic status, and social causation. *Neurology*. 2013; 81: 948–955.
9. Charly Gaul, Julia Bromstrup, Gunther Fritsche, Hans C. Diener and Zaza Katsarava. Evaluating integrated headache care: a one year follow-up observational study in patients treated at the Essen headache centre. *BMC Neurology*. 2011; 11: 124.
10. Wallasch TM, Angeli A, Kropp P. Outcomes of a headache-specific cross-sectional multidisciplinary treatment program. *Headache*. 2012; 52: 1094–105.
11. Thomas-Martin Wallasch, Peter Kropp. Multidisciplinary integrated headache care: a prospective 12-month follow –up observational study. *J Headache Pain*. 2012; 13: 521–529.