

# Sprawozdanie z kursu „*How to set up and run an outpatient Heart Failure Clinic*” *European Heart House* 27–29 listopada 2003 r., Sophia Antipolis, Francja

W dniach 27–29 listopada 2003 roku Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne zorganizowało program edukacyjny „*How to set up and run an outpatient Heart Failure Clinic*”, który przeprowadzono w *European Heart House* w Sophia Antipolis, niedaleko Nicei. Na spotkanie przybyli goście głównie z Europy (m.in. Szwecji, Irlandii, Holandii, Belgii, Francji, Portugalii, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii), a także z Azji (Indie, Singapur), specjaliści z zakresu niewydolności serca prowadzący przychodnie przykliniczne dla pacjentów z niewydolnością serca, a także osoby, które dopiero przygotowują się do takiej działalności. Szkolenie przygotowano dla zespołów 2-osobowych w składzie: lekarz i pielęgniarka. Sesje naukowe również prowadzono wspólnie.

Program przygotował prof. Kenneth Dickstein z Uniwersytetu w Bergen (Norwegia) i dr Tiny Jaarsma ze Szpitala Uniwersyteckiego w Groningen (Holandia), a współprowadzącymi byli Lynda Blue z Uniwersytetu w Glasgow, prof. Ulf Dahlström z Uniwersytetu w Linköping (Szwecja), dr Kenneth McDonald z Uniwersytetu w Dublinie (Irlandia) i dr Anna Strömberg z Uniwersytetu w Linköping (Szwecja). W programie zawarto sesje dydaktyczne i warsztaty.

Spotkanie rozpoczęło się cyklem wykładów, które miały przypomnieć problemy związane z niewydolnością serca, czyli rozpoznanie i ocenę pacjenta, aktualne zalecenia farmakologiczne, postępowanie uwzględniające choroby współtowarzyszące oraz działania nefarmakologiczne. Ostatnim punktem sesji była interaktywna dyskusja na temat poszczególnych przypadków.

W następnym dniu szkolenie rozpoczęła dr Tiny Jaarsma, która w bardzo obrazowy sposób przedstawiła możliwości poprawy opieki nad pacjentem z niewydolnością serca poprzez zespołowe podejście do tego zagadnienia. Zespół, w skład którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, farmaceuta, psycholog, rehabilitant, dietetyk, specjalista od medycyny paliatywnej porównano do drużyny piłkarskiej, jednoczącej wysiłki dla wspólnego celu, wspieranej także przez „zawodników rezerwowych”: psychiatrę, pracownika

poradni seksuologicznej, pielęgniarki środowiskowe. Każdy członek drużyny ma określone zadania prowadzące do zmniejszenia liczby ponownych hospitalizacji, poprawy jakości życia, zmniejszenia kosztów leczenia oraz zwiększenia przeżywalności pacjentów.

O ile rola lekarza w tym zespole wydaje się jednoznaczna, to niekoniecznie jasne są zadania innych członków drużyny.

Współpraca z farmaceutami (szpitalnym i w rejonie zamieszkania pacjenta) ma poprawić prawidłowe i systematyczne przyjmowanie leków, ich odpowiedni dobór, z uwzględnieniem działań niepożądanych stosowanych preparatów, ich wpływu na aktywność dzienną, zmniejszenie kosztów leczenia.

W zespole tym istotna jest również rola psychologa. Oczekuje się, że dzięki psychoterapii chory znajdzie motywację do zmian swoich przyzwyczajeń, nawyków, co umożliwi lepszą współpracę i samokontrolę.

Działania rehabilitanta zmierzają do osiągnięcia poprawy w funkcjonalnej wydolności, tym samym poprawy jakości życia, zmniejszenia liczby powtórnych hospitalizacji i wydłużenia życia.

Specjalistę z zakresu medycyny paliatywnej w polskiej rzeczywistości postrzega się jako lekarza zajmującego się terminalnymi stadiami wyłącznie chorób nowotworowych, tymczasem w prezentowanych systemach opieki zdrowotnej korzysta się z jego doświadczeń w zapewnieniu pacjentom warunków godnej śmierci w terminalnym stadium każdej choroby.

W zespole tym znajduje się również osoba koordynująca działania poszczególnych członków, utrzymująca telefoniczny kontakt z pacjentem. Dr Tiny Jaarsma wspomniała też o niezwykle ważnej roli, jaką odgrywają członkowie rodzin. W przedstawionych publikacjach przyczyną 21% powtórnych hospitalizacji było nieodpowiednie wsparcie socjalne pacjentów z niewydolnością serca.

Następnie dr Lynda Blue przedstawiła modele opieki medycznej nad pacjentami z przewlekłą niewydolnością serca, które oceniano w różnych pracach badawczych. W komentarzu podkreślała, że

wyniki poszczególnych badań nie są porównywalne, a najlepsze efekty gwarantują zintegrowane działania, takie jak:

- edukacja na oddziałach szpitalnych, kontynuowana po wypisie,
- interwencje domowe, telefoniczne,
- ścisły nadzór w przychodniach przyklinicznych.

Działania te są skoncentrowane na sposobach wczesnego wykrywania objawów poprzedzających zaostrzenia i zapobieganiu pogorszeniom stanu tych pacjentów, a tym samym zmniejszeniu liczby ponownych hospitalizacji i kosztów leczenia. Oczywiście wybór odpowiedniego wariantu opieki medycznej zależy od możliwości i organizacji systemu zdrowotnego w danym kraju.

Kolejny wykład poświęcono edukacji pacjenta, mającej na celu uświadomienie, jak może on wpływać na przebieg choroby. Wygłaszająca wykład dr Anna Stömberg wskazała metody umożliwiające osiągnięcie tego celu. Zgodnie z duchem czasu coraz bardziej powszechne — przynajmniej w Unii Europejskiej — staje się wykorzystywanie nowoczesnych technik audiowizualnych (program edukacyjny na CD).

Następnie prof. Ulf Dahlstrom skierował uwagę słuchaczy na terapię stosowaną u pacjentów w przebiegu dekomensacji niewydolności serca. Przedstawił on przypadek kliniczny na tle najnowszych badań klinicznych. Wykład ten poświęcony był terapii farmakologicznej, natomiast następny dotyczył alternatywnych działań, takich jak przeszczepy serca czy wykorzystywanie urządzeń wspomagających (rozzruszniki, dwukomorowa stymulacja elektryczna serca). Dr Kenneth McDonald przedstawił to trudne zagadnienie, pozostawiając wiele kwestii otwartych, które ponownie będzie można rozważyć po uzyskaniu wyników aktualnie prowadzonych badań.

Ostatni wykład w tym dniu wygłosili dr T. Jaarsma i prof. K. Dickstein. Dotyczył on monitorowania stanu pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca za pomocą natriuretycznego peptydu typu B (BNP) oraz praktycznego wykorzystania tego wskaźnika do optymalizacji stosowanego leczenia.

Na koniec tego dnia odbyły się warsztaty. Uczestników kursu podzielono na trzy 30-osobowe grupy. Każda z nich uczestniczyła w 45-minutowych warsztatach prowadzonych w zespole: lekarz i pielęgniarka. Dr L. Blue i dr K. McDonald zaprezentowali stosowaną przez nich bazę danych, formularze, sposoby komunikowania się w obrębie istniejących struktur organizacyjnych. Zapoczątkowało to dyskusję i wymianę doświadczeń w tym zakresie. Nawet w istniejących specjalistycznych ośrodkach niewydolności serca występują trudności z prawi-

dlową komunikacją pomiędzy poszczególnymi jednostkami organizacyjnymi systemu, zwłaszcza dotyczy to kontaktów z lekarzami podstawowej opieki. Drugie warsztaty prowadzili goście z Holandii i Norwegii. Dotyczyły one optymalnej opieki nad pacjentem z zaostrzeniem niewydolności serca. Przypadek, który omawiano wywołał wiele emocji, głównie z powodu różnych możliwości terapeutycznych dostępnych w poszczególnych jednostkach organizacyjnych (oddziały niewydolności serca lub przychodnie). Ostatnie warsztaty prowadzone przez zespół ze Szwecji wzbudziły jeszcze większe zainteresowanie — ich temat brzmiał „Rola lekarza i rola pielęgniarki — kto co robi?”. W Polsce zakres obowiązków jest jednoznacznie podzielony, w innych krajach także, ale niespodzianką był szeroki zakres różnych czynności wykonywanych przez wyspecjalizowane pielęgniarki. Przykładem jest edukacja chorego, domowy i telefoniczny nadzór, korekty leczenia farmakologicznego. Przynajmniej niektóre z tych zadań wydają się możliwe do przeniesienia na polski grunt, oczywiście w ramach budowania systemowej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca. Kontynuacją tej tematyki były, prowadzone już w następnym dniu szkolenia, rozważania nad zakresem odpowiedzialności pielęgniarek, wynikającej z przyjętych rozwiązań systemowych. Najwięcej doświadczeń dotyczących tego zagadnienia zgromadzili Szwedzi i to oni właśnie przedstawili program dla pielęgniarek specjalizujących się w zakresie niewydolności serca i porównali z innymi podobnymi programami.

Żaden system opieki zdrowotnej nie może funkcjonować w oderwaniu od uwarunkowań prawnych, etycznych, organizacyjnych i ekonomicznych, toteż nie zabrakło i tej tematyki. Według wykładających najlepszym rozwiązaniem dla specjalistycznych przychodni niewydolności serca jest organizowanie ich na podstawie profilowanych oddziałów niewydolności serca, oddziałów kardiologicznych, internistycznych i geriatrycznych. Tak zorganizowane centra powinny dbać o współpracę z lekarzami opieki podstawowej, włącznie z prowadzeniem odpowiednich działań edukacyjnych. Dr K. McDonald omówił znaczenie badań klinicznych dla optymalizacji zarządzania systemem opieki nad chorymi z niewydolnością serca.

Wszelkie działania powinny podlegać weryfikacji pod kątem ich skuteczności, to zaś wymaga odpowiednich narzędzi. Ich charakterystykę i możliwości przedstawiła na zakończenie tej wyczerpującej sesji dr T. Jaarsma.

Całe szkolenie przebiegało w przyjaznej atmosferze. Organizatorzy zadbali nie tylko o wysoki poziom seminariów i warsztatów, ale także umożliwili

uczestnikom liczne spotkania nieformalne, znakomicie ułatwiające zadawanie pytań, wymianę doświadczeń i bliższe poznanie. Niezwykle istotna jest rów-

nież zapowiedź dalszych szkoleń i możliwość indywidualnych kontaktów. I wreszcie “*the last, but not least*”, ta francuska kuchnia...

*Małgorzata Fedyk-Łukasik i Barbara Wizner  
Klinika Chorób Wewnętrznych i Geriatrii,  
CMUJ w Krakowie*