

Ankieta „Rehabilitacja w niewydolności serca” – podsumowanie

Agnieszka Sanecka

Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiografii Nieinwazyjnej, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiol Pol 2009; 67: 353-356

Szanowni Państwo,

rehabilitacja chorych z niewydolnością serca jest istotna z punktu widzenia klinicznego, organizacyjnego i psychologicznego w przełamywaniu niechęci lekarzy do leczenia ruchem tej grupy pacjentów.

W ramach programu POLKARD przeprowadzono ankietę, której wyniki przedstawiamy poniżej. Myślę, że wzbudzą one zainteresowanie – głośno w dyskusji mile widziane.

Ryszard Piotrowicz

W ankiecie wzięło udział 210 lekarzy, z których prawie połowę stanowili interniści (45%), niewiele mniej kardiolodzy (43%). Pozostała część lekarzy nie miała żadnej specjalizacji (6%) bądź miała specjalizację z medycyny rodzinnej (czasem razem z interną – w sumie 22%). Reprezentanci innych specjalizacji (m.in. diabetologii, pediatrii, medycyny ogólnej, medycyny pracy, kardiochirurgii) stanowili tylko 5% respondentów (Rycina 1).

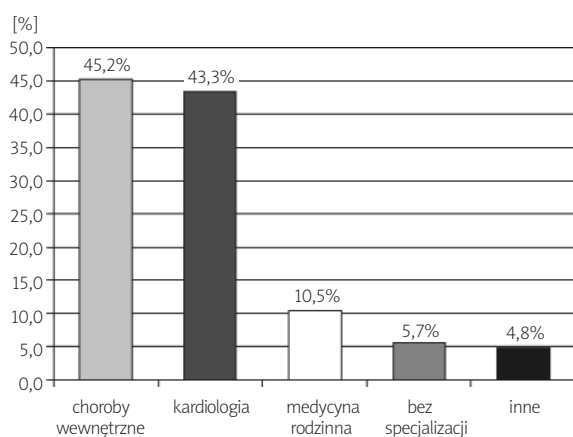
Większość (ok. 2/3 – 69%) ankietowanych lekarzy pracuje w szpitalu, nieco mniej (41%) głównie w poradni kardiologicznej, z czego jednocześnie w poradni i szpitalu pra-

cuje 24%, pozostali w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) (16%) (Rycina 2).

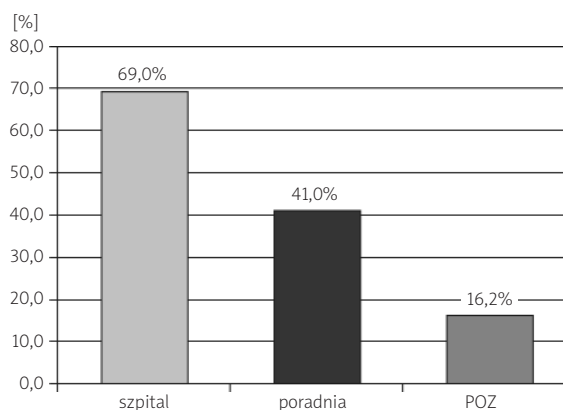
Ankietowani lekarze szpitalni pracują na oddziale kardiologii (ok. 50%) lub interny (Rycina 3).

Z ankiety wynika, że niewydolność serca jest jedną z głównych jednostek chorobowych, z którą spotykają się ankietowani zarówno interniści, jak i kardiolodzy, gdyż aż 60% z nich określiło, że osoby z niewydolnością serca stanowią w ich praktyce lekarskiej większość chorych (Rycina 4).

Prawie wszyscy (95%) ankietowani lekarze oceniają wydolność chorych z niewydolnością serca w miejscu pracy,



Rycina 1. Specjalizacje lekarzy biorących udział w ankiecie

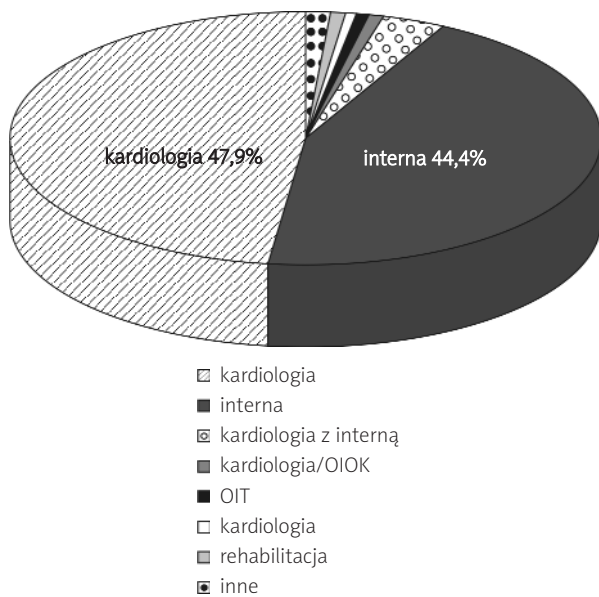


Rycina 2. Miejsce pracy lekarzy biorących udział w ankiecie

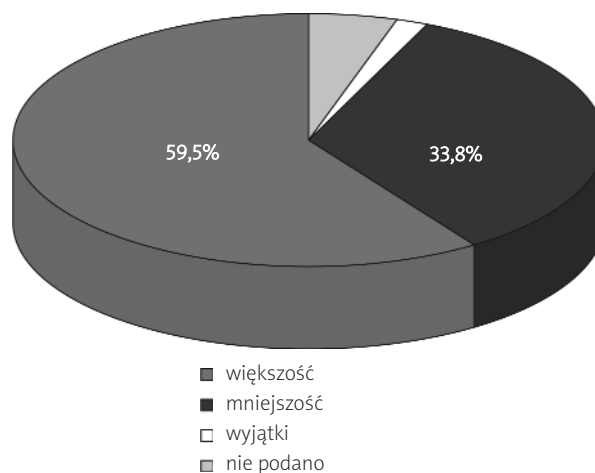
Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 46 00,

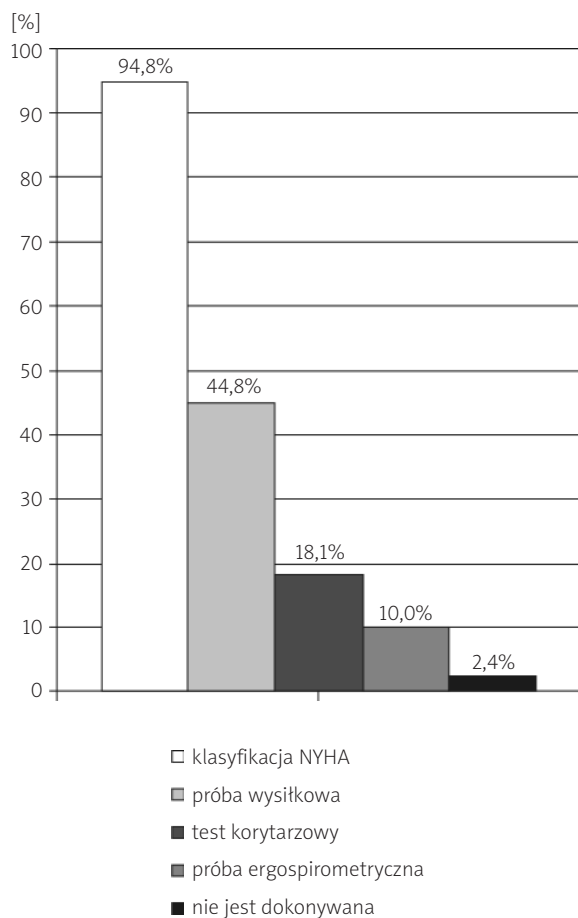
e-mail: rpiotrowicz@ikard.pl



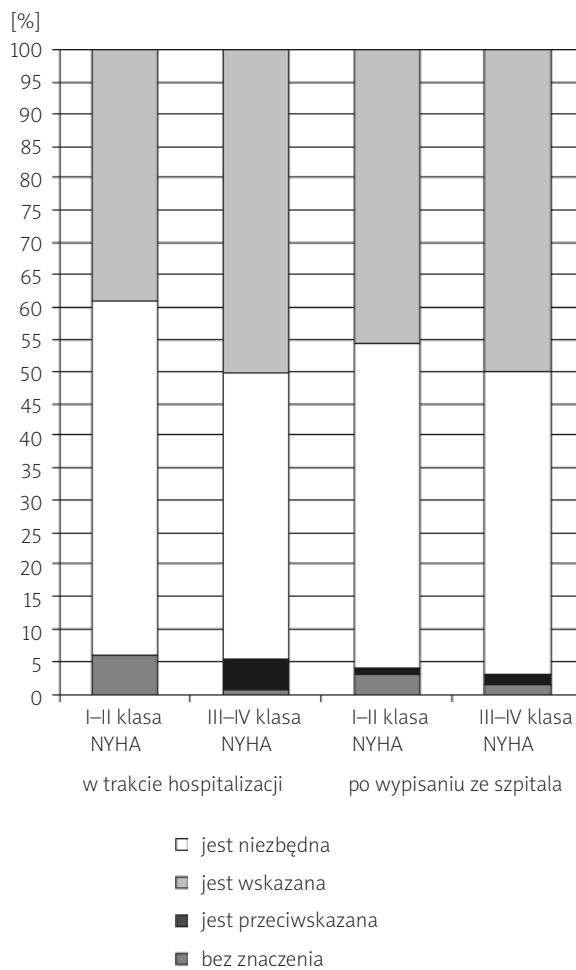
Rycina 3. Oddziały szpitalne, na których pracują ankieterowani lekarze



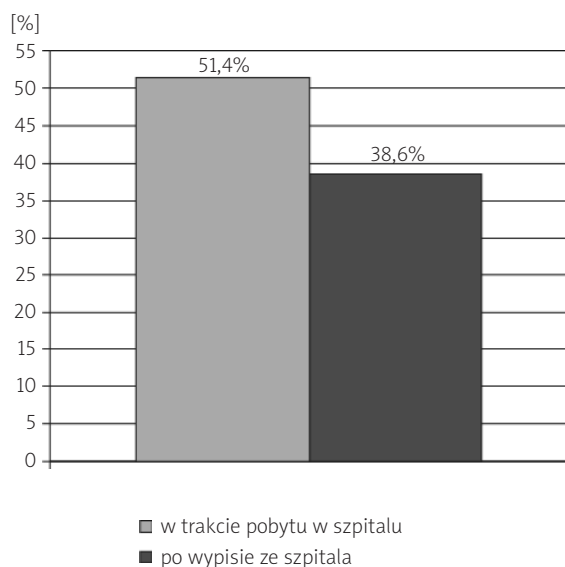
Rycina 4. Chorzy z niewydolnością serca



Rycina 5. Sposoby oceny wydolności chorych



Rycina 6. Ocena rehabilitacji chorych z niewydolnością serca



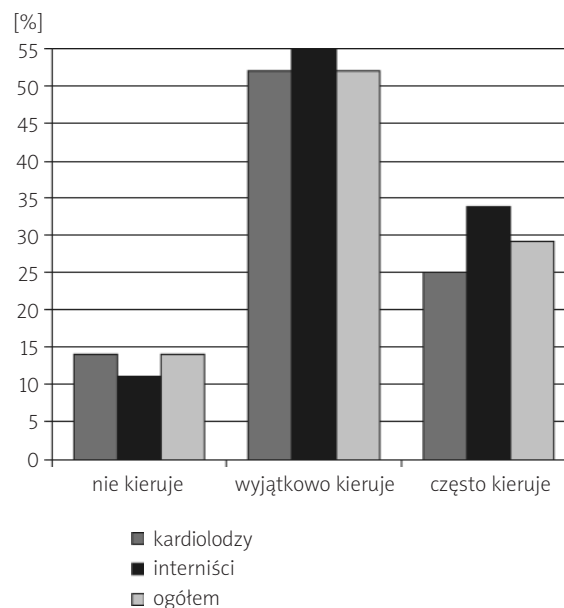
Rycina 7. Realizacja programu rehabilitacji

używając klasyfikacji NYHA. Mniej popularnym sposobem tej oceny jest próba wysiłkowa – wykorzystuje ją do tego celu prawie połowa ankietowanych (45%). Inne, jeszcze rzadziej używane sposoby oceny to test korytarzowy (18% ankietowanych) i próba ergospirometryczna, wykorzystywana w tym celu przez co dziesiątego z ankietowanych lekarzy (Rycina 5.).

Z ankiety wynika, że powszechnie znane i doceniane jest duże znaczenie rehabilitacji chorych z niewydolnością serca, niezależnie od jej nasilenia wg klasyfikacji NYHA oraz niezależnie od miejsca pobytu chorego (w trakcie hospitalizacji czy po wypisaniu ze szpitala). Świadomość ankietowanych lekarzy nie zależy od specjalizacji, gdyż kardiolodzy i interniści bez specjalizacji z kardiologii odpowiedzieli w tej sprawie podobnie (Rycina 6.).

Najczęściej dostrzeganą przez prawie wszystkich ankietowanych lekarzy (85%) korzyścią z rehabilitacji chorych z niewydolnością serca, i to niezależnie od stopnia jej zaawansowania, jest poprawa jakości życia. Następną korzyścią z rehabilitacji tej grupy chorych wg częstości zaznaczania jest zmniejszanie liczby hospitalizacji (ok. 72%), również niezależnie od stopnia ciężkości niewydolności serca. Ostatnią jest wydłużanie życia, zauważane nieco częściej w grupie chorych z niewielką (I–II klasa wg NYHA) niewydolnością serca (66% ankietowanych) niż w grupie z ciężką (III–IV klasa wg NYHA) niewydolnością serca (59% ankietowanych).

Realizacja programu rehabilitacji chorych z niewydolnością serca w miejscu pracy ankietowanych lekarzy jest niestety niewielka, gdyż ma miejsce w trakcie hospitalizacji jedynie u połowy ankietowanych (51%), a po wypisaniu ze szpitala jedynie u 39% (Rycina 7.). Nieco częściej cho-



Rycina 8. Częstość kierowania na oddział o wyższej referencyjności

ry są rehabilitowani podczas pobytu na oddziałach kardiologii niż interny (47 vs 34%).

Większość ankietowanych lekarzy (80%) uważa, że powinny powstawać poradnie niewydolności serca, nieco częściej zapotrzebowanie takie dostrzegają kardiolodzy niż interniści (84 vs 75%). Nieco ponad połowa ankietowanych (57%) zauważa potrzebę tworzenia oddziałów lub pododdziałów niewydolności serca i podobnie jak w przypadku poradni, potrzebę taką nieco częściej zgłaszali kardiolodzy niż interniści (62 vs 55%).

Z ankiety wynika ponadto, że najczęściej (52%) lekarze tylko wyjątkowo kierują chorych z ciężką niewydolnością serca na oddział o wyższej referencyjności. Prawie co trzeci z ankietowanych lekarzy kieruje chorych „często” (29%), przy czym częściej robią to interniści niż kardiolodzy (34 vs 25%). Tylko 14% ankietowanych nie kieruje wcale chorych z ciężką niewydolnością serca na oddziały o wyższej referencyjności i nieco częściej są to kardiolodzy niż interniści (14 vs 11%) (Rycina 8.).

Wnioski

1. Ankieta odzwierciedla w równym stopniu stanowisko specjalistów kardiologów, jak i specjalistów chorób wewnętrznych bez dodatkowej specjalizacji z kardiologii w sprawie rehabilitacji chorych z niewydolnością serca. Stanowiska te nie różnią się istotnie.
2. Najczęściej stosowanym w praktyce sposobem oceny wydolności chorych z niewydolnością serca jest klasyfikacja wg NYHA.

3. Powszechnie znane i doceniane jest duże znaczenie oraz korzyści z rehabilitacji chorych z niewydolnością serca, niezależnie od ciężkości niewydolności serca.
4. Praktyczna realizacja programu rehabilitacji chorych z niewydolnością serca jest niedostateczna.
5. Istnieje potrzeba tworzenia poradni niewydolności serca, a także oddziałów lub pododdziałów niewydolności serca.
6. W praktyce chorzy z ciężką niewydolnością serca kierowani są na oddziały o wyższej referencyjności tylko wyjątkowo.