

Marzenia czy rzeczywistość – czyli wielodyscyplinarna opieka nad chorym z zaawansowaną niewydolnością serca

dr hab. Tomasz Zieliński

Klinika Niewydolności Serca i Transplantologii, Instytut Kardiologii, Warszawa



Opieka nad chorym z niewydolnością serca (NS) wymaga ogromnej cierpliwości ze strony pacjenta, jego rodziny i wszystkich pracowników ochrony zdrowia zaangażowanych w leczenie. Jest to zadanie trudne z wielu przyczyn – nie tylko medycznych, ale również psychologicznych, którymi często są: rozmiłanie się oczekiwań chorego z możliwościami leczenia, niedostateczne wsparcie ze strony najbliższej rodziny i przyjaciół, a także trudna sytuacja ekonomiczna (brak możliwości wykonywania dotychczasowej pracy zawodowej, złe warunki materialne). Ci, którzy stale opiekują się chorymi z NS, wiedzą, jak ogromna jest skala związanych z tym medycznych i pozamedycznych problemów. Jest ich tak dużo, że lekarzowi, który często w geście obronnym i z braku czasu koncentruje się niemal wyłącznie na stanie somatycznym chorego i czysto medycznych aspektach leczenia, trudno jest je rozwiązać. Z tego względu pomysł stworzenia wielodyscyplinarnych zespołów zajmujących się opieką na chorymi z zaawansowaną NS jest bardzo trafny. Potrzeba istnienia takiego zespołu rośnie niemal wykładniczo wraz ze stanem zaawansowania choroby. Stworzenie zespołów to pomysł nienowy, ale nawet w krajach skandynawskich, gdzie był on stosunkowo najczęściej wdrażany, jego wprowadzenie do codziennej praktyki klinicznej nie jest proste. Sprawą dyskusyjną jest, w jaki sposób taki zespół powinien funkcjonować i kto powinien wchodzić w jego skład. Jest to fragment szerszego, ciągle nierozwiązanego w sposób systemowy, również w Polsce, problemu opieki nad chorymi z ciężką zaawansowaną NS. Proponuje się zespół terapeutyczny składający się z lekarza kardiologa (najczęściej wyspecjalizowanego w problemach leczenia chorych z NS), pielęgniarki oraz psychologa. W niektórych wypadkach zespół ten może uzupełniać pracownik socjalny lub opieki społecznej. Coraz szerzej w monitorowaniu chorych oraz dla łatwego codziennego kontaktu z zespołem terapeutycznym wykorzystywane są najnowsze osiągnięcia telemedycyny.

Na szczególną uwagę w tym systemie opieki wielodyscyplinarnej zasługuje bardzo duża rola pielęgniarki. Warunkiem powodzenia jest dobre wyszkolenie i doświadczenie w pracy z chorymi z NS oraz możliwość okresowych wizyt w domu pacjenta. W krajach o większej autonomii tego zawodu istnieją nawet próby tworzenia ośrodków ambulatoryjnych prowadzonych głównie przez przeszkolone pielęgniarki, zapewniających stałą opiekę tej grupie chorych. Jest to kompromis między koniecznością częstej kontroli stanu klinicznego i postępu leczenia oraz dostępnością lekarza specjalisty lub lekarza pierwszego kontaktu.

W przedstawionej pracy Autorzy z Kliniki Kardiologii Akademii Medycznej w Poznaniu przedstawiają wyniki prowadzonego od 2002 r. programu wielodyscyplinarnej opieki ambulatoryjnej nad 160 chorymi z NS. Harmonogram wizyt i kontroli przewidzianych dla grupy chorych objętych aktywną ochroną jest zdecydowanie bardziej intensywny niż objętych rutynową opieką lekarza rodzinnego. Sądzę, że odzwierciedla to realia ochrony zdrowia, w których w warunkach zwykłej działalności ani poradnia specjalistyczna, ani lekarz rodzinny nie mają szans zapewnienia tak intensywnych kontroli, jakie były udziałem chorych w grupie opieki wielodyscyplinarnej. Już sam fakt tak częstych kontroli może odpowiadać za część wyników przedstawionego programu.

Autorzy wspominają o znaczeniu wczesnej wizyty, tj. po 14 dniach od wypisania ze szpitala. Moim zdaniem taka wizyta jest niezwykle potrzebna i powinna się odbywać w poradniach o pewnym doświadczeniu w leczeniu chorych z NS lub w poradni przyszpitalnej, najlepiej blisko miejsca zamieszkania chorego. Jej celem powinna być ocena efektu leczenia szpitalnego, sprawdzenie funkcjonowania chorego w warunkach domowych czy wreszcie ewentualna modyfikacja leczenia (np. zwiększenie dawki β -blokerów, gdyż w wypadku zastosowania tego leczenia długość hospitalizacji rzadko wystarcza do uzyskania dawek docelowych). Mimo braku statystycznie istotnych różnic między śmiertelnością w grupie chorych objętych programem opieki wielodyscyplinarnej a grupą objętą opieką tradycyjną, zaznacza

się wyraźna tendencja na korzyść chorych leczonych wielodyscyplinarnie i intensywnie. Wysoka całkowita liczba zgonów (29%) w grupie opieki tradycyjnej odzwierciedla zapewne znaczny stopień zaawansowania NS oraz schorzeń towarzyszących. Tylko 15% chorych z tej grupy zmarło z powodu NS. Na taki wynik mogą jednak wpływać trudności w określeniu przyczyny zgonu, zwłaszcza wśród chorych, którzy zmarli poza szpitalem.

Opieka wielodyscyplinarna (będąca również opieką zintensyfikowaną przez częste kontrole) pozwala natomiast statystycznie istotnie obniżyć częstość hospitalizacji (o 37%), szczególnie hospitalizacji z powodu NS (o 48%). W tej grupie zmniejszył się również czas hospitalizacji i znacząco poprawił komfort życia pacjentów.

Jest to wyraźny dowód na to, że zastosowanie zintensyfikowanej i wielodyscyplinarnej opieki ambulatoryjnej zmniejsza konieczność leczenia szpitalnego i zmniejsza czas hospitalizacji. Mimo że w przedstawionej pracy nie prowadzono analizy kosztów, istnieją silne przesłanki, aby przypuszczać, że intensywne leczenie wielodyscyplinarne było tańsze niż leczenie związane z opieką rutynową i częstszymi hospitalizacjami.

Osobnym zagadnieniem jest wybór właściwego modelu opieki nad chorym z NS. Moim zdaniem celowe byłoby zorganizowanie takiego modelu opartego na ośrodkach transplantacyjnych jako ośrodkach najwyższego stopnia referencyjności, ściśle współpracujących z siecią ośrodków szpitalnych i poradni wyspecjalizowanych w leczeniu tej grupy chorych w danym regionie. Bardzo istotne jest, aby sieć takich ośrodków pozwoliła choremu na uzyskanie konsultacji i pomocy blisko jego miejsca zamieszkania. Bardzo ważną rolę ośrodków wojewódzkich i regionalnych byłyby także konsultacje przypadków trudnych, kształcenie lekarzy

rodzinnych oraz samych chorych i ich rodzin w zakresie zasad postępowania w diagnostyce i leczeniu NS.

Stworzenie takiego systemu mogłoby zdecydowanie poprawić jakość opieki, komfort życia, a być może nawet czas przeżycia tych chorych.

Czy to tylko marzenia i czy mają one szansę stać się rzeczywistością nie tylko dla wybranych regionów i nie-wielkiej grupy pacjentów – pokaże czas.

Piśmiennictwo

1. Gonseth J, Guallar-Castillón P, Banegas JR, et al. The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *Eur Heart J* 2004; 25: 1570-95.
2. Stewart S, Marley JE, Horowitz JD. Effects of a multidisciplinary, home-based intervention on unplanned readmissions and survival among patients with chronic congestive heart failure: a randomised controlled study. *Lancet* 1999; 354: 1077-83.
3. Gustafsson F, Videbaek L, Ulriksen H, et al. Predictors of betablocker uptitration success in patients treated in nurse-based heart failure clinics. Results from the Danish heart failure clinics network. *Eur Heart J* 2006; 27 (Abstract Suppl): 337.
4. Chinaglia G, Gaschino R, Asteggiano G, et al. A multidisciplinary heart failure care program based on a nurse-monitored outpatient clinic reduces readmissions, improves clinical status and quality of life after 6 months. *Eur Heart J* 2006; 27 (Abstract Suppl): 790.
5. Cleland JG, Louis AA, Balk A, et al. Telemonitoring improves uptake of effective treatment compared to standard care or conventional heart failure nurse support: the TEN-HMS study. *Eur Heart J* 2004; 25 (Abstract Supplement): 500.
6. Stewart S, Blue L, Walker A, et al. An economic analysis of specialist heart failure nurse management in the UK; can we afford not to implement it? *Eur Heart J* 2002; 23: 1369-78.