

Serce i rozum. Jak zmniejszyć odległą śmiertelność chorych po zawale

Choroby układu krążenia są główną przyczyną zgonów w naszym kraju. Co roku z powodu różnych incydentów wieńcowych umiera w Polsce ok. 380 tys. osób, przy czym 20 tys. to zgony związane z wystąpieniem ostrych zespołów wieńcowych. Rocznie z ich powodu hospitalizowanych jest ok. 130 tys. pacjentów. Warto zauważyć, że ok. 20 proc. wszystkich zawałów serca manifestuje się nagłym zgonem przedszpitalnym. Należy zatem szacować, że rzeczywista liczba zawałów serca w Polsce jest większa i wynosi ok. 160 tys. rocznie.

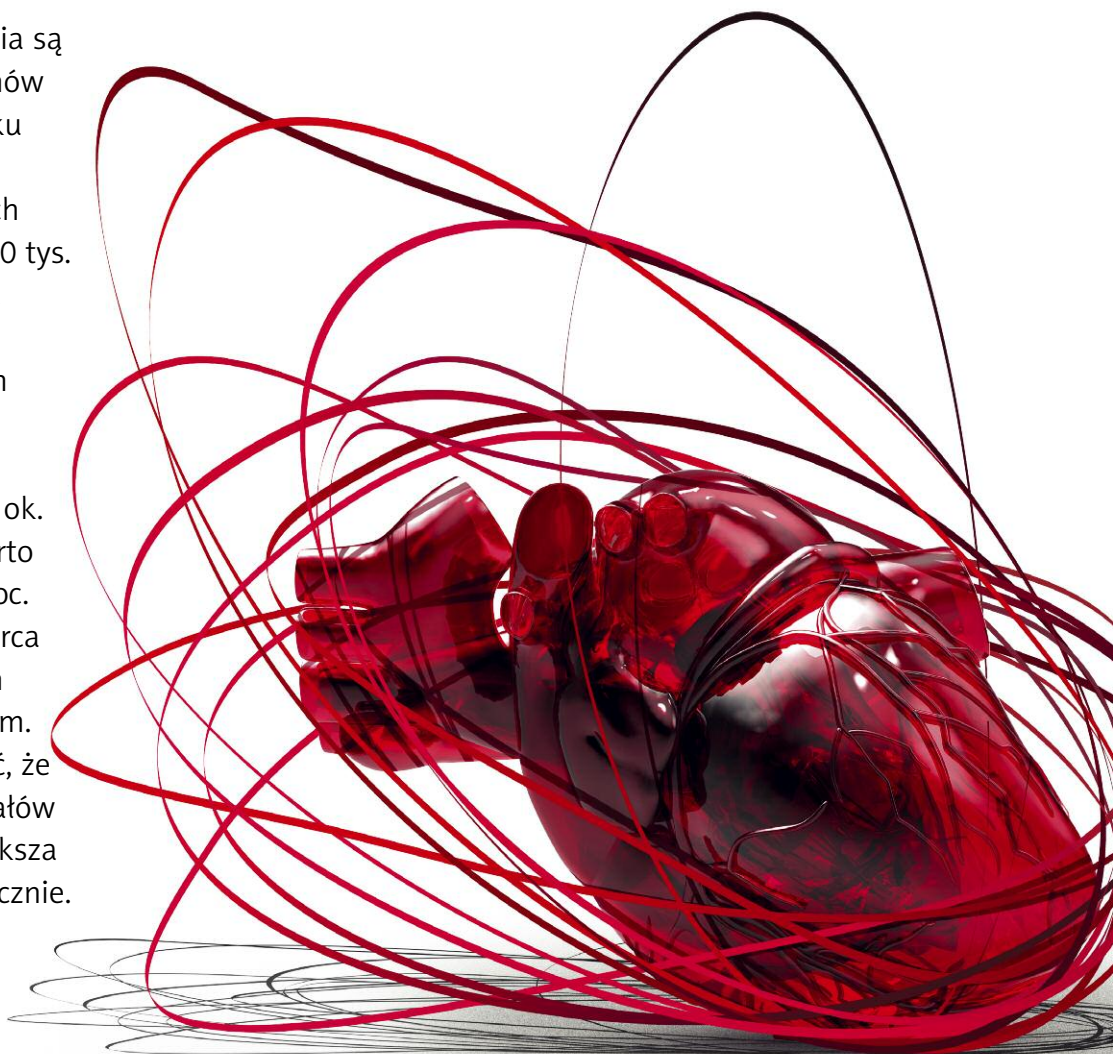


foto: istock.com

Podczas gdy niewielka armia 350–400 kardiologów ustanowiła najwyższy, światowy poziom interwencyjnej opieki kardiologicznej, dzięki której umieralność wewnątrzszpitalną możemy porównywać z najbardziej rozwiniętymi krajami – Finlandią, Danią czy USA – tracimy pacjentów, którzy umierają z powodu zaniedbań w zakresie rehabilitacji kardiologicznej i opieki farmakologicznej. Jak zmienić tę sytuację? Jakie podjąć kroki? O tym redakcja „Menedżera Zdrowia” dyskutowała 25 marca w gronie specjalistów i polityków w poznańskiej siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Im dalej, tym gorzej

Postęp w kardiologii interwencyjnej sprawił, że śmiertelność z powodu OZW od początku lat 90. zmniejszyła się w Polsce aż o 30 proc. To niewątpliwym sukces. Wydaje się jednak, że połowiczny, jeśli popatrzymy na opiekę nad chorym po zawale w perspektywie długoterminowej. Nadal nie funkcjonuje zorganizowany system kompleksowej i ciągłej opieki po wyjściu pacjenta ze szpitala. Jego brak powoduje, że w ciągu roku po zawale umiera 15 proc. chorych, z kolei po 4 latach nie żyje już 33 proc. z nich. Zmniejszenie liczby zgonów jest możliwe poprzez poprawę opieki ambulatoryjnej, udostępnienie chorym nowoczesnych leków, poprawę w obszarze organizacji i dostępu do rehabilitacji kardiologicznej oraz edukacji. Istotne jest jednak, aby w działania zmierzające do zmiany tej sytuacji włączyły się środowiska kardiologów – interwencyjnych i zachowawczych, lekarzy rodzinnych, decydentów i samych pacjentów. – *W kwestii rehabilitacji kardiologicznej problemem są niskie kontrakty; nikomu nie opłaca się prowadzić pracowni rehabilitacyjnych. Generalnym grzechem polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak centralnego ośrodka decyzyjnego, jakim kiedyś był lekarz wojewódzki, który dzięki prerogatywom i wiedzy o posiadanych zasobach mógł ingerować i rozstrzygać w kwestiach zarządzania systemem*



for. Archiwum 3x

prof. Henryk Wysocki

konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii

Zniknęła opieka rehabilitacyjna – w ciągu ostatnich kilku miesięcy z naszej kliniki nie udało się skierować do sanatorium żadnego chorego. W efekcie pacjenci po operacji są wypuszczani w świat i przestają zażywać zapisane leki. Pacjent bardzo dobrze leczony w okresie ostrego zawału potem jest zostawiony sam sobie.



prof. Andrzej Wykrętowicz

zastępca dyrektora Oddziału Klinicznego Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych Szpitala Klinicznego im. H. Święcickiego w Poznaniu

Konieczne jest stworzenie spójnego systemu leczenia ostrych stanów wieńcowych, co już nam się udało, oraz opieki rehabilitacyjnej, co z niezrozumiałych powodów jest traktowane po macoszemu.



Karol Chojnacki

dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

W ZOZ-ach oferowaliśmy pełną opiekę, z rehabilitacją włącznie. Po reformie medycy konkurują ze sobą, każdy chwali się swoimi wynikami, ale nie ma spójności w opiece nad pacjentem, który po wyjściu ze szpitala jest tracony, bo nie dorobiliśmy się kompleksowości systemu opieki kardiologicznej, która uwzględniałaby najnowsze wytyczne światowe w tym zakresie.

ochrony zdrowia na danym terenie – w województwie czy regionie. Dziś przez totalny bałagan mamy do czynienia z wielkim marnotrawstwem środków. Zniknęła opieka rehabilitacyjna, w ciągu ostatnich kilku miesięcy z naszej kliniki nie udało się przekazać do sanatorium żadnego pacjenta. W efekcie chorzy po operacji są wypuszczani w świat i przestają zażywać zapisane leki. Pacjent bardzo dobrze leczony w okresie ostrego zawału potem jest zostawiony sam sobie – mówił prof. Henryk Wysocki, konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiologii.

Brak wizji

Uczestnicy debaty podkreślali, że w Polsce ciągle brakuje wizji i długofalowego myślenia o leczeniu

chorób układu krążenia. – Problemem polskiej kardiologii jest to, że nie ma planu, projektu oraz systemu zarządzania ochroną zdrowia, czego przykładem jest kardiologia wielkopolska. Po stworzeniu pracowni na wysokim poziomie, które – owszem, z racji wysokiej wyceny usług – zaczęły zarabiać, wraz z prof. Wysockim usiłowaliśmy wytłumaczyć władzom wojewódzkim, że konieczny jest plan. Usłyszeliśmy, że jest wolny rynek i pracownie kardiologiczne może otwierać każdy, czyli zostaliśmy potraktowani jak sprzedawcy lodówek. Tymczasem konieczne jest stworzenie spójnego systemu leczenia ostrych stanów wieńcowych, co już nam się udało, oraz opieki rehabilitacyjnej, co z niezrozumiałych względów jest traktowane po macoszemu – mówił prof. Andrzej Wykrętowicz z Kliniki



dr Krzysztof Kordel

prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Dla mnie największym sukcesem polskiej kardiologii jest zrównanie wieku mężczyzn i kobiet w ciągu minionych 12 lat; w efekcie nie mamy nadumieralności mężczyzn. Kolejnym są oszczędności dla państwa, które nie musi wydawać pieniędzy na renty. Tymczasem NFZ ciągle tnie fundusze na rehabilitację i programy lekowe.



Maria Krupecka

dyrektor Wydziału Polityki Społecznej
Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego

Mamy nadzieję, że wojewoda otrzyma prerogatywy do analizowania i tworzenia mapy potrzeb, co powinno zaowocować wpływem na tworzenie programów opieki kardiologicznej, w tym rehabilitacji.



Grzegorz Wrona

dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego
w Koninie

Dziś lekarze nie mają wiedzy na temat sytuacji opieki kardiologicznej. Odczytuję to jako rodzaj aktywności, która nie przynosi efektów w postaci restytucji pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych. Brakuje nam zaangażowania w kontynuację ogromnej pracy, jaką wykonują kardiologowie. Dlatego tak wielu pacjentów tracimy.

Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

Średnia wieku pacjentów z zawałem wynosi w Polsce 66 lat. Analizy danych NFZ wskazują, że dwie trzecie zgonów po wypisaniu ze szpitala spowodowanych jest incydentami sercowo-naczyniowymi, m.in. niewydolnością serca lub ponownym zawałem. To niepokojący wskaźnik. Dlatego ważne jest, aby w ramach opieki zapewnić pacjentowi nie tylko dostęp do odpowiednich procedur medycznych, lecz także kontynuację i kompleksowość leczenia, m.in. w trybie ambulatoryjnym, oraz odpowiedniej farmakoterapii. Ale w tym momencie pojawia się magiczne słowo „system”. Jego przedstawicielem na debacie był Karol Chojnacki, dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, który powiedział: – *Jeśli dokonamy zbitki dwóch słów – „zdrowie” i „pieniądze”, to już iskrzy, jeśli doda-*

my trzecie – „polityka”, robi się piekielny tygiel. Gdy w ramach reform poszat-kowano zespoły opieki zdrowotnej na usługi kardiologiczne i zgodnie z obecną klasyfikacją w dziale kardiologia jest nie tylko leczenie ostrych zespołów wieńcowych, lecz także hospitalizacja oraz programy kardiologiczne, robi się z tego tygiel, o którym powiedziałem. W ZOZ-ach mieliśmy pełną opiekę, z rehabilitacją włącznie. Po reformie medycy ze sobą konkurują, każdy chwali się swoimi wynikami, ale nie ma spójności opieki nad pacjentem, który po wyjściu ze szpitala jest tracony, bo nie dorobiliśmy się kompleksowości systemu opieki kardiologicznej, która uwzględniałaby najnowsze wytyczne światowe w tym zakresie.

Zdrowy pacjent to pieniądź

Podstawą gospodarek krajów rozwiniętych jest rachunek ekonomiczny. W publicznym systemie ochrony zdrowia należy liczyć koszty procedur medycznych i zapisywać je w rubryce „winien”. Jednak już

w czasach Bolesława Prusa każdy subiekt wiedział, że istnieje także rubryka „ma” – czyli ta, w której liczy się zyski. Takiego rachunku w skali ogólnopolskiej chyba nikt dotychczas nie zrobił. Dlatego warto przypomnieć, że z danych firmy doradczej KPMG wynika, iż opieka medyczna i leki związane z chorobami sercowo-naczyniowymi pochłaniają ok. 15 mld zł rocznie. To dużo. Jednak niemal na starcie – czyli rok po wydaniu tej kwoty – tracimy miliard złotych na ponowne zaopatrzenie chorych, których z powodu braku odpowiedniej refundowanej farmakoterapii trzeba ratować przed śmiercią na skutek wznowy ostrego stanu wieńcowego. Na tym nie koniec – każda osoba umierająca z powodu zaniechań w refundacji odpowiednich leków jest dla budżetu kolejną stratą, mierzoną w złotych, których nie wniesie ona do PKB jako podatnik i konsument. Jak wyliczono – w Polsce wartość życia to ponad 600 tys. zł, o jakie uboższy będzie budżet państwa. – *Patrząc na problem demografii – dla mnie największym sukcesem polskiej kardiologii jest zrównanie wieku mężczyzn i kobiet w ciągu minionych 12 lat; w efekcie nie mamy nadumieralności mężczyzn. Drugim są oszczędności – korzyści dla państwa, które nie musi wydawać pieniędzy na renty. Tymczasem NFZ ciągle tnie fundusze na rehabilitację i nowoczesne programy lekowe* – skomentował dr Krzysztof Kordel, prezes Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Jak to się robi w Wielkiej Brytanii

Tak wygląda opieka kardiologiczna w Polsce, tymczasem w rozwiniętych krajach Europy politycy mający świadomość rachunku ekonomicznego tworzą wraz z lekarzami projekty mające chronić jak największą część populacji przed chorobami wieńcowymi. Są to przedsięwzięcia rządowe, takie jak ostatnio przedstawiony brytyjski program kardiologiczny ministra zdrowia Jeremy’ego Hunta, który ma ochronić przed nagłą śmiercią 30 tys.

osób. W Polsce był program *Polcard*, w Poznaniu *Szeroka Aorta*, projekty, które umierały śmiercią naturalną. To wskazuje na brak wizji – a to już problem polityki zdrowotnej, bo polska kardiologia inwazyjna jest na najwyższym światowym poziomie. – *Ustawa o opiece zdrowotnej nie uwzględniła potrzeb kardiologii interwencyjnej, były co prawda wytyczne Ministerstwa Zdrowia, że lokalnie można ustalić własne systemy funkcjonowania kardiologii inwazyjnej, bo trudność stworzenia systemu leczenia zawału polega na tym, że niemożliwe jest identyczne leczenie chorych na Helu, w Poznaniu i Zabrze. Ustawa może stanowić zrzęb, jednak zasadą powinien być zdrowy rozsądek decydentów lokalnych, którzy muszą angażować się w tworzenie systemu opieki nad chorymi. W Poznaniu to funkcjonowało przez wiele lat. Obecnie jednak – gdybyśmy mieli trzymać się ustawy – wszelka opieka kardiologiczna jest podporządkowana pogotowiu. Nieważna jest klinika, dziesięć lat doświadczeń i wybitna kadra, liczy się tylko posiadanie SOR-u. W efekcie takich rozstrzygnięć wiele wybitnych ośrodków, które nie mają SOR-ów, zostało wyeliminowanych z systemu opieki kardiologicznej. To tylko wycinek problemu, bo ta opieka obejmuje jeszcze system opieki farmakologicznej – niemożność wykorzystania najnowszych leków, obniżających śmiertelność i opieki rehabilitacyjnej – mówił prof. Stefan Grajek, ordynator Oddziału Kardiologii Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu.*

Maria Krupecka, dyrektor Wydziału Polityki Społecznej Wielkopolskiego Urzędu Wojewódzkiego, wyraziła zrozumienie dla uwag specjalistów dotyczących rehabilitacji, ale podkreśliła, że obecne rozdrobnienie opieki kardiologicznej jest skutkiem urynkowania służby zdrowia. Ma jednak nadzieję, że wojewoda otrzyma w końcu prerogatywy do analizowania i tworzenia mapy potrzeb, co powinno mieć wpływ na tworzenie programów opieki kardiologicznej, w tym rehabilitacji. – *Należy zadbać, i to jest podstawowy problem, aby powstające programy miały kontynuację oraz*



Jacek Chrzczanowicz

łódzkie Stowarzyszenie „Ku Pokrzepieniu Serc”

Bardzo ważna jest zmiana mentalności pacjentów. Trzeba ich edukować w zakresie działań rehabilitacyjnych, a także konieczności stosowania leków.



prof. Stefan Grajek

ordynator Oddziału Kardiologii Szpitala Klinicznego im. Przemienienia Pańskiego w Poznaniu

Wytyczne mówią wyraźnie, że należy używać leków – dobrych leków przeciwplatek. Wiem, że nie mamy pieniędzy dla wszystkich, ale należy wygenerować z danych systemu pacjentów, którym te najlepsze leki są niezbędne – mam na myśli np. tikagrelor. Profilaktyka wtórna w przypadku tego leku to minimum 6 miesięcy. Dlatego należy zrationalizować politykę zdrowotną.



Elżbieta Dybowska

zastępca dyrektora Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania

Mamy dobre doświadczenia we współpracy z kardiologami – swego czasu mieliśmy dobry i tani program opieki kardiologicznej.



Bożena Szydłowska

postańka PO

Uważam, że konieczne są zmiany w zapisach ustaw, aby opieka kardiologiczna przynosiła określone efekty i abyśmy nie tracili tak wielu pacjentów w wyniku zaniechań w rehabilitacji kardiologicznej, także w zakresie dostępu do opieki farmakologicznej. Konieczne jest stworzenie nowego modelu płatnika i mapy potrzeb opieki kardiologicznej województwa. Wierzę, że taka wizja będzie przyświecała reformom NFZ, który jako publiczny płatnik musi się włączyć w tworzenie kardiologicznej opieki rehabilitacyjnej, w tym w tworzenie programów lekowych, które pozwolą na stosowanie najnowocześniejszych leków dostępnych na rynku.

realne podstawy w tworzeniu rejestrów danych na temat pacjentów. Dziś lekarze nie mają wiedzy na temat sytuacji opieki kardiologicznej. Odczytuję to jako rodzaj aktywności, która nie przynosi efektów w postaci restytucji pacjentów po ostrym zespole wieńcowym. Dziś brakuje nam zaangażowania ludzi w kontynuację ogromnej pracy, jaką wykonują kardiologowie w szpitalach. Dlatego tak wielu pacjentów tracimy – dodał Grzegorz Wrona, dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie. – Bardzo ważne jest, aby zmieniać mentalność samych pacjentów – edukować ich w zakresie działań rehabilitacyjnych, ale i konieczności regularnego zażywania leków. Niezwykle istotna jest współpraca pacjentów, lekarzy i personelu medycznego, dzięki której można osiągnąć pożądany efekt, czyli znaczące przedłużenie życia pacjentów – podkreślił Jacek Chrzczanowicz z łódzkiego Stowarzyszenia



fot. iStock.com

„Ku Pokrzepieniu Serc”. A to wszystkim kuleje.

Alarmujące dane, ale twarde dane

Dlatego nie dziwią twarde dane o umieralności. Mimo malejących trendów umieralności z powodu chorób układu krążenia, które są obserwowane w naszym kraju od początku lat 90., Polska ciągle ma nadal prawie dwukrotnie wyższe standardyżowane na wiek wskaźniki tej umieralności niż kraje tzw. starej Unii Europejskiej. Szczególnie niepokojący jest fakt, że nadwyżka umieralności w Polsce dotyczy w większym stopniu osób w młodym i średnim wieku, dla których wskaźniki umieralności są w Polsce dwuipółkrotnie wyższe niż w krajach UE. – *Mamy niską śmiertelność wewnątrzszpitalną: 4,5, 5 proc. Ale co się dzieje z pacjentem po zabiegu? Po 30 dniach poziom śmiertelności wzrasta do 9,6 proc., a po roku – do 15 proc. To efekt braku szerokiego programu rehabilitacyjnego, tak-*

że w zakresie farmakoterapii – mówi prof. Stefan Grajek, który zaraz dodaje, że rehabilitacja kardiologiczna powinna być rehabilitacją dzienną, związaną z odpowiednio dozowanym wysiłkiem fizycznym i zmianą nawyków żywieniowych. – Do tego trzeba jednak – jako standard – dołączyć farmakoterapię, na którą obecnie płatnik, czyli NFZ, w ogóle nie zwraca uwagi. Tymczasem wytyczne mówią wyraźnie, że należy używać dobrych leków antypłytkowych. Wiem, że nie mamy pieniędzy dla wszystkich, ale choćby na początku należy wygenerować z danych systemu pacjentów, którym te najlepsze leki są niezbędne. Mam na myśli np. tikagrelor, który jest lepszy od np. kłopidogrelu. Profilaktyka wtórna w przypadku tego leku to minimum 6 miesięcy, a najlepiej okres 1 roku. Dlatego należy zracjonalizować politykę zdrowotną.

Wolę współpracy z kardiologami wyrażają władze miasta, jednak ustawowe ograniczenia wiążą im ręce. – *Mamy dobre doświadczenia we współpracy z kardiologami, swego czasu mie-*

liśmy dobry i tani program opieki kardiologicznej. Niestety, miasto mimo chęci nie jest w stanie współuczestniczyć w finansowaniu. Nie mamy jednak wątpliwości, że niezbędne jest tworzenie lobby na rzecz przekonania decydentów o konieczności refundacji leków o najwyższej efektywności kardiologicznej – stwierdziła Elżbieta Dybowska z Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania.

Grzech akcyjności

Wszyscy obecni na debacie zgodzili się z jednym – polskie systemy profilaktyczne upadają, bo decydenci nie potrafią dokonać bilansu zysków i strat, a w systemie brakuje pieniędzy. Stworzony w Poznaniu program *Szeroka Aorta* był wyjątkowo dobrze przygotowany i do tego uwzględniał możliwości finansowe płatnika i współfinansowanie pacjentów. Umarł jednak śmiercią naturalną z powodów, z jakich zawsze umierają w Polsce tego typu programy – tzn. akcyjności: na początku jest hurraoptymizm, a po roku już brakuje zapалу i – przede wszystkim – pieniędzy. O konieczności zmiany mentalności polityków i decydentów, którzy muszą rozpocząć swoją pracę od zmian w obowiązującym prawie, mówiła posłanka Platformy Obywatelskiej Bożena Szydłowska, która też podsumowała debatę: – *Uważam, że konieczne są zmiany w zapisach tworzonych ustaw, aby opieka kardiologiczna przynosiła określone efekty i abyśmy nie tracili tak wielu pacjentów w wyniku zaniechań w rehabilitacji kardiologicznej, także w zakresie dostępu do opieki farmakologicznej. Konieczne jest stworzenie nowego modelu płatnika i mapy potrzeb opieki kardiologicznej województwa. Wierzę, że taka wizja będzie przyświecała reformom Narodowego Funduszu Zdrowia, który jako publiczny płatnik musi się włączyć w tworzenie kardiologicznej opieki rehabilitacyjnej, w tym w tworzenie programów lekowych, które pozwolą na stosowanie najnowocześniejszych leków dostępnych na rynku.*

Jacek Szczęsny