



## Streszczenie

# Podręcznik wielodyscyplinarnej i zintegrowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca

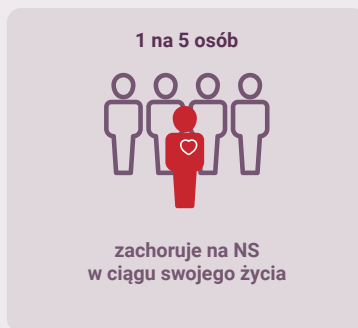
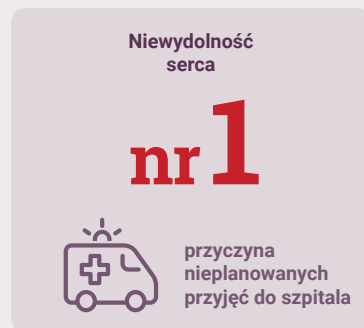


Czerwiec 2020

*Dokument powstał w czerwcu 2020 roku i stanowi tłumaczenie streszczenia The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care [Podręcznik wielodyscyplinarnej i zintegrowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca] opublikowanego w języku angielskim we wrześniu 2018 roku. Polska wersja ulotki nie zawiera zmian treści, zaktualizowano jedynie listę organizacji wspierających ten projekt.*

*The Heart Failure Policy Network [Sieć Polityki dla Niewydolności Serca] jest niezależną, wielodyscyplinarną platformą, która powstała przy finansowym wsparciu Novartis Pharma, AstraZeneca i Vifor Pharma. Sponsorzy nie mieli wpływu na opracowywane treści dotyczące wyboru i metod leczenia. Wszystkie zalecenia zostały zatwierdzone przez członków Sieci, którzy sprawowali pełną kontrolę nad tekstem. Zrzekli się oni gratyfikacji finansowej.*

## Podsumowanie



**Chociaż rokowanie nie jest pomyślne, zapewnienie optymalnej opieki zdrowotnej ma ogromne znaczenie dla osób z NS.**

- Odpowiednia opieka i wsparcie mogą wydłużyć życie pacjentów z NS,<sup>12,13</sup> a także poprawić jego jakość, a liczba hospitalizacji może ulec zmniejszeniu nawet o 30%.<sup>14-17</sup>
- Opieka i wsparcie muszą być dostosowane do indywidualnych potrzeb i preferencji osób z NS. Taki model opieki może poprawić nie tylko wyniki kliniczne, ale również aktywność życiową oraz samoopiekę.<sup>2,6,18</sup>
- Najlepszym modelem opieki jest system zarządzania NS, z zastosowaniem opieki ukierunkowanej na pacjenta, uwzględniającej pomoc w sprawowaniu samoopieki, rehabilitację, działania prewencyjne, a także zaplanowaną opiekę ambulatoryjną, z możliwością zwiększenia intensywności działań w wypadku pogorszenia stanu chorego.<sup>6,19</sup>
- Najlepszą formą praktyki jest stworzenie zespołów wielodyscyplinarnych pod kierownictwem specjalistów, włączając w to kardiologów (najlepiej tych wyspecjalizowanych w NS) i pielęgniarki NS, zorganizowanych w ramach ośrodków zajmujących się leczeniem NS.<sup>6,12</sup> Inne kluczowe role powinni pełnić: lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), specjaliści rehabilitacji kardiologicznej, fizjoterapeuci oraz farmaceuci.
- Wizyty domowe oraz usystematyzowane wsparcie telefoniczne (prowadzone przez pielęgniarki NS) są innowacyjnymi modelami opieki, które wpływają na zmniejszenie śmiertelności i liczby przyjęć do szpitala z powodu NS.<sup>17</sup>

**Europejskie systemy ochrony zdrowia są aktualnie nieprzygotowane na NS.**

- Systemy ochrony zdrowia często z trudem wdrażają modele opieki w chorobach przewlekłych, także w NS. Opiekę w tych schorzeniach cechuje brak ciągłości,<sup>6,19</sup> a zalecenia i wytyczne towarzystw naukowych często nie są wdrażane.<sup>2,9,20</sup>
- Największe wyzwania i niewykorzystane szanse są związane z pięcioma aspektami przebiegu NS: obraz kliniczny i rozpoznanie; wypis ze szpitala i obserwacja; zaplanowanie postępowania; motywacja pacjenta do leczenia i samoopieki; zaawansowany plan opieki.
- Musimy wyszkolić specjalistów w nowych dziedzinach opieki, a także edukować tych już istniejących. Celem takiego działania jest zmniejszenie liczby ponownych hospitalizacji. Ważnym aspektem jest tu brak pielęgniarek NS.<sup>19</sup> Ponadto, wskazana jest dalsza edukacja i większe zaangażowanie lekarzy POZ i farmaceutów. Każdy pracownik systemu ochrony zdrowia powinien potrafić rozpoznać podstawowe objawy NS.
- Musimy przezwyciężyć istniejącą inercję, niedostateczną wiedzę a także niski poziom świadomości NS w społeczeństwie, wśród polityków, pracowników administracji, w agencjach rządowych, a także u pracowników ochrony zdrowia i pacjentów.

**Niewydolność serca (NS) jest wyzwaniem dla zrównoważonego rozwoju systemów ochrony zdrowia.**

- NS jest częstym schorzeniem. Wynika ono z upośledzonej kurczliwości mięśnia serca lub zwiększenia jego sztywności.<sup>1</sup> W rezultacie, dochodzi do zmniejszenia sprawności serca jako pompy dostarczającej krwi dla całego organizmu.<sup>2</sup>
- W Europie co najmniej 15 milionów ludzi choruje na NS.<sup>3</sup> Statystycznie co piąta osoba doświadczy NS w ciągu swojego życia.<sup>4</sup>
- Rozpoznanie NS ma istotny wpływ na życie pacjenta.<sup>5,6</sup> W NS zarówno jakość życia jak i rokowanie chorych pozostają gorsze niż w większości najczęściej występujących nowotworów.<sup>7</sup>
- NS jest wiodącą przyczyną nieplanowanych ponownych przyjęć do szpitala.<sup>8</sup> Jest to także najczęstsza przyczyna hospitalizacji w populacji powyżej 65 roku życia.<sup>9</sup>
- Obciążenie wynikające z NS będzie coraz większe. Jest to między innymi spowodowane starzeniem się populacji i lepszymi wskaźnikami przeżycia w innych chorobach układu sercowo-naczyniowego oraz chorobach przewlekłych.<sup>10,11</sup>
- Przewiduje się, że ilość przyjęć do szpitala z powodu NS wzrośnie o 50% w przeciągu najbliższych 25 lat.<sup>9</sup>

## Wezwanie do działania

### Wzywamy rządy do uznania niewydolności serca (NS) za palące wyzwanie dla zrównoważonego rozwoju systemów opieki zdrowotnej XXI wieku. Rządy krajów europejskich powinny:

- **Posiadać formalną strategię walki z NS** oraz świadomość ciągle zmieniającego się wpływu NS na systemy ochrony zdrowia i społeczeństwo. Strategia ta powinna uwzględniać modelowanie i przewidywanie przyszłych scenariuszy. Takie podejście należy rozwijać w porozumieniu z pacjentami i towarzystwami medycznymi.
- **Inwestować w zrównoważone, specjalistyczne modele opieki nad chorymi z NS** (funkcjonujące poza jednostkami pełniącymi intensywną opiekę), takie jak centra opieki ambulatoryjnej czy wyspecjalizowane pielęgniarki NS. Modele te powinny promować edukację profesjonalistów, a także, jeśli to możliwe, wprowadzać dodatkowe specjalistyczne akredytacje dla lekarzy POZ, specjalistów chorób wewnętrznych, pielęgniarek POZ oraz pacjentów-ekspertów.
- **Dostarczać usługi wysokiej jakości oparte na narodowych wytycznych i lokalnych ścieżkach opieki**, przygotowanych w porozumieniu z towarzystwami naukowymi, stowarzyszeniami pacjentskimi oraz świadczeniodawcami opieki zdrowotnej.
- **Przygotować solidne publiczne narodowe audyty**, które z jednej strony pozwolą uzyskać przejrzystość danych na temat przeżywalności pacjentów, ich jakości życia oraz jakości świadczonych usług zdrowotnych, a także zwiększyć motywację do dalszych inwestycji. Bezpieczna redukcja ponownych przyjęć do szpitala powinna być ważnym celem strategicznym, wskazującym na odpowiedzialne podejście do opieki nad pacjentami z NS.

### Wzywamy rządy do przedstawienia mierzalnych wyników udoskonalenia opieki nad pacjentem z NS. Minimalne standardy i kluczowe kryteria powinny zawierać:

- **Rozpoznanie postawione przez specjalistę.** Do postawienia ostatecznego rozpoznania niezbędne jest badanie echokardiograficzne. Lekarz powinien szczegółowo omówić z pacjentem przyczyny wystąpienia NS, wspólnie podjąć działania mające na celu ich zredukowanie, a następnie upewnić się, że przekazane informacje zostały przez pacjenta właściwie zrozumiane.
- **Oznaczenie stężenia peptydów natriuretycznych.** Badania te powinny być rutynowo dostępne, zarówno w trakcie sprawowania podstawowej, jak i specjalistycznej opieki.
- **Opieka szpitalna sprawowana przez specjalistę.** Pacjent powinien być prowadzony przez kardiologa oraz pielęgniarkę NS.
- **Indywidualny plan opieki poszpitalnej zawarty w karcie informacyjnej.** Przy wypisie ze szpitala pacjent powinien otrzymać jasno sformułowane wytyczne, co do dalszych, regularnych wizyt kontrolnych przeprowadzanych przez specjalistów.
- **Rehabilitacja kardiologiczna, edukacja pacjenta, wsparcie psychologiczne.** Opieka w NS powinna być zbudowana z uwzględnieniem maksymalnego zaangażowania pacjenta.
- **Przekazanie pacjenta z NS, który przebył zaostrzenie choroby do podstawowej opieki zdrowotnej.** Może ono nastąpić wówczas, gdy przewiduje się, iż jest to bezpieczne i efektywne.

Poniższe organizacje wsparły i udzieliły poparcia temu przewodnikowi:



The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care [“Podręcznik wielodyscyplinarnej i zintegrowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca”] wraz z materiałami dodatkowymi jest dostępny na stronie [www.hfpolicynetwork.org](http://www.hfpolicynetwork.org)

# Co to jest wielodyscyplinarna i zintegrowana opieka nad pacjentem z niewydolnością serca?

## To najlepsza możliwa opieka w tym przewlekłym zespole chorobowym

Zintegrowaną opiekę można zdefiniować jako wykorzystanie potencjału zespołów wielodyscyplinarnych do promowania skoordynowanej, skoncentrowanej na osobie pacjenta opieki, która jest dostosowana do potrzeb i upodobań pacjenta, jak i jego rodziny lub opiekunów.<sup>21</sup> Skuteczna opieka nad pacjentem z NS powinna zapewnić mu właściwą kontrolę chorób współistniejących, uwzględniać jego zmieniające się potrzeby i oferować mu wsparcie w różnych placówkach opieki medycznej, w tym z udziałem specjalistów leczenia NS.<sup>6</sup> Oczekuje się, że członkowie zespołu będą ściśle współpracować ze sobą – w tym z pacjentem – okazując sobie wzajemny szacunek, komunikując się w sposób przejrzysty oraz jasno dzieląc między siebie obowiązki.<sup>19</sup> Jest to szczególnie ważne, gdy osoba z NS przechodzi z jednego systemu opieki do drugiego.

## Wielodyscyplinarna i zintegrowana opieka zmienia się wraz ze zmianą przebiegu NS

U każdej osoby z rozpoznaniem NS przebieg kliniczny jest jedyny i niepowtarzalny. Istnieją jednak trzy typowe jego etapy: 1) rozpoznanie; 2) wdrożenie opieki i jej optymalizacja ambulatoryjna; 3) życie z NS.<sup>22</sup> Na trzeci etap składa się wieloletnie doświadczenie pacjentów, którzy uczą się funkcjonować z chorobą oraz stosować samoopiekę. W zależności od postępu choroby, u osób z NS mogą wystąpić epizody nawrotu nasilonych dolegliwości, wymagających powrotu do intensyfikacji leczenia lub wzmoczonego nadzoru medycznego.

*„Podręcznik wielodyscyplinarnej i zintegrowanej opieki w niewydolności serca” został opracowany przez Heart Failure Policy Network Sekretariat [Sekretariat Sieci ds. Polityki Niewydolności Serca] we współpracy z Grupą Doradczą Projektu (2018), w skład której wchodzić rzecznicy pacjentów, kardiologzy i przedstawiciele towarzystw zawodowych. The Heart Failure Policy Network pragnie podziękować i wyrazić uznanie za wkład i zaangażowanie wszystkim członkom tego zespołu, w tym kierownikom studiów przypadku, którzy poświęcili swój czas i wiedzę.*



The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care [Przewodnik wielodyscyplinarnej i zintegrowanej opieki w niewydolności serca] wraz z materiałami dodatkowymi jest dostępny na stronie [www.hfpolicynetwork.org](http://www.hfpolicynetwork.org)

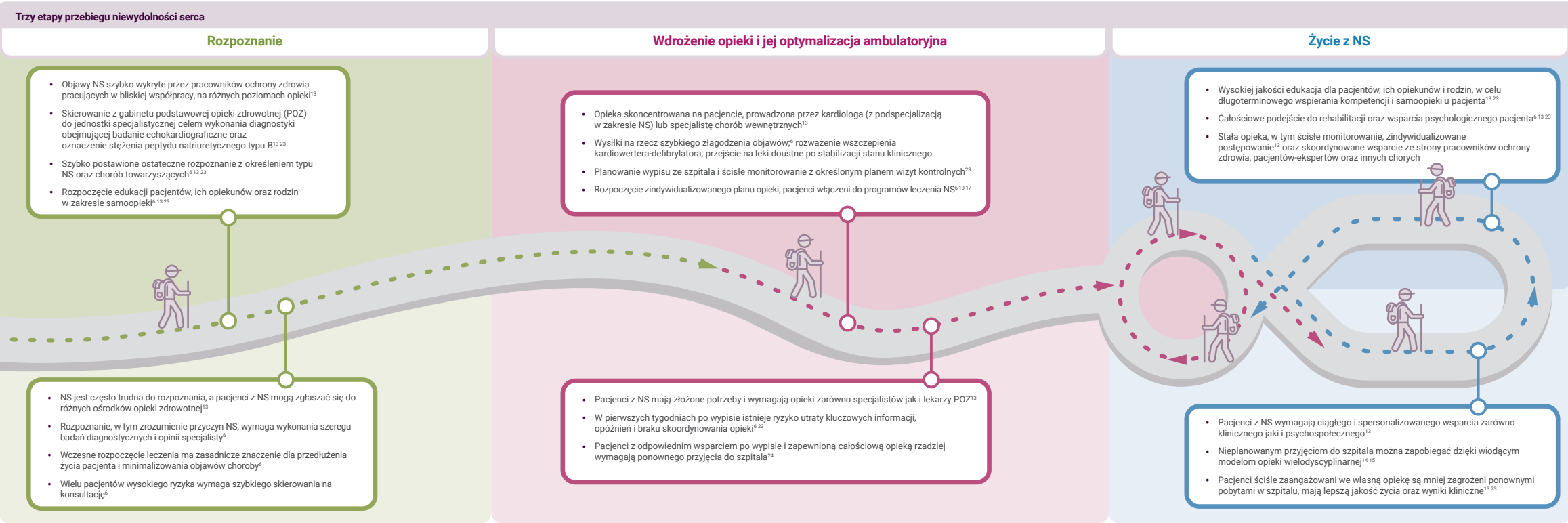
**Rycina 1. Wielodyscyplinarny i zintegrowany przebieg opieki w niewydolności serca (NS): kluczowe elementy jakości**

Niezbędne jest zapewnienie możliwości płynnego przejścia pacjenta pomiędzy etapami opieki o różnej intensywności, uwzględniając sytuacje kryzysowe oraz zmieniające się potrzeby na wszystkich etapach przebiegu choroby.<sup>2 6</sup>

**Legenda**



Wymienione punkty są dobrze znanymi obszarami, w których opieka i brak wsparcia zawodzą wielu pacjentów. Nie wszyscy pacjenci są tacy sami. Nie wszyscy pacjenci wymagają leczenia szpitalnego. Punkty 4 i 5 dotyczą wszystkich etapów postępowania po rozpoznaniu NS.



**Jak wygląda opieka wysokiej jakości?**

Rozpoznanie NS często poprzedzają inne choroby takie jak inne choroby serca, cukrzyca i choroby nerek<sup>5</sup>

**Dlaczego wielodyscyplinarne i zintegrowane podejście jest niezbędne?**

- NS jest często trudna do rozpoznania, a pacjenci z NS mogą zgłaszać się do różnych ośrodków opieki zdrowotnej<sup>13</sup>
- Rozpoznanie, w tym zrozumienie przyczyn NS, wymaga wykonania szeregu badań diagnostycznych i opinii specjalisty<sup>6</sup>
- Wczesne rozpoczęcie leczenia ma zasadnicze znaczenie dla przedłużenia życia pacjenta i minimalizowania objawów choroby<sup>6</sup>
- Wielu pacjentów wysokiego ryzyka wymaga szybkiego skierowania na konsultację<sup>6</sup>

- Opieka skoncentrowana na pacjencie, prowadzona przez kardiologa (z podspecjalizacją w zakresie NS) lub specjalistę chorób wewnętrznych<sup>13</sup>
- Wysiłki na rzecz szybkiego złagodzenia objawów;<sup>6</sup> rozważenie wszczęcia kardiowertera-defibrylatora; przejście na leki doustne po stabilizacji stanu klinicznego
- Planowanie wypisu ze szpitala i ścisłe monitorowanie z określonym planem wizyt kontrolnych<sup>23</sup>
- Rozpoczęcie zindywidualizowanego planu opieki; pacjenci włączeni do programów leczenia NS<sup>6 13 17</sup>

- Pacjenci z NS mają złożone potrzeby i wymagają opieki zarówno specjalistów jak i lekarzy POZ<sup>13</sup>
- W pierwszych tygodniach po wypisie istnieje ryzyko utraty kluczowych informacji, opóźnień i braku skoordynowania opieki<sup>6 23</sup>
- Pacjenci z odpowiednim wsparciem po wypisie i zapewnioną całościową opieką rzadziej wymagają ponownego przyjęcia do szpitala<sup>24</sup>

- Wysokiej jakości edukacja dla pacjentów, ich opiekunów i rodzin, w celu długoterminowego wspierania kompetencji i samoopieki u pacjenta<sup>13 23</sup>
- Całościowe podejście do rehabilitacji oraz wsparcia psychologicznego pacjenta<sup>6 13 23</sup>
- Stąła opieka, w tym ścisłe monitorowanie, zindywidualizowane postępowanie<sup>13</sup> oraz skoordynowane wsparcie ze strony pracowników ochrony zdrowia, pacjentów-ekspertów oraz innych chorych

- Pacjenci z NS wymagają ciągłego i spersonalizowanego wsparcia zarówno klinicznego jak i psychospołecznego<sup>13</sup>
- Nieplanowanym przyjęciom do szpitala można zapobiegać dzięki wiodącym modelom opieki wielodyscyplinarnej<sup>14 15</sup>
- Pacjenci ściśle zaangażowani we własną opiekę są mniej zagrożeni ponownymi pobytami w szpitalu, mają lepszą jakość życia oraz wyniki kliniczne<sup>13 23</sup>

# Piśmiennictwo

1. NHS Choices. 2016. Heart Failure: Overview. Dostępne z: <https://www.nhs.uk/conditions/heart-failure/> [dostęp z dnia: 20/08/18]
2. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF i wsp. 2014. Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Fail 1(1): 4-25
3. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G i wsp. 2008. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008. European Journal of Heart Failure 10(10): 933-89
4. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP i wsp. 2002. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. Circulation 106(24): 3068-72
5. Jeon YH, Kraus SG, Jowsey T i wsp. 2010. The experience of living with chronic heart failure: a narrative review of qualitative studies. BMC Health Serv Res 10: 77
6. Ponikowski P, Voors A, Anker S i wsp. 2016. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 37(27): 2129-200
7. Mamas MA, Sperrin M, Watson MC i wsp. 2017. Do patients have worse outcomes in heart failure than in cancer? A primary care-based cohort study with 10-year follow-up in Scotland. Eur J Heart Fail 19(9): 1095-104
8. Gheorghiade M, Vaduganathan M, Fonarow GC i wsp. 2013. Rehospitalization for Heart Failure: Problems and Perspectives. Journal of the American College of Cardiology 61(4): 391-403
9. Cowie M, Anker S, Cleland J i wsp. 2014. Improving care for patients with acute heart failure: before, during and after hospitalization. ESC Heart Failure 1(2): 110-45
10. National Institute for Health and Care Excellence. 2010. Chronic heart failure in adults: management. London: NICE
11. Frankenstein L, Fröhlich H and Cleland J. 2015. Multidisciplinary approach for patients hospitalized with heart failure. Revista Española de Cardiología (English edition) 68(10): 885-91
12. McDonagh T, Blue L, Clark A i wsp. 2011. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. European Journal of Heart Failure 13(3): 235-41
13. National Institute for Health and Care Excellence. 2018. Chronic heart failure: Management of chronic heart failure in adults in primary and secondary care (update). Draft for consultation. London: NICE
14. McAlister F, Stewart S, Ferrua S i wsp. 2004. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. J Am Coll Cardiol 44(4): 810-9
15. Comin-Colet J, Verdu-Rotellar J, Vela E i wsp. 2014. Efficacy of an integrated hospital-primary care program for heart failure: a population-based analysis of 56,742 patients. Revista Española de Cardiología (English edition) 67(4): 283-93
16. Comin-Colet J, Enjuanes C, Verdu-Rotellar JM i wsp. 2016. Impact on clinical events and healthcare costs of adding telemedicine to multidisciplinary disease management programmes for heart failure: Results of a randomized controlled trial. J Telemed Telecare 22(5): 282-95
17. Feltner C, Jones C, Cene C i wsp. 2014. Transitional care interventions to prevent readmissions for persons with heart failure: a systematic review and meta-analysis. Ann Intern Med 160(11): 774-84
18. Ekman I, Wolf A, Olsson LE i wsp. 2012. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. Eur Heart J 33(9): 1112-9
19. Glogowska M, Simmonds R, McLachlan S, et al. 2015. Managing patients with heart failure: a qualitative study of multidisciplinary teams with specialist heart failure nurses. Ann Fam Med 13(5): 466-71
20. Cleland JGF, Swedberg K, Follath F i wsp. 2003. The EuroHeart Failure survey programme—a survey on the quality of care among patients with heart failure in EuropePart 1: patient characteristics and diagnosis. European Heart Journal 24(5): 442-63
21. NHS England. Integrated care and support [online]. Dostępne z: <https://www.england.nhs.uk/ourwork/part-rel/transformation-fund/> [dostęp z dnia: 26/07/18]
22. Jaarsma T and Stromberg A. 2014. Heart failure clinics are still useful (more than ever?). Can J Cardiol 30(3): 272-5
23. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. 2016. Management of chronic heart failure. Edinburgh: SIGN
24. Bradley EH, Sipsma H, Horwitz LI i wsp. 2015. Hospital strategy uptake and reductions in unplanned readmission rates for patients with heart failure: a prospective study. J Gen Intern Med 30(5): 605-11

Dokument powstał w czerwcu 2020 roku i stanowi tłumaczenie streszczenia *The handbook of multidisciplinary and integrated heart failure care* [Podręcznik wielodyscyplinarnej i zintegrowanej opieki nad pacjentami z niewydolnością serca] opublikowanego w języku angielskim we wrześniu 2018 roku.

*The Heart Failure Policy Network [Sieć Polityki dla Niewydolności Serca] jest niezależną, wielodyscyplinarną platformą, która powstała przy finansowym wsparciu Novartis Pharma, AstraZeneca i Vifor Pharma. Sponsrzy nie mieli wpływu na opracowywane treści dotyczące wyboru i metod leczenia. Wszystkie zalecenia zostały zatwierdzone przez członków Sieci, którzy sprawowali pełną kontrolę nad tekstem. Zrzekli się oni gratyfikacji finansowej.*