

Projekt programu kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca (KONS)

Project of comprehensive care program for patients with heart failure

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono projekt programu kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca (NS), jego uzasadnienie i cele, rozwiązania organizacyjne oraz założenia fazy pilotażowej. Proponowany model opieki nad pacjentem z niewydolnością serca jest kolejnym przykładem programu „zarządzania chorobą”, po wdrażanym w 2017 roku programie koordynowanej opieki w zawale serca oraz innych programach zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Ze względu na dużą liczbę chorych oraz towarzyszącą NS wielochorobowość i trudności w długotrwałym leczeniu, konieczne jest przetestowanie omawianego modelu w formie pilotażu, którego ostatecznym wynikiem powinno być rozpoznanie, w jakim stopniu związane z programem zmiany pozwolą na zmniejszenie częstości hospitalizacji, poprawę jakości życia i w końcu przełożą się na wydłużenie życia chorych z NS.

Słowa kluczowe: niewydolność serca, program kompleksowej opieki w niewydolności serca (KONS)

Kardiol. Inwazyjna 2018, 13 (6), 10–17

ABSTRACT

The project of comprehensive care program for patients with heart failure (HF), arguments for it, its goals, logistics and the description of the pilot phase have been shown in the article. The proposed model of care in patient with heart failure is the next example of the “disease management” program, after the comprehensive care program for patients with myocardial infarction and other health programs of the National Health Fund implemented in 2017. Due to the large number of patients and the multimorbidity accompanying heart failure, it is necessary to conduct a pilot phase prior to full program implementation. The final outcome of the pilot phase should be to determine how changes associated with the new program may affect the frequency of rehospitalization of HF patients, their quality of life and finally their survival.

Key words: heart failure, comprehensive care program for patients with heart failure

Kardiol. Inwazyjna 2018, 13 (6), 10–17

Uzasadnienie potrzeby programu

Niewydolność serca jest w Polsce ogromnym problemem z uwagi na wysoką zachorowalność i śmiertelność oraz częste hospitalizacje. W polskim systemie ochrony zdrowia istnieje wiele nierozwiązanych problemów dotyczących tej grupy chorych. Najważniejszym z nich jest nieodpowiednio zorganizowana opieka ambulatoryjna. Problem ten skutkuje zarówno zbyt późnym rozpoznaniem choroby, jak i brakiem odpowiedniego nadzoru nad optymalnym przebiegiem terapii w warunkach ambulatoryjnych i u chorych ze świeżo rozpoznaną NS i po wypisie ze szpitala. Ostatecznie prowadzi to do zaostrzenia choroby i konieczności leczenia szpitalnego. Niewydolność serca jest w Polsce najczęstszym powodem hospitalizacji osób po 65. roku życia [1]. Wskaźniki hospitalizacji pacjentów z niewydolnością serca

Jadwiga Nessler¹, Jarosław Zalewski¹, Adam Kozierek², Andrzej Gackowski¹, Izabella Uchmanowicz³, Adam Witkowski⁴, Piotr Ponikowski⁵

¹Klinika Choroby Wieńcowej i Niewydolności Serca, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II w Krakowie

²JASPERS, Warszawa

³Katedra Pielęgniarstwa Klinicznego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

⁴Klinika Kardiologii i Angiologii Interwencyjnej, Instytut Kardiologii w Warszawie

⁵Katedra i Klinika Chorób Serca, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

(NS) w Polsce należą do najwyższych w Europie. Wynoszą 547/100 tys. mieszkańców i, pomimo postępów w leczeniu, nie uległy istotnym zmianom na przestrzeni ostatnich 5 lat (2008–2013). Wskaźniki te są dwukrotnie wyższe niż w niektórych krajach Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) i pięciokrotnie wyższe niż w Wielkiej Brytanii [2]. Z analiz Ministerstwa Zdrowia wynika, że do 2029 roku liczba hospitalizacji wzrośnie o 25,5% i będą one związane głównie z chorobami układu krążenia, a w szczególności z NS [3]. Jak wynika z rejestrów klinicznych, prawie 1/4 chorych z ostrą niewydolnością serca jest ponownie hospitalizowana w ciągu 3 miesięcy od wypisu ze szpitala; po 6 miesiącach od wypisu odsetek pacjentów wymagających rehospitalizacji sięga 50%, a po roku prawie 70% [4].

Pacjenci z niewydolnością serca w Polsce są młodszy niż w innych krajach europejskich [5]. Przebieg choroby jest u nich cięższy ze względu na częstsze hospitalizacje [6]; są też mniej samodzielni [2, 7]. W Polsce NS stanowi częstą przyczynę przedwczesnej umieralności i ma znaczący wpływ na standardową oczekiwaną liczbę lat życia. Wśród przyczyn zgonów kobiet niewydolność serca zajmuje w naszym kraju trzecie miejsce, po chorobach naczyń mózgu i chorobie niedokrwiennej serca, przed chorobą nowotworową. Wśród przyczyn zgonów mężczyzn NS plasuje się na szóstym miejscu, przed chorobą nowotworową (z wyjątkiem raka płuca) [8].

Dane z 2016 roku wykazują, że wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia związane z NS wynoszą 900 mln zł, z czego koszty hospitalizacji to niemal 90%. W raporcie „Ocena kosztów niewydolności serca w Polsce z perspektywy gospodarki państwa” wykazano, że w okresie 2014–2016 zaobserwowano wzrost kosztów bezpośrednich ponoszonych przez NFZ średniorocznie o prawie 9% (z 757,4 mln zł do 900,3 mln zł) [9].

Dlatego niezbędne jest usprawnienie opieki nad całą grupą chorych na choroby sercowo-naczyniowe, w szczególności nad osobami z NS. Mając na względzie wysoką śmiertelność choroby (pięcioletnie przeżycie jest nadal gorsze lub porównywalne z przeżyciem chorych na nowotwory) oraz częste hospitalizacje wikłające przebieg choroby, należy dążyć do utworzenia modelu organizacyjnego leczenia NS, który mógłby w sposób skuteczny i efektywny kosztowo zapewnić opiekę nad populacją pacjentów z NS. Model ten powinien być komplementarny do zaproponowanego i wdrażanego obecnie projektu opieki koordynowanej po zawale serca [10] oraz opieki koordynowanej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) [11], a także do innych rozwiązań planowanych i wdrażanych w polskim systemie opieki zdrowotnej [12, 13].

Kompleksowa opieka nad pacjentami z niewydolnością serca (KONS) to system opieki koordynowa-

nej — dedykowany chorym z rozpoznaną stabilną niewydolnością serca oraz niewydolnością serca wysokiego ryzyka, a więc po wypisie ze szpitala z powodu zaostrzenia choroby (dekompensacji). Wprowadzenie tego rodzaju opieki powinno skutkować poprawą długości życia, redukcją liczby hospitalizacji, zmniejszeniem absencji chorobowej, poprawą jakości życia oraz obniżyć koszty pośrednie wynikające z niezdolności do pracy i absencji rentowej (ZUS). W Polsce zaledwie 23% pacjentów w wieku przedemerytalnym cierpiących na NS pozostaje czynnych zawodowo, co obciąża budżet ZUS kwotą 151 mln zł rocznie [14, 15]. Poprzez redukcję zaostrzeń choroby i poprawę samoopieki powinna nastąpić również redukcja czasu pracy, który lekarze i pielęgniarki zmuszeni są poświęcać pacjentom ze zdekompensowaną NS, co pozwoli bardziej efektywnie wykorzystać ich potencjał zawodowy z korzyścią dla chorych.

Postęp, jaki dokonał się w ostatnich 2–3 dekadach w zakresie diagnostyki i leczenia niewydolności serca, spowodował znaczącą poprawę rokowania [16]. Towarzystwa naukowe opracowały, systematycznie uaktualniane w miarę ukazywania się dowodów na skuteczność nowych terapii, schematy postępowania w NS. Wyniki analiz z ostatnich lat potwierdzają, że ich stosowanie wpływa na przedłużenie życia chorych [17]. Mimo zawartych w wytycznych, udokumentowanych danych pacjenci wypisywani ze szpitala po epizodzie ostrej niewydolności serca często nie uzyskują optymalnej terapii w warunkach ambulatoryjnych, co w efekcie prowadzi do zaostrzenia choroby i dekompensacji [18].

Każda kolejna dekompensacja NS prowadzi do progresji choroby i zwiększa ryzyko zgonu. Z badań CHARM i EVEREST wynika, że ryzyko zgonu i rehospitalizacji jest największe w pierwszych 3 miesiącach po wyjściu ze szpitala, a w połowie przypadków ponownych hospitalizacji przyczyną jest zaostrzenie NS [19, 20]. W Polsce współczynnik hospitalizacji z powodu niewydolności serca jest alarmująco wysoki i wynosi 6/1000 mieszkańców [21]. Opierając się na danych NFZ, można uznać, że leczenie szpitalne w Polsce jest podstawą postępowania w NS, gdyż objęto nim aż 65% chorych, a tylko 32% leczono w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej [14].

Dane z piśmiennictwa wskazują, że utworzenie wielospecjalistycznych zespołów leczących (szpitalnych i ambulatoryjnych) prowadzi do zmniejszenia ryzyka śmiertelności o 25%, a częstości hospitalizacji o 26%. Natomiast wdrożenie edukacji i nauczanie chorego samokontroli objawów może ograniczyć częstość hospitalizacji z powodu NS o 34%, a całkowitą liczbę hospitalizacji o 27%. Kontakt telefoniczny z jednoczesnym skierowaniem do lekarza rodzinnego w celu dalszej opieki redukuje częstość hospitalizacji o 25% [22].

Jednym z podstawowych celów leczenia NS jest zapobieganie wczesnym hospitalizacjom po wypisie ze szpitala. W wytycznych postępowania klinicznego z 2016 roku zalecono działania mające na celu zapobieganie rozwojowi niewydolności serca przez skuteczną profilaktykę pierwotną oraz interwencje hamujące progresję już istniejącej choroby [23]. Ponieważ niewydolność serca jest złożonym zespołem klinicznym, a chorzy są obciążeni licznymi chorobami towarzyszącymi, jak wynika z badania IMPROVEMENT, najlepsze efekty leczenia uzyskuje się w ramach programów wielospecjalistycznej opieki [24].

Podsumowując, konieczność częstego leczenia szpitalnego pacjentów z niewydolnością serca wynika między innymi z:

- braku zintegrowanej opieki nad pacjentem po zaostrzeniu choroby, w tym organizacji odpowiedniej ambulatoryjnej opieki pielęgniarskiej, szybkiej diagnostyki niewydolności serca, monitorowania ambulatoryjnego, wsparcia psychologicznego, edukacji, a także koordynacji działań z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej [25, 26];
- utrudnionego dostępu do lekarzy specjalistów;
- niskiego poziomu wiedzy pacjentów na temat choroby i braku odpowiedniej samokontroli objawów;
- niedofinansowania systemu opieki zdrowotnej.

Wszystko to prowadzi do koncentrowania uwagi jednostek medycznych jedynie na bieżących przypadkach i związanych z tym kosztach, bez motywacji do tworzenia długofalowego programu opieki, gdzie centralnym elementem jest pacjent. Dlatego priorytetem powinno być to, aby okres bezpośrednio po wypisie ze szpitala był optymalnie zorganizowany i adekwatnie doceniony, oraz aby w okresie stabilnym pacjent znajdował się pod aktywnym nadzorem w celu uniknięcia dekompensacji.

Cele programu

Podstawowym celem przedsięwzięcia jest ograniczenie skutków występowania NS w Polsce. Zakres interwencji rozpoczyna się od identyfikacji objawów niewydolności serca, poprzez diagnostykę, terapię, rehabilitację oraz opiekę długoterminową i paliatywną.

Cele szczegółowe, które mają zostać osiągnięte w wyniku wdrożenia modelu KONS:

- 1) wczesne wykrywanie niewydolności serca i określenie jej etiologii,
- 2) spowolnienie postępu niewydolności serca,
- 3) optymalne wykorzystanie zasobów opieki zdrowotnej w opiece nad chorymi z niewydolnością serca,

4) poprawa długości i jakości życia chorych z niewydolnością serca z ograniczeniem liczby zaostrzeń choroby.

Jak osiągnąć założone cele?

Wczesne wykrywanie niewydolności serca i określenie jej etiologii

- ułatwienie konsultacji kardiologicznej dla POZ (konsultacje lekarz–lekarz, telekonsultacje);
- rozszerzenie możliwości diagnostycznych i konsultacyjnych POZ finansowanie oznaczenia stężenia peptydów natriuretycznych, badań echokardiograficznych u osób ze wskazaniami;
- ułatwienie dostępu pacjentów ze świeżo rozpoznaną NS do pilnej opieki kardiologicznej w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS);
- otwarcie szybkiej ścieżki diagnostyki dla określenia etiologii choroby i ustalenia planu leczenia.

Spowolnienie postępu niewydolności serca

- Opieka koordynowana w POZ i AOS (program *disease management*), z dostępem do kardiologa, pielęgniarki NS i oddziału dziennego.
- Zwiększenie dostępności i nielimitowanie procedur terapeutycznych (rewaskularyzacja, elektroterapia, kardiochirurgiczne i małoinwazyjne procedury zastawkowe) w ośrodkach wysokospecjalistycznych.
- Właściwa i terminowa rehabilitacja (kompleksowość).

Optymalne wykorzystanie zasobów opieki szpitalnej w opiece nad chorymi z niewydolnością serca

- Wypracowanie standardów działania dla NS w SOR (szybkość, trafność, stratyfikacja).
- Rozwój opieki jednodniowej dla określonych przypadków.
- Właściwa i terminowa rehabilitacja (kompleksowość).
- Opieka koordynowana, w tym szczególnie pozszpitalna z udziałem AOS i POZ (jw.).

Poprawa długości i jakości życia chorych z niewydolnością serca oraz ograniczenia liczby zaostrzeń NS

- Prawidłowa opieka nad osobami z NS w poradniach kardiologicznych we współpracy z POZ w ramach programu *disease management* (w tym konsultacje lekarz–lekarz, telekonsultacje), z udziałem pielęgniarki NS.
- Wsparcie opieki pielęgniarki POZ ze strony pielęgniarek NS.
- Właściwa i terminowa rehabilitacja (kompleksowość).

Opis propozycji organizacyjnych

Model KONS (ryc. 1) obejmuje określone interwencje medyczne realizowane w ramach świadczeń [1]:

- podstawowej POZ,
- kardiologicznych AOS oraz świadczeń lekarzy kardiologów działających jako konsultanci POZ bez odrębnego kontraktu AOS,
- lecznictwa szpitalnego (SZP):
 - placówki I poziomu według podstawowego zabezpieczenia szpitalnego (PZS) posiadające szpitalny oddział ratunkowy (SOR/IP) oraz możliwość świadczenia opieki jednodniowej,
 - placówki II poziomu według PZS posiadające SOR/IP oraz możliwość świadczenia opieki jednodniowej,
 - placówki III poziomu według PZS i (lub) ogólnopolskie, posiadające SOR/IP oraz możliwość świadczenia opieki jednodniowej;
- rehabilitacyjnych (REH) stacjonarnych, ambulatoryjnych i domowych (rehabilitacja hybrydowa) oraz interwencje medyczne wykonywane na dotychczasowych zasadach w ramach świadczeń:
 - ratownictwa medycznego — zespoły ratownictwa medycznego (ZRM),
 - pielęgnacyjnych i opiekuńczych (SPO).

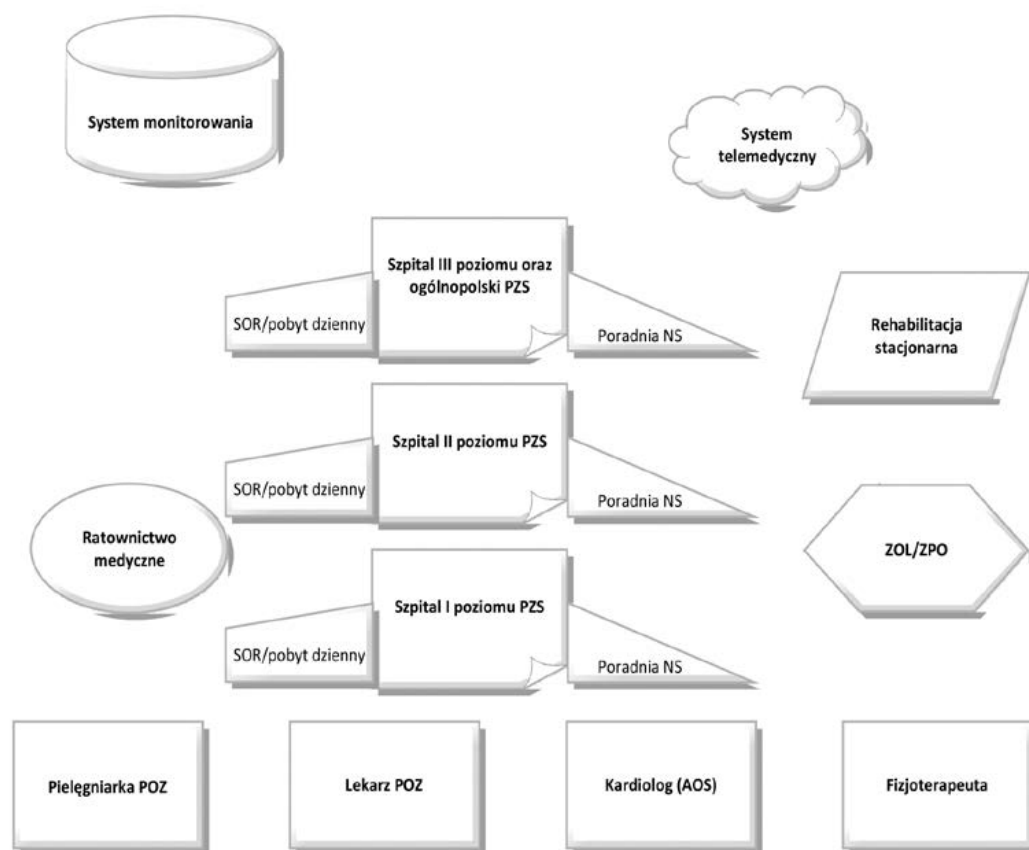
Świadczenia opieki zdrowotnej, realizowane przez podmioty włączone do KONS, będą w przyszłości oparte na elektronicznym obiegu informacji, konsultacjach telemedycznych oraz telemedycznym nadzorem nad określonymi grupami pacjentów. Wszystkie

elementy modelu KONS będą poddawane ocenie jakości.

Podstawowe założenia KONS:

- orientacja na pacjenta i jego potrzeby,
- wielospecjalistyczna opieka oparta na współpracy specjalistów różnych dziedzin, niepowielających i uzgadniających podejmowane zadania,
- oparcie procesów diagnostyczno-terapeutycznych na wytycznych postępowania klinicznego,
- dążenie do osiągnięcia optymalnego wyniku – właściwego stanu zdrowia pacjenta (długość i jakość życia) oraz wykorzystania zasobów,
- usunięcie barier w świadczeniu opieki zdrowotnej, wynikających z limitów ilościowych lub kwotowych kontraktów z NFZ,
- wprowadzenie oceny jakości (w zakresie procesu/wyniku) jako głównego mechanizmu kontroli i oceny,
- odciążenie personelu medycznego (lekarzy, pielęgniarek) od obowiązków pozamedycznych.

Celem wprowadzenia modelu KONS jest uzyskanie możliwie najlepszych wyników klinicznych opieki nad chorymi z NS wraz z efektywnym wykorzystaniem zasobów ochrony zdrowia.



Rycina 1. Struktura funkcjonalna modelu Kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca
Objaśnienia skrótów w tekście

Mechanizmy planowane do wdrożenia w ramach KONS:

- dostęp do wczesnej diagnostyki niewydolności serca,
- optymalizacja farmakoterapii,
- edukacja pacjentów skoncentrowana na dobrej współpracy z lekarzem, odpowiednio przeszkoloną pielęgniarką w NS oraz samoocenie stanu klinicznego, pozwalającego na samodzielne monitorowanie objawów i modyfikacje leczenia odwadniającego,
- aktywny nadzór nad przebiegiem choroby, w szczególności po wypisaniu ze szpitala,
- sprawna i bezpieczna interwencja służb ratownictwa medycznego oraz placówek szpitalnych w razie epizodów dekompensacji,
- dostęp do zabiegowych technik leczenia, w tym rewaskularyzacji, elektroterapii, stosowania urządzeń wszczepialnych, transplantacji,
- zapewnienie wsparcia psychologiczno-społecznego pacjentom, ich rodzinom i (lub) opiekunom,
- koordynacja opieki między uczestnikami i występującymi fazami,
- nadzór i monitorowanie jakości opieki prowadzące do jej poprawy.

Grupą docelową, objętą opieką w ramach KONS, są zarówno chorzy ze stabilną NS, jak i ci, u których dochodzi do zaostrzenia NS. Ta druga grupa to chorzy wysokiego ryzyka, którzy w obecnym systemie opieki są obciążeni szczególnie złym rokowaniem, a ich leczenie wiąże się z wysokimi kosztami. Jednocześnie jest to grupa pacjentów, która może uzyskać największą korzyść z aktywnej i zintegrowanej opieki.

Jednym z istotnych i nowych rozwiązań KONS jest koordynacja opieki nad pacjentem, zgodna z kontinuum niewydolności serca. Koordynacja opieki powinna uwzględniać zaangażowanie niezbędnych w procesie opieki specjalistów, optymalizację farmakoterapii, edukację pacjentów, zaplanowaną obserwację odległą oraz wsparcie psychologiczno-społeczne.

Koordynacja opieki prowadzić powinna do współpracy profesjonalistów medycznych zajmujących się leczeniem NS, w tym:

- kardiologów, internistów, geriatrów,
- lekarzy POZ,
- pielęgniarek specjalizujących się w leczeniu NS oraz
- innych pracowników medycznych, w tym farmaceutów, dietetyków, fizjoterapeutów, psychologów sprawujących opiekę paliatywną oraz pracowników socjalnych.

Proponowany program KONS jest kolejnym modelem opieki kompleksowej wdrażanym przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ — po modelu kompleksowej opieki nad chorymi po zawale serca [9]. Będzie ponadto uzupełnieniem i wsparciem wprowadzanej w 2018 roku opieki koordynowanej POZ Plus, która w założeniu będzie obejmować między innymi stabilne przypadki chorych z NS [10].

Podstawowa opieka zdrowotna i ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Opiekę nad chorych z przewlekłą, stabilną niewydolnością serca, w proponowanym modelu będzie pełnił zespół POZ (przede wszystkim lekarze i pielęgniarki) wspierany przez konsultantów — lekarzy kardiologów oraz pielęgniarki ds. niewydolności serca ze szpitalnych poradni KONS. Tego rodzaju grupy specjalistów będą odpowiedzialne za prowadzenie pacjentów z NS w stabilnym stanie (np. *New York Heart Association* [NYHA] I, II).

Zespoły POZ wspomagane przez konsultantów — lekarzy kardiologów mają zapewnić niezbędne świadczenia lekarskie, pielęgniarskie, edukacyjne oraz monitorować zachowanie zdrowotne pacjenta, w tym zalecenia farmakoterapeutyczne. Lekarze kardiologów będą na bieżąco wspierać lekarzy POZ w zakresie diagnozowania i leczenia chorych z NS, ale nie będą ich zastępować w opiece nad chorymi. Przewiduje się, że placówki lub lekarze POZ będą zawierać umowę z placówkami lub lekarzami kardiologii, na podstawie których kardiologów będą pełnił funkcję konsultantów (w szczególności w trybie lekarz–lekarz) oraz przeprowadzać określone badania diagnostyczne (np. echokardiograficzne). Za właściwą organizację pracy grupy specjalistów będzie odpowiedzialny koordynator administracyjny pracujący w placówce POZ [1].

Populacja pacjentów objętych KONS ustanowią podzbiór populacji podopiecznych POZ. Lekarze POZ będą mogli zaoferować swoim pacjentom objęcie tego rodzaju opieką, przy czym pacjenci dostaną możliwość wyboru i pozostaną w dotychczasowym modelu opieki. Zgoda na uczestnictwo w programie KONS spowoduje natomiast wdrożenie zaplanowanych działań i świadczeń opieki zdrowotnej oraz uruchomienie przewidzianych na ten cel środków finansowych.

Lecznictwo szpitalne

Zakłada się, że opieka szpitalna chorych z NS będzie prowadzona przez placówki tworzące krajową sieć, docelowo zapewniającą możliwie równomierny dostęp do świadczeń.

Podział funkcjonalny szpitali jest zgodny z założeniami PZS [13] uzupełniony o szczegółowe warunki

niezbędne w leczeniu chorych z NS. Kadra oraz wyposażenie szpitali powinny zostać przygotowane do wprowadzenia KONS, między innymi przez opracowanie szpitalnych protokołów postępowania z chorym z NS. Przygotowanie kadr oraz wyposażenia szpitali powinno być docelowo potwierdzone uzyskaniem odpowiednich certyfikatów, akredytacji.

Leczenie szpitalne NS odbywa się na trzech poziomach referencyjnych modelu:

- szpitale poziomu I według PZS. W szpitalach poziomu I warunkiem koniecznym jest funkcjonujący SOR/IP z możliwością świadczenia usług pobytu dziennego oraz oddział kardiologiczny lub chorób wewnętrznych, gdzie będzie realizowana opieka mająca na celu stabilizację pacjentów doświadczających dekompensacji w przebiegu NS;

- szpitale poziomu II według PZS. W szpitalach poziomu II, dysponujących SOR/IP z możliwością z możliwością świadczenia usług pobytu dziennego, warunkiem koniecznym jest oddział kardiologiczny posiadający możliwość diagnozowania chorych z NS (jw. oraz optymalnie również tomografia komputerowa [CT, *computed tomography*], rezonans magnetyczny serca [CMR, *cardiovascular magnetic resonance*], echokardiografia przezprzełykowa [TEE, *transesophageal echocardiography*]) i wykonywania niektórych zabiegów inwazyjnych na sercu;

- szpitale poziomu III według PZS i (lub) ogólnopolskie (*Centers of Excellence*). Szpitale te, oprócz zakresu zapewnianego przez szpitale I i II poziomu, optymalnie posiadające afiliację akademicką oraz prowadzące działalność naukową, zapewniają pełny dostęp do procedur z zakresu diagnostyki (w tym CMR, CT, TEE, scyntygrafia, koronarografia, cewnikowanie prawostronne, biopsja serca), elektrokardiologii, kardiologii interwencyjnej i kardiochirurgii oraz dostęp do mechanicznego wspomaganie układu krążenia i/lub transplantacji serca włącznie.

Zalecanym rozwiązaniem organizacyjnym jest powołanie Poradni NS lub wskazanie kardiologicznej poradni szpitalnej pełniącej tę rolę. Zadaniem Poradni NS jest opieka nad pacjentem niewymagającym hospitalizacji oraz wspieranie działań POZ w okresie po wypisie pacjenta ze szpitala, w szczególności koordynację opieki w okresie poszpitalnym.

W Poradni NS, obok kardiologów wspieranych przez lekarzy internistów i geriatrów, istotną rolę przydzielono pielęgniarkom ds. niewydolności serca, które będą wspierać pielęgniarki POZ w kontynuacji opieki nad pacjentem po wypisie ze szpitala. Po ustabilizowaniu stanu zdrowia pacjent pozostanie pod opieką POZ ze wsparciem lekarsko-pielęgniarskim szpitalnej Poradni NS.

Oddziały szpitalne poziomu III, włączone do KONS, powinny posiadać niezbędne doświadczenie w wykonywaniu przewidzianych procedur wyskoscjalistycznych. Będą też pełnić dodatkowo funkcję ośrodków referencyjnych, edukacyjnych oraz doradczych, gdzie możliwe będzie uzyskanie konsultacji lekarz–lekarz i pielęgniarka–pielęgniarka. Zalecane miejsce tych działań stanowi szpitalna Poradnia NS. Szpitale wyskoscjalistyczne będą również odpowiedzialne za prowadzenie nadzoru w trybie telemedycznym nad urządzeniami wszczepialnymi (na początkowym etapie fakultatywnie).

Lekarze lecznictwa otwartego oraz ratownictwa medycznego, kierujący pacjenta do szpitala, powinni być poinformowani o dostępności leczenia chorych z NS w placówkach włączonych do KONS. Szpitale będą uzyskiwać informację medyczną (docelowo w formie elektronicznej) od lekarzy POZ oraz będą z nimi współpracować (wymiana informacji) w okresie hospitalizacji, a także w czasie następującym po wypisie ze szpitala. W razie zaistnienia wskazań medycznych pacjenci z NS mogą zostać objęci opieką długoterminową lub paliatywną.

Pielęgniarki ds. niewydolności serca, pracujące w szpitalnych Poradniach NS, odgrywają kluczową rolę w zapewnieniu ciągłości opieki, współpracując ściśle z lekarzami rodzinnymi, pielęgniarkami rodzinnymi/środowiskowymi, a także pacjentami [1, 7, 27]. Rolą pielęgniarki NS jest edukacja pacjenta opuszczającego szpital w zakresie choroby (definicja, etiologia niewydolności serca), czynników ryzyka, objawów wymagających wizyty u lekarza oraz czynników powodujących zaostrzenie objawów choroby. Pielęgniarka ds. NS bierze również udział w monitorowaniu przestrzegania zaleceń terapeutycznych (dawkowania leków, możliwości elastycznego dawkowania diuretyków) w okresie po wypisie ze szpitala. Dodatkowo pielęgniarka ds. NS

Tabela 1. Podstawowe parametry dotyczące niewydolności serca (NS)

Liczba osób ubezpieczonych w NFZ	35,072,005
Wskaźnik chorobowości na NS wśród ubezpieczonych w NFZ	1,8%
Szacowana liczba chorych na NS	618,447
Liczba hospitalizacji rocznie (2012)	187,481
Współczynnik hospitalizacji na 1 mln ubezpieczonych	5,346
Liczba osób z populacji objętej opieką lekarza POZ, potencjalnie cierpiąca na NS	

udziela porad i zaleceń dotyczących diety, aktywności fizycznej, kontroli masy ciała, przyjmowania płynów, zalecanych szczepień i in. [1, 27]. Pielęgniarka edukuje w zakresie technik dotyczących pomiaru tętna, ciśnienia tętniczego, masy ciała, oceny obrzęków, duszności, częstości oddechu, a także objawów ubocznych stosowanego leczenia, wskazując na możliwość modyfikacji dawek niektórych leków. Wymienione działania dotyczą przygotowania pacjenta do samokontroli i samoopieki (*self-care*). W razie skierowania pacjenta na dalsze leczenie do innej placówki, w tym POZ, pielęgniarka ds. NS zajmuje się przekazaniem informacji o pacjencie i zaleceń dotyczących dalszej opieki.

Całość działań placówek włączonych do KONS podlega kontroli i monitorowaniu jakości, począwszy od warunków struktury (kadry, ich kompetencje i sprzęt), przez śledzenie stopnia zgodności praktyki klinicznej i wytycznych postępowania klinicznego, po monitorowanie wskaźników wyniku (np. liczba hospitalizacji w trybie nagłym).

Założenia programu pilotażowego

Na pierwszym etapie wdrożenia KONS planowane jest uruchomienie programu pilotażowego w wybranych regionach kraju [1].

Cel pilotażu KONS to przetestowanie koncepcji oraz pomiar kluczowych parametrów koniecznych dla wdrożenia KONS w skali ogólnopolskiej.

Program pilotażowy jest oceniany za pomocą dwóch zestawów wskaźników:

- jakości opieki nad chorymi z NS,
- realizacji programu pilotażowego.

Wskaźnikami realizacji programu pilotażowego będą:

- liczba Grup KONS uczestniczących w programie,
- liczba placówek (poszczególnych rodzajów) uczestniczących w programie,
- liczba podopiecznych placówek POZ uczestniczących w programie,
- liczba pacjentów objętych KONS (podpisanych deklaracji),
- kwota wydatków na świadczenia KONS (świadczenia wykonane na rzecz populacji KONS), z podziałem na rodzaje świadczeń według NFZ,
- odsetek placówek, zaprzestających świadczenie usług w ramach KONS w okresie trwania programu.

Założenia propozycji sposobu finansowania diagnostyki i leczenia w ramach KONS

Proponowany sposób finansowania świadczeń opieki zdrowotnej włączonych do programu ma umożliwić optymalne postępowanie kliniczne oraz promować pożądane zachowanie kadry poszcze-

gólnych placówek/świadczeniodawców. Przyjęto następujące zasady finansowania KONS:

- pokrywanie kosztów efektywnych świadczeniodawców wraz z dopuszczalnym, rozsądnym poziomem nadwyżki finansowej (zysku),
- zniesienie ilościowego i wartościowego limitu uzasadnionych klinicznie świadczeń,
- promowanie opieki w trybie pozaszpitalnym,
- promowanie kontynuacji i ciągłości opieki oraz jej koordynacji.

Podsumowanie

Proponowany model opieki nad pacjentem z NS jest kolejnym przykładem programu „zarządzania chorobą”, po wdrażanym w 2017 roku programie koordynowanej opieki dla chorych po ostrych zespółach wieńcowych oraz znacznej liczbie programów zdrowotnych NFZ dotyczących chorób rzadkich lub takich, w których leczenie jest szczególnie kosztowne (np. hemofilia). Ze względu na dużą liczbę chorych oraz towarzyszącą niewydolności serca wielochołobowość i trudności w prowadzeniu przewlekłym tej grupy chorych, konieczne jest przetestowanie omawianego modelu w formie pilotażu. Pozwoli to na dopracowanie rozwiązań organizacyjnych, sposobów finansowania i wielu innych szczegółów, które na tym etapie organizacji pozostają jeszcze nierozstrzygnięte. Niewątpliwym osiągnięciem jest to, że na ukończeniu są prace nad rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcami z niewydolnością serca, a 21 listopada 2018 roku Minister Zdrowia Łukasz Szumowski ogłosił możliwość realizacji tego przedsięwzięcia. W założeniu pilotaż ma być realizowany w sześciu ośrodkach koordynujących w kraju. Ostatecznym wynikiem pilotażu powinno być rozpoznanie, w jakim stopniu, zastosowane w praktyce polskiego systemu ochrony zdrowia zmiany, pozwolą na zmniejszenie częstości hospitalizacji, poprawę jakości życia a ostatecznie wydłużenie życia chorym z niewydolnością a serca.

Piśmiennictwo:

1. Nessler J, Kozierekiewicz A, Gackowski A, et al. Coordinated heart failure care in Poland: towards optimal organisation of the health care system. *Kardiologia Polska*. 2018; 76(2): 479–487, doi: 10.5603/kp.2018.0050.
2. OECD indicators,“ OECD Publishing, Paris. *Organisation for Economic Co-operation and Development*, „Health at a Glance 2015..
3. Ministerstwo Zdrowia „Mapy potrzeb zdrowotnych — dokumenty”. <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/> (15.08.2018).
4. Felker GM, Teerlink JR. Management of the patient with acute heart failure. In: Felker GM, Teerlink JR, ed. *Braunwald’s heart disease: a textbook of cardiovascular medicine*. Elsevier, Philadelphia 2014: 493–509.

5. Balsam P, Tymińska A, Kapton-Cieślicka A, et al. Predictors of one-year outcome in patients hospitalised for heart failure: results from the Polish part of the Heart Failure Pilot Survey of the European Society of Cardiology. *Kardiologia Pol.* 2016; 74(1): 9–17, doi: [10.5603/KPa2015.0112](https://doi.org/10.5603/KPa2015.0112), indexed in Pubmed: [26101021](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26101021/).
6. Sosnowska-Pasiarska B, Bartkowiak R, Wozakowska-Kapton B, et al. Population of Polish patients participating in the Heart Failure Pilot Survey (ESC-HF Pilot). *Kardiologia Pol.* 2013; 71(3): 234–240, doi: [10.5603/KP.2013.0034](https://doi.org/10.5603/KP.2013.0034), indexed in Pubmed: [23575777](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23575777/).
7. Uchmanowicz I, Loboz-Rudnicka M, Jaarsma T, et al. Cross-cultural adaptation and reliability testing of Polish adaptation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS). *Patient Prefer Adherence.* 2014; 8: 1521–1526, doi: [10.2147/PPA.S65890](https://doi.org/10.2147/PPA.S65890), indexed in Pubmed: [25382973](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25382973/).
8. Maniecka-Bryła I, Bryła M, Bryła P, et al. The burden of premature mortality in Poland analysed with the use of standard expected years of life lost. *BMC Public Health.* 2015; 15: 101, doi: [10.1186/s12889-015-1487-x](https://doi.org/10.1186/s12889-015-1487-x), indexed in Pubmed: [25884915](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25884915/).
9. Łyszczarz B, Gierczyński J, Nojszewska E, et al. Ocena kosztów niewydolności serca. Instytut Innowacyjna Gospodarka, Warszawa. 2017.
10. Narodowy Fundusz Zdrowia, „Projekt zarządzenia - warunki i realizacja - leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe”. <http://nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/projekty-zarzadzen/projekt-zarzadzania-warunki-i-realizacja-leczenie-szpitalne-swiadczenia-kompleksowe,6456.html> (15.08.2017).
11. Narodowy Fundusz Zdrowia, „Projekt pilotażu POZ Plus”. <http://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow,7012.html> (15.08.2017).
12. Wierchowicki M, Poprawski K. Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? Miejsce lekarza rodzinnego. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2008; 2(1): 1–13.
13. Ministerstwo Zdrowia, „Sieć szpitali,” MZ. <http://sieczspitali.mz.gov.pl/> (15.08.2017).
14. Straburzyńska-Migaj E, Nessler J, Gackowski A, et al. Niewydolność serca w Polsce – raport 2016. Sekcja Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. 2016.
15. Gierczyński J, Gryglewicz J, Karczewicz E, et al. Niewydolność serca - analiza kosztów ekonomicznych i społecznych. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa. 2013.
16. Gheorghide M, Shah AN, Vaduganathan M, et al. Recognizing hospitalized heart failure as an entity and developing new therapies to improve outcomes: academics', clinicians', industry's, regulators', and payers' perspectives. *Heart Fail Clin.* 2013; 9(3): 285–90, doi: [10.1016/j.hfc.2013.05.002](https://doi.org/10.1016/j.hfc.2013.05.002), indexed in Pubmed: [23809415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23809415/).
17. Laribi S, Aouba A, Nikolaou M, et al. GREAT network. Trends in death attributed to heart failure over the past two decades in Europe. *Eur J Heart Fail.* 2012; 14(3): 234–239, doi: [10.1093/eurjhf/hfr182](https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfr182), indexed in Pubmed: [22237388](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22237388/).
18. Maggioni AP, Anker SD, Dahlström U, et al. Heart Failure Association of the ESC. Are hospitalized or ambulatory patients with heart failure treated in accordance with European Society of Cardiology guidelines? Evidence from 12,440 patients of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail.* 2013; 15(10): 1173–1184, doi: [10.1093/eurjhf/hft134](https://doi.org/10.1093/eurjhf/hft134), indexed in Pubmed: [23978433](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23978433/).
19. Solomon SD, Dobson J, Pocock S, et al. Candesartan in Heart failure: Assessment of Reduction in Mortality and morbidity (CHARM) Investigators. Influence of nonfatal hospitalization for heart failure on subsequent mortality in patients with chronic heart failure. *Circulation.* 2007; 116(13): 1482–1487, doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.107.696906](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.696906), indexed in Pubmed: [17724259](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17724259/).
20. O'Connor CM, Miller AB, Blair JEA, et al. Efficacy of Vasopressin Antagonism in heart Failure Outcome Study with Tolvaptan (EVEREST) investigators. Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduced left ventricular ejection fraction: results from Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study with Tolvaptan (EVEREST) program. *Am Heart J.* 2010; 159(5): 841–849.e1, doi: [10.1016/j.ahj.2010.02.023](https://doi.org/10.1016/j.ahj.2010.02.023), indexed in Pubmed: [20435194](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20435194/).
21. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care. OECD Health Policy Studies. 2015, doi: [10.1787/9789264233010-en](https://doi.org/10.1787/9789264233010-en).
22. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, et al. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol.* 2004; 44(4): 810–819, doi: [10.1016/j.jacc.2004.05.055](https://doi.org/10.1016/j.jacc.2004.05.055), indexed in Pubmed: [15312864](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15312864/).
23. Ponikowski P, Voors A, Anker S, et al. Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku. *Kardiologia Polska.* 2016; 74(10): 1037–1147, doi: [10.5603/kp.2016.0141](https://doi.org/10.5603/kp.2016.0141).
24. Fonarow GC, Albert NM, Curtis AB, et al. Incremental reduction in risk of death associated with use of guideline-recommended therapies in patients with heart failure: a nested case-control analysis of IMPROVE HF. *J Am Heart Assoc.* 2012; 1(1): 16–26, doi: [10.1161/JAHA.111.000018](https://doi.org/10.1161/JAHA.111.000018), indexed in Pubmed: [23130115](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23130115/).
25. Lainscak M, Blue L, Clark AL, et al. Self-care management of heart failure: practical recommendations from the Patient Care Committee of the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology. *Eur J Heart Fail.* 2011; 13(2): 115–126, doi: [10.1093/eurjhf/hfq219](https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq219), indexed in Pubmed: [21148593](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21148593/).
26. McDonagh TA, Blue L, Clark AL, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Association Committee on Patient Care. European Society of Cardiology Heart Failure Association Standards for delivering heart failure care. *Eur J Heart Fail.* 2011; 13(3): 235–241, doi: [10.1093/eurjhf/hfq221](https://doi.org/10.1093/eurjhf/hfq221), indexed in Pubmed: [21159794](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21159794/).
27. Seto E, Leonard KJ, Cafazzo JA, et al. Self-care and quality of life of heart failure patients at a multidisciplinary heart function clinic. *J Cardiovasc Nurs.* 2011; 26(5): 377–385, doi: [10.1097/JCN.0b013e31820612b8](https://doi.org/10.1097/JCN.0b013e31820612b8), indexed in Pubmed: [21263339](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21263339/).

Adres do korespondencji:

Jadwiga Nessler
 Klinika Choroby Wierścowej i Niewydolności Serca
 Instytut Kardiologii, UJCM
 Krakowski Szpital Specjalistyczny
 im. Jana Pawła II w Krakowie
 e-mail: jnessler@interia.pl