

Model kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca

Choroby układu krążenia są główną przyczyną chorobowości i odpowiadają za 45,8% zgonów rocznie w Polsce. Zmiany demograficzne (starzejące się społeczeństwo) oraz narażenie na czynniki ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych tj. palenie tytoniu, otyłość, niska aktywność fizyczna, stres brak lub zła kontrola nadciśnienia tętniczego oraz cukrzyca wpływają niekorzystnie nie tylko na rokowania co do wyjścia z epizodu-sercowo-naczyniowego, ale także na odległe skutki epizodu w tym na przeżywalność. Wdrożenie postępowania leczniczego opartego na leczeniu interwencyjnym oraz kardiochirurgicznym znacznie obniżyły śmiertelność szpitalną oraz wczesną po incydencie sercowo-naczyniowym. Pomimo tego standaryzowany współczynnik zgonów z powodów sercowo-naczyniowych w Polsce wciąż jest wyższy niż w większości krajów Unii Europejskiej i w 2012 r. wyniósł 652,4.

Podstawową własnością choroby wieńcowej jest jej przewlekły charakter. Mając na uwadze powyższe opieka nad pacjentami po zawale powinna ulec zmianie w szczególności w zakresie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji. Dlatego też wydaje się, iż tylko kompleksowy proces terapeutyczny zapewni właściwe postępowanie terapeutyczne oraz właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może wpłynąć pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej.

Postępowanie z pacjentem w okresie poszpitalnym obejmujące dokończenie planowego leczenia, w tym min. dokończenie rewaskularyzacji mięśnia sercowego, implantację urządzenia wysokoenergetycznego, rehabilitację i edukację chorego oraz kompleksową kontrolę stanu pacjenta w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zostały określone jako kluczowe elementy związane z redukcją śmiertelności długoterminowej u pacjentów po zawale serca. Konieczność wykonania dwuetapowej rewaskularyzacji dotyczy około 16,1% pacjentów po zawale serca w Polsce, przy czym odsetek ten ze wskazań klinicznych może ulec zwiększeniu do około 20-25%. Mediana czasu do wykonania zabiegu wynosi 2 miesiące, natomiast zgodnie z wytycznymi ESC (*European Society of Cardiology*) drugi etap rewaskularyzacji powinien nastąpić w ciągu 2 do 6 tygodni od pierwszego zabiegu. Implantacja kardiowerterów-defibrylatorów (z lub bez układu resynchronizującego serce) w Polsce dotyczy około 2% pacjentów po zawale serca. Choć dane z innych krajów wskazują na podobny odsetek implantacji, to wskazania do takiej terapii ma znacznie większy odsetek pacjentów, którym taką terapię należy zabezpieczyć. Szczególnej uwagi wymaga również niskie rozpowszechnienie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce, a zwłaszcza niski odsetek pacjentów biorących udział w rehabilitacji ambulatoryjnej, pomimo dowodów na jej skuteczność w zakresie zmniejszania liczby zgonów z powodów sercowo-naczyniowych, redukcji liczby hospitalizacji oraz kosztowej-efektywności tej interwencji. Dodatkowo mediana czasu oczekiwania na wizytę w poradni kardiologicznej w przypadku pacjentów po zawale serca wynosi ponad 3 miesiące, co jest okresem zdecydowanie zbyt długim.

Model opieki kompleksowej nad pacjentem po zawale serca obejmuje pierwsze 12 miesięcy po wypisie ze szpitala i składać się będzie z czterech podstawowych modułów, tj. kardiologii interwencyjnej (pełna rewaskularyzacja), kompleksowej rehabilitacji i edukacji, elektroterapii oraz specjalistycznej opieki kardiologicznej. Formą płatności za opiekę

kompleksową nad pacjentem po zawale serca będzie ryczałt obejmujący całą ścieżkę postępowania z pacjentem. Przewidziano 12 ryczałtów oraz 2 produkty do sumowania.



Rysunek 1. Moduły opieki kompleksowej nad pacjentem po zawale serca (12 msc); *pełna rewaskularyzacja

Kardiologia interwencyjna (pełna rewaskularyzacja mięśnia sercowego)

Model opieki kompleksowej uwzględnia następujące typy świadczeń jednostkowych w ramach hospitalizacji związanej z zawałem serca oraz dokończeniem rewaskularyzacji pacjenta:

- **diagnostyka inwazyjna lub leczenie zachowawcze** – obejmuje hospitalizację z powodu zawału serca w trakcie której zastosowano diagnostykę inwazyjną (koronarografię) lub leczenie zachowawcze;
- **leczenie interwencyjne I-etapowe** - obejmuje rewaskularyzację I-etapową w trakcie hospitalizacji z powodu zawału serca;
- **leczenie interwencyjne II-etapowe** – obejmuje rewaskularyzację II-etapową, która może być realizowana przy pierwszej hospitalizacji z powodu zawału serca albo rozbita na dwie hospitalizacje (pierwszą z powodu zawału serca oraz drugą hospitalizację planową);

Zabieg angioplastyki wieńcowej wykonywany w ramach II-etapu rewaskularyzacji powinien odbyć się w okresie 2-6 tygodni po wypisie ze szpitala, jeżeli nie może być wykonany w trakcie pierwszej hospitalizacji. Przy czym preferowany okres to 2-4 tygodnie, a w pojedynczych przypadkach, w których decyzja o wykonaniu zabiegu zostaje podjęta w warunkach ambulatoryjnych w czasie pierwszej, wcześniej ustalonej konsultacji kardiologicznej, zabieg można wykonać do 6. tygodnia (włącznie) po wypisie. Po hospitalizacji spowodowanej koniecznością wykonania kolejnego zabiegu angioplastyki wieńcowej (II etap rewaskularyzacji") pacjent powinien być skierowany do ośrodka prowadzącego program kompleksowej rehabilitacji i edukacji kardiologicznej. Pacjent powinien rozpocząć rehabilitację najpóźniej w 14. dniu od wypisu ze szpitala.

Rehabilitacja i edukacja

Efektywny program rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji powinien składać się z sesji ćwiczeń fizycznych oraz edukacji dotyczącej stylu życia, czynników ryzyka, chorób układu krążenia i konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich. Po wypisie ze szpitala pacjenci po zawale serca

powinni być kierowani do ośrodków prowadzących rehabilitację szpitalną (stacjonarną), rehabilitację w oddziale dziennym lub rehabilitację hybrydową. Program kompleksowej rehabilitacji i edukacji kardiologicznej powinien rozpocząć się do 14 dni od wypisu ze szpitala (pobyt w szpitalu z powodu zawału serca lub w celu wykonania rewaskularyzacji mięśnia sercowego w ramach "II etapu rewaskularyzacji").

W ramach modelu kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca uwzględniono następujące formy rehabilitacji kardiologicznej:

- **Rehabilitacja stacjonarna** – powinna obejmować od 15-20% pacjentów po zawale serca, realizowana jest w ośrodkach stacjonarnych rehabilitacji kardiologicznej;
- **Rehabilitacja hybrydowa** – rozpoczynająca się w ośrodku stacjonarnym rehabilitacji kardiologicznej a następnie kontynuowana w ramach rehabilitacji realizowanej w ośrodkach dziennych lub w domu pacjenta, stanowi alternatywę dla rehabilitacji stacjonarnej;
- **Rehabilitacja ambulatoryjna** (oraz hybrydowa ambulatoryjno-domowa) – 80-85% pacjentów po zawale serca powinno brać udział w tej formie rehabilitacji kardiologicznej, realizowana w ośrodku dziennym rehabilitacji kardiologicznej lub rozpoczynająca się w ośrodku dziennym i kontynuowana w domu pacjenta;

W przypadku rozpoczęcia przez pacjenta rehabilitacji kardiologicznej w czasie krótszym niż 14 dni (licząc od momentu wykonania pełnej rewaskularyzacji) część rehabilitacyjna taryfy zostanie powiększona o korektor 1,1.

Rehabilitacja hybrydowa i domowa powinna obejmować zwalidowane programy rehabilitacji domowej.¹

Elektroterapia

Decyzja o implantacji kardiowertera/defibrylatora lub układu resynchronizującego serce powinna zostać podjęta w okresie 6-9 tygodni od momentu wypisu ze szpitala. Zabieg powinien być wykonany w okresie do 90 dni od podjęcia decyzji.

W ramach proponowanych produktów opieki kompleksowej wszczepienie kardiowertera-defibrylatora (ICD) albo wszczepienie kardiowertera-defibrylatora z funkcją resynchronizującą (CRT-D), pacjentom którzy tego wymagają, będzie możliwe poprzez dosumowanie świadczeń. Jednocześnie zakładana jest kontynuacja opieki nad pacjentem przez ośrodek (członka konsorcjum) wszczepiający urządzenie wysokoenergetyczne.

Specjalistyczna opieka kardiologiczna

Pierwsza konsultacja kardiologiczna powinna odbyć się nie później niż w 6 tygodniu po wypisie ze szpitala. Liczba konsultacji i ich częstość powinna zależeć od stanu klinicznego pacjenta, jako średnią przyjęto 4 konsultacje kardiologiczne. Konsultacje te mogą odbywać się w poradni kardiologicznej lub w ośrodku rehabilitacji kardiologicznej.

Monitorowanie i ewaluacja programu

Monitorowanie i ewaluacja programu opieki kompleksowej nad pacjentem po zawale serca będzie obejmowała zarówno wskaźniki dotyczące jakości opieki nad pacjentem jak i wskaźniki na poziomie ośrodka realizującego program opieki kompleksowej.

¹ Opis modeli rehabilitacji kardiologicznej zostanie zawarty w pełnym raporcie, którego publikacja przewidziana jest na 13-ego maja 2016.

Ośrodek realizujący będzie zobowiązany do sprawozdania po 12 miesiącach następujących wskaźników monitorowania:

- Odsetek pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację oraz powody rezygnacji z rehabilitacji kardiologicznej
- Odsetek pacjentów palących papierosy
- Odsetek pacjentów ze stężeniem LDL $<1,8$ mmol/l (<70 mg%)
- Odsetek pacjentów z ciśnieniem tętniczym $<140/90$ mm Hg
- Odsetek pacjentów HbA1c $<7\%$ lub stężenie glukozy na czczo $<7,0$ mmol/l [<126 mg%]
- Odsetek pacjentów BMI <30 kg/m²

Kontrola jakości na poziomie świadczeniodawcy będzie obejmowała głównie analizę odsetka pacjentów, którzy ukończyli rehabilitację kardiologiczną oraz liczbę rehospitalizacji z przyczyn sercowo-naczyniowych.

Model kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale serca

