

# Czy jakość opieki medycznej nad osobami z niewydolnością serca można poprawić?

prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Jankowski

I Klinika Kardiologii i Nadciśnienia Tętniczego, Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków



Niewydolność serca (HF) stanowi narastający problem kliniczny i społeczny, zarówno w Polsce, jak i w krajach uprzemysłowionych [1]. Liczbę osób z HF w Polsce ocenia się na znacznie ponad pół miliona. Ponadto, co najmniej 200 tys. razy rocznie HF jest głównym powodem hospitalizacji. Odpowiedzialność za diagnostykę i leczenie

HF w Polsce spoczywa w dużym stopniu na lekarzach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Komentowane badanie dotyczy jakości opieki medycznej w zakresie diagnostyki HF w przychodni POZ w małym mieście [2]. Autorzy stwierdzili niską (zwłaszcza w porównaniu ze współczesnymi zaleceniami dotyczącymi postępowania u osób z HF) częstość stosowania tak podstawowych badań, jak echokardiografia czy oznaczenie stężenia peptydu natriuretycznego (BNP). Wcześniej opublikowane wyniki wieloośrodkowych badań były podobne. Na przykład, wśród osób po zawale serca leczonych w poradniach POZ badanie echokardiograficzne wykonano u 43%, a wśród pacjentów bez zawalu serca w wywiadzie u 20% (przy czym HF rozpoznano u odpowiednio 67% i 48% osób) [3]. Trzeba jednak podkreślić, że lekarze POZ w przytłaczającej większości przypadków nie mają dostępu do badania echokardiograficznego czy oceny stężenia BNP [4]. Jedynie w kilkunastu procentach przychodni POZ (spośród kilkuset uczestniczących w badaniu prowadzonym w ramach programu POLKARD) zadeklarowano możliwość wykonania echokardiografii w okresie 1 miesiąca od stwierdzenia potrzeby jego przeprowadzenia [4]. Jednocześnie w 93% przychodni POZ zadeklarowano brak możliwości oceny stężenia BNP [4].

W komentowanej analizie jedynie 2 zmienne wpływały na szansę przeprowadzenia badania echokardiograficznego: obecność HF i płeć [2]. O ile fakt częstszego wykonywania tego badania u osób z HF nie budzi wątpliwości, to kilkukrotnie większe prawdopodobieństwo wykonania echokardiografii u kobiet niż u mężczyzn może być zaskakujące. Przyczyną tego zjawiska, poza stosunkowo niewielką liczebnością badanej grupy, być może było większe zaangażowanie kobiet w proces diagnostyki i leczenia w porównaniu z mężczyznami. Wydaje się, że często stwierdzane kilkanaście lat temu i wcześniej rzadsze u kobiet niż u mężczyzn wykonywanie

różnych procedur kardiologicznych, obecnie rzeczywiście nie jest częste [5, 6]. Komentowane badanie po raz kolejny dowodzi, że podejmowane w ciągu ostatnich kilkunastu lat działania były skuteczne i doprowadziły do zmniejszenia zależności od płci pacjenta różnic w jakości opieki medycznej.

Publikacja Lipczyńskiej i wsp. [2] może stanowić kolejny głos wskazujący na niewystarczającą jakość opieki medycznej w zakresie diagnostyki i leczenia pacjentów z HF w Polsce. Wiadomo, że najefektywniejszą (w wielu przypadkach również najtańszą) metodą poprawy jakości opieki medycznej są odpowiednie zmiany organizacyjne. Rutynowa opieka nad pacjentami z HF może być kompetentnie realizowana przez lekarzy pierwszego kontaktu. Należałoby jednak znacząco zwiększyć dostępność do podstawowych badań, a takimi w tej grupie osób są m.in. badanie echokardiograficzne i ocena stężenia BNP (lub NT-proBNP). Ponadto, konieczne jest stworzenie sieci specjalistycznych ośrodków ambulatoryjnych, których jednym z głównych celów będzie edukacja pacjentów prowadząca do lepszego poznania istoty choroby i zwiększonego zakresu samokontroli [1]. Funkcjonowanie takich ośrodków skutkuje poprawą rokowania [1]. Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, prof. J. Stępińska, we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie Kardiologii, prof. G. Opolskim, zainicjowała projekt, w ramach którego zespół ekspertów zaproponuje istotne zmiany w organizacji opieki nad pacjentami z HF oraz różnymi postaciami choroby niedokrwiennej serca.

**Konflikt interesów:** nie zgłoszono

## Piśmiennictwo

1. Tendera M. Lekarz pierwszego kontaktu a niewydolność serca. *Kardiologia Polska*, 2011; 69: 32.
2. Lipczyńska M, Szymański P, Klisiewicz A, Hoffman P. Detection of heart failure at a primary care practice in a small town in central Poland. *Kardiologia Polska*, 2012; 70: 1003-1008.
3. Serafin A. Stan po zawale serca lub udarze mózgu — analiza podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. Rozprawa doktorska. Warszawski Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2011.
4. Wizner B, Dubiel JS, Opolski G et al. Access to selected diagnostic procedures in the management of heart failure patients in Poland — POLKARD 2005. *Kardiologia Polska*, 2010; 68: 265-272.
5. Jankowski P, Kawecka-Jaszcz K, Czarna D et al. Gender does not influence event-free survival in patients with ischaemic heart disease undergoing non-emergency coronary angiography. A single centre analysis. *Kardiologia Polska*, 2007; 65: 475-484.
6. Nowakowska-Arendt A, Grabczewska Z, Koziński M et al. Gender differences and in-hospital mortality in patients undergoing percutaneous coronary interventions. *Kardiologia Polska*, 2008; 66: 632-639.