

Memorandum ZPP – Kardiologia przyszłości i aktualne trendy leczenia chorób sercowo-naczyniowych – priorytety potrzeb terapeutycznych w tym obszarze

- Statystyki wyraźnie wskazują na problem braku postaw pro-filaktycznych wśród Polaków.
- Diagnostyka poza szpitalna i specjalistyczna opieka ambulatoryjna przyczynia się do odciążenia budżetu Ministerstwa Zdrowia.
- Zachowania prozdrowotne i profilaktyka chorobowa powinny być częściej promowane w polskich szkołach.
- Niestosowanie się pracownika do zaleceń lekarza oraz nieprzejawianie zachowań prozdrowotnych skutkuje jego obniżoną produktywnością w miejscu pracy.
- Postępujący rozwój technologiczny ułatwia wykrywalność genetycznych chorób kardiologicznych.
- Psycholog w systemie ochrony zdrowia pozytywnie wpływa na współpracę lekarza z pacjentem.

Zachorowalność na choroby sercowo-naczyniowe

Statystyki rozwoju chorób sercowo-naczyniowych w Polsce wskazują jasno na problem związany z brakiem działań i zachowań prozdrowotnych wśród Polaków. Z badań opracowanych w 2014 roku dot. rozwoju ww. problemu od 1992 roku wynika, że szczyt osób dotkniętych chorobami sercowo-naczyniowymi zaczął przyspieszać po wstąpieniu do Unii Europejskiej, następnie nastąpiło lekkie załamanie i stabilizacja. Istnieją również dane przedstawione przez OECD, która opracowała swoje statystyki w oparciu o materiały dostarczone przez polski rząd. Oba te badania prowadzone były na grupie 100 tysięcy mieszkańców. Do 40 roku życia wskaźnik hospitalizowanych nie przekracza 1 tysiąca na 100 tysięcy mieszkańców Polski. Następnie zaczyna rosnać. Na wysokości 50 roku życia to ok. 2000, w granicach 55 roku życia to już około 6

tysięcy. Następnie zachodzi stabilizacja w przedziale wiekowym 65 – 70 lat wynosząc również niemal 6 tysięcy hospitalizowanych. Powyżej 80 lat wskaźnik nie przekracza tysiąca osób. Zachodzą jednak różnice płciowe. Do 40 roku życia wskaźnik zachorowalności między kobietami a mężczyznami nie ulega znaczącym różnicom, jednak w latach późniejszych do 85 roku życia pacjenta (po którym to również zachodzi wyrównanie). Według OECD wskaźnik chorób sercowo-naczyniowych jest korzystniejszy dla kobiet o ponad 20% mniej przypadków zachorowań. Pomimo lat gospodarki centralnie sterowanej nasze statystyki znacząco nie odstawały na tle państw Europy zachodniej. Co ciekawe, średnia wieku polskiego pacjenta „w zdrowiu” to, w przypadku mężczyzn 60 lat i pół roku, a w przypadku kobiet, w granicach 64 lat. Na tle Europy zachodniej, polscy mężczyźni są zdrowsi krócej o około 5 lat a kobiety 2 lata. Nie można zapominać jednak o finansowaniu. Przeciętne wydatki MZ na leczenie wśród obywateli, którzy nie ukończyli 40 roku życia nie przekraczają od 3-5%. W grupie wiekowej 40-65 lat to aż 60%. Ukończenie 40 roku życia to więc idealny moment na rozpoczęcie badań profilaktycznych na choroby sercowo-naczyniowe. W Polsce do 2014 roku z powodu chorób układu krążenia hospitalizowano niemal 1,5 miliona ludzi rocznie. Aktualnie jest to około 1,2 mln. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji jest choroba wieńcowa, kończąca się m.in. zawałem. Co ciekawe najczęściej mówi się o pacjentach z niewydolnością serca ze skrajną frakcją wyrzutową lewej komory. O osobach, które mają niewydolność serca ale z lekko obniżoną bądź lekko zachowaną frakcją wyrzutową mówi się już znacznie rzadziej. Tych osób nie widać w systemie.

Niewydolność systemu ochrony zdrowia

System ochrony zdrowia, który aktualnie obsługuje pacjentów, znacząco koncentruje się na części szpitalnej zamiast dać pacjentowi możliwość do diagnostyki poza szpitalnej. Jeżeli możliwość do prowadzenia badań diagnostycznych poza szpitalami zostałaby wprowadzona, mogłoby to znacznie wpłynąć na zwiększenie efektywności działań prozdrowotnych względem pacjenta jak i oszczędzić wydatkowanie

Ministerstwa Zdrowia. Zwiększa się chorobowość – coraz większa liczba pacjentów ma rozpoznane niewydolności serca. Wydatki, które są przeznaczane na leczenie chorób z niewydolnością serca to koszt niemal 1,6 mld złotych rocznie, z czego ponad 94% kosztów pochłania sama hospitalizacja pacjenta. Na opiekę psychologiczną, zespół pielęgniarek czy edukatorów nie ma już środków. W obecnym systemie pacjent trafia na hospitalizację do szpitala zamiast do ambulatorium. Gdyby modyfikacja jego terapii odbywała się właśnie tam, byłibyśmy w stanie znacznie odciążyć budżet Ministerstwa Zdrowia przeznaczając jego zaoszczędzoną część na inne pola manewrowe. Co ważne, każde kolejne zaostrzenia objawów niewydolności serca, które wymagałyby hospitalizacji, skracają długość życia pacjenta.

Pacjent a rynek pracy

Brak profilaktyki prozdrowotnej i nieprzykładanie wagi do zaleceń lekarza mogą spowodować wstrzymanie aktywności pacjenta na rynku pracy. Uczestniczenie pacjenta w postępowaniu leczniczym jest sprawą kluczową dla jego zaistnienia na rynku pracy. Koszty bezpośrednio leczenia pacjenta z niewydolnością serca to 1,6 mld złotych, a pośrednio to ponad 4,4 mld złotych. To koszty, w których skład wchodzi m.in. wszystkie utracone dni pracy, w tym zwolnienia chorobowe. Pacjent często chciałby być aktywny zawodowo, chociażby ze względu na chęć poprawy własnego zdrowia psychicznego, jednak z uwagi na zalecenia lekarzy związane z możliwością zaostrzenia się objawów choroby jest to niemożliwe. Kosztów związanych z obniżoną produktywnością pracownika nikt nie jest w stanie policzyć.

Technologia w walce z chorobami kardiologicznymi

Rola badań genetycznych w kardiologii jest bardzo duża. W chorobach wielogenowych nie mają one co prawda większego znaczenia, jednak w monogenowych są one podstawą. Kardiomiopatie, kanałopatie, aortopatie czy hipercholesterolemia to choroby prowadzące do nagłego zgonu sercowego, również u ludzi młodych. Stąd

wczesne rozpoznanie tych chorób poprzez badania genetyczne ma zasadnicze znaczenie. Coraz częściej słyszy się o nagłych zgonach młodych sportowców w trakcie wysiłku fizycznego, na przykład podczas gry na boisku sportowym – to właśnie skutek braku świadomości społecznej dot. powszechności chorób sercowo-naczyniowych. Ludzie często sami nie chcą się badać, ze względu na niechęć do konieczności zmiany stylu życia czy strach jaki może im towarzyszyć podczas jakiegokolwiek wysiłku fizycznego. Sportowcy zmagający się z tym problemem umierają częściej niż osoby, które w ogóle sportu nie uprawiają. Samo badanie genetyczne niestety nie jest proste do przeprowadzenia, a jego wynik jest trudny w interpretacji. Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne twierdzi, że pacjent mający podejrzenie wystąpienia kardiomiopatii bądź kanałopatii powinien się znajdować pod obserwacją wyspecjalizowanego zespołu ekspertów przeprowadzanego w specjalnym certyfikowanym laboratorium. Odczyt wyniku również do łatwych nie należy – jest to w stanie zrobić jedynie lekarz specjalizujący się w tej konkretnej dziedzinie. Ze względu na genetyczny charakter badania, dodatkowo należałoby badać nie tylko pacjenta ale i jego krewnych pierwszego czy w niektórych sytuacjach nawet drugiego stopnia. Koszt realizacji badania to około 3-4 tysiące złotych. Ze względu na podobieństwo genowe przeprowadzenie dodatkowych badań na krewnych pierwszego stopnia wyniesie zaledwie 350 złotych.

Szkolny problem zdrowego stylu życia

Rozwój technologiczny sam z siebie niestety nie przyczyni się do znacznego stopnia poprawy zdrowia publicznego. Bez profilaktyki i samoświadomości społecznej niemożliwe jest efektywne zapobieganie chorobom, a co za tym idzie leczenie pacjentów. Co również istotne – profilaktyka jest o wiele tańsza. Problem braku świadomości społecznej ma korzenie w wieku dziecięcym. Propagowanie profilaktyki pro-zdrowotnej powinno się rozpoczynać już na etapie przedszkola czy szkoły podstawowej. Tylko w taki sposób można uniknąć szerzenia się dezinformacji dot. chorób czy metod leczenia. Istotny jest również przykład jaki daje rodzic swojemu

dziecku. Jeśli przejawia on postawy związane z prowadzeniem niezdrowego trybu życia, ciężko będzie dziecku zrozumieć, że jest to coś szkodliwego dla zdrowia.

Psycholog w ochronie zdrowia

Psychologiczne wsparcie pacjentów kardiologicznych również jest istotne. W chorobie człowiek nigdy nie jest sam. Pacjent zawsze współżyje w danym środowisku, ma znajomych czy rodzinę. Dobrą pracą psychologa z pacjentem definiuje również poznanie jego środowiska. Na pierwszym etapie diagnozy choroby sercowo-naczyniowej, jeszcze podczas wdrażania leczenia farmakologicznego, istotna jest współpraca z pacjentem w zakresie zmiany jego nawyków, zmiany stylu jego życia. Wczesna pomoc psychologiczna jest w stanie zapobiec traumom, które mogą wyniknąć na późniejszych etapach rozwoju choroby, gdy konieczna jest operacja kardiologiczna czy wykrywana jest choroba genetyczna, zwłaszcza u młodego pacjenta. Psycholog pracujący w personelu medycznym odciąża także pracę lekarza. Znajomość metod radzenia sobie z pacjentami w kryzysie psychicznym, w tym znajomość zachowań i emocji zrzuca z lekarza ciężar jakim jest obcowanie z trudną reakcją osoby, u której zdiagnozowano poważne problemy zdrowotne. W placówkach medycznych, w których nie ma „serwisu psychologicznego” o wiele ciężiej współpracuje się zarówno personelowi jak i pacjentom. Istnieją również sytuacje, w których to trzeba przekazać pacjentowi informację o zaprzestaniu leczenia. Chory musi mieć świadomość, że w niektórych przypadkach medycyna jest bezsilna. Należy również pamiętać o poczuciu odpowiedzialności jaki odczuwają lekarze wybierający metodykę leczenia. To ogromna odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta. Coraz częstszy problem wypalenia zawodowego wśród lekarzy niestety w tym nie pomaga.