

 Medexpress, 2021-06-07 08:00

POChP ma jeden skuteczny model leczenia. Jaki?

Rozmawiamy z dr n med. Iwoną Damps-Konstańską z Kliniki Alergologii i Pneumonologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku na temat nagrodzonego w czasie VI Międzynarodowego Forum Medycyny Personalizowanej "Modelu zintegrowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP".

Medexpress: Model zintegrowanej opieki nad chorymi z zaawansowaną postacią POChP został nagrodzony podczas tegorocznego Forum Medycyny Personalizowanej. Jak ten model powstawał?

Dr med. Iwona Damps-Konstańska: Wszystko zaczęło się 10 lat temu. Pomysłodawcą zintegrowanej opieki dla chorych na zaawansowaną POChP jest pani profesor Ewa Jassem, kierownik Kliniki Alergologii i Pneumonologii Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Jakość życia pacjentów chorujących na tę chorobę istotnie się pogarsza. Chorzy na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc często nie radzą sobie z wypełnianiem zaleceń zespołu medycznego i czują się zagubieni w systemie zdrowia, a to jest jeden z czynników zaostrzeń POChP. Naszym celem było zmniejszenie liczby zaostrzeń, które stanowią zagrożenie życia chorych, poprawa jakości ich życia oraz zmniejszenie kosztów opieki nad chorymi na zaawansowaną przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Kluczowy element naszego projektu to - wsparcie chorych na zaawansowaną POChP w wypełnieniu lekarskich zaleceń. Standardowa opieka nad chorymi nie jest koordynowana ani zintegrowana z pomocą społeczną. W czasie krótkiej wizyty w poradni trudno przeprowadzić skuteczną edukację w zakresie kluczowego aspektu leczenia czyli stosowania leków wziewnych. Inhalatory są coraz lepsze, technologicznie zaawansowane, ale konieczna jest edukacja chorych - jak ich używać. I co bardzo ważne podczas kolejnych wizyt należy sprawdzać czy chory prawidłowo przyjmuje leki. Na to potrzeba czasu. W naszym modelu stosujemy indywidualną i grupową edukację chorych. Chorzy są objęci opieką przez wielodyscyplinarny zespół, w skład którego wchodzi oprócz lekarza, psycholog, fizjoterapeuta oraz przeszkolony asystent chorego, a pracę zespołu koordynuje dedykowana do tego osoba-koordynator.

Nie wiedzieliśmy czy chorzy na POChP zaakceptują wizyty asystentów w swoich domach. Badanie przeprowadzone przez pielęgniarkę - panią dr Lidię Werachowską, pod kierunkiem prof. Ewy Jassem w Chojnicach wykazało, że chorzy na POChP akceptują wsparcie domowe czyli wizyty odpowiednio wyszkolonych asystentów, którzy m.in. sprawdzają czy pacjent posiada zalecane leki i prawidłowo je przyjmuje. Z naszej codziennej praktyki wiemy, że wielu chorych na zaawansowaną POChP jest w trudnej socjoekonomicznej sytuacji dlatego podjęliśmy wysiłki by zintegrować nasze działania z pomocą społeczną. Zwróciliśmy się do lokalnych samorządów województwa pomorskiego by nawiązać kontakt z jednostkami pomocy społecznej. Następnie prowadziliśmy szkolenia pracowników miejskich ośrodków pomocy społecznej na temat potrzeb chorych na POChP. Przed 10 laty skrót POChP dla wielu osób był zagadką. Bardzo często sami chorzy mówili, że chorują na „taką inną astmę”. Nasze działania zwiększyły wiedzę o POChP wśród chorych i w ogólnej populacji. Zaczęliśmy współpracę z różnego szczebla samorządowcami i przedstawicielami jednostek opieki społecznej województwa pomorskiego. Podczas wielu spotkań omawialiśmy potrzeby medyczne i pozamedyczne chorych na POChP np. to, że chorzy, na skutek swojej przewlekłej choroby, bywają osobami samotnymi, żyjącymi w społecznej izolacji. Chcieliśmy zwrócić uwagę placówek pomocy społecznej na ich potrzeby, by

pracownik pomocy społecznej przychodząc na wizytę do podopiecznego zapoznając się z jego dokumentacją medyczną wiedział, że występowanie POChP znacząco wpływa na jego codzienne funkcjonowanie. Muszę z perspektywy lat przyznać, że był to olbrzymi trud. Mieliśmy nadzieję, że uda nam się działać w kilku ośrodkach na Pomorzu. W ramach projektu oprócz współpracy z lokalnym samorządem nawiązaliśmy także współpracę z organizacjami pozarządowymi - Polskim Towarzystwem Programów Zdrowotnych i Fundacją „Lubię pomagać”. Niestety, brak funduszy spowodował, że mimo chęci personelu medycznego oraz pracowników jednostek pomocy społecznej, taka zintegrowana opieka prowadzona jest jedynie w Gdańsku, w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym.

Medexpress: Przed chorymi z POChP jest pełna lista wyzwań...

Dr med. Iwona Damps-Konstańska: To prawda. Chorzy zdają sobie z tego sprawę i często to ich przytłacza, potrzebują wsparcia. Tak jak wspomniałam w naszym ośrodku działa wielospecjalistyczny zespół. Ponieważ istotnym elementem leczenia POChP jest rehabilitacja, bardzo ważnym członkiem naszego zespołu jest fizjoterapeuta. Mamy szczęście, że od lat współpracujemy z panią doktor Marzeną Olszewską-Karaban, fizjoterapeutką z Kliniki Rehabilitacji Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego. Ona i inni fizjoterapeuci z naszego zespołu podczas indywidualnych spotkań z chorymi pokazują im jakie ćwiczenia mogą bezpiecznie wykonać, dostosowują program ćwiczeń dla każdego z nich. Przygotowaliśmy dla chorych film z ćwiczeniami. W zespole mamy także psychologów. Rozmowa z psychologiem odbywa się z każdym chorym, który włączany jest do projektu. Jeśli jest taka potrzeba to chory otrzymuje dalsze psychologiczne wsparcie. Pragnę też dodać, że mamy doskonałego koordynatora, mgr inż. Katarzynę Świętnicką, która jest w kontakcie z chorymi, opiekunami, psychologami, fizjoterapeutami i całym zespołem medycznym.

Medexpress: Pomówmy o sukcesach tego projektu. Czy mogłaby Pani przedstawić jakieś statystyki?

Dr med. Iwona Damps-Konstańska: Pierwszym i największym sukcesem jest to, że chorzy zaakceptowali taki model opieki. Kolejnym sukcesem tego projektu było to, że udało nam się przekonać grupę wolontariuszy by pomagali części chorym w szczególnych sytuacjach, w różnym zakresie. Widzieliśmy, że nasze działania mimo wszystko nie są w stanie zabezpieczyć wszystkich potrzeb chorych. Dlatego rozpoczęliśmy współpracę z „Fundacją Hospicyjną” i Fundacją „Lubię pomagać” - tam szukaliśmy źródła wolontariuszy. Wolontariusze udzielali wszechstronnej pomocy chorym. Np. pacjent, który był osobą samotną mógł się spotkać z drugą osobą, porozmawiać o ulubionych książkach i powymieniać się nimi, nawiązywały się przyjaźnie. Wielospecjalistycznymi działaniami naszego projektu objęliśmy 400 osób, z czego wsparciem domowym połowę z nich. Pierwszy chory, który został objęty wsparciem domowym, korzysta z niego do dziś. Dotychczasowe wyniki wskazują, że wprowadzenie modelu pozwoliło uzyskać istotną poprawę wskaźników jakości opieki. Prowadzenie opieki zgodnie z Pomorskim Modelem zmniejsza liczbę zaostrzeń choroby. NNT (ang. number needed to treat) wynosi 2,6, tzn., że opiekując się niespełna trzema chorymi przez sześć miesięcy unikamy jednego ciężkiego zaostrzenia POChP czyli takiego, które wymaga hospitalizacji. Większość procedur (opieka POZ, AOS, hospitalizacje) finansuje się z kontraktu z NFZ. Dodatkowe koszty - koordynowanie opieki, edukacja i wizyty asystentów w domach chorych finansowane są ze środków samorządowych i innych źródeł. Wyniki analizy przeprowadzonej przez dr Ewę Bandurską (specjalistkę zdrowia publicznego) wykazały, że w okresie 6 miesięcy przed oraz 6 miesięcy po wprowadzeniu opieki zintegrowanej następuje istotne zmniejszenie bezpośrednich kosztów medycznych związanych z POChP. Dzięki zmniejszeniu liczby zaostrzeń wymagających hospitalizacji lub wizyty w oddziale ratunkowym zmniejszyły się także koszty ogólne. Możemy sobie wyobrazić, jak duże mogłyby być korzyści z wdrożenia do codziennej praktyki zintegrowanej i koordynowanej opieki nad chorymi na zaawansowaną POChP w Polsce.