

*Co po zawale?
Opieka skoordynowana*

Piotr Jankowski

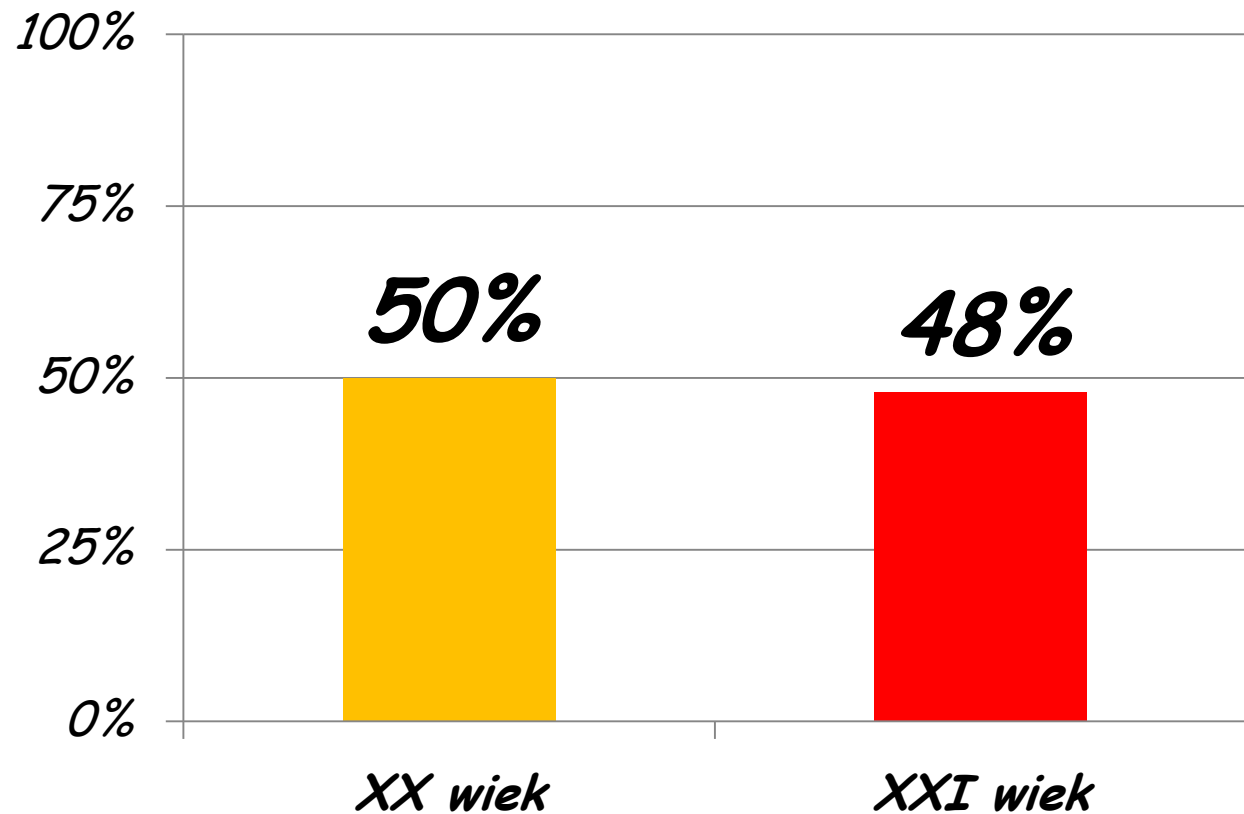
*Komisja Promocji Zdrowia
Polskie Towarzystwo Kardiologiczne*

piotrjankowski@interia.pl

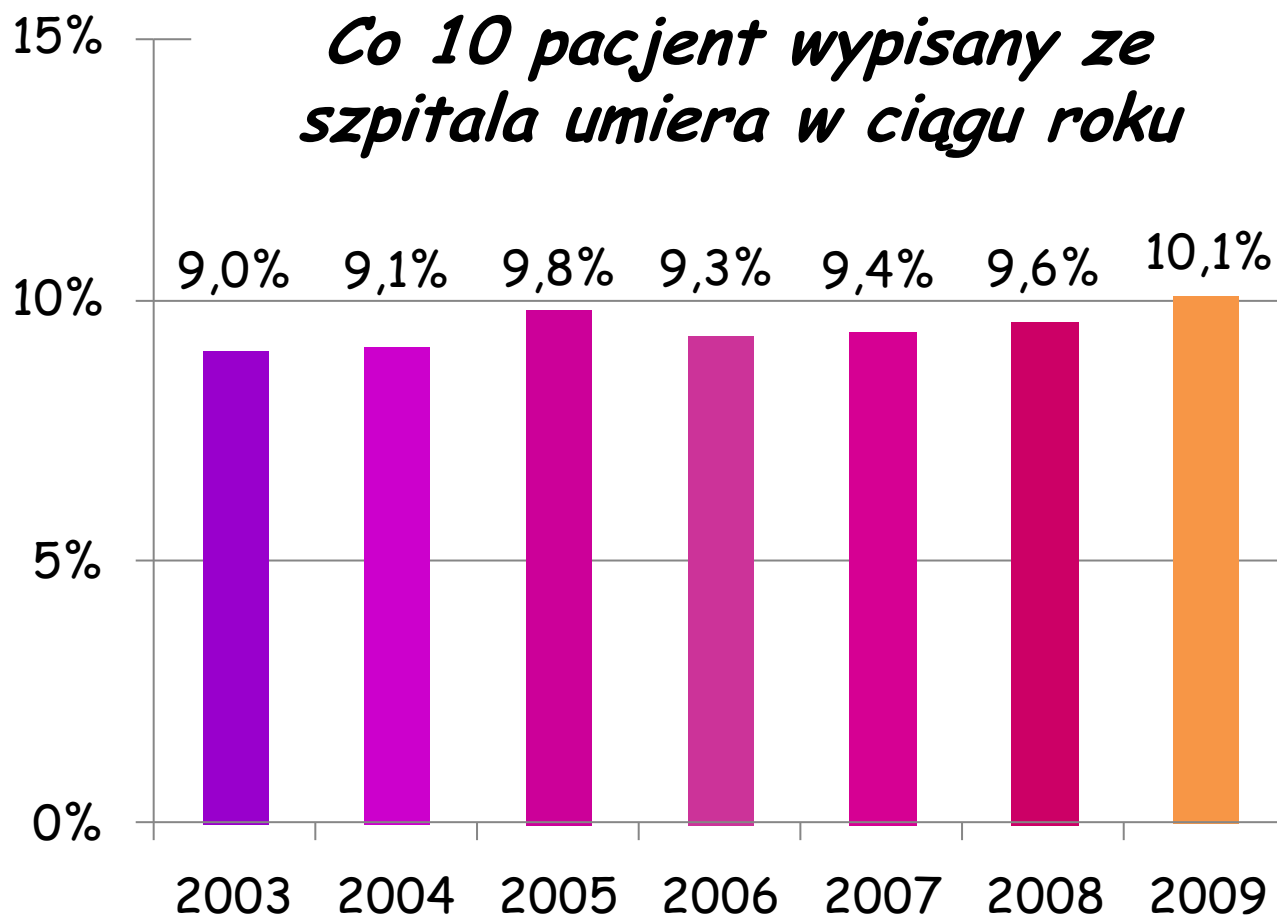
Warszawa, 25 X 2016 r.

Częstość instruowania o postępowaniu w razie wystąpienia bólu w klatce piersiowej

Deklaracje w roku po zawale serca, PCI, CABG



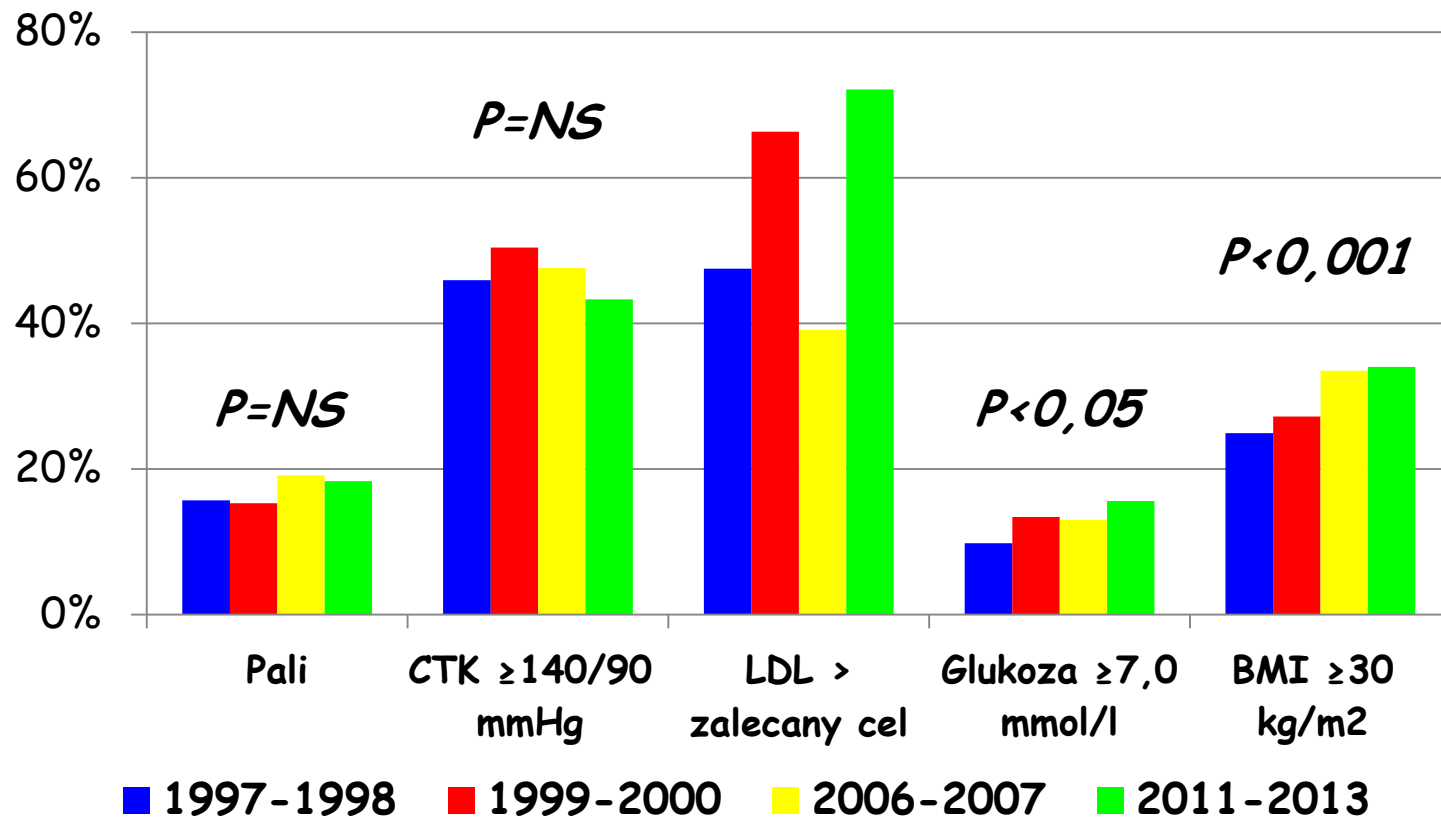
Ryzyko zgonu po w zawale serca w Polsce



Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy i nieoptymalna farmakoterapia*

Kontrola czynników ryzyka w rok po OZW



Kontrola czynników ryzyka w rok po OZW - częstość osiągnięcia zalecanych celów

*Częstość kontroli wszystkich głównych czynników ryzyka (palenie, NT, cholesterol, glikemia, otyłość) **

Rok po hospitalizacji z powodu ChNS (KPWP):

9%

Wszyscy pacjenci z ChNS (3ST-POL):

1%

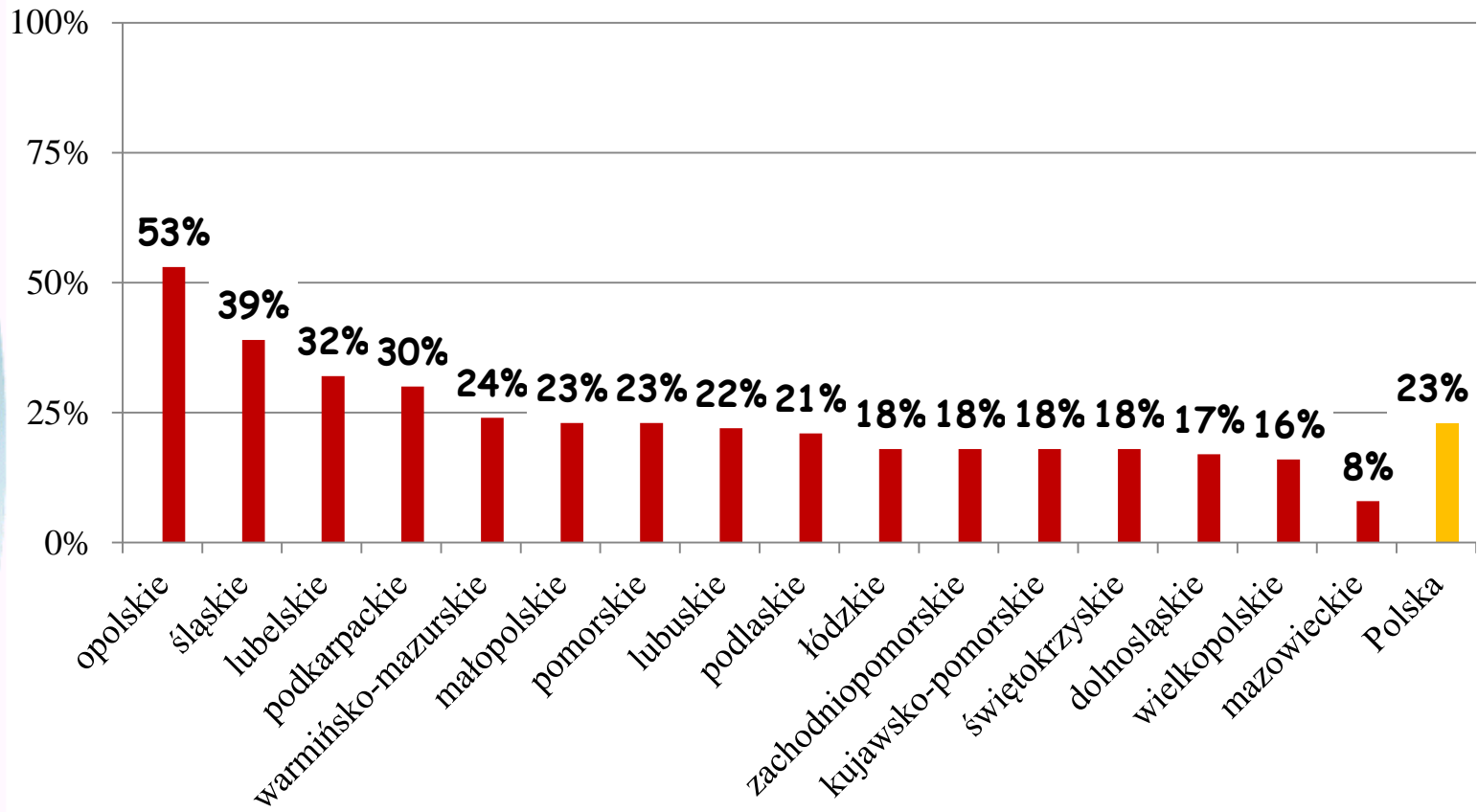
* Nie pali, CTK < 140/90 mmHg, LDL < 1,8 mmol/l (< 70 mg%), glukoza < 7,0 mmol/l (< 126 mg/dl), BMI < 30 kg/m²

Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*

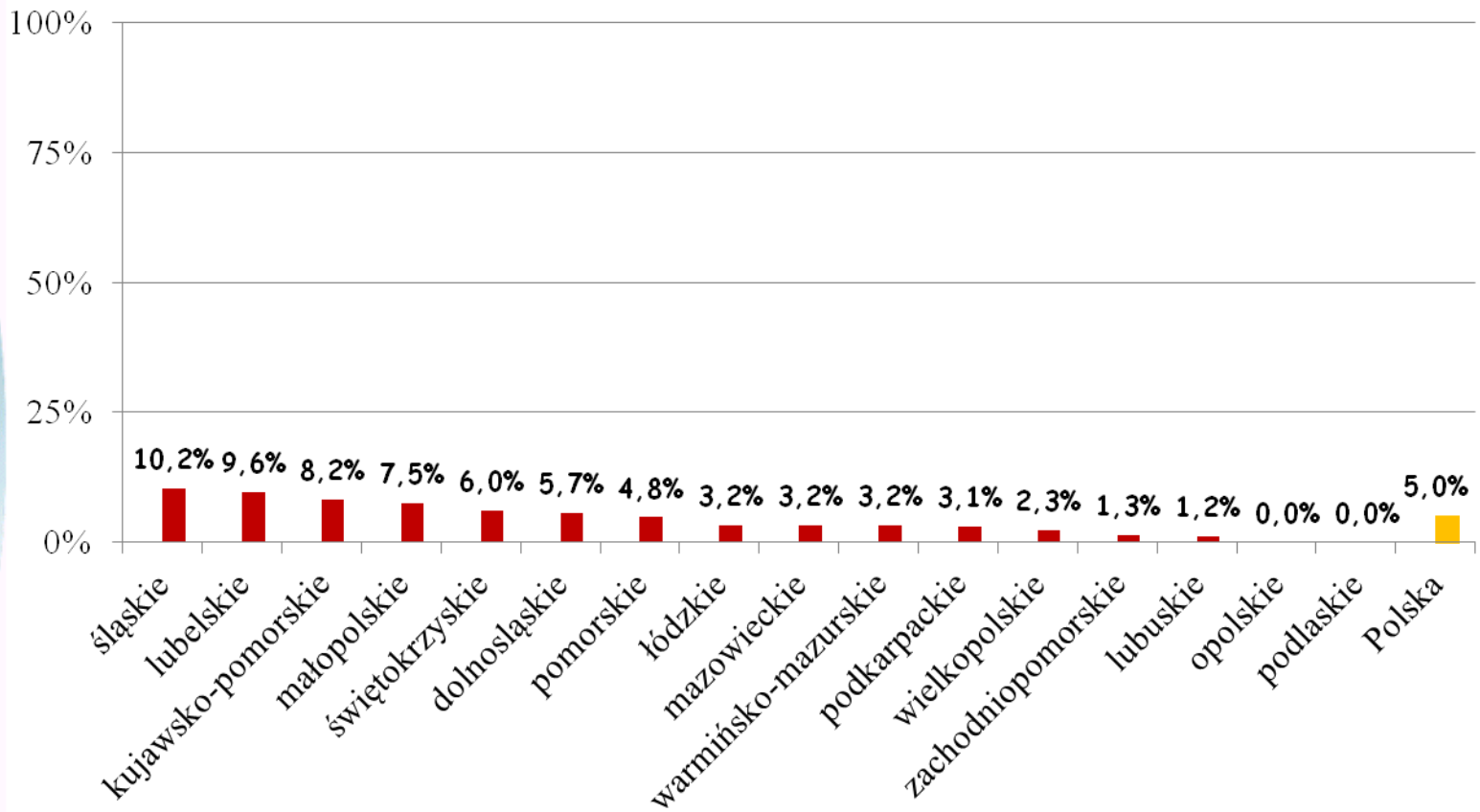
Rehabilitacja kardiologiczna: potrzeby vs rzeczywistość

Liczba zakontraktowanych procedur vs liczba
OZW oraz operacji kardiologicznych



Rehabilitacja kardiologiczna: potrzeby vs rzeczywistość

Liczba zakontraktowanych procedur
rehabilitacji ambulatoryjnej vs liczba OZW



Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*
- ✓ *Opóźniona i utrudniona pełna rewaskularyzacja*
- ✓ *Opóźniony i utrudniony dostęp do ICD i CRT-D*

Polskie realia

Mediana czasu od wypisu do:

<i>PCI</i>	- <i>53 dni</i>
<i>CABG</i>	- <i>65 dni</i>
<i>ICD/CRT-D</i>	- <i>132 dni</i>

Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*
- ✓ *Opóźniona i utrudniona pełna rewaskularyzacja*
- ✓ *Opóźniony i utrudniony dostęp do ICD i CRT-D*
- ✓ *Brak optymalnej farmakoterapii*

Przyczyny

- ✓ *Niewystarczająca kontrola czynników ryzyka miażdżycy*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do programów rehabilitacji i edukacji kardiologicznej*
- ✓ *Opóźnienie osiągnięcia pełnej rewaskularyzacji*
- ✓ *Utrudniony i opóźniony dostęp do ICD i CRT-D*
- ✓ *Brak optymalnej farmakoterapii*
- ✓ *Niewystarczający dostęp do specjalistycznej opieki kardiologicznej*

Polskie realia

<i>Miejsce kontaktu</i>	<i>Liczba osób</i>	<i>Odsetek wszystkich wypisanych</i>
POZ z rozpoznaniem kardiologicznym	4509	57,76%
POZ z rozpoznaniem niekardiologicznym	1624	20,80%
AOS niekardiologiczny, rozpoznanie niekardiologiczne	608	7,79%
Hospitalizacja z rozpoznaniem głównym kardiologicznym	297	3,80%
AOS kardiologiczny	253	3,24%
Rehabilitacja stacjonarna	133	1,70%
AOS niekardiologiczny, rozpoznanie kardiologiczne	124	1,59%
Hospitalizacja z rozpoznaniem głównym niekardiologicznym	99	1,27%
Zgon bez kontaktu	62	0,79%
Brak kontaktu w 12 miesięcy po wypisie (brak informacji o zgonie)	50	0,64%
Rehabilitacja ambulatoryjna	48	0,61%

Polskie realia

Miejsce kontaktu	Liczba osób	Odsetek wszystkich wypisanych
POZ z rozpoznaniem kardiologicznym	4509	57,76%
POZ z rozpoznaniem niekardiologicznym	1624	20,80%
AOS niekardiologiczny, rozpoznanie niekardiologiczne	608	7,79%
Ho		
głó		
AC		
Rel		
AOS niekardiologiczny, rozpoznanie kardiologiczne	124	1,59%
Hospitalizacja z rozpoznaniem głównym niekardiologicznym	99	1,27%
Zgon bez kontaktu	62	0,79%
Brak kontaktu w 12 miesięcy po wypisie (brak informacji o zgonie)	50	0,64%
Rehabilitacja ambulatoryjna	48	0,61%

W ciągu 12 miesięcy konsultacja kardiologiczna: 56,8%

Mediana czasu do konsultacji: 95 dni

Polskie realia

*Jedynie **co czwarty pacjent** po
zawale serca jest konsultowany
przez kardiologa w ciągu pierwszych
3 miesięcy po wypisie ze szpitala*

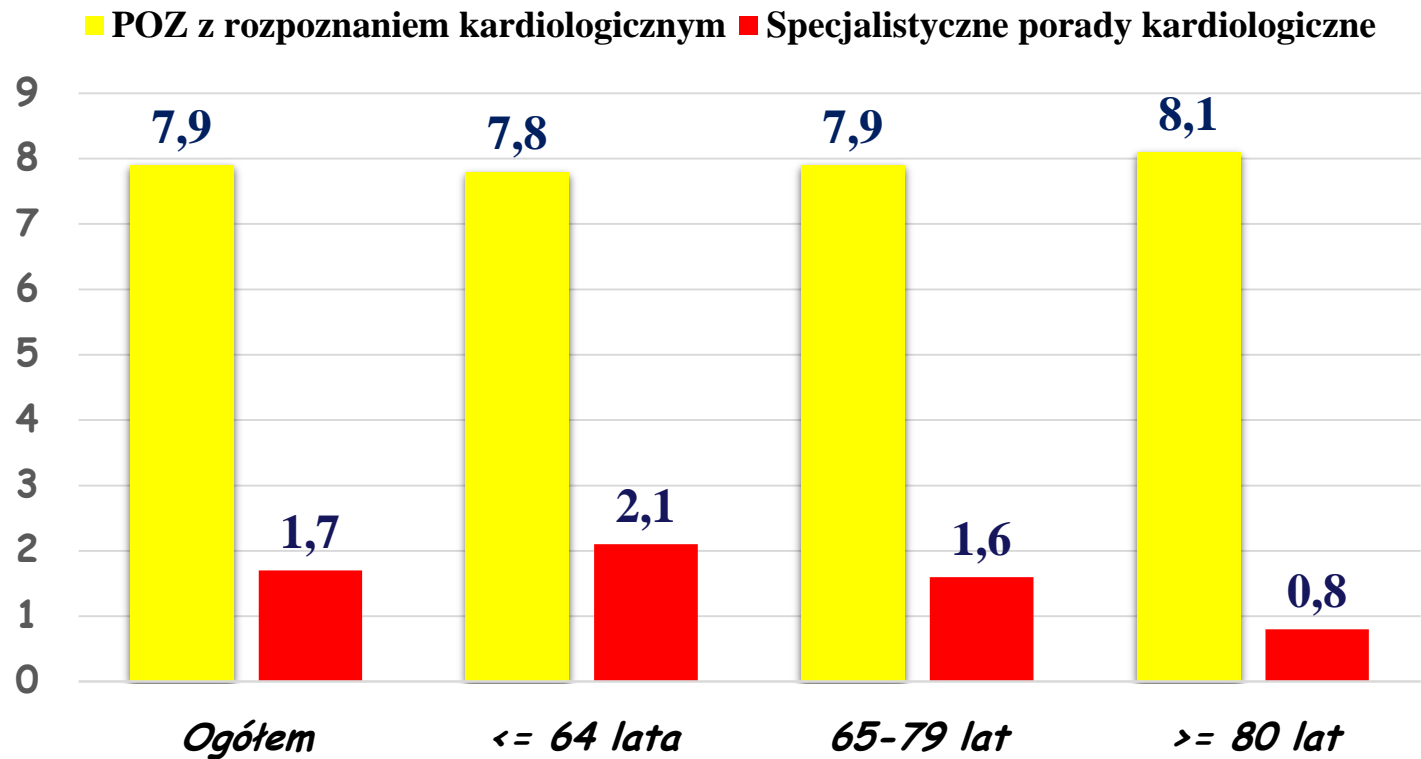
Kardiolog vs lekarz POZ

Ryzyko zgonu po zawale serca

<i>Wiek</i>	<i>HR (95% CI)</i>
<i><65 lat</i>	<i>0,58 (0,49 - 0,68)</i>
<i>65-74 lata</i>	<i>0,55 (0,48 - 0,63)</i>
<i>75-84 lata</i>	<i>0,63 (0,54 - 0,72)</i>
<i>≥85 lat</i>	<i>0,87 (0,82 - 0,92)</i>

Polskie realia

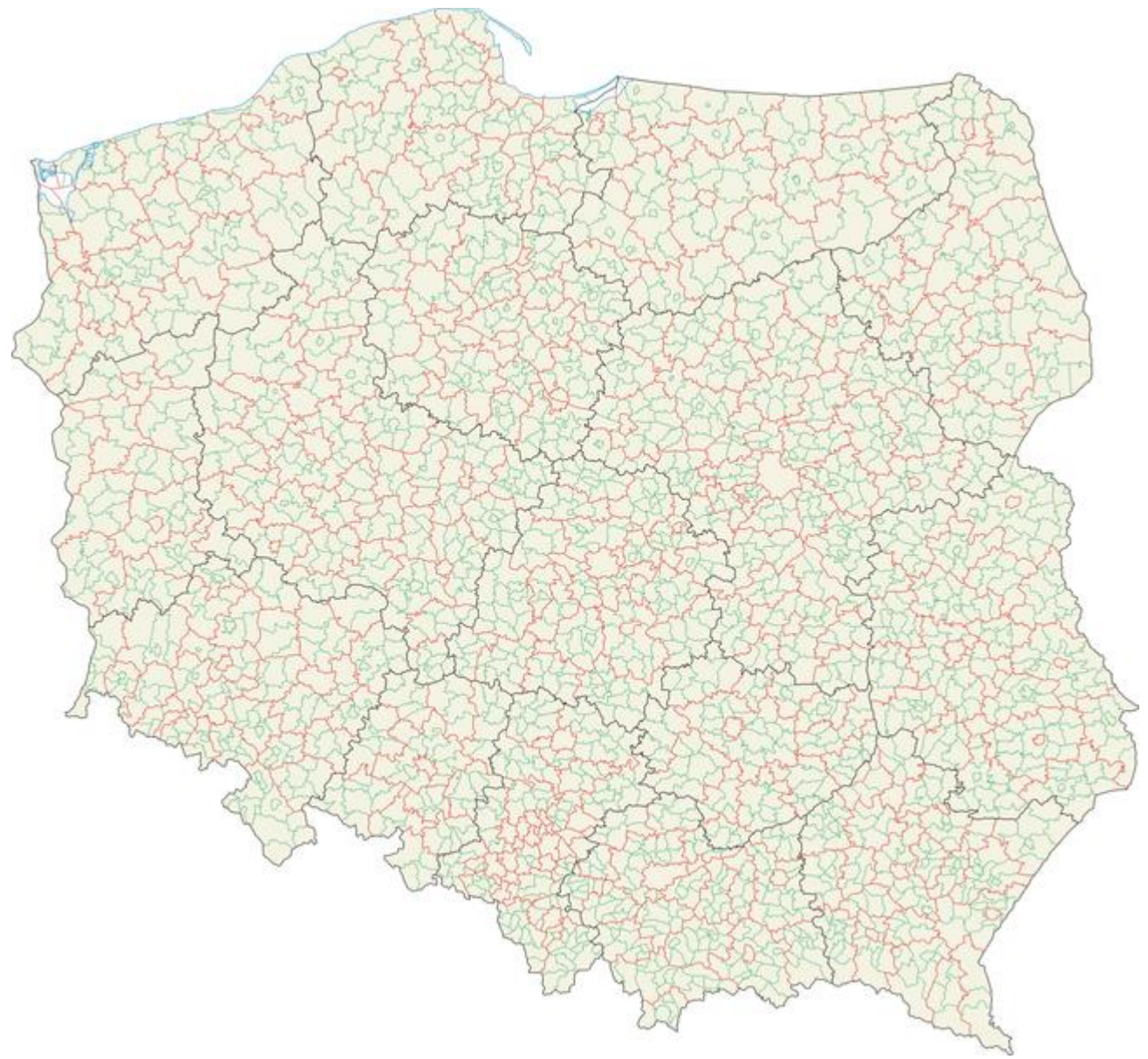
Liczba konsultacji w ciągu 12 miesięcy po zawale serca

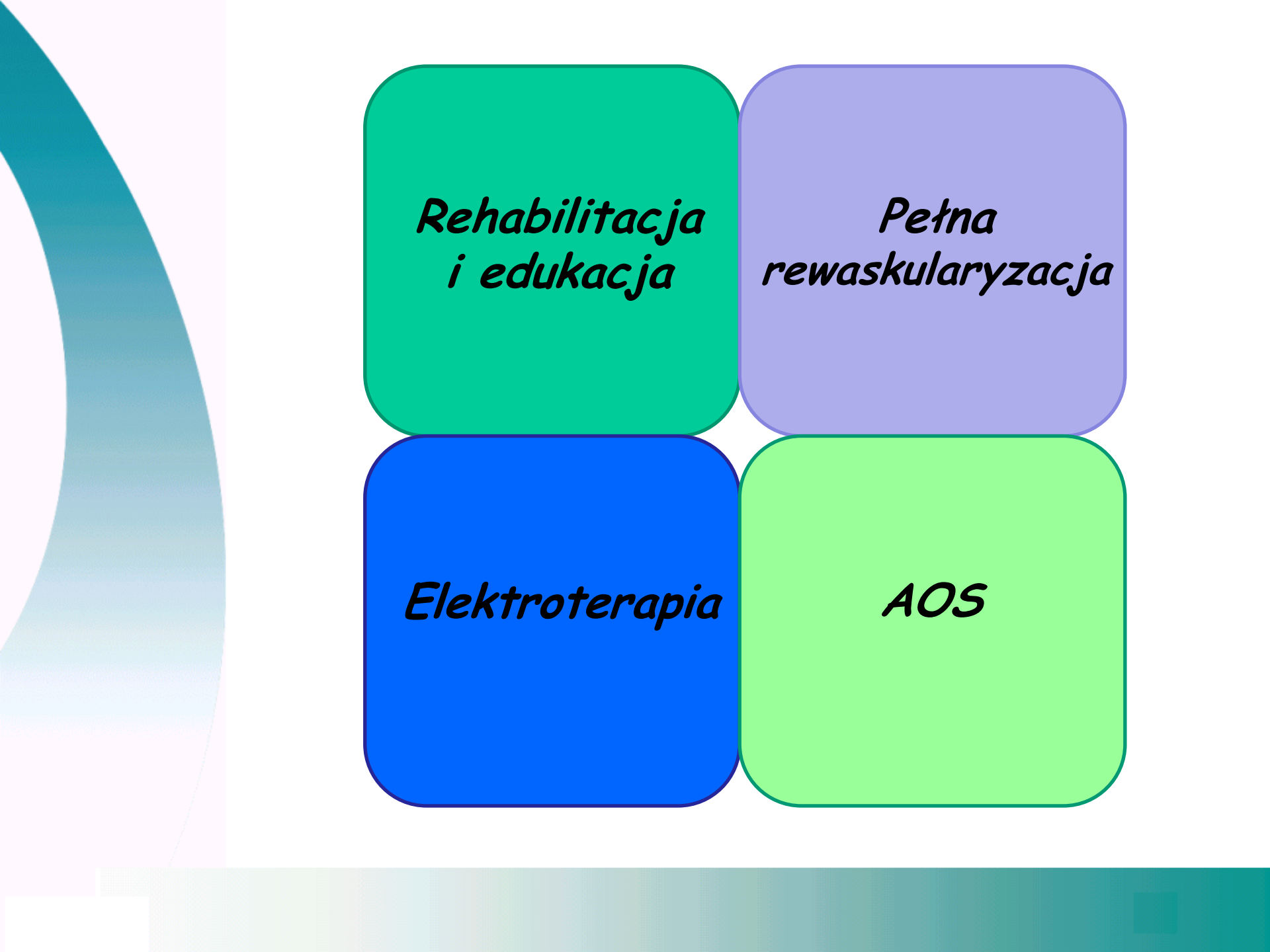


Opieka koordynowana po zawale serca. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Coordinated care after myocardial infarction. The statement of the Polish Cardiac Society and the Agency for Health Technology Assessment and Tariff System

Piotr Jankowski^{1, *}, Mariusz Gąsior², Marek Gierlotka², Urszula Cegłowska^{3, 4}, Marta Słomka^{3, 5},
Zbigniew Eysymontt⁶, Michał Gałaszek⁶, Piotr Buszman², Zbigniew Kalarus⁷, Jarosław Kaźmierczak⁸,
Jacek Legutko^{9, ***}, Gabriela Sujkowska³, Wojciech Matuszewicz³, Grzegorz Opolski¹⁰, Piotr Hoffman¹¹.





*Rehabilitacja
i edukacja*

*Pełna
rewaskularyzacja*

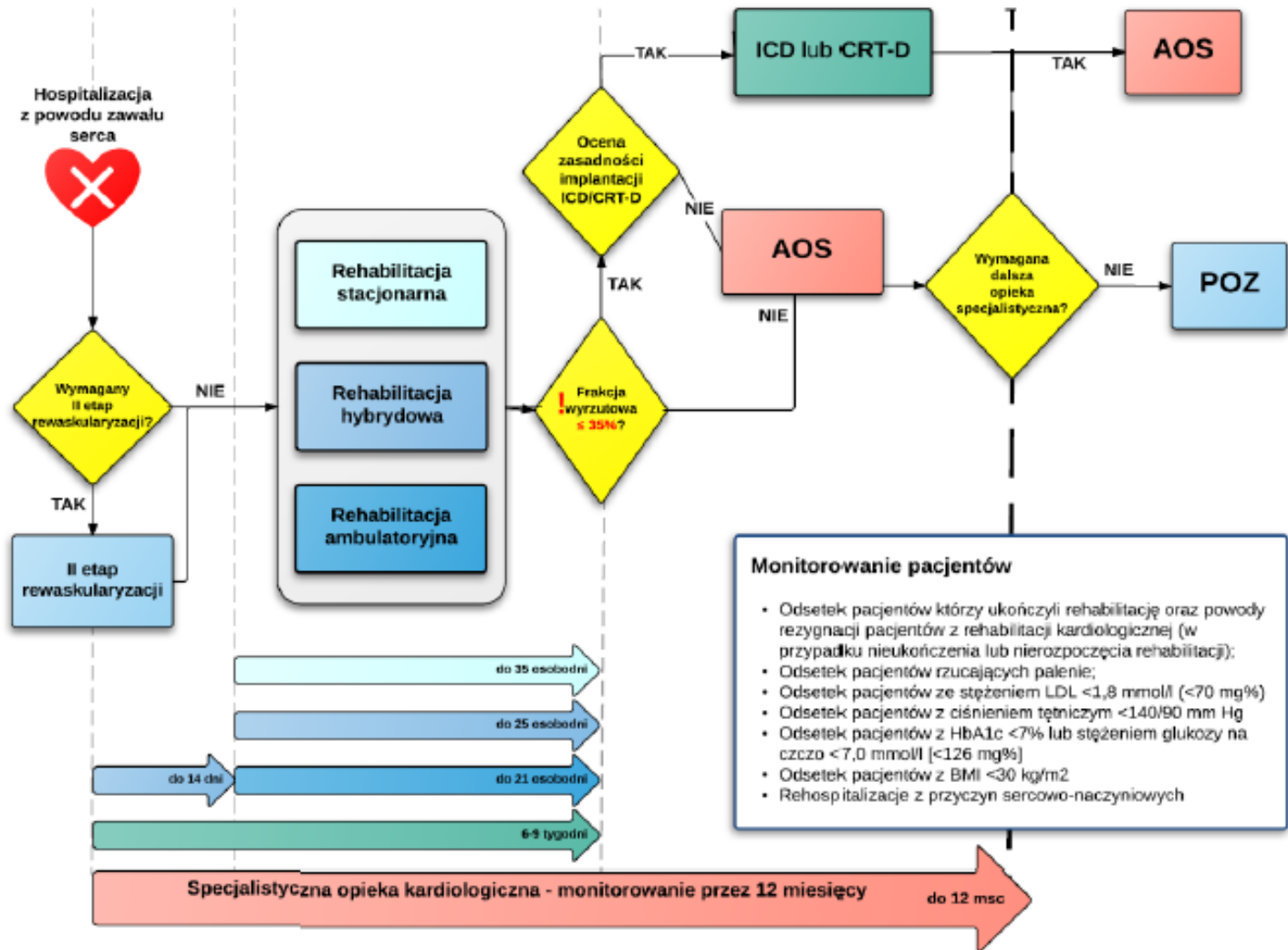
Elektroterapia

AOS

Opieka kompleksowa po zawale serca

*Horyzont: 12 miesięcy
(od dnia wypisu)*

Opieka kompleksowa po zawale serca



Korzyści zdrowotne

Liczba unikniętych zdarzeń rocznie

	Optymalny model	Optymalny model, ale uczestniczy tylko 50% osób ze wskazaniami
Zgony	3 389	2 172
Zawały serca	3 872	2 486
Zabiegi rewaskularyzacji	13 499	8 869
Hospitalizacje z powodu NS *	8 819	5 512
Hospitalizacje z przyczyn kardiol. (poza NS)	14 363	9 706

* - tylko u osób z niewydolnością serca

Korzyści zdrowotne

Liczba unikniętych zdarzeń rocznie

Tylko 50% pacjentów objętych opieką pozawałową

Zgony	3 000
Zawały serca	4 000
Zabiegi rewaskularyzacji	10 000
Hospitalizacje z przyczyn kardiol.	20 000

- ✓ *Nowoczesny, spójny, obejmujący obszar całego kraju system organizacji i realizacji kompleksowej opieki kardiologicznej nad pacjentami po zawale serca*
- ✓ *Kosztowo-efektywny*
- ✓ *Zapewniający ciągłość leczenia*
- ✓ *Zapewniający kontrolę jakości*