

PRACE POGLĄDOWE • REVIEWS

Choroby przewlekłe w podstawowej opiece zdrowotnej

Chronic illnesses in primary healthcare

DONATA KURPAS^{1, 2, B, D, E}, ANNA HANS-WYTRYCHOWSKA^{1, B, D}, BOŻENA MROCZEK^{3, B, D}¹ Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej we Wrocławiu

Kierownik: prof. dr hab. med. Andrzej Steciwko

² Instytut Pielęgniarstwa Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu

Dyrektor: dr n. med. Lucyna Sochocka

³ Zakład Zdrowia Publicznego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Kierownik: dr hab. n. med. Beata Karakiewicz, prof. nadzw. PUM

A – przygotowanie projektu badania, **B** – zbieranie danych, **C** – analiza statystyczna, **D** – interpretacja danych, **E** – przygotowanie maszynopisu, **F** – opracowanie piśmiennictwa, **G** – pozyskanie funduszy

Streszczenie Wizyty pacjentów z chorobami przewlekłymi stanowią 80% konsultacji w ramach opieki podstawowej. Około 15% spośród tych chorych ma trzy lub więcej schorzeń przewlekłych, a 30% hospitalizacji jest konsekwencją zaostrzenia stanu klinicznego w tej grupie pacjentów. Za najbardziej istotne dla opieki nad chorymi przewlekłe uznaje się pozyskiwanie informacji na temat pacjentów z krytyczną analizą ich aktualnego stanu klinicznego i zastosowanego postępowania, pomoc dla pacjentów w zakresie „zarządzania własną chorobą”, ustalanie celów i rozwiązywanie pojawiających się problemów, zastosowanie interwencji klinicznych i tych dotyczących zmiany zachowań zdrowotnych, które zapobiegają powikłaniom i sprzyjają optymalizacji kontroli choroby oraz samopoczucia pacjentów, a także zapewnienie ewaluacji i dalszej obserwacji pacjenta. Uważa się, że wykładniki bio-psycho-społeczne powinny być zawsze analizowane w kontekście społeczności, w której funkcjonuje pacjent chory przewlekłe.

Słowa kluczowe: chory przewlekłe, opieka podstawowa, model Wagnera.

Summary Visits of chronically ill patients account for 80% of consultations within primary healthcare. Approximately 15% of patients suffer from three or more chronic illnesses and 30% of hospitalizations in this group are the result of deteriorating clinical condition. The most important issues in chronically ill healthcare include gathering information about patients with critical analysis of their clinical condition and applying procedures, helping patients with “disease management”, setting goals and solving arising problems, applying clinical interventions and those in respect of changes in pro-health habits which prevent complications and support the effectiveness of disease control and well-being of patients as well as providing evaluation and follow-up observation of patients. Bio-psycho-social indicators should presumably be analysed in the context of the community of the chronically ill patient.

Key words: chronic illnesses, primary healthcare, Wagner model.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), choroby przewlekłe staną się wiodącą przyczyną niepełnosprawności do roku 2020 i mogą być najkosztowniejszym problemem zdrowotnym [1]. W 2005 r. choroby przewlekłe były przyczyną 35 mln zgonów, z których połowa wystąpiła u pacjentów poniżej 70. roku życia [2].

Szacuje się, że u 133 mln ludzi na całym świecie występują choroby przewlekłe, a liczba ta ma wzrastać o 1% rocznie do 2030 r., dając w konsekwencji populację 177 mln chorych przewlekłe. Według danych WHO, u 75% populacji ogólnej występuje co najmniej jedna choroba przewlekła, a niemal połowa osób ze schorzeniami przewlekłymi cierpi na co najmniej dwie choroby wymagające stałego kontaktu z opieką zdrowotną [1, 3].

W 1996 r. przeprowadzono w Polsce badania

stanu zdrowia ludności, według których największą grupę gospodarstw domowych stanowiły te, w których była co najmniej jedna osoba chorująca przewlekłe (51,8% ogółu gospodarstw domowych) [4]. Wśród pacjentów opieki podstawowej Dolnego Śląska 38,5% wskazuje na chorobę przewlekłą jako główną przyczynę zgłoszenia się do lekarza rodzinnego. Do najczęstszych należą: nadciśnienie tętnicze (16,5%), zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (9,0%), cukrzyca (8,3%), choroba wrzodowa dwunastnicy (5,3%), choroba zwyrodnieniowa stawów (4,2%) [5].

Wizyty pacjentów z chorobami przewlekłymi stanowią 80% konsultacji w ramach opieki podstawowej. Około 15% spośród tych chorych ma trzy lub więcej schorzeń przewlekłych, a 30% hospitalizacji jest konsekwencją zaostrzenia stanu klinicznego w tej grupie pacjentów [6].

Będąc domeną aktualnego systemu opieki zdrowotnej krótkie konsultacje w opiece zdrowotnej, dające w konsekwencji pomoc w przypadkach „ostrych”, według zajmujących się problemem opieki nad chorymi przewlekłe ulegną transformacji do wizyt będących swoistą negocjacją dalszego postępowania zarówno klinicznego, jak i socjalnego między pacjentem, jego rodziną i profesjonalistami multidyscyplinarnego zespołu. Sam funkcjonujący system opieki zdrowotnej zogniskowanej na opiece nad chorym przewlekłe dotyczyć będzie całej populacji pacjentów danej praktyki lekarza rodzinnego, ale jednocześnie poszczególnych grup pacjentów obciążonych ryzykiem wystąpienia chorób przewlekłych i kolejno grupy pacjentów już chorych narażonych na wystąpienie powikłań, a w konsekwencji zmniejszenie jakości życia i samej długości jego trwania [1, 7, 8].

Przyszłość opieki podstawowej to wyzwania stawiane przez pacjentów z co najmniej jedną chorobą przewlekłą wymagającą regularnych kontaktów z lekarzem rodzinnym, wykonywania badań dodatkowych i systematycznego zażywania leków. Ma temu sprostać nowoczesny Model Opieki nad Chorymi Przewlekłe.

Nieustannie zadawane jest pytanie, kiedy w polskich warunkach opieka podstawowa zacznie funkcjonować w zakresie umożliwiającym wypełnianie kompetencji lekarza rodzinnego i opiekę nie tylko nad pacjentem, lecz także jego rodziną i społecznością w aspekcie potrzeb i oczekiwań pacjentów przewlekłe chorych [1, 7, 8].

Trudno mówić o idealnych rozwiązaniach dotyczących opieki nad przewlekłe chorymi. Sytuacja jest jednak alarmująca – ocenia się, że w USA mniej niż połowa pacjentów z nadciśnieniem, zaburzeniami depresyjnymi, cukrzycą i astmą otrzymuje odpowiednią opiekę medyczną [9], w Polsce wśród pacjentów powyżej 85. roku życia przewle-

kle korzystających z pomocy lekarskiej, ale właściwie leczonych jest zaledwie 20%, 12% pacjentów powyżej 70. roku życia trafia do szpitala z powodu ubocznego działania leków [10].

Obserwacje w Australii, Kanadzie, Niemczech, Holandii, Nowej Zelandii, Wielkiej Brytanii i USA wykazały, że podstawą systemu opieki nad chorym przewlekłe powinien być system infrastruktury informacyjnej [11]. Wskazuje się także, że system „fee for service” nie sprzyja opiece nad chorymi przewlekłe [12].

Za najbardziej istotne dla opieki nad chorymi przewlekłe uznaje się także pozyskiwanie informacji na temat pacjentów przewlekłe chorych z krytyczną analizą ich aktualnego stanu klinicznego i zastosowanego postępowania, pomoc dla pacjentów w zakresie „zarządzania własną chorobą”, ustalaniu celów i rozwiązywaniu pojawiających się problemów, zastosowanie interwencji klinicznych i tych dotyczących zmiany zachowań prozdrowotnych, które zapobiegają powikłaniom i sprzyjają optymalizacji kontroli choroby oraz samopoczucia pacjentów, a także zapewnienie ewaluacji i dalszej obserwacji pacjenta [9]. Uważa się, że wykładniki bio-psycho-społeczne powinny być zawsze analizowane w kontekście społeczności, w której funkcjonuje pacjent chory przewlekłe [13].

Podsumowując – przyszłość opieki nad chorymi przewlekłe określa teoria Wagnera: prawidłowo prowadzona opieka dla chorych przewlekłe powinna obejmować źródła środowiskowe, uwarunkowania prawne, odpowiednią reorganizację systemu opieki zdrowotnej z ukierunkowaniem na opiekę nad chorymi przewlekłe przez wsparcie dla „zarządzania chorobą” przez pacjentów i pomoc przy podejmowaniu bio-psycho-społecznych decyzji dotyczących choroby przewlekłej, a także kompleksowy system informacji klinicznej dla pacjentów [9, 14, 15].

Piśmiennictwo

- Schols J, Crebolder H, Van Weel C. Nursing home and nursing home physician: the dutch experience. *J Am Med Directors Associat* 2004; 5(3): 207–212.
- WHO – Chronic diseases. [cyt. 5.08.2007] Dostępny na URL: http://www.who.int/topics/test/chronic_diseases/.
- Belfield G. *Head of primary care*. Departament of Health, NHS, UK Long Term Conditions Policy; 2006.
- Stan zdrowia ludności a sytuacja społeczno-ekonomiczna rodzin w latach 1996–1997*. Warszawa: GUS; 1999.
- Kurpas D, Steciwko A. Choroby przewlekłe wśród pacjentów lekarza pierwszego kontaktu na Dolnym Śląsku. *Pol Med Rodz* 2004; 6(1): 48–51.
- Wilson T, Buck D, Ham C. Rising to the challenge: will the NHS support people with long-term conditions? *Br Med J* 2005; 330: 657–661.
- Ribbe MW. Care for elderly: the role of the nursing home In Dutch health care system. *Int Psychogeriatr* 1993; 5: 213–222.
- Hoek JF, Penninx BWJH, Ligthart GJ, et al. Health care for older persons, a country profile: The Netherlands. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48(2): 214–217.
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, et al. Improving Chronic Illness Care: translating evidence into action. *Health Aff* 2001; 20(6): 64–78.
- Derejczyk J. *Potrzeby zdrowotne osób starszych a polska służba zdrowia*. W: *Jak żyć długo i w pełnym zdrowiu?* [cyt. 11.05.2007] Dostępny na URL: http://www.filantropia.org.pl/publikacje/my_tez_rozdzial_6.pdf.

11. Davis K, Doty MM, Shea K, et al. Health information technology and physician perceptions of quality of care and satisfaction. *Health Policy* 2009; 90(2–3): 239–246.
12. Tynan A, Draper DA. Getting what we pay for: innovations lacking in provider payment reform for chronic disease care. *Res Briefs* 2008; 6: 1–8.
13. Flores LM, Davis R, Culross P. Community health: a critical approach to addressing chronic diseases. *Prev Chronic Dis* 2007; 4(4) [cyt. 14.01.2009] Dostępny na URL: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2007/oct/07_0080.htm.
14. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ* 2000; 320: 569–572.
15. Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *Int J Quality Health Care* 2005; 17(2): 141–146.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Donata Kurpas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej AM

ul. Syrokomli 1

51-141 Wrocław

Tel./fax: (71) 325-43-41

E-mail: dkurpas@hotmail.com

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.03.2011 r.

Po recenzji: 4.04.2011 r.

Zaakceptowano do druku: 11.04.2011 r.