

# Kto korzysta z rehabilitacji kardiologicznej?

dr n. med. Zbigniew Eysymontt

Śląskie Centrum Rehabilitacji, Ustroń



Rehabilitacja kardiologiczna (RK) zmniejsza śmiertelność i poprawia jakość życia. Pacjenci po operacjach kardiologicznych i interwencjach wieńcowych są wypisywani szybciej i w relatywnie dobrej kondycji, więc usprawnianie ustępuje miejsca prewencji („prewencja przez rehabilitację”) [1]. Wyniki badania Euroaspire wykazały

nieefektywność modyfikacji czynników ryzyka i brak kompleksowych interwencji w tym zakresie [2]. Okres RK umożliwia działania edukacyjne i motywujące, pacjent nie otrzymuje drugiej takiej szansy w żadnym innym punkcie systemu opieki zdrowotnej.

Jegier i wsp. [3] analizowali czynniki demograficzne i kliniczne wpływające na uczestnictwo pacjenta w RK w dwóch grupach osób po zabiegu kardiologicznym skierowanych na RK — uczestniczących (n = 46) i nieuczestniczących (n = 36) w RK. Jedynie płeć żeńska i dłuższy okres hospitalizacji były istotnie związane z nieprzystąpieniem pacjenta do rehabilitacji. Obserwacje są zgodne z badaniami innych autorów. Z RK skorzystało aż 56% skierowanych pacjentów. Z analizy programu POLKARD [4, 5] wynika, że z RK w Polsce korzystało w latach 2004 i 2008 jedynie 8–17% pacjentów. Przy poprawie w zakresie RK stacjonarnej dostępność do RK ambulatoryjnej była znikoma.

Na uczestnictwo w RK wpływają czynniki demograficzne, kliniczne, psychologiczne, organizacyjne i geograficzne. Wyróżnia się 3 elementy składające się na pełny udział pacjenta w RK — skierowanie, uczestnictwo i ukończenie programu [6]. W Polsce nie wszyscy pacjenci są kierowani na RK. Rehabilitacja nie stanowi obowiązkowej kontynuacji leczenia. Lekarze są zirytowani kolejkami do RK i nieprzekonani do celowości i korzyści z RK. To zmniejsza motywację pacjentów, którzy uczestniczą w programie RK z poczuciem przymusu. Komentowany artykuł zasługuje na wysoką ocenę jako jedna z nielicznych polskich publikacji podejmujących ten temat. Warto

kontynuować obserwacje większej grupy pacjentów, biorąc pod uwagę powyższy łańcuch przyczyn rezygnacji z RK.

Od 1.10.2010 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził rozliczenie RK wg „jednorodnych grup pacjentów (JGP)”, warunkowane rozpoznaniem niewydolności serca. Jednocześnie od 2011 roku na podstawie rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia dotyczącego świadczeń gwarantowanych do RK będą przyjmowani pacjenci najpóźniej do 56 dni od dnia wypisu.

Mimo kontrowersji dotyczących sposobu wprowadzenia JGP, kierunek zmian odpowiada zgłaszanym postulatami, aby do RK stacjonarnej przyjmować w pierwszej kolejności pacjentów wyższego ryzyka, w odpowiednio krótkim czasie od zdarzenia. Nieuniknione odmowy przyjęć pacjentów mogą wymusić dawno postulowany rozwój ambulatoryjnej i domowej RK. Dopiero po osiągnięciu tego celu głównym powodem nieskorzystania z RK będzie decyzja pacjenta.

## Piśmiennictwo

1. Piepoli MF, Corra U, Benzer W et al. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2010; 17: 1–17.
2. Kotseva K, Jennings C, De Backer G et al. Euroaspire III: lifestyle, risk factor and therapeutic management in people at high risk of developing cardiovascular disease from 12 European regions. *Wood Heart*, 2009; 95: 4.
3. Jegier B, Pietka I, Wojtczak-Soska K, Jaszewski R, Lelonek M. Cardiac rehabilitation after cardiac surgery is limited by gender and length of hospitalisation. *Kardiologia Pol*, 2011; 69: 42–46.
4. Raport o stanie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce, POLKARD 2003–2005, Gdańsk, Łódź, Poznań, Tarnowskie Góry, Ustroń, Warszawa, sierpień 2004. [www.polkard.org](http://www.polkard.org).
5. Ocena stanu rehabilitacji kardiologicznej w Polsce w 2008 roku. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2006–2008. [www.scr-ustron.com.pl](http://www.scr-ustron.com.pl).
6. Thomas R, Witt B, Lopez-Jimenez F, King M, Squires R. Quality indicators in cardiovascular care: the case for cardiac rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil*, 2005; 25: 249–256.