POLKARD 2005–2008

prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz

Klinika i Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiografii Nieinwazyjnej, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiol Pol 2008; 66: 1357-1358

Szanowni Państwo,

kończy się kolejna kadencja programu POLKARD. W ramach tego programu działa grupa robocza „Rehabilitacja kardiologiczna". Mam przyjemność przewodniczyć temu gremium, w skład którego wchodzą: prof. Anna Jegier, dr Michał Gałuszek, dr Krzysztof Mazurek, dr Andrzej Rybicki. Ściśle współpracujemy z Zarządem Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK).

Poniżej pozwalam sobie przedstawić krótkie podsumowanie dotychczasowych działań i strategię na przyszłość.

Stan i strategia rozwoju kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej

Udowodniono, że kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna (KRK) może zmniejszyć umieralność z przyczyn sercowych o 20–25%. Uważa się, że zyski ekonomiczne wynikające z wcześniejszego ponownego podjęcia pracy zawodowej przez chorego przewyższają koszty rehabilitacji. Obecnie niezalecenie pacjentowi z chorobą układu krążenia jakiejkolwiek formy rehabilitacji może być traktowane jako błąd w sztuce lekarskiej.

Raport o stanie rehabilitacji kardiologicznej – POLKRD 2004

„W Polsce nie istnieje nowoczesny, spójny, zintegrowany, obejmujący obszar całego kraju system organizacji i realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (KRK)".

Działania podjęte w ramach programu POLKARD w latach 2005–2008

Działania koncepcyjno-merytoryczne

1. Zdefiniowano koncepcję ogólnopolskiej sieci ośrodków KRK.
2. Opracowano kryteria, które muszą spełniać poszczególne ośrodki rehabilitacji kardiologicznej pod względem:
   a) kadry,
   b) wyposażenia sprzętowego,
   c) warunków lokalowych,
   d) rodzaju pacjentów kwalifikowanych na rehabilitację,
   e) zakresu prowadzonej rehabilitacji kardiologicznej,
   f) zakresu aktywności edukacyjnej,
   g) zakresu aktywności naukowej
3. Opracowano zasady i zdefiniowano szczegółowe kryteria procedury ubiegania się o akredytacje ośrodków KRK z uwzględnieniem trzech stopni referencyjności (zatwierdzone przez Zarząd Główny PTK).
4. Zdefiniowano zalecenia w zakresie koncepcji rozwoju KRK:
   a) należy zintensyfikować działania dotyczące rozszerzenia i wzmocnienia sieci ośrodków ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w Polsce,
   b) wczesna rehabilitacja kardiologiczna stacjonarna winna być skierowana głównie do osób z dużym ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych i/lub osób z rozpoznanymi powikłaniami tych chorób,
   c) rehabilitacja domowa z wykorzystaniem telemedycyny powinna być wprowadzona do listy procedur finansowanych przez NFZ jako alternatywna forma rehabilitacji, zwłaszcza dla osób mieszkających daleko od centrów rehabilitacji lub prowadzących aktywność zawodową lub rodzinną,
   d) konieczne jest opracowanie zasad i wdrożenie KRK chorych z niewydolnością serca (odnośne programy w trakcie realizacji),
   e) koncepcja oparcia ogólnokrajowej sieci ośrodków KRK w zakresie opieki podstawowej (powiatu) na podziale administracyjnym wydaje się nierealna ze względów organizacyjnych i finansowych.
5. Zmodyfikowano pierwotne założenia organizacji KRK na poziomie opieki podstawowej.
6. W trakcie realizacji są następujące zagadnienia:
   a) opracowanie krajowej mapy zapotrzebowania na re-

Adres do korespondencji:
prof. dr hab. n. med. Ryszard Piotrowicz, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 46 00,
e-mail: rpiotrowicz@ikard.pl

habilitację kardiologiczną na poziomie województwa i powiatu oraz powtórzenie oceny stanu rehabilitacji kardiologicznej w Polsce w roku 2008,
b) opracowanie programu organizacji KRK na poziomie podstawowej opieki medycznej – powiatu,
c) wstępna analiza ekonomiczna KRK,
d) przygotowanie materiałów edukacyjnych dla chorych, lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, pielęgniarek i dietetyków,
e) wczesna kompleksowa rehabilitacja chorych z niewydolnością serca.

Podsumowanie i strategia na przyszłość

Dzięki programowi POLKARD opracowano koncepcję KRK oraz rozpoczęto z sukcesem jej praktyczne wdrażanie. W ramach programu POLKARD utworzono i wyposażono osiem regionalnych ośrodków KRK, a dziesięć innych doposażono w stopniu umożliwiającym realizację KRK zgodnie ze światowymi standardami. Działania te zwiększyły dostęp społeczeństwa do rehabilitacji kardiologicznej i zmierzają w kierunku wyrównania dysproporcji regionalnych w tym przedmiocie.

Stworzenie w Polsce nowoczesnego, obejmującego obszar całego kraju i zapewniającego pożądany dostęp społeczeństwa systemu organizacji i realizacji KRK wymaga poniżej przedstawionych działań.

I. Wypracowanie koncepcji zapewnienia dostępu do KRK na poziomie powiatu (opieki podstawowej) uwzględniającej następujące założenia:
- rezygnacja z tworzenia ośrodków KRK w każdym powiecie (380 ośrodków),
- stworzenie ośrodków zabezpieczających potrzeby wielu (6–12 w zależności od zapotrzebowania) powiatów,
- przeniesienie rehabilitacji II i III okresu do poradni i miejsca zamieszkania,
- wykorzystanie w tym celu możliwości, jakie stwarza telemedycyna.

II. Wdrożenie koncepcji zapewnienia dostępu do KRK na poziomie powiatu (opieki podstawowej) uwzględniającej następujące założenia:
- wybór 40–50 ośrodków zabezpieczających realizację KRK w Polsce,
- odpowiednie doposażenie wybranych ośrodków,
- przeszkolenie zespołów realizujących KRK oraz lekarzy POZ.

III. Koordynacja merytoryczna i organizacyjna:
- z programami grup roboczych POLKARD-u, zwłaszcza w zakresie rehabilitacji osób z niewydolnością serca,
- z systemem POZ,
- z programami realizowanymi przez ośrodki naukowo-badawcze,
- z programami realizowanymi przez struktury samorządowe i administracji państwowej, zwłaszcza w zakresie programów Unii Europejskiej,
- z zaleceniami PTK, Ministerstwa Zdrowia, NFZ,
- z systemem opieki psychologicznej w Polsce (kompleksowość).

IV. Utrzymanie i unowocześnianie potencjału usługowego utworzonych w latach 2005–2008 struktur organizacyjnych KRK.

V. Uruchomienie działań prawno-administracyjnych umożliwiających wdrażanie wyników programu POLKARD do systemu organizacji i finansowania opieki zdrowotnej w Polsce.

VI. Zwiększenie wiedzy i zaangażowania środowiska medycznego.

VII. Zwiększenie wiedzy i zaangażowania władz administracyjnych i płatnika. Edukacja polityków, władz administracyjnych, samorządowych i płatnika.

VIII. Zwiększenie wiedzy pacjentów i ich rodzin. Edukacja społeczeństwa, a zwłaszcza chorych i ich rodzin.

IX. Monitorowanie efektywności realizowanej koncepcji.