

Rehabilitacja kardiologiczna w Narodowym Programie Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD – smutny stan rzeczy

Ryszard Piotrowicz

Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej, Instytut Kardiologii, Warszawa

Kardiologia Pol 2006; 64: 1158-1160



Doceniając znaczenie kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej (RK) w procesie profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia, Rada Programu POLKARD powołała grupę ekspertów w składzie: prof. Piotr Dylewicz, prof. Anna Jegier, prof. Grzegorz Opolski, prof. Ryszard Piotrowicz, prof. Stanisław Rudnicki, dr Zbigniew Eysymontt, dr Michał Gałaszek, dr Krzysztof Mazurek,

dr Jerzy Rybicki, dr Tomasz Zdrojewski. Na podstawie wyników konkursu członkowie grupy sporządzili *Raport o stanie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce*. Analizą objęto 18 ośrodków, które zgłosiły się do konkursu (Tabela I).

Sformułowano następujące wnioski:

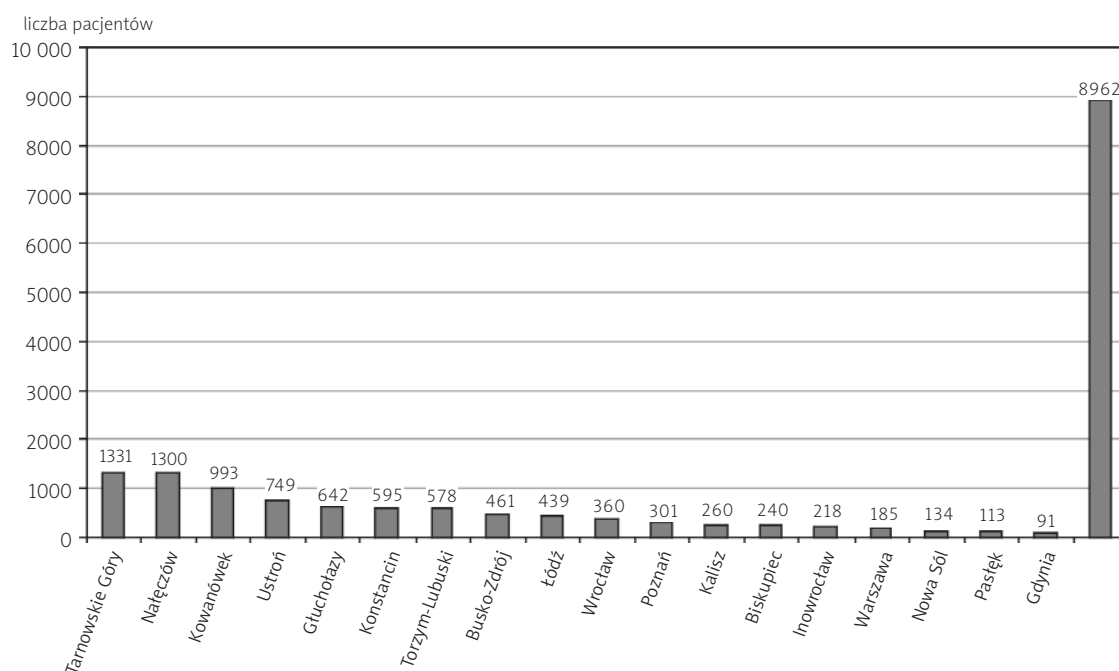
1. Zgłoszona przez ośrodki liczba ok. 18 tys. chorych rehabilitowanych stacjonarnie rocznie (Rycina 1,

Tabela I. Wykaz ośrodków prowadzących stacjonarną RK, które zgłosiły się do Programu POLKARD 2003–2005

Lp.	Nazwa	Województwo
1	NZOZ Energetyk, Inowrocław	kujawsko-pomorskie
2	Szpital Wojewódzki, Poznań	wielkopolskie
3	Górnośląskie Centrum Rehabilitacji SP ZOZ, Repty Tarnowskie Góry	śląskie
4	Instytut Kardiologii, Warszawa	mazowieckie
5	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika, Łódź	łódzkie
6	Uzdrowisko Nałęczów	lubelskie
7	Szpital Powiatowy, Biskupiec	warmińsko-mazurskie
8	SP ZOZ, Pasłęk	warmińsko-mazurskie
9	Szpital MSWiA, Konstancin	mazowieckie
10	Szpital MSWiA, Głucholazy	opolskie
11	Szpital Uzdrowski, Busko-Zdrój	świętokrzyskie
12	Śląskie Centrum Rehabilitacji, Ustroń	śląskie
13	Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA, Wrocław	dolnośląskie
14	SP ZOZ, Nowa Sól	lubelskie
15	Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny, Kowanówko	wielkopolskie
16	SP ZOZ Szpital Specjalistyczny, Torzym Lubuski	lubuskie
17	Szpital Zespolony, Kalisz	wielkopolskie
18	Centrum Medycyny Morskiej i Tropikalnej SPSK AM, Gdańsk	pomorskie

Adres do korespondencji:

prof. Ryszard Piotrowicz, Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej, Instytut Kardiologii, ul. Alpejska 42, 04-628 Warszawa, tel.: +48 22 343 44 09, +48 22 343 45 19, e-mail: rpiotrowicz@ikard.waw.pl



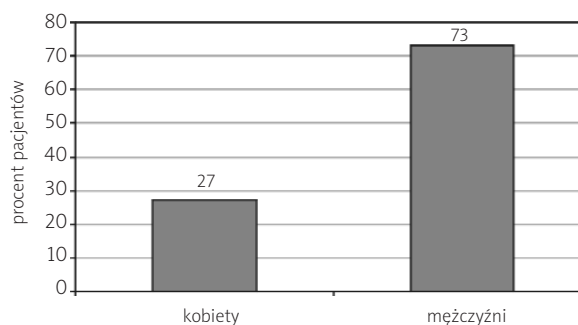
Rycina 1. Liczba pacjentów poddanych stacjonarnej RK w poszczególnych ośrodkach w pierwszym półroczu 2003 r.

na podstawie danych z 2002 r. oraz z pierwszej połowy 2003 r.) jest znacznie niższa od realnych potrzeb w kraju. Dokładna ocena tych potrzeb nie jest możliwa bez krajowego rejestru OZW.

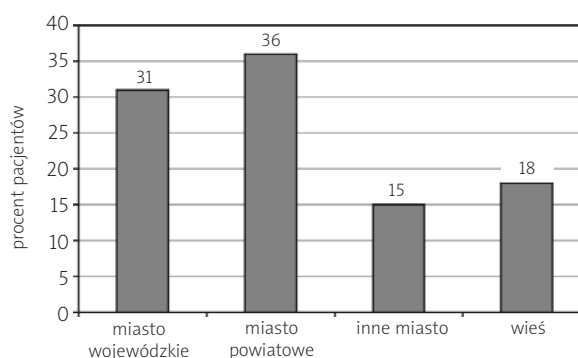
2. W czterech województwach – zachodniopomorskim, podlaskim, podkarpackim i małopolskim – nie ma w ogóle oddziałów stacjonarnej RK i chorzy z tych województw w zasadzie są pozbawieni dostępu do tej formy rehabilitacji (Tabela I).
3. Liczba chorych rehabilitowanych po operacjach kardiologicznych jest kilkakrotnie mniejsza od liczby wykonywanych zabiegów.
4. Zgłoszone ośrodki RK zlokalizowane są głównie w uzdrowiskach, zwykle oddalonych od nowoczesnych centrów kardiologii i kardiologii.
5. Analiza rozmieszczenia geograficznego ośrodków wskazuje, że jest ono przypadkowe i nie odzwierciedla rzeczywistych potrzeb.
6. W ośrodkach rehabilitacji stacjonarnej – szczególnie zorganizowanych w uzdrowiskach – kadra lekarska, fizjoterapeutyczna i psychologiczna jest niewystarczająca. Ponadto analiza raportu wskazuje na niski odsetek rehabilitowanych kobiet (Rycina 2.) oraz mieszkańców wsi (Rycina 3.).

Raport o stanie ambulatoryjnej RK sporządzono na podstawie analizy 20 ośrodków, które zgłosiły się do konkursu. Podobnie jak w wypadku rehabilitacji stacjonarnej, wnioski były smutne:

1. Ambulatoryjna RK, stosunkowo łatwa do realizacji oraz niedroga, jest dostępna w Polsce tylko dla chorych z 11 miast. Pozostałe obszary to *białe plamy* (Tabela II).



Rycina 2. Struktura grupy chorych poddanych stacjonarnej RK pod względem płci



Rycina 3. Struktura grupy chorych poddanych stacjonarnej RK pod względem miejsca zamieszkania z podziałem na miasto wojewódzkie, powiatowe, inne i wieś

Tabela II. Wykaz jednostek prowadzących ambulatoryjną RK w Polsce, które przystąpiły do realizacji pierwszego etapu Programu POLKARD 2003–2005

Lp.	Miasto	Nazwa jednostki	Forma organizacyjna prowadzenia ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej		
			poradnia	pododdział szpitalny	oddział szpitalny
1	Gdańsk	SPSK ACK AMG, Pracownia Prewencji i Ambulatoryjnej Rehabilitacji Kardiologicznej		X	
2	Gorzów	SWSZ, Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
3	Katowice	SPSK, Poradnia Rehabilitacyjna	X		
4	Kraków	WSS, Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
5	Kraków	Ośrodek Diagnostyki i Rehabilitacji Kardiologicznej Remed, Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
6	Kraków	Krakowski Szpital Specjalistyczny	X	X	
7	Lublin	WSS, Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej			X
8	Łódź	CSK UM, Poradnia Prewencji Chorób Układu Krążenia i Metabolicznych	X		
9	Łódź	Wojewódzki Szpital im. M. Kopernika, Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
10	Poznań	SW, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej z Pododdziałem Rehabilitacji Ambulatoryjnej i Pracownia Diagnostyki Nieinwazyjnej		X	
11	Warszawa	Wojewódzki Szpital Bródnowski Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
12	Warszawa	Instytut Kardiologii, Klinika Rehabilitacji Kardiologicznej i Elektrokardiologii Nieinwazyjnej – Pracownia Kinezyterapii Poradnia Przykliniczna	X	X	X
13	Warszawa	SP CSK Pracownia Testów Wyśiłkowych i Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
14	Warszawa	Szpital Wolski, Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		
15	Wrocław	Centrum Medycyny i Rehabilitacji Medar Dział Ambulatoryjnej Rehabilitacji Kardiologicznej			X
16	Wrocław	Centrum Kardiologii Pro Corde – Oddział Dzienny Rehabilitacji Kardiologicznej – Poradnia Rehabilitacji Kardiologicznej	X		X
17	Wrocław	ZOZ MSWiA Poradnia Kardiologiczna			X
18	Toruń	WSZ – Oddział Rehabilitacji, – Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej	X	X	
19	Tarnowskie Góry	SP ZOZ Repty, Górnośląskie Centrum Rehabilitacji Specjalistyczna Poradnia Rehabilitacyjna	X		
20	Zamość	SPSW Ośrodek Rehabilitacji Kardiologicznej		X	

2. W latach 2002–2003 ambulatoryjnej RK poddano w Polsce mniej niż 0,5% osób z chorobą wieńcową.
3. Proporcja liczby pacjentów poddanych ambulatoryjnej RK w etapie drugim do liczby pacjentów w etapie trzecim, z istotną przewagą liczby chorych w etapie trzecim, jest niewłaściwa.
4. Ocena stanu ambulatoryjnej RK w Polsce wskazuje na pilną potrzebę zdecydowanego zwiększenia liczby ośrodków i równomiernego ich rozmieszczenia na tere-

nie kraju, z równym dostępem dla chorych ze wsi i małych miast oraz ośrodków wielkomiejskich.

Analiza raportu wskazuje ponadto na mniejszy udział w procesie rehabilitacji kobiet i mieszkańców wsi.

Konsekwencją przedstawionego powyżej raportu było rozpisanie konkursu na opracowanie struktury organizacyjnej kompleksowej RK w Polsce, o czym poinformujemy w następnym numerze.