Potrzeby i możliwości rehabilitacji kardiologicznej pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych w Polsce

Piotr Dylewicz[1,2], Sławomira Borowicz-Bieńkowska[1,2], Izabela Przywarska[1,2]

[1]Instytut Rehabilitacji, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego, Poznań
[2]Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Szpital Wojewódzki, Poznań

Kardiochirurgia i Torakochirurgia Polska 2008; 5 (2): 187–188

Konieczność rehabilitacji pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych jest powszechnie akceptowana zarówno przez polskie środowisko kardiochirurgiczne, jak i kardiologiczne. Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy rehabilitacji wymagają wszyscy chorzy po tego typu interwencjach i wszyscy mogą odnieść z niej korzyść [1, 2]. Forma rehabilitacji (stacjonarna, ambulatoryjna, domowa), sposób i miejsce jej prowadzenia, czas trwania, zakres stosowanych metod rehabilitacyjnych oraz stopień nadzoru są jednak nadal przedmiotem dyskusji [1, 3, 10]. Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje jedynie rehabilitację stacjonarną i ambulatoryjną we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym [4], przy czym dostępność rehabilitacji kardiologicznej w naszym kraju jest wysoce niezadowalająca. Należy jednak zaznaczyć, że odsetek pacjentów rehabilitowanych po leczeniu chirurgicznym jest, w porównaniu z pacjentami leczonymi zachowawczo, względnie wysoki. Wszyscy pacjenci poddawani rehabilitacji stanowią jedynie 10% ogółu chorych, którzy mogliby odnieść korzyści z tej formy postępowania [5]. Zgodnie z danymi dotyczącymi liczby zabiegów kardiochirurgicznych przeprowadzonych w naszym kraju w 2007 r., ogólna liczba operowanych wynosiła 23 tys. 681 chorych, w tym ponad 20 tys. stanowili dorośli [6].

Nie dysponujemy dotąd danymi dotyczącymi odsetka chorych, którzy zostali poddani zorganizowanej formie rehabilitacji finansowanej przez NFZ, ponieważ do chwili obecnej świadczeniodawcy nie mają dostępu do takich informacji.

Opublikowany w 2004 r. Raport o Stanie Rehabilitacji Kardiologicznej w Polsce przygotowany w ramach Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD przytacza dane liczbowe dotyczące lat 2002–2003 [5]. Są one z pewnością obarczone błędem wynikającym z metody przygotowania materiałów opartych o wyniki ankiet przesłanych przez ośrodki rehabilitacyjne. Dane z 2007 r. mogą odbiegać od dostępnych w Raporcie, jednak zdaniem autorów, różnice te nie są prawdopodobnie istotne, szczególnie w zakresie liczby i profilu rehabilitowanych pacjentów. Z przedstawionego Raportu oraz z danych dotyczących liczby przeprowadzonych w 2007 r. zabiegów operacyjnych można szacować, że zorganizowanej rehabilitacji kardiologicznej poddano ok. 45% pacjentów. Chociaż liczba ta jest dość wysoka w porównaniu z pacjentami leczonymi interwencyjnie lub zachowawczo po OZW, to jednak ponad połowa chorych po leczeniu kardiochirurgicznym nie miała możliwości skorzystania ze zorganizowanej formy rehabilitacji. Rehabilitacji kardiologicznej częściej poddawani byli pacjenci po pomostowaniu aortalno-wieńcowym, z których 40% uczestniczyło w formie stacjonarnej, a 8,6% formie ambulatoryjnej. Odsetek chorych rehabilitowanych po operacjach wad serca był znacznie niższy i wynosił odpowiednio: 25% – forma stacjonarna i 3,6% – forma ambulatoryjna. Z tego wynika, że ponad 70% tych chorych nie korzystało ze zorganizowanych form rehabilitacji.

Niezwykle niepokojący jest fakt nierównomiernego dostępu do rehabilitacji pacjentów pochodzących z różnych regionów naszego kraju. W najlepszej sytuacji byli pacjenci z województw śląskiego, wielkopolskiego i lubelskiego (odpowiednio: 22,9%, 17,4% i 14,5% wszystkich rehabilitowanych pacjentów), w najgorszej natomiast chorzy z województw: podkarpackiego, zachodniopomorskiego i podlaskiego (odpowiednio: 0,4%, 0,07% i 0,06%). Na szczęście, o czym mowa w komentarzu zamieszczonym w „Kronice naukowej", sytuacja chorych kardiochirurgicznych z województw zachodniopomorskiego i podkarpackiego poprawiła się istotnie po uruchomieniu nowych ośrodków rehabilitacyjnych przeznaczonych w pierwszej kolejności dla pacjentów leczonych operacyjnie.

W kwietniowym numerze „European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation" ukazał się artykuł wydawców pt. „Cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a valuable opportunity that should not be missed" [1]. Z treści artykułu wynika, że niezadowalająca sytuacja w Polsce w dziedzinie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych i ich finansowania nie jest wcale wyjątkiem w skali Europy. Z anali-

Adres do korespondencji: prof. dr hab. n. med. Piotr Dylewicz, Instytut Rehabilitacji, Zakład Rehabilitacji Kardiologicznej Akademii Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu, ul. Królowej Jadwigi 27/39, 61-871 Poznań, tel. 061 835 50 00, e-mail: cardreh@poczta.onet.pl

zy danych europejskich wynika, że możliwość skorzystania ze świadczeń rehabilitacyjnych po zabiegach operacyjnych miało jedynie 35% pacjentów [7, 8]. Dane amerykańskie są jeszcze bardziej alarmujące, ponieważ uczestnictwo w programach rehabilitacyjnych zapewniono jedynie 10 do 20% pacjentów [1, 9]. Z komentowanego artykułu wynika, że zarówno amerykańskie, jak i europejskie towarzystwa ubezpieczeniowe dostrzegają jednak istotne korzyści ekonomiczne i medyczne, wynikające ze zwiększenia dostępu do rehabilitacji pacjentów kardiochirurgicznych i rozszerzają kryteria kwalifikacji, szczególnie w odniesieniu do pacjentów starszych, z chorobami współistniejącymi i powikłanym przebiegiem ostrego okresu choroby. Zwraca się jednocześnie uwagę, że powyższe grupy chorych, w tym kobiety, odnoszą korzyści jedynie w przypadku zastosowania rehabilitacji w formie stacjonarnej, czego nie zaobserwowano w przypadku rehabilitacji przeprowadzanej w warunkach domowych [1].

Za główne przyczyny niskiego odsetka chorych po zabiegach kardiochirurgicznych poddawanych rehabilitacji w krajach rozwiniętych o dobrej sytuacji ekonomicznej uważa się fakt, że zarówno lekarze, jak i pacjenci nie uświadamiają sobie korzyści wynikających z tej formy postępowania. Na dalszym miejscu sytuują się dopiero niedobory logistyczne [2, 3]. Dlatego też szczery podziw budzi zaangażowanie środowiska rehabilitacji kardiologicznej w naszym kraju w utrzymanie na wysokim merytorycznym poziomie tej tak ważnej dziedziny postępowania medycznego, mimo znacznego niedoszacowania świadczeń rehabilitacji kardiologicznej w wycenie NFZ, szczególnie w odniesieniu do pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych, z chorobami współistniejącymi i powikłanym przebiegiem rekonwalescencji.

Środowisko rehabilitacji kardiologicznej znacznie częściej niż wynikałoby to z realiów ekonomicznych, przyjmuje na swoje oddziały pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych. Szczególnie troskliwej rehabilitacji wymagają jednak także pacjenci np. po operacjach wad serca czy z chorobami współistniejącymi.

Sekcja Rehabilitacji Kardiologicznej PTK planuje w najbliższym czasie powtórzyć analizę z 2004 r. Jesteśmy jednak przekonani, że uaktualnienie danych nie zmieni generalnego wniosku wskazującego na konieczność szeregu zmian organizacyjnych i zasad finansowania, bowiem znaczące efekty medyczne kosztownych i pracochłonnych zabiegów kardiochirurgicznych nie mogą być zaprzepaszczone przez zaniedbania w zakresie rehabilitacji i wtórnej prewencji.

Piśmiennictwo

1. Temporelli PL, Giannuzzi P. Cardiac rehabilitation after cardiac surgery: a valuable opportunity that should not be missed. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2008; 15: 128-129.
2. Ades PA. Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. N Engl J Med 2001; 345: 892-902.
3. Dylewicz P, Borowicz-Bieńkowska S, Deskur-Śmielecka E, Przywarska I. Cardiac rehabilitation. W: Kirch W (red.). Public health in Europe: 10 years EUPHA. Springer – Verlag Berlin Heidelberg 2004: 219-225.
4. Narodowy Fundusz Zdrowia. Zarządzenie Nr 91/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. www.nfz.gov.pl
5. Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD. Raport o Stanie Rehabilitacji Kardiologicznej w Polsce. Gdańsk. Łódź. Poznań. Tarnowskie Góry. Ustroń. Warszawa, sierpień 2004. www.polkard.org
6. Ogólnopolski Rejestr Operacji Kardiochirurgicznych – KROK 2007.
7. Karoff, M Held K, Bjarnason-Wehrens B. Cardiac rehabilitation in Germany. Eur J Cardiovasc Prev Rehabil 2007; 14: 18-27.
8. Rees K, Victory J, Beswick AD, Turner SC, Griebsch I, Taylor FC, Taylor RS, West RR, Burke M, Brown J, Ebrahim S. Cardiac rehabilitation in the UK: uptake among under-represented groups. Heart 2005; 91: 375-376.
9. Suaya JA, Shepard DS, Normand S-LT, Ades P, Prottas J, Stason WB. Use of cardiac rehabilitation by Medicare beneficiaries after myocardial infarction or coronary bypass surgery. Circulation 2007; 116: 1653-1662.
10. Borowicz-Bieńkowska S, Przywarska I, Dylewicz P, Pilaczyńska-Szcześniak Ł, Rychlewski T, Wilk M, Różańska A. Short-term endurance training after coronary artery bypass grafting improves insulin resistance parameters in patients with hypertension. Kardiol Pol 2004; 60: 431-435.