

Rehabilitacja kardiologiczna w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2

I. Stanowisko Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące realizacji rehabilitacji kardiologicznej w Polsce podczas pandemii COVID-19

Rehabilitacja kardiologiczna (RK) jest istotnym elementem leczenia pacjentów z chorobami układu sercowo- naczyniowego. Chorzy kierowani na RK stanowią grupę zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu zakażenia COVID -19. Z uwagi na obowiązujący na terenie kraju stan epidemii COVID – 19, Sekcja Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku (SRKiFW) przedstawia stanowisko dotyczące zasad prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej w tym czasie w Polsce.

Podstawowym celem dokumentu jest zapewnienie możliwości skorzystania z rehabilitacji kardiologicznej osobom z chorobami serca i naczyń, przy jednoczesnym ograniczeniu ryzyka przeniesienia infekcji na pacjentów uczestniczących w RK bez wirusemii. Niemniej ważna jest ochrona personelu oraz ograniczenie ryzyka przeniesienia infekcji przez personel. Wraz ze zmieniającą się dynamicznie sytuacją epidemiologiczną opublikowane akty prawne w Polsce, regulują warunki realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej.

Aktualnie w kraju zawieszono jest udzielanie świadczeń w ramach oddziału dziennego RK, natomiast może ono odbywać się w oddziałach stacjonarnych – rekomendowane jako ciągłość opieki nad chorym, bezpośrednio po leczeniu ostrej fazy choroby oraz w formie telerehabilitacji hybrydowej.

Biorąc pod uwagę rekomendacje Europejskiego Towarzystwa Kardiologii Prewencyjnej Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (EAPC ESC) dotyczące realizacji rehabilitacji kardiologicznej w Europie podczas pandemii COVID-19 oraz aktualny stan organizacyjno-prawny RK obowiązujący w Polsce zaleca się:

1. Przyjmowanie do oddziałów stacjonarnych RK chorych ze znanym statusem epidemiologicznym: ujemny test w kierunku COVID- 19 lub u chorych po pobycie w ośrodku leczenia ostrej fazy i co najmniej 14 dniach bez objawów zakażenia;
2. Chorzy z dodatnim testem w kierunku wirusa SARS- CoV-2 mogą odbyć RK, po eliminacji wirusa zgodnie z zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego w czasie, kiedy będzie to możliwe;
3. W przypadku wystąpienia objawów zakażenia w trakcie rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej należy pobrać wymaz z nosogardzieli w kierunku COVID-19 (metoda molekularna rRT- PCR), a pacjenta do czasu otrzymania wyniku odizolować w przygotowanej do tego celu sali. W przypadku otrzymania wyniku dodatniego obowiązuje postępowanie zgodne z aktualnymi zaleceniami Głównego Inspektora Sanitarnego;
4. Ocena lekarska i stratyfikacja ryzyka sercowo-naczyniowego wraz z wykonaniem testu wysiłkowego powinny być wykonane zawsze, jeśli możliwe z zachowaniem zasad bezpieczeństwa epidemiologicznego, zgodnie z wewnętrznymi procedurami obowiązującymi w danej jednostce opieki zdrowotnej;

5. Zalecenia dla personelu dotyczące nadzorowanego treningu fizycznego w czasie RK:
 - a) personel oddziału powinien nosić maski chirurgiczne;
 - b) podczas treningu na urządzeniach, tj. cykloergometrach, bieżniach mechanicznych, odległość pomiędzy pacjentami powinna wynosić minimum 2 metry;
 - c) zaleca się organizowanie sesji treningowych z jak najmniejszą liczbą pacjentów;
 - d) należy dezynfekować wszystkie przedmioty wykorzystane do ćwiczeń przed i po każdej czynności;
 - e) zaleca się unikanie ćwiczeń prowokujących wydzielanie płwociny.
6. Jeśli możliwe, należy zastępować sesje bezpośrednio nadzorowane oceną zdalną i telemonitorowaniem, zgodnie z dostępnymi urządzeniami i systemami do telerehabilitacji. Zaleca się skracanie pobytu w ośrodku rehabilitacji na korzyść kontynuacji RK w warunkach domowych.
7. Zaleca się rozważenie uruchomienia kompleksowego programu telerehabilitacji kardiologicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, w tym platform do telerehabilitacji, telefonu, wiadomości tekstowych, e-maili, konsultacji wideo, aplikacji internetowych i wideokonferencji z pacjentem.

Warunki i miejsce realizacji RK powinny być ustalane indywidualnie, zgodnie ze stanem klinicznym chorego i obowiązującymi przepisami prawa.

II. Stan prawny dotyczący realizacji procedur rehabilitacji kardiologicznej w Polsce w czasie pandemii SARS CoV-2 – wybrane akty prawne, zalecenia, rekomendacje.

W miarę rozwoju sytuacji epidemiologicznej związanej z COVID-19 ewoluowały akty prawne regulujące warunki realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej. Zmieniały się także interpretacje przepisów dokonywane przez centralę i poszczególne oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia. Stanowisko w tej sprawie zajął również Konsultant Krajowy w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej.

Poniżej przedstawiono wybrane dokumenty w kolejności chronologicznej. Warto przypomnieć, że pierwszy przypadek COVID-19 został potwierdzony w Polsce **4 marca 2020 r.**

- 2.1. **15.03.2020** – komunikat NFZ dla świadczeniodawców w sprawie zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:
*„.....W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19, Centrala NFZ zaleca ograniczenie do niezbędnego minimum lub czasowe zawieszenie udzielania świadczeń wykonywanych planowo lub zgodnie z przyjętym planem postępowania leczniczego. Dotyczy to przede wszystkim planowanych pobytów w szpitalach w celu: przeprowadzenia diagnostyki oraz zabiegów diagnostycznych, leczniczych i operacyjnych, **prowadzenia rehabilitacji leczniczej, świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień,***

stomatologii, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.....”

<https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/komunikat-dla-swiadczeniodawcow-w-sprawie-zasad-udzielania-swiadczen-opieki-zdrowotnej,7646.html>

- 2.2. **17.03.2020** – stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej Pana Prof. UM dr hab. n. med. Piotra Majchera rozesłane pocztą elektroniczną do oddziałów regionalnych Polskiego Towarzystwa Rehabilitacji i lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej.

*„... Na **Oddziały Rehabilitacji stacjonarnej** możemy obecnie przyjmować jedynie pacjentów z innych oddziałów tego samego szpitala, np. z ortopedii czy neurologii lub kardiologii...”*

W kolejnych dniach Konsultant Krajowy w dziedzinie rehabilitacji medycznej, udostępnił swoją korespondencję z Z-cą Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ dotyczącą realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej: *„ ...realizacja świadczeń rehabilitacji leczniczej w warunkach stacjonarnych powinna odbywać się na dotychczasowych zasadach”* z uwzględnieniem m.in. *„ ryzyka, że pacjent może być zakażony COVID -19 , ocenianego na podstawie aktualnych zaleceń GIS...”*

- 2.3. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia **31 marca 2020** (Dz.U. Poz. 566) w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii. Treści dotyczące świadczeń zdrowotnych, w tym rehabilitacji zawarte są w paragrafie 10:

*„§ 10. W okresie, o którym mowa w § 2 ust. 1, ustanawia się **czasowe ograniczenie wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu:***

1) udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego, o którym mowa w art. 2 pkt 1 ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1056, z 2019 r. poz. 1815 oraz z 2020 r. poz. 284);

2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu rehabilitacji leczniczej, z wyjątkiem przypadków, w których zaprzestanie rehabilitacji grozi poważnym pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta, oraz z wyjątkiem:

a) świadczeń udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w tym obejmujących kardiologiczną telerehabilitację hybrydową,

b) świadczeń stacjonarnych w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.3)), udzielanych pacjentom w ramach ciągłości i kontynuacji leczenia, przeniesionych bezpośrednio z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby, w rozumieniu tych przepisów;”

- 2.4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia **15 kwietnia 2020** (Dz.U. Poz. 696) zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

§ 2

1. Na wniosek świadczeniodawcy w okresie, o którym mowa w art. 36 ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych

nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 374, 567 i 568), należność dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w § 18 ust. 1 załącznika do rozporządzenia zmienianego w § 1, może być ustalona jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do należności za świadczenia, których świadczeniodawca zaprzestał udzielać, chyba że zaprzestanie ich udzielania wynika z decyzji organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej lub wprowadzenia ograniczenia prowadzenia działalności leczniczej w związku ze stanem zagrożenia epidemicznego albo stanem epidemii.

Paragraf 2 pkt. 1 i 2 Rozporządzenia dotyczy **zasad finansowania świadczeń w okresie pandemii**. W pkt.1 powtórzona została, zapowiadana wcześniej reguła wypłacania świadczeniodawcy wartości 1/12 rocznego ryczałtu miesięcznie, niezależnie od stopnia realizacji kontraktu w danym miesiącu. Ostateczne rozliczenie kontraktu na koniec okresu na jaki zawarto umowę. Natomiast pkt. 2 poleca się uwadze dyrekcji tych placówek medycznych, które z własnej inicjatywy zawiesiły czasowo działalność. Za ten okres NFZ nie wypłaci przypadającego ułamka kontraktu. Wynagrodzenie przysługuje tylko wówczas jeśli zaprzestanie udzielania świadczeń wynika z decyzji organów inspekcji sanitarnej lub innych przepisów wprowadzonych w związku z pandemią (jak np. rehabilitacja kardiologiczna w warunkach oddziału dziennego).

Podsumowanie stanu prawnego świadczeń w zakresie RK w Polsce w czasie pandemii wirusa SARS-CoV-2:

Zawieszono jest udzielanie świadczeń RK w ramach oddziału dziennego, natomiast może odbywać się udzielanie świadczeń w oddziałach stacjonarnych oraz w formie telerehabilitacji. W obydwu przypadkach istnieje możliwość odstępstw od tej reguły.

Należy spodziewać się kolejnych regulacji, które mogą zmieniać warunki realizacji świadczeń, w tym rehabilitacji kardiologicznej. Sytuacja epidemiologiczna, gospodarcza, presja społeczna, będą znaczącymi katalizatorami stanowionych uregulowań prawnych.

III. Rekomendacje Europejskiej Asocjacji Kardiologii Prewencyjnej (EAPC) Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczące realizacji rehabilitacji kardiologicznej w Europie podczas pandemii COVID-19

W związku z trwającą pandemią COVID-19, eksperci Europejskiej Asocjacji Kardiologii Prewencyjnej (European Association of Preventive Cardiology, EAPC) opublikowali w dn. 8. kwietnia 2020r. rekomendacje dotyczące realizacji rehabilitacji kardiologicznej (RK) podczas tej pandemii: <https://www.escardio.org/Education/Practice-Tools/CVD-prevention-toolbox/recommendations-on-how-to-provide-cardiac-rehabilitation-activities-during-the-c>

W dokumencie stwierdzono, że z powodu działań prowadzonych przez organy państwowe i służby medyczne poszczególnych krajów, realizacja rehabilitacji kardiologicznej (RK) w Europie jest obecnie utrudniona.

Eksperti EAPC są zdania, że w niedalekiej przyszłości ta sytuacja z pewnością stanie się motorem do wdrożenia innowacyjnych, indywidualizowanych, opartych na zdalnym monitorowaniu metod rehabilitacji, realizowanej w warunkach domowych. Aktualnie, w związku z trudnym do przewidzenia przebiegiem pandemii, istnieje pilna potrzeba złagodzenia wpływu tzw. kryzysu COVID-19 na pogorszenie dostępu do RK realizowanej w

ośrodkach rehabilitacji kardiologicznej, głównie z powodu niedoborów kadry medycznej i zamknięcia tych ośrodków.

Istotne jest również zachęcanie do wznawiania działalności ośrodków RK po kryzysie, szczególnie dla pacjentów, którzy z powodu pandemii doświadczyli opóźnień w leczeniu ostrych stanów kardiologicznych.

Eksperti EAPC wydali zalecenia dla kadry realizującej RK, które opisano poniżej.

I. Zalecenia ogólne:

1. Śledź regularnie informacje na temat stanu pandemii COVID-19.
2. Bądź przygotowany do postępowania z pacjentami z COVID-19.
3. Bierz pod uwagę konsekwencje zdrowotne COVID-19 u pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego.
4. Zapewnij możliwie jak najlepszy dostęp do RK w zaistniałych okolicznościach.
5. Bądź przygotowany do udzielenia pacjentowi rzetelnej informacji medycznej na temat jego indywidualnej sytuacji chorobowej.
6. Edukuj pacjentów, że w przypadku wystąpienia objawów chorobowych nie należy odkładać zgłoszenia się po pomoc medyczną.
7. Ujawniaj i walcz z fałszywymi informacjami (tzw. „fake-news”) na temat koronawirusa i pandemii.
8. Opracuj i zorganizuj programy telerehabilitacji kardiologicznej, zawierające wszystkie elementy rehabilitacji kompleksowej.
9. Zapewnij pacjentom wsparcie psychologiczne i społeczne, realizowane zarówno przez psychologów jak i pracowników socjalnych, będących w kontakcie z pacjentem.
10. Przygotuj się do reaktywacji ośrodka RK po ustąpieniu pandemii.

II. Zalecenia szczegółowe

Podczas pandemii ośrodki RK mogą znaleźć się w następujących sytuacjach:

- A. Ośrodki pracują jak dotychczas
- B. Ośrodki pracują w okrojonym zakresie (ograniczenie rodzajów, procedur lub programów RK)
- C. Ośrodki są zamknięte z utrzymaniem zatrudnienia personelu
- D. Ośrodki są zamknięte – personel przeniesiony/delegowany do innych zadań.

Ad. A, B. Zaleca się, żeby wspierać ośrodki leczenia ostrej fazy chorób układu sercowo-naczyniowego w identyfikacji pacjentów, którzy powinni być kierowani do pracujących w czasie pandemii ośrodków A i B, w związku z ograniczonym dostępem do RK.

Należy wspierać oddziały kardiologiczne w przekazywaniu pacjentom, przed wypisaniem ze szpitala, materiałów edukacyjnych dotyczących prewencji wtórnej chorób układu sercowo-naczyniowego, z podkreśleniem roli wysiłku fizycznego.

Podkreśla się konieczność zwiększenia cykli RK celem zapewnienia rehabilitacji większej liczbie pacjentów.

Konieczne jest ponadto zapewnienie ustrukturyzowanych ścieżek opieki i leczenia w przypadku diagnozy COVID-19 postawionej podczas programów RK, zgodnie ze stanem klinicznym (pacjent bezobjawowy, skąpo objawowy, z objawami umiarkowanymi do ciężkich, z lub bez konieczności nieinwazyjnej i inwazyjnej wentylacji mechanicznej). W przypadku niemożności zorganizowania przez ośrodek RK opieki nad pacjentami COVID-19, należy zapewnić możliwość zorganizowania kwarantanny domowej lub przekazania do oddziałów chorób zakaźnych, leczących pacjentów z COVID-19, minimalizując w ten sposób przeciążenie szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Nie należy przyjmować do ośrodka RK chorego, który ma gorączkę lub prezentuje objawy COVID-19, np. zaburzenia węchu. Po wyleczeniu z choroby COVID-19 można pacjenta przyjąć na RK. Ważne jest, żeby poinformować wszystkich pacjentów, którzy przerwali RK z powodu pandemii, o konieczności powrotu do ośrodka RK celem kontynuacji programu rehabilitacji. Pacjenci, którzy brali udział w RK, a mieli kontakt z osobą zakażoną, powinni być poddani izolacji.

Pozostałe zalecenia dla sytuacji A i B przedstawiono w Tabeli 1.

Tabela 1. Zalecane działania, które należy podjąć u pacjentów poddawanych RK w ośrodkach pracujących jak dotychczas **(A)** lub pracujących w ograniczonym zakresie **(B)**.

Działanie	II etap RK stacjonarny	II etap RK w oddziale/ośrodku dziennym	III etap RK
Pacjenci kierowani na RK bezpośrednio z oddziałów ostrej fazy powinni mieć dwa ujemne testy (drugi test po 72 godzinach) z wymazu z nosa- gardzieli lub (w zależności od sytuacji epidemiologicznej na oddziale ostrej fazy) co najmniej jeden negatywny test wymazu z nosa-gardzieli plus brak objawów klinicznych COVID-19, ujemne testy laboratoryjne i brak cech radiologicznych sugerujących COVID-19.	TAK	TAK	TAK
Pacjenci są zobowiązani do noszenia masek chirurgicznych podczas całego pobytu na rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i oddziału/ośrodka dziennego	TAK	TAK	
Zalecenia dotyczące nadzorowanego treningu fizycznego * a) wszyscy pacjenci i fizjoterapeuci powinni nosić maski chirurgiczne b) podczas treningu na urządzeniach, tj. cykloergometrach, bieżniach ruchomych,	TAK	TAK	

<p>minimalna odległość pomiędzy pacjentami powinna wynosić minimum 2 metry</p> <p>c) organizuj sesje 1:1 lub maksymalnie ograniczaj liczbę pacjentów podczas sesji treningowej</p> <p>d) dezynfekuj wszystkie przedmioty wykorzystane do ćwiczeń przed i po każdej czynności</p> <p>e) unikaj ćwiczeń prowokujących wydzielanie płwociny</p>			
<p>W przypadku skróconych programów RK koncentruj uwagę na głównych składowych RK, tj. stylu życia, wsparciu psychospołecznym, poradach lekarskich, edukacji, w indywidualnym podejściu do pacjenta, na podstawie objawów psychologicznych, czynników ryzyka sercowo-naczyniowego i ocenie stylu życia</p>	TAK	TAK	TAK
<p>Ocena lekarska i stratyfikacja ryzyka sercowo-naczyniowego wraz z wykonaniem testu wysiłkowego powinny być wykonane zawsze, jeśli możliwe.</p>	TAK	TAK	
<p>Jeśli możliwe, zastępuj sesje bezpośrednie oceną zdalną i telemonitorowaniem, zgodnie z dostępnymi urządzeniami i sprzętem i wiedzą specjalistyczną (telefon, wiadomości tekstowe, e-maile, konsultacje wideo, edukacja na platformach elektronicznych i poprzez aplikacje internetowe)</p>		TAK	TAK
<p>Zapewnij specjalne środki zapobiegawcze u pacjentów z obniżoną odpornością, takich jak pacjenci po przeszczepie serca (tj. krótszy pobyt w ośrodku RK, przesunięcie procedur endomiokardialnych lub innych inwazyjnych, ściślejsza samoizolacja itp.)</p>	TAK	TAK	TAK
<p>** W przypadku postawienia podczas RK diagnozy COVID-19 w stopniu bezobjawowym lub skąpo objawowym, zaproponuj strategię kontynuowania rehabilitacji, jeśli to możliwe (jeśli występują objawy, ćwiczenia</p>	TAK	TAK	TAK

przeciwwskazane)			
*** W przypadku choroby COVID-19 o przebiegu umiarkowanym lub ciężkim, przerwij program RK i zapewnij plan powrotu na rehabilitację po ustąpieniu choroby wirusowej			

Ponadto zaleca się by nie prowadzić aktywności, które nie pozwalają na utrzymanie dystansu między ludźmi, wpływają na niezachowanie kwarantanny i zasad izolacji w warunkach RK II i III etapu.

Ad. C. W ośrodkach, które zostały zamknięte z powodu epidemii, ale personel nadal pracuje, należy promować edukację personelu w zakresie wpływu COVID-19 na stan kliniczny pacjentów z chorobami układu sercowo-naczyniowego. Należy rozważyć zobligowanie pracowników ośrodka RK- członków zespołu rehabilitacyjnego- do regularnego monitorowania pacjentów, których programy RK zostały przerwane.

Zaleca się rozważenie uruchomienia kompleksowego programu telerehabilitacji kardiologicznej, prowadzonego przez różnych profesjonalistów - członków zespołu rehabilitacyjnego ośrodka RK, dostosowanego do konkretnego pacjenta oraz w granicach bezpieczeństwa (za pomocą telefonu, wiadomości tekstowych, e-maili, konsultacji wideo, platform do telerehabilitacji, aplikacji internetowych, wideokonferencji).

Ad. D. W ośrodkach, w których nie utrzymano zatrudnienia kadry/ pracownicy zostali przeniesieni/delegowani do innych zadań, utrzymuj relacje z personelem RK.

Ważne jest zaplanowanie i podjęcie strategii pozwalającej uniknąć rozproszenia personelu RK i trwałego zamknięcia ośrodka.

Komentarz SRKiFW do rekomendacji EAPC ESC.

Eksperti EAPC opublikowali na stronach ESC ważne i potrzebne zalecenia. Są one wyważone, jednak muszą być dostosowane do warunków w konkretnych krajach.

Komentarza wymagają zalecenia:

* „a) wszyscy pacjenci i fizjoterapeuci powinni nosić maski chirurgiczne”

Sekcja RKiFW nie rekomenduje zakładania maski do treningu fizycznego, chyba, że lekarz prowadzący zdecyduje inaczej.

** „W przypadku postawienia podczas RK diagnozy bezobjawowej lub skąpoobjawowej COVID-19, zaproponuj strategię kontynuowania rehabilitacji, jeśli to możliwe (jeśli występują objawy, ćwiczenia przeciwwskazane)”. To zalecenie wydaje się, że jest nierealne w warunkach polskich. W przypadku wykrycia zakażenia w trakcie RK nie ma możliwości kontynuowania RK. Ośrodek należy czasowo zamknąć, przeprowadzić dezynfekcję, personel pracujący w czasie, gdy wykryto wirusa SARS-CoV-2 poddać kwarantannie i badaniom w kierunku koronawirusa oraz zastąpić personelem, który w tym czasie w związku z trybem pracy zmianowej nie był obecny w ośrodku.

*** Zalecenie: „W przypadku choroby COVID-19 o przebiegu umiarkowanym lub ciężkim, przerwij program RK i zapewnij plan powrotu na rehabilitację po ustąpieniu choroby wirusowej” – wymaga uzupełnienia. Wystąpienie COVID-19 z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami obliguje do zaprzestania RK i przekazania chorego do szpitala jednoimiennego z zapewnieniem możliwości kontynuacji rehabilitacji po wyleczeniu choroby wirusowej, w zależności od stanu klinicznego chorego.

IV. Realizacja rehabilitacji kardiologicznej w Polsce w czasie pandemii COVID-19.

Informacje na temat realizacji RK w Polsce w czasie pandemii COVID-19 pochodzą z kwestionariuszy ankiet wypełnionych przez ośrodki realizujące program rehabilitacji kardiologicznej w tym czasie. Do dnia 24 04 2020r do SRKiFW wpłynęły informacje z 14 Ośrodków prowadzących rehabilitację kardiologiczną w Polsce.

Analizując uzyskane dane widać duże zróżnicowanie zarówno w zakresie prowadzonej aktualnie działalności jak i przyjętych strategii bezpieczeństwa:

4.1. Rehabilitacja kardiologiczna w oddziałach stacjonarnych w większości ośrodków jest realizowana, z ograniczeniem liczby osób hospitalizowanych. Chorzy przyjmowani są bezpośrednio z oddziałów leczenia fazy ostrej, zwykle z macierzystych szpitali. Wstrzymanie działalności dotyczy najczęściej ośrodków zlokalizowanych w miejscowościach uzdrowiskowych lub w szpitalach przekształconych w jednoimienne szpitale zakaźne;

4.2. Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach oddziałów dziennych, we wszystkich ośrodkach biorących udział w badaniu została zawieszona;

4.3. Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa jest kontynuowana lub aktualnie wznawiana po czasowym zawieszeniu.

Procedury bezpieczeństwa epidemiologicznego stosowane w poszczególnych ośrodkach realizujących RK są bardzo zróżnicowane. Praktycznie wszystkie ośrodki jako podstawowe narzędzie wykorzystują dane z wywiadu, oraz pomiar temperatury zarówno pacjentów jak i personelu.

Wraz ze wzrostem możliwości wykonywania testów na obecność wirusa SARS CoV-2, pojedyncze ośrodki wykorzystują dla oceny personelu testy kasetkowe oznaczające p-ciała w klasie IgM i IgG. Testy genetyczne wykonywane są u osób objawowych z personelu lub takich, które przebyły kwarantannę lub były pod nadzorem epidemiologicznym. Tylko w pojedynczych ośrodkach jest możliwość profilaktycznego testowania personelu.

Celem prewencji rozprzestrzeniania się COVID-19 ok. ¼ ośrodków zmieniła organizację pracy poprzez podział personelu na zespoły, które pracują w sposób wahadłowy – wymiana personelu następuje co 7 dni.

Kontrola epidemiologiczna pacjentów w większości ośrodków odbywa się na podstawie zbieranego wywiadu i pomiarów temperatury. Prawie wszystkie ośrodki stacjonarne przyjmują pacjentów bezpośrednio z oddziałów leczenia fazy ostrej (kardiochirurgia, kardiologia). W pojedynczych ośrodkach wykonywane są profilaktycznie, przy przyjęciu, testy genetyczne.

Podsumowanie

1. Rehabilitacja kardiologiczna jako konieczny etap postępowania u pacjentów z chorobami serca i naczyń, powinna być w czasie epidemii COVID-19 realizowana u wszystkich pacjentów ze wskazaniami do rehabilitacji, z zastrzeżeniami, jak w tekście stanowiska Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku PTK SRKiFW.
2. W rehabilitacji kardiologicznej w czasie epidemii COVID-19 preferowana jest kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa z pierwszą fazą realizowaną w formie stacjonarnej.
3. Stanowisko Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku PTK zostało przygotowane w oparciu o obowiązujące w Polsce akty prawne z uwzględnieniem rekomendacji europejskich EAPC ESC. Wobec zmieniającej się dynamicznie sytuacji epidemiologicznej oraz gospodarczej w kraju (stopniowe uwalnianie ograniczeń), należy na bieżąco śledzić pojawiające się nowe regulacje prawne.