

Załącznik nr 1 do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych – druga edycja.

Opis programu polityki zdrowotnej pn. **„Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych”**.

1. **Opis problemu zdrowotnego**

Pomimo zaznaczającego się trendu do zmniejszenia się ilości zachorowań i śmiertelności z powodu schorzeń układu krążenia oraz mimo intensywnego rozwoju medycyny, a tym samym inwazyjnych i nieinwazyjnych metod leczenia, w Polsce na chorobę wieńcową choruje od 1,5 do 2,5 miliona osób. Powyższa sytuacja ma wpływ na fakt iż choroby sercowo – naczyniowe są nadal głównym powodem zgonów w Polsce (45% wszystkich zgonów w roku 2009).

Głównym manifestem chorób sercowo naczyniowych są zawały serca obecnie nazywane ostrymi zespołami wieńcowymi. Następstwem OZW jest postępowanie w postaci inwazyjnej diagnostyki (koronarografie, plastyka naczyń) oraz operacji kardiologicznych (zabiegi by-pass etc.).

W ciągu ostatnich lat nadal obserwuje się wzrost liczby ostrych zespołów wieńcowych (OZW) u ludzi starszych, a z drugiej strony pierwsze wystąpienie choroby wieńcowej, dotyczy często osób w młodym wieku, aktywnych zawodowo. W związku z powyższym jeszcze bardziej wzrosła rola rehabilitacji kardiologicznej w przywracaniu sprawności pacjentom i umożliwieniu im powrotu do normalnego życia.

Najczęściej kandydatami do rehabilitacji kardiologicznej (głównego elementu programów prewencji wtórnej) są pacjenci z chorobą wieńcową, po przebyciu ostrych zespołów wieńcowych oraz po zabiegach kardiologicznych, w tym głównie po operacyjnym leczeniu choroby wieńcowej. Szacunkowo w Polsce ilość OZW wynosi ok. 140 000 (2007 rok), natomiast ilość zabiegów kardiologicznych ok. 24 000 (2007 rok)¹.

¹ www.polkard.org

Dynamiczny postęp w leczeniu chorób układu krążenia, pozwala na leczenie i ratowanie życia osobom, u których jeszcze niedawno było to niemożliwe. Przybywa więc pacjentów, będących potencjalnymi kandydatami do programów prewencji wtórnej. Są to nierzadko osoby w wieku podeszłym, z dodatkowymi schorzeniami, z podwyższonym poziomem ryzyka. Jednocześnie rozwój metod leczenia ostrych zespołów wieńcowych spowodował powstanie nowej dużej grupy pacjentów, nierzadko bez uszkodzenia mięśnia sercowego i wydolnych, a więc wymagających zupełnie innego podejścia do programowania i prowadzenia rehabilitacji kardiologicznej ze zwróceniem szczególnej uwagi na działania z zakresu prewencji, a zwłaszcza edukację zdrowotną. Również na terenie miasta Wrocławia choroby sercowo – naczyniowe wciąż są jedną z najczęściej występujących grup chorobowych oraz jedną z głównych przyczyn zgonów mieszkańców miasta Wrocławia (48,5% wszystkich zgonów w roku 2006²). Tym samym, choroby układu krążenia stają się główną przyczyną niepełnosprawności i niezdolności do pracy. Powyższy stan rzeczy implikuje dysfunkcjami społecznymi, ekonomicznymi, socjalnymi i psychofizycznymi, co bardzo istotnie obniża jakość życia populacji dotkniętej wyżej wymienionymi. W związku z powyższymi ustaleniami niezbędne jest podjęcie interwencji mających na celu prewencję chorób – sercowo naczyniowych a zwłaszcza prewencję wtórną, która pozwoli na ograniczenie najpoważniejszych dla zdrowia i najkosztowniejszych implikacji nawrotów tzw. incydentów kardiologicznych. Interwencja w postaci kompleksowego programu prewencji wtórnej pozwoli na redukcję hospitalizacji, reoperacji w zakresie układu krążeniowego nie wspominając o ograniczeniu śmiertelności i zachorowalności powodowanych kolejnymi ostrymi zespołami wieńcowymi.

2. Cel programu

Zmniejszenie ilości nawrotów incydentów sercowo-naczyniowych u osób po przebytych zawale mięśnia sercowego i/lub po zabiegach plastyki

² http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/wroc/ASSETS_08_03_16.pdf

naczyń wieńcowych, w okresie nie później niż do 12 miesięcy od zaistniałego incydentu.

Cele szczegółowe:

- Identyfikacja osób zagrożonych progresją chorób sercowo – naczyniowych oraz nawrotami incydentów wieńcowych (identyfikacja czynników i grup ryzyka)
- Poprawa ogólnej sprawności ruchowej, wydolności fizycznej oraz rezerwy wieńcowej uczestników programu poprzez kompleksową rehabilitację kardiologiczną (zajęcia ruchowe oraz instruktaż do samodzielnego wykonywania ćwiczeń ruchowych i oddechowych w domu)
- Przekazanie informacji oraz kształtowanie odpowiednich wzorców zachowań skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo – naczyniowych, w szczególności:
 - przekazanie informacji o znaczeniu ruchu we wtórnej prewencji chorób sercowo – naczyniowych
 - przekazanie informacji o znaczeniu odpowiedniej diety w profilaktyce chorób sercowo – naczyniowych,
 - kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia poprzez m. in. regularne monitorowanie ciśnienia tętniczego, ograniczenie lub rzucenie palenia tytoniu, zaprzestanie nadużywania alkoholu, radzenie sobie ze stresem i inne.

3. Populacja, do której skierowany jest program

1. Pełnoletni mieszkańcy Wrocławia po przebytych zawale mięśnia sercowego i/lub po zabiegach plastyki naczyń wieńcowych, nie później niż do 12 miesięcy od zaistniałego incydentu.
2. Osoby, które uczestniczyły w poprzednich edycjach programu zakwalifikowane z powodu ww. problemów zdrowotnych.

Przewidywana liczba odbiorców programu: **105 osób.**

Uczestnicy mają możliwość rezygnacji z udziału w programie na każdym jego etapie.

4. Świadczenia zdrowotne i zadania wykonywane w ramach programu:

przeprowadzenie naboru pacjentów do udziału w programie na podstawie:

- a) skierowania wystawionego przez lekarza:
 - oddziału kardiologicznego
 - oddziału kardiologii
 - oddziału chorób wewnętrznych
 - poradni kardiologicznej
 - podstawowej opieki zdrowotnej
 - oddziału prowadzącego leczenie COVID-19;
- b) dokumentacji medycznej;
- c) badania EKG spoczynkowego wraz z opisem, wykonanego w dniu kwalifikacji;
- d) testu wysiłkowego EKG na bieżni;
- e) konsultacji kardiologicznej (kwalifikującej do programu) obejmującej:
 - wywiad zdrowotny,
 - badanie fizykalne,
 - ocenę stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego testu wysiłkowego oraz innych badań określonych przez lekarza kwalifikującego;
 - określenie wskazań do rehabilitacji oraz jej zakresu (we współpracy ze specjalistą fizjoterapii);
- f) zorganizowanie i przeprowadzenie zajęć rehabilitacyjnych dla osób zakwalifikowanych do rehabilitacji w formie ćwiczeń grupowych;
- g) zorganizowanie i przeprowadzenie indywidualnej i grupowej edukacji zdrowotnej, ukierunkowanej na promowanie zdrowego stylu życia, właściwie dobranej diety, aktywności ruchowej, naukę ćwiczeń fizycznych/ruchowych i oddechowych do wykonywania w warunkach domowych;
- h) udzielanie indywidualnego wsparcia psychologicznego szczególnie osobom nie radzącym sobie ze stresem, nałogami itp.;

- i) wykonywanie u osób po zakończonym cyklu rehabilitacji kontrolnych badań lekarskich z oceną stanu zdrowia;
- j) opracowania i przeprowadzenia badań ankietowych dotyczących satysfakcji pacjentów korzystających z programu;
- k) opracowanie raportu ewaluacyjnego z realizacji programu, prezentującego wyniki badań pacjentów, stopień osiągnięcia celów oraz rezultaty działań edukacyjnych i rehabilitacyjnych, uzyskane po zakończeniu programu.

5. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników do programu

Program przewiduje łącznie rekrutację nie mniej niż **105** osób.

Uczestnicy zostaną podzieleni na kilkusobowe grupy ćwiczeniowe.

Planowany, średni czas trwania rehabilitacji dla pacjenta to 8 tygodni

(z możliwością zmiany czasu rehabilitacji od 6 do 12 tygodni, w

zależności od wskazań medycznych). W tym czasie pacjent będzie

rehabilitowany łącznie w wymiarze 24 godzin zajęć rehabilitacji ruchowej,

według indywidualnie ustalonego grafiku ćwiczeń, z możliwością

dostosowania częstotliwości lub długości zajęć rehabilitacyjnych w

zależności od wskazań medycznych, w tym w szczególności wyjściowej

wydolności fizycznej uczestnika, a także z uwzględnieniem jego preferencji

i dyspozycyjności). Dopuszcza się możliwość zastosowania u pacjentów

wskazanych przez lekarza telerehabilitacji hybrydowej, monitorowanej

telemedycznie, częściowo w warunkach domowych, według odrębnego

grafiku.

Uczestnicy programu będą indywidualnie kierowani do grup po

przeprowadzeniu procesu kwalifikacji, na podstawie specjalistycznej

konsultacji lekarskiej kwalifikacyjnej, wyników badań (EKG, badania

laboratoryjne, test wysiłkowy) oraz dotychczasowego przebiegu choroby

i aktualnego stanu zdrowia.

Przyjmuje się, że jeśli pacjent kwalifikowany do programu posiada

aktualny wynik próby wysiłkowej EKG na bieżni, wykonany w warunkach

szpitalnych, poradni kardiologicznej lub wcześniejszej rehabilitacji, zostanie on uznany przez lekarza jako wyjściowy.

W pozostałych przypadkach test wysiłkowy EKG zostanie wykonany w ramach programu, celem prawidłowej kwalifikacji uczestników i zaplanowania programu rehabilitacji kardiologicznej. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się wykonanie innych niż test wysiłkowy EKG na bieżni testów wydolnościowo-wysiłkowych, jeśli umożliwią prawidłową ocenę i kwalifikację uczestnika i zaplanowanie procesu rehabilitacji, adekwatnie do sytuacji klinicznej.

6. Metodologia programu:

6.1 kwalifikacja pacjenta do programu zgodnie z w/w opisem (konsultacja lekarska kwalifikacyjna, test wysiłkowy) oraz ustalenie czasu trwania cyklu zajęć rehabilitacyjnych 8 tyg. lub 6-12 tyg.

(w zależności od wskazań lekarza)

6.2 ćwiczenia rehabilitacyjne w grupach 5 osobowych z monitorowaniem parametrów życiowych

6.2a ćwiczenia rehabilitacyjne z zastosowaniem telerehabilitacji hybrydowej

6.3 edukacja zdrowotna (indywidualna i grupowa)

6.4 badanie kontrolne (test wysiłkowy i inne badania określone przez lekarza kwalifikującego)

6.5 konsultacja lekarska z oceną stanu zdrowia pacjenta.

Pacjent po cyklu zajęć rehabilitacji ruchowej będzie miał wykonaną kontrolną próbę wysiłkową celem oceny poprawy stopnia wydolności fizycznej oraz poprawy rezerwy wieńcowej, tym samym ewaluacji założeń programowych. Po wykonaniu próby wysiłkowej wykonana zostanie specjalistyczna konsultacja lekarska oceniająca uzyskane podjętych interwencji. Pacjent oprócz kontroli stanu zdrowia otrzyma wskazówki i zalecenia do dalszego postępowania w zakresie monitorowania stanu zdrowia i prewencji chorób sercowo – naczyniowych.

7. Wskaźniki monitorowania

7.1 Masa ciała pacjenta, wskaźnik BMI przed i po zajęciach ruchowych

- 7.2 Ocena rezerwy wieńcowej przed i po zajęciach ruchowych
- 7.3 Testy sprawnościowe (ogólnej sprawności fizycznej), przed i po zajęciach ruchowych
- 7.4 Wartości ciśnienia tętniczego i tętna przed, w trakcie, po wysiłku fizycznym
- 7.5 Konsultacje lekarskie z uwzględnieniem identyfikacji czynników ryzyka i schorzeń współistniejących z opisem stanu zdrowia chorego oraz wynikami testu wysiłkowego przed i po cyklu zajęć ruchowych.

8. Wymagania wobec Oferentów

- 8.1 Realizatorem programu zdrowotnego mogą być podmioty lecznicze w rozumieniu art. 4 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. 2025, poz. 450 z późn. zm.) posiadający zawartą na 2026 rok umowę z NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: Poradnia Kardiologiczna oraz rehabilitacja lecznicza: rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w ośrodku/oddziale dziennym.
- 8.2 Zadania programu muszą być wykonywane w bazie lokalowej Oferenta, z wykorzystaniem jego personelu, aparatury, sprzętu medycznego spełniającego wymagania określone w obowiązujących przepisach.
- 8.3 Oferent musi posiadać minimum 5-letnie udokumentowane doświadczenie w realizacji programów zdrowotnych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej
- 8.4 Do realizacji programu Oferent musi zapewnić następujący personel medyczny posiadający udokumentowane kwalifikacje zawodowe:
 - 1. lekarzy kardiologów
 - 2. fizjoterapeutów: magistrów lub techników
 - 3. pielęgniarki
 - 4. dietetyka
 - 5. psychologa
 - 6. technika EKG

7. rejestratorkę medyczną.