



Kam kráčíš, ty naše česká kardiorehabilitace?

Kardiovaskulární rehabilitace je základní součástí péče o kardiologického pacienta. Není asi třeba připomínat, že je vědecky prokázáno, že pohybová aktivita je „lék“ u téměř všech civilizačních onemocnění [1]. Kardiovaskulární rehabilitace by se navíc neměla věnovat pouze pohybu, ale v rámci komplexnosti by měla zahrnovat i nutriční intervenci, intervenci kuřáctví a psychologickou intervenci.

Výsledky Euro Heart Indexu pro rok 2016 zařadily Českou republiku (ČR) na 21. místo v Evropě (desáté místo od konce) v úrovni poskytování kardiologické péče. Index hodnotil čtyři kategorie, a to prevenci, výkony, dostupnost péče a výsledky. Není asi překvapivé, že nejhůře dopadla v ČR prevence, kam kardiovaskulární rehabilitace patří. Pěkný komentář k tomuto výsledku měli prof. Linhart a prof. Rosolová, kteří hledali příčiny tohoto stavu a konstatovali, že kardiologická péče v ČR má „západní dostupnost“ a „východní přístup“ a jedním z faktorů, který způsobuje špatný stav v prevenci, je nedostatečná compliance a motivace pacienta [2].

Jak by měla fungovat kardiovaskulární rehabilitace v České republice? Vzorem nám mohou být vyspělé evropské země, kde existují velká rehabilitační centra, a to nejen pro kardiaky. V České republice, která má dlouhou tradici lázeňské péče, by tato péče měla být nedílnou součástí rehabilitace nejméně po akutních stavech nebo kardiovaskulárních operacích dle indikačního seznamu. V ideálním případě pacient po infarktu myokardu nebo po kardiokirurgické operaci odchází z nemocnice s vyplněným návrhem na lázeňskou terapii (pokud nemá jasně stanovené kontraindikace), v optimálním případě je uskutečňován přechod kardiokirurgického pacienta z lůžka na lůžko. Pacient, který odchází domů, má stanovený termín u kardiologa nejméně do měsíce od hospitalizace, kdy je provedena edukace, kontrola medikace, zdravotního stavu a provedena ergometrie (spiroergometrie) ke zhodnocení prognózy a nastavení pohybové aktivity pacienta. Pak pacient v ideálním případě dochází do ambulantního zařízení k provádění ambulantní rehabilitace.

V roce 2008 na Výročním sjezdu ČKS v Brně zazněla přednáška tehdejšího předsedy Pracovní skupiny kardiovaskulární rehabilitace MUDr. Ivana Karla, která ukazovala, jaké počty pacientů za rok 2006 podstoupí invazivní výkony a kolik pacientů podstoupí lázeňskou a ambulant-

ní rehabilitaci [3]. Vzhledem k tomu, že kontraindikace lázeňské péče nejsou velmi časté, dalo by se předpokládat, že počet osob v lázních bude značně převyšovat počet osob po invazivním výkonu, vzhledem k tomu, že do lázní z indikace nemoci oběhového ústrojí jezdí i osoby s jiným typem onemocnění, než je stav po infarktu myokardu nebo stav po provedení perkutánní koronární intervence nebo bypassu (například osoby s hypertenzí...). MUDr. Karel se již tehdy pozastavoval nad nepoměrem provedených invazivních výkonů a následným počtem oficiálně rehabilitovaných pacientů jak v lázních, tak v ambulantních zařízeních. Počty z roku 2006 jsou uvedeny v tabulce 1.

V roce 2017 jsem dostala jako současný předseda Pracovní skupiny kardiovaskulární rehabilitace ČKS úkol, abych znovu provedla průzkum, jak jsme na tom v sou-

Based on the survey responses we received from your country (Czech Republic):

- The first CR program started in 1993.
- CR services are most often (83%) paid by social security/government.
- Programs on average provide service to 65 patients per year, and have capacity to serve 200 patients per year.
- The top 3 most frequently offered components are: initial assessment (100%), physical activity counselling (100%), and exercise stress tests (80%).
- The 3 most frequent types of healthcare personnel working in the CR programs are: cardiologists (80%), physiotherapists (60%), and nurses (40%).
- The most frequent cardiac diagnoses accepted by the CR programs are: MI/ACS (67%), cardiomyopathy (67%), and heart failure (67%).
- The average duration of the CR programs is 12 weeks, and the average session frequency is 3 times per week.
- Each exercise session is on average 60 minutes long, and these sessions have on average 5 patients.
- 60% of CR programs offer alternative CR models, most-commonly home-based (50%).

Obr. 1 – Výsledky dotazníkové akce ambulantní kardiorehabilitace pro ČR 2016

Tabulka 1 – Počty invazivních výkonů a počty provedené kardiorehabilitace

	2006	2012	2017
Počet PCI celkem	22 250	21 415	???
Počet kardiokirurgických operací (bypass, náhrady chlopní)	7 164	6 086	???
Počet ambulantně rehabilitovaných	2 085	???	???
Počet pacientů léčených pro indikační skupinu II v lázních v %	14,5 %	10,2 %	5,2 %
Počet pacientů léčených pro indikační skupinu II v lázních v absolutním počtu	16 395	8 747	4 885

PCI – perkutánní koronární intervence.

časné době. Ke zjištění počtu invazivních výkonů jsem vzala poslední oficiálně dostupnou statistiku z roku 2012, počty osob léčených v lázních v indikační skupině II – nemoci oběhového ústrojí jsou získány z databáze Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) ČR [4]. K tomu jsem oslovila 17 kardiocenter, kde vedení obdrželo dotazník týkající se počtu ambulantních pacientů, kteří rehabilitují, spolu s ofrankovanou zpáteční obálkou.

Výsledky jsou uvedeny v tabulce 1. Jak můžete vidět, výsledky jsou žalostné. Počet invazivních výkonů za deset let velmi mírně poklesl, ale počet pacientů, kteří absolvovali lázeňskou léčbu, klesá významně, a to **na 29,79 % z počtu pacientů v roce 2006**. Z oslovených 17 kardiocenter odpovědělo pouze sedm pracovišť a výsledky ve smyslu stanovení počtu ambulantně rehabilitovaných pacientů nelze hodnotit. Skutečný počet fungujících pracovišť se tak dá odhadnout pouze z výsledků celosvětového průzkumu, který prováděla prof. Sherry Grace z Mayo Clinic a kterého se ČR účastnila. Dotazník Mayo Clinic byl rozeslán na všechny členy Pracovní skupiny kardiiovaskulární rehabilitace s prosbou o vyplnění. Vyplnilo ho anonymně šest center. Výsledky byly pak zaslány na adresu předsedy pracovní skupiny, viz obr. 1. Z dotazníku Mayo Clinic ale nelze zjistit celkový počet ambulantně rehabilitovaných.

Jaké jsou příčiny tohoto stavu? Jistě finanční, personální a neméně důležitou roli hraje i compliance jak lékařů, tak pacientů k provádění kardiiovaskulární rehabilitace.

Lázeňství má v ČR dlouholetou tradici, kterou nám Evropa může závidět, a systém péče o kardiaky byl v minulých letech funkční a dobře propracovaný. Nicméně stačil nekompetentní zásah v úhradách zdravotních pojišťoven tak, jak se stalo před několika lety, a lázně se přeorientovaly na poskytování wellness služeb, které jsou stále více trendy a omezily pacienty v klasickém programu. K tomu přistupuje administrativa spojená s vypsáním návrhu na lázeňskou péči, která mnohé kardiology nebo praktické lékaře odradí. Třetím faktorem, proč pacienti do lázní nejezdí, je u některých délka pobytu, kdy pacienti většinou vzhledem k rodinné finanční situaci chtějí co nejdříve do práce.

Ambulantní rehabilitace by měla být nedílnou součástí péče o pacienta. Proč jsou v ČR jen ojedinělé fungující centra, má také několik příčin. První příčinou je finanční stránka problému – pořízení ambulantní linky pro rehabilitaci představuje náklady v řádu jeden milion korun, náklady na další potřebné přístroje, jako je například systém na odporový trénink, jsou pak v řádu desítek tisíc korun. K tomu musíme připočítat náklady na zbudování tělocvičny. Dalším finančním nákladem jsou mzdové prostředky na pokrytí práce sestry, fyzioterapeuta a lékaře,

kteří musí být dostupní v případě komplikací. Druhá strana mince je pak úhrada od zdravotních pojišťoven. Díky současnému výboru ČKS se podařilo do sazebníku dostat kód pro kardiiovaskulární rehabilitaci, ale ne všechna ambulantní zařízení mají tento kód nasmlouvaný.

V případě, že jste nadšenec pro kardiiovaskulární rehabilitaci, sehnal jste cca 1,5 milionu Kč pro základní vybavení, máte personální vybavení pro provoz s nasmlouvanou úhradou zdravotních pojišťoven, zdálo by se, že tím pádem nemáte co řešit a ambulantní rehabilitace bude probíhat ke spokojenosti všech a zejména pacientů. V této chvíli přichází další velmi důležitý limitující faktor, a to je adherence jak lékařů k odeslání pacienta, tak pacienta se rehabilitace zúčastnit a vydržet. O faktorech, které adherence ovlivňují, bylo napsáno několik desítek prací, jako hlavní faktory jsou uváděny zejména nízká úroveň pohybové aktivity vstupně, nízká adherence k farmakoterapii, deprese, anxiety a špatná sociální situace [5].

Na otázku, jak tuto situaci zlepšit, není jasná odpověď. Adherence lékařů je věc osobního přístupu k pacientovi a v nemocničních zařízeních pak otázka vedoucího pracoviště, jak moc podporuje jak předepisování lázeňské terapie, tak i odeslání na ambulantní kardiorehabilitaci. U pacientů pak se zdá, že by adherence mohly zlepšit některé moderní techniky [6], například použití aplikací na mobilních telefonech nebo jiné počítačové metody.

*Prof. MUDr. Eliška Sovová, Ph.D., MBA,
předsedkyně Pracovní skupiny kardiiovaskulární
rehabilitace ČKS, Klinika tělovýchovného lékařství
a kardiiovaskulární rehabilitace,
Lékařská fakulta Univerzity Palackého
a Fakultní nemocnice Olomouc,
e-mail: Eliska.Sovova@fnol.cz*

Literatura

- [1] B.K. Pedersen, B. Saltin, Exercise as medicine-evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases, *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 25 (Suppl 3) (2015) 1–72.
- [2] L. Kabeláčová, Jak tepe srdce české kardiologie, *AM Review* 9 (2017) 4–8.
- [3] I. Karel, H. Skalická Přednáška na XVI. sjezdu ČKS Brno.
- [4] www.uzis.cz
- [5] J. Room, E. Hannink, H. Dawes, K. Barker, What interventions are used to improve exercise adherence in older people and what behavioural techniques are they based on? A systematic review, *MBJ Open* 7 (2017) e019221.
- [6] C. Hurlock-Chorostecki, Mobile phone messaging delivering encouragement, reminders and education increases patient compliance with recommended exercise and results in positive short-term health behaviours, *Evidence-Based Nursing* 20 (2017) 109–110.