

Telerehabilitacja kardiologiczna a pandemia COVID

Biorąc pod uwagę doświadczenia wynikające z epidemii COVID – 19 uczestnicy panelu widzą konieczność opracowania strategii postępowania w przypadku wystąpienia pandemii chorób zakaźnych. Postulują wprowadzenie jako opcjonalnych zdefiniowanych poniżej modyfikacji w realizacji procedury świadczenia telerehabilitacja hybrydowa.

1. Podział I fazy świadczenia na dwie części:

- Część pierwsza realizowana w ośrodku/oddziale dziennym lub stacjonarnie obejmująca następujące działania:

- ocena stanu klinicznego i optymalizacja farmakoterapii,
- ocena wydolności fizycznej,
- ocena stanu psychicznego,
- sprawdzenie parametrów pracy terapeutycznych urządzeń wszczepialnych,
- opracowanie indywidualnego programu monitorowanej telerehabilitacji,
- edukacja pacjenta w zakresie samooceny podmiotowej (dolegliwości i objawy, na które należy zwracać uwagę) i przedmiotowej (ocena tętna, ciśnienia tętniczego, masy ciała, obrzęków),
- minimum 2 szkoleniowe sesje treningowa zaplanowana indywidualnie dla każdego pacjenta według obowiązujących standardów.

- Część druga realizowana w warunkach domowych przy wykorzystaniu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności zapewniających transmisję obrazu (!) obejmująca następujące działania:

- edukacja i działania motywujące do wdrażania prozdrowotnego stylu życia, w szczególności w zakresie zwalczania czynników ryzyka, zdrowia psychicznego, oraz zasad odżywiania,
- kolejne szkoleniowe sesje treningowe tak aby łączna ilość sesji treningowych realizowanych w I fazie wynosiła minimum 5 sesji,
- szkolenie z zakresu resuscytacji krążeniowo-oddechowej (jeżeli nie zrealizowano w formie bezpośredniej, która jest co do zasady zalecana);

2. Realizacja części pierwszej I fazy świadczenia przez zespoły Ośrodków Rehabilitacji (według zasad i wymagań zdefiniowanych w stosownych zarządzeniach i rozporządzeniach „na bazie obcej”, czyli już podczas hospitalizacji na oddziale kardiologii lub kardiologii po zakończeniu I etapu wczesnej rehabilitacji).

3. Realizacja u wybranych pacjentów wizyty końcowej przeprowadzanej w II fazie świadczenia, za pośrednictwem systemów teleinformatycznych zapewniających transmisję obrazu, o ile nie zagraża to pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy i pod warunkiem:

- wykonania oceny stanu klinicznego i optymalizacji farmakoterapii (wywiad, EKG, ciśnienie tętnicze, masa ciała, wyniki zleconych analiz krwi i moczu, wyniki zleconych badań diagnostycznych, dokumentacja z sesji treningowych),
- wykonania oceny wydolności fizycznej na podstawie 3 ostatnich sesji treningowych (osiągnięte tętno treningowe, skala Borga),
- wydania zaleceń dotyczących leczenia i stylu życia (lekarz, fizjoterapeuta oraz psycholog).