

Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Grzegorzem Raczakiem



*prof. dr hab. n. med.
Grzegorz Raczak
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii
– województwo pomorskie
Kierownik Kliniki Kardiologii
i Elektroterapii Serca
Uniwersytetu Medycznego
w Gdańsku*

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (11): 85

KJF: Szanowny Panie Profesorze, Drogi Grzegorzu. Gratulacje. Liczba ICD wszczepionych na milion mieszkańców w województwie pomorskim jest prawie największa w Polsce w 2009 roku (270 ICD na milion, tab. 3). Wyprzedziło Was tylko województwo lubuskie (319 ICD) przy średniej polskiej dwukrotnie mniejszej (137 ICD). Gratulacje składam z tym większą przyjemnością, że kierujesz ośrodkiem w sposób szczególnie zasłużonym na tym tle.

Grzegorz Raczak (GR): To prawda, wszczepiamy dużo ICD. Już w roku 2008 mieliśmy bardzo dobry wynik, a mimo to liczba implantowanych urządzeń w następnym roku wzrosła o ponad 74%. Cieszy przy tym rosnący odsetek implantowanych ICD z funkcją resynchronizującą. Jak będziemy się w takim tempie rozwijać, to niebawem znajdziemy się w tym zakresie w europejskiej czołówce. Główny powód tak dobrych wyników jest taki, że to procedura stosunkowo dobrze płatna, a oficjalnie uznane (dość szerokie) wskazania mamy przecież takie same jak inne europejskie kraje. Istniejące ośrodki wykonują więc coraz więcej implantacji, dołączają też nowe. Jeszcze niedawno ICD w naszym województwie wszczepiało pięć ośrodków: trzy w Trójmieście (w tym największy akademicki, który mam przyjemność prowadzić) oraz po jednym w Kościerzynie i w Słupsku. W 2009 roku było ich sześć, obecnie jest ich już siedem, a niedługo ich liczba wzrośnie do dziewięciu, a nawet może i dziesięciu. Z jednej strony to dobrze, bo wartość ICD w przedłużaniu życia chorych jest wiarygodnie udokumentowana, z drugiej strony jednak istnieje obawa, że może to się odbywać kosztem procedur równie potrzebnych, ale gorzej płatnych.

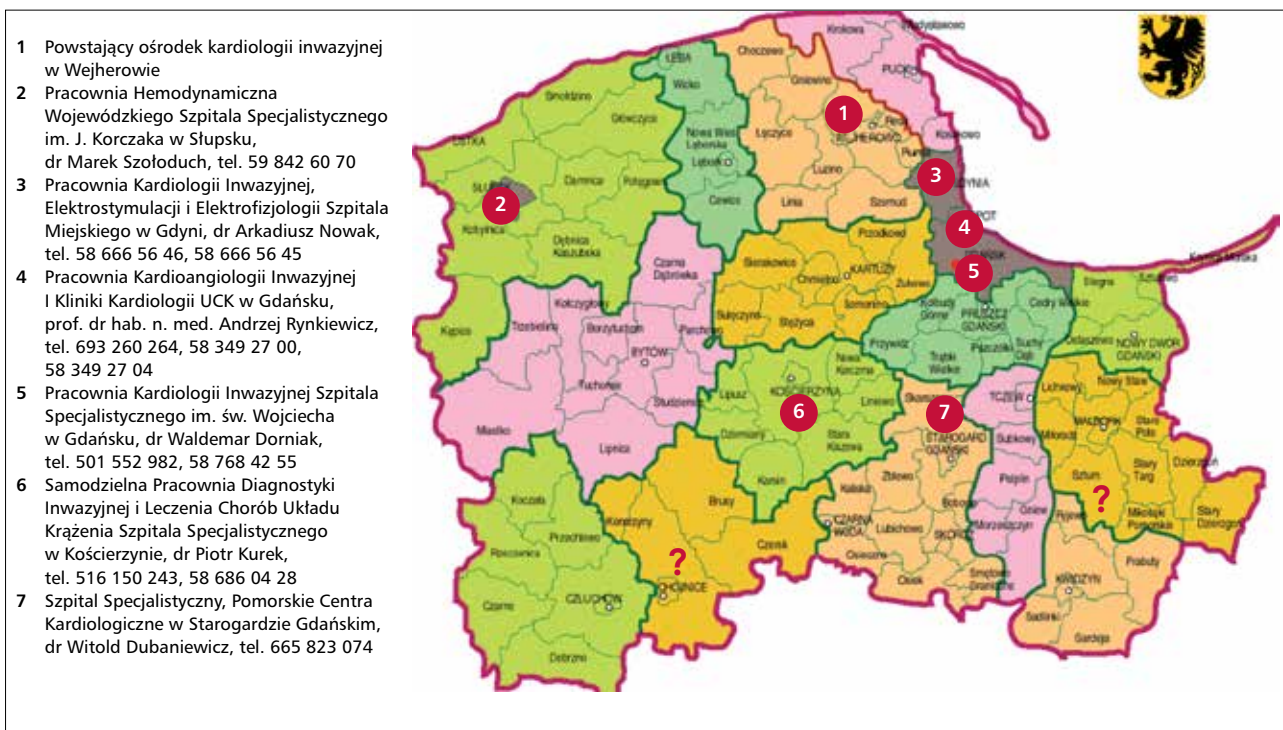
KJF: To bardzo ważna uwaga, która nie pojawiała się w dotychczasowych wywiadach z Twoimi Koleżankami i Kolegami Konsultantami. Wróćmy jednak do województwa pomorskiego. Niestety, inne wskaźniki, poza ICD, nie są już dla Was tak korzystne. Pozostając w kręgu Twoich najbliższych zainteresowań – liczba ablacji i implantacji stymulatorów jest znacznie poniżej ogólnopolskiej średniej (tab. 4, 5). Jak to skomentujesz?

GR: Rzeczywiście mamy jeszcze problem z ablacjami, ale zmniejsza się on z każdym miesiącem. O ile w roku 2008 wykonaliśmy 119 takich procedur, zajmując trzecie

od końca miejsce w Polsce (po latach tzw. prosperity), to w roku 2009 liczba ta wzrosła dwukrotnie, zbliżając nas do średniej krajowej. W bieżącym roku wskaźniki są znacznie lepsze niż w ubiegłym, więc wynik ogólny w stosunku do innych województw będzie z pewnością jeszcze lepszy. Powodem poprawy jest przede wszystkim rosnąca liczba procedur, które możemy wykonać w naszej klinice (do października 2010 roku wykonaliśmy ich więcej niż przez cały ubiegły rok). Ponadto przyczynia się do tego konsekwentny rozwój pracowni elektrofizjologicznej w gdańskim szpitalu na Zaspie. Co ważne, wykonywane są w województwie zarówno ablacje proste, jak i złożone (w migotaniu przedsionków czy częstoskurczach komorowych). Obserwowany wzrost oczywiście cieszy, ale oceniając stan obecny oraz trendy rozwojowe innych krajów europejskich, nie możemy uznać, że problem ablacji zarówno w województwie pomorskim, jak i w całym kraju, jest rozwiązany. Kusi, aby wzorować się na Czechach, które nie są od nas bogatsze, ale w dziedzinie ablacji biją nas na głowę. Jeśli chodzi o stymulatory, to nie martwię się specjalnie o naszą pozycję na listach rankingowych, bo nie widzę problemu w tym zakresie. U wszystkich chorych, którzy potrzebują stymulatora, są one implantowane na bieżąco bez kolejek. Wydaje mi się, że stymulatory prawdopodobnie wszczepia się zbyt często, kierując się bardzo względnymi wskazaniami. Sytuacja taka dotyczy zwłaszcza osób z chorobą węzła zatokowego.

KJF: Przejdźmy do kardiologii inwazyjnej. O ile całkowita liczba koronarografii i angioplastyk na milion mieszkańców nie odbiega od średniej ogólnopolskiej, analiza danych z 2009 roku może wzbudzać pewien niepokój, gdy odnotujemy stosunkowo mały odsetek zawałów serca typu STEMI i NSTEMI leczonych inwazyjnie (odpowiednio 41 i 29%) na Pomorzu. Jak oceniasz te dane? Co można zmienić? Co polepszyć?

GR: Mały odsetek zawałów serca STEMI oraz NSTEMI leczonych inwazyjnie wynika z błędnego wypełnienia ankiety przez jeden z najważniejszych ośrodków hemodynamicznych w naszym województwie. Ośrodek ten z uwagi na awarię systemu komputerowego zaniżył początkowo liczby wykonywanych procedur. Dane te odnoszone do ogólnej liczby ostrych zespołów wieńcowych w województwie rejestrowanych przez NFZ obniżyły odpowiednie wskaźniki. Autokorekta ośrodka pozytywnie wpłynęła na ogólny wynik, zwłaszcza w odniesieniu do zawałów typu STEMI, w których odsetek rzeczywisty wykonywanych procedur wzrósł z 41 do 67%. Istotne jest też to, że część pacjentów z zawałami jest kierowanych do szpitali w sąsiednich województwach (na przykład do pracowni w Szczecinku albo Elblągu), co może wpływać na rejestrowany w województwie obraz. Dodatkowym powodem zmniejszenia niepokoju o leczenie inwazyjne zawałów STEMI i NSTEMI w województwie pomorskim jest to, że, podobnie jak w całej Polsce, systematycznie wzrasta w naszym regionie liczba pracowni



RYCINA 3

Mapka województwa pomorskiego z zaznaczonymi ośrodkami hemodynamicznymi działającymi w trybie 24-godzinny wraz z imieniem i nazwiskiem kierownika ośrodka i telefonami kontaktowymi (przygotowanie – prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak). Znakami zapytania oznaczono tereny o potencjalnie gorszym zabezpieczeniu i dostępie do kardiologii inwazyjnej wg opinii konsultanta.

pełniących 24-godzinne dyżury hemodynamiczne. Pod koniec roku 2009 powstała taka pracownia w szpitalu w Starogardzie Gdańskim. Obecnie otwierany jest ośrodek w Wejherowie.

KJF: Spójrzmy na załączoną przez Ciebie mapkę (ryc. 3). Czy jest jeszcze gdzieś miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej na Pomorzu, czy też trzeba skoncentrować się na zwiększeniu liczby zabiegów w poszczególnych pracowniach?

GR: To pytanie łączy się z poprzednim. Odpowiedź na nie będzie więc kontynuacją poprzedniej. Jak wiadomo, obecnie przyjmuje się, że jedna pracownia hemodynamiczna powinna obejmować swoją opieką około 300 000 mieszkańców (jeszcze niedawno było to 500 000). Przyjmując te nowe kryteria, w naszym województwie liczącym 2 200 000 osób jest miejsce na siedem pracowni. Obecnie, licząc nowo otwarte ośrodki w Starogardzie Gdańskim i Wejherowie, a nie biorąc pod uwagę gdańskiego SwissMedu (który nie działa w trybie ostrym), mamy siedem takich pracowni, a więc wystarczająco. Biorąc z kolei pod uwagę odległości i czas potrzebny na transport chorego do szpitala (znane kryterium złotej godziny), należy się zastanowić, czy nie warto uruchomić ośrodka po prawej stronie Wisły (Kwidzyń, Sztum, Tczew lub Malbork) albo też np. w Chojnicach (zazaczyłem to na rycinie znakami zapytania). Co prawda z uwagi na małe zagęszczenie ludności na tamtym terenie trudno zdefiniować tam odpowiednio dużą populację pacjentów,

ponadto tradycja migracji chorych do sąsiednich województw (np. do Elbląga, Grudziądza czy Iławy) dodatkowo zniechęca do otwierania pracowni. Ale czy to powstrzyma inwestorów, szczególnie tych prywatnych, trudno powiedzieć. Rozsądną alternatywą wydaje się rozwijanie telemedycyny, z przekazywaniem zapisu elektrokardiograficznego uzyskiwanego w karetce pogotowia do ośrodka koordynującego. Pozwala to kierować chorych z zawałem serca prosto do pracowni hemodynamicznej, z pominięciem szpitala pośredniczącego (co pozwoli zaoszczędzić czas, tak bardzo istotny u tych chorych). System taki dobrze działa od kilku lat w Kościerzynie, skracając drogę pacjentom z Chojnic czy Człuchowa, a od niedawna także w Gdańsku.

KJF: Jakie jeszcze problemy terapii kardiologicznej widzisz w swoim regionie?

GR: Rok temu zadałeś mi podobne pytanie. Niestety, niewiele się zmieniło od tego czasu. Nadal poważnym problemem jest ambulatoryjna opieka kardiologiczna. Zbyt niskie kontrakty wydłużają kolejki do specjalistów, co w odniesieniu do chorych kardiologicznych nie jest dobrym zjawiskiem. NFZ nie docenia poradni wyspecjalizowanych, na przykład poradni dla chorych z genetycznie uwarunkowanymi zaburzeniami rytmu serca, co, jak uczy doświadczenie, skutkuje włączeniem ich do poradni ogólnokardiologicznych i utratą kontraktu przez jednostkę unikalną. Słaba jest też ambulatoryjna dostępność takich badań, jak echo serca, badanie holte-

rowskie czy próba wysiłkowa, co z kolei powoduje wiele niepotrzebnych hospitalizacji. Nadal nie ma procedury całorocznej opieki ambulatoryjnej nad chorymi z niewydolnością serca. Są też duże braki w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, zarówno szpitalnej, jak i ambulatoryjnej. W końcu, choć to może najważniejsze, nie ma wystarczającej kontroli nad tworzeniem nowych jednostek zabiegowych, hemodynamicznych i elektrofizjologicznych. Wszyscy chcą robić to, co się opłaca, nie można tego powstrzymać. Przystaje być śmieszny dowcip naszego wy-

brzeżowego satyryka, w którym lekarz uśmiechając się szeroko, wita pacjenta słowami: „Choruje pan na moją ulubioną chorobę (co wiąże się aktualnie z dobrze płatną procedurą)”. Przy ograniczonym budżecie nasuwa się niepokojące pytanie: kto i za jakie pieniądze będzie leczył tych, których choroba nie jest ulubiona.

KJF: Grzegorz, bardzo dziękuję Ci za to ważne podsumowanie wywiadów z konsultantami publikowanych w tym numerze pisma i za czas, który poświęciłeś na wywiad.