

Wywiad z prof. dr hab. n. med. Marianną Janion



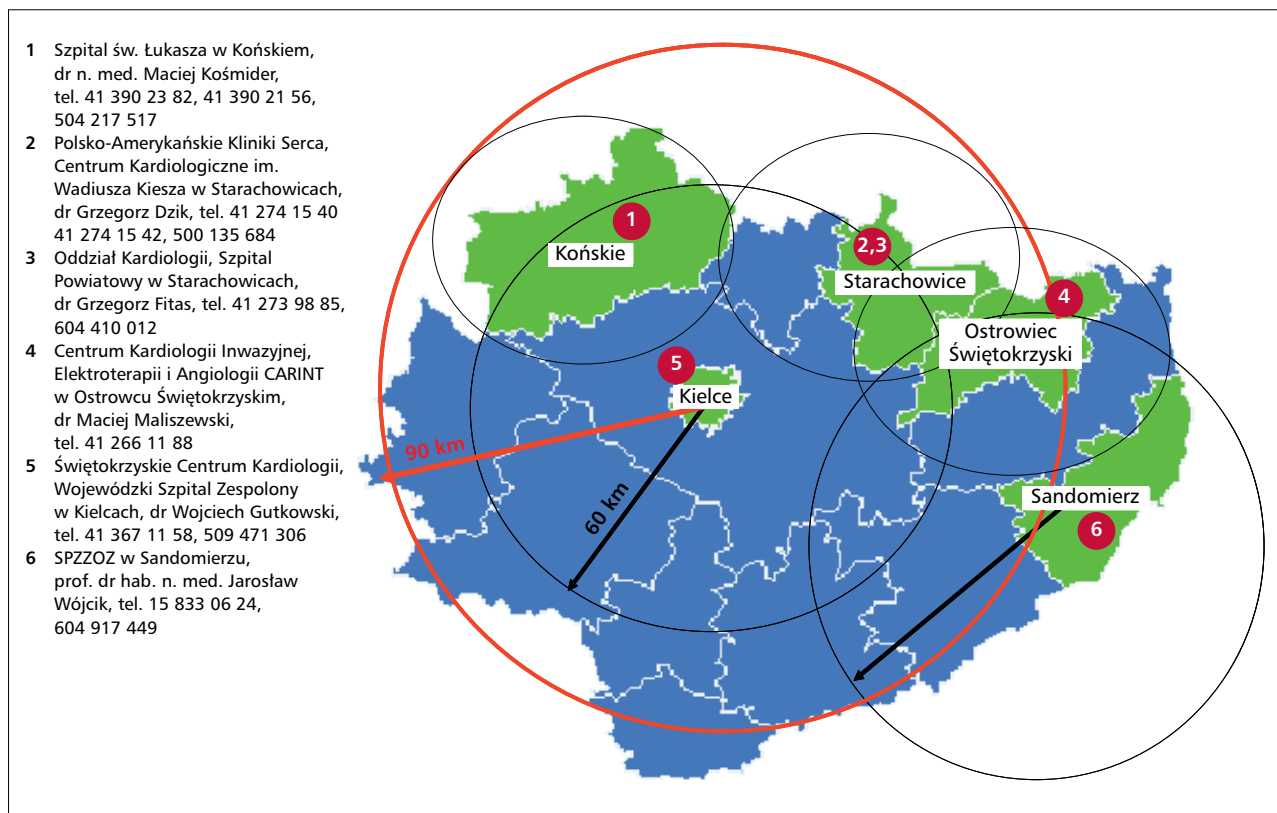
prof. dr hab. n. med.
Marianna Janion
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii
– województwo
świętokrzyskie
Świętokrzyskie Centrum
Kardiologii, Kielce

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (11): 82

KJF: Szanowna Pani Profesor, Droga Marianno. Gratulacje. Liczba procedur koronarografii i angioplastyk wieńcowych na milion mieszkańców w 2009 roku w województwie świętokrzyskim jest wysoko ponad średnią ogólnopolską (tab. 1, 2). Czy jako wojewódzki konsultant odczuwasz z tego powodu satysfakcję?

Marianna Janion (MJ): Jeśli uwzględnimy to, że 10 lat temu w województwie świętokrzyskim nie można było wykonać żadnej inwazyjnej procedury diagnostyczno-terapeutycznej na naczyńcach wieńcowych, to obecna sytuacja jest

powodem do satysfakcji. W roku 2009 wykonaliśmy 5414 koronarografii na milion mieszkańców, podczas gdy średnia krajowa wynosi 4714. Wykonaliśmy 882 pierwotne angioplastyki wieńcowe w zawale serca typu STEMI na milion mieszkańców przy średniej krajowej 692 na milion i 1130 angioplastyk na milion mieszkańców w zawale serca typu NSTEMI przy średniej krajowej 812 na milion. Mimo imponująco wielu procedur wnikliwa analiza opóźnień w wykonywaniu pierwotnej angioplastyki w zawale STEMI budzi mój szczególny niepokój. W 2009 roku średnie opóźnienie od wystąpienia bólu zawałowego do skutecznej reperfuzji wynosiło aż 285 minut, a opóźnienie wewnątrzszpitalne, czyli czas od przekroczenia drzwi szpitala do pierwszej inflacji w naszym województwie, wynosił 73 minuty. A przecież wiadomo, że pierwsze godziny w ostrym zespole wieńcowym to tzw. złote godziny, w których każda minuta jest bardzo cenna dla zdrowia i życia chorych. To właśnie spowodowało potrzebę zwrócenia się do ordynatorów oddziałów kardiologii, dyrekcji Pogotowia Ratunkowego i do władz lokalnych. W wyniku tego rzetelnie przedyskutowano problem i zdecydowano o zorganizowaniu w naszym województwie Sieci Optymalnego Leczenia Zawału Serca. Inicjatywę poparła wojewoda Bożentyna Pałka-Koruba, która wydała zalecenie dotyczące systemu bez-



RYCINA 2

Mapka województwa świętokrzyskiego 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. Marianna Janion).

Implantacje/wymiany stymulatorów w 2009 r.

Województwo	Liczba wszczepionych stymulatorów (nowe + wymiany)	Liczba wszczepionych stymulatorów na milion mieszkańców	Ośrodki wszczepiające stymulatory
Mazowieckie	5260	1007	15
Lubuskie	827	819	3
Świętokrzyskie	1013	794	4
Dolnośląskie	2117	731	12
Opolskie	768	729	3
Polska	27 194	707	113
Śląskie	3374	703	15
Kujawsko-pomorskie	1427	690	6
Wielkopolskie	2372	668	13
Pomorskie	1463	667	8
Zachodniopomorskie	1056	623	5
Małopolskie	2018	620	8
Podlaskie	746	620	4
Łódzkie	1502	590	6
Lubelskie	1252	579	3
Podkarpackie	1215	579	5
Warmińsko-mazurskie	784	549	3

TABELA 4

Ranking województw w zakresie liczby wykonanych wszczepień stymulatorów na milion mieszkańców danego województwa w 2009 roku. W tabeli zaznaczono także dane łączne i średnią liczbę wszczepień na milion mieszkańców w Polsce. Oddzielnie zaznaczono trzy najwyższe i trzy najniższe klasyfikowane w rankingu województwa. Dane na podstawie raportów konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii za 2009 rok.

Ablacje – zabiegi i ośrodki w 2009 r.

Województwo	Liczba zabiegów ablacji	Liczba zabiegów ablacji na milion mieszkańców	Ośrodki wykonujące ablację
Zachodniopomorskie	617	364	3
Mazowieckie	1585	304	10
Lubuskie	255	253	2
Świętokrzyskie	287	225	2
Dolnośląskie	565	195	2
Polska	6390	166	42
Warmińsko-mazurskie	225	158	2
Śląskie	692	144	3
Podkarpackie	268	128	2
Pomorskie	272	124	2
Wielkopolskie	436	123	3
Kujawsko-pomorskie	235	114	1
Małopolskie	371	114	3
Lubelskie	217	100	2
Opolskie	104	99	1
Łódzkie	230	90	3
Podlaskie	31	26	1

TABELA 5

Ranking województw w zakresie liczby wykonanych zabiegów ablacji na milion mieszkańców danego województwa w 2009 roku. W tabeli zaznaczono także dane łączne i średnią liczbę ablacji na milion mieszkańców w Polsce. Oddzielnie zaznaczono trzy najwyższe i trzy najniższe klasyfikowane w rankingu województwa. Dane na podstawie raportów konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii za 2009 rok.

pośredniego transportu chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi do najbliższej pracowni hemodynamicznej z pominięciem lokalnych szpitali bez takich pracowni, jak i, co ważne, z pominięciem szpitalnych oddziałów ratownictwa. Jednocześnie zalecała wdrożenie optymalnych procedur postępowania z tymi chorymi, by czas opóźnień wewnątrzszpitalnych był minimalny. Mamy nadzieję, że zostaną podjęte odpowiednie działania organizacyjne w placówkach służby zdrowia i wpłynie to istotnie na skrócenie czasu niezbędnego do szybkiego udrożnienia tętnicy dozwolą-

wej. Równolegle prowadzimy z udziałem mediów i Pogotowia Ratunkowego akcję informacyjną dotyczącą znaczenia czasu w zawale serca, aby zmniejszyć opóźnienia przedszpitalne.

KJF: Spójrzmy na załączoną przez Ciebie mapkę (ryc. 2). Czy jest jeszcze gdzieś miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej czy też odwrotnie – trzeba blokować wszelkie pomysły powstania kolejnej? Ilu mieszkańców przypada średnio obecnie na jeden ośrodek hemodynamiczny w województwie?

MJ: Obecnie w naszym województwie jeden ośrodek hemodynamiczny przypada na około 260 000 mieszkańców i to by było wystarczająco dużo, gdyby nie lokalizacja ośrodków. Tak się złożyło, że w województwie świętokrzyskim wskutek istotnych odmienności demograficznych odpowiednia infrastruktura jest zróżnicowana. W północnej części województwa ośrodki hemodynamiczne zlokalizowane są w dużych miastach posiadających duże szpitale z dobrze wyszkoloną kadrą lekarzy kardiologów, dzięki czemu ok. 70% mieszkańców województwa ma zapewniony szybki dostęp do procedur inwazyjnych w ostrych zespołach wieńcowych. Natomiast w części południowej, wybitnie rolniczej, w małych szpitalach brakuje kardiologów i odpowiedniej infrastruktury. Chorych z tych regionów trzeba transportować nawet 90 km do najbliższego ośrodka kardiologii inwazyjnej. Dlatego uważam, że potrzebny jest w województwie jeden oddział kardiologii z pracownią hemodynamiczną na południu województwa w miejsce jednej z pracowni hemodynamicznych na północy, np. w Busku-Zdroju.

KJF: To trudne zadanie. Wymagałoby zamknięcia jednego ośrodka na północy. Czy mogłabyś Czytelniczko *Kardiologii po Dyplomie* wyjaśnić, dlaczego w jednym szpitalu na terenie województwa działają dwie pracownie hemodynamiczne – publiczna i niepubliczna? To ważne pytanie, ponieważ istnieje obawa, że ten starachowicki casus może już niedługo powtórzyć się w innym miejscu w kraju. Jaką receptę na tę nietypową sytuację proponujesz jako konsultant wojewódzki?

MJ: Wspólne funkcjonowanie ośrodków publicznych i prywatnych jest coraz częstsze. Jesteśmy świadkami kształtowania się nowych zasad współpracy i wypracowywania nowych rozwiązań organizacyjnych związanych z coraz częściej podejmowanymi działaniami prywatyzacyjnymi w dotychczas publicznych obiektach ochrony zdrowia. Uważam, że najważniejsze jest optymalne rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjentów z chorobami układu krążenia, niezależnie, czy świadczeń udziela ośrodek prywatny, czy publiczny. Jeden dobrze przygotowany merytorycznie i organizacyjnie ośrodek, z którego będą zadowoleni pacjenci, będzie funkcjonował lepiej, a drugi gorzej. Konkurencja może przełożyć się na istotną poprawę jakości opieki nad pacjentem. Jest jednak pewne „ale”. W sytuacji, gdy na południu województwa przydałaby się taka pracownia i na razie nie ma środków i chętnych do jej stworzenia, znalazły się natomiast środki na drugą pracownię w Starachowicach...

KJF: To rzeczywiście dziwna sytuacja, zwłaszcza gdy dwie pracownie działają nie tylko w jednej miejscowości, ale nawet w jednym szpitalu. Ale przejdźmy do zagadnień niezwiązanych z kardiologią inwazyjną. Dobrze wypadliście w 2009 roku również w kategorii implantacji stymulatorów (tab. 4) i w ablacjach (tab. 5). Wyraźna poprawa w stosunku do 2008 roku. Jakie są źródła tego sukcesu?

MJ: W zakresie implantacji stymulatorów od 17 lat w pełni pokrywamy potrzeby naszego województwa. Do 2008 roku zadania te były realizowane przez jedyny w województwie Ośrodek Implantacji Kardiostymulatorów w Świętokrzyskim Centrum Kardiologii Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego (ŚCK WSzZ) w Kielcach. W roku 2009 dodatkowo uruchomiono dwa ośrodki: w Ostrowcu Świętokrzyskim i Starachowicach. W 2009 roku w Kielcach wszczepiono 732 rozruszniki, w Ostrowcu Świętokrzyskim – 114, a w Starachowicach 167. Jest to wynik dobrego wykształcenia odpowiedniej liczby lekarzy. W ŚCK WSzZ w Kielcach pracuje dziewięciu samodzielnych operatorów wszczepiających rozruszniki serca. Oceniam jednak, że liczba ablacji jest niezadowolająca w stosunku do potrzeb. Wynika to głównie ze słabego wyposażenia naszej pracowni elektrofizjologicznej. Niemniej istotny zauważalny wzrost tych zabiegów wystąpił po przejściu ich wykonywania przez specjalistów zatrudnionych w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej.

KJF: Trochę gorzej wypada województwo świętokrzyskie w implantacji kardiowerterów-defibrylatorów (tab. 3). Liczba 129 ICD na milion mieszkańców to współczynnik trochę poniżej średniej ogólnopolskiej. Jak go poprawić w 2010 roku?

MJ: Implantacje kardiowerterów-defibrylatorów wykonujemy od maja 2005 roku, mamy więc przygotowaną kadrę i potrafimy je wszczepiać. Aby zwiększyć liczbę implantacji, należy przede wszystkim zintensyfikować system szkoleń dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej tak, aby można było właściwie ambulatoryjnie kwalifikować pacjentów do tego typu zabiegów. Nie bez znaczenia jest też wielkość kontraktu szpitali z NFZ, co czasami ogranicza liczbę zabiegów. Systematycznie co roku zwiększamy liczbę wszczepień. Staramy się, by nasze decyzje o implantacjach wynikały z rzetelnej oceny występujących zaburzeń i oceny korzyści, jakie mogą przynieść naszym chorym.

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

MJ: Problemów jest dużo. Najważniejsze z nich dotyczą: zakupu urządzeń do pracowni elektrofizjologii oraz szerokiego wdrożenia metod elektroterapii – i to jest moim zdaniem priorytet w najbliższym czasie, utrudnionego dostępu do specjalistycznego poradnictwa ambulatoryjnego, wyeksploatowanej aparatury do diagnostyki nieinwazyjnej i braku środków na jej wymianę, braku ośrodka kompleksowej diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego oraz braku ośrodka kompleksowej opieki nad pacjentem z niewydolnością serca. Myślę, że powoli uda nam się te problemy rozwiązać. Musimy tu wspólnie z naszymi koleżankami i kolegami oraz z naszymi decydentami szukać najlepszych możliwych rozwiązań.

KJF: Marianno, serdecznie dziękuję w imieniu Czytelników i swoim za udzielenie wywiadu.