

## Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Henrykiem Wysockim



*prof. dr hab. n. med.  
Henryk Wysocki  
konsultant wojewódzki  
w dziedzinie kardiologii  
dla województwa  
wielkopolskiego  
Kierownik Katedry i Kliniki  
Intensywnej Terapii  
Kardiologicznej i Chorób  
Wewnętrznych Uniwersytetu  
Medycznego im. Karola  
Marcinkowskiego  
w Poznaniu*

Kardiologia po Dyplomie  
2010; 9 (9): 91-94

**Krzysztof J. Filipiak (KJF):** Szanowny Panie Profesorze, według danych z 2009 roku Wielkopolska pod względem kardiologicznego zabezpieczenia infrastrukturalnego zajmuje ostatnie miejsce wśród województw w Polsce. Macie Państwo 27 łóżek intensywnej opieki kardiologicznej na milion mieszkańców przy średnim ogólnopolskim wskaźniku 51 (ryc. 2). Czy naprawdę lepiej w Wielkopolsce i w moim rodzinnym Poznaniu nie chorować?

**Henryk Wysocki (HW):** Nie najlepsza opinia Pana Profesora o regionie pod względem zabezpieczenia infrastrukturalnego oparta została na arbitralnie przyjętym pojedynczym parametrze w postaci liczby łóżek intensywnej opieki kardiologicznej. Uważam, że jest to niewystarczająca podstawa do tak niekorzystnej opinii dotyczącej zabezpieczenia kardiologicznego Wielkopolski. Należy uwzględnić, że dostarczone przeze mnie opracowanie, na którym opierał się Pan Profesor, sporządzone zostało na podstawie danych ankietowych, których rzetelność w znacznym stopniu zależy od chęci współpracy poszczególnych respondentów. Ponadto wiele łóżek intensywnej terapii wykorzystywanych na potrzeby chorych kardiologicznych znajduje się na terenie niepoddawanych przeze mnie ankietyzacji oddziałów chorób wewnętrznych i szpitalnych oddziałów ratunkowych. Prawdziwy obraz kondycji wielkopolskiej intensywnej opieki kardiologicznej nie przedstawia się więc aż tak czarno, jak widzi to Pan Profesor, choć na pewno daleko mu jeszcze do sytuacji zadowolającej. Przyczyn takiego stanu rzeczy można się upatrywać m.in. w różnicy poziomu finansowania szpitali wielkopolskich (choćby skali środków uzyskanych z programu POLKARD) w porównaniu np. z województwem mazowieckim. Zdając sobie sprawę z niedociągnięć w zakresie bazy szpitalnej kardiologii na terenie Wielkopolski, całe lokalne środowisko kardiologów, wsparte przez władze samorządowe oraz Uniwersytet Medyczny, od dwóch lat usilnie zabiega o wybudowanie w Poznaniu Zachodniego Centrum Kardiologii. Losy tej inwestycji, mogącej zdecydowanie poprawić sytuację leczenia kardiologicznego, zależą od finansowych decyzji na szczeblu centralnym. Nie

ukrywam, że wobec deklarowanych przez Pana Profesora sentymentalnych związków z Poznaniem liczymy, że będzie Pan lobbował na rzecz tego projektu wśród przedstawicieli kół decyzyjnych w stolicy.

**KJF:** Pan Profesor raczy sobie ze mnie żartować, ale i moje poprzednie pytanie miało bardziej żartobliwy niż poważny wydźwięk... Spójrzmy na załączoną przez Pana Profesora mapkę (ryc. 3). Czy jest jeszcze miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej w Wielkopolsce, czy też należy protestować, jeżeli pojawią się takie pomysły? Ile osób przypada obecnie średnio na jedną pracownię w województwie?

**HW:** Z chwilą uruchomienia pracowni kardiologii inwazyjnej w Szpitalu Wojewódzkim w Koninie wypełnione zostały wszystkie, przyjęte przed kilku laty, założenia optymalnego zabezpieczenia chorych z ostrym zespołem wieńcowym (OZW) w Wielkopolsce. Na 500 000 mieszkańców przypada teraz jedna pracownia pełniąca dyżur 24-godzinny, co odpowiada przyzwoitemu poziomowi europejskiemu. W tym zakresie nie istnieje więc potrzeba tworzenia dalszych jednostek. Zorganizowanie kolejnych pracowni prawdopodobnie skróciłoby niektórym pacjentom z OZW o kilkanaście czy kilkadziesiąt minut czas oczekiwania na zabieg, ale uzyskane korzyści byłyby nieproporcjonalne do poniesionych przez szpitale kosztów. Nastęstwem takiego mnożenia liczby pracowni byłoby rozpraszanie środków znajdujących się w dyspozycji NFZ. Obecna wielkopolska baza pracowni kardiologii inwazyjnej wystarcza dla realizacji wszystkich planowanych zabiegów na tętnicach wieńcowych, a oczekiwanie na ich realizację wynika z niedostatecznej wielkości kontraktu z NFZ. Pomysły tworzenia nowych pracowni kardiologii inwazyjnej w kolejnych miastach powiatowych są najczęściej przejawem lokalnych ambicji, a także elementem przetargowym przed wyborami do władz samorządowych. Sugestia Pana Profesora, aby protestować w przypadkach nieuzasadnionych prób stworzenia nowych pracowni hemodynamicznych, nie sprawdza się w warunkach Polski prowincjonalnej. Kilkrotnie już moje negatywne opinie dotyczące celowości organizowania nowych placówek kardiologii inwazyjnej pozostawały bez wpływu na bieg wydarzeń. Według opinii miejscowego kierownictwa NFZ, obowiązujące zapisy konstytucji nie pozwalają też na odmowę podpisania kontraktu z kolejnymi powstającymi placówkami.

**KJF:** Czy odsetek inwazyjnie leczonych zawałów serca typu STEMI (79%) i zawałów serca typu NSTEMI (86%) w Wielkopolsce jest dla Pana Profesora satysfakcjonujący? Dlaczego jest to jedyne w Polsce województwo z „odwróconym stosunkiem” – większym odsetkiem inwazyjnie leczonych NSTEMI niż STEMI?

**HW:** Spostrzeżenie Pana Profesora również nas zaintrygowało i spowodowało powtórny analizę przedstawionych wyliczeń. Bliższe przyjrzenie się danym uzyskiwanym z ankiet wypełnianych w poszczególnych

- 1 I Klinika Kardiologii Instytutu Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dr. hab. n. med. M. Lesiak, tel. 61 854 91 75,
- 2 Szpital Miejski im. Józefa Strusia w Poznaniu, dr n. med. R. Rzeźniczak, tel. 61 855 74 48
- 3 Klinika Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, dr n. med. M. Dziarmaga, tel. 618 69 18 20
- 4 Szpital Wojewódzki w Poznaniu, dr n. med. R. Kaśinowski, tel. 61 821 25 07, 303
- 5 Szpital Rehabilitacyjno-Kardiologiczny w Kowanówku, dr n. med. R. Kaśinowski, tel. 61 296 11 12
- 6 Oddział Kardiologiczny Szpitala Zespołowego w Kaliszu, kierownik pracowni dr n. med. J. Tarchalski, tel. 627 65 17 56
- 7 Oddział Kardiologiczny Szpitala Wojewódzkiego w Pile, dr K. Karpiński, tel. 67 210 66 80, 681, 682
- 8 NZOZ Ośrodek Kardiologii Inwazyjnej w Lesznie, dr n. med. M. Prech, tel. 655 266 070
- 9 ZOZ w Gnieźnie, dr M. Panowicz, tel. 61 426 44 61
- 10 Wojewódzki Szpital Zespołowy w Koninie, dr n. med. W. Skorupski, tel. 61 240 40 00



**RYCINA 3**

Mapka województwa wielkopolskiego z zaznaczonymi ośrodkami hemodynamicznymi działającymi w trybie 24-godzinny wraz z imieniem i nazwiskiem kierownika ośrodka i telefonami kontaktowymi (przygotowanie – prof. dr hab. med. Henryk Wysocki).

oddziałach kardiologicznych w Wielkopolsce wyjaśniło przyczyny tak dziwnych proporcji losów pacjentów, a zwłaszcza niepokojąco niskiego odsetka STEMI leczonych za pomocą koronaroplastyki. Przy okazji wyjaśniliśmy mechanizm powstania znacznych rozpiętości wartości tego parametru w różnych regionach naszego kraju, np. w sąsiadujących woj. pomorskim – 41% i woj. lubuskim – 98%. Interpretacja ankiety konsultanta krajowego, stosowana już od wielu lat w województwie wielkopolskim, a także przez niektórych innych konsultantów wojewódzkich, wiązała się z podaniem łącznej liczby m.in. ostrych zespołów wieńcowych zgłaszanych przez wszystkie kardiologiczne placówki szpitalne na terenie województwa. Wyliczona grupa pacjentów z zawałem serca typu STEMI nieleczonych metodami inwazyjnymi obejmowała więc wszystkich chorych z tym rozpoznaniem, hospitalizowanych i zarejestrowanych w oddziałach niedysponujących pracownią hemodyna-

miczną. Nie było to do końca słuszne, ponieważ większość z tych chorych była bezzwłocznie przekazywana do pełniących całodobowy dyżur ośrodków kardiologii inwazyjnej i poddawana odpowiednim zabiegom. Oczywiście, pojawiali się oni w ankiecie ponownie, stanowiąc integralną część podawanej w sprawozdaniu liczby OZW (zarówno STEMI, jak i NSTEMI). Tym samym sztucznie zwiększała się całkowita liczba zawałów na terenie województwa, a równolegle zmniejszał się odsetek chorych leczonych metodami kardiologii inwazyjnej. Bliżsi prawdy byli więc konsultanci wojewódzcy wykazujący ponad 90% zabiegów koronaroplastyki u chorych ze STEMI, którzy najprawdopodobniej nie korzystali z danych pochodzących z oddziałów kardiologicznych niedysponujących zapleczem kardiologii inwazyjnej. Uzyskiwali oni bardziej wiarygodne wyniki, ponieważ unikali podwójnego liczenia sporej grupy pacjentów. Z drugiej strony skutek tak przygotowanych sprawo-

### ICD – ośrodki i implantacje w 2009 r.

Województwo	Liczba wszczepionych ICD	Liczba wszczepionych ICD na milion mieszkańców	Ośrodki wszczepiające ICD
Lubuskie	304	319	3
Pomorskie	564	270	6
Wielkopolskie	627	180	11
Opolskie	177	173	3
Mazowieckie	750	162	12
Dolnośląskie	436	161	8
Śląskie	568	138	9
<b>Polska</b>	<b>4886</b>	<b>137</b>	<b>84</b>
Świętokrzyskie	163	129	3
Podlaskie	123	103	2
Lubelskie	171	100	3
Małopolskie	304	100	6
Kujawsko-pomorskie	189	92	6
Zachodniopomorskie	123	92	3
<b>Łódzkie</b>	<b>206</b>	<b>84</b>	<b>3</b>
<b>Warmińsko-mazurskie</b>	<b>83</b>	<b>60</b>	<b>3</b>
<b>Podkarpackie</b>	<b>98</b>	<b>51</b>	<b>3</b>

**TABELA 4**

Ranking województw w zakresie liczby wszczepionych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) 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.

### 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
<b>Polska</b>	<b>27 194</b>	<b>707</b>	<b>113</b>
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
<b>Lubelskie</b>	<b>1252</b>	<b>579</b>	<b>3</b>
<b>Podkarpackie</b>	<b>1215</b>	<b>579</b>	<b>5</b>
<b>Warmińsko-mazurskie</b>	<b>784</b>	<b>549</b>	<b>3</b>

**TABELA 5**

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.

zdań tracono z pola widzenia wielu pacjentów, którzy z różnych powodów nie byli kierowani do ośrodków kardiologii inwazyjnej. Na przyszłość należałoby więc jasno określić, z jakich źródeł należy uzyskiwać dane do rocznego sprawozdania zachorowalności na OZW (oddziały kardiologiczne, oddziały chorób wewnętrznych, szpitalne oddziały ratunkowe?). Może się to urzeczywistnić po uzyskaniu wsparcia konsultantów wojewódzkich ds. chorób wewnętrznych i medycyny ratunkowej. Konieczne wyda-

je się przynajmniej wyegzekwowanie od ordynatorów poszczególnych oddziałów, aby w sprawozdaniu podawali liczby pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym kierowanych dalej do ośrodków kardiologii interwencyjnej. Po uwzględnieniu tych zastrzeżeń sprawozdania poszczególnych konsultantów wojewódzkich będą bardziej porównywalne i zrozumiałe. Idealnym rozwiązaniem na przyszłość byłaby współpraca wojewódzkich placówek NFZ. Dysponując najbardziej wiarygodnymi informacja-

mi, wspartymi dostępem do Powszechnego Elektronicznego Systemu Ewidencji Ludności (PESEL), można by m.in. zapobiegać kilkukrotnemu liczeniu tych samych pacjentów. Przy życzliwym podejściu kierownictwa NFZ, z jakim np. spotykamy się w ostatnim czasie w Wielkopolsce, rozwiązania takie wydają się w najbliższej przyszłości całkiem realne. Mimo że zaniżony przez wykryte niedoskonałości zbierania danych, cieszy uzyskany, nadal najwyższy w kraju, odsetek zawałów serca typu NSTEMI leczonych metodą kardiologii inwazyjnej. To dowód, że wreszcie owoce przynosi wieloletnia akcja uświadamiania lekarzy naszego regionu o ważności odpowiedniej terapii pacjentów z tą postacią ostrego zespołu wieńcowego. Jest również wynikiem wieloletniej poznańskiej tradycji (od lat 70. ubiegłego wieku) praktycznego stosowania angiografii tętnic wieńcowych, jak i chirurgicznego leczenia choroby wieńcowej.

**KJF:** Województwo wielkopolskie dobrze wypada w liczbie ICD na milion mieszkańców (tab. 4) w porównaniu z innymi województwami, gorzej w zakresie wszczepień stymulatorów (tab. 5), a zwłaszcza – ablacji (tab. 3). Jak Pan Profesor postrzega tę sytuację?

**HW:** Sytuacja w zakresie wszczepień stymulatorów powinna się z roku na rok systematycznie poprawiać. Warunkują to decyzje kolejnych ordynatorów oddziałów kardiologii na terenie województwa, którzy podejmują się przeprowadzania zabiegów implantacji. Gorzej przedstawia się kwestia elektrofizjologii i trudno tutaj o optymistyczne spojrzenie. Wiąże się to z jednej strony z wymogiem wieloletniego, trudnego szkolenia odpowiednich specjalistów, które nie znajduje zbyt wielu entuzjastów. Z drugiej strony dla urządzenia pracowni elektrofizjologii konieczne są znaczne nakłady finansowe. Dyrekcja szpitala, na którego terenie mieści się prowadzona przeze mnie klinika, już dwa razy z rzędu otrzymała odmowną odpowiedź z programu POLKARD na prośbę o dofinansowanie zakupu sprzętu dla potrzeb elektrofizjologii. Jedną z dwóch wielkopolskich pracowni elektrofizjologii dla dorosłych specjalistów zatrudnia spoza województwa wielkopolskiego, wykorzystując dofinansowanie pożyczony sprzęt i przeprowadzając zabiegi w soboty i niedziele, z uwagi na nieco mniejsze wówczas obciążenie angiografu. Trudno w tych warunkach patrzeć optymistycznie na rozwój stosowania w naszym wo-

jewództwie technik ablacyjnych. Niestety znikome uprawnienia i możliwości działania konsultanta wojewódzkiego przy równoległym braku aktywności w środowiskach elit politycznych nie mogą przekładać się na satysfakcjonujące sukcesy organizacyjne. Nie sposób na drodze tylko perswazji i prośby pozyskiwać środki finansowe na zakup drogiego zazwyczaj sprzętu. Być może rozwiązanie problemu elektrofizjologii, a także wielu innych trudnych zagadnień współczesnej polskiej medycyny przyniosą przemiany własnościowe szpitali. Decydujące wówczas znaczenie rachunku ekonomicznego dla działalności jednostki powinno umożliwić racjonalne inwestowanie w rozwój potrzebnych dyscyplin medycyny, bez wpływu dominujących obecnie czynników pozamerytorycznych.

**KJF:** Jakie jeszcze problemy terapii kardiologicznej widzi Pan Profesor w swoim regionie?

**HW:** W wywiadzie poruszył Pan Profesor większość najważniejszych bolączek konsultanta wojewódzkiego ds. kardiologii. Istotnym dla mnie problemem pozostaje nadal szukanie sposobów na skłonienie części specjalistów kardiologów skupionych w dużych ośrodkach szpitalnych do przejścia do pracy w warunkach ambulatoryjnych. Nasycenie przychodni kardiologicznych doświadczoneymi w warunkach szpitalnych kardiologami z pewnością skróciłoby kolejki chorych czekających na wizytę. Zmniejszyłyby się także napór na hospitalizację znacznie skuteczniej leczonych pacjentów. Niestety, zdaje sobie sprawę, że skuteczne sposoby realizacji takich zamierzeń muszą mieć charakter ekonomiczny, a więc pozostają daleko poza możliwościami konsultanta wojewódzkiego. Nadal utrapieniem pozostaje praktyczny brak wpływu konsultantów wojewódzkich na nabór do specjalizacji z zakresu kardiologii. Pomarzyć sobie można tylko o sterowaniu odpowiednią dystrybucją przyszłych kadr specjalistów na obszarze województwa. Podobnie trudno w takich warunkach zapobiec, aby jednostki szkolące nie pozostały w pewnym momencie bez odpowiedniej własnej kadry osób nauczających.

**KJF:** Panie Profesorze, bardzo dziękuję za wywiad i trzymam kciuki za powstanie Zachodniego Centrum Kardiologii w Poznaniu. Znając Poznań, jego tradycję pracy organicznej i historię „najdłuższej wojny nowoczesnej Europy”, jestem pewien, że i ta będzie wygrana.