

Wywiad z prof. dr hab. n. med. Hanną Szwed



*prof. dr hab. n. med.
Hanna Szwed
konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii
dla województwa
mazowieckiego
Kierownik II Kliniki Choroby
Wieńcowej Instytutu
Kardiologii w Warszawie*

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (9): 97-99

Krzysztof J. Filipiak (KJF): Szanowna Pani Profesor, w zakresie ostrych zespołów wieńcowych, koronarografii, angioplastyk na Mazowszu – stany średnie. To znaczy wszystkie współczynniki oscylują wokół średniej ogólnopolskiej. Czy jest Pani Profesor z tego zadowolona?

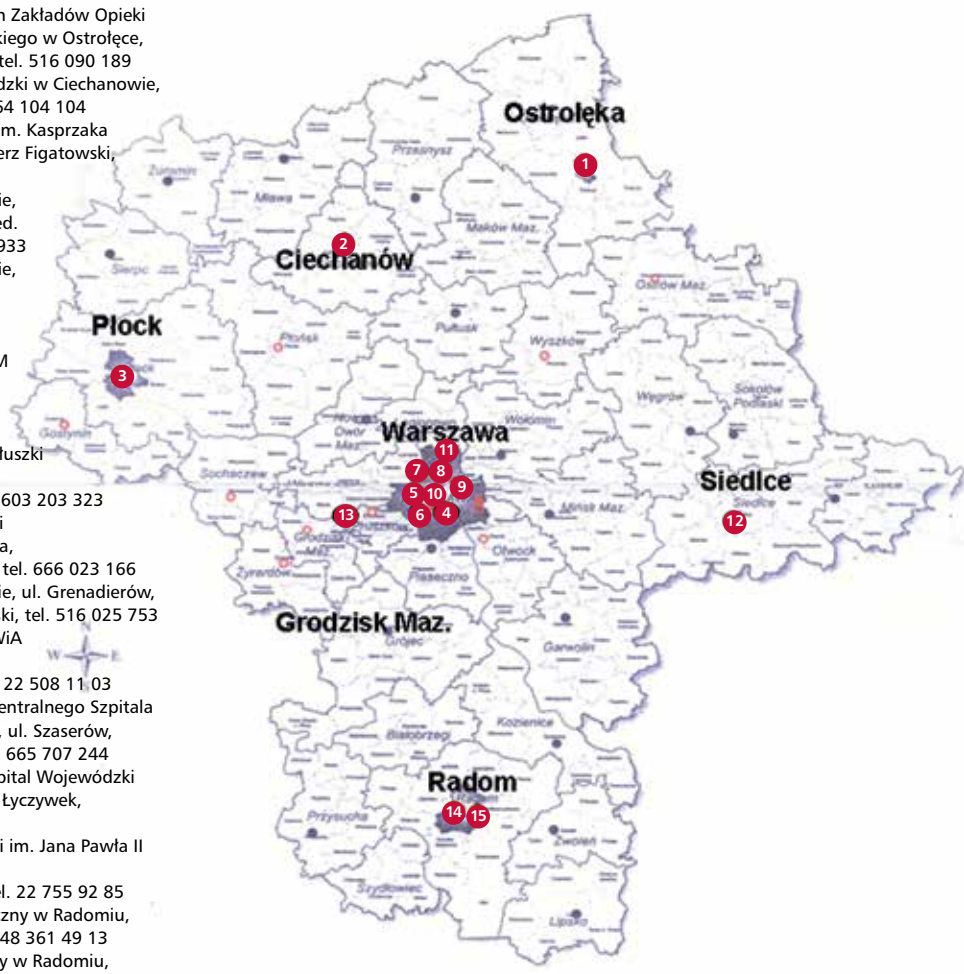
Hanna Szwed (HS): Uważam, że nie ma powodu do zmartwienia, że województwo mazowieckie znajduje się wśród siedmiu pierwszych województw z wynikiem powyżej 5000 koronarografii na milion mieszkańców (tab. 1). Województwa te różnią się stosunkowo niewiele pod względem liczby koronarografii na milion mieszkańców. Na Mazowszu kolejka do koronarografii planowej wynosi od 1 do 16 tygodni, czyli jest to jeden z krótszych okresów oczekiwania w kraju. Średni czas oczekiwania w naszym województwie wynosi około 6 tygodni. Należy zaznaczyć, że wiele ośrodków korzysta z angiografii nieinwazyjnej naczyń wieńcowych (tomografii komputerowej) u chorych z nietypowymi dolegliwościami. Moim zdaniem zmniejsza to liczbę wykonywanych koronarografii. Sądzę jednak, że ważnym zagadnieniem, na które należy zwrócić uwagę, jest potrzeba szkolenia hemodynamicznych. Obecnie liczba specjalistów w tym zakresie nie wzrasta proporcjonalnie do liczby powstających pracowni hemodynamicznych. Specjaliści ci pracują jednocześnie w kilku placówkach, korzystają z różnych form zatrudnienia, przez co zwiększenie liczby pracowni nie skutkuje proporcjonalnie skróceniem czasu oczekiwania na planowe zabiegi. Można przypuszczać, że duża dostępność zabiegów planowych w województwie mazowieckim wpływa na zmniejszenie liczby zawałów. Znacznie wzrosła liczba ośrodków pełniących 24-godzinny dyżur, ale liczba le-

czonych w nich chorych jest poniżej możliwości tych ośrodków. Mówiąc inaczej, lekarze dyżurni czekają na chorych z zawałem. Tak obecnie wygląda sytuacja na Mazowszu. Choć w roku 2009 wzrosła liczba pacjentów hospitalizowanych z powodu ostrego zespołu wieńcowego w porównaniu z rokiem 2008 (odpowiednio 9319 i 7879 pacjentów), to tak jak w kolejnych latach, obserwuje się wyraźną zmianę proporcji zawałów typu STEMI w porównaniu z zawałami typu NSTEMI. W 2009 roku stosunek ten wyniósł 38:62%, a na początku funkcjonowania ostrych dyżurów hemodynamicznych w 2003 roku, gdy leczonych było zaledwie 3081 chorych z ostrymi zespołami wieńcowymi, proporcje te wynosiły 27:73%. Uważam, że dostępność pracowni hemodynamicznych dla wykonywania zabiegów planowych i ostrych w województwie mazowieckim jest duża. Nie martwi mnie oscylowanie wokół średniej ogólnopolskiej, jeśli pracownie czekają na chorych, a nie odwrotnie.

KJF: Spójrzmy na załączoną przez Panią Profesor mapkę (ryc. 5). Czy jest jeszcze miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej, czy dopuszcza Pani możliwość powstawania takich pracowni w województwie, gdzie 80% zawałów typu STEMI i 53% zawałów typu NSTEMI leczonych w 2009 roku było inwazyjnie?

HS: Zgadza się, że na Mazowszu jest dużo pracowni hemodynamicznych, zwłaszcza w Warszawie. W województwie ośrodki rozmieszczone są proporcjonalnie w siedzibach dawnych szpitali wojewódzkich. Cieszy, że mapa województwa mazowieckiego pokryta jest regularną siecią pracowni, co zapewnia czas dotarcia chorego z zawałem zgodny z zaleceniami towarzystw kardiologicznych. W Warszawie natomiast, jak już wspominałam, pracownie pracują poniżej swoich możliwości. Myślę, że liczba pracowni hemodynamicznych (w tym 2 pracownie w ośrodku niepublicznym) jest wystarczająca i zabezpiecza potrzeby chorych do koronarografii planowych i w trybie 24-godzinny. Zgodnie z przyjętymi normami nie ma potrzeby tworzenia kolejnych pracowni. Nadzór Specjalistyczny nie ma niestety wpływu na powstawanie nowych pracowni. Jedynymi przepisami ograniczającymi powstawanie pracowni w zakładach publicznych i niepublicznych służby zdrowia są te ustalone przez Sekcję Interwencji Sercowo-Naczyniowej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i przyjęte przez NFZ. Mówią one o konieczności zatrudnienia „co najmniej 2 operatorów, każ-

- 1 Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce, dr n. med. Dariusz Karwowski, tel. 516 090 189
- 2 Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie, dr n. med. Anna Filipka, tel. 664 104 104
- 3 Wojewódzki Szpital Zespolony im. Kasprzaka w Płocku, dr n. med. Włodzimierz Figatowski, tel. 516 150 275
- 4 Instytut Kardiologii w Warszawie, ul. Alpejska, prof. dr hab. n. med. Adam Witkowski, tel. 603 933 933
- 5 Instytut Kardiologii w Warszawie, ul. Spartańska, dr n. med. Cezary Sosnowski, tel. 692 448 548
- 6 Centralny Szpital Kliniczny WUM w Warszawie, ul. Banacha, dr n. med. Janusz Kochman, tel. 691 520 109, 602 530 011
- 7 Szpital Bielański im. ks. J. Popieluszki w Warszawie, ul. Ceglowska, dr n. med. Dariusz Bielecki, tel. 603 203 323
- 8 Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie, ul. Kondratowicza, dr n. med. Marek Chmielewski, tel. 666 023 166
- 9 Szpital Grochowski w Warszawie, ul. Grenadierów, dr n. med. Wojciech Kwiatkowski, tel. 516 025 753
- 10 Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie, ul. Wołoska, dr n. med. Tomasz Kulawik, tel. 22 508 11 03
- 11 Wojskowy Instytut Medyczny Centralnego Szpitala Klinicznego MON w Warszawie, ul. Szaserów, dr n. med. Józef Jodkowski, tel. 665 707 244
- 12 Samodzielny Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Siedlcach, dr n. med. Marcin Lyczywek, tel. 663 411 227
- 13 Specjalistyczny Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, dr n. med. Maciej Zarębiński, tel. 22 755 92 85
- 14 Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu, dr n. med. Jarosław Kosior, tel. 48 361 49 13
- 15 Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu, dr n. med. Piotr Achremczyk, tel. 48 361 56 79



RYCINA 5

Mapka województwa mazowieckiego z zaznaczonymi ośrodkami hemodynamicznymi, wraz z imieniem i nazwiskiem kierownika ośrodka i telefonami kontaktowymi (przygotowanie – prof. dr hab. med. Hanna Szwed).

dego w wymiarze czasu pracy odpowiadającym etatowi – specjalistów w dziedzinie kardiologii, w tym co najmniej jednego w wymiarze czasu pracy odpowiadającym etatowi z potwierdzonym przez właściwego konsultanta wojewódzkiego doświadczeniem w wykonaniu co najmniej 300 zabiegów angioplastyki wieńcowej jako pierwszy operator i co najmniej 600 koronarografii”. Warunki te są łatwe do spełnienia, ponieważ jeden operator może pracować w więcej niż jednym ośrodku. Przy spełnieniu tych warunków pracownia automatycznie nabywa prawa do pełnienia 24-godzinnego dyżuru hemodynamicznego. Stąd tyle pracowni dyżurujących w Warszawie. Nieodmiennie powtarzam, że problem ten wymaga uściślenia przepisów, a rola Nadzoru Specjalistycznego powinna być w tym zakresie wzmocniona.

KJF: Jak wygląda zabezpieczenie kardiochirurgiczne Mazowsza? Czy nie za dużo jest na nim ośrodków kardiochirurgicznych? Czy jest sens tworzenia oddziałów kardiochirurgii w takim szpitalu, jak np. Szpital Praski w Warszawie? To chyba ewenement na skalę europejską,

a może nawet i światową, aby otwarto oddział kardiochirurgii w szpitalu, w którym nie ma oddziału kardiologii, możliwości wykonania koronarografii czy profesjonalnego badania echokardiograficznego. Co Pani Profesor o tym sądzi? Jak zareagował na to konsultant wojewódzki w dziedzinie kardiochirurgii?

HS: W Warszawie działają kliniki kardiochirurgii w Instytucie Kardiologii przy ul. Alpejskiej, Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym przy ul. Banacha oraz Wojskowym Instytucie Medycznym przy ul. Szaserów. Reaktywowano kardiochirurgię w szpitalu MSWiA przy ul. Wołoskiej. Ostatnio powstał oddział kardiochirurgii w Szpitalu Praskim w Warszawie. Uruchomienie kardiochirurgii bez zaplecza w postaci oddziału kardiologicznego budzi zaskoczenie. Ośrodki kardiochirurgiczne podlegają jednak konsultantowi wojewódzkiemu ds. kardiochirurgii i pytanie to należy skierować bezpośrednio do niego.

KJF: To rzeczywiście skandal, a reakcja na tę sytuację z pewnością dużo będzie mówić o kondycji merytorycznej

i etycznej środowiska... Ale wróćmy do kardiologii. Mazowsze to bastion elektrostymulacji. Rozmawialiśmy o tym w zeszłym roku: 1007 stymulatorów wszczepionych na milion mieszkańców (tab. 5) to złoty medal wśród polskich województw (średnia ogólnopolska 707 na milion mieszkańców). Czy zmienia się struktura i rodzaj wszczepianych urządzeń? Ile spośród raportowanych wszczepionych CRT to w rzeczywistości CRT-D, które powinny być liczone łącznie z ICD?

HS: Podobnie jak w zeszłym roku, zwracam uwagę na to, że liczba 1007 stymulatorów na milion mieszkańców dotyczy implantacji i wymian stymulatorów w 2009 roku. Nowych wszczepień różnych typów stymulatorów było 4116 (czyli 788 na milion mieszkańców). Jest to liczba implantacji zbliżona do podawanej przez rozwinięte kraje europejskie. W województwie mazowieckim jest 15 ośrodków elektrostymulacji – to rzeczywiście bastion na mapie Polski, i sądzę, że zasłużyliśmy na złoty medal. Informuję, że w roku 2009 wykonano 359 wszczepień stymulatorów typu CRT-D, w tym 328 wszczepień pierwotnych i 38 wymian oraz 92 zabiegi implantacji stymulatorów resynchronizujących typu CRT-P, w tym 84 wszczepień pierwotnych i 8 wymian. Faktycznie, zmienia się struktura i rodzaj wszczepianych stymulatorów resynchronizujących na korzyść CRT-D.

KJF: Bardzo dobrze wypada również województwo, które Pani Profesor nadzoruje, w zakresie procedur ablacji: 304 zabiegi na milion mieszkańców w 2009 roku to dużo (drugie miejsce w Polsce, średnia dla Polski – 166 na milion, tab. 3). Z drugiej strony niepokoi, że zabiegi te wykonano aż w 10 ośrodkach Mazowsza – to tak, jakby w każdym z nich wykonać jedynie ok. 30 procedur na milion mieszkańców. Które ośrodki wykonały najwięcej ablacji?

HS: Cieszy rosnąca liczba ablacji w województwie mazowieckim, chociaż nie jestem usatysfakcjonowana bardzo dużą rozpiętością liczby wykonywanych zabiegów w poszczególnych ośrodkach. Wśród 10 pracowni wykonujących ablacje do najaktywniejszych należy Instytut Kardiologii i Pracownia Elektrofizjologii Centralnego Szpitala Klinicznego przy ul. Banacha (powyżej 300 zabiegów rocznie). Z drugiej strony są ośrodki wykonujące mniej niż 30 ablacji rocznie. Dotyczy to niektórych ośrodków o najwyższym, III stopniu referencyjności, które dążą do zwiększenia aktywności, ale ograniczone są dostępnością aparatury lub liczbą wyszkolonych specjalistów.

KJF: Jakie jeszcze problemy terapii kardiologicznej widzi Pani Profesor w swoim województwie?

HS: Największym problemem jest poradnictwo. Dynamiczne powstawanie nowych szpitali nie idzie w parze ze zwiększeniem dostępności do leczenia ambulatoryjnego. Za mało poradni kardiologicznych ma kontrakt z NFZ. Wydłuża to czas oczekiwania na wizytę pierwszorazową i czas między wizytami kontrolnymi. Z uwagi na braki organizacyjne systemu ochrony zdrowia konsultant wojewódzki nie ma możliwości nadzoru nad działalnością przychodni.

KJF: Dziękuję za wywiad i czas poświęcony Czytelnikom *Kardiologii po Dyplomie*.