

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*

Prof. Krzysztof J. Filipiak, sekretarz Rady Naukowej Kardiologii po Dyplomie (KJF): Szanowny Panie Profesorze, brązowy medal w rankingu liczby wykonanych koronarografii na milion mieszkańców wśród polskich województw w 2008 roku dla Wielkopolski (ryc. 1) to na pewno powód do satysfakcji. Piąte miejsce w rankingu liczby angioplastyk wieńcowych na milion mieszkańców (za Śląskiem, Mazowszem, Kujawami i Pomorzem) to też znakomity wynik (ryc. 2). Czy gonicie Państwo zachodnich sąsiadów?

Prof. Henryk Wysocki (HW): Cieszy mnie bardzo osiągnięcia przez województwo wielkopolskie w ubiegłym roku liczba wykonanych koronarografii i angioplastyk wieńcowych na milion mieszkańców. Nie jest to następstwo pogoni za rezultatami zachodnich sąsiadów, ale sku-

tek wielu działań obejmujących skuteczniejsze działanie edukacyjne obejmujące lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak również personel medyczny szpitali. Nie bez znaczenia jest także rosnąca świadomość społeczeństwa naszego regionu w zakresie korzyści związanych ze stosowaniem procedur kardiologii interwencyjnej. Bardzo ważnym elementem w procesie rozszerzania działalności pracowni hemodynamicznych jest nadal życzliwa na naszym terenie postawa kierownictwa Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), które nie ogranicza finansowania zabiegów u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi.

KJF: Czy zdaniem Pana Profesora sieć ośrodków hemodynamicznych w Wielkopolsce jest już wystarczająca? Czy jest sens tworzyć nowe ośrodki, czy raczej należy koncentrować się na doposażeniu ośrodków już działających?

HW: Aktualna sieć ośrodków hemodynamicznych w Wielkopolsce jest bliska optimum. Obecnie trwa rozruch ostatniej brakującej do niedawna placówki w Koninie. Pozostałe jednostki kardiologii interwencyjnej w zakresie ostrych zespołów wieńcowych w pełni zabezpieczają przynależne do nich obszary województwa. Notowane w części obszarów Wielkopolski zbyt długie okresy oczekiwania na planowane zabiegi na naczyniach wieńcowych nie wynikają z ograniczonych możliwości technicznych, lecz są następstwem niedostatecznej wielkości kontraktów, które gotowe są dla tej grupy chorych przeznaczyć oddziały NFZ. Przed rokiem skierowałem do władz Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, a także do władz wojewódzkich i samorządowych

Koronarografia w 2008 r.

Województwo	Liczba koronarografii	Liczba koronarografii na milion mieszkańców
Kujawsko-pomorskie	11 427	5527
Mazowieckie	27 897	5428
Wielkopolskie	16 809	5000
Lubuskie	5030	4984
Śląskie	22 244	4725
Świętokrzyskie	5901	4574
Opolskie	4679	4440
Pomorskie	9529	4346
łącznie	165 367	4331
Lubelskie	8990	4109
Małopolskie	12 766	3921
Dolnośląskie	11 134	3845
Podkarpackie	7348	3504
Podlaskie	4105	3409
Zachodniopomorskie	5598	3301
Warmińsko-mazurskie	4573	3202
Łódzkie	7337	2830

RYCINA 1

Zestawienie liczby wykonanych koronarografii (ogółem i w przeliczeniu na milion mieszkańców) w 16 polskich województwach w 2008 roku. W połowie tabeli – liczba łączna procedur oraz średnia liczba procedur na milion mieszkańców w całej Polsce; źródło: raporty konsultantów wojewódzkich za 2008 rok.

RYCINA 2

Zestawienie liczby wykonanych angioplastyk wieńcowych (ogółem i w przeliczeniu na milion mieszkańców) w 16 polskich województwach w 2008 roku. W połowie tabeli – łączna liczba procedur oraz średnia liczba procedur na milion mieszkańców w całej Polsce; źródło: raporty konsultantów wojewódzkich za 2008 rok.

Angioplastyka w 2008 r.		
Województwo	Liczba angioplastyk	Liczba angioplastyk na milion mieszkańców
Śląskie	15 605	3315
Mazowieckie	15 666	3048
Kujawsko-pomorskie	5682	2748
Pomorskie	5892	2687
Wielkopolskie	8942	2660
Lubuskie	2647	2623
Łącznie	94 569	2477
Opolskie	2597	2465
Świętokrzyskie	3053	2366
Lubelskie	5072	2318
Podkarpackie	4485	2138
Dolnośląskie	6147	2123
Małopolskie	6845	2102
Warmińsko-mazurskie	288	2022
Podlaskie	2257	1875
Zachodniopomorskie	2728	1609
Łódzkie	4063	1567

apel o krytyczne ustosunkowanie się do lawiny nowych propozycji organizowania kolejnych pracowni hemodynamicznych, nierzadko w najbliższym sąsiedztwie już działających. Jednym z argumentów było przekonanie o niekorzystnym następstwie rozpraszania ograniczonych środków finansowych, które musiałyby doprowadzić do sytuacji wykonywania znacznie mniejszej liczby zabiegów przez wiele pracowni niż wynikałoby z ich praktycznych możliwości. Groziłoby to obniżeniem jakości procedur realizowanych przez niedostatecznie w tej sytuacji wyszkolonych operatorów. Stwarzałyby to również pokusy do nie zawsze uzasadnionego rozszerzania wskazań do interwencji. Z zadowoleniem muszę stwierdzić, że jak dotąd mój apel spotyka się z pełnym zrozumieniem.

KJF: Można tylko pogratulować. Niestety, nie we wszystkich województwach to się udaje. Odejdźmy jednak na chwilę od kardiologii inwazyjnej. Gorzej wypada Wielkopolska w rankingach dotyczących: implantacji/wymiany stymulatorów, implantacji kardiowerterów-defibrylatorów (ICD), zabiegów ablacji (ryc. 4-6) – w każdej z tych dziedzin w 2008 roku poniżej średniej ogólnopolskiej. Jak Pan Profesor to skomentuje?

HW: W istocie, wiele pozostaje do zrobienia w Wielkopolsce w zakresie implantacji/wymiany stymulatorów, implantacji ICD i zabiegów ablacji. Szczególnie niepokojący jest mało zadawalający postęp w liczbie przeprowadzanych ablacji. Wynika to częściowo z realizowanej w ubiegłych latach polityki organizacyjnej, opierającej się na przeświadczeniu, że dla potrzeb województwa wystarczająca jest tylko jedna pracownia elektrofizjologii. W tej sytuacji nieskuteczne były starania o pomoc POLKARD w zakupie koniecznego wyposażenia dla kolejnych planowanych jednostek. Od niedawna stan ten uległ zmianie, ale nadrobienie powstałych zaległości w zakresie sprzętu i wyszkolonego personelu wymaga czasu. Mam nadzieję, że w najbliższej przyszłości również w tej dziedzinie dogonimy średnią krajową.

Wszczepianie stymulatorów i ICD z pewnością ulegnie intensyfikacji w następstwie dokonanego w ostatnich miesiącach zwiększenia liczby ośrodków dokonujących tych zabiegów. Muszę jednak przyznać, że w świetle niedoinwestowania ochrony zdrowia mój niepokój budzi realizowana wg zaleceń amerykańskich i europejskich towarzystw kardiologicznych zasada wszczepiania ICD w ramach profilaktyki pierwotnej. Nasuwa się pytanie, czy nasze społeczeństwo obecnie na to stać i czy nie będzie to realizowane z uszczerbkiem dla innych, równie istotnych potrzeb medycyny.

KJF: Jakie są najważniejsze problemy i wyzwania na przyszłość w kardiologii w regionie, który nadzoruje Pan Profesor z ramienia Krajowego Zespołu Specjalistycznego?

HW: Najbliższym i realizowanym obecnie zadaniem jest rozszerzenie na teren całego województwa systemu teletransmisji EKG. Opierając się na doświadczeniach innych regionów naszego kraju jestem przekonany, że realizacja tego celu powinna znacznie poprawić skuteczność leczenia pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi. Wdrożenie systemu teletransmisji może okazać się niezbędne w sytuacji, gdy w najbliższej przyszłości obsadę karetek pogotowia ratunkowego stanowiąc będą wyszkoleni ratownicy. Od kilku miesięcy system ten działa już na terenie dawnego województwa piłskiego, a w najbliższym czasie dołączy do niego dawne województwo kaliskie. Uruchomienie systemu teletransmisji powinno przyczynić się do szerszego stosowania leczenia trombolitycznego w trybie przedszpitalnym, które od kilku lat z dużym powodzeniem realizowane jest w powiecie gnieźnieńskim. Jednym z najistotniejszych moich celów w najbliższej przyszłości jest dalsze konsolidowanie środowiska kardiologicznego. Jak dotąd, w moich usiłowaniach spotykam się z pełnym zrozumieniem.

KJF: Dziękujemy, Panie Profesorze, za ten wywiad.