

Wywiad z prof. dr hab. med. Teresą Widomską-Czekajską

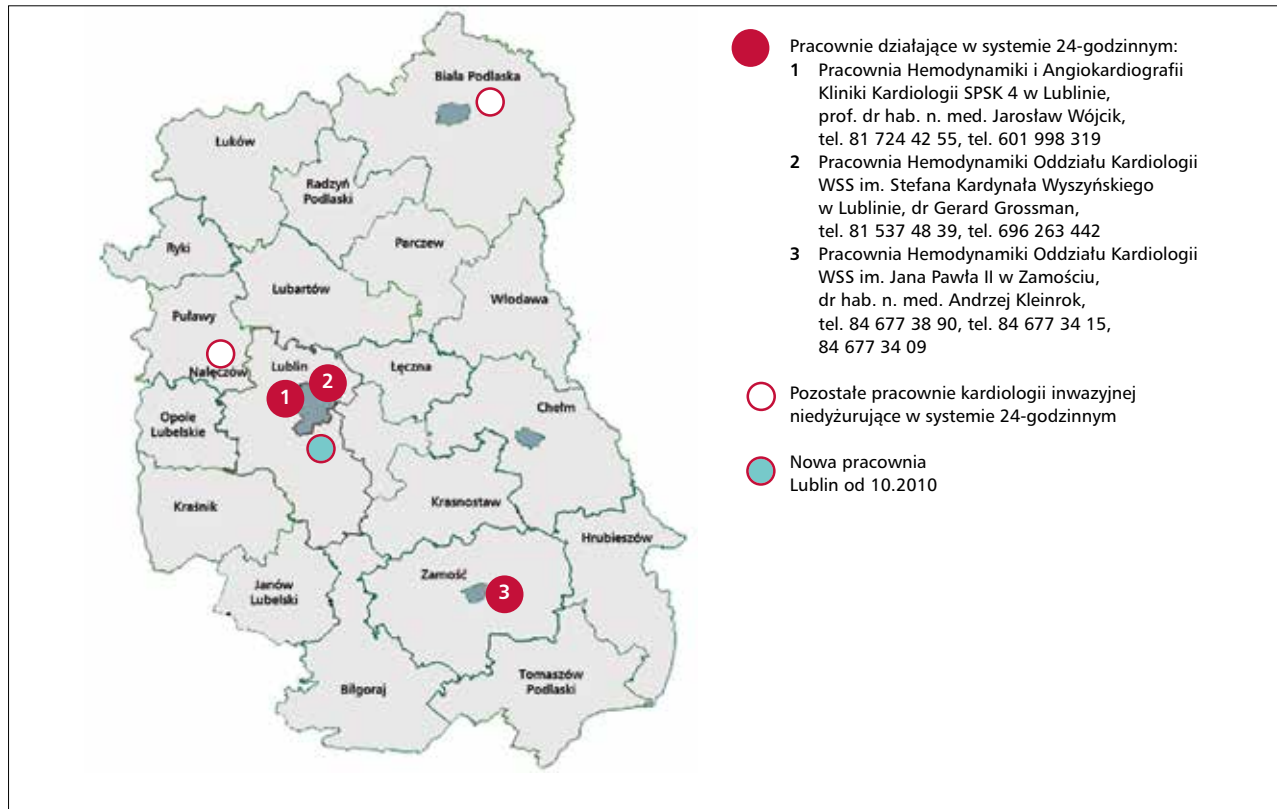


prof. dr hab. n. med.
Teresa Widomska-Czekajska
Konsultant wojewódzki
w dziedzinie kardiologii dla
województwa lubelskiego
Katedra i Klinika Kardiologii
Samodzielny Publiczny
Szpital Kliniczny nr 4
w Lublinie

Kardiologia po Dyplomie
2010; 9 (12): 77

KJF: Szanowna Pani Profesor, co się dzieje na Lubelszczyźnie? Z danych z 2009 roku wynika, że rozpoznaliście Państwo 10 483 ostre zespoły wieńcowe (OZW), a więc 4849 na milion mieszkańców. To o 50% więcej, niż wynosi średnia krajowa (2901) i ponad trzykrotnie więcej OZW niż w Małopolsce (1466 OZW). Trudno uwierzyć w taką epidemiologię czy też szczególnie niekorzystne dla zdrowia warunki Lubelszczyzny? Czy nie policzono OZW podwójnie, na przykład przekazywanego z ośrodka niższej referencyjności do ośrodka wyższej?

Teresa Widomska-Czekajska (TWC): Liczba 10 483 OZW w województwie lubelskim nie jest dla mnie zaskoczeniem, ponieważ w ubiegłym roku była niemal identyczna (10 767). Różnica w porównaniu z innymi województwami wynika chyba głównie z odmienności w pozyskiwaniu danych przez poszczególnych konsultantów. Większość analizuje tylko dane z oddziałów o profilu kardiologicznym. Dane sprawozdawcze z województwa lubelskiego są oparte na przekazywanej przez ordynatorów liczbie hospitalizacji rozliczonych jako procedury o kodzie E11-E19 nie tylko w oddziałach kardiologicznych, lecz także w dwóch klinikach i 16 oddziałach chorób wewnętrznych (pracuje w nich 14 kardiologów). Taką metodę sprawozdawczości prowadzę od wielu lat i sądzę, że dobrze odzwierciedla ona sytuację w województwie. Oczywiście przy szczegółowej analizie danych, opartych na rozliczaniu procedur OZW z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), należy uwzględnić pewne dodatkowe elementy. Są nimi tzw. podwójne hospitalizacje podczas przekazywania chorych z oddziałów o profilu zachowawczym do oddziałów kardiologii interwencyjnej (w 2009 roku zgłoszono w województwie ponad tysiąc takich przypadków), przypadki kolejnych epizodów OZW u tego samego pacjenta i nadrozpoznowalność niestabilnej dławicy pier-



RYCINA 3

Mapka województwa lubelskiego 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. Teresa Widomska-Czekajska).

siowej ze względów ekonomicznych. Ta ostatnia zmniejszyła się wyraźnie przez ostatnie dwa lata, chyba dzięki rozszerzeniu refundowanych procedur kardiologicznych o chorobę niedokrwienną serca (kody E56 i E57). Ilustracją tego w naszym województwie jest zmniejszenie liczby OZW z 12 441 w 2007 roku (rejestrowanych jako procedury 966, 1035 i 1428) do ok. 10 500 w 2008 i 2009 roku (procedury o kodach E11 i E19). Prowadzona przeze mnie systematyczna analiza danych z województwa pozwala na wnioski wskazujące na korzystne tendencje terapeutyczne i poprawę wczesnej selekcji OZW przez lekarzy pogotowia ratunkowego i szpitalne oddziały ratownictwa. Na przykład liczba hospitalizacji z powodu OZW w oddziałach internistycznych województwa w ostatnich trzech latach systematycznie maleje (kolejno w latach 2007-2009: 3056, 2484 i 1851 przypadków), wzrasta natomiast liczba OZW leczonych na oddziałach z pracowniami kardiologii interwencyjnej (odpowiednio: 3178, 3668 i 4831), wzrasta także systematycznie liczba przypadków OZW, w których podjęto leczenie inwazyjne (odpowiednio: 2863, 3649 i 4609). Problemem organizacyjnym jest transport chorych z OZW przyjętych pierwotnie do szpitali rejonowych, ponieważ niektóre stacje pogotowia odmawiają przewiezienia ich karetką R (tłumacząc się obowiązkiem gotowości względem innych chorych i zabezpieczenia służb powiatu) i czasem konieczne jest wysłanie karetki R z Lublina, co oczywiście opóźnia wdrożenie leczenia interwencyjnego. Podsumowując, sądzę, że nasze województwo w zakresie epidemiologii OZW nie odbiega od innych, a tylko przedstawione przeze mnie dane są szersze. Dużą liczbę OZW na milion mieszkańców (3995-4224) podali także konsultanci województw podkarpackiego, śląskiego i świętokrzyskiego, natomiast liczba OZW w województwie małopolskim, dwukrotnie mniejsza od średniej krajowej, jest zaskakująca.

KJF: Spójrzmy na załączoną przez Panią Profesor mapkę (ryc. 3.) Czy jest jeszcze miejsce na nową pracownię kardiologii inwazyjnej na Lubelszczyźnie, czy należy protestować przeciwko takim pomysłom? Ile osób przypada obecnie średnio na jedną pracownię w województwie?

TWC: W 2009 roku funkcjonowało w województwie lubelskim pięć pracowni hemodynamicznych, a więc na jedną przypadadało średnio około 432 000 mieszkańców. W październiku 2010 roku została otwarta nowa pracownia przy szpitalu MSWiA w Lublinie. Jej zapleczem jest dobry oddział kardiologii z doświadczoną kadrą (sześciu specjalistów w dziedzinie kardiologii), co rokuje szybkim włączeniem do dyżurów dla OZW, a liczba mieszkańców przypadająca na jedną pracownię zmniejszy się wówczas do 360 000. Z danych liczbowych wynika, że w województwie mogłaby powstać jeszcze jedna pracownia. Mam jednak wątpliwości co do celowości jej powstania oraz lokalizacji. Według moich informacji niepubliczne firmy złożyły ofertę szpitalowi w Chełmie i Puławach. Geograficznie lepsza byłaby lokalizacja w Chełmie, ale są małe szanse na włączenie do dyżurów (niewielki oddział, niewielni kardiologowie). Natomiast Puławy leżą zaledwie 50 km od Lublina, gdzie są już trzy pracownie, oraz

30 km od Nałęczowa, w którym od trzech lat funkcjonuje niepubliczna pracownia. Patrząc z perspektywy 15 lat pełnienia obowiązków konsultanta i śledząc w tym okresie rozwój kardiologii interwencyjnej w kraju, mam wątpliwości dotyczące organizacji pracowni na podstawie sztywnych zaleceń liczbowych. Np. trzy z pięciu pracowni obecnie funkcjonujących w naszym województwie (dwie w Lublinie i jedna w Zamościu) wchodzi w skład dużych (60-90 łóżek) oddziałów kardiologicznych z 12-23 łózkami intensywnej opieki kardiologicznej, mają po dwa angiografy, co zapewnia ciągłość pracy w przypadku awarii, zapewniają od wielu lat stacjonarny 24-godzinny dyżur hemodynamiczny, ich kadra to kilkunastu kardiologów, w tym kilku samodzielnych operatorów, którzy wiele lat nabywali doświadczenia w swojej jednostce. Możliwości tych pracowni są tylko częściowo wykorzystywane, bo NFZ dzieli fundusze na wszystkie pracownie i choć refunduje wszystkie procedury dotyczące OZW, nie tylko nie zwiększa kontraktów dużych ośrodków, a nawet próbuje je zmniejszać, co skutkuje wielomilionowymi zadłużeniami i ograniczaniem innych kosztownych procedur, jak wszczepianie stymulatorów, defibrylatorów, wykonywanie ablacji. Nowe niepubliczne pracownie są w korzystniejszej sytuacji. Nie muszą kształcić ani zatrudniać etatowo własnej kadry, a polegają na kadrze dojeżdżającej z dużych ośrodków, nie pełnią kosztownych stacjonarnych 24-godzinnych dyżurów (lekarz, pielęgniarka, technik), bo warunek rozpoczęcia zabiegu w ciągu 60 minut jest łatwy do spełnienia, selekcionują procedury (szczególnie chętnie wykonywana jest koronarografia i wszczepianie stentów typu DES). Taka sytuacja występuje chyba w całym kraju, na co wskazuje ogromny roczny przyrost liczby koronarografii (o ok. 20 000) oraz proporcjonalnie znacznie mniejszy przyrost PCI (o ok. 9000). Średni krajowy odsetek PCI w stosunku do koronarografii zmniejszył się w 2009 roku w porównaniu z 2007 rokiem z 57,4 do 55,9%, natomiast w województwie lubelskim, bazującym na wymienionych trzech pracowniach, wzrósł z 57,4 do 59,4%. W mojej opinii właściwą strategią polityki zdrowotnej w zakresie kardiologii interwencyjnej powinna być troska o rozwój i stałe doposażanie dużych, doświadczonych ośrodków, o sprawdzonej jakości świadczeń, ale niestety konsultanci nie mają na to istotnego wpływu.

KJF: Województwo lubelskie – kiedyś gigant elektrostymulacji, to dziś maruder w liczbie stymulatorów wszczepionych na milion mieszkańców w 2009 roku. Współczynnik 579 jest blisko dwukrotnie mniejszy niż na Mazowszu (tab. 5). Jak skomentuje Pani Profesor te dane?

TWC: Najpierw je trochę skoryguję, bo do liczby 1252 stymulatorów typu VVI, AAI i DDD dodam 197 stymulatorów CRT-P (33% spośród 591 wszczepionych w kraju), ujętych w moim sprawozdaniu osobno. Po tej korekcie liczba wszczepionych stymulatorów wzrosła do 1449 i przy wskaźniku 670 na milion da awans z 13 na 9 miejsce w kraju. Ale miejsce to pozostanie nadal daleko za czołową, do której przez wiele lat należeliśmy. Rzeczywiście, liczba stymulatorów wszczepionych w województwie w 2009 roku jest o ponad 100 mniejsza niż w roku 2007

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 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 sklasyfikowane w rankingu województwa. Dane na podstawie raportów konsultantów wojewódzkich w dziedzinie kardiologii za 2009 rok.

i 2008 (1562), przy czym mniejsza była zwłaszcza liczba wymian (518 w 2008 roku i 433 w 2009 roku). Zmniejszenie liczby wszczepionych stymulatorów dotyczy głównie Kliniki Kardiologii. Trzeba jednak przypomnieć, że jest ona ośrodkiem, w którym dzięki mistrzostwu prof. Andrzeja Kutarskiego są wykonywane najtrudniejsze zabiegi usuwania uszkodzonych i zakażonych elektrod stymulujących lub defibrylujących, a pacjenci są kierowani z całej Polski. W połowie przypadków w klinice jest usuwany tylko w całości stary układ, a nowy wszczepia się w trybie odroczonej już w jednostce macierzystej. Takich przypadków było w 2009 roku aż 121, a nie są one ujmowane w żadnych typowych sprawozdaniach. Niestety NFZ nie zwiększa kontraktu o procedury wykonywane dla mieszkańców innych województw i klinice nie zrefundowano procedur w wysokości około 5 milionów złotych (1/5 kontraktu rocznego), co ogranicza wszystkie procedury planowe. W przyszłym roku wszczepianie stymulatorów rozpocznie oddział kardiologii w Białej Podlaskiej, co może trochę poprawić sytuację. Choć określił nas Pan Profesor jako „maruderów”, to ta niekorzystna ocena może odnosić się tylko do danych liczbowych, jakoś pozostaje nadal wysoka i powinna budzić uznanie za trud wkładany w skuteczne ratowanie życia pacjentów z odciekowym zapaleniem wsierdza i wszczepianie układów resynchronizujących funkcję komór.

KJF: Uznanie – jak najbardziej. Sami korzystamy z umiejętności i doświadczenia prof. Andrzeja Kutarskiego. Wróćmy jednak do naszych zestawień statystycznych. Województwo lubelskie słabo wypada również pod względem wszczepianych ICD na milion mieszkańców (100 ICD, przy średniej ogólnopolskiej 137 i danych z województwa lubuskiego 319 ICD/milion, tab. 3). Jak poprawić tę sytuację?

TWC: Sytuacja rzeczywiście wymaga pilnej poprawy, bo liczba wszczepianych ICD jest znacznie mniejsza niż szacowane potrzeby, ale wynika to głównie ze zbyt rzadkiego kierowania pacjentów z oddziałów innych niż wszczepiające. W województwie lubelskim liczba wszczepień lub wymian ICD wzrasta systematycznie (z 176 w 2007 roku do 282 w 2009 roku, tym 65 układów typu CRT-D), ale wzrost jest niewystarczający. Chyba konieczne jest zachęcanie kardiologów i internistów do uwzględniania w skierowaniach także wskazań mniej oczywistych niż przebyte nagłe zatrzymanie krążenia czy częstoskurcz komorowy przebiegający z objawami wstrząsu.

KJF: Ablacje też nie są państwa mocną stroną: 217 zabiegów ma Lubelszczyźnię wykonanych w dwóch ośrodkach to zaledwie 100 zabiegów na milion mieszkańców w 2009 roku (tab. 4). Jakże są perspektywy poprawy tej sytuacji?

TWC: Mała liczba ablacji rzeczywiście martwi, bo to skuteczna metoda leczenia napadowych zaburzeń rytmu serca. Niestety tu poważnym problemem jest brak odpowiedniej aparatury. Żaden z ośrodków nie ma systemu Carto mimo kilkuletnich starań o pomoc finansową z programu POLKARD. Oddział w Zamościu nie ma żadnego systemu z mapowaniem elektroanatomicznym, a klinika ma tylko system LocaLisa, więc niektórzy chorzy muszą być kierowani do innych ośrodków, np. w Warszawie lub Katowicach. Przy takiej aparaturze pojedyncze osoby uzyskały wystarczające doświadczenie elektrofizjologiczne, jednak zespoły stopniowo kształcą się i powiększają, co powinno skutkować zwiększeniem liczby ablacji w następnych latach.

KJF: Jakże jeszcze problemy terapii kardiologicznej widzi Pani Profesor w swoim regionie?

TWC: Wskazałam ich tak wiele, że chyba nie powinienam dorzucać nowych. Nie mogę jednak uniknąć podkreślenia narastających trudności finansowych, które dotyczą szczególnie dużych ośrodków, o wszechstronnym zakresie działalności. Ośrodkom tym należy stworzyć znacznie lepsze warunki do funkcjonowania, zwłaszcza w zakresie kontraktów. Ale NFZ stara się „obdzielić” wszystkich oferentów, co przy dużych kosztach wysokospecjalistycznych procedur skutkuje coraz większymi trudnościami finansowymi dużych, doświadczonych ośrodków. Jeśli taka polityka będzie kontynuowana, może przynieść fatalne skutki. Drugim narastającym problemem jest konieczność systematycznego doposażania ośrodków w nowoczesną aparaturę i wymiana starego, zużytego sprzętu. Tu także duże ośrodki są w gorszej sytuacji niż szpitale rejonowe, dofinansowywane z funduszy unijnych rozwoju regionalnego. Natomiast program POLKARD, wspomagający

dotąd skutecznie ośrodki wysokospecjalistyczne, ma z każdym rokiem coraz mniejsze fundusze. Trzecim problemem jest dostatecznie szybkie uzupełnianie i zwiększanie kadry specjalistów. Utrudnia to ograniczona liczba ośrodków spełniających kryteria uzyskania akredytacji do prowadzenia specjalizacji, długi czas specjalizacji i trudny egzamin. A wymiana pokoleniowa trwa, duże są także ubytki kadrowe z innych przyczyn. Z przytoczonych danych można by wnosić, że mamy tylko problemy, a żadnych sukcesów. Nie jest to prawdą, ponieważ diagnostyka i terapia kardiologiczna działa na bardzo wysokim poziomie, wykorzystując wszystkie swoje możliwości. Tylko w życiu jest tak, że sukces daje krótkotrwałą radość, a kłopoty dręczą każdego dnia.

KJF: Szanowna Pani Profesor, bardzo dziękuję za wywiad, cenne uwagi i spostrzeżenia, zwłaszcza te, które dotyczą systemu i polityki zdrowotnej.