

## Wywiad z prof. dr. hab. n. med. Grzegorzem Raczakiem



prof. dr hab. n. med.  
Grzegorz Raczak  
Konsultant wojewódzki  
w dziedzinie kardiologii  
dla województwa  
pomorskiego  
Kierownik Kliniki Kardiologii  
i Elektroterapii Serca  
Uniwersytetu Medycznego  
w Gdańsku

**Prof. Krzysztof J. Filipiak, sekretarz Rady Naukowej Kardiologii po Dyplomie (KJF):** Szanowny Panie Profesorze, Grzegorzu, jesteście polskim liderem województw w dziedzinie liczby wszczepionych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) na milion mieszkańców (ryc. 1). Siła tradycji? Wszczepiliście tych urządzeń w województwie pomorskim dwukrotnie więcej niż średnia z pozostałych województw w Polsce.

**Prof. Grzegorz Raczak (GR):** Na taki wynik złożyło się kilka przyczyn. Po pierwsze, wierzymy w wyniki dużych prób klinicznych, które mówią, że implantacja kardiowerterów-defibrylatorów, zarówno w profilaktyce wtórnej, jak i pierwotnej, istotnie zmniejsza śmiertelność. Przy tym analizy opłacalności, także wykonane w naszym

kraju (a więc uwzględniające nasze realia), wskazują, że koszt roku uratowanego życia jest akceptowalny. Po drugie, wiedzę na ten temat rozpowszechniamy nie tylko wśród kardiologów, ale również wśród lekarzy medycyny rodzinnej. Wspólne posiedzenia Oddziału Gdańskiego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego i Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej przynoszą efekty. Po trzecie, implantacje ICD to procedury opłacalne dla jednostki, która je wykonuje, trudno więc się dziwić, że chętnych do ich wykonywania nie brakuje. Sprzyja temu fakt, że zgodnie z programem „Zdrowie dla Pomorzan”, określającym kierunki rozwoju kardiologii w naszym województwie w latach 2008-2013, istnieje u nas w chwili obecnej 5 dużych centrów zawałowych, trzy w Trójmieście oraz po jednym w Kościerzynie i w Słupsku. Wszystkie te ośrodki posiadają i rozwijają pracownie elektroterapii implantujące między innymi ICD, co przekłada się na ostateczny wynik województwa. No i po czwarte, może rzeczywiście działa tu, jak ją nazwałś, jakaś siła tradycji?

**KJF:** Dlaczego w takim razie w województwie pomorskim – kolebce polskiej elektrofizjologii – tak mało było ablacji w 2008 roku? Liczba 54 zabiegów na milion mieszkańców przy średniej ogólnopolskiej 126 to nie jest dobry wynik (ryc. 2).

**GR:** Dziękuję Ci za miłe słowa, czyli nazwanie województwa pomorskiego „kolebką polskiej elektrofizjologii”. Kilka lat temu rzeczywiście zajmowaliśmy pod tym względem jedno z czołowych miejsc w Polsce. Cóż, za-

### RYCINA 1

Liczba wszczepionych kardiowerterów-defibrylatorów (ICD) ogółem i w przeliczeniu na milion mieszkańców w 16 polskich województwach w 2008 roku. Podano również liczbę ośrodków wszczepiania ICD w poszczególnych województwach. Średni wskaźnik dla Polski – 93 ICD na milion mieszkańców w 2008 roku; źródło: raporty konsultantów wojewódzkich za 2008 rok.

ICD – ośrodki i implantacje w 2008 r.			
Województwo	Liczba wszczepionych ICD (po raz pierwszy)	Liczba wszczepionych ICD na milion mieszkańców	Ośrodki wszczepiające ICD
Pomorskie	412	188	4
Lubuskie	180	178	3
Opolskie	166	158	2
Dolnośląskie	377	130	6
Mazowieckie	628	122	10
Lubelskie	240	110	3
<b>Łącznie</b>	<b>3559</b>	<b>93</b>	<b>62</b>
Wielkopolskie	277	82	5
Podlaskie	91	76	2
Śląskie	354	75	6
Małopolskie	235	72	5
Świętokrzyskie	90	70	2
Zachodniopomorskie	119	70	3
Kujawsko-Pomorskie	136	66	3
<b>Łódzkie</b>	<b>136</b>	<b>52</b>	<b>3</b>
Podkarpackie	96	46	2
Warmińsko-mazurskie	22	15	3

### Ablacje – zabiegi i ośrodki w 2008 r.

Województwo	Liczba zabiegów ablacji	Liczba zabiegów ablacji na milion mieszkańców	Ośrodki wykonujące ablację
Zachodniopomorskie	515	304	3
Mazowieckie	1105	215	8
Podkarpackie	336	160	1
Świętokrzyskie	203	157	2
Śląskie	664	141	3
Dolnośląskie	400	138	1
<b>Łącznie</b>	<b>4824</b>	<b>126</b>	<b>38</b>
Wielkopolskie	391	116	3
Lubuskie	107	106	2
Małopolskie	328	101	4
Opolskie	106	101	1
Lubelskie	196	90	2
Kujawsko-pomorskie	163	79	1
Łódzkie	154	59	3
Pomorskie	119	54	2
Warmińsko-mazurskie	24	17	1
Podlaskie	13	11	1

### RYCINA 2

Zestawienie liczby wykonanych zabiegów ablacji (ogółem i w przeliczeniu na milion mieszkańców) w 16 polskich województwach w 2008 roku. W połowie tabeli – łączna liczba procedur, jak również średnia liczba ablacji na milion mieszkańców w całej Polsce, wykonanych w 38 ośrodkach; źródło: raporty konsultantów wojewódzkich za 2008 rok.

mknięcie Szpitala Klinicznego nr 3 Akademii Medycznej w Gdańsku przy ulicy Kieturakisa i przeniesienie Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca w nowe miejsce przy ulicy Dębinki, gdzie trzeba było odtworzyć pracownię elektrofizjologii, spowodowało dramatyczne ograniczenie naszej działalności. Po prostu przez ponad dwa lata nie mieliśmy gdzie pracować. To powodowało rutynowe, coroczne obcinanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) naszego kontraktu, co wyraźnie kontrastowało z trendami ogólnopolskimi, wykazującymi regularny wzrost finansowania procedur ablacji. Gdy nasze możliwości techniczne zaczęły wracać do normy, okazało się, że okrojony kontrakt na ablacje nie może być zbyt szybko powiększony. Co ciekawe, większą przychylność w rozwiązywaniu tego problemu widziałem ze strony ówczesnych władz NFZ niż dyrekcji Akademickiego Centrum Klinicznego Akademii Medycznej w Gdańsku, pogrążonej w beznadziejnej walce z komornikami przesładującymi nasz rekordowo zadłużony szpital. Argumenty, że ablacje to nie tylko nowoczesna pomoc chorym z zaburzeniami rytmu, ale również dobry interes dla szpitala, jakoś nie przebijały się do świadomości naszych decydentów. Dzisiaj sytuacja nadal nie wygląda zbyt dobrze albo przynajmniej jest mocno niepewna. NFZ twierdzi, że nie ma pieniędzy, nowo wybrana dyrektor szpitala deklaruje co prawda zrozumienie naszych problemów, ale żadnych konkretnych działań jeszcze nie podjęła. Uczciwie trzeba przyznać, że nie miała na to zbyt wiele czasu, bo dyrektorem jest od niedawna, ale my jesteśmy niecierpliwi, gdyż problem jest naprawdę palący. Dobrą wiadomością dla mieszkańców województwa pomorskiego jest uruchomienie drugiej obok akademickiej pracowni elektrofizjologicznej w Szpitalu Specjalistycznym Świętego Wojciecha na Zaspie. W szpitalu tym istnieje od dawna

silny ośrodek elektroterapii, wszczepiający dużo stymulatorów serca, stymulatorów resynchronizujących (CRT, CRTD) i ICD, teraz będą również ablacje. Oczywiście wyposażenie pracowni oraz wykształcenie samodzielnych elektrofizjologów jest trudne i zajmuje dużo czasu, jednak jako konsultant wojewódzki, który zobowiązany jest myśleć kategoriami regionu, a nie tylko własnej jednostki, gorąco popieram podejmowanie takich działań. Dwie pracownie w województwie pomogą rozładować długie kolejki chorych oczekujących na zabieg, przyspieszą też nasz powrót na bardziej zaszczytne miejsca na listach rankingowych.

**KJF:** Porozmawiajmy jeszcze o kardiologii inwazyjnej. W zakresie liczby angioplastyk wieńcowych na milion mieszkańców jesteście tuż za podium – wyprzedzili was tylko: Śląsk, Mazowsze i kujawsko-pomorskie (ryc. 3). Czy uważasz, że osiągnęliście już optimum w zakresie sieci ośrodków hemodynamicznych? Czy nie lepiej, zamiast tworzyć nowe ośrodki – których w Polsce jest już, jak twierdzą niektórzy nawet za dużo – zadbać o wzmocnienie (kadrowe, sprzętowe, kontraktowe) ośrodków najbardziej doświadczonych. Co o tym sądzisz?

**RG:** To trudne pytanie, rzeczywiście w pierwszej kolejności trzeba wzmocniać ośrodki istniejące. Zgodnie z przytaczanym już przeze mnie wcześniej programem „Zdrowie dla Pomorza” rozwijają się intensywnie ośrodki kardiologii inwazyjnej w szpitalach w Słupsku i w Kościerzynie. Ostatnio dołączył także do nich Szpital Miejski w Gdyni. To razem z istniejącymi od dawna dużymi ośrodkami w Uniwersytecie Medycznym i Szpitalem na Zaspie daje 5 dużych centrów zawałowych. Powiaty południowo-zachodnie województwa (Człuchów, Bytów, Chojnice) są dodatkowo wzmocnianie karetkami wyposażonymi w systemy LifePack (obecnie działa ich 18),

**RYCINA 3**

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, jak również średnia liczba procedur na milion 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
<b>Łącznie</b>	<b>94 569</b>	<b>2477</b>
Opolskie	2597	2465
Świętokrzyskie	3053	2366
Lubelskie	5072	2318
Podkarpackie	4485	2138
Dolnośląskie	6147	2123
Małopolskie	6845	2102
Warmińsko-mazurskie	2888	2022
<b>Podlaskie</b>	<b>2257</b>	<b>1875</b>
<b>Zachodniopomorskie</b>	<b>2728</b>	<b>1609</b>
<b>Łódzkie</b>	<b>4063</b>	<b>1567</b>

umożliwiający przesyłanie zapisów EKG do centrali w Kościerzynie, co znacznie skraca czas transportu choro- go z ostrym zespołem wieńcowym do pracowni hemody- namicznej. Z drugiej jednak strony, w chwili obecnej zakłada się, że jedna pracownia (nie stół hemodynamicz- ny) powinna w warunkach optymalnych obejmować swo- ją opieką 300 000 mieszkańców. Z tego punktu widzenia, nawet uznając za pełnowymiarową pracownię SwissMed, która praktycznie nie przyjmuje pacjentów z ostrymi ze- społami wieńcowymi, brakuje nam w Pomorskiem jednej, a może nawet dwóch pracowni. Oczywiście każda z takich pracowni musiałaby zostać odpowiednio wyposażona, co w dobie powstawania jednostek prywatnych nie stanowi wielkiego problemu. Większa trudność z odpowiednią ob- sadą kadrową, a chyba największa z uzyskaniem kontrak- tu. Nie wiem czy można liczyć w dobie kryzysu na dodatkowe pieniądze z NFZ na zabiegi elektryczne, nato- miast odbieranie kontraktu innym, istniejącym już je- dnostkom leczącym ostre zespoły wieńcowe również może nie być łatwe. Niezależnie od tego wszystkiego, z punktu widzenia pacjenta im bliżej jego domu znajduje się pra- cownia hemodynamiczna, tym większe jego bezpieczeń- stwo.

**KJF:** Jakie są najważniejsze problemy i wyzwania na przyszłość w kardiologii w regionie, który nadzorujesz z ramienia Krajowego Zespołu Nadzoru Specjalistycznego?

**RG:** Ciągłe nierozwiązanym problemem jest ambula- toryjna opieka na chorymi z niewydolnością serca. Po- wszecznie wiadomo, że wczesne rozpoznanie zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca i wdrożenie odpowied- niego postępowania, pozwala uniknąć wielu hospitaliza- cji, które są kosztowne oraz stresujące dla pacjenta. Jak wiadomo, niewydolność serca to jedna z najczęstszych

przyczyn hospitalizacji na oddziałach wewnętrznych. Optymalny model opieki ambulatoryjnej powinien uwzględniać pracę zespołową lekarzy z ważnym udziałem odpowiednio przeszkolonej pielęgniarki, psychologa i rehabilitanta. Opiekę taką powinny sprawować wyspe- cjalizowane jednostki na podstawie odpowiedniego finan- sowania NFZ. W naszym województwie istnieje już taka jednostka, jednak ma ona trudności z wykonywaniem swojej pracy, bo nie ma w chwili obecnej jak tego rozli- czać. Optymalnym rozwiązaniem byłoby stworzenie w NFZ procedury, takiej jak „całoroczna opieka ambula- toryjna nad chorymi z niewydolnością serca”, tak samo rozumianej w całej Polsce. Na razie czegoś takiego nie ma, ale podobno Sekcja Niewydolności Serca Polskiego To- warzystwa Kardiologicznego z prof. Jarosławem Droź- dżem, nad tym intensywnie pracuje. Nie mamy również w województwie kliniki niewydolności serca, która bar- dzo by się przydała, chociażby w kontekście niedawno rozpoczętych przeszczepień serca. Mamy ciągle duże bra- ki w zakresie rehabilitacji kardiologicznej. Oddziały i pracownie kardiologiczne w największym szpitalu woje- wództwa pomorskiego (Gdański Uniwersytet Medyczny) są rozproszone, co znacznie utrudnia ich zintegrowane działanie. Istnieje też wiele innych problemów wspól- nych dla całego kraju, jak choćby przebywający na od- działach kardiologicznych chorzy z poreanimacyjnym uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego czy zbyt mała dostępność do kardiologicznych świadczeń ambu- latoryjnych. Musimy jakoś z tym walczyć, co w dobie kry- zysu światowego jest w ostatnim czasie szczególnie trudne.

**KJF:** Grzegorz, jeszcze raz dziękuję za czas poświę- cony na wywiad.