



Ostry dyżur

Tylko w jednej pracowni klinicznej wykonuje się rocznie 4 tys. zabiegów

Rafał Staszewski

I Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Poznaniu, mieszcząca się w zabytkowym budynku SP Szpitala Klinicznego Nr 1 Przemienienia Pańskiego AM w Poznaniu, jest ośrodkiem o najszerzym w północno-zachodniej Polsce profilu usług w zakresie kardiologii. Powstała w 1970 r., początkowo działała w ramach Instytutu Chorób Wewnętrznych, a od 1980 do 2003 r. – w obrębie struktur Instytutu Kardiologii.



fol. archiwum

Pierwsza minuta leczenia

Rozmowa z prof. dr. hab. med. Andrzejem Cieślińskim, kierownikiem Kliniki, prezesem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Panie Profesorze, spotykamy się w dniu uroczystego otwarcia nowej – wyremontowanej i powiększonej siedziby Kliniki. Jak pozyskuje się – w tym przecież trudnym dla służby zdrowia okresie – fundusze na takie przedsięwzięcie?

To rzeczywiście nie jest prosta sprawa. Od zawsze działalność służby zdrowia była związana z niedoborami finansowymi. Dlatego też postanowiliśmy wesprzeć działalność szpitala i powołaliśmy Stowarzyszenie *Serce dla Serca*, które zgromadziło wiele wybit-

” I Klinika Kardiologii należy do czołówki ośrodków kardiologicznych w Polsce. Wykonuje się tu wszystkie procedury kardiologiczne ”

Na terenie Kliniki zlokalizowanych jest wiele pracowni kardiologii nieinwazyjnej, jak i kardiologii inwazyjnej. W 2. połowie lat 90. rozpoczął się nowy etap dynamicznych przeobrażeń Kliniki. Przede wszystkim w tym okresie nastąpił rozwój inwazyjnych metod diagnostyczno-terapeutycznych. W 1996 r. powstała nowoczesna Pracownia Hemodynamiki Serca, w której w roku 2003 wykonano ponad 4 000 zabiegów koronaroplastyki i angioplastyki wieńcowej. W Pracowni wykonuje się także badania ultrasonograficzne wewnątrzwieńcowe (IVUS) oraz prowadzi leczenie restenoz w stentach, stosując brachyterapię. Brachyterapia wieńcowa jest metodą, polegającą na napromieniowaniu tętnicy wieńcowej po to, aby zapobiec nawrotowi zwężenia, czyli restenozie, po wcześniejszej angioplastyce. Ryzyko restenozy po takim zabiegu spada zaledwie do kilku procent. Dotychczas pacjenci z nawracającymi restenozami zmuszeni byli – w ostateczności – do leczenia kardiochirurgicznego operacyjnego. W 2004 r. w Pra-

cowni Hemodynamiki wykonano pierwsze zabiegi zamykania ubytków w przegrodzie międzyprzedsionkowej metodą przezskórną nieoperacyjną.

W listopadzie 1997 r. uruchomiono Pracownię Elektrofizjologii Serca, gdzie wykonano pierwsze w makroregionie (Wielkopolska, Dolny Śląsk i Ziemia Lubuska) inwazyjne badanie elektrofizjologiczne, a w 1998 r. przeprowadzono pierwszą ablację, pozwalającą na rozwiązywanie problemów zaburzeń rytmu poprzez wdrożenie nowych metod niszczenia obszarów arytmogennych i dodatkowych dróg przewodzenia. Rok później rozpoczęto leczenie kardiowerterów-defibrylatorów. W latach 2000–2003 implantowano 180 takich aparatów.

W 2001 r. zainicjowano w Klinice Wielkopolski Program Leczenia Ostrych Zespołów Wieńcowych. Ma on na celu zastosowanie procedury pierwotnej angioplastyki u wszystkich chorych z ostrym zawałem serca. Angioplastyka naczyniowa pozwala na uzyskanie pełnego przepływu krwi w tętnicy wieńcowej, która podczas zawału ulega zamknięciu. Bardzo

nych postaci z Poznania i Wielkopolski. Oczywiście, Stowarzyszenie musiało zacząć pozyskiwać fundusze. To taki etap, który szczytne cele konfrontuje z rzeczywistością. Na początek pomysłem był sponsoring. Niestety, służba zdrowia nie jest tak nośną i medialną dziedziną, jak np. sport, tak więc z samego mecenatu nie bylibyśmy w stanie podołać wyzwaniom finansowym. Dlatego postanowiliśmy poszukać innych możliwości. Były one i w dalszym ciągu są związane przede wszystkim z naszą – jako członków Stowarzyszenia – pracą. Organizacja konferencji, zjazdów czy też kongresów zaczęła przynosić zyski. Ograniczaliśmy koszty działania Stowarzyszenia, żeby jak najwięcej funduszy pozostawało na nasze cele statutowe. Już od kilku lat myśleliśmy o rozwoju Kliniki. Zaczęliśmy jej unowocześnianie od pracowni hemodynamiki. Dziś, posiadając już kompleksowe zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne, możemy także zapewnić godziwe warunki pobytu pacjenta.

Klinika posiada doskonały sprzęt, wykształconą kadrę, obecnie zapewnia dobry standard pobytu pacjenta – możemy powiedzieć, że umacnia swój doskonały wizerunek. Czy te działania przekładają się na kwestie finansowe – innymi słowy – czy mają Państwo np. większe kontrakty?

Niestety, te wszystkie elementy, tak naprawdę składające się na jakość naszych świadczeń, nie idą w parze z kwestiami finansowymi. Powiedziałbym dalej – nasz dobry wizerunek powoduje, że mamy pacjentów, paradoksalnie, za dużo! Oczywiście, trzeba pamiętać, że z etycznego punktu widzenia jest sprawą nie do przyjęcia, by ograniczać liczbę refundowanych terapii u pacjentów w stanach zagrożenia życia. Każdego pacjenta z zagrożeniem życia musimy traktować jednakowo. Tu nie może być kolejki. Musimy leczyć każdego w pierwszych minutach, godzinach po przybyciu do szpitala, bo





fot. 1. Brachyterapia

fot. 2. Pracownia elektrofizjologii serca

często w to miejsce wprowadza się stent i podaje się specjalne leki, tzw. superaspiryny, zapobiegające wykrzepianiu w naczyniu i poprawiające przepływ krwi w obwodowych odcinkach tętnic wieńcowych. Dlatego tak ważne jest szybkie udzielenie fachowej pomocy pacjentowi w zawałe. I Klinika Kardiologii przyjmuje pacjentów w trakcie 24-godz. dyżuru, pełnionego na przemian z poznańskimi szpitalami. Do końca sierpnia 2003 r. programem objęto 3 138 pacjentów, poddanych leczeniu interwencyjnemu. To wyjątkowy program – nie tylko w Polsce, ale i w skali międzynarodowej. Wszyscy chorzy z powiatu poznańskiego z grupy pacjentów z ostrym zawałem serca byli leczeni za pomocą pierwotnej angioplastyki. Program leczenia ostrych zespołów wieńcowych spowodował, że znacznie zmniejszyła się liczba przypadków 30-dniowej śmiertelności w zawałe serca. Przeciętnie wynosi ona ok. 10 proc., a w grupie leczonej techniką angioplastyki pierwotnej w I Klinice Kardiologii – zaledwie 3–6 proc. (jeszcze 30 lat temu śmiertelność w ciągu miesiąca od wystąpienia zawału serca wynosiła aż 30 proc.).

Obecnie I Klinika Kardiologii należy do czołówki ośrodków kardiologicznych w Polsce. Wykonuje się tu wszystkie procedury kardiologiczne. Klinika posiada nowoczesnie prowadzone oddziały, dysponuje także – co jest ważne dla bezpieczeństwa leczenia pacjenta – zapleczem

często to właśnie czas decyduje o życiu. W tym kontekście każdy chory musi mieć jednakowe prawa, bez względu na liczbę zakontraktowanych pacjentów, a tymczasem NFZ odmawia finansowania wysoko specjalistycznego leczenia u wszystkich takich chorych. Jeśli np. mamy kontrakt na 61 pacjentów miesięcznie, to czy 62. pacjentowi, który się do nas zgłosi z zawałem serca, mamy odmówić tego standardu leczenia? Leczenie chorego w ostrym zespole wieńcowym nie może być limitowane! Niestety, NFZ zalega nam z zapłaceniem ponad 500 tys. zł za leczenie ostrych zespołów wieńcowych. Dyrekcja Szpitala skierowała tę sprawę na drogę sądową.

W programie POLKARD mówi się o konieczności wyrównania w Polsce dostępu do świadczeń w zakresie kardiologii. Czy jest z tym aż tak źle?

Daleko nam do średniej europejskiej w zakresie dostępności. Stosowane przez nas metody diagnostyki i leczenia nie odbiegają swoim standardem od krajów Europy Zachodniej. Niestety, liczba świadczeń nie może być porównywalna ze średnią europejską. Oczywiście, są takie dziedziny, w których nie odbiegamy od pozostałych krajów UE, jak np. liczba operacji wrodzonych wad serca. Niestety, w chorobie niedokrwiennej serca liczba udzielanych świadczeń w skali kraju jest niewystarczająca – i tu mamy jeszcze dużo do zrobienia. Zdaję sobie sprawę, że ubóstwo środków w polskim systemie powoduje część ograniczeń, że nie zawsze stać nas na wszystko, jak np. na wszczepianie stentów, pokrytych lekiem zapobiegającym restenozie, wszystkim chorym, poddawany koronaroplastyce, ale to, co niezbędne w zakresie kardiologii, musimy zapewnić naszym pacjentom.

Problemem z szerszego punktu widzenia jest z pewnością koordynacja publicznego systemu ochrony zdrowia w skali

regionu. Czy powstanie nowego ośrodka, np. w zakresie kardiologii inwazyjnej, w sytuacji, gdy dotychczas działające w okolicy instytucje posiadają nieduże kontrakty, nie wpływa negatywnie na ich kondycję finansową?

Oczywiście, tak. Trudno jednak zabronić komuś otwarcia nowego ośrodka. Czasem są to kwestie ambicji, lobbingu czy politycznych nacisków. Dziś posiadając dostęp do funduszy, łatwo jest zbudować i wyposażać kolejny ośrodek, znacznie trudniej pozyskać wykwalifikowaną kadrę. Ogólnie patrząc na problem – dla każdego powinno się znaleźć miejsce. Nowo powstające ośrodki chętnie wykonują te procedury, które im przynoszą zyski. Powstają np. pracownie hemodynamiki, ale nie wszyscy chcą wszczepiać stymulatory bądź też nie mają przygotowania do wszczepiania defibrylatorów, przeprowadzania procedur diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie elektrofizjologii serca. W kontraktowaniu preferowane powinny być jednak te instytucje, które świadczą usługi kompleksowe, zapewniające pacjentowi duże bezpieczeństwo, np. w kardiologii inwazyjnej będzie to się wiązało choćby z dostępem do zaplecza kardiologicznego. Jeśli powiększy się całkowita liczba kontraktów i będzie ich więcej także dla innych instytucji – to tym lepiej, bo zwiększa się dostępność do świadczeń, na czym nam bardzo zależy.

Zapowiadane zmiany w systemie opieki zdrowotnej uwzględniają m.in. propozycje współpłacenia przez pacjentów, czy też stworzenia standardowego koszyka świadczeń. Czy Pana zdaniem w kardiologii możemy ustalić jakąś listę procedur, za które pacjent powinien zapłacić?

Moim zdaniem w zakresie kardiologii nie jest możliwe określenie świadczeń, które przysługują w ramach po-

» Klinika zatrudnia 20 lekarzy posiadających specjalizację z kardiologii »

kardiochirurgicznym. Znajdujące się tu pracownie stosują pełną diagnostykę nieinwazyjną, jak też diagnostykę i terapię inwazyjną chorób serca.

Ponieważ jest to ośrodek akademicki, prowadzonych jest tu także wiele badań, w tym unikalny projekt ze wszczepiania komórek macierzystych izolowanych ze szpiku, które podaje się pacjentom w kilka dni po przebytych zawale serca. U ok. 30 proc. chorych, nawet po pomyślnej angioplastyce, dochodzi do niekorzystnej przebudowy mięśnia sercowego. Może to prowadzić do niewydolności serca. Dlatego też w poznańskim ośrodku postanowiono prowadzić badania z użyciem komórek macierzystych, które po przeszczepie mogą przekształcać się w komórki mięśniowe i powodować angiogenezę, czyli tworzenie nowych naczyń krwionośnych.

Ewenementem na skalę krajową jest także liczba zatrudnionych w Klinice lekarzy, posiadających specjalizację z zakresu kardiologii – na oddziale pracuje ich 20. Jak większość ośrodków wysoko specjalistycznych oddziały kardiologiczne Kliniki borykają się jednak z problemami finansowymi i często absurdami organizacyjnymi polskiego systemu ochrony zdrowia. Pomimo tego w Szpitalu Przemienienia Pańskiego podejmowanych jest wiele działań, mających na celu ciągłe doskonalenie świadczonych tu usług i rozszerzenie ich zakresu. 22 czerwca br. odbyło się uroczyste otwarcie zmodernizowanego i powiększonego oddziału Kliniki Kardiologii, który teraz może leczyć pacjentów w warunkach nieodlegających od standardów europejskich. ■

wszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz tych, za które pacjent powinien zapłacić. Ponownie pojawia się aspekt etyczny, spora część pacjentów jest bowiem w stanach zagrożenia życia. Należałoby natomiast rozważyć możliwość, np. współpłacenia przez pacjenta za wyższy standard pobytu w szpitalu. Pokój jednoosobowy z dostępem do Internetu w hotelu też jest droższy od dwójki bez łazienki. Postęp medycyny jest szybki i przeogromny. Wiąże się to także ze wzrostem kosztów opieki. Ostatnio rozmawiałem z kardiologami z Niemiec, których też nie zawsze stać na wszystkie najnowsze technologie medyczne.

A więc dochodzimy do konieczności poważnego zastanowienia się nad oceną technologii medycznych, farmakoekonomiką czy też wytycznymi w leczeniu. Tego typu analizy dają nam pojęcie zarówno o korzyściach medycznych, jak i związanych z nimi kosztach.

Tak. Analizy te są przydatne przy ekonomicznym wyborze wariantów leczenia. Z mojego doświadczenia wynika, że pewnych leków mogłoby nie być na rynku – bez uszczerbku dla pacjenta! Są to specyfiki o niewielkiej lub żadnej wartości terapeutycznej. Przepisanie ich przez lekarza – często z przyzwyczajenia albo, co gorsze, z braku wiedzy – rodzi jednak koszty, uszczuplając tym samym ogólną pulę pieniędzy, przeznaczonych na leczenie. Należałoby też unikać prostych przełożeń – czyli: leczymy tylko tanimi farmaceutykami. Czasem lek droższy daje o wiele korzystniejsze efekty terapeutyczne, z uniknięciem np. działań niepożądanych czy wielu kosztów pośrednich. Ale żeby to określić, potrzebne są wiarygodne i bezstronne analizy. Czy powinniśmy wprowadzać obligatoryjne standardy w medycynie? Można mieć pewne wątpliwości. Raczej należałoby mówić o wytycznych, opartych na wiarygodnych faktach, wynikających z badań klinicznych, będących swoistym drogowskazem dla lekarza. Powinny one

być szeroko rozpowszechniane, bo odzwierciedlają postęp w medycynie i służą naszym chorym. W kardiologii powstają europejskie wytyczne, w których opracowywaniu uczestniczymy także i my. Tak więc w tym zakresie jesteśmy na bieżąco.

Powszechnie znane powiedzenie *lepiej zapobiegać niż leczyć* sprawdza się i w kardiologii. Polskie Towarzystwo Kardiologiczne realizuje program POLSCREEN.

Program polega na przebadaniu 1 mln Polaków pod względem występowania u nich czynników ryzyka chorób naczyniowo-sercowych. Ma to duże znaczenie w zaprogramowaniu skutecznej profilaktyki pierwotnej i wtórnej. Przekroczyliśmy półmetek badań i mamy już pierwsze wyniki. Chociaż czynników ryzyka jest wiele, to jednak do najważniejszych w Polsce należą: nadciśnienie tętnicze, podwyższony poziom cholesterolu i palenie papierosów. W Polsce jeszcze 10 lat temu 52 proc. wszystkich zgonów związanych było z chorobami układu krążenia. Udało nam się obniżyć ten odsetek o 4 proc., ale nadal zajmujemy jedno z niechlubnych pierwszych miejsc na świecie. Dlatego tak ważna jest edukacja i ukazanie czynników ryzyka. Istotna jest także prewencja wtórna – żeby to, co uda nam się naprawić w szpitalu, nie zostało zaprzepaszczone. Pacjent, który szybko pozbywa się bólu, czasami nie rozumie, że choroba się nie skończyła, a zmiany miażdżycowe trwają nadal. Jeśli nie będzie prowadzić właściwego trybu życia, może pojawić się kolejny epizod chorobowy. Profilaktyka jest więc nie tylko skuteczna pod względem medycznym, ma także swój wymiar ekonomiczny.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał Rafał Staszewski