



Fot. Włodzimierz Wasyluk/EastNews

# Dużo wcale nie oznacza bezpiecznie

Rozmowa z prof. Piotrem Andziakiem, konsultantem krajowym w dziedzinie chirurgii naczyniowej

Gdyby zacząć od epidemiologii: w wielu dziedzinach medycyny spodziewamy się znacznego wzrostu liczby chorób. Czy dotyczy to również chirurgii naczyniowej?

Dotyczy, i to w szczególnym stopniu. Składają się na to dwie przyczyny. Pierwsza związana jest z tym, że częstość występowania chorób tętnic i żył obwodowych wzrasta wraz z wiekiem. Schorzenia te najczęściej dotyczą ludzi w podeszłym wieku, a nasze społeczeństwo jest przecież coraz starsze. Druga wiąże się z postępem medycyny. Coraz większe możliwości i coraz skuteczniejsze leczenie innych chorób, głównie serca, oznaczają znaczne wydłużenie życia osób cierpiących na choroby układu krążenia. To z kolei przekłada się na rosnącą liczbę osób z tętniakami aorty czy miażdżycą tętnic obwodowych. Podobną sytuację obserwujemy

w wypadku cukrzycy. Czynniki środowiskowe oraz coraz skuteczniejsze leczenie powodują, że zwiększa się liczba chorych zagrożonych powstaniem niedokrwiennej stopy cukrzycowej. Należy przy tym podkreślić, że współistnienie miażdżycy tętnic obwodowych i cukrzycy zwiększa ryzyko amputacji kończyny. To z kolei przekłada się na rosnące zapotrzebowanie na operacje klasyczne i wewnątrznaczyniowe wykonywane przez chirurgów naczyniowych.

**To rzeczywiście paradoks: postęp medycyny w jednej dziedzinie generuje rosnące zagrożenie w innych.**

Nie nazywałbym tego paradoksem, lecz naturalną prawidłowością. Zresztą w dużym stopniu przewidzianą przez nas, taką, na którą od lat staramy się jak najlepiej przygotować. Z nie najgorszym skutkiem.

„Mam nadzieję, że rzeczywiste zapotrzebowanie na ośrodki chirurgii naczyniowej będzie można określić na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Do tego czasu z pewnością nie powinny zapadać decyzje o tworzeniu nowych”

Znane są już pierwsze wersje map potrzeb zdrowotnych dotyczących chirurgii naczyniowej. Czy one także we właściwym stopniu przygotowują nas do wzrostu zachorowań na wspomniane przez pana choroby?

W mojej opinii idea stworzenia map to krok we właściwą stronę. To, co czytamy we wstępnych wersjach map, wskazuje, jak bardzo są one potrzebne. Czekamy na wersję ostateczną, współpracujemy przy jej powstawaniu i do tego czasu wołałbym się wstrzymać z komentarzami. Jedno chciałbym podkreślić – stworzenie map potrzeb zdrowotnych pozwoli na określenie stanu posiadania chirurgii naczyniowej oraz potrzeb w zakresie leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego we wszystkich województwach. Aktualny stan chirurgii naczyniowej w Polsce bardzo dobrze oddaje raport „Chirurgia naczyniowa w Polsce – zielona księga”, przygotowany przez Instytut Zarządzania w Ochronie Zdrowia Uczelni Łazarskiego.

Z map wynika, choć nie wprost, że oddziałów chirurgii naczyniowej jest za dużo.

Należy pamiętać, że zdecydowanie zbyt dużą liczbę ośrodków chirurgii naczyniowej w stosunku do potrzeb ma jedynie kilka województw, m.in. mazowieckie i śląskie. W pozostałych rozmieszczenie ośrodków chirurgii naczyniowej jest nierównomierne. Mam nadzieję, że rzeczywiste zapotrzebowanie na ośrodki chirurgii naczyniowej we wszystkich województwach będzie można określić na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Do tego czasu z pewnością nie powinny zapadać decyzje o tworzeniu nowych. Zbyt wielu świadczeniodawców działających w naszej dziedzinie powoduje rozdrobnienie i zmniejszenie funduszy dla ośrodków funkcjonujących od lat. Dzieje się to ze szkodą i dla chorych, i dla funkcjonowania chirurgii naczyniowej. Problemem jest to, że mamy zbyt wiele małych ośrodków, nieprzygotowanych do oferowania pełnego zakresu niezbędnych świadczeń o najwyższym standardzie.

Kontrakty są dzielone między te duże o najwyższym stopniu referencyjności i te mniejsze. Stanowi to problem dla dużych ośrodków znajdujących się w dużych, wieloprofilowych szpitalach, które muszą posiadać drogą sprzęt i kadry, a następnie okazuje się, że ten sprzęt i kadry nie pracują pełną mocą, choć powinny. Jeśli ten problem dostrzegają autorzy map – zgadzam się z nimi, przy czym od razu przestrzegam przed zbytnią generalizacją zauważonej prawidłowości.

To dyplomatyczne słowa: „przestrzegam przed generalizacją”.

Generalizować problemu nie należy, bo są w Polsce regiony i województwa, gdzie zasoby ludzkie i sprzętowe rozmieszczone są dość racjonalnie. Ale są też takie, gdzie małych ośrodków jest zbyt dużo. Racjonalna polityka w tym zakresie pozwoliłaby lepiej wykorzystać zasoby finansowe, sprzęt i specjalistów z korzyścią dla chorych. Chcę przy tym wyraźnie podkreślić, że takie działania nie spowodowałyby zmniejszenia dostępności świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej.

Może jednak warto utrzymać te kadry i sprzęt ze względu na przewidywany wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej?

I bez tego jesteśmy gotowi na ten wzrost. W niektórych regionach w pewnych zakresach chirurgii naczyniowej nasze możliwości przekraczają zapotrzebowanie. Świadczy o tym wielkość tzw. nadwykonań realizowanych przez ośrodki chirurgii naczyniowej. Z satysfakcją obserwuję, że świadomość tego, że należy premiiować ośrodki drugiego stopnia referencyjności, dociera coraz mocniej do osób decydujących o wielkości przyznawanych kontraktów. I wiążę z tym spore nadzieje.

Jednym z najważniejszych postulatów środowiska jest stworzenie krajowego rejestru operacji naczyniowych. Czyżby zatem nie było w Polsce odpowiednich danych? Skoro tak, to jakość map też musi budzić wątpliwości.

Tak jak mówiliśmy wcześniej, pierwsze wersje map uznajemy za krok we właściwą stronę, ale nie w pełni jeszcze satysfakcjonujący. Mapy opierają się w dużej mierze na danych Narodowego Funduszu Zdrowia, które jednak nie są dość precyzyjne. Fundusz nie dysponuje danymi jakościowymi, a jedynie ilościowymi. Wprowadzenie krajowego rejestru operacji naczyniowych pozwoli na ocenę rzeczywistej liczby wykonywanych w Polsce operacji naczyniowych, a równocześnie da możliwość jakościowej oceny każdego z ośrodków przeprowadzających te operacje. Będzie zawierał dane o wszystkich interwencjach, którym poddany był chory, a nie tylko tych najważniejszych, które ostatecznie są raportowane do płatnika, o liczbie powikłań przy-

pisanych do każdego ośrodka, ale i do każdego lekarza dokonującego operacji. Tej wiedzy nam brakuje, tego w raportach NFZ nie ma. I temu ma posłużyć rejestr.

### Co zatem stoi na przeszkodzie, by taki rejestr powstał. Brak pieniędzy?

Tym razem pieniądze nie są najważniejszym problemem. Co do rejestru były wątpliwości prawne, czy jest konstytucyjny. Wątpliwości te zostały już rozwiązane. Sądzę, że niebawem będziemy mogli wrócić do przerwanych prac nad rejestrem. Pod względem informacyjnym i metodologicznym krajowy rejestr operacji naczyniowych jest przygotowany do tego, aby gromadzić i analizować dane dotyczące ok. 50 tys. operacji tętnic obwodowych rocznie oraz prawie 50 tys. operacji żył. Okres obserwacji chorych będzie obejmował rok po operacji.

### Ale mapy, których publikacja przewidziana jest na styczeń 2017 r., powstaną bez tych danych.

Żałujemy tego, ale rejestr stanie się bezcennym narzędziem w procesie poprawy jakości świadczeń w zakresie chirurgii naczyniowej.

### Jak ocenia pan współpracę specjalistów z pańskiej dziedziny z POZ?

Warto zaznaczyć, że współpraca z lekarzami POZ ma dla chirurgii naczyniowej ogromne znaczenie. Dlatego tak ważne jest uświadomienie sobie istniejących trudności. Istnieją dwa główne problemy związane z tą współpracą. Pierwszy to zbyt późne kierowanie chorych z przewlekłym miażdżycowym niedokrwieniem kończyn dolnych do chirurga naczyniowego. Skierowanie chorego z krótkim dystansem chromania przestankowego lub w początkowej fazie krytycznego niedokrwienia kończyny, gdy pojawia się ból nocny, zapewnia lepsze wyniki operacji i zmniejsza liczbę amputacji. Dopuszczenie do powstania zaawansowanej postaci krytycznego niedokrwienia kończyn z martwicą tkanek jest obciążone znacznie gorszym rokowaniem co do uratowania kończyny. Sytuacja ta mogłaby się poprawić, gdyby droga od lekarza POZ do specjalisty była krótsza i gdyby chorzy wcześniej trafiali na badania i z tymi badaniami przychodzili do nas. Mam nadzieję, że reforma POZ, zapowiadana przez Ministerstwo Zdrowia, odblokuje i uruchomi odpowiednie mechanizmy oraz potencjał POZ w szybkim diagnozowaniu chorób tętnic i żył obwodowych. Drugim problemem jest często niepotrzebne kierowanie chorych do chirurga naczyniowego w sytuacji, gdy skuteczne leczenie można zapewnić na poziomie lekarza POZ. Dotyczy to szczególnie dwóch grup chorych. Pierwsza to chorzy z długim, powyżej 200 metrów, dystansem chromania przestankowego. Ta grupa wymaga

obserwacji i długotrwałego leczenia zachowawczego, na które składają się modyfikacja czynników ryzyka miażdżycy, kontrolowany trening marszowy oraz leczenie farmakologiczne. Wszystkie elementy tego leczenia mogą być z powodzeniem prowadzone na poziomie lekarza POZ. Tu naprawdę nie trzeba dużych nakładów, potrzebna jest jednak wola i dobra organizacja. Drugą, bardzo liczną grupę stanowią chorzy z żyłkami kończyn dolnych. Chorzy, którzy nie chcą lub z jakiegoś powodu nie mogą być operowani, wymagają stosowania terapii uciskowej wyrobami o stopniowanym ucisku. Zalecenie dotyczące tego rodzaju leczenia może wydać lekarz POZ bez konsultacji specjalisty. Natomiast do chirurga naczyniowego powinni być kierowani chorzy z zaawansowaną postacią przewlekłej choroby żylną, przede wszystkim z żylnymi owrzodzeniami goleni. Uważam, że jeśli udałoby się rozwiązać te dwa problemy, poprawiłaby się dostępność specjalistów w dziedzinie chirurgii naczyniowej, a oczekiwanie na wizytę w poradni chirurgii naczyniowej byłoby krótsze. nierozwiązanym problemem pozostaje rehabilitacja chorych po amputacjach kończyn dolnych wykonywanych z powodu niedokrwienia. Odsetek chorych po amputacjach, którzy wracają do aktywności życiowej i zawodowej, jest w Polsce bardzo niski, nie przekracza 10–15 proc. W wielu krajach europejskich jest on znacznie wyższy. Nie wszyscy wiedzą także, że 5-letnia przeżywalność chorych po dużych amputacjach kończyn dolnych jest porównywalna z przeżywalnością chorych na raka jelita grubego. To koniecznie musi się zmienić.

### Aż 40 proc. osób przystępujących do egzaminu specjalizacyjnego w pańskiej dziedzinie nie zdało go. To niepokojące. Czy grozi nam głęboki deficyt chirurgów naczyniowych?

Egzamin w wiosennej sesji egzaminacyjnej wcale nie był trudniejszy niż w poprzednich latach, dlatego jest to zastanawiające. Rzeczywiście, dzieje się coś niedobrego w naszym systemie szkolenia. Przyczyna jest złożona. Po pierwsze, należy dokładnie określić kryteria, jakie muszą spełniać ośrodki ubiegające się o miejsca szkoleniowe w dziedzinie chirurgii naczyniowej. Obecnie kryteria te zostały bardzo złagodzone. Jest rzeczą naturalną i zrozumiałą, że najlepsze warunki do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego mają ośrodki akademickie i ośrodki drugiego stopnia referencyjności w chirurgii naczyniowej. Dlatego uważam, że znaczną część szkolenia kandydaci powinni odbywać właśnie w tych placówkach. Obecnie jest inaczej – przeważającą część szkolenia kandydaci odbywają w macierzystych ośrodkach. Biorąc pod uwagę wyniki ostatniej sesji egzaminacyjnej – nie służy to podnoszeniu jakości szkolenia.

Rozmawiali: Jakub Gołąb, Bartłomiej Leśniewski