

WIOSENNA KONFERENCJA PTK

Rozmawiała Iwona Kazimierska

Musimy wrócić do codzienności, do swoich podstawowych zadań

– Sądzę, że w pewnym momencie zbyt wiele sił i środków skierowano na walkę z COVID-19, a zupełnie zapomniano o codzienności, o tym, co naszych chorych tak naprawdę zabija od lat – mówi prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil, kierownik Kliniki Kardiologii Inwazyjnej Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

| Czy tematyka związana z pandemią zdominuje 84 Wiosenną Konferencję Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (PTK) i „Kardiologii Polskiej”?

Czasami mam wrażenie, że świat zwariował na punkcie COVID-19. Oczywiście jest to tragedia, trudne sytuacje z nią związane, ale my zapatrzeni w koronawirusa straciliśmy z pola widzenia zwykłego pacjenta i jego problemy zdrowotne. Stąd poważne skutki w postaci zaniedbań diagnostycznych i terapeutycznych.

W żadnym wypadku Wiosenna Konferencja PTK i „Kardiologii Polskiej” nie zostanie zdominowana przez tematykę związaną z pandemią. Był taki plan, aby zorganizować dużą sesję poświęconą tej problematyce, ale uznaliśmy, że to byłby błąd. Sesja dotycząca pandemii, przedstawiająca wiele jej aspektów, odbędzie się podczas jesiennego kongresu PTK. My uznaliśmy, że temat pandemii powinien się pojawić, ale pod kątem problemów klinicznych i takie trzy sesje się odbędą – ukazujące problemy z punktu widzenia praktykującego kardiologa.

Reszta programu opiera się na tych zasadach, według których Wiosenna Konferencja PTK funkcjonuje od lat. Głównym jej celem jest edukacja koleżanek i kolegów przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego oraz pomoc w zrozumieniu i wdrożeniu do codziennej praktyki najnowszych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC).

| Które sesje poleciłby pan szczególnie? Które zapowiadają się najciekawiej?

Zadaje mi pani bardzo trudne pytanie, bo jako przewodniczący komitetu organizacyjnego spędziłem mnóstwo godzin nad doбором tematyki i wszystkie sesje uważam za interesujące. Myślę, że zadbaliśmy o to, by każdy znalazł to, co dla niego jest najważniejsze. Konferencja ma dwa

strumienie, czyli dwa kanały transmisyjne. Jeden jest poświęcony najnowszym rekomendacjom ESC, a sesje przygotowały sekcje i ассоjacje PTK. Drugi kanał ma charakter edukacyjny. Zostaną tam omówione problemy, które stanowią wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne dla kardiologa w codziennej praktyce. Skupiając się na pandemii i na powikłaniach układu sercowo-naczyniowego w przebiegu infekcji wirusem SARS-CoV-2, zapominamy o tym wszystkim, o co chodzi w kardiologii. A jest to cała gama schorzeń układu sercowo-naczyniowego, które w dalszym ciągu są głównymi zabójcami nie tylko Polaków, ale populacji całego globu.

Zaplanowaliśmy również warsztaty echokardiograficzne i elektrokardiograficzne, podczas których fachowcy najwyższej klasy będą pomagali w nauce interpretacji wyników.

Po raz pierwszy pojawiła się w programie sesja zatytułowana „Egzamin praktyczny z kardiologii”, zorganizowana we współpracy z konsultantem krajowym i ekspertami z poszczególnych działów kardiologii. W pierwszej części przedstawimy, czego oczekuje od zdającego egzaminator, natomiast druga będzie poświęcona omówieniu przypadków klinicznych pod kątem egzaminu praktycznego z kardiologii.

| Program 84 Wiosennej Konferencji jest zatem przykładem naszego powrotu do normalności.

Myślę, że ten program to mocne przesłanie ze strony PTK. My nie umniejszamy wagi pandemii, nie zakłamyjemy rzeczywistości. Widzimy na bieżąco pacjentów, którzy mają nieszczęście zachorować na COVID-19, a do tego mają choroby towarzyszące. Widzimy, jak to się dla nich kończy. Dalecy jesteśmy od mówienia „zapomnijmy o COVID-19, zajmijmy się normalną kardiologią”. W żadnym wypadku. Jednak z całą pewnością



Fot. ELEVEN ZETT Productions

zblizamy się do momentu, w którym ochrona zdrowia będzie mogła funkcjonować dużo bezpieczniej.

| Wydaje się, że czasy, kiedy Polacy nawet z bólem w klatce piersiowej nie zgłaszali się na SOR, bo bali się kontaktu z wirusem, już minęły. Szacuje się jednak, że z powodu pandemii liczba zabiegów kardiologii interwencyjnej spadła o kilkadziesiąt procent. Jakże są tego skutki?

Sugeruje pani, że pacjenci już się nie boją. Jest pani w błędzie. W dalszym ciągu się boją.

Szpital, w którym pracuję, był szpitalem jednoimiennym od pierwszego dnia powołania takich placówek. Mocno odczuliśmy brak odpowiedniej polityki informacyjnej skierowanej do chorych. Takiej, która wyciszyłaby ich obawy. Na początku nie było mowy, żeby proponować chorym badania diagnostyczne czy planowe zabiegi, bo nie mieliśmy odpowiedniej infrastruktury. Kiedy ta infrastruktura się pojawiła (między innymi poprzez budowę systemu śluz) i przeminęła pierwsza fala pandemii, zaczęliśmy dzwonić do pacjentów oczekujących w kolejce z zaproszeniem na badania, zabiegi. Informowaliśmy, że zorganizowaliśmy dla nich osobne, bezpieczne miejsce, jednak 90 proc. z nich mówiło, że jeszcze trochę poczekają, bo czują się całkiem dobrze. Wiem od kolegów pracujących w szpitalach, które nie były szpitalami covidowymi, że w pierwszej fazie pandemii

”

Dalecy jesteście od mówienia „zapomnijmy o COVID-19, zajmijmy się normalną kardiologią”. W żadnym wypadku. Jednak z całą pewnością zblizamy się do momentu, w którym ochrona zdrowia będzie mogła funkcjonować dużo bezpieczniej

z wizyt rezygnowała mniej więcej połowa pacjentów.

Mój szpital do dziś funkcjonuje jako tzw. covidowy, ale ma prawo do działalności hybrydowej, czyli w miejscach, gdzie możemy to bezpiecznie zrobić, przyjmujemy pacjentów bez COVID-19. Pozytywna odpowiedź na zaproszenie osób oczekujących w kolejce nie przekracza 60 proc. A więc chorzy nadal są pełni obaw, mówią: „mam za 2 tygodnie szczepienie, to może po nim”. Część osób z kolejki umarła. Niektórzy załatwili sobie diagnostykę albo nawet leczenie w innych szpitalach.

Krótko mówiąc, daleko nam do normalności, ale już bliżej niż jeszcze pół roku temu. I wydaje mi się, że w dalszym ciągu nie ma konsekwencji w zakresie polityki informacyjnej, która powinna być zarządzana z poziomu Ministerstwa Zdrowia. Chodzi o taką politykę informacyjną, która by pokazywała, że można bezpiecznie i skutecznie mimo pandemii być diagnozowanym i leczonym.

”

My nie przegraliśmy wojny. Przegraliśmy bitwę. COVID-19 zwyciężył batalię, bo nie zdawaliśmy sobie sprawy, jak istotną kwestią jest epidemiologia, infrastruktura szpitali, umiejętność holistycznego podejścia do pacjenta i wiedza ogólnointernistyczna, a nie tylko wysokospecjalistyczna

Sądzę, że w pewnym momencie zbyt wiele sił i środków skierowano na walkę z COVID-19, a zupełnie zapomniano o codzienności, o tym, co naszym chorych tak naprawdę zabija od lat. Jestem przekonany, że gdy zostanie przeprowadzona analiza dodatkowych zgonów (*excess mortality*) w 2020 r., a było ich prawie 70 tys., to się okaże, że znaczna część dotyczy chorych, którzy nie byli w odpowiednim czasie zdiagnozowani i leczeni. Jaki odsetek wśród nich stanowią osoby z chorobami sercowo-naczyniowymi, tego na razie nie wiemy.

| Jaka jest skala zaległości diagnostycznych i terapeutycznych, zwłaszcza w kardiologii interwencyjnej? To, że chorzy nie zgłaszali się nawet z objawami zawału, jest niepodważalnym faktem.

Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na to pytanie. Zupełnie inaczej wyglądała aktywność ośrodków, które stały się szpitalami jednoimiennymi, inaczej tych, które prowadziły działalność hybrydową, czyli miały część covidową i niecovidową, a jeszcze inaczej ośrodków, które nie miały kontaktu z pacjentami zakażonymi SARS-CoV-2 albo były w stanie, wykonując stosowne testy, ograniczyć do minimum potencjalną transmisję wirusa. Według mojej wiedzy spośród szpitali jednoimiennych, które rutynowo wykonywały implantację urządzeń wszczepialnych, czyli kardiostymulatorów, kardiowerterów-defibrylatorów, oraz procedury hemodynamiczne, takie jak koronarografia, angioplastyka wieńcowa, w trybie planowym i w przebiegu ostrego zespołu wieńcowego, mało który ośrodek przekroczył w 2020 r. 20 proc. normalnej aktywności. W jednostkach działających w formule hybrydowej, w zależności od tego, jak duża była część covidowa, liczba zabiegów planowych zmalała o 50–70 proc. w porównaniu z czasem przed epidemią. W ośrodkach, które nie przyjmowały chorych na COVID-19, liczba zabiegów nie przekroczyła 90 proc., a nawet mówi się, że 80 proc. w porównaniu z 2019 r. Sądzę, że lada moment pojawią się zestawienia zbiorcze.

Przez dwa pierwsze miesiące 2020 r. było całkiem niezłe – liczba wykonanych procedur była nawet wyższa niż w analogicznym okresie 2019 r. Rozwój pandemii, kolejne lockdowny spowodowały, że nawet w ośrodkach, które nie przyjmowały pacjentów z COVID-19, liczba zabiegów dramatycznie

spadała, bo ograniczano się tylko do wykonywania procedur ratujących życie.

| Jakie wnioski powinniśmy wyciągnąć z lekcji, którą dała nam pandemia?

Myślę, że wykorzystanie ogromu doświadczeń, które zebrały oddziały i kliniki kardiologii, pozwoli nam w przypadku kolejnych epidemii czy pandemii zwalczać ich przyczynę, nie rezygnując z codziennej aktywności i efektywności.

Uważam, że model francuski, w którym każdy szpital musi być przygotowany na działalność w systemie hybrydowym, jest najlepszym rozwiązaniem. Pacjent, u którego testem wykryto wirusa, nie jest odsyłany do odległego szpitala jednoimiennego, pozostaje na miejscu i trafia do części covidowej. Jeśli wynik jest ujemny, idzie do części „czystej”. Wtedy opóźnienia w interwencji od wystąpienia objawów są bardzo skrócone. Ponadto pacjent od początku wie, że trafia do części „czystej”, gdzie są zachowane ścisłe reguły i może być bezpiecznie diagnozowany i leczony.

Oczywiście do takiego modelu niezbędna jest odpowiednia infrastruktura, ale przecież Polska będzie miała pieniądze z europejskiego planu odbudowy, więc na ten cel powinny się znaleźć fundusze. Wszystko po to, żebyśmy następnym razem mogli bardziej efektywnie leczyć chorych, którzy nie będą doświadczeni pandemią. My nie przegraliśmy wojny. Przegraliśmy bitwę. COVID-19 zwyciężył batalię, bo nie zdawaliśmy sobie sprawy, jak istotną kwestią jest epidemiologia, infrastruktura szpitali, umiejętność holistycznego podejścia do pacjenta i wiedza ogólnointernistyczna, a nie tylko wysokospecjalistyczna.

| Odmrażanie to teraz bardzo modne słowo. Jak przebiega odmrażanie kardiologii?

W kardiologii odmrażanie ma miejsce od długiego czasu. Ono się rozwinęło, kiedy pojawiły się antygenowe testy na obecność SARS-CoV-2, czyli testy o bardzo wysokiej czułości i swoistości, których wyniki są znane po 15–20 minutach, oraz tzw. szyb-



Fot. ELEVEN ZETT Productions

”

Kolejne lockdowny spowodowały, że nawet w ośrodkach, które nie przyjmowały pacjentów z COVID-19, liczba zabiegów dramatycznie spadała, bo ograniczano się tylko do wykonywania procedur ratujących życie

kie testy rt-PCR (15- i 45-minutowe). Tym sposobem uzyskano możliwości szybkiej i efektywnej diagnostyki infekcji SARS-CoV-2, co w rezultacie istotnie zwiększyło bezpieczeństwo chorych hospitalizowanych w szpitalach. Dzięki nim kardiologia w wielu miejscach pracuje już pełną parą. Potrzebna jest teraz wyłącznie wiara potencjalnych pacjentów, że nic im nie zagraża, żeby chcieli się do nas zgłaszać. Bo oni w dalszym ciągu często mówią „nie”.

Druuga sprawa, niezmiernie istotna. Pandemia wyraźnie pokazała, jak mamy mało lekarzy, pielęgniarek, jak brakuje rąk do pracy. Szpital funkcjonujący w systemie hybrydowym musi podzielić zespół na dwie grupy, które nie mogą się ze sobą mieszać, żeby uniknąć transmisji wirusa. I to jest kolejna nauka. Mówienie o tym, że mamy za dużo lekarzy albo że uzupełnimy braki kadrowe medykami ze Wschodu, to nie jest właściwa droga. Należy postawić na pozytywne pokazywanie zawodów medycznych. Te zawody powinno się promować, one muszą być dobrze opłacane. Biały personel powinien czuć się doceniany i szanowany. A z tym jest duży problem.

| Czy można myśleć o przyszłości kardiologii, nie patrząc przez pryzmat doświadczeń z koronawirusem? Mówił pan, że będzie to trudne, bo za chwilę może nas nawiedzić inna pandemia. Dlatego powinniśmy wyciągnąć naukę z tego, co nas spotkało.

Po pierwsze, już nigdy nie będzie tak, jak było. Byliśmy na tyle naiwni i mało przewidujący, że zapomnieliśmy o chorobach zakaźnych. Jeśli nie zmienimy swojego podejścia do tej kwestii, nie zmienimy sposobu organizacji, nie wprowadzimy zmian infrastrukturalnych, to każda następna pandemia będzie miała takie same, a nawet gorsze skutki. Nie możemy o tym zapominać. Po drugie, musimy pamiętać o naszej codzienności. Ta codzienność oznacza regularne wykorzystywanie zgromadzonego sprzętu i doświadczenia specjalistów dla ratowania, a przede wszystkim wydłużania życia naszych pacjentów.

Odejdźmy od problemów covidowych. Zajmijmy się schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. W tym my, kardiolodzy, mamy największe doświadczenie, w tym jesteśmy najlepsi i do tego powinniśmy jak najszybciej wrócić. Oczywiście w tych trudnych czasach musieliśmy się nauczyć diagnozować i leczyć pacjentów z COVID-19 i nie mówię, że nie daliśmy sobie z tym rady, ale to nie jest nasza główna misja. To była działalność akcyjna. Musimy wrócić do codzienności, do swoich podstawowych zadań. Do tego, co najlepiej robimy.

Moje obserwacje dotyczące kardiologii czasów pandemii spowodowały, że zdecydowałem się kandydować na stanowisko prezesa elekta PTK. Mam przekonanie, że paradoksalnie pandemia może dać asumpt do zmian na lepsze w organizacji polskiej kardiologii, w efektywności jej działania. Mam pomysł, jak to zrobić.

84 Wiosenna Konferencja PTK

Konferencja odbędzie się w formie online 11 i 12 czerwca. Organizatorzy zapraszają wszystkich zainteresowanych nowoczesną kardiologią, obok kardiologów i kardiochirurgów również rezydentów, lekarzy rodzinnych, internistów oraz studentów medycyny. Udział w konferencji jest bezpłatny. „Kurier Medyczny” objął patronat medialny nad wydarzeniem.

| Ma pan doświadczenia ze szpitala jednoimiennego, czyli z pierwszej linii frontu. Zapewne inaczej wyglądała kardiologia w czasie pandemii z pana perspektywy niż pana kolegów, którzy nie mieli nawet oddziału covidowego w swoim szpitalu. Jakie zmiany chciałby pan zaproponować PTK?

Moim zdaniem w PTK brakuje ciała, które nazywam komisją ekspercką, składającą się z prawników i ekonomistów znających się na ochronie zdrowia od strony legislacyjnej i ekonomicznej. Towarzystwo ma najlepszych ekspertów w dziedzinie kardiologii i oni przez stosowne struktury państwowe i samorządowe, przez parlament, powinni być proszeni o rady i opinie. Tymczasem jesteśmy proszeni najczęściej o to, żeby coś zatwierdzić, by się nazywało, że odbyły się tzw. konsultacje społeczne. Mamy zazwyczaj bardzo mało czasu, by się odnieść do konkretnego problemu. My, owszem, mamy wiedzę kliniczną, naukową, natomiast o efektywnym zarządzaniu pieniędzmi, o tym, na jakich wzorcach zagranicznych się oprzeć w kwestiach legislacyjnych, wiemy niewiele. Wydaje mi się, że PTK powinno stworzyć organ składający się z ekspertów w zakresie medycyny, prawa i ekonomii, korzystający z pracy wspomnianego biura eksperckiego. Nasze opinie i ekspertyzy będą wówczas dużo trudniejsze do obalenia niż obecnie.

Chciałbym też, żeby kardiologia znów stała się pożądaną specjalnością. Jeszcze 10 lat temu prawie każdy, kto kończył studia medyczne, chciał być kardiologiem, bo to była prestiżowa specjalizacja. W świetle tego, co się stało w kolejnych latach – przecen procedur i obniżenia dochodowości procedur kardiologii interwencyjnej, zarabianie pieniędzy w naszej dziedzinie stało się dużo trudniejsze przy jednoczesnej bardzo dużej odpowiedzialności i narażaniu zdrowia przez wyczerpujące dyżury. Spowodowało to, że absolwenci uniwersytetów medycznych wolą wybierać spokojniejsze specjalizacje, w których mogą zarobić równie dobrze, jeśli nie lepiej. Trzeba pomyśleć o ofercie dla młodych medyków w postaci stypendiów, grantów, żeby mieli za co się szkolić nie tylko w kraju, lecz także za granicą. Oczywiście PTK nie jest związkiem zawodowym, nie powinniśmy się zajmować pensjami, ale naszym zadaniem jest dążenie do ujednolicenia wycen procedur i spowodowanie równomiernego rozkładania profitów wynikających z działalności kardiologów. ■