

KARDIOLOGIA

W sieci niczego nie trzeba załatwiać, wszystko jest zorganizowane perfekcyjnie

O trudnych początkach, pozytywnym przełomie i ostatnich ważnych zmianach organizacyjnych w funkcjonowaniu sieci kardiologicznej mówi prof. dr hab. n. med. Tomasz Hryniewiecki, konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii.

Zaczęły obowiązywać nowe przepisy, które przeorganizowały funkcjonowanie Krajowej Sieci Kardiologicznej. Jakie to są zmiany i czemu służą?

Zmiany się pojawiają, bo pamiętajmy, że mamy do czynienia z pilotażem, co oznacza, że sieć jest w trakcie dopracowywania. Wykorzystujemy możliwości, które daje pilotaż. Chcemy, żeby to narzędzie było jak najbardziej sprawne i efektywne, jeśli chodzi o stosowanie przez lekarzy POZ i specjalistów. Żeby jak najlepiej służyło pacjentom. Początkowo pilotaż obejmował jedno województwo – mazowieckie. Radykalna zmiana zaszła wiosną tego roku, kiedy do sieci dołączono siedem województw. Celem ostatniej zmiany jest natomiast danie szansy ośrodkom dotychczas niezainteresowanym udziałem w programie na dołączenie do niego we wszystkich województwach i na każdym etapie pilotażu. Na początku, co jest naturalne, wiele placówek było sceptycznych, ale teraz na szczęście coraz więcej się przekonuje. Nie mogły one jednak dołączyć do programu. Nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia daje taką możliwość. Szczególnie zależy mi na ośrodkach z samego dołu drabiny, czyli na lekarzach POZ. Oczywiście z nimi jest najtrudniej, bo zwykle są zajęci, mają mało czasu na nowe programy. Poza tym mają kilka nowych korzystnych rozwiązań, takich tylko do swojej dyspozycji, np. budżet powierzony w opiece koordynowanej, traktowanej jako alternatywa dla Krajowej Sieci Kardiologicznej. I to jest dobry moment, żeby powiedzieć, że tak nie jest. Uważam, że te programy są komplementarne i nawet jeśli któryś z lekarzy rodzinnych korzysta z budżetu powierzonego, z opieki koordynowanej w obszarze kardiologicznym, to przecież dotyczy to diagnostyki. Po jej zakończeniu może skorzystać z sieci kardiologicznej w części terapeutycznej. Pamiętajmy, że jeżeli ustalimy rozpoznanie choroby kardiologicznej, to pacjenta trzeba skierować na leczenie do wyspecjalizowanego ośrodka. Dzisiejsza kardiologia to przede wszystkim zabiegi z zakresu elektrofizjologii, angioplastyka, czyli leczenie inwazyjne choroby wieńcowej, wad zastawkowych, wreszcie zabiegi kardiochirurgiczne. Współczesna kardiologia stoi zabiegami, i to zaawansowanymi technologicznie. Mogą być one wykonywane na najwyższym poziomie tylko w wyspecjalizowanych ośrodkach.

”

W sieci są pewne mechanizmy finansowe, które mają sprawić, żeby lekarz rodzinny sprawował stałą opiekę nad pacjentem w stanie stabilnym

I dlatego pacjent po ustaleniu rozpoznania powinien bardzo szybko trafić do takiego ośrodka, bo jeśli stanie się to na wcześniejszym etapie rozwoju choroby, wyniki leczenia będą lepsze. Jak mówiłem, sieć kardiologiczna dla lekarza POZ może być narzędziem komplementarnym do budżetu powierzonego, do opieki koordynowanej. Jeśli jednak lekarz POZ, lekarz rodzinny, nie korzysta z opcji diagnostycznych w budżecie powierzonym, może wysłać pacjenta od razu na konsultację kardiologiczną, zaczynając od poziomu diagnostyki, czyli od początku skorzystać z możliwości oferowanych w sieci kardiologicznej. Są dwie opcje i do każdej z nich gorąco lekarzy rodzinnych zachęcam.

Ale poszerzenie listy jednostek, które mają prawo kierować pacjentów do sieci, dotyczy nie tylko lekarzy rodzinnych.

Tak, zauważyliśmy, że problem z diagnostyką i leczeniem na najwyższym poziomie, w najlepszych ośrodkach, mają również lekarze z poradni kardiologicznych, lekarze chorób wewnętrznych, hipertensjologów. Jest duża grupa lekarzy, którzy chcieliby i powinni korzystać z możliwości przyspieszonej diagnostyki oraz leczenia na najwyższym poziomie, jaką daje Krajowa Sieć Kardiologiczna. Stąd te zmiany.

Jakie były pierwsze doświadczenia z Mazowsza, czy wpłynęły na korektę sieci?

Doświadczenia były dla mnie rozczarowaniem. Zbyt małe zainteresowanie lekarzy rodzinnych sprawiło, że na Mazowszu sieć kardiologiczna rozkręcała się powoli, choć wydawało się, że możliwość szybkiej diagnostyki i leczenia powinna być bardzo atrakcyjna i powszechnie wykorzystywana. Nie wszyscy jednak odpowiednio zareagowali – być może tak jest zawsze na początku funkcjonowania nowego systemu. Potem wiele ośrodków zmieniło zdanie i chciało dołączyć w trakcie pilotażu. Stąd zmiany. Przede wszystkim rozszerzyliśmy listę lekarzy mogących kierować do sieci, poza tym, nawet jeśli jednostka chce przystąpić do programu na późniejszym etapie, jest taka możliwość. Mam nadzieję, że wkrótce wszyscy będą mieli taką szansę, we wszystkich województwach. Zakładam też, że pilotaż zostanie skrócony, nie będziemy czekać kilka lat, analizując sytuację. Wydaje mi się, że nie mamy na to czasu w obecnej sytuacji



Foto: bioprac.pl

”

W sieci kardiolog jest konsultantem, który po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego odsyła pacjenta do lekarza kierującego. I to jest kluczowe – odsyła go, robiąc miejsce dla kolejnych pacjentów, którym trzeba ustalić rozpoznanie i zaproponować leczenie

i wszystkie narzędzia przyspieszające diagnostykę i leczenie muszą być uruchomione i dostępne dla wszystkich pacjentów w Polsce. Ministerstwo Zdrowia obiecywało, że w przyszłym roku pilotaż zostanie przyjęty już jako ustawa o sieci kardiologicznej. Było to zresztą zgłoszone jako jeden z kamieni milowych Krajowego Programu Odbudowy. Mam nadzieję, że to aktualne i że pilotaż będzie mechanizmem dostępnym dla wszystkich już w pierwszej połowie przyszłego roku. Oczywiście do tego czasu zastrzegamy sobie możliwość wprowadzania modyfikacji, które wynikają z jego funkcjonowania w kolejnych województwach. Nowe województwa szybko dołączają, zainteresowanie jest większe, niż było na Mazowszu. Mamy już ponad 12 tys. pacjentów i mam nadzieję, że będzie ich coraz więcej. Docierając do nas opinie

generalnie są pozytywne. Myślę, że to narzędzie się sprawdza, choć oczywiście zdaję sobie sprawę, że to zaledwie fragment potrzeb, również w kardiologii. Na razie program dotyczy czterech wybranych grup chorób, a więc nie wyczerpuje wszystkich problemów. Chodzi jednak o sam mechanizm, który ma przyspieszyć diagnostykę i leczenie pacjenta, czyli szybkie skierowanie go w odpowiednie miejsce. Wystarczy mieć podejrzenie, że może występować jedna z tych chorób, żeby skierować pacjenta na pierwszą wizytę do kardiologa konsultującego. Deklarujemy, że ta konsultacja odbędzie się w ciągu 4 tygodni. I na razie we wszystkich województwach udaje nam się zrealizować tę obietnicę.

Oczywiście w każdej terapii czas ma ogromne znaczenie, ale bardzo często podkreśla się to w onkologii i w kardiologii. W sieci czas, precyzja, przekazywanie pacjenta z miejsca do miejsca są najważniejsze.

Tak, to jest najważniejsze. W sieci nic nie trzeba załatwiać, wszystko jest perfekcyjnie zorganizowane i przewidziane. Są opracowane ścieżki, czyli wiadomo, gdzie i na jakie badania, w zależności od konkretnego rozwiązania, trzeba skierować pacjenta. Jest on prowadzony za ręką przez koordynatora opieki kardiologicznej, którym bardzo często jest doświadczona sekretarka – ona dokładnie wie, co i kiedy zrobić. Wie też, jak zareagować, jeśli pacjent nagle gorzej się poczuje. Przecież chodzi też o to, żeby zareagować, nawet jeśli trzeba zrezygnować z całego pięknie opracowanego planu terapii w sieci. Jeśli stan chorego się pogarsza, należy natychmiast skierować go do szpitala. Nawet jeśli pacjent czeka w kolejce, chodzi o to, żeby

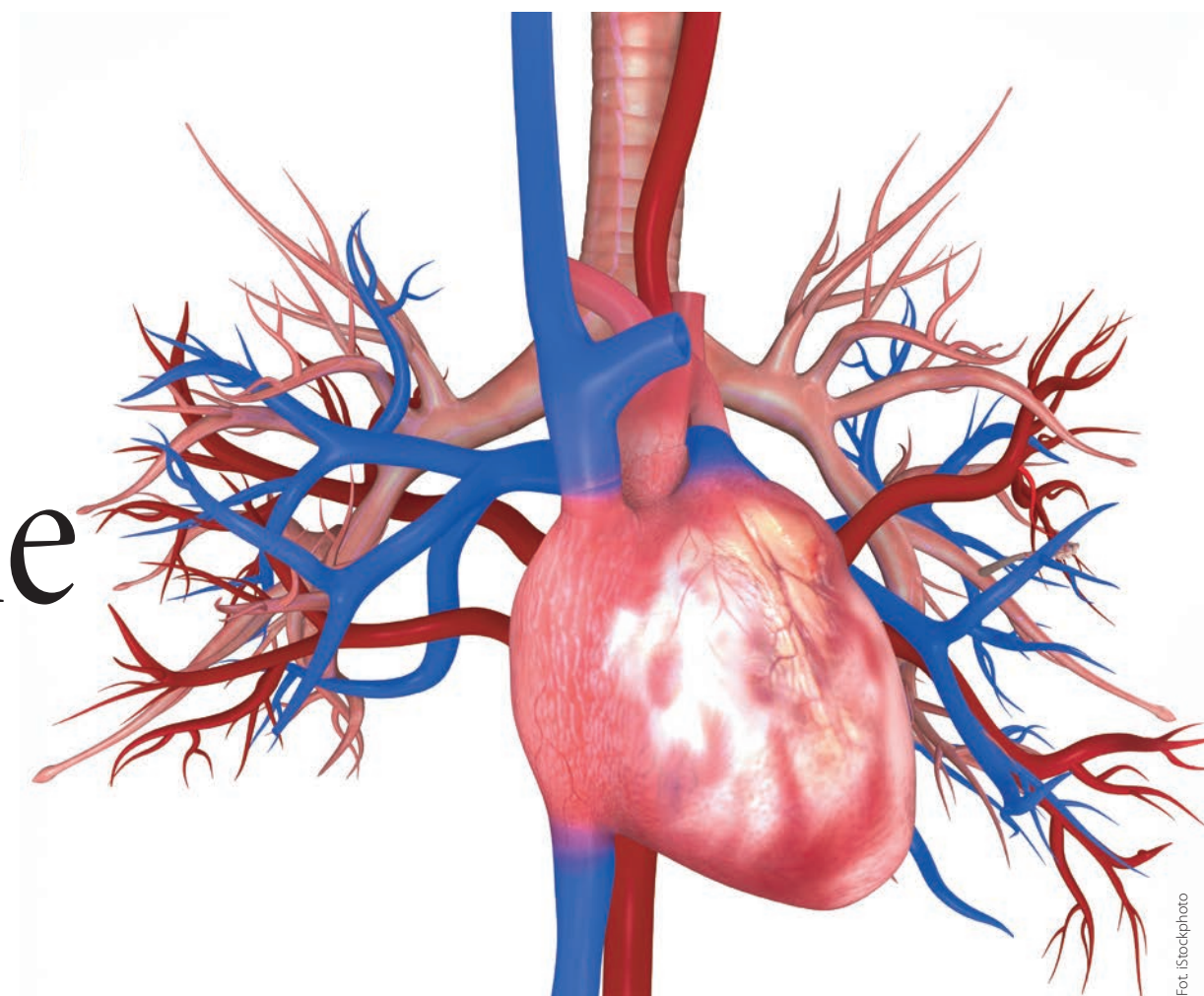


Foto: iStockphoto

oczekiwanie było bezpieczne, to znaczy, żeby ktoś je monitorował. Pacjent musi mieć bezpośredni i stały kontakt z koordynatorem opieki kardiologicznej, a jeśli alarmuje, reakcja powinna być natychmiastowa. Nie może być tak, że po wystawieniu skierowania pacjent trafia do kolejki i już nikt nie wie, co się z nim dzieje. To zbyt duże ryzyko. Bardzo często pada pytanie: „jak to jest możliwe, że tyle lat mówi się o skracaniu kolejek, a w sieci kardiologicznej potrafiacie tego dokonać?”. Zwracam uwagę na jedną rzecz, która odróżnia sieć kardiologiczną od wszystkich innych propozycji. Chodzi o rolę kardiologa w systemie. W sieci kardiolog jest konsultantem, który potwierdza wstępne rozpoznanie lekarza rodzinnego albo nie, proponuje najlepsze możliwe leczenie, prowadzi je, a po zakończeniu procesu diagnostyczno-terapeutycznego odsyła pacjenta do lekarza kierującego. I to jest kluczowe – odsyła go, robiąc miejsce dla kolejnych pacjentów, którym trzeba ustalić rozpoznanie i zaproponować leczenie. Czyli jest to kardiolog konsultant, a nie kardiolog sprawujący stałą opiekę nad pacjentami, także w stanie stabilnym, i de facto wypisujący recepty. To drugie jest atrakcyjne dla pacjenta, który czuje się bez-

”

Pacjent musi mieć bezpośredni i stały kontakt z koordynatorem opieki kardiologicznej. Nie może być tak, że po wystawieniu skierowania trafia do kolejki i już nikt nie wie, co się z nim dzieje. To zbyt duże ryzyko

piecniej, bardzo często atrakcyjne dla lekarza, bo kontynuacja farmakoterapii wymaga mniejszego wysiłku, ale bardzo niekorzystne dla systemu i dla pacjentów czekających w kolejce. Dlatego filozofia sieci kardiologicznej oznacza radykalną zmianę i daje szansę na skrócenie kolejek. Bo problem tkwi nie w liczbie kardiologów – na Mazowszu są kolejki, mimo że mamy dwa razy więcej kardiologów niż średnia europejska. Rozwiązaniem nie jest więc zwiększanie liczby kardiologów, tylko zmiana systemu. Musimy lepiej wykorzystywać świetnie wykształconych specjalistów, dając im zadania adekwatne do ich umiejętności.

Zmiana mentalności następuje bardzo powoli, dlatego że pacjenci chcą się leczyć u specjalistów, a lekarzom rodzinnym wydaje się, że ich rolą jest przekazanie chorego do specjalisty i nie ma już właściwie drogi powrotu – tak mają trochę zakodowane.

Tak, to wynika też z regulacji organizacyjnych i finansowych, bo lekarz rodzinny dostaje stawkę kapitałową i najtrudniejszych pacjentów odsyła do specjalistów. W sieci natomiast są pewne mechanizmy finansowe, które mają temu zapobiegać i sprawić, żeby lekarz rodzinny sprawował stałą opiekę nad pacjentem w stanie stabilnym. Jeżeli coś się stanie, a przecież może się tak zdarzyć mimo prawidłowego rozpoznania i dobrze zaplanowanej terapii, znowu może skierować pacjenta do sieci kardiologicznej. Tam nastąpi modyfikacja leczenia i pacjent ponownie zostanie odesłany do lekarza kierującego. Wtedy ten system, moim zdaniem, będzie działał. Zresztą to dotyczy nie tylko kardiologii, lecz każdej specjalności. W kardiologii jednak, jak wspominałem, jest to szczególnie ważne i potrzebne, bo to specjalność w dużej części zabiegowa.

Iwona Konarska

28 sierpnia opublikowano nowelizację rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej. Zmiany dotyczą stworzenia różnym podmiotom większych możliwości dotarcia do sieci „tu i teraz”.

W nowelizacji zapisano możliwość zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej przez ośrodki wchodzące w jej skład – dotyczy to także ośrodków kierujących pacjenta na kwalifikację do programu pilotażowego z województw: dolnośląskiego, łódzkiego, małopolskiego, mazowieckiego, pomorskiego, śląskiego i wielkopolskiego. Przypomnijmy, że do podstawowych zadań Krajowej Sieci Kardiologicznej należy objęcie opieką pacjentów z opornym nadciśnieniem tętniczym, wadami zastawkowymi, zaburzeniami rytmu i przewodzenia oraz niewydolnością serca. Celem programu jest przyspieszenie i uproszczenie diagnostyki pacjentów kardiologicznych. W praktyce oznacza to, że pacjent zapisujący się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ciągu 30 dni trafia pod opiekę specjalisty kardiologii, otrzymuje w tym czasie diagnozę oraz wsparcie koordynatora. Jednym z kluczowych założeń programu jest poprawa opieki ambulatoryjnej, aby unikać hospitalizacji. Głównym koordynatorem programu jest Narodowy Instytut Kardiologii Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowy Instytut Badawczy w Warszawie.

Dokument, o którym mowa, jest dostępny na stronie internetowej „Dziennika Ustaw”: www.dziennikustaw.gov.pl/DU/2023/1721.