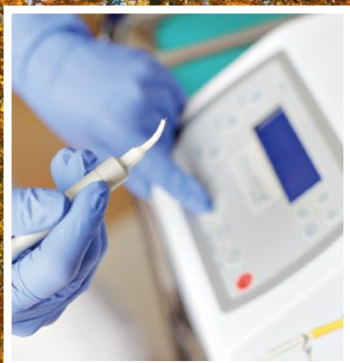


OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Dużo zapowiedzi
- rosnące obawy
pacjentów**

LECZENIE



**Laseroterapia w NTM
- czy to działa?**



WYWIAD



**Podążamy tym samym
rytmem co Europa**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Gdzie jesteśmy
i dokąd zmierzamy**



LEGISLACJA



**Najważniejsze zmiany
w prawie**

Podążamy tym samym rytmem co Europa

Z prof. Arturem Antoniewiczem, konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, rozmawia Tomasz Michałek

Nie po raz pierwszy uczestniczy Pan aktywnie w szkoleniach lekarzy rodzinnych na tematy związane z rozpoznawaniem i leczeniem chorób układu moczowo-płciowego. Przed kilku laty był Pan koordynatorem, ze strony Polskiego Towarzystwa Urologicznego, cyklu szkoleń dla lekarzy rodzinnych i lekarzy internistów, obecnie wyklada Pan w cyklu szkoleń pt. „Oblicza współczesnej interny i medycyny rodzinnej”. Jak ocenia Pan znaczenie POZ na polu problemów urologicznych?

Jestem przekonany, że - wzorem krajów rozwiniętych - kompetencje lekarzy rodzinnych będą znacząco się rozszerzać w miarę zawężania pola działania specjalistów. Dotyczy to również zagadnień urologicznych. W toku analizy map potrzeb zdrowotnych w Polsce dla potrzeb Ministerstwa Zdrowia, zaobserwowaliśmy niepokojące zjawisko utrudnionej dostępności specjalistów, którego przyczyną są m.in. wielokrotne wizyty u urologa tego samego chorego w ciągu roku. Taki chory najczęściej przychodzi ponownie po receptę lub w celu kontroli itp. W tym samym czasie chory np. z krwiomoczem oczekuje kilka miesięcy w kolejce do tego samego specjalisty. Taka sytuacja jest niedopuszczalna. W celu poprawy jakości ochrony zdrowia, w szczególności zaś dla osób poważnie chorych np. na nowotwory układu moczowo-płciowego (rak nerki, prostaty, pęcherza moczowego, jądra, prącia i in.), należy zatem poszukiwać sposobów na odciążenie specjalistów urologów od chorych zgłaszających się do AOS z powodu nieskomplikowanych i potencjalnie niegroźnych stanów chorobowych poprzez pozostawienie ich pod nadzorem lekarza POZ. Chodzi m.in. o chorych z niepowikłanym zakażeniem dróg moczowych, mężczyzn cierpiących z powodu łagodnego rozrostu stercza, kobiety zgłaszające objawy pęcherza nadaktywnego, przewlekłe chorych na kamień moczową, czy mężczyzn cierpiących na zaburzenia erekcji. Stanowią oni wielotysięczną rzeszę chorych, u których w większości przypadków rozpoznanie jest proste, a przede wszystkim może być wdrożone skuteczne leczenie farmakologiczne. Dlatego sądzę, że szkolenia z wybranych zagadnień urologicznych dla lekarzy rodzinnych, lekarzy chorób wewnętrznych, lekarzy ogólnych,



lekarzy sprawujących opiekę nad chorymi w zakładach pomocy społecznej, w tym domach późnej starości i w hospicjach, są bardzo potrzebne.

Z tego co pamiętam również jednym z tematów tych szkoleń jest nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn.

Rzeczywiście, tematy szkoleń są dopasowywane do oczekiwań uczestników. Problem nietrzymania moczu u obojga płci nie jest w Polsce rozwiązany. Świadczy o tym m.in. fakt, że w Polsce implantowanych jest jedynie kilkanaście sztuk sztucznego zwieracza cewki moczowej rocznie. Trzeba sobie zadać pytanie, dlaczego tak jest? Jedną z możliwych odpowiedzi jest taka, że nikt z lekarzy sprawujących opiekę nad chorym po operacji nie był w stanie wykryć problemu i pokierować nim tak, żeby trafił do ośrodka, w którym takie operacje wykonuje się na co dzień. Takich ośrodków w Polsce jest co najmniej kilka. Nie ma żadnych limitów dotyczących wykonywania tej metody, w pełni refundowanej przez NFZ od ponad 10 lat. Drugim zagadnieniem jest fakt nagminnego kierowania kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu do ginekologa, podczas gdy adresem problemu z definicji jest urolog. Krzewiąc podstawową wiedzę urologiczną, zależy nam, żeby lekarz rodzinny, po pierwsze zadał

sobie trud zbadania, czy problem nietrzymania moczu u danego pacjenta w ogóle występuje, a po drugie odpowiedzialnie pokierował chorego do leczenia specjalistycznego. Kluczem do sukcesu jest szczerą rozmowa z chorym i badanie fizykalne bez bielizny, ponieważ tylko w ten sposób można zidentyfikować obecność pieluchy, wkładki, często zapach moczu. Zachęcamy również lekarzy rodzinnych do badania mężczyzn po 50. r.ż. palcem przez odbytnicę (DRE), szczególnie wtedy, gdy skarżą się na dolegliwości ze strony dróg moczowych. Ułatwiamy rozpoznawanie typu nietrzymania moczu poprzez zidentyfikowanie nietrzymania moczu z parcia, gdzie wystarczy, oprócz dzienniczka mikcji, zadać jedno kluczowe pytanie: „Czy epizodowi gubienia moczu towarzyszy odczucie parcia na mocz, czy niepowściągliwa chęć oddania moczu, w efekcie czego dochodzi do niekontrolowanego oddania moczu?”. W razie potwierdzenia takich objawów przy

braku cech zakażenia układu moczowego, leczenie farmakologiczne solifenacyną 1x5 mg jest postępowaniem z wyboru.

W dalszym postępowaniu - o ile nie uzyska się poprawy w wyniku leczenia I rzutu, kierujemy uwagę tych lekarzy na stosowanie mirabegronu oraz toksyny botulinowej. Mając wyznaczoną ścieżkę terapeutyczną, specjaliści urologów są w stanie ją zrealizować, pod warunkiem jednak, że na samym początku chory zostanie odpowiednio pokierowany.

A jak to wygląda w przypadku wysiłkowego NTM?

Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet najczęściej wiąże się z zaburzeniami statyki narządu rodowego. Stąd tu właśnie, w tej dziedzinie, występuje polaryzacja poglądów, opinii, na temat tego, gdzie takie chore należy kierować. Bo nie ulega wątpliwości, że panie, u których stwierdzono zaburzenia statyki narządu rodowego pod postacią cystocele, rektoccele, uretrocele, czyli zestawu wad nabytych, wynikających z zaburzeń funkcjonowania przepony dna miednicy, łączące się razem z nietrzymaniem moczu, powinny być leczone w wyspecjalizowanych ośrodkach i w ścisłej współpracy kompetentnych urologów i ginekologów. I właśnie taką wizję uroginekologii staramy się krzewić.

Panie Profesorze, to co ma zrobić pacjentka ze zdiagnozowanym wysiłkowym NTM, i podam tu konkretny przykład jednego z podwarszawskich szpitali prywatnych, która dowiaduje się, że na oddziale urologii proponuje się jej taśmy TVT lub TOT, natomiast na oddziale ginekologii leczenie laserowe. Dodam, że ceny za obydwa oferowane świadczenia są bardzo zbliżone.

Takie zestawienie mocno mnie zaskakuje, ponieważ nie bardzo sobie wyobrażam, żeby u chorej, u której występuje wysiłkowe NTM, które kwalifikowane jest do leczenia chirurgicznego, można było uzyskać porównywalne wyniki odległe za pomocą laseroterapii. Sądzę, że ten przykład ilustruje nadużywanie metod o wątpliwej skuteczności w kategoriach medycyny opartej na dowodach naukowych (evidence based medicine) przez różnorodnych świadczeniodawców. Należy do nich również bardzo spektakularny przykład nadużywania metod laserowych wzdłuż zachodniej granicy Polski przez ośrodki prowadzone przez polskich lekarzy urologów w Niemczech. Tego typu praktyki oceniam bardzo negatywnie i uważam, że nie powinny być stosowane w publicznym systemie ochrony zdrowia.

A jeżeli jest to chora, która jeszcze nie kwalifikuje się do operacji?

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi postępowania, chora z umiarkowanym czy z początkowym stadium wysiłkowego nietrzymania moczu powinna być poddana fizykoterapii. To jest pierwszy punkt zaleceń międzynarodowych. Natomiast nie mamy jeszcze w Polsce wypracowanej dobrej tradycji do stosowania

tego rodzaju terapii, jak np. biofeedback. Ćwiczenia mięśni Kegla, powszechnie znane wśród nastolatek, na ogół nie docierają do świadomości sześćdziesięcio- i siedemdziesięcioletnich kobiet. Perspektywa wprowadzenia sobie własnych palców do pochwy i odczuwania napięcia mięśni pochwy jest, jak z mojej praktyki lekarskiej wynika, pewnego rodzaju utopią. Stąd uważam, że warte uwagi są metody fizykoterapii powszechnie stosowane w innych krajach, np. w krajach Beneluksu, Skandynawii, gdzie z chorymi można o tych problemach otwarcie rozmawiać, a one to rozumieją, współpracują, tworzą grupy terapeutyczne itp. Jeżeli ta chora ma wyjaśnione - wracając do przykładu - że zgodnie z zaleceniami trzeba zacząć od metod fizykoterapii, zmienić styl życia, zwiększyć aktywność fizyczną, zadbać o dietę, rzucić palenie, a przy okazji zaznajomić się ze swoją fizjologią, próbować ćwiczyć mięśnie miednicy mniejszej napinając je, wziąć do tego broszurę i być może poddać się laseroterapii, proszę bardzo. Ważne jest, aby tymi sposobami wzmocnić zainteresowanie chorej tym tematem, co pozwoli wyeliminować konieczność interwencji chirurgicznej u nawet 20-30% chorych.

Mamy przykłady nadużywania metody wstrzykiwania substancji obliterujących okołocewkowo zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Metody te są na ogół mało efektywne, a za to tym idzie bardziej kłopotliwe, bo utrudniają lub wręcz uniemożliwiają implantacje sztucznego zwieracza cewki. Substancja wstrzykiwana okołocewkowo w celu jej uciśnięcia, przypomina konsystencją pastę, natomiast w chwili, kiedy się chorego reoperuje, jest już czymś w rodzaju masy cementowej. Kiedy następnie takiej osobie próbuje się pomóc chirurgicznie, okazuje się, że ta masa penetruje w nieznanym kierunku, powoduje odczyn zapalny wokół ciała obcego, nie daje się potem usunąć, bo nie jest skonsolidowana. Wszczepienie mankietu sztucznego zwieracza cewki moczowej do miejsca spenetrowanego przez te depozyty jest po prostu niewykonalne. Dlatego zwracam uwagę na fakt, że metod leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu w różnym stopniu nasilenia oraz o różnym charakterze jest wiele i trzeba je stosować zgodnie z zasadami sztuki lekarskiej.

Jeżeli mówimy o nieodwracalnych skutkach niektórych terapii, to chciałbym na chwilę jeszcze wrócić do założenia taśm, które stały się w Polsce popularną terapią. Akurat to świadczenie jest w naszym kraju dobrze wyceńnione, refundowane w 100%, stąd liczba kobiet, które się decydują na tego typu zabieg rośnie, natomiast rośnie też niestety liczba pacjentek, które potem szukają pomocy z powodu powikłań i są poddawane reoperacjom. Najczęściej wynika to z tego, że albo taśma nie została założona prawidłowo, albo materiał, który został użyty był bardzo kiepskiej jakości, albo w ogóle nie powinna być jej zakładana tego typu taśma, bo tak naprawdę przeważał u niej

komponent nietrzymania z parcia, a nie wysiłkowe nietrzymanie moczu. Jak Pan skomentuje to zagadnienie?

Tu wchodzimy na bardzo ważne pole. Nie dysponujemy pełnymi informacjami, chociaż zamierzam przeanalizować dane Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem poziomu reoperacji w wysiłkowym NTM. Z pewnością pozwoliłyby one bardzo zobiektywizować ten problem, momentami niezwykle wyrazisty.

Zagadnienie związane z powikłaniami oraz nieefektywnym wszczęciem taśmy, bo albo, tak jak pan powiedział, niewłaściwie wybrano metodę, albo niewłaściwie wybrano materiał, albo niewłaściwie wybrano sposób, to już sama technika chirurgiczna. Moment, gdzie nastąpił element niewłaściwego postępowania, jest bardzo ważny. Wiadomo, że we wszystkich metodach leczenia chirurgicznego możemy się spodziewać powikłań oraz, że metody chirurgicznie najogólniej nie są nigdy w stu procentach skuteczne. W przypadkach trudnych, powikłanych, mamy do czynienia z potrzebą powoływania ośrodków referencyjnych. Tylko w takich warunkach, kiedy ściśle współpracuje urolog i ginekolog, można rozwiązywać złożone problemy na polu zespołu wielodyscyplinarnego. Mamy przykłady operacji, w których dwa zespoły pracują jednocześnie, przykładowo zespół ginekologiczny operuje przezpochwowo, a drugi zespół urologiczny przezpęcherzowo jednocześnie u tej samej chorej. Wycięcie taśmy, albo kilku taśm „wgrzyzających się” w cewkę moczową lub w pęcherz moczowy, wnikających w strukturę moczowodu, cewki moczowej, albo pęcherza nie jest rzeczą łatwą. Temat, który pan poruszył w tym pytaniu, to jest tak zwana „wyższa szkoła jazdy”. Tu, moim zdaniem, niezbędny jest zespół wielodyscyplinarny, podobnie jak w przypadkach jednoczesnych zaburzeń statyki narządu rodno i wysiłkowego nietrzymania moczu. Natomiast tam, gdzie izolowany problem dotyczy narządu rodno w postaci jego wypadania, gdzie przywrócenie właściwego umiejscowienia narządu rodno eliminuje problem, urolog nie jest potrzebny. Mam tutaj na myśli operacje laparoskopowe z użyciem siatek, którymi współcześnie najlepiej operuje się zaburzenia statyki narządu rodno, wzmacnia dno miednicy, podpira pęcherz moczowy lub macicę. Tego rodzaju rekonstrukcje miednicy wymagają kompetentnych działań na polu ginekologii rekonstrukcyjnej. Reasumując, widzę zasadnicze miejsce dla działalności urologicznej na polu nietrzymania moczu, działalności urologiczno-ginekologicznej na polu skomplikowanych, trudnych przypadków, powikłań i reoperacji, kiedy musi być zapewniona współpraca między zespołami, i izolowanych problemów na polu ginekologii rekonstrukcyjnej, w które w żaden sposób jako urolog nie interferuję.

Panie Profesorze, a jeżeli faktycznie nie uda się pomóc osobie z NTM? Co wtedy by Pan zalecił: samocewnikowanie, worki do zbiórki moczu, środki absorpcyjne?

Samocewnikowanie nie jest metodą leczenia nietrzymania moczu. Z punktu widzenia ściśle medycznego, tam, gdzie mówimy o zagrożeniu zdrowia i życia, nietrzymanie moczu nie stanowi dużego problemu. W sytuacjach skrajnych można brać pod uwagę nadpęcherzowe odprowadzenie moczu w postaci np. urostomii brzusznej. U osób starszych, obciążonych, gdy leczenie chirurgiczne nie może być stosowane, środki absorpcyjne pozostają najczęściej koniecznością.

Z nietrzymaniem moczu można żyć. Pytanie, jak ten komfort życia na tyle wysoko ustawić, żeby człowiek mógł normalnie funkcjonować?

Zdajemy sobie wszyscy sprawę, że życie z nietrzymaniem moczu osoby dorosłej jest gehenną. Dlatego zawsze należy poszukiwać sposobu rozwiązania problemu, nie zawsze jednak metodami chirurgicznymi. W razie wyczerpania innych możliwości, najlepszym rozwiązaniem dla mężczyzny jest cewnik zewnętrzny.

Czyli worek do zbiórki moczu.

To jest prezerwatywa dopasowana rozmiarem do wielkości prącia przez np. kompetentną pielęgniarkę i połączona szczelnie z workiem na mocz przymocowanym do uda. Rozwiązane skuteczne, tanie i bezpieczne.

Proszę mi powiedzieć, czy widzi Pan jakąkolwiek rolę urologa w dopasowaniu środka absorpcyjnego?

Dobre pytanie, trochę prowokacyjne. Mam pewne doświadczenia w dobieraniu środków u osób, u których problem występuje z natury urologicznej tymczasowo. Bo to dotyczy chorych po radykalnej prostatektomii, u których w pierwszej fazie po usunięciu cewnika najczęściej potrzebna jest pielucha dla dorosłych, zwykle dwie, nawet trzy na dobę, natomiast w ciągu pierwszych dni po usunięciu cewnika sytuacja poprawia się do stopnia, w którym można już przejść na wkładki. I dobór wkładek jest już zadaniem, w którym na ogół urolog, mam wrażenie, nie uczestniczy, a powinien. Przynajmniej powinno się uprzedzić chorego, jakich ma dokonać zakupów, szczególnie jeśli chodzi o rodzaj wkładek i ich chłonność.

Chodzenie dla mężczyzny w wielkiej pieluchomajtce, a w małej wkładce to jest jednak różnica.

Zdecydowanie tak. Dotknął pan bardzo interesującego zagadnienia, pewnej, nazwijmy to, logiki zdarzeń. Naszemu pacjentowi po radykalnej prostatektomii zazwyczaj towarzyszy albo małżonka, albo dziecko czy dzieci. Więc to nie jest sytuacja, w której ten człowiek jest sam. Dlatego możemy za ich pośrednictwem uświadomić, że sytuacja będzie się zmieniać, że z czasem pozwoli na zmniejszenie i liczby, i wielkości, i chłonności tych środków. I tutaj właśnie widzę rolę urologa w uświadomieniu tego procesu. Na całym świecie uznajemy, że jedna wkładka higieniczna, ta najmniejsza, stosowana u chorych po radykalnej prosta-

tektomii na okoliczność gubienia okazjonalnego kilku kropli moczu podczas kaszlu, kichania, podnoszenia ciężaru, zmiany pozycji ciała itd., to nie jest nietrzymanie moczu, mimo że formalnie definicję nietrzymania moczu spełnia. Jak wiadomo, do stanu, w którym nietrzymanie moczu przestaje się zmieniać, mija nawet kilkanaście miesięcy. Tak wynika z twardych danych naukowych. Najczęściej chory przychodzi po miesiącu, mówi: „stosuję trzy wkładki, po drugim miesiącu ciągle dwie, a po trzecim zostałem na jednej i w zasadzie jest już sucha”. To jest już ten moment, w którym to pacjent wybiera sposób zaopatrzenia.

Pozostańmy jeszcze chwilę przy pacjentach z nowotworem prostaty. Chciałbym zapytać o grupę pacjentów z zaawansowanym rakiem stercza. W przypadku tych osób, w zeszłym roku dużo się zmieniło. Minister zdrowia poszerzył program lekowy dedykowany właśnie dla mężczyzn z zaawansowanym rakiem prostaty do trzech leków: abirateronu, enzalutamidu i dichlorku radu 223. Razem z tą decyzją poszerzono też grupę lekarzy uprawnionych do realizacji tego programu lekowego o urologów. Jak Pan ocenia z perspektywy 10 miesięcy tę zmianę?

Na pewno zbyt mało urologów weszło w ten program. Ten program, jak i inne programy lekowe, były przez wiele lat realizowane wyłącznie w ośrodkach onkologicznych przez onkologów. To oni nabrali wprawy organizacyjnej, to oni mają odpowiednie kadry do prowadzenia działań administracyjnych związanych z realizacją programu. Uważam, że bardzo dobrze się stało, że pojawił się tutaj wreszcie urolog. W ten sposób naśladowujemy dobrą praktykę lekarską w rozwiniętych krajach Europy. Ocena stopnia zaawansowania, samo rozpoznanie choroby, mam na myśli w ogóle chorych z rakiem gruczołu krokowego oraz wybór strategii postępowania i wreszcie nadzór nad chorym, jest rolą urologa. Warto to podkreślać, żeby uniknąć jakiegoś dualizmu, który w polskich warunkach, z chwilą pojawienia się programu DiLO, skutkowało częstymi wizytami chorych z podwyższonym PSA u onkologa. To jest kompletne nieporozumienie! Wiedza urologiczna na te tematy jest pełna, kongresy urologiczne w kraju i za granicą zapewniają dostęp do najnowszych danych naukowych i wytycznych postępowania. Natomiast organizacja pozostała jeszcze ciągle na niskim poziomie. Trzeba stworzyć warunki do realizowania tych programów w ośrodkach urologicznych przez urologów.

Wspomniał Pan, że chemioterapia w sposób oczywisty jest jakby zarezerwowana dla onkologów, natomiast mówił Pan też o leczeniu nowoczesnymi lekami, właśnie w ramach programu lekowego przed chemioterapią. Czy dostęp do tylko jednego leku, abirateronu, jest wystarczający Pana zdaniem?

To się wszystko dzieje w ślad za zmieniającymi się wytycznymi międzynarodowymi. Jestem absolutnie spokojny o to, że proces zmian w Polsce odzwierciedla proces

zmian w rozwiniętych krajach Europy i podąża tym samym rytmem. Jeżeli jest trochę opóźniony, to bez wątpienia w miarę posiadania nowej wiedzy o charakterze evidence based medicine, zmian wytycznych międzynarodowych, z pewnym opóźnieniem te same zmiany docierają do nas. Spodziewam się, że niedługo dojdzie do poszerzenia możliwości leczenia enzalutamidem przed chemioterapią, najprawdopodobniej pojawią się też nowe substancje w przerzutowym opornym na kastrację raku stercza. Kiedy jednak mówimy o poszerzeniu zakresu terapii refundowanych, to musimy zwracać uwagę, jakie mamy efekty kliniczne, a jakie mamy tego konsekwencje ekonomiczne, które nie dotyczą tylko i wyłącznie kosztów związanych z zakupem leku, ale również wynikają z konieczności leczenia powikłań polekowych. Tak jest na przykład z przerzutowym rakiem nerki, gdzie skuteczność leczenia wiąże się z ważną z punktu widzenia klinicznego chorobowością. Nie mam wątpliwości, że chorzy na zaawansowane nowotwory układu moczowo-płciowego w Polsce mogą być skutecznie leczeni i to jest dowodem na znaczący postęp.

Chciałbym jeszcze wrócić do nietrzymania moczu z parcia, bo najmniej chyba czasu temu poświęciliśmy. Wspomniał Pan o istniejącym scenariuszu leczenia, gdzie po terapiach behawioralnych przychodzi czas na farmakologię. W 2011 roku pojawiło się coś takiego na liście leków refundowanych jak „zespół pęcherza nadreaktywnego”, a wraz z nią dwie substancje lecznicze: solifenacyna i tolterodyna, które są dostępne w refundacji do dzisiaj.

Jeżeli trafia chora z objawami nietrzymania moczu z parcia i te objawy są wyraziste, to według współczesnych wytycznych należy zastosować jeden z tych leków w niskiej dawce jakby „na próbę”, uświadomić chorej naturę tego problemu, spróbować rozwiązać problem za pomocą farmakoterapii, a w razie braku odpowiedzi lub niewystarczającej odpowiedzi, zastosować większą dawkę. Jeżeli to nie rozwiąże problemu, należy dołączyć inny lek, zmienić lek na inny lub zmienić strategię leczenia.

Tylko, że kolejne leki już nie są refundowane. Czy nie warto stworzyć drugiej linii leczenia farmakologicznego?

Z całą pewnością tak, tym bardziej że problem dotyczy wąskiej grupy chorych. Powtórne badanie urodynamiczne prawdopodobnie byłoby kluczem do odpowiedzi na pytanie, czy pacjentki z objawami overactive bladder nieustępującymi po standardowych sposobach terapii tolterodyną, solifenacyną, stosowanymi w odpowiedniej dawce i odpowiednio długo, mają szansę być leczone mirabegronem. W razie niepowodzenia kolejnym krokiem jest toksyna botulinowa podawana dopęcherzowo.

A neuromodulacja? Może Pan powiedzieć czytelnikom, kiedy wreszcie będzie dostępna w polskich szpitalach?

Nie mam wątpliwości, że neuromodulacja korzeni nerwów krzyżowych będzie w Polsce dostępna. Nie wyobrażam sobie, żeby ta metoda mogła być stosowana w większej liczbie ośrodków niż trzy, maksymalnie pięć. Natomiast musimy zdawać sobie sprawę z tego, że tylko część z pacjentów będzie prawdziwymi beneficjentami tej metody. Między innymi z tego powodu terapia ta nie jest tak wysoko oceniana w wytycznych międzynarodowych. Opinie na temat wyników leczenia tą metodą nie są jednoznacznie pozytywne i jako argument przytacza się fakt, że być może nie wszystkim chorym właściwie zaimplementowano neuromodulator.

Czyli kryterium kwalifikacji nie było do końca dobrze określone?

I z tego powodu wprowadzono jako standard w tej metodzie implantację próbną. Pozwala ona ocenić wstępnie wyniki leczenia, dokonać regulacji położenia elektrod i wykluczyć z finalnej implantacji tych, u których neuromodulacja nie działa. I myślę, że ta druga determinanta w rozwoju tej metody w naturalny sposób będzie ograniczać jej nadużywanie, a tego obawia się płatnik. Wracając do pana pytania, to nie rozumiem do końca motywów, które stoją u podstaw wstrzymywania decyzji ministra zdrowia o włączeniu neuromodulacji do listy świadczeń gwarantowanych. Z drugiej strony, wprowadzenie tej metody do praktyki klinicznej, to poważne wyzwanie dla środowiska urologicznego, które musi się wykazać motywacją i kompetencją na etapie jej wprowadzania. To jest poważne zadanie i nie mam dziś

pewności, czy przyjdzie nam łatwo je zrealizować.

Na koniec chciałem zapytać o rolę konsultanta krajowego w dziedzinie urologii. Jakby Pan ją określił w trzecim roku sprawowania tej funkcji?

Zadania konsultanta determinuje ustawa z 2008 roku o konsultantach w ochronie zdrowia. I ona jasno pozycjonuje konsultanta jako osobę wyznaczoną do realizowania zadań adresowanych przez najszerzej pojęty resort zdrowia, do którego oprócz Ministerstwa Zdrowia i jego agend należą NFZ, AOTMiT, CEM, CMKP i wiele innych. Konsultant krajowy ma szereg obowiązków, które możemy wyczytać z tej ustawy, a które nie mają nic wspólnego z tym, jak jego funkcja jest postrzegana. Dla niektórych konsultant powinien być rzecznikiem pacjentów, dla innych reprezentantem środowiska. W rzeczywistości zaś ma realizować zadania określone w ww. ustawie. W moim przypadku współpracuję ściśle z ZG PTU, którego jestem członkiem *ex officio*, a także osobiście – z Prezesem PTU prof. Piotrem Chłostą z Krakowa, który aktywnie wspiera i umacnia rolę konsultanta krajowego w ścisłej współpracy z towarzystwem naukowym. Ufam, że współpraca ta dobrze służy urologii w Polsce, czego najlepszym przykładem jest europejski egzamin specjalizacyjny z urologii EBU lub szereg inicjatyw związanych z poprawieniem jakości świadczeń zdrowotnych na polu urologii. Przed nami poważne zmiany, wierzę, że zmiany na lepsze.

Dziękuję za rozmowę.

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W PRZYKŁADOWE WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Cewniki urologiczne		Aparaty słuchowe		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących
dolnośląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
kujawsko -pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
lubuskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
łódzkie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
małopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
pomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
warmińsko -mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
wielkopolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

nb - na bieżąco; bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji)

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu ☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z wojewódzkich oddziałów NFZ - stan na 31.08.2018