

nr 3 (14) 2005
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)



Badanie urodynamiczne

**Lista pracowni urodynamicznych na Mazowszu
NTM a nowotwór**

I co dalej?

Wiem, że nic nie wiem. Tak w skrócie można ocenić pierwsze kilkanaście dni po wyborach parlamentarnych.

Na kilka tygodni przed wyborami parlamentarnymi Redakcja *Kwartalnika NTM* rozesała ankiety do ośmiu największych partii politycznych w Polsce prosząc ich przedstawicieli o odpowiedzi na następujące pytania:

- 1) Jakie zmiany planują Państwo wprowadzić w polityce lekowej (refundacja leków generycznych oraz innowacyjnych)?
- 2) Jakie zmiany planują Państwo wprowadzić w polityce dot. refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych?
- 3) Czy planowana jest zmiana wielkości kosztów świadczeń dla ubezpieczonych w zakresie przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych?
- 4) Czy przewidują Państwo zmianę systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze? (Jak miałyby wyglądać ta zmiana?)
- 5) W jaki sposób zamierzacie Państwo wpłynąć na sytuację osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych?

Jako jedyna odpowiedziała Partia Demokratyczna, która z bardzo słabym wynikiem nie wprowadziła swoich przedstawicieli do parlamentu. Inne partie pomimo wielokrotnych deklaracji nie odważyły się ujawnić swoich planów. Pewnie z punktu widzenia strategii politycznej zrobiły dobrze, wychodząc z założenia, że lepiej nie zobowiązywać się do czegoś co potem może im zostać przypomniane. Niestety, takie podejście zarówno partii politycznych jak i samych wyborców zaczyna być coraz bardziej powszechne. Łatwiej i przyjemniej jest głosić i słuchać haseł oraz sloganów niż wchodzić w skomplikowaną materię ochrony zdrowia. Co z tego, że za 2-3 lata powiemy, iż znowu nie wyszło i że jest inaczej niż to sobie wyobrażaliśmy. Najważniejsze, że następuje zmiana na górze, co oznacza, że podziękowaliśmy tym z lewa, a tym z prawa podziękujemy za najdalej 4 lata.

Ktokolwiek będzie kreował politykę zdrowotną w Polsce będzie musiał najpierw sam sobie, a potem nam wszystkim odpowiedzieć między innymi te pięć postawionych wyżej pytań. Jak wiele one znaczą dla osób z nietrzymaniem moczu nie muszę nikogo specjalnie przekonywać. Ważne, że by opinia publiczna coraz moc-

niej domagała się od rządzących jasnych i precyzyjnych odpowiedzi na te pytania.

Zajmując się od wielu lat problematyką osób z NTM oraz szereg osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych wątpię czy Prawo i Sprawiedliwość oraz Platforma Obywatelska będą w stanie jeszcze w tym roku wypracować wspólnie odpowiedzi na te pytania. Jestem natomiast wręcz przekonany, iż już te pięć pytań, tak ważnych dla osób z NTM, na tyle poróżni te dwie partie, że w przyszłym roku możemy spodziewać się raczej zastoju niż zmian na lepsze.

Realną alternatywą dla tego pesymistycznego scenariusza jest natomiast gotowość rozpoczęcia intensywnych rozmów wytypowanych przedstawicieli obydwu partii z reprezentantami środowisk pacjentów, lekarzy, pielęgniarek oraz producentów. Tylko szczerą i otwartą dyskusją na konkretne tematy może dać nam odpowiedź w jakim kierunku powinniśmy wspólnie podążać, pamiętając, że władze otrzymuje się od społeczeństwa po to, ażeby w jego imieniu pracować na rzecz poprawienia naszego życia i zdrowia. Jeżeli wygrani wyścigu wyborczego szybko to zrozumieją, mają szansę na odniesienie sukcesu i to co najważniejsze, realne poprawienia stanu zdrowia Polaków.

Tomasz Michałek



Spis treści

3 (14) 2005

URODYNAMIKA	4-7
Badanie urodynamiczne dr M. Zbrzeźniak Rzetelność w badaniach urodynamicznych - co możemy nazwać badaniem urodynamicznym dr P. Radziszewski Pracownie urodynamiczne K. Ciepela	
Gdzie idziesz, refundacja? J. Barańska	8
NTM A NOWOTWÓR	10-12
Wywiad z dr. G. Pankiem, ginekologiem-onkologiem Zwyciężyliśmy... M. Georgiew	
Co powinien wiedzieć NFZ? M. Weber	14
Co dalej? J. Góralczyk	16
OPIEKA potrzebuje opieki E. Szwałkiewicz	17
AKTUALNOŚCI	20
Stowarzyszenie UROSTO - co nowego M. Georgiew	21
LISTY	22

Do Czytelników

Oddajemy do rąk Państwa kolejny numer *Kwartalnika NTM* poświęcony tematowi badań urodynamicznych. Dla wielu pacjentów uczestnictwo w tego rodzaju badaniu to wciąż wielka niewiadoma, czasami strach i wstyd przed lekarzem. Diagnostyka urodynamiczna umożliwia jednak dokładne rozpoznanie przyczyn dolegliwości nietrzymania moczu oraz odpowiednie ich leczenie. Dlatego staramy się przybliżyć jej tematykę - za pośrednictwem dr. M. Zbrzeźniaka i dr. P. Radziszewskiego.

W tym numerze rozpoczęliśmy również cykl publikacji adresów pracowni urodynamicznych poszczególnych województw. Zaczynamy od Mazowsza. Tutaj pracownie są zlokalizowane tylko w czterech miastach. Mamy jednak nadzieję, że ten niezbyt optymistyczny raport - mimo wszystko - ułatwi pacjentom wybranie odpowiedniego dla siebie miejsca do badań urodynamicznych.

Na łamach pisma znajdziecie Państwo także wywiad z dr. G. Pankiem, który próbuje odpowiedzieć na pytanie, czy podczas leczenia onkologicznego narządów rodnych musi wystąpić u pacjentek nietrzymanie moczu.

W dalszej części numeru staraliśmy się również rozwickać zagadkę, dlaczego w Polsce tak trudno jest wejść z lekami na NTM na listę refundacyjną. W Polsce żyje około 4 mln osób z nietrzymaniem moczu i tak naprawdę wciąż niewiadomo dlaczego leki na tę dolegliwość wymagają stuprocentowej odpłatności. Bezdużność urzędników powoduje dramaty i niezrozumienie pacjentów, o czym świadczy fragment listu naszej czytelniczki: „to straszne draństwo, że te leki nie są refundowane“.

W *Kwartalniku* tradycyjnie publikujemy ranking wojewódzkich oddziałów NFZ pod względem organizacji zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Sytuacja w poszczególnych regionach nie uległa znaczącym zmianom. Tylko Mazowsze zwiększyło liczbę punktów ewidencyjnych potwierdzających wnioski. Zdecydowana większość pozostałych województw natomiast zapewnia, że radzi sobie z problemem kolejek w punktach ewidencyjnych. To zdecydowanie optymistyczna wiadomość dla pacjentów. Realizacja wniosków na pieluchomajtki i worki stomijne odbywa się na bieżąco. Tylko na realizację wniosku na przedmioty ortopedyczne i aparaty słuchowe w niektórych regionach trzeba poczekać - czasami nawet do 15 miesięcy.

Na końcu numeru znajdziecie Państwo również listy od naszych czytelników i internautów strony www.ntm.pl wraz z odpowiedziami konsultantów medycznych.

Zapraszamy serdecznie do lektury.

Magdalena Kowalewska

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek
Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska
Z-ca Sekretarza Redakcji: Małgorzata Georgiew
Komitet redakcyjny:
dr med. Piotr Dobroński, dr med. Piotr Radziszewski
Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie
Zespół redakcyjny: Joanna Barańska,
Karolina Ciepela, Elżbieta Mamos, Iza Marcisz
Komentatorzy: Józef Góralczyk,
Elżbieta Szwałkiewicz, Maria Weber
Zdjęcia: Dominik Skurzak
Rysunek: Dariusz Pietrzak
Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur
Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak
Adres redakcji:
ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa
tel.: (22) 46 36 400, fax: (22) 533 62 93
e-mail: ntm@ntm.pl, magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów.
Wydawca wyraża zgodę na przedruk i tłumaczenie tekstów z zastrzeżeniem podania źródła.
Nakład 3000 egzemplarzy.
Zdjęcie na okładce dzięki uprzejmości firmy MEDEN-INMED.



Program
Prospołeczny
„NTM -
Normalnie
Życie”

Wydawca:
Studio PR
Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

Badanie urodynamiczne

Dr n. med. Maciej Zbrzeźniak
Adiunkt Kliniki Urologii CMKP w Warszawie

Badanie urodynamiczne (UDS - urodynamic study) jest wysokospecjalistycznym testem diagnostycznym określającym czynność dolnych dróg moczowych, czyli pęcherza i cewki. Polega na pomiarze ciśnienia panującego w pęcherzu w czasie, gdy ulega on napełnianiu

proszeni o wypicie około 4 szklanek płynu na godzinę przed badaniem.

Następnym etapem badania jest cystometria, czyli badanie czynności pęcherza w trakcie jego wypełniania. Ciśnienie w pęcherzu mierzy się przy pomocy cienkiego cewnika wprowadzonego przez cew-

rza (wtedy pęcherz wypełnia się łatwo przy niskim ciśnieniu), jaka jest jego objętość i przy jakim wypełnieniu pęcherza badany/a odczuwa parcie. Na wykresie ciśnienia pęcherzowego można stwierdzić mimowolne skurcze pęcherza, które chory/a odczuwa jako mocne parcie. Te trudne do zahamowania przez badanego/ną wzrosty ciśnienia w pęcherzu są nazywane nadreaktywnością pęcherza i często powodują nietrzymanie moczu z parcia.

Pod koniec cystometrii, gdy pęcherz jest dobrze wypełniony, u chorych z nietrzymaniem moczu określa się jakie jest ciśnienie powodujące wyciek moczu. Pacjent jest proszony o kaszel lub parcie brzuchem, a badający obserwuje ujście cewki i notuje ciśnienie, przy którym widać wyciek moczu. Określenie wartości tego ciśnienia ma znaczenie przy wyborze typu operacji w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu.

Podobne znaczenie ma wykonywanie profilometrii cewkowej, które pozwala na określenie ciśnienia, którym cewka zamyka odpływ z pęcherza. Ta część badania jest wykonywana za pomocą specjalnego cewnika, który jest powoli przeciągany przez cewkę w miejscu zwieracza.

W momencie, gdy badany odczuwa silne parcie rozpoczyna się ostatnia część badania, podczas której chory oddaje mocz, a cewnik w pęcherzu dostarcza informacji na temat ciśnienia w pęcherzu podczas mikcji. Ta część badania ma decydujące znaczenia dla określenia nasilenia przeszkody w odpływie moczu i sprawdzenia, czy pęcherz kurczy się z odpowiednią siłą.

Po badaniu chory/a otrzymuje informacje dotyczące wyniku badania i ewentualne sugestie dotyczące leczenia dolegliwości, które były przyczyną skierowania na UDS.

Wskazania do badania urodynamicznego

UDS znalazło zastosowanie w diagnostyce wielu schorzeń dających objawy związane z pęcherzem i nietrzymaniem moczu. Wśród osób, u których wskazana jest diagnostyka urodynamiczna znalazły się:



Pracownia badań urodynamicznych w Klinice Urologii CMKP w Warszawie

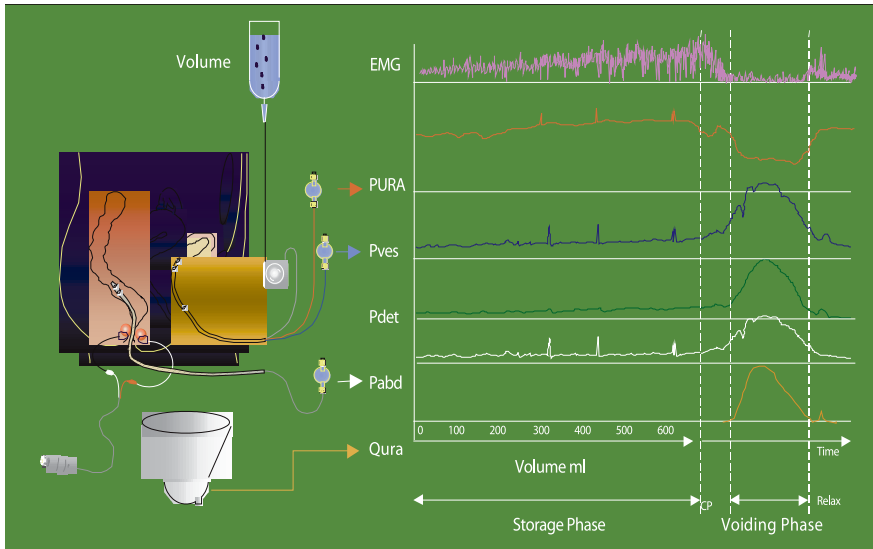
oraz podczas mikcji. Badanie jest wykonywane w warunkach gabinetu specjalnie przystosowanego do wykonywania badań urodynamicznych.

Etapy badania

Badanie rozpoczyna się od uroflometrii. Jest to część UDS, która polega na tym, iż chory/chora oddaje mocz do specjalnego urządzenia pomiarowego, dzięki czemu można określić objętość wydalonego moczu, a także szybkość jego wydalania czyli tempo przepływu cewkowego. Zwykle po uroflowmetrii ocenia się ile moczu pozostaje w pęcherzu po mikcji poprzez wykonanie USG. Z uwagi na to, że przed badaniem powinny być wykonane chociaż dwa pomiary uroflowmetryczne, chorzy są

kę. Z uwagi na małą średnicę cewnika, jego wprowadzenie do pęcherza przez cewkę nie jest bolesne. Drugi cewnik pomiarowy jest wprowadzony do odbytnicy. Pomiar ciśnienia panującego w jamie brzusznej pozwala skorygować pomiary ciśnienia w pęcherzu. W okolicy zwieracza odbytu umieszcza się elektrody pozwalające monitorować aktywność zwieracza dna miednicy, czyli mięśni odpowiedzialnych za trzymanie moczu. Schemat podłączenia do badania urodynamicznego przedstawia rysunek.

Obróbka komputerowa danych pochodzących z czujników ciśnienia pozwala na przedstawienie graficzne całego badania. Na otrzymanych wykresach można stwierdzić, jakie ciśnienie panuje w pęcherzu i określić, czy dobra jest podatność pęche-



Schemat badania urodynamicznego. Na otrzymanych wykresach można stwierdzić, jakie ciśnienie panuje w pęcherzu i określić, czy podatność pęcherza jest odpowiednia, jaka jest jego objętość i przy jakim wypełnieniu pęcherza badany/a odczuwa parcie.

* Kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu i nietrzymaniem moczu przy uczuciu parcia. Stanowią one największą grupę chorych poddawanych UDS. To badanie jest wykonywane u nich przed decyzją o leczeniu zabiegowym oraz w przypadku, gdy leczenie zabiegowe nietrzymania moczu nie przyniosło oczekiwanego rezultatu. Objawy wysiłkowego nietrzymania moczu i nietrzymania moczu z parcia są bardzo podobne, ale leczenie każdej z tych postaci nietrzymania moczu jest zupełnie inne. Jedynie wykonanie UDS pozwala na dobre zdiagnozowanie choroby i odpowiednie leczenie.

* Dzieci i dorośli, u których zaburzenia czynności pęcherza są wtórne do chorób lub urazów układu nerwowego (chorzy na stwardnienie rozsiane, z przepukliną oponowo-rdzeniową lub po urazach kręgosłupa i rdzenia kręgowego). Główny celem badania w tej grupie chorych jest określenie, czy ciśnienie panujące w pęcherzu nie jest zbyt wysokie i czy nie zagraża nerkom (wysokie ciśnienie śródpecherzowe może doprowadzić do niewydolności nerek i śmierci).

* Kobiety i mężczyźni z objawami nadreaktywności pęcherza (częstym oddawaniem moczu, nagłymi parcami i nietrzymaniem moczu). Jeżeli chorzy w tej grupie mają małą pojemność pęcherza związaną z brakiem elastyczności ścian pęcherza (małą podatnością), można rozważyć u nich leczenie zabiegowe polegające na powiększeniu pęcherza. W przypadku małej pojemności związanej z nadreaktywnością pęcherza leczenie jest inne - wtedy stosuje się leki hamujące skurcze pęcherza.

* Mężczyźni z objawami łagodnego rozrostu stercza celem określenia nasilenia przeszkody w odpływie moczu z pęcherza, co decyduje o sposobie leczenia. W przypadku znacznie nasilonej przeszkody i niemożności całkowitego opróżnienia pęcherza wskazane jest leczenie zabiegowe.

* Pozostali chorzy, u których problemem klinicznym pozostaje nietrzymanie moczu lub niemożność dobrego opróżnienia pęcherza (znaczne zaleganie moczu w pęcherzu po mikcji).

Rozwój diagnostyki urodynamicznej na przestrzeni ostatnich lat pozwala na dokładne rozpoznawanie przyczyn dolegliwości oraz odpowiednie ich leczenie. Zwiększająca się ilość pracowni urodynamicznych stwarza możliwość pomocy coraz większej liczbie chorych. Należy mieć nadzieję, że sposób refundacji za badania przez Narodowy Fundusz Zdrowia w nadchodzących latach pozwoli zrealizować te oczekiwania.



Czujniki ciśnieniowe w urządzeniu do badań urodynamicznych

Rzetelność w badaniach urodynamicznych - co możemy nazwać badaniem urodynamicznym

Dr n. med. Piotr Radziszewski
Klinika Urologii AM w Warszawie

Badanie urodynamiczne (URD) służy do określenia czynności dolnych dróg moczowych. Ma nam odpowiedzieć na pytanie jak zachowuje się pęcherz i cewka moczowa w trakcie napełniania oraz opróżniania pęcherza. Podobnie jak inne badania czynnościowe ludzkiego organizmu, w odniesieniu do badania URD opracowane zostały standardy umożliwiające jego interpretację. Standardy takie są potrzebne, aby osoba oceniająca (ale niekoniecznie wykonująca badanie) mogła je we właściwy sposób ocenić.

Często mówiąc o badaniu URD używa się porównania z badaniem elektrokardiograficznym (EKG). Wszyscy wiemy, że osoba wykonująca EKG nie zawsze je ocenia i ustala sposób leczenia. Podobnie dzieje się w przypadku urodynamiki.

Wyobraźmy sobie badanie EKG wykonane aparatem w odniesieniu do którego nie zostały opracowane standardy, który wykonuje badanie w sposób odbiegający od powszechnie zaakceptowanego i znanego. A teraz przełożmy tę sytuację na urodyna-

mikę. Czy można bezpiecznie wnioskować o stanie czynności dróg moczowych, ustalać sposób leczenia, kwalifikować do zabiegu operacyjnego określając jedynie ciśnienie śródpecherzowe?

Oczywiście nie. W artykule dr. Zbrzeźniaka czytamy, że pomiar ciśnienia śródpecherzowego jest konieczny, aby odejmując od niego ciśnienie śródbrzuszne określić napięcie mięśnia wypieracza. Jeżeli tego nie uczynilibyśmy, kaszel pacjenta, rozmowa z lekarzem, skurcze zwieracza odbytu mogłyby fałszywie być interpretowane jako nadreaktywność wypieracza.

Podobnie w trakcie opróżniania pęcherza brak odczytu ciśnienia w jamie brzusznej może prowadzić do bardzo poważnych pomyłek i np. nierozpoznanie niedoczynności wypieracza, kompensowanej tłocznią brzuszną.

Dlaczego piszę o tym? Ostatnio mamy do czynienia z mnogością firm produkujących różne urządzenia do badań urodynamicznych. Na ogół jest to wysokiej klasy sprzęt elektroniczny pozwalający na wykonywanie kompleksowych badań URD (czasem w połączeniu z zapisem obrazu RTG lub USG - tzw. wideourodynamika). Badania wykonane przy ich użyciu spełniają większość standardów Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS).

Ostatnio jednak pojawiły się na rynku urządzenia do tzw. przesiewowych badań urodynamicznych, które właśnie rejestrują jedynie ciśnienie śródpecherzowe (GYNECARE MoniTorr Urodynamic Measurement System; ETHICON, Inc., Somerville, NJ). Nie było by w tym nic złego, gdyby nie to, że są reklamowane jako urządzenia umożliwiające małoinwazyjną diagnostykę różnicową nietrzymania moczu czy wręcz jako urządzenie do wykonywania badań URD (zgodnie z wytycznymi Narodowego Funduszu Zdrowia).

Tak jednak nie jest. Przecież wykonując badanie URD w przypadku kwalifikacji pacjentki do leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu nie chcemy jedynie wykazać, że to nietrzymanie jest obecne (do tego wystarczy np. próba kaszlowa), ale chcemy sprawdzić czy nie ma współistniejących zaburzeń, które mogłyby zmienić naszą decyzję o zabiegu, które mogą wpły-

wać na powodzenie i powikłania zabiegu operacyjnego.

Wzmiankowane przeze mnie urządzenie określa ponadto tzw. ciśnienie cewkowego oporu wstecznego (URP). Jest to parametr określający ciśnienie płynu potrzebne do otwarcia zwieracza. To teoria, w praktyce trudno powiedzieć co naprawdę określa i do czego służy URP. Parametr ciśnienia cewkowego oporu wstecznego nie jest standardową zmienną i nie pozwala na określenie typu i stopnia wysiłkowego nietrzymania moczu. Brak jest danych korelujących ten parametr z innymi, używanymi obecnie zmiennymi. Ponadto wydaje się, że jest on zależny od objętości pęcherza.

W ramach ICS działa Komitet Standaryzacji, który określa parametry i sposób przeprowadzenia poszczególnych badań urodynamicznych. URP do nich nie należy. Czy dlatego, że to parametr zbyt nowy? Nie, to parametr znany od lat 30 XX wieku, nigdy nie opracowano jego standaryzacji, nie wiadomo jak odnieść uzyskiwane dane do klasyfikacji wysiłkowego nietrzymania moczu. Wydaje mi się ponadto, że wprowadzenie parametru, który przetestowano na zaledwie kilkuset kobietach jest nadinterpretacją nauki.

Reasumując omawiane przeze mnie urządzenie MoniTorr nie pozwala na kompleksową diagnostykę urodynamiczną. Co więcej nie pozwala na jakąkolwiek diagnostykę urodynamiczną, mierząc jedynie wyrwykowe parametry czynności pęcherza (objętość, ciśnienie śródpecherzowe, ciśnienie wstecznego oporu cewkowego).

Zgodnie z zaleceniami ICS minimalne wymagania sprzętowe wobec aparatu do badań urodynamicznych to:

- dwa kanały ciśnieniowe, z możliwością automatycznego uzyskiwania różnicy pomiędzy nimi, służące do pomiaru ciśnienia w pęcherzu i w odbytnicy,
- kanał do pomiaru przepływu moczu (uroflowmetria).

W przypadku oznaczania parametrów tzw. profilu cewkowego konieczna jest automatyczna wyciągarka cewnika i dwa, a najlepiej trzy kanały ciśnieniowe. Zapis czynności elektrycznej mięśni okołocewkowych (EMG) jest parametrem opcjonalnym. ■



Pracownie urodynamiczne

Karolina Ciepiela



W tym numerze *Kwartalnika NTM* po raz pierwszy prezentujemy Państwu placówki posiadające aparat do przeprowadzania badań urodynamicznych. Zaczynamy od województwa mazowieckiego. W kolejnych numerach przedstawimy Państwu sytuację w innych województwach.

Poniższy wykaz prezentuje placówki na terenie Mazowsza, w których można wykonać

badanie urodynamiczne. Badania przeprowadzane w tych placówkach są zakontraktowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Znajdziecie tu Państwo dane adresowe tych placówek. W niektórych szpitalach i przychodniach z usług pracowni urodynamicznej może skorzystać każdy, podczas gdy w części z nich tylko pacjenci danej placówki.

W następnym numerze *Kwartalnika NTM* województwo kujawsko-pomorskie!

1. **Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. dr. J. Psarskiego w Ostrołęce**, ul. Sienkiewicza 56, Ostrołęka
2. **Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Radomiu - Oddział Ginekologiczno-Położniczy**, ul. J. Aleksandrowicza 5, Radom
3. **Instytut „Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka”**, Al. Dzieci Polskich 20, Warszawa
4. **Klinika Położnictwa i Ginekologii AM w Warszawie**, Plac Starynkiewicza 1/3, Warszawa
5. **Medyczne Centrum Diagnostyki Urodynamicznej „Uro-Dyn”**, ul. Wiśniowa 36, Warszawa
6. **NZOZ Centrum Medyczne Wola**, ul. Ciołka 30, Warszawa
7. **NZOZ „Medikus”**, Al. Solidarności 67, Warszawa
8. **Samodzielny Publiczny Dziecięcy Szpital Kliniczny im. prof. dr. M. Michałowicza - Katedra i Klinika Pediatrii i Nefrologii** ul. Marszałkowska 24, Warszawa
9. **Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego - Oddział Urologii**, ul. Czerniakowska 231, Warszawa
10. **Szpital Bielański im. ks. J. Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**, ul. Ceglowska 80, Warszawa
11. **Szpital Ginekologiczno-Położniczy im. Św. Rodziny**, ul. Madalińskiego 25, Warszawa
12. **Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus - Centrum Leczenia Obrażeń**, ul. Lindley'a 4, Warszawa
13. **Szpital Kliniczny im. Ks. Anny Mazowieckiej - Poliklinika**, ul. Karowa 2, Warszawa

Medyczne Centrum Diagnostyki Urodynamicznej URO-DYN

Pierwsza i największa w Polsce prywatna placówka urodynamiczna (rok zał.: 1991)

02-520 Warszawa, ul. Wiśniowa 36 (Mokotów)

tel. 646-36-77, 646-36-78, 849-45-44 (poniedziałek-piątek: 8.00-18.00)

fax: 646 36 79

www.urodyn.med.pl

email: gidian@urodyn.med.pl

Nowoczesna aparatura, wykwalifikowany personel, przystosowanie do obsługi niepełnosprawnych, umowy ze szpitalami, badania dorosłych i dzieci.



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE WOLA

Warszawa, ul. Ciołka 30

tel. 22 - 837 83 07

PEŁNOPROFILOWA PRACOWNIA URODYNAMICZNA DIAGNOSTYKA I LECZENIE NIETRZYMANIA MOCZU

Kierownik pracowni - dr n. med. Piotr Radziszewski

badania wykonywane w ramach kontraktu
z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odpłatnie

konsultacje specjalistów

placówka przystosowana dla osób niepełnosprawnych

Gdzie idziesz, refundacja?

Joanna Barańska

Nie od dzisiaj środowiska i medyczne, i farmaceutyczne, i pacjenci narzekają przede wszystkim na nieprzejrzystość systemu refundacji leków - o ile w ogóle, wskutek braku przejrzystości, można mówić o jakimkolwiek porządku w machinie refundacyjnej. Lektura „Założeń kierunków zmian w systemie refundacji“ - dokumentu opublikowanego na początku roku - prowadzi do wniosku, że ta gra toczy się bez zasad. Dokument firmuje nie stowarzyszenie lekarzy czy pacjentów, lecz Ministerstwo Zdrowia, a dokładniej działająca przy departamencie polityki lekowej resortu grupa ekspertów ds. zmian w systemie refundacji leków. Sam urząd powołany do czuwania nad ochroną zdrowia widzi zatem, że jest źle.

Brak przejrzystych zasad

Pierwszy grzech główny - brak przejrzystych zasad refundacji. Regulacje prawne tych zagadnień opisane są w dwóch ustawach, ośmiu rozporządzeniach ministra zdrowia i dwóch obwieszczeniach. Wykaz leków refundowanych określany jest w rozporządzeniach ministra. Oprócz tego Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje zgody indywidualne na sfinansowanie leków pojedynczym pacjentom, prowadzi programy lekowe, a do zeszłego roku można było domagać się sfinansowania przez NFZ leku niedopuszczonego do obrotu na terenie Polski, sprowadzanego w ramach tzw. importu docelowego.

Procedury

Mnogość aktów prawnych nie oznacza jeszcze, że kryteria wpisania preparatu na listę leków refundowanych są znane. Procedura, owszem. Na mocy ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych minister zdrowia wydaje rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowego zakresu infor-

macji zawartych we wnioskach o umieszczenie leku i wyrobu medycznego w wykazach. W praktyce wygląda to tak, że stosowny wniosek składa wytwórca lub importer. We wniosku ma się znaleźć proponowana cena, realizowana i deklarowana wielkość dostaw preparatu, dzienny koszt terapii, średni koszt standardowej terapii, analiza skuteczności klinicznej, efektywności kosztowej oraz kilka słów uzasadnienia samego wniosku i proponowanej ceny. Wniosek łąduje w zespole do spraw gospodarki lekami, organie opiniodawczym ministra. Zespół składa się z dwóch przedstawicieli ministra zdrowia, trzech - ministra finansów, trzech - ministra gospodarki i pracy, i dwóch - NFZ. Mają oni 90 dni na rozpatrzenie wniosku, jeśli postanowią go nie uwzględnić - następną instancją jest minister zdrowia. Od jego odmownej decyzji producent czy importer może się odwołać do sądu administracyjnego. To już jest poprawa w stosunku do stanu sprzed kilku lat, kiedy leki wpisywano na listy refundacyjne uchwałami urzędników, bez możliwości odwołania. Zmiany wymusiło prawo europejskie, tzw. „dyrektywa przejrzystości“ Komisji Europejskiej.

Ale wynika z tego, że te decyzje są uznaniowe. Ministerstwo ocenia wnioski tylko pod względem formalnym i może je odesłać do uzupełnienia. Nie jest jednak powiedziane, że wniosek spełniający wszelkie kryteria formalne będzie uwzględniony.

- W Polsce refundacja opiera się ciągle na dziennej dawce leku i na tzw. ATC - klasyfikacji anatomicznej, terapeutycznej i chemicznej. To jest system przestarzały i nieadekwatny, bo nie daje możliwości porównania leków o podobnym działaniu. W praktyce o wpisaniu leku do wykazu decyduje cena. Od bodaj pięciu lat w wykazach nie można znaleźć leków innowacyjnych. Państwo nie jest skłonne do refundowania leku nowego, a drogiego. Tymczasem bywa, że z grupy leków o tej samej substancji czynnej tylko jeden dzia-

ła na pacjenta, bo różni się od innych substancją wspomagającą czy szczegółami procesu wytwarzania. Taki pacjent może sobie kupić lek sprzed 10 lat za 5 zł, ale na najnowszy, kosztujący ponad 100 zł, nie będzie go stać - opowiada reprezentant Stowarzyszenia Firm Farmaceutycznych w Polsce.

Jak interpretować przepis

Tymczasem również grupa ekspertów ministerstwa zwraca uwagę na brak precyzyjnej interpretacji kryteriów refundowania leków. Nie ma powszechnie dostępnej informacji ministerstwa o lekach refundowanych, nie ma monitorowania sposobu ordynowania leków: każdy lekarz, niezależnie od specjalizacji, może przepisać dowolny lek. Co prawda NFZ wprowadził system informatyczny i analizuje informacje, jakie leki są jak często przepisywane przez którego lekarza. Jak się jednak zdaje, służy to bardziej ściganiu nadużyć takich jak osławiona „viagra dla inwalidy“, niż stworzeniu bazy informacji, z której wynikałoby, ilu pacjentów kupuje drogi w końcu preparat i czy ich liczba nie zasługuje na uwzględnienie przy konstruowaniu cen leku.

Przyszłość pokaże

Wspomniana dyrektywa przejrzystości każe opierać refundację leków na dowodach naukowych. Ostatnio mowa jest o powołaniu Agencji Oceny Technologii Medycznych, która miałaby m.in. zajmować się identyfikacją, weryfikacją, oceną wiarygodności badań naukowych towarzyszących wnioskowi o refundację danego preparatu. Te badania miałyby być brane pod uwagę w pierwszej kolejności przy decyzjach refundacyjnych.

Eksperci ds. zmian w systemie refundacji leków widzą sanację systemu w powołaniu nowego ciała, Komisji Refundacyjnej. W jej skład miałoby wchodzić i przed-



stawiciele resortu zdrowia, i NFZ, i niezależni fachowcy, łącznie 16 osób. Kandydatów proponowałyby Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Aptekarska, towarzystwa naukowe. Głównie to odróżniałoby KR od obecnego zespołu ds. gospodarki lekami, składającego się z przedstawicieli administracji rządowej. KR rozpatrywałaby wnioski refundacyjne pod kątem efektywności klinicznej, opłacalności, analiz wpływu na budżet, możliwości płatniczych systemu opieki zdrowotnej. Ciekawostka: KR przy opiniowaniu leku korzystałaby z „adwokata diabła” - dwie osoby składałyby raport na temat preparatu, przy czym jedna ma się wypowiadać na „tak”, druga na „nie”.

Leki mają być umieszczane w wykazach refundacyjnych na czas określony - 5 lat. Pojawienie się nowych informacji, np. o działaniach niepożądanych, mogłoby skrócić ten okres. Istniałby wykaz refundacyjny leków ogólnego stosowania i stosowania ograniczonego, w którym znalazłyby się preparaty o ściśle określonych kryteriach stosowania. W ten sposób możliwa byłaby refundacja dla konkretnego pacjenta. Leki o znikomym udziale w grupie terapeutycznej zniknęłyby z listy, a priorytety zdrowotne, aktualizowane co rok, na podstawie których kwalifikowano by leki, byłyby podawane do publicznej wiadomości przez Ministerstwo Zdrowia. Co więcej, kryteria byłyby tak skonstruowane, że wręcz zachęcałyby do refundowania leków nowszych - wykreśleniu z wykazu podlegałby preparat droższy, a dający gorszy efekt zdrowotny; podobnie przy refundowaniu leku o lepszym wskaźniku terapeutycznym dotychczasoso-

wy byłby usuwany z listy, chyba że byłby bardziej opłacalny kosztowo.

To wszystko jednak pieśń bliżej nieokreślonej przyszłości. Założenia sformułowane przez grupę ekspercką zostały skierowane do konsultacji społecznych, a kilka miesięcy temu ministerstwo udostępniło wersję testową informatora o lachach refundowanych. Ma on służyć informacji o wysokości dopłat ponoszonych przez pacjenta przy zakupie leku, a lekarzom i aptekarzom stworzyć możliwość szybkiego odszukania tańszych odpowiedników.

Działania te, chociaż pożądane, nie stanowią jednak odpowiedzi na pytanie, dlaczego pacjenci nadal muszą płacić ponad 100 zł za opakowanie popularnego w końcu leku w terapii pęcherza nadreaktywnego, jakim jest Detrusitol. Co ciekawe - pytania w sprawie czy to historii, czy dalszych losów leków na NTM pozostają bez odpowiedzi. Resort, pytany, czy kiedykolwiek wpłynęły wnioski o umieszczenie w wykazie oxybutyniny czy tolterodyny zasłonił się tajemnicą handlową. Produkujące je koncerny nie odpowiedziały w ogóle.

- Oczywiście, że składaliśmy wniosek o wpisanie Detrusitolu na listę leków refundowanych. Stało się to w 1999 r. i cały czas wniosek leży w Ministerstwie Zdrowia - mówi Adam Linke z koncernu Pfizer, który produkuje ten lek. - Nowe leki nie pojawiają się w wykazie. Ja oczywiście nie mogę komentować poczynań ministra. Zwykle odpowiedź brzmi, że budżetu nie stać na refundację - dodaje.

Katarzyna Szczepańska, dyrektor produktu z koncernu Astellas produkującego Vesicare, potwierdza: - Wiosną tego roku,

zaraz po dopuszczeniu produktu do obrotu, złożyliśmy wniosek o wpisanie go na listę leków refundowanych. Ten wniosek leży w Ministerstwie Zdrowia i nic się z nim nie dzieje, nie doczekaliśmy się żadnej reakcji.

I tylko NFZ chwali się, jak duże pieniądze wydaje na refundację. Według niedawno opublikowanej analizy struktury wydatków związanych z refundacją leków w zeszłym roku, pochłania ona jedną piątą budżetu funduszu i rośnie - wydano na nią 6 mld zł. Połowę tego przeznaczono na leki zawierające zaledwie 25 substancji czynnych. Również połowę kwoty, i być może jest to pozytywna informacja, pochłonęła refundacja leków stosowanych w chorobach przewlekłych. Tej grupie chorych wypisano prawie 82 mln opakowań leków. Dopłacali do nich średnio 15 proc. wartości. Resztę pokrył NFZ.

„Analiza struktury wydatków pozwala na wyciągnięcie wniosków przydatnych przy konstruowaniu list leków refundowanych” - pisze NFZ w swoim komunikacie. Natychmiast jednak dodaje, że jest jedynie płatnikiem i jako taki posiada jedynie ograniczony wpływ na kształt list powstających w Ministerstwie Zdrowia. Ministerstwo zaś, pytane o politykę lekową, odpowiada: - Programy lekowe prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia. Tak więc ewentualne prośby o stworzenie takiego programu są kierowane do NFZ.

Całą sytuację komentuje jeden z lekarzy urologów: - Od ośmiu lat na listę leków refundowanych nie trafił żaden nowy lek stosowany w terapii NTM. Wiadocznie nikomu na tym nie zależy...

NTM a nowotwór

Z dr. n. med. Grzegorzem Pankiem, specjalistą ginekologiem-onkologiem z Kliniki Nowotworów Narządów Płciowych Kobietych w Centrum Onkologii w Warszawie,

rozmawia Małgorzata Georgiew



Czy w leczeniu onkologicznym narządów rodnych zasadą jest występowanie u pacjentek nietrzymania moczu?

Z punktu widzenia lekarzy onkologów zajmujących się leczeniem narządów rodnych zjawisko nietrzymania moczu nie jest zbyt częste, chociaż w okresie dłuższym po zakończeniu leczenia chirurgicznego czy radioterapii już widać, że dolegliwość ta pojawia się częściej. Zwłaszcza po za-

biegach chirurgicznych uzupełnionych radioterapią. Na przykład w Polsce rak szyjki macicy w 2/3 przypadków leczony jest poprzez radioterapię, której poddawany jest obszar miednicy małej, a więc m.in. moczowód, cewka moczowa, pęcherz moczowy. W zależności od zastosowanych terapeutycznych dawek promieniowania mogą występować wczesne i późne odczyny promienne.

Odczyny wczesne występują bezpośrednio po zakończeniu terapii, ale po zastosowaniu odpowiedniej terapii najczęściej ustępują w kilka, kilkanaście tygodni po zakończeniu napromieniowania.

Odczyny późne o dużym nasileniu są groźniejsze niż wczesne i w skrajnych przypadkach powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania dróg moczowych, np. krwimocz, niekontrolowane wycieki moczu. Najczęstsze późne odczyny przewlekłe powodują objawy dysuryczne, rzadziej spotykane, ale cięższe przypadki to przewlekłe krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego czy zwłóknienie pęcherza moczowego z pomniejszeniem jego objętości. Przeprowadzenie napromieniowania może powodować zwłóknienie i zwężenie moczowodów, utrudnienie lub zablokowanie odpływu moczu z nerek. Skrajnie niekorzystne powikłania urologiczne po radioterapii to przetoki pęcherzowo-pochwowe czy moczowodowo-pochwowe. Powoduje to niekontrolowany wyciek moczu. Podobne skutki powoduje również upośledzenie funkcji zwieraczy po intensywnym naświetleniu miednicy. Kojarzenie metod leczenia, chirurgii i radioterapii

niestety zwiększa ryzyko występowania powikłań tego typu.

Powikłania powoduje również zastosowanie tylko operacyjnej metody leczenia, związane z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych. Istotną grupą są śródoperacyjne powikłania moczowodów lub pęcherza moczowego. Uszkodzenia tego typu są stosunkowo łatwo naprawialne i dzięki zabiegom naprawczym udaje się przywrócić prawidłowe funkcjonowanie dróg moczowych. Efekt pozytywny osiągany jest w ponad 90% przypadków.

Jaka jest częstość występowania przypadków nietrzymania moczu po leczeniu ginekologiczno-onkologicznym pacjentek?

To zależy od przypadku. Na przykład we wczesnym stadium raka szyjki macicy przeprowadza się zabieg oszczędzający. Jest to działanie mało inwazyjne i tym samym powoduje małe uszkodzenia. Przy zabiegach radykalnych uszkodzenia mogą być już znaczne i tym samym u około 2-3 % pacjentek powodują poważne powikłania urologiczne. U około 30-40 % pacjentek pojawiają się zaburzenia funkcji urologicznych przez okres 3-4 miesięcy, które po wygojeniu i zastosowaniu terapii zachowawczych, jak np. gimnastyka mięśni dna miednicy, ustępują lub są znacznie mniej dolegliwe. Przy pojawieniu się uszkodzeń anatomicznych (np. przetoki) konieczne jest dokonanie operacji naprawczych.

Jak pacjentki są przygotowywane na ewentualność wystąpienia powikłań pooperacyjnych i po radioterapii?

Pacjentki informowane są o planach leczenia i o ryzyku uszkodzenia dróg moczowych, zwłaszcza przy rozległej chirurgii nowotworów jajnika, wznów nowotworów narządów rodnych. Chirurgia, zwłaszcza skojarzona z radioterapią zwiększa ryzyko utworzenia przetok. Nieprawidłowe funkcjonowanie układu moczowego (np. zwłóknienie pęcherza moczowego lub zwężenie moczowodów) może być też wynikiem procesów naprawczych tkanek.

Duże ryzyko wystąpienia nietrzymania moczu występuje w wyniku radioterapii, kiedy to naświetleniu poddawane są narządy umieszczone w okolicach miednicy, np. przy leczeniu nowotworu jelita grubego, cewki moczowej, raka sromu czy innych nowotworów narządu rodnego.

Stosunkowo najrzadziej problem NTM pojawia się po chemioterapii, chociaż jest grupa leków cytostatyków, których efekt toksyczny dla układu moczowego jest znaczny.

U większości leczonych u nas pacjentek zachodzi konieczność badań kontrolnych jeszcze przez długi okres po zakończeniu leczenia onkologicznego. Zawsze pytane są o stan funkcjonowania dróg moczowych. Lekarz ocenia stopień nasilenia dolegliwości i podejmuje decyzję o dalszych działaniach diagnostycznych oraz leczniczych. Pacjentki po leczeniu onkologicznym z objawami nietrzymania moczu, u których diagnostyka wyklucza wznowę nowotworu jako przyczynę NTM, kierowane są do wyspecjalizowanych jednostek urologicznych, aby tam podjąć leczenie tej dolegliwości.

U kobiet w wieku przedmenopauzalnym, u których przeprowadzono chirurgię i radioterapię zabiegi te powodują przedwczesną kastrację. Spadek estrogenów powoduje szybsze zmiany zanikowe tkanek dolnego odcinka rodnego. Jeżeli nie ma przeciwwskazań do terapii estrogenowej stosuje się odpowiednie kremy i globulki. Taka estrogenowa terapia zastępcza bar-

dko łagodzi i opóźnia występowanie niekorzystnych zmian. Około 50-60% chorych odczuwa znaczną poprawę.

Mówimy o pojawieniu się nietrzymania moczu w wyniku leczenia onkologicznego. Czy nietrzymanie moczu może zwiastować chorobę nowotworową?

Zaburzenia funkcjonowania układu moczowego, zaburzenia dysuryczne - jak np. odczuwane stałe parcie na pęcherz - mogą być spowodowane poważnymi patologiami narządów rodnych. Przyczyną mogą być np. szybko rosnące guzy macicy lub jajnika, powodujące nacisk na pęcherz i wspomniane wyżej dolegliwości. Dlatego w przypadkach nietrzymania moczu należy zgłosić się do lekarza urologa, aby zbadać jaka jest jego przyczyna. Czasami to może zdecydować o życiu.

Jak pacjentki przyjmują wiadomość, że w wyniku leczenia onkologicznego mogą spodziewać się problemów z nietrzymaniem moczu?

Reakcja jest tutaj odwrotnie proporcjonalna do podstawowego problemu. Ak-

ceptacja powikłań zależy od wskazań do operacji. Przy nowotworach inwazyjnych panie łatwiej godzą się z ryzykiem powikłań. To całkiem naturalne kiedy jest poważne zagrożenie życia. We wskazaniach łagodniejszych panie więcej uwagi zwracają na efekty uboczne zabiegów. Nie zawsze jednak zabiegi są uzasadnione. Stosunkowo najczęściej nadużywanym wskazaniem do operacji są niewielkie, bezobjawowe mięśniaki macicy. Operacja na wyrost wycięcia macicy może w konsekwencji przyczynić się do pojawienia się u pacjentki nietrzymania moczu. Oczywiście, kiedy ratujemy życie żadna z kobiet nie zastanawia się nad skutkami leczenia takimi jak nietrzymanie moczu, ale wierzę, że nawet te kobiety, które przeżyły najgorsze po pewnym czasie mocno odczuwają takie dolegliwości i dlatego dokładamy wszelkich starań, aby skutki te zminimalizować. Zapewnienie możliwie najlepszej jakości życia po leczeniu staje się bowiem jednym z priorytetów współczesnej onkologii.

Dziękuję za rozmowę.

Zwyciężyliśmy...

Zamieszczamy rozmowę z dwojgiem pacjentów, którzy przeżyli najgorsze - nowotwór, ale w wyniku operacji pojawił się u nich problem nietrzymania moczu. Jak sobie poradzili z tym problemem? Czy udało im się pokonać również tę dokuczliwą dolegliwość?

Andrzej, 72 lata

O nowotworze dowiedziałem się przypadkiem. Wszystko zaczęło się niewinnie, sześć lat temu. Przeczytałem ogłoszenie o bezpłatnych badaniach profilaktycznych prostaty dla mężczyzn powyżej 55 roku życia. Czułem się świetnie, nic mi nie dolegało, ale postanowiłem skorzystać z okazji zbadania się. Jakież było moje przerażenie, kiedy wyniki wykazały znacznie podwyższony czynnik PSA wskazujący na powiększoną prostatę. To nie musiał być nowotwór, ale nie było dobrze.

Natychmiast zgłosiłem się na badania do kliniki w rejonie, gdzie badania powtórzone i niestety złe wyniki potwierdziły się. Następnym krokiem była biopsja dla upewnienia się, czy nie jest to nowotwór, ale w rejonie wykonywano tylko biopsję niecelowaną, która nie daje pewności wykrycia ewentualnego raka. Nie chcąc zdać się na niepewną biopsję, zgłosiłem się do centrum onkologicznego na badania transrektalne i tu już za opłatą wykonano mi również

biopsję celową. Wyniki, niestety, były bardzo złe, ale lekarze radzili zastosować operację usunięcia jąder obawiając się operować mnie ze względu na stymulator. Postanowiłem zasięgnąć opinii jeszcze innego lekarza, ponieważ obawiałem się, że w przypadku nowotworu może potrzebna będzie bardziej radykalna operacja.

Specjalista nie potwierdził obaw poprzedniego lekarza - nie widział on przeciwwskazań do operacji ze względu na stymulator, zwłaszcza że przechodziłem już ze stymulatorem poważną operację płuc. Lekarz zaznaczył jedynie, że w trakcie operacji musi być zastosowany specjalny aparat kontrolujący przy cięciu nożem elektrycznym. Zacząłem starać się o przeprowadzenie operacji, aby mieć pewność, że leczenie da mi jak największe szanse na przeżycie. Umówiłem się na wizytę prywatną do profesora, specjalisty urologa, który potwierdził konieczność operacji i skierował mnie na badania konieczne przed operacją.

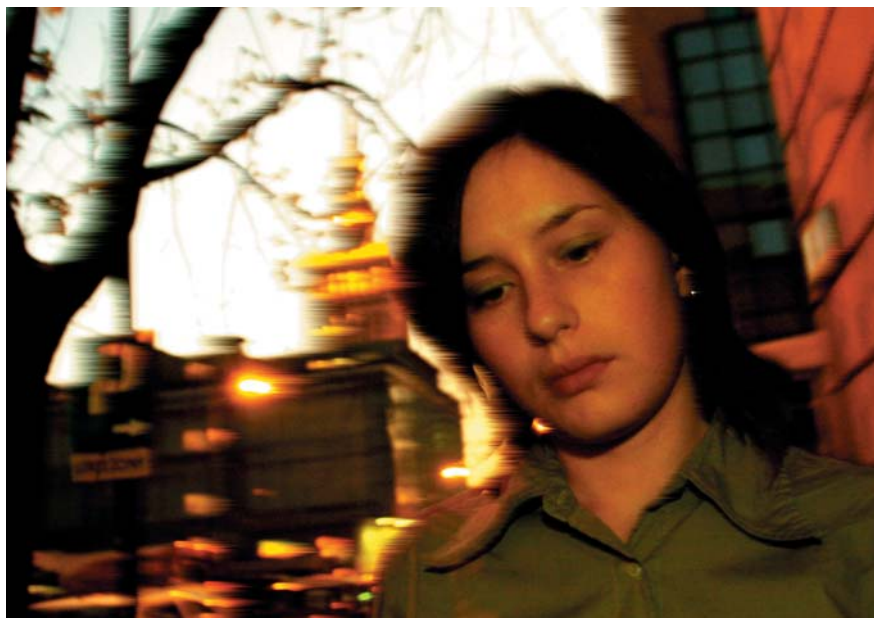
Po sześciu tygodniach od odebrania pierwszych alarmujących wyników, czekałem już w szpitalu na operację. W czasie operacji usunięto mi prostatę i potwierdzono, że nie było przerzutów do węzłów chłonnych, ale lekarz powiedział, że był to już ostatni moment i tylko dzięki szybkiej reakcji udało się uniknąć przerzutów.

Spodziewałem się, że po operacji nie wszystko od razu będzie idealnie. Przez pierwszy miesiąc byłem cewnikowany, ponieważ zwieracz przestał pracować. Po miesiącu zdjęto mi cewnik i pojawił się problem z nietrzymaniem moczu, ale o tym lekarze mnie nie uprzedzili i nie otrzymałem żadnej porady. Otrzymałem recepty na pampersy, ale sytuacja była dla mnie nie do zaakceptowania. Zupełnie nie kontrolowałem oddawania moczu, chodzenie w pampersach było krępujące, również w nocy spanie w nich było niewygodne. Kiedy próbowałem spać bez nich, musiałem wstawać do toalety co 2-3 godziny. Zmartwiony sytuacją udałem się ponownie na wizytę do profesora szukając sposobu na zaradzenie nowemu problemowi. Owszem była możliwość rehabilitacji poprzez stymulację mięśni miednicy prądem elektrycznym, ale w moim wypadku nie mogła być ona zastosowana z powodu rozrusznika. Pozostał sztuczny zwieracz, o którego refundację mógłbym się starać w NFZ albo ćwiczenia mięśni dna miednicy. Postawiłem na to drugie. Otrzymałem zestaw ćwiczeń, które miałem systematycznie wykonywać w domu i właśnie tak robiłem. Ćwiczyłem codziennie, tak jak zalecił mi lekarz, a kiedy po pierwszych tygodniach zobaczyłem poprawę uwierzyłem, że może się udać. Po trzech miesiącach regularnych ćwiczeń problem z nietrzymaniem moczu zniknął na dobre.

Od tamtej chwili minęło pięć lat. Po kolejnej wizycie kontrolnej wiem, że wszystko jest w porządku. Nie mam też żadnych problemów z nietrzymaniem moczu. To, że cieszę się teraz życiem zawdzięczam trochę przypadkowi, ale też swojej wytrwałości i systematyczności, zainteresowaniem swoim zdrowiem.

Mirosława, 53 lata

Dowiedziałam się o chorobie nowotworowej podczas pobytu w szpitalu z powodu zupełnie innej dolegliwości. Przeprowadzone badania wykazały raka pęcherza moczowego. W ten sposób trafiłam na oddział urologiczny. Pierwszy zabieg polegał na zeszkrobaniu ze ścianek pęcherza tkanki, która została poddana badaniom. Niestety, wynik potwierdził wstępną diagnozę. To był rak typu G2, złośliwy. W moim przypadku zdecydowano się na radykalny zabieg wycięcia pęcherza, ponieważ dawało to największą szansę na uniknięcie przerzutów i na przeżycie. Mam zresztą w rodzinie kilku lekarzy



i oni też mi radzili: „nie wahaj się, niech tną jak najwięcej, życie jest najważniejsze“.

Po operacji lekarze rozważali dwie opcje: utworzenie stomii albo odtworzenie pęcherza z jelita grubego. Ze względu na mój młody wiek, miałam wtedy 51 lat, zdecydowali się na odtworzenie pęcherza.

Przed operacją zostałam uprzedzona, że nawet po odtworzeniu pęcherza będę miała problem z nietrzymaniem moczu, zwłaszcza, że tego typu problemy ostrzej objawiają się u kobiet ze względu na krótszą cewkę moczową.

Wysłałam ze szpitala 1 grudnia 2003 roku. Po operacji rzeczywiście pojawiły się problemy z NTM. Otrzymałam więc skierowanie do przychodni urologicznej, a lekarz pierwszego kontaktu zapisał mi receptę na refundowane cewniki zewnętrzne, wkładki urologiczne i pampersy. Musiałam nauczyć się żyć z nową dolegliwością. Odtworzony z jelita grubego pęcherz spełniał owszem swoją funkcję, ale tylko częściowo. Niestety, w ogóle nie odczuwałam parcia, w związku z tym nie potrafiłam z początku kontrolować oddawania moczu. Nauczyłam się jednak wyczuwać kiedy pęcherz jest pełny i wtedy udawałam się do toalety. Oddawanie moczu muszę wspomagać naciskaniem brzucha, ponieważ mięśnie i zwieracz nie pracują prawidłowo. W ten sposób w ciągu dnia świetnie sobie radzę z wkładkami urologicznymi, których używam 1-2 dziennie. Czuję, że jakoś kontroluję sytuację. Gorzej jest niestety w nocy. W czasie snu nie jestem w stanie wyczuć wypełnienia pęcherza i muszę spać w pampersach. To dla mnie bardzo duży dyskomfort, bo to okropne uczucie obudzić się w mokrym pampersie. W nocy zużywam 2 pampersy.

Pęcherz zastępczy wymaga też dodatkowych zabiegów przepłukiwania. Odtworzony z jelita grubego, pokrywa się śluzem, co

zwiększa ryzyko stanów zapalnych czy też zatkania cewki moczowej. Dlatego jestem pod stałą kontrolą poradni urologicznej, gdzie zgłaszam się na zabiegi, zazwyczaj co 2-3 tygodnie. Regularnie wykonuję badania urograficzne, USG brzucha, badania krwi i płuc. Czuję, że jestem pod dobrą opieką, lekarze z uwagą i zrozumieniem odnoszą się do zgłaszanych przeze mnie problemów. Otrzymałam opis ćwiczeń Koebla, które wykonuję codziennie. Z leków zażywam tylko Furagin, który lekarz zalecił mi stosować, kiedy pojawiają się stany zapalne. Przez jakiś czas zażywałam Driptane, który miał zmniejszyć problem NTM, ale ponieważ nie widziałam żadnej poprawy, zrezygnowałam. Bardzo liczę na to, że wkrótce postęp medycyny uwolni mnie od tej dolegliwości.

Pomimo dyskomfortu spowodowanego nietrzymaniem moczu, „życia o niższej jakości“, pamiętam jak źle było ze mną i jak źle mogło być. Dlatego teraz zupełnie inaczej patrzę na problem NTM. Cieszę się, że żyję i staram się z tego korzystać każdego dnia. Przyzwyczyłam się już do nowej sytuacji i nauczyłam się radzić sobie z tym problemem. Przyznaję jednak, że w tej dolegliwości sprzyjają mi trochę warunki życiowe. Jestem rozwiedziona, mieszkam sama i nie muszę obawiać się krępujących sytuacji. Również u swojej mamy mam własny pokój, co jest bardzo wygodne. Po operacji przeszedłam na rentę z powodu raka, ale NTM nie ograniczyło mojego życia. Pomagam swojej chorej przyjaciółce, z którą jeżdżę na badania, odwiedzam swoją mamę, która mieszka w innej miejscowości, cieszę się z wizyt córki, spotykam ze znajomymi, chętnie pomagam innym. Pamiętam jak wiele im zawdzięczam, kiedy było ze mną źle. I cieszę się życiem. ■



IV Warszawskie Seminarium Neurourologii

pt. „Nokturia, nadreaktywność i ból - objawy czy zespół?”

3 grudnia 2005, Hotel Sofitel Victoria Warszawa

To czwarte już z kolei Warszawskie Seminarium Neurourologii poświęcone leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. Leczenie zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych jest problemem interdyscyplinarnym, z którym stykają się ginekolodzy, neurologi, lekarze rodzinni oraz urolodzy.

Powstanie cyklicznego Seminarium jest wynikiem zapotrzebowania środowiska specjalistów z ww. dziedzin, w celu wymiany poglądów, wiedzy i doświadczeń dotyczących nietrzymania moczu, zaburzeń czynnościowych mikcji, leczenia zespołów bólowych miednicy, chirurgii rekonstrukcyjnej. Wśród prelegentów prowadzących poszczególne sesje będą zarówno uznane w tej dziedzinie autorytety w Polsce jak również zaproszeni goście ze znanych ośrodków zagranicznych.

Ciesząc się ogromnym zainteresowaniem w poprzednich latach edycje Seminarium, podparte zarówno frekwencją uczestnictwa jak i Państwa pochlebnymi opiniami zostanie w tym roku zorganizowane również w Hotelu Sofitel Victoria. Serdecznie zapraszamy do ponownego wzięcia udziału w Neurourologii, a także witamy serdecznie tych z Państwa, którzy zdecydują się po raz pierwszy uczestniczyć w tym przedsięwzięciu.

3 grudnia skoncentrujemy się nad problemem leczenia trzech objawów - nadreaktywności, bólu oraz nokturii. W trakcie Seminarium oprócz wykładów zaproszonych gości, światowej sławy ekspertów z dziedziny neurourologii, zaplanowaliśmy interaktywną dyskusję okrągłego stołu poświęconą wypracowaniu standardów leczenia farmakologicznego pacjentów z zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych. Patronat, jak co roku, nad naszym Sympozjum objęły Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne oraz Polskie Towarzystwo Ginekologiczne.

Przewodniczący Sympozjum - prof. dr med. Andrzej Borkowski
Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego - dr med. Piotr Radziszewski
Organizator: Katedra i Klinika Urologii AM w Warszawie

Komitet Honorowy:

Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego - prof. Andrzej Borówka
 Prezes Polskiego Towarzystwa Neurologicznego - prof. Zbigniew Stelmasiak
 Prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego - prof. Marek Spaczyński

PROGRAM

9:00-9:30

Sympozjum Satelitarne

9:30-10:00

Sympozjum Satelitarne Eli Lilly i Boeringer Ingelheim

„Jak postępujemy z pacjentami z nietrzymaniem moczu w Polsce“ - podsumowanie wyników ogólnopolskiego badania obserwacyjnego.

10:00-11:00 Sesja I

Powitanie - Andrzej Borkowski, Piotr Radziszewski

Patofizjologia dolnych dróg moczowych: od mózgu do pęcherza - Michael Craggs

Podstawy farmakoterapii dolnych dróg moczowych - Christopher Chapple

11:00-11:20 Przerwa na kawę

11:20-13:30 Sesja II

Jak leczyć pęcherz nadreaktywny? - David Castro

Jak leczyć zapalenie śródmięzszowe pęcherza? - Jean-Jacques Wyndale

Jak leczyć nokturie? - Roger Dmochowski

Zastosowanie neuromodulacji w pęcherzu nadreaktywnym - Emanuel Charter-Castler

Zastosowanie neuromodulacji w zapaleniu śródmięzszowym pęcherza - Jerzy Gajewski

Nokturia, nadreaktywność i ból - objawy czy zespół? - Mariusz Majewski, Piotr Radziszewski

13:30-14:30 Przerwa na obiad

14:30-16:00 Dyskusja okrągłego stołu

Moderatorzy: Andrzej Borkowski, Piotr Radziszewski

Uczestnicy: Andrzej Borówka, Jan Kotarski, Włodzimierz Baranowski, Christopher Chapple, Emmanuel Chartier Castler,

Piotr Dobroński, Agnieszka Bossowska, Jerzy Gajewski, Jean Jacques Wyndale, David Castro, Roger Dmochowski, Michael Craggs

Więcej informacji: www.neurouro.remedy.com.pl

Co powinien wiedzieć NFZ?

Maria Weber

Rada Społeczna przy Wojewódzkim Zespole Specjalistycznej Rehabilitacji Niepełnosprawnych i Zaopatrzenia Ortopedycznego w Warszawie



Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponuje danymi na temat wydatków na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w poszczególnych regionach. Oznacza to, że nie ma wiedzy, w jaki sposób są wydawane środki publiczne zaś plan na następny rok powstaje z „sufitu“. Kiedy Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED zwróciła się z prośbą o przekazanie danych na temat wydatków w tej dziedzinie, ze zdziwieniem się dowiedziała, że centrala NFZ ich nie ma i radzi zwrócić się w tej sprawie do oddziałów. Po kilku miesiącach usilnej korespondencji pomiędzy oddziałami a POLMEDEM, dane zostały Izbie przekazane. Jedynie województwo małopolskie uznało, iż powinny zostać objęte ochroną i ich nie udostępniło. Dziś, gdy sekcja ds. rehabilitacji i ortopedii POLMEDu poddała analizie cały materiał, NFZ nagle się nim zainteresował. POLMED obiecał przekazać raport wiceprezosa Funduszu.

Tymczasem braku wiedzy na temat wydatkowania publicznych środków w poszczególnych regionach broniła Aneta Styrynik z biura prasowego NFZ twierdząc, że

centrala, po rozdziale pieniędzy według algorytmu, nie ma prawa interesować się, jak dyrektor oddziału nimi dysponuje. Czyżby zatem panowała pełna dowolność?

Skąd się wzięły różnice?

Z poniższej tabeli wynika, iż w wydatkach na rehabilitację i środki pomocnicze panują spore różnice między regionami. Rzecz jasna, im ludniejsze województwo, tym bezwzględna kwota przeznaczona na refundację środków pomocniczych wyższa. Uderza jednak różnica w wydatkach na jedną osobę. Różnice te sięgają od 4,7 zł w województwie opolskim, po 6,78 zł w podkarpackim do 11 zł w województwie śląskim. Niewielkie wydatki poniosły województwa: podlaskie (7,92) i świętokrzyskie (7,58). Znacznie więcej wydały duże województwa: dolnośląskie (10,27) i mazowieckie (10,04). Zagadką pozostaje niewielkie województwo opolskie, gdzie na jedną osobę wydano wyjątkowo dużo - 10,75 zł. Uderza prawidłowość, iż województwa, które, z racji swej wielkości i zaludnienia, przeznaczają więcej środków na refundację pieluch czy pielucho-

majtek. Czy decyduje o tym ogólne przeświadczenie, iż potrzeby w takich województwach są większe niż gdzie indziej? *Kwartalnik NTM* zapytał Joannę Buczyńską z wydziału zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze pomorskiego oddziału NFZ o przyczyny różnic w wydatkach.

- O wysokości wydatków na jedną osobę decydują często czynniki obiektywne, na przykład starzenie się społeczeństwa w danym regionie. Istnieją województwa, gdzie zaczyna dominować starsze pokolenie. Ich potrzeby w dziedzinie zaopatrzenia w środki pomocnicze zawsze będą większe niż w tzw. „młodych województwach“. O wydatkach decyduje też liczba zakładów opiekuńczych w danym regionie czy dostęp do placówek służby zdrowia oraz agresywna polityka producentów. Dlatego wydatki na środki pomocnicze rosną szybciej niż w innych dziedzinach rehabilitacji - powiedziała Joanna Buczyńska. Dodała też, że pomorski oddział stara się także uwzględnić w wydatkach nowe metody leczenia nietrzymania moczu. - Zależy to od kontraktów ze szpitalami, które jednak nie zawsze je uwzględniają.



Nie można jednak udowodnić, czy na przykład wzrosły wydatki na operacyjne metody leczenia NTM kosztem środków pomocniczych? Kwoty na refundację wprawdzie rosną, ale głównie według wskaźnika inflacji, a nie rzeczywistych potrzeb. W niektórych województwach sumy te w 2006 roku będą mniejsze lub w tej samej wysokości co w 2005 roku. Oddziały NFZ liczą zapewne, że jeśli potrzeby okażą się większe, skorzystają z rezerwy. W tej sytuacji o poprawie standardu rehabilitacji nie może być mowy.

Zdaniem Mirosława Padjaska, przewodniczącego sekcji ds. rehabilitacji i ortopedii w POLMEDzie potrzeby pacjentów w Polsce są do siebie podobne. - Myślę, że 12 zł na osobę w skali całego kraju rozwiązałoby potrzeby zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, przy utrzymaniu obecnego standardu - stwierdził - niestety, instytucje zobowiązane do monitorowania potrzeb zdrowotnych społeczeństwa nic w tym kierunku nie robią. Mam oczywiście na myśli NFZ i Ministerstwo Zdrowia.

Kiedy system elektroniczny?

Gdzie zatem należy szukać pieniędzy, aby poprawić zaopatrzenie? Mirosław Padjasek uważa, że należy uszczelnić system realizacji świadczeń zdrowotnych. - Kiedy w końcu pojawią się karty chipowe dla każ-

dego pacjenta? - pyta. O braku szczelności wspomniała też Joanna Buczyńska z pomorskiego oddziału NFZ, mówiąc o bezradności wobec tych pacjentów, którzy wykorzystując znajomości, realizują więcej zleceń niż przewiduje to prawo. Oszustw w tej dziedzinie dałoby się uniknąć po wprowadzeniu systemu RUM lub innego systemu elektronicznego, który pomógłby zablokować realizację pozaprawnych wniosków. Na razie o systemie elektronicznym jedynie się dyskutuje, zamiast zdecydowanie wprowadzić go w życie. Z drugiej strony część winy za nieracjonalne wydatki ponoszą też sami świadczeniodawcy. - Istnieje wiele do zrobienia w zakresie kontroli świadczeniodawców. Ale to temat na osobny artykuł - dodał. Nie da się jednak ukryć rozczarowania części świadczeniodawców, skoro ich pacjenci muszą oczekiwać na przedmioty ortopedyczne wiele miesięcy. Dotyczy to zwłaszcza aparatów słuchowych. Realizacja wniosków na środki pomocnicze odbywa się w zasadzie na bieżąco. Czy to znaczy, iż potrzeby osób dotkniętych NTM spełniono w 100 procentach? Jak wiadomo, chorem przysługują 2 sztuki pieluch lub pieluchomajtek dziennie. Nie można zatem mówić o spełnieniu potrzeb osób dotkniętych NTM lecz jedynie o realizacji minimalnych ustaleń. Ponadto wnioski na realizację środków pomocniczych obowiązują 3 miesiące, łatwiej więc je zrealizować. W in-

nych dziedzinach zaopatrzenia ortopedycznego panuje też niedoszacowanie i to widoczne gołym okiem, skoro tworzą się kolejki pacjentów oczekujących na realizację swych wniosków.

Przeciwko bezradności

Decydenci zdają się nie zauważać problemów pacjentów. Na sygnalizowane im trudności na ogół nie odpowiadają. Zapowiedziane powołanie na jednym z posiedzeń Sejmowej Komisji Zdrowia przez resort zdrowia zespołu do opracowania nowych rozporządzeń w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nie doszło do skutku. Co mogą zatem uczynić pacjenci pozbawieni swych praw? Teoretycznie mogą się na nie powoływać. Ale powszechne przekonanie, iż „nic się nie da zrobić“ paraliżuje postępowanie chorych. Tymczasem skuteczna akcja organizacji reprezentujących pacjentów pokazała, że można doprowadzić do zmian (system zaopatrzenia). Dziś dostęp do przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych jest znacznie większy zaś kolejki w przypadku tych ostatnich praktycznie zniknęły.

Czas zatem na krok następny. POLMED rozpoczyna od października akcję budowania świadomości każdego z nas, iż warto dbać o własne zdrowie. POLMED, wraz z organizacjami pacjentów, zamierza zwrócić uwagę społeczeństwa na fakt, iż limity refundacji nie zmieniają się od lat zaś standard pozostaje z poprzedniej epoki. Wspólne działanie ma doprowadzić do porozumienia organizacji pacjentów i świadczeniodawców. Na taki lobbying Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo zdrowia nie może pozostać obojętny.

Mirosław Padjasek
Przewodniczący
Sekcja ds. Rehabilitacji i Ortopedii
POLMED

Ogłoszony niedawno plan zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze na 2006 rok przewiduje kwotę 436 808 tys. zł. W ubiegłym roku wydano 389 267 tys. zł i zagospodarowano je w 99,27%. Oznacza to, że pomimo kolejek, Funduszowi udało się jeszcze zaoszczędzić pieniądze. Jak to możliwe, skoro w przeliczeniu na jednego mieszkańca przypada w Polsce (według planu na 2006 rok) 3 euro, w Chorwacji 16,5 euro, na Węgrzech - 15,8 euro, a w Czechach - prawie 13 euro? Według naszych badań wzrost kwoty na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze o 100 mln zł radykalnie zmieniliby sytuację. Ale decydenci wolą kolejki.

Wydatki oddziałów NFZ na zaopatrzenie w przedmioty rehabilitacyjne i środki pomocnicze (w złotych)

Oddział NFZ	Wydatki w 2004	Wydatki w 2005	Plan wydatków w 2006
Dolnośląski	29774566,3	30993000	31484000
Kujawsko-Pomorski	17109702,13	18572000	20330000
Lubelski	19517595,99	22827000	20180000
Lubuski	9527134,65	12353000	12100000
Łódzki	24244282,66	26407000	27350000
Małopolski	b.d	43139000	45000000
Mazowiecki	51594732,04	66077000	66007000
Opolski	11350280,09	12000000	12000000
Podkarpacki	14227276,24	25694000	26315000
Podlaski	9551603,72	11921000	13100000
Pomorski	21072481,81	23767000	24000000
Śląski	51894930,82	53996000	53500000
Świętokrzyski	9790435,00	10431000	11400000
Warmińsko-Mazurski	14199263,20	14700000	14700000
Wielkopolski	32912491,16	40660000	37681000
Zachodniopomorski	16712782,93	16384000	19661000

Źródło: Oddziały NFZ i POLMED

Co dalej?



Józef Góralczyk

Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych

Mija czteroletni okres sprawowania władzy. Nie będę głębiej zastanawiał się nad nim, bo w ostatnich dwóch latach wielokrotnie bardzo krytycznie pisaliśmy o rządach lewicy, zwłaszcza w reformowaniu służby zdrowia. Nie ma się czym chwalić - prawie 1,5 miliarda zł długu i tak naprawdę nadal brak koncepcji, jak rozwiązać problemy służby zdrowia. Każdy dzisiaj zadaje sobie pytanie jaki stworzyć system ochrony zdrowia, bo przecież jest to problem zasadniczy, podstawowy i na pewno najważniejszy.

Właśnie jesteśmy świadkami zmiany ekipy rządzącej. Ci, którzy tak sprawnie zajmowali się krytyką systemu w niedługim czasie będą musieli pokazać jaką mają wizję i jak ją zrealizować. Czy podołają? Rok temu, gdyby mi zadano takie pytanie, odpowiedziałbym bez zastanowienia „tak”. Dzisiaj nie udzieliłbym jednoznacznej odpowiedzi. Dlaczego? - ponieważ w ostatnim roku jedna z najważniejszych partii

opozycyjnych nie ma wiele do powiedzenia. Tak jak by para poszła w gwizdek. Ktoś powie: „kolejny przeciwnik” - odpowiem: „nie, jeżeli przeciwnik to jedynie ludzie, którzy do polityki przychodzą robić karierę”. A przecież w mojej naiwności uważam, że polityka i politycy to służba swojemu narodowi, to poświęcenie swoich ambicji innym, czyli wszystkim to, czemu my społecznicy służymy. Nie dla kariery i osobistych korzyści, ale sprawie i wszystkim tym, którzy tej pomocy potrzebują. Ktoś powie: „chłopie zejź na ziemię, przyjdą następni i zrobią to samo co poprzedni”. Dzisiaj przyznam się, że jak patrzę na tych wszystkich kryształowych ludzi krzyczących z potężnych bannerów i tablic reklamowych, jak są szlachetni i prawi, to nie wiem czy śnię czy coś mi się stało, bo niedługo wielu tym kandydatom trzeba będzie odbierać immunitety poselskie, aby oskarżyć o przestępstwa, które popełnią.

Przed nowymi wyborami powinniśmy mieć nadzieję, bo bez niej nie warto żyć. To może teoria, w życiu już tyle razy nas zawiedli. Ten fakt spowodował, że nauczyliśmy się walczyć o swoje i to obiecuję jako członek Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych. Będziemy walczyć o interesy osób niepełnosprawnych, bo taka jest nasza potrzeba i powołanie. Przeciwnicy powiedzą: „banały”, niech mówią, my jednak będziemy walczyć dla dobrej sprawy, której służymy. Piszę to ku przestrodze wszystkim tym, których celem będzie prywatna i własne interesy.

Jeżeli dokonaliśmy złego wyboru będziemy mogli mieć pretensje do samych siebie. A sprawa jest bardzo poważna, bo od niej zależy nasze zdrowie w najbliższych czterech latach. Analizujemy więc programy, a nie uśmiechnięte twarze kandydatów. Analizujemy szczegółowo co do nas mówią, gdyż za chwilę będziemy ich z tego rozliczać.

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ - organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne

(kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na			
						a) AS	b) PM	c) PO	d) WS
Lubuskie	49	21	1024	60	do 14 dni	do 6 mc	nb	do 3 mc	nb
Opolskie	73	15	1088	73	do 14 dni	do 26 mc*	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	95	14	1325	315	do 7 dni	do 17 mc*	do 7 dni	do 14 dni**	do 7 dni
Małopolskie	128	25	3223	523	14-21 dni	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	354	6	2126	171	14 dni	nb	nb	nb	nb
Śląskie	374	13	4866	724	nb	nb	nb	nb	nb
Łódzkie	379	5	2653	156	14-21 dni	2 mc	nb	1 mc	nb
Podlaskie	409	3	1228	60	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	120	do 30 dni	do 6 mc	nb	nb***	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	77	nb	12 mc	nb	8 mc	nb
Lubelskie	559	4	2235	242	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	217	do 14 dni	do 2 mc****	nb	nb	nb
Mazowieckie	634	8	5067	257	14 dni	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	161	nb	nb	nb	nb	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	110	do 7 dni	do 15 mc*****	nb	3-6 mc	nb
Pomorskie	2192	1	2192	150	nb	3 mc	nb	nb*****	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne; nb - na bieżąco; * dzieci - nb; **wózki inwalidzkie - 15 mc; ***wózki inwalidzkie - do 5 mc; **** dzieci i osoby czynne zawodowo - nb; ***** dzieci, młodzież ucząca się i osoby czynne zawodowo - do 3 mc; ***** wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące - ok. 3 mc.

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

OPIEKA potrzebuje opieki

Elżbieta Szwałkiewicz

Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa niepełnosprawnych i przewlekle chorych

W związku z restrukturyzacją świadczeń szpitalnych uznano społeczną potrzebę rozwoju różnych form opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej. Aktualnie w Polsce funkcjonuje około 400 stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej. Narodowy Fundusz Zdrowia każdego roku zwiększa liczbę kontraktowanych świadczeń z zakresu opieki długoterminowej, ale jednocześnie utrzymuje niemal 50% tych świadczeń przez niedoszacowanie stawki za osobodzeń opieki, co nie pozwala ZOL i ZPO na realizowanie opieki w zakresie i na zasadach ustalonych w umowie ze świadczeniodawcą. Jest to główna przyczyna braku standaryzacji świadczeń i ich niskiej jakości.

Brak wiedzy

Moje dotychczasowe doświadczenia we współpracy najpierw z Kasami Chorych i Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Społecznych, a następnie z Narodowym Funduszem Zdrowia wskazują na fakt przejścia przez NFZ kompetencji kreowania polityki zdrowotnej. Jest to tendencja bardzo niebezpieczna, gdyż NFZ politykę tę wytycza według swojej aktualnej sytuacji finansowej bez wdawania się w szczegóły praktycznej działalności w poszczególnych działach systemu. Pracownicy NFZ opracowujący założenia do finansowania świadczeń zdrowotnych patrzą na kwestię finansowania świadczeń zdrowotnych przez pryzmat swoich dotychczasowych doświadczeń zawodowych (najczęściej specjalistycznych lekarskich), a to czego nie znają jest dla nich mniej ważne. Z braku wiedzy i umiejętności postrzegania systemu jako całości ulegają wpływom i naciskom różnych znakomitości świata medycznego i w efekcie dochodzi do ograniczania dostępności do świadczeń dla bardzo dużej grupy osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i w podeszłym wieku.

W latach 90-tych intensywnie rozwijała się specjalistyczna opieka paliatywno-hospicyjna, wdrażana na terenie kraju przez krajową i wojewódzkie rady opieki paliatywno-hospicyjnej. Kilka lat później, nowe-

lizacja ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z póź. zm.) stworzyła możliwość tworzenia zakładów opieki długoterminowej wprowadzając obok zakładu opiekuńczo-leczniczego nową formułę zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego.

Jeden rodzaj świadczenia?

Kasa Chorych ujęła opiekę długoterminową oraz paliatywno-hospicyjną jako jeden rodzaj świadczenia. Dlaczego? Nie rozumiem tego, gdyż nie widzę tu ani uzasadnienia merytorycznego ani ekonomicznego. Chyba, że łączne ujęcie obu dziedzin poprawia ich wizerunek na tle innych dobrze rozwiniętych i daje złudny obraz, że z opieką długoterminową nie jest tak źle. Takie podejście Kas Chorych, a następnie Narodowego Funduszu Zdrowia do obu dziedzin usankcjonował Art. 15 ust. 2 pkt 13 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, sformułowanym „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, w tym opiekę paliatywno-hospicyjną“.

Z uwagi na specyficzną sytuację zdrowotną pacjentów kwalifikujących się do opieki paliatywno-hospicyjnej (specjalistyczna opieka lekarska i pielęgnarska w schyłkowej fazie życia) i do opieki długoterminowej (wzmoczona opieka pielęgnarska), jedyne wspólne dla obu dziedzin elementy to świadczenia pielęgnarskie, w tym podstawowa pielęgnacja obejmująca swoim zakresem utrzymanie higieny ciała, pomoc w przemieszczaniu i pomoc w przyjmowaniu posiłków. Jednak filozofia podejścia pielęgnarskiego do pacjenta umierającego i do pacjenta, który musi nauczyć się żyć ze swoją chorobą i niesprawnością przez wiele lat, są zupełnie inne. Tak więc ustawowe usytuowanie specjalistycznej lekarsko-pielęgnarskiej opieki paliatywno-hospicyjnej w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych należy traktować jako oczywistą pomyłkę. Tym bardziej, że oprócz istotnych różnic merytorycznych, są zasadnicze różnice w sposobie finansowania. W opiece paliatywno-hospicyjnej koszt całego świadczenia pokrywa NFZ,

a w opiece długoterminowej wprowadzono zasadę współfinansowania przez pacjenta świadczenia, w zakresie kosztów jego pobytu w zakładzie. Ten zapis ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych będzie z pewnością poprawiony.

Z definicji ustawowej (art. 32c oraz 32d ustawy o zakładach opieki zdrowotnej) wynika wprost, że pacjent do obu zakładów opieki długoterminowej nie jest kierowany w związku z koniecznością stacjonarnego leczenia choroby przewlekłej (hospitalizacja), ale w związku z koniecznością ograniczenia lub eliminacji skutków tej choroby, poprzez stacjonarną profesjonalną pielęgnację i rehabilitację.

Jak interpretować

Zgodnie z definicją świadczenie zdrowotne w ZOL obejmuje pielęgnację i rehabilitację, a w ZPO pielęgnację i rehabilitację oraz kontynuację leczenia. Mimo, że w definicji zakładu opiekuńczo-leczniczego nie ma ujętego leczenia, ustawodawca narzucił ZOL-om zapewnienie środków farmakologicznych. Ten obowiązek nie został zawarty w ZPO, który ma zapewnić kontynuację leczenia.

Z braku oficjalnej interpretacji, Kasy Chorych, a potem Narodowy Fundusz Zdrowia podjął próbę zróżnicowania zakresów świadczeń w ZOL i ZPO. Wbrew definicji ustawowej ZOL-om nadawano charakter zakładów leczniczych, a ZPO pielęgnacyjnych. Intencje te znalazły odbicie jedynie w zróżnicowaniu stawki za osobodzeń na korzyść ZOL. Jest to niezrozumiałe, gdyż porównując definicje zakładu opiekuńczo-leczniczego i pielęgnacyjno-opiekuńczego, nie ma możliwości skategoryzowania, właściwej dla każdego z tych zakładów, grupy pacjentów. Nie można także zróżnicować zakresu świadczeń zdrowotnych i opiekuńczych. NFZ narzucił obu zakładom takie same zasady kwalifikowania do opieki, taki sam zakres świadczeń, takie same warunki ich realizacji, w tym zapewnienie leków, diagnostyki, konsultacji specjalistycznych itd. Tym samym stawki za opiekę powinny być identyczne.

W ustawie o ZOZ - pacjent opieki długoterminowej, został opisany jako osoba nie wymagająca leczenia szpitalnego, która potrzebuje pielęgnacji, opieki i rehabilitacji.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210 poz. 2135) w Art. 15 ust. 1 stanowi, że świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczenie.

Natomiast według NFZ opieką długoterminową mogą być objęci pacjenci przewlekle chorzy, unieruchomieni z powodu urazu lub choroby, których sprawność do samoopieki oceniona na podstawie skali Barthel, nie przekracza 40 pkt i którzy jednocześnie wymagają świadczeń pielęgniarstwa, kontynuacji leczenia i rehabilitacji. Opieką ZOL i ZPO nie mogą być objęci pacjenci w ostrej fazie choroby psychicznej i terminalnej fazie choroby nowotworowej.

Wprowadzone przez kasy chorych, a potem przez Narodowy Fundusz Zdrowia ograniczenie dostępności do świadczeń poprzez jedyne kryterium kwalifikacyjne do opieki stacjonarnej i domowej - sprawność do 40 pkt w Skali Barthel, budzi powszechne wątpliwości. W praktyce oznacza to ograniczenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej dla 2/3 osób z spośród wszystkich potrzebujących. Wielokrotnie podkreślałam, że Skala Barthel, w wielu krajach Europy Zachodniej stosowana jest do obliczania poziomu zapotrzebowania na opiekę osób trzecich, a tym samym do ustalania kosztów osobowych opieki. Pacjenci do 40 pkt w Skali Barthel z reguły wymagają około 300 minut opieki indywidualnej przeznaczonej głównie na podstawową pielęgnację, tj. utrzymanie higieny ciała, pomoc w przemieszczaniu i pomoc w przyjmowaniu posiłków. Należy pamiętać, że Skala ta jest nieprzydatna do określenia stanu zdrowia i zakresu niezbędnej pomocy medycznej.

Za mało pieniędzy

Sądzę, że wprowadzone ograniczenie dostępności do świadczeń wynika głównie ze zbyt małych środków finansowych przeznaczonych przez NFZ na opiekę długoterminową. NFZ zastrzegając sobie prawo wyłączności do decydowania o kwalifikowaniu pacjentów do opieki długoterminowej, wyrażające się radykalnym podejściem urzędników NFZ do ustalonej granicy 40 pkt, uniemożliwił tym samym prowadzenie w tych zakładach sensownej terapii uspra-

wiającej. Przyjęcie przez urzędników NFZ założenia, że każde przekroczenie 40 pkt ma skutkować wypisaniem pacjenta z zakładu lub uzyskaniem indywidualnej zgody płatnika na dalszy pobyt, zaprzecza przyjętemu przez NFZ celowi opieki w ZPO i ZOL - tj. usprawnianie pacjenta do samoopieki i przygotowanie do pobytu w domu.

Art. 34a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej stanowi, że osoba przebywająca w publicznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym i pielęgnacyjno-opiekuńszym ponosi koszty żywienia i zakwaterowania. Miesięczną opłatę ustala się w wysokości odpowiadającej 250% najniższej emerytury, z tym że opłata nie może być wyższa niż kwota odpowiadająca 70% miesięcznego dochodu osoby przebywającej w zakładzie, w rozumieniu przepisów o pomocy społecznej. Ustawodawca nie uwzględnił, że w zmiennej ustawie o pomocy społecznej problem odpłatności za pobyt w domu pomocy społecznej został rozwiązany poprzez ustawowe zobowiązanie mieszkańca do pokrycia rzeczywistych kosztów pobytu. W przypadku, gdy kwota w wysokości 70% miesięcznego dochodu mieszkańca nie pokrywa ustalonej opłaty, ustawa zobowiązuje rodzinę i gminę do współpłacenia za pobyt w DPS.

W efekcie ustawodawca w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej w Dziale II - Publiczne zakłady opieki długoterminowej - Art. 34 a oraz Ustawy z 27 sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, narzucił zakładom publicznym odpłatność za pobyt nie odnosząc się w żaden sposób do rzeczywistych kosztów tego świadczenia i nie podając źródła sfinansowania powstałego niedoboru finansowego. Kwota 70 % przychodów miesięcznych pacjenta jest z reguły niższa od rzeczywistych kosztów pobytu, gdyż emerytury i renty w Polsce są bardzo niskie, a wielu pacjentów ma tylko rentę socjalną. Ponadto pacjentom, którzy przebywają w publicznym ZOL czy ZPO

odbiera się zasilek pielęgnacyjny, mimo, że z powodu szczególnych potrzeb zdrowotnych przebywają w zakładzie, w którym muszą opłacać pobyt z własnych środków.

Większa świadomość NTM

Równoległe do rozwoju opieki długoterminowej oraz paliatywno-hospicyjnej nastąpiła duża zmiana w podejściu do problematyki nietrzymania moczu. Na skutek intensywnego oddziaływania edukacyjnego firm produkujących środki pomocnicze, materiały i sprzęt medyczny mający zastosowanie w pielęgnowaniu osób z problemem nietrzymania moczu oraz środowiska pielęgniarstwa, poprawiła się jakość opieki i standardy utrzymania higieny. Niestety, aktualnie w naszym kraju obowiązuje tylko częściowa refundacja na materiały chłonnae mocz i zestawy do zbiórki moczu. Limity cenowe i ilościowe są niewystarczające. Np. limity na cewniki zewnętrzne nie były zmieniane w Polsce od 1998 r. i należy podkreślić, że poprzednio (przed wprowadzeniem ubezpieczeń zdrowotnych) były one refundowane w 100%, a dodatkowo w ubiegłym roku wprowadzono na te produkty podatek VAT. W większości krajów Unii Europejskiej obowiązuje 100% refundacja na ww. produkty. Na szczęście mimo znacznego oporu ze strony NFZ udało się przeformować otwarty system zaopatrzenia w środki pomocnicze i zakończyć erę przetargów ogłaszanych przez NFZ, w efekcie których tylko zakup produktów niektórych firm był refundowany z budżetu NFZ.

Paradoks

Narzucone przez kasy chorych, a następnie NFZ zasady obowiązujące przy kierowaniu do publicznego ZOL czy ZPO nie uwzględniają uregulowań rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r., w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Kierowanie do publicznego zakładu opieki zdrowotnej, zgodnie z ww. rozporządzeniem na podstawie decyzji administracyjnej organu założycielskiego, często stoi w sprzeczności z wymogami kwalifikacyjnymi jakie na zakład nakłada Narodowy Fundusz Zdrowia. Wprowadzenie przez





NFZ swoich własnych zasad spowodowało, że w praktyce niemożliwe jest przestrzeganie w całości obowiązującego prawa i dyrektorzy zakładów lawirują między aktami prawnymi narażając się na zarzuty organu założycielskiego i NFZ.

Warunki umowy narzucone przez NFZ, w kontekście ustawy o ZOZ, są skrajnie niekorzystne dla zakładów opieki długoterminowej i niemożliwe do zrealizowania w ramach ustalonej przez NFZ stawki za osobodzień opieki.

Sytuację zakładów świadczących opiekę długoterminową należy rozpatrywać poprzez pryzmat drastycznego kryterium kwalifikacyjnego, zobowiązującego zakłady do przyjmowania wyłącznie obłożnie chorych, niezdolnych do samoopieki ludzi. Najczęściej zakłady muszą sobie radzić z wielochorobowością, ranami przewlekłymi, stanami wegetatywnymi. NFZ, mając świadomość rzeczywistych kosztów opieki nad tymi osobami, narzucił tym zakładom cenę za świadczenie pokrywającą zaledwie koszty osobowe na poziomie nieco wyższym niż najniższe ustawowe wynagrodzenie.

Konieczne jest wyeliminowanie zjawiska przerzucenia, przez NFZ, wszystkich konsekwencji zaniżonego poziomu finansowania na zakład i świadomego wprowadzania w błąd pacjentów, którzy są przekonani, że NFZ finansuje pełen koszt świadczeń zdrowotnych.

Ustalona przez NFZ dla wszystkich zakładów zasada niedoszacowania stawki za osobodzień opieki (świadczenia zdrowotne) i wprowadzenie przez ustawodawcę zasady odpłatności za pobyt nie odnoszącej się do rzeczywistych kosztów, doprowadziła do narastającego zadłużania się zakładów opieki długoterminowej w Polsce co może skutkować ich likwidacją. Szczególnie jest to niebezpieczne dla zakładów funkcjonujących samodzielnie poza strukturami szpitala, które nie mogą dołożyć swego zadłużenia do zadłużenia szpitala.

Nie ma danych

Nadal brak jest pełnych danych statystycznych dotyczących osób chorych, wymagających wzmoczonej stacjonarnej lub domowej opieki pielęgniarstwie. W tej sytuacji, do czasu precyzyjnego zdiagnozowania potrzeb w planowaniu poziomu zabezpieczenia świadczeń w obszarze opieki długoterminowej, NFZ posługuje się krajowym planem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych opracowanym przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie planów wojewódzkich, sporządzonych w oparciu o istniejącą infrastrukturę ochrony zdrowia i liczbę udzielonych świadczeń. Ponieważ z informacji udzielanych przez NFZ wynika, że corocznie zwiększa ilość świadczeń kontraktowanych w obszarze opieki długoterminowej,

powstaje złudne wrażenie, że w Polsce funkcjonuje wystarczająca infrastruktura opieki długoterminowej, do której można przesunąć pacjentów wymagających dłuższego leczenia szpitalnego. Niestety, to nie jest prawda. Są limity, kryteria kwalifikacyjne ograniczające dostępność do świadczeń dla znacznej grupy pacjentów i absurdy urzędnicze wynikające z niewiedzy, gdyż jest to nowy i jeszcze obcy dla naszego systemu rodzaj świadczeń zdrowotnych. Stąd może dążyć NFZ by stacjonarnej opiece długoterminowej narzucić cechy opieki szpitalnej.

NFZ uporczywie odmawia odniesienia się do rzeczywistych kosztów świadczeń w opiece długoterminowej i urealnienia stawki, i jednocześnie wymusza przekształcenie szpitalnych oddziałów dla przewlekłe chorych w ZOL oraz ZPO. NFZ postanawiając, że od 2006 roku zaprzestanie finansowania oddziałów dla przewlekłe chorych, nie bierze pod uwagę prostego faktu, że do ZOL i ZPO kieruje się chorych ludzi, którzy nie kwalifikują się do hospitalizacji do oddziału dla przewlekłe chorych i kieruje się osoby wymagające ze względu na stan zdrowia leczenia szpitalnego.

Rozwiązanie większości problemów w opiece długoterminowej wymaga nowelizacji dotychczasowych przepisów prawnych i ustalenia dalekosiężnej polityki w tym obszarze.

Nowy lek na pęcherz nadreaktywny już w sprzedaży!

Od 1 sierpnia br. w polskich aptekach można zakupić na receptę Vesicare (solifenacyne) - nowy lek na pęcherz nadreaktywny. Vesicare jest selektywnym lekiem cholinolitycznym, blokującym receptory muskarynowe i tym samym redukującym objawy towarzyszące nadreaktywności pęcherza moczowego, takie jak: częstomocz, parcie naglące i związane z nim nietrzymanie moczu. Preparat przyjmuje się raz dziennie.

Dotychczasowe badania wykazały dużą skuteczność leku w leczeniu objawów nadreaktywności wypieracza przy niewielkich objawach ubocznych - 74% pacjentów oceniło go jako satysfakcjonujący. Po leczeniu Vesicare zupełne ustąpienie nietrzymania moczu uzyskano u 52% pacjentów. Porównując solifenacyne z innymi antycholinergicami

stwierdza się, że preparat ten posiada większą skuteczność niż dotychczas stosowane leki.

Producent leku - firma Astellas (dawna Yamanouchi) - informuje, że zakup leku z częściową lub całkowitą refundacją będzie na razie niemożliwy z powodu braku refundacji na rynku polskim dla leków przeciwmuskarynowych.

MK

Co z duloksetyną?

Wciąż nie wiadomo, jakie będą losy duloksetyny - nowego leku na wysiłkowego NTM o nazwie handlowej Yentreve. W sierpniu 2004 r. lek został zarejestrowany przez Komisję Europejską w Polsce i innych krajach Unii Europejskiej.

Duloksetyna nadal jednak nie można zakupić w Polsce. Jest natomiast dostępna w sprzedaży na receptę m.in. w Niemczech

i na Słowacji. W Niemczech zakup Yentreve jest refundowany w 100%, natomiast na Słowacji w 95%.

KC

Karta kredytowa affinity BISE Integracja skończyła rok

Kartę kredytową Mastercard „Integracja” typu *affinity* (charytatywna) wydał przed rokiem (październik 2004) Bank BISE we współpracy ze Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji.

Karta wspiera Fundusz „Pierwszy Krok”, który pomaga młodym osobom ze złamanym kręgosłupem. Bank BISE przekazuje 50% przychodów z tytułu otrzymywanych od punktów handlowo-usługowych prowizji za dokonanie każdej transakcji bezgotówkowej za pomocą karty.

W ciągu roku wydano 1300 kart Integracja i przekazano na rzecz Funduszu Pierwszy Krok 17 tys. zł. Użytkownicy karty, nie ponosząc żadnych dodatkowych kosztów, pomagają młodym ludziom z urazami kręgosłupa, albowiem gromadzone dzięki karcie środki są przeznaczone na stypendia, dopłaty do czesnego w szkołach prywatnych, szkolenia zawodowe oraz zakup sprzętu rehabilitacyjnego oraz specjalistycznego.

Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji to organizacja pozarządowa istniejąca od 1995 roku i działająca na rzecz środowiska osób niepełnosprawnych poprzez wspieranie ich przedsięwzięć, a także promocję idei integracji społecznej i zawodowej tych osób z resztą społeczeństwa. Stowarzyszenie prowadzi liczne kampanie społeczne. Główne działania Stowarzyszenia mają charakter informacyjno-edukacyjny i prowadzone są głównie poprzez wydawany od 10 lat magazyn „Integracja”, Centrum Informacyjne dla Osób Niepełnosprawnych oraz portal www.niepelnosprawni.info. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji należy do Europejskiej Federacji na rzecz Zatrudnienia Osób Niepełnosprawnych CEEH (Confederation Europeenne pour l'Emploi des Handicapes).

Fundusz „Pierwszy krok” powstał na mocy porozumienia pomiędzy Fundacją Sue Ryder oraz Stowarzyszeniem Przyjaciół Integracji. Maksymalna wysokość dofinansowania dla jednej osoby wynosi 4,5 tys. złotych. Jednak warunkiem otrzymania dofinansowania jest udokumentowanie własnego udziału w kosztach w wysokości min. 10 % wartości przedmiotu dofinansowania. Po dotację w ramach Funduszu zgłaszać się mogą osoby do 30 roku życia oraz te, które uległy wypadkowi do 5 lat wstecz.

MW



**Jedyny miesięcznik dla lekarzy
z wkładką dla pacjenta!!!**

**Zamów roczną prenumeratę,
a informator dostaniesz – gratis!!!**

**Jesteśmy doradcą dla Ciebie
i Twojego pacjenta!!!**

Praktyka i Klinika Medyczna
ul. Świętochowskiego 2, 05-071 Sulejówek
tel. (0 22) 783 92 89, tel./fax: (0 22) 783 90 49

Stowarzyszenie UROSTO - co nowego

Małgorzata Georgiew

Kilkakrotnie pisaliśmy na naszych łamach o Stowarzyszeniu UROSTO, które powstało w 1998 r. w Bydgoszczy przy Szpitalu Wojewódzkim im. dr. J. Bizziela. Stowarzyszenie zrzesza ludzi z przewlekłymi chorobami układu moczowego pomagając w zwalczaniu ich dolegliwości, przede wszystkim poprzez edukację i wsparcie osób chorych. Stowarzyszenie organizuje spotkania, na które zaprasza lekarzy urologów, aby wygłosili prelekcje na temat chorób układu moczowego, metod leczenia i profilaktyki. UROSTO organizuje również zajęcia gimnastyczne dla osób z dolegliwością nietrzymania moczu, których celem jest nauka ćwiczeń pomocnych w cięższych stanach wysiłkowego i mieszanego typu NTM. Terminy wykładów i zajęć podają lokalne media, rozdawane są ulotki i w ten sposób ze spotkań korzystają nie tylko członkowie Stowarzyszenia, ale wszyscy zainteresowani i szukający pomocy. Regularnie, kilka razy w miesiącu wybrani członkowie UROSTO pełnią dyżury informacyjne. Teraz jest szczególna okazja, aby podsumować dotychczasową działalność stowarzyszenia, a to głównie z powodu jego nowych oddziałów.

W 2002 r. Stowarzyszenie podjęło decyzję o utworzeniu oddziałów w innych miastach. Pierwszym był Oddział Mazowiecki utworzony w tym samym roku w Warszawie. Dwa lata później powstał drugi oddział w Bydgoszczy przy Szpitalu Uniwersyteckim, gdzie zorganizowano tzw. białą niedzielę czyli bezpłatne profilaktyczne badania dla mieszkańców Bydgoszczy pod kątem NTM i prostaty. W styczniu 2005 r. natomiast powstał Lubelski, a w październiku Łódzki Oddział UROSTO.

Obecnie prowadzone są intensywne działania zmierzające do utworzenia oddziałów w Kielcach, Gdańsku i Białymstoku, i w tej chwili odbywa się nabór członków założycieli.

Jak zawsze bardzo cenne są dla nas uwagi pacjentów. Już pierwsze rozmowy z nimi pokazały, że odczuwają brak informacji na temat jak sobie radzić w przypadku występowania dolegliwości nietrzymania moczu. Dlatego bardzo cieszą się z powstania stowarzyszenia w ich mieście. Mają wiele ujemnych spostrzeżeń dotyczących stosunku lekarzy do ich problemu. Często lekarze pierwszego kontaktu słysząc o ich dolegliwości nie kierują ich do specjalisty urologa, ale sami starają się wyleczyć dolegliwość, bez żadnych badań pod kątem NTM. Często

bez pozytywnych skutków. Pacjenci natomiast wobec braku informacji nawet nie wiedzą czego mogą oczekiwać po leczeniu, są również niedoinformowani na temat środków wchłaniających. Owszem wiedzą o pampersach, ale są one dla nich przeważnie nieprzydatne. Oni potrzebują czegoś mniejszego, dyskretniejszego, jak wkładki urologiczne, ale o nich akurat nie wiedzą i ratują się ligniną czy - w przypadku kobiet - podpaskami. Problemy pacjentów tylko potwierdzają jak niska jest wiedza na tematy związane z nietrzymaniem moczu i jak bardzo potrzebne jest takie stowarzyszenie jak UROSTO.

Jest jeszcze jedno osiągnięcie Stowarzyszenia UROSTO, o którym należy wspomnieć. W 2005 roku uzyskało ono status organizacji pożytku publicznego, co oznacza,

że każdy może je wspomóc finansowo odliczając 1% należnego podatku. Kwotę można wpłacać na konto:

BANK PEKO SA II O. Bydgoszcz
nr 64 1240 3493 1111 0000 4306 1826

Na spotkanie założycielskie w Łodzi przyjechała kobieta z oddalonej o 50 km Zduńskiej Woli. Przyjechała po deklaracje dla swoich znajomych, które nie zdołały dojechać w dniu spotkania, ale które bardzo chciały zapisać się do stowarzyszenia. Na pytanie jak będą dojeżdżać na spotkania, odpowiedziała „Jak to jak? Tak jak ja - autobusem.“

Wszystkich zainteresowanych działalnością lub przynależnością do Stowarzyszenia zapraszamy do kontaktowania się w regionalnych oddziałach lub punktach naboru:

✓ BYDGOSZCZ

dyżury stowarzyszenia: Szpital Wojewódzki im. dr. Jana Bizziela, ul. Ujejskiego 75, tel. 0 52 371 16 00 wew. 650 (w każdy pierwszy roboczy poniedziałek miesiąca w godz. 13.00 - 15.00)

✓ WARSZAWA

dyżury stowarzyszenia: Klinika Urologii Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus, ul. Lindley'a 4, tel. 0 22 502 12 03 (każde dwie pierwsze środy miesiąca w godz. 16.00 - 18.00)

✓ LUBLIN

dyżury stowarzyszenia: Klub Osiedlowy Ruta, ul. Różana 8, tel. 0 81 526 30 01, czwartki w godz. 17.00 - 18.00; Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, al. Kraśnicka 100 (sala konferencyjna), tel 0 81 537 45 64, pierwsza środa miesiąca w godz. 16.00 - 17.00

✓ ŁÓDŹ

dyżury stowarzyszenia: Poradnia Urologiczna pok. 1102, ul. Pabianicka 62, tel. 0 42 689 56 14 (w każdą pierwszą i третią środę miesiąca, w godzinach 17:00 - 18:30)

✓ KIELCE

nabór członków: Poradnia Urologiczna, ul. Jagiellońska 72, pokój nr 8 godz. 11:00 - 13:00
Przychodnia Urologiczna, ul. Jagiellońska 13, w rejestracji, godz. 15:00 - 18:00

✓ GDAŃSK

nabór członków: Przykliniczna Poradnia Urologiczna, ul. Kliniczna 1A, w godz. 9:00 - 14:00

✓ BIAŁYSTOK

nabór członków: Wojewódzki Szpital Zespolony, ul. Skłodowskiej - Curie 26, Oddział Urologii, pokój lekarski i pokój pielęgniarki oddziałowej, wtorki i czwartki w godz. 12.00 - 15.00

lub z infolinią Programu Społecznego „NTM - Normalnie Żyć“ - 0 801 800 038



Mam pęcherz neurogeny

O Państwa Stowarzyszeniu przeczytałam w gazecie i postanowiłam napisać. Dwanaście lat temu miałam wypadek, w wyniku czego poruszam się o lasce i mam problem z nietrzymaniem moczu. Moje schorzenie jest określane jako pęcherz neurogeny. W ciągu dnia nie mam z tym większych problemów, poza tym że chodzę dosyć często do toalety (średnio co dwie, trzy godziny). Ale w nocy zupełnie tego nie kontroluję. Byłam leczona urologicznie, miałam robione badania urodynamiczne, zażywałam i zażywam Ditropan.

Z wiekiem coraz bardziej ten problem mnie denerwuje i nie umiem sobie z tym poradzić. Obecnie mam 21 lat i chciałabym móc przestać używać pampersów.

Będę wdzięczna za pomoc i wskazówki gdzie udać się z tym problemem.

Monika

Nie każdy pęcherz neurogeny jest taki sam. Innymi słowy określenie „pęcherz neurogeny” określa jedynie podłoże choroby, a nie jej istotę. Bez znajomości wyników badania urodynamicznego trudno jest określić stopień uszkodzenia unerwienia pęcherza.

Z Pani opisu wynika, że ma Pani nadreaktywność wypieracza (i być może inne zaburzenia). Odpowiedź (nawet częściowa) na leczenie Ditropanem sugeruje, że być może wystarczy zmienić lek antycholinergiczny i dawki, aby była Pani „sucha”. Proszę zgłosić się do urologa, dysponującego pracownią urodynamiczną (trzeba będzie powtórzyć badanie).

Czym się leczyć?

Bardzo chciałabym zasięgnąć opinii w kwestii wybrania najbardziej odpowiedniego leku na nadreaktywny pęcherz (OAB). Detrusitol na mnie nie działa. Pan doktor zaproponował mi Driptane, ale przeraża mnie lista działań niepożądanych.

Drugą propozycją był Mictonorm (u nas wycofany, ale można go ściągnąć np. z Niemiec). Rozumiem, że nie ma innego leku z propiperiną. Pytanie, czy ma równie dużo działań niepożądanych? I jeszcze Vesicare, który ma być u nas dopuszczony w tym roku. Czytałam fragment listy dyskusyjnej amerykańskich pacjentów - jedni chwala, drudzy wręcz odwrotnie. Działania niepożądane ma podobne jak Driptane, może chociaż w trochę mniejszym stopniu.

Chcę się oporać z tym problemem, ale nie chcę się pakować w kolejny lek, który nie pomoże, ale zaszkodzi. Detrusitol tolerowałam całkiem dobrze, szkoda tylko, że nie pomógł, bo tani nie jest.

A przy okazji, to straszne draństwo, że te leki nie są refundowane. Płacę wysokie składki na ZUS, a z niczego nie korzystam (mam dostęp do prywatnej lecznicy opłacanej przez pracodawcę), to chociaż jeden potrzebny mi lek mógłby być refundowany. Czy jest możliwe, że skoro dobrze tolerowałam tolterodynę, to ominą mnie działania niepożądane innych leków?

Czy muszę wszystko próbować na własnej skórze i portfelu?

Anna

Leki antycholinergiczne z racji swojego mechanizmu działania na tzw. receptory muskarynowe oprócz wywierania działania leczniczego na pęcherz działają też na inne narządy (przewód pokarmowy, ślinianki, oczy).

Leki antycholinergiczne starszej generacji (do takich należy Driptane i Ditropan, czyli oksybutynina) wywierały stosunkowo najwięcej działań niepożądanych. To spowodowało poszukiwania nowych leków (np. Detrusitol, czyli tolterodyna). Okazało się jednakże, że wraz ze zmniejszonymi objawami ubocznymi zmniejsza się też skuteczność. Dlatego poszukiwania idealnego leku na pęcherz nadreaktywny trwają. Wydaje się, że Vesicare (solifenacyna) ma jeden z lepszych profili skuteczność - tolerancja, czyli leczy pęcherz nadreaktywny przy wywoływaniu jedynie niewielkich objawów ubocznych.

W przypadku nietolerancji leków antycholinergicznym bądź braku ich skuteczności leczeniem drugiego rzutu jest stosowanie botoxu (toksyny botulinowej) w postaci zastrzyków do pęcherza.

Co mi jest?

Zwracam się do Państwa z problemem, z którym lekarze nie potrafią sobie poradzić od kilku lat, a ja praktycznie nie jestem już w stanie funkcjonować. Być może ktoś z Państwa konsultantów zetknął się z podobnym przypadkiem i będzie umiał mi pomóc lub przynajmniej wskazać, jak dalej postępować.

Moje dolegliwości rozpoczęły się pod koniec listopada 2000 roku. Przez kilka dni odczuwałam ostry ból w lewej części

podbrzusza, mniej więcej w okolicy jajnika oraz częste parcie na mocz. Ból był tak silny, że pewnego dnia zasłabłam. W toalecie zauważyłam, że mam krwimocz. Lekarka POZ przepisała mi Furagin, a także inne leki, których już nie pamiętam (po zmianie przychodni nie udało mi się odzyskać dokumentacji). Krwimocz ustąpił, ale częstomocz, parcie, ból w podbrzuszu i ból w cewce moczowej - nie. Zrobione po jakimś czasie badania ogólne moczu i krwi nie wykazały żadnych zmian; poziom leukocytów i OB w normie, bakterii w moczu nie stwierdzono, inne parametry też były w porządku. Badania ginekologiczne (łącznie z USG i cytologią) nie wykazały nieprawidłowości. Ponieważ dolegliwości gwałtownie się nasiliły, skierowano mnie do urologa, który zaczął mnie leczyć pod kątem kamicy nerkowej, piasku w nerkach, kolki itp. Bez skutku.

Po zastosowanej terapii lekami moczopędnymi (m.in. Diuramid) problemy z pęcherzem pogorszyły się, z toalety korzystałam co kilka minut, a bólu nie likwidowały żadne ogólnodostępne leki przeciwbólowe i rozkurczowe. Dodatkowo zaczęłam mieć duszności, dławienia i ból w klatce piersiowej. Kiedy kardiolog zmierzył mi ciśnienie okazało się, że po prostu nabawiłam się nadciśnienia tętniczego (maksymalne wartości: 180/120, wcześniej miałam wyłącznie niedociśnienie!). Nadciśnienie okazało się oporne na leczenie, a ja czułam się coraz gorzej. W czerwcu 2001 roku ginekolog objawowo zdiagnozował niestabilność wypieracza i zapisał mi Driptane. Dolegliwości ustąpiły po kilku tygodniach, ciśnienie samo z siebie wróciło do normy. Mimo to i Driptane, i Bisocard brałam do lipca 2002 roku. Za zgodą lekarzy leki odstawiłam. Jesienią nastąpił nawrót dolegliwości, ale ponownie zażywane leki już nie zadziałały. Dolegliwości pogłębiały się. Stosowana diagnostyka, nic specjalnego nie wykazała. Pod koniec ubiegłego roku nastąpiło kolejne pogorszenie: częstomocz przeszedł w permanentne parcie (nawet bezpośrednio po mikcji), pojawił się ciągły wyciek moczu. Próbowano mnie leczyć Zoxonem, Baclofenem, Mydocalmem (do Imipraminy mam przeciwwskazania), bezskutecznie. Jedynie po Mydocalmie wyciek moczu nieco złagodniał, tj. mocz wyciekał porcjami i w mniejszej ilości, ale ze względu na dolegliwości żołądkowo-wątrobowe

musiałam go odstawić. Ponadto, to chyba po pięciu latach faszerozowania mnie lekami, od dłuższego czasu mam uporczywe zaparcia, coraz częściej z towarzyszeniem krwi przy wypróżnianiu. Dolegliwości wzrastają wraz ze wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, w nikłym stopniu wpływają na nie zaparcia, sytuacje stresowe.

Urolog (a właściwie dwóch, konsultujących się ze sobą) stwierdza, iż obrzęk jest konsekwencją jakiegoś stanu zapalnego, tyle że nie bakteryjnego. Z innego źródła otrzymałam sugestię konsultacji parazytologicznej. Nikt jednak nie wie, czego przyczyną są moje dolegliwości, a mnie jest coraz trudniej wytrzymać.

Będę ogromnie wdzięczna za wszelkie wskazówki.

Karolina

Pojawienie się dolegliwości związanych z pęcherzem oraz nadciśnienia tętniczego może ale nie musi być ze sobą powiązane.

Możliwe, że u podłoża Pani dolegliwości leży choroba neurologiczna, dlatego wskazana jest wizyta u neurologa i ewentualnie badanie rezonansu magnetycznego rdzenia kręgowego.

Możliwe też, że ma Pani problem z pęcherzem oraz cewką moczową, które nie współpracują ze sobą (tzw. przeszkodę podpęcherzową z wtórną nadreaktywnością wypieracza) - należałoby wykonać jeszcze raz badanie urodynamiczne w renomowanym ośrodku.

Wreszcie ostatnia ewentualność to prze-wlekły niebakteryjny stan zapalny pęcherza (tzw. zapalenie śródmiąższowe pęcherza), celem jego potwierdzenia należałoby wykonać cytologię osadu moczu i/lub badanie histopatologiczne wycinków pobranych z pęcherza.

Czy mam spędzić wakacje w domu?

Mam 16 lat i od około sześciu miesięcy popuszczam niewielkie ilości moczu. W czasie wysiłku to się nasila. Ponadto czasami odczuwam pieczenie. Już naprawdę nie wiem co mam robić, a nie mam odwagi pójść do lekarza. Od dwóch dni robię ćwiczenia zalecane przy tego typu schorzeniach, które znalazłam w internecie. Bardzo proszę o odpowiedź i choć wstępną diagnozę.

Proszę o pomoc, bo są wakacje, a ja prawie nie wychodzę z domu, bo mam poczucie dyskomfortu.

Pojawienie się nietrzymania moczu u osoby, która do tej pory prawidłowo kontrolowała trzymanie moczu jest powodem do niepokoju. Jeśli w dodatku przy oddawaniu moczu pojawia się pieczenie to już na pewno należy pójść do lekarza (urologa, ginekologa, rodzinnego). Być może jest to infekcja dróg moczowych, wówczas należy podać odpowiednie antybiotyki (według posiewu moczu). Jednakże przyczyna może być bardziej skomplikowana i tylko lekarz może ją ustalić. Domyślam się, że wykonuje Pani ćwiczenia na wysiłkowe nietrzymanie moczu (wzmacniające mięśnie krocza). To schorzenie u 16-letniej osoby, która nie rodziła jeszcze dzieci jest bardzo mało prawdopodobne.

*Na listy odpowiadał
dr Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii
AM w Warszawie*

Odpowiedzi na wszystkie Państwa listy publikujemy na stronie internetowej www.ntm.pl

INFOLINIA 0 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godzinach 8.00 - 20.00.

Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



Prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie



Prof. dr hab. med. Anna Członkowska
Kierownik II Kliniki Neurologicznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie



Prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger
Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie



Prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko
1974 - 1999 Kierownik II Kliniki Chirurgicznej I Wydziału Lekarskiego oraz Kliniki Naczyń i Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie



KONSULTANT MEDYCZNY DS. WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ dr med. Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie



KONSULTANT MEDYCZNY dr med. Piotr Dobroński
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik NTM

STUDIO PR,
ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wplacającego

Tytułem
prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

•Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)
•Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL
DZIENNY

PODPIS

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA
i.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
	W P P L N 3 8 , 0 0
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)	
nazwa zleceniodawcy	
nazwa zleceniodawcy cd.	
tytułem	prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

Stamp:

NTM

normalnie żyć 0 801 800 038

problem NTM

sprawdź swój stan

diagnostyka

metody leczenia

produkty absorpcyjne

społeczne aspekty
problemu NTM

refundacja

publikacje

informacja dla prasy

linki

zespół d/s NTM

English version

www.ntm.pl



Nietrzymanie moczu (NTM)

jest jednym z bardziej rozpowszechnionych problemów współczesnego społeczeństwa. Europejskie statystyki pokazują, że około 10 proc. populacji cierpi na tę dolegliwość, a jej częstość wzrasta wraz z wiekiem. Liczba mieszkańców Polski z problemem nietrzymania moczu to ponad 3 miliony osób. 300 tysięcy osób to grupa z ciężkim problemem. Pozostali dotknięci są tą dolegliwością w mniejszym stopniu.

- Listy od pacjentów
- Mazowieckie UROSTO już działa!