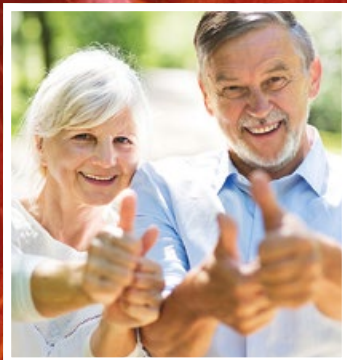


OPIEKA I PIELĘGNACJA

Co dalej z opieką
długoterminową?

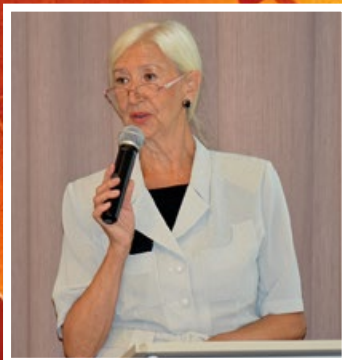
LEGISLACJA



Badanie urodynamiczne
usunięte. Sukces UroConti
po 5 latach walki



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY



Nietrzymanie moczu jako rosnący
problem społeczny. Relacja
z obchodów 8. Światowego
Tygodnia Kontynencji w Polsce

WYWIAD

Starość trzeba dobrze
poznać... Nowe wyzwania
w obliczu starzejącego się
społeczeństwa



LECZENIE NTM



Problemy urologiczne
u kobiet w ciąży

Dlaczego tak długo?

Po 5 latach batalii z kolejnymi Ministrami Zdrowia oraz ich urzędnikami, pacjenci pozbyli się wreszcie badania urodynamicznego z refundacji części leków przepisywanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. Dlaczego trwało to aż pięć lat? Warto sobie to pytanie zadać.



Znalezienie odpowiedzi wcale nie jest takie proste i jednoznaczne. Z pewnością, patrząc z perspektywy czasu, duże znaczenie miała geneza samego problemu. Do dzisiaj nie wiemy na czyj wniosek i kto tak naprawdę wprowadził ten wymóg. Nikt oficjalnie się nie przyznał, ale w trakcie tych pięciu lat urzędnicy wielokrotnie używali argumentu ekonomicznego. Brzmiał on kuriozalnie, szczególnie na tle rosnących co roku wydatków, jakie NFZ ponosił refundując na masową skalę badanie urodynamiczne. Nie wchodząc w pozostałe detale, takie jak choćby uzasadnienie medyczne badania i dobro pacjenta, warto się przyjrzeć tzw. woli politycznej i organizacji pracy Ministerstwa Zdrowia. Jedno i drugie wygląda fatalnie.

W Polsce wola polityczna pojawia się zazwyczaj wtedy, gdy środowisko pacjentów wsparte mediami, zmusi naszych polityków do reakcji. To niedobrze świadczy o kondycji naszej klasy politycznej i bardzo dezawuuje slogan, którego nadużywają politycy powołując się na „dobro pacjenta”. Czy obecna ekipa kierująca Ministerstwem Zdrowia będzie zdolna odbudować zaufanie pacjentów do polityków i polityki? Należy

jej w tym kibicować, chociaż zadanie jest z tych w rodzaju „mission impossible”, szczególnie biorąc pod uwagę stan nastrojów w środowisku organizacji pacjenckich.

Drugim czynnikiem, którego znaczenie jest również istotne co wola polityczna i zaufanie, jest atmosfera i organizacja pracy w samym resorcie. Daleki jestem od krytykowania urzędników przygniecionych natłokiem obowiązków, niskimi pensjami i warunkami pracy przypominającymi bardziej muzeum niż XXI wiek. Niepokoi mnie jednak szybko zanikający, szczególnie u nowych urzędników, pierwiastek „służby”. Jak wiemy służba państwu, służba społeczeństwu, powinna charakteryzować każdego urzędnika państwowego. W Polsce, na różnych szczeblach administracji państwowej i samorządowej, jest to cecha rzadko spotykana i co gorsza, szybko gasnąca wśród ludzi młodych, dopiero zaczynających swoją karierę urzędniczą.

Bez woli politycznej i wzajemnego zaufania, jak również bez lepszej organizacji pracy, dodajmy dobrze opłaconej, będzie nam trudno rozwiązywać problemy i gonić świat. A jest co gonić. Lista postulatów zgłoszonych Ministrowi Zdrowia przez pacjentów goszczących na Kongresie Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Katowicach jest niepokojąco długa. Jeszcze bardziej niepokojące jest odniesienie tego do innych krajów europejskich. Jak długo Polacy mają jeszcze czekać, aby przynajmniej otrzymać to, co od dawna oferują swoim obywatelom pozostałe państwa Unii Europejskiej? Dlaczego pacjenci z ciężką postacią NTM nie mogą w Polsce skorzystać z terapii neuromodulacji nerwów krzyżowych, która w zeszłym roku świętowała swoje 20-lecie na świecie? Dlaczego środowiska pacjentów muszą obchodzić kolejne „smutne” rocznice czekając na zmiany (od red. wniosek o wprowadzenie neuromodulacji stowarzyszenie UroConti złożyło ponad 5 lat temu, a dwa lata temu prezes Agencji Ocen Technologii Medycznych wydał dla niej pozytywną rekomendację, podobnie jak dla refundacji leku mirabegron stosowanego w leczeniu OAB)? Dlaczego Czechi świętują 10-lecie chirurgii robotycznej, która jest standardem w leczeniu nowotworu prostaty, podczas gdy w Polsce wciąż trwa dyskusja, czy warto cokolwiek z użyciem robota refundować? A co z rzeczą tak oczywistą jak środki absorpcyjne? Jak długo jeszcze Ministerstwo Zdrowia będzie odkrywać, że z takimi limitami i kryteriami w refundacji pieluchomajtek i ich zamienników, ustalonymi jeszcze w poprzednim wieku, bliżej nam do krajów trzeciego świata niż do Unii Europejskiej, w której jesteśmy już ponad 10 lat?

Warto chwilę się zastanowić zanim znowu wpadniemy w codzienny rytm naszych sporów i waśni, a po jakimś czasie zorientujemy się, że powinniśmy dodać kolejne 5 lat do dystansu dzielącego nas od naszych sąsiadów.

Tomasz Michatek

SPIS TREŚCI

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nietrzymanie moczu jako rosnący problem społeczny.....	4
Raport: Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2016	6
Pracownie urodynamiczne w woj. podkarpackim	7
Pacjenci wspierają polską urologię	8

LEGISLACJA

Badanie urodynamiczne usunięte. Sukces UroConti po pięciu latach walki	9
--	---

WYWIAD

Starość trzeba dobrze poznać... Nowe wyzwania w obliczu starzejącego się społeczeństwa	10
--	----

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Co dalej z opieką długoterminową?.....	13
Pielęgniarskie rekomendacje NTM	14
Rekomendacje NTM czterech Towarzystw Naukowych	15

LECZENIE NTM

Gdy w leczeniu OAB farmakoterapia nie działa	16
Problemy urologiczne u kobiet w ciąży.....	17
Operacje z użyciem taśm w woj. opolskim	18
Ćwiczmy mięśnie dna miednicy. Autorska metoda terapeutyczna COREFIT® system	19
Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne	20
Europejski Tydzień Urologii.....	21

ORGANIZACJE

J-elita, czyli nieswoiste zapalenie jelit	22
---	----

Szanowni Państwo,

Pragnę poinformować, iż zgodnie z nowym wykazem leków refundowanych, obowiązującym od 1 lipca br., badanie urodynamiczne nie jest już konieczne w refundacji leku na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB). Tym samym zakończył się ważny etap trwającej od 2011 roku batalii pacjentów o możliwość leczenia bez konieczności wykonywania z medycznego punktu widzenia – niepotrzebnego badania, które łączyło się ze stresem, wstydem i poczuciem obniżenia godności. Być może zniesienie badania urodynamicznego będzie kamieniem milowym w dalszej poprawie sytuacji pacjentów urologicznych, w tym pacjentów z NTM.

W tym roku już po raz ósmy obchodziliśmy Światowy Tydzień Kontynencji, który ma na celu popularyzowanie problematyki nietrzymania moczu (NTM) oraz podniesienie świadomości społecznej na temat tej dolegliwości. W ramach inauguracji Światowego Tygodnia w Polsce, Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zorganizowało ogólnopolską konferencję, pt. „W kierunku lepszych rozwiązań – leczenie i opieka nad pacjentem z NTM”, która odbyła się 20 czerwca w Warszawie. Więcej o tym wydarzeniu w relacji Natalii Klein (str. 4).

W ramach tegorocznych obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji, powstała również kolejna, piąta już edycja raportu pt. „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2016”. Raport przedstawia sytuację pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej, skalę problemu, nowe rozwiązania i rekomendacje w systemie opieki zdrowotnej w oparciu o zmiany legislacyjne, jakie miały miejsce na przełomie roku 2015–2016. Więcej informacji na temat raportu znajdą Państwo w artykule Marzeny Michałek (str. 6).

Aktualne wydanie obfituje również w szereg artykułów poświęconych opiece i pielęgnacji oraz leczeniu NTM. Szczególnie zachęcam do lektury artykułu dr Tadeusza Hessela, poświęconego metodom leczenia NTM, w przypadku gdy farmakoterapia zawodzi. Dr Hessel w artykule opisuje dwie główne metody: iniekcję z toksyny botulinowej oraz neuromodulację nerwów krzyżowych, która pomimo pozytywnej rekomendacji AOTMiT z 8 września 2014 r. nie jest do dzisiaj dostępna w Polsce (str. 16).

Na koniec, polecam Państwu wywiad z prof. Katarzyną Wieczorowską-Tobis, przewodniczącą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Czym różni się geriatryka od gerontologii? Czy są kraje na świecie, na których polscy geriatrzy i gerontolodzy chcieliby się wzorować? Odpowiedzi na te i inne pytania znajdą Państwo na str. 10.

Zapraszam do lektury,
Monika Gackiewicz

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiała;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: Anna Ciepiała, Agnieszka Dokowicz, Natalia Klein, Magdalena Kowalewska, Marzena Michałek, Magdalena Potoczek, Katarzyna Walewska;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** ©Fotolia www.fotolia.com;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa, tel.: 22 279 49 07 (Monika Gackiewicz), faks: 22 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

Infolinia:
801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)
www.ntm.pl

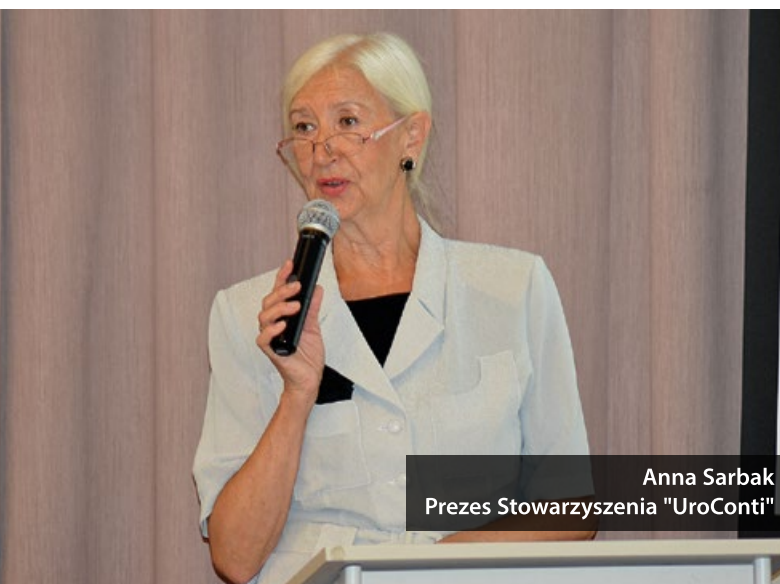
Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza:
OI&O Sp. z o.o.
Druk: GREG Drukarnia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 3200 egzemplarzy.

Nietrzymanie moczu jako rosnący problem społeczny. Relacja z obchodów 8. Światowego Tygodnia Kontynencji w Polsce

Natalia Klein

W ostatnim tygodniu czerwca na całym świecie odbywał się Światowy Tydzień Kontynencji (ang. World Continence Week, WCW), który jest inicjatywą Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. International Continence Society), mającą na celu popularyzowanie problematyki nietrzymania moczu oraz podnoszenie świadomości społecznej na temat tej dolegliwości. Po raz ósmy, w dniach 20-26 czerwca, Światowy Tydzień Kontynencji był obchodzony także w Polsce.



Fot. Monika Gackiewicz

Konferencja W kierunku lepszych rozwiązań - leczenie i opieka nad pacjentem z NTM

Tegoroczny Tydzień Kontynencji w Polsce został zainaugurowany ogólnopolską konferencją Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, zatytułowaną *W kierunku lepszych rozwiązań - leczenie i opieka nad pacjentem z NTM*, która odbyła się 20 czerwca w Warszawie.

Jak mówiła podczas otwarcia konferencji Prezes „UroConti” Anna Sarbak, *mimo alarmujących statystyk, dotyczących starzenia się społeczeństwa, a co za tym idzie, przyrostu liczby osób, których dotyka problem nietrzymania moczu, leczenie i opieka nad pacjentami z NTM w Polsce wciąż odbiegają od standardów europejskich*. Podczas konferencji, refleksji poddano trudności i ograniczenia w diagnostyce, leczeniu oraz dostępie do środków absorpcyjnych, wynikające, między innymi, z obowiązujących regulacji prawnych i systemu refundacji. Wśród prelegentów konferencji, znaleźli się eksperci z dziedziny medycyny, z zakresu opieki długoterminowej i polityki senioralnej, a także przedstawiciele środowiska pacjentów.

Nietrzymanie moczu w kontekście polityki zdrowotnej i społecznej

Podczas pierwszej sesji konferencji, problem NTM omówiony został w perspektywie aktualnych zjawisk polityki zdrowotnej i społecznej. Stefan Kołucki, specjalista w Departamencie Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przedstawił najważniejsze plany reprezentowanego przez siebie resortu, dotyczące polityki senioralnej. Jak zauważył, według prognoz GUS, do 2050 r. osoby starsze będą stanowiły 40% polskiego społeczeństwa. Dlatego też, według słów prelegenta, polityka senioralna zajmuje jedno z kluczowych miejsc w obecnej agendzie polityki publicznej.

Senator Mieczysław Augustyn, przewodniczący Parlamentarnego Zespołu ds. Opieki nad Osobami Niezależnymi przedstawił temat polityki społecznej okiem parlamentarzysty. Jak zauważył, polityka społeczna, jako bardzo istotna dziedzina polityki publicznej, niekiedy staje się elementem gry politycznej. Jednakże, wypracowanie dobrych dla obywateli i racjonalnych dla budżetu państwa rozwiązań z zakresu polityki społecznej, powinno być celem ponadpolitycznym. Z kolei, według profesora Piotra Błędowskiego, który przytoczył statystyki GUS wspomniane powyżej, racjonalne użytkowanie środków publicznych, przeznaczonych na politykę zdrowotną i społeczną, jest koniecznością. Dlatego też, resorty zdrowia i polityki społecznej, powinny ściśle współpracować.

Leczenie pacjentów z NTM - najważniejsze problemy i wyzwania

Druga sesja konferencji poświęcona była zagadnieniom profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia nietrzymania moczu. Jak zauważył dr Michał Sutkowski z Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, podstawową czynnością w diagnostyce nietrzymania moczu jest szczerą rozmowa między lekarzem pierwszego kontaktu a pacjentem. Dodatkowo, kluczowym zadaniem lekarza POZ jest opieka nad pacjentem w zakresie wypisywania i doboru środków absorpcyjnych. Jak przekonywał, *w procesie doboru środka absorpcyjnego dla chorego, to przede wszystkim pacjent, jego oczekiwania i potrzeby, powinny być nadrzędną wartością - to pacjent powinien być podmiotem w tym procesie. Jako lekarze POZ, mamy możliwość przekazania pacjentowi informacji o różnych dostępnych środkach absorpcyjnych. Niestety, wiedza lekarzy POZ w tym zakresie jest często ograniczona*. Kolejnym wystąpieniem w ramach sesji drugiej była prelekcja dr Elżbiety Narojczyk-Świeściak z oddziału ginekologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie, która

przywołała badania dotyczące barier w leczeniu NTM, do których należą między innymi: ze strony pacjenta - ignorowanie objawów, poszukiwanie własnych dróg leczenia tej dolegliwości, ze strony lekarzy - brak wiedzy, ograniczenia czasowe czy brak personelu średniego.

Metody leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego - możliwości i ograniczenia

O leczeniu farmakologicznym w zespole pęcherza nadreaktywnego, jako złotym standardzie terapeutycznym, opowiedział w kolejnym wystąpieniu dr hab. Artur Rogowski z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej. Jego zdaniem alternatywą dla stosowanych w Polsce leków antycholinergicznym, wywołujących liczne skutki uboczne, jest obecnie lek zawierający substancję leczniczą mirabegron, będący nowym specyfikiem o całkowicie innym mechanizmie działania, tzn. aktywującym rozkurcz i relaksację pęcherza, powodującym znacznie mniej skutków ubocznych. Doc. Rogowski podkreślił, że mirabegron powinien być włączany do terapii dla pacjentów, u których nie powiodło się leczenie za pomocą leków antycholinergicznym lub w przypadku ich nietolerancji.

Zamykający sesję medyczną lek. med. Tadeusz Hessel z Katedry i Kliniki Urologii UJ, scharakteryzował różne metody leczenia zabiegowego nietrzymania moczu - m.in. wszczęcie zwieracza hydraulicznego oraz neuromodulację nerwów krzyżowych, którą według niego można określić w sposób potoczny jako „rozrusznik” pęcherza. Jak zauważył, niestety tylko pierwsza z wymienionych metod jest dostępna w ramach leczenia refundowanego w Polsce. *Mimo skuteczności neuromodulacji, która, jak wykazały badania, w perspektywie długoterminowej jest procedurą bardziej opłacalną, niż iniekcje z toksyny botulinowej, nie można wykonać jej w Polsce nawet na zasadach komercyjnych* - dodał.

Odpowiednia opieka kluczowym czynnikiem dla komfortu życia pacjenta

Ostatnia część konferencji została poświęcona systemowi opieki oraz zaopatrzenia w środki pomocnicze pacjentów z nietrzymaniem moczu. Teresa Kuziara, Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, analizując różne aspekty pracy pielęgniarek podkreśliła, że jej środowisko odpowiada nie tylko za opiekę w kwestii środków absorpcyjnych oraz higieny pacjenta, ale także w kwestii jego komfortu psychicznego. Ponadto, pielęgniarki powinny pełnić rolę przewodnika po systemie opieki zdrowotnej dla pacjenta i jego rodziny, wskazując, gdzie i na jakich zasadach chory może szukać pomocy.

Obecny system zaopatrzenia w środki pomocnicze oraz opieki nad pacjentami niesamodzielnymi podsumowała dr Elżbieta Szwałkiewicz. Jak zauważyła, w celu wyboru optymalnego środka absorpcyjnego dla pacjenta z nietrzymaniem moczu, powinno uwzględniać się szereg

czynników: nie tylko chłonność czy rozmiar produktu, ale także, między innymi, dostosowanie środka do sprawności, aktywności, trybu życia pacjenta. Kończąc swoje wystąpienie podkreśliła, że *produkty absorpcyjne powinny być traktowane jako zabezpieczenie skóry i bielizny, a nie jako alternatywa korzystania z toalety. Pozwala to na zachowanie intymności i godności pacjenta, co ma znaczenie dla jakości życia chorego.*



Lek. med. Tadeusz Hessel (Klinika Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego)

Fot. Monika Gackiewicz

Aktywności Stowarzyszenia „UroConti” w całej Polsce

Podobnie jak w latach ubiegłych, Światowy Tydzień Kontynencji obchodzony był także w innych polskich miastach. W tym roku oddziały Stowarzyszenia „UroConti”, m.in. w Łodzi, Gdańsku i Bydgoszczy, zorganizowały szereg wykładów poświęconych tematyce nietrzymania moczu, wygłoszonych przez lekarzy specjalistów oraz rehabilitantów, a także umożliwiły skorzystanie z darmowych konsultacji lekarskich. W miastach - siedzibach oddziałów regionalnych Stowarzyszenia „UroConti” odbyły się również spotkania edukacyjno-informacyjne połączone z warsztatami praktycznymi, obejmującymi ćwiczenia wzmacniające mięśnie Kegla oraz naukę zachowań w życiu codziennym, które pomagają w ograniczeniu dysfunkcji mięśni dna miednicy.

Poradnik dla pacjentów z OAB

W ramach Światowego Tygodnia Kontynencji, wydana została nowa wersja poradnika dla pacjenta z zespołem pęcherza nadreaktywanego (OAB), przedstawiająca rekomendowany schemat leczenia chorych z tą dolegliwością. W poradniku opisane zostały również metody terapeutyczne, które powinny być zastosowane na różnych stadiach leczenia OAB, w większości nieobjęte w Polsce refundacją, m.in.: terapia II rzutu z użyciem substancji leczniczych - agonistów receptorów beta-3-andrenergicznych czy terapia IV rzutu z użyciem zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych.

RAPORT: Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2016

Marzena Michalek

W czerwcu br. ukazała się piąta edycja raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2016”. Raport przedstawia sytuację pacjentów z NTM w systemie opieki zdrowotnej, skalę problemu, nowe rozwiązania i rekomendacje w systemie opieki zdrowotnej w oparciu o zmiany legislacyjne jakie miały miejsce na przełomie roku 2015-2016.

NTM - wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia

Na nietrzymanie moczu cierpi ok. 10% populacji po 30. roku życia. Problem ten, zaliczany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) do podstawowych zagadnień zdrowotnych, stał się ogromnym wyzwaniem dla systemu ochrony zdrowia. W dobie starzejącego się społeczeństwa oraz zmian cywilizacyjnych, problem NTM będzie pogłębiał swoją skalę, dlatego tak ważna jest kompleksowa analiza i poszukiwanie optymalnych rozwiązań.

Spoleczne i ekonomiczne koszty NTM

Aktualnie Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje siedem preparatów stosowanych w leczeniu NTM - jeden na bazie substancji czynnej solifenacyna oraz sześć na bazie substancji tolterodyna. W przypadku solifenacyny i tolterodyny, obowiązujące od 1 maja 2016 roku dofinansowanie NFZ wynosi 30%. Jak czytamy w raporcie „Wartość refundacji obydwu leków, wyniosła w 2015 roku 9 074 847,27 zł. Tym samym w 2015 r. łączna kwota wydana przez NFZ na refundację leków na nietrzymanie moczu wzrosła o 20% w porównaniu do roku 2014”.

Z kolei najczęściej wykonywane leczenie operacyjne stosowane w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego, to - u mężczyzn implantacja hydraulicznego zwieracza cewki moczowej, u kobiet zaś tzw. zabiegi pętlowe, polegające na wprowadzeniu pod cewkę moczową specjalnej taśmy. Koszt zabiegów implantacji hydraulicznego zwieracza cewki moczowej w 2015 r. wyniósł 2 576 288 zł. Od 1 września 2015 r. pacjenci po spełnieniu kryterium kwalifikacji mogą również skorzystać z refundowanego zabiegu z zastosowaniem toksyny botulinowej. W 2015 r. (okres wrzesień-grudzień) wykonano 10 zabiegów, których łączny koszt wyniósł 12 778,96 zł.

Natomiast w grupie środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, majtki chłonne, podkłady) wydatki NFZ w 2015 roku wyniosły 208 909 740 zł. W stosunku do roku ubiegłego (195 205 336 zł), nastąpił wzrost o 7,02%. Należy przy tym podkreślić, że „obowiązujące limity cenowe oraz limity ilościowe na środki absorpcyjne w Polsce nie uległy zmianie od 1999 roku, a więc od 17 lat. W roku 1999, limity cenowe, od których wyliczany jest poziom dopłaty NFZ do środków absorpcyjnych, został zmniejszony aż o 53%.”

Należy przy tym zwrócić uwagę, że w 2015 roku wzrosły

znacznie koszty pośrednie leczenia nietrzymania moczu w Polsce, do których zalicza się: leczenie powikłań NTM, leczenie zaburzeń psychicznych oraz absencję w pracy. Szacunkowy koszt leczenia odleżyn u osób z NTM wyniósł 756 000 zł miesięcznie. Zatem w stosunku do roku poprzedniego szacunkowe roczne koszty leczenia powikłań związanych z NTM ogółem wzrosły o 1,87 %. Koszty NFZ poniesione z racji leczenia zaburzeń psychicznych u osób z NTM wyniosły 5 684 920 zł. Natomiast koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM wyniosły 2,6 mld zł rocznie.

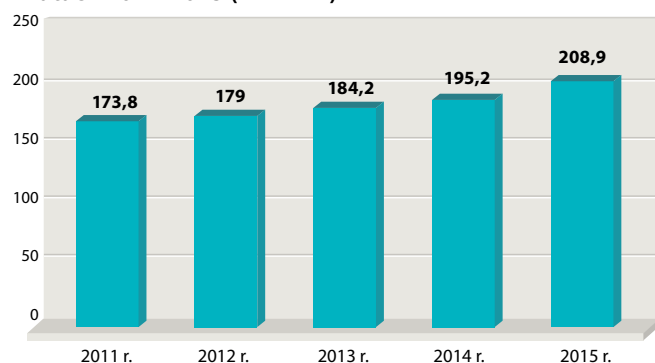
Polityka refundacyjna a sytuacja pacjentów z NTM

Raport przedstawia również zmiany w polityce refundacyjnej, jakie miały miejsce na przestrzeni mijającego roku. Najistotniejszą kwestią, która wymaga podkreślenia, jest fakt poniesienia olbrzymich kosztów przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego które, do 1 lipca 2016 roku, było koniecznym wymogiem uzyskania refundacji w leczeniu pęcherza nadreaktywnego. W 2015 roku wykonano około 35 tys. badań urodynamicznych, które kosztowały NFZ ponad 13 mln zł. Tymczasem, wg danych NFZ, w 2015 r. na refundację leków na pęcherz nadreaktywny NFZ przeznaczył jedynie 9 mln zł.

Nie zmieniła się również sytuacja dotycząca wykonywania zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych, która nadal jest w Polsce niedostępna. Zabieg ten nie jest przeprowadzany (nawet komercyjnie) oraz refundowany, pomimo że sam proces refundacyjny trwa już ponad 5 lat. Chorzy z zespołem pęcherza nadreaktywnego, po uzyskaniu zgody konsultanta krajowego w dziedzinie urologii, mogą ubiegać się o zgodę Narodowego Funduszu Zdrowia na refundowane leczenie za granicą. Autorzy raportu szacują, że koszt refundacji leczenia za granicą jest ok. 3 razy wyższy od szacowanych kosztów tej samej terapii w Polsce.

Bez zmian pozostaje leczenie wysiłkowego NTM. Wśród najpopularniejszych metod leczenia zabiegowe-

Wydatki NFZ na refundację środków absorpcyjnych w latach 2011-2015 (w mln zł)



go wciąż najwyżej plasują się taśmy jako złoty standard leczenia tego typu NTM. Prof. Tomasz Rechberger, specjalista ginekolog z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, zauważył, że „zabiegi uroginekologiczne może wykonywać praktycznie każdy specjalista ginekolog i urolog, ponieważ nie ma żadnych odgórných ograniczeń, które regulowałyby tę kwestię. Niestety, skutkuje to mnóstwem zabiegów wykonywanych nieprawidłowo, których efektem są ponowne operacje, obciążające przede wszystkim zdrowie i komfort pacjenta, jak również budżet państwa, który finansuje kolejne zabiegi. To jeden z głównych argumentów, który przemawia za utworzeniem specjalizacji, dzięki której w Polsce szkolono by specjalistów w dziedzinie uroginekologii, znających się na swojej pracy.” W pierwszym półroczu 2016 r., pojawiły się zapowiedzi gruntownych zmian w systemie refundacji całej grupy wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych, przedstawiane w wypowiedziach medialnych Ministerstwa Zdrowia. Zdaniem przedstawicieli organizacji pacjenckich, zmiany w systemie refundacji środków absorpcyjnych są niezbędne i powinny się opierać się na zniesieniu barier w dostępie do refundacji środków absorpcyjnych dla licznej grupy pacjentów i podniesieniu limitów ilościowych, a nie - jak proponuje ministerstwo stworzeniu systemu „zakupów centralnych”.

Podsumowaniem raportu jest analiza działań w zakresie opieki długoterminowej w Polsce. Wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa Polska niestety nie posiada kompleksowego i spójnego systemu opieki długoterminowej, który umożliwiłby długoterminowe i holistyczne podejście do kwestii społecznych.

Rekomendacje NTM

Najważniejsze rekomendacje raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej w Polsce” dotyczą:

- rozszerzenia działań edukacyjnych na temat NTM wobec opinii publicznej,
- rozszerzenia działań edukacyjnych wobec lekarzy pierwszego kontaktu (w tym lekarzy rodzinnych),
- rozszerzenia działań edukacyjnych wobec urologów, ginekologów, geriatrów, pielęgniarek, a także opiekunów,
- zwiększenia dostępu do refundowanych środków absorpcyjnych poprzez uproszczenie kryterium chorobowego, zwiększenia limitów ilościowych oraz zwiększenia uprawnień personelu medycznego do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne,
- zwiększenia finansowania i przebudowa systemu opieki długoterminowej nad osobami niesamodzielnymi,
- wprowadzenia na listę leków refundowanych nowych, sprawdzonych substancji leczniczych w celu poszerzenia pacjentom możliwości indywidualnego dostosowania terapii,
- poszerzenia grupy pacjentów mogących skorzystać z leczenia toksyną botulinową, w przypadku niepowodzenia terapii I i II rzutu,
- umieszczenia w katalogu świadczeń refundowanych procedury neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów z ciężkimi postaciami nietrzymania moczu, u których zawiodły powyższe metody leczenia,
- powstania referencyjnych ośrodków leczenia wysiłkowego NTM, które specjalizować się będą w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych z użyciem taśm.

Badanie urodynamiczne w woj. podkarpackim

Według zebranych danych (stan na 11 sierpnia 2016 r.) w województwie podkarpackim badanie urodynamiczne można wykonać w pięciu placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, liczba placówek, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne, zmalała o jedną. Badanie urodynamiczne jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. W przypadku braku ubezpieczenia bądź zakupu usługi, koszt takiego badania to wydatek rzędu 300-350 zł. Badanie urodynamiczne może zostać wykonane odpłatnie w niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej i gabinetach prywatnych. Warto pamiętać, iż od 1 lipca br. badanie urodynamiczne nie jest już wymagane przy refundacji leku zawierającego substancję czynną o nazwie „solifenacyna”.

Zastrzegamy, że poniższa lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek. Ponadto nie wszystkie placówki zgodziły się udzielić nam niezbędnych informacji. Pełen wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie

internetowej www.ntm.pl. W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

Lista placówek, które przeprowadzają badanie urodynamiczne w woj. podkarpackim

KROSNO

1. S.A.-MED Przychodnia Lekarzy Specjalistów - Pracownia Badań Urodynamicznych, ul. Hutnicza 20, 38-400 Krosno
2. Wojewódzki Szpital Podkarpacki im. Jana Pawła II w Krośnie - Pracownia Badań Urodynamicznych, ul. Korczyńska 57, 38-400 Krosno

RZESZÓW

1. Kliniczny Szpital Wojewódzki Nr 1 Im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie - Klinika Urologii i Urologii Onkologicznej, ul. Chopina 2, 35-055 Rzeszów

SANOK

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku - Pracownia Badań Urodynamicznych, ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok

STAŁOWA WOLA

1. SP ZOZ Powiatowy Szpital Specjalistyczny w Stalowej Woli - Pododdział Urologiczny, ul. Staszica 4, 37-450 Stalowa Wola

Pacjenci wspierają polską urologię.

Sesja pacjencka podczas 46. Kongresu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Monika Gackiewicz

Wiedza i profesjonalizm polskich urologów plasuje ich w światowej czołówce. Przekonali się o tym wszyscy obecni na sesji pacjenckiej, która odbyła się 23 czerwca br. podczas 46. Kongresu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego. Podczas sesji wybitni specjaliści tej dziedziny nauki zaprezentowali pacjentom szerokie spektrum możliwości terapeutycznych, jakie mogą zaoferować polskim chorym. Uczestnicy sesji mieli również okazję zapoznać się z problemami polskiej urologii, których rozwiązanie umożliwiłoby pełniejsze korzystanie z umiejętności charakteryzującej tych specjalistów.

leczeństwa oraz poprawa dostępności do wysokospecjalistycznych świadczeń jest jednym z fundamentalnych celów PTU.

Apel pacjentów do Ministra Zdrowia

Na zakończenie sesji, wszystkie obecne organizacje pacjenckie, wystosowały wspólny apel do Ministra Zdrowia o pochylenie się nad polską urologią, która w zgodnej opinii lekarzy i pacjentów pozostaje niedoceniona, zwłaszcza w kontekście poziomu zainteresowania resortu innymi jednostkami chorobowymi. Podczas sesji pacjenci zaapelowali do Ministra Zdrowia o:

- poszerzenie dostępu do nowoczesnych, sprawdzonych od wielu lat na świecie, świadczeń medycznych, takich np. jak operacje z użyciem robota Da Vinci, zabiegi endoskopowe w świetle niebieskim czy neuromodulacja;
- urealnienie wyceny procedur w urologii onkologicznej, które mają udowodnioną kliniczną skuteczność jak procedury radioterapii;
- wprowadzenie finansowania nowoczesnych procedur diagnostycznych w urologii onkologicznej np.: PET, biopsja stercza z zastosowaniem MRJ;
- skoncentrowanie finansowania wysokospecjalistycznych procedur urologicznych w wybranych ośrodkach referencyjnych;
- zwiększenie dostępu do refundowanego, nowoczesnego leczenia farmakologicznego oraz nowoczesnych środków pomocniczych np. cewniki, środki absorpcyjne w chorobach układu moczowo-płciowego, nowotworach,



Fot. Monika Gackiewicz

Wspólne działanie na rzecz promocji kultury zdrowotnej

Na sesji obecni byli reprezentanci różnych organizacji pacjenckich, których członkowie borykają się ze schorzeniami urologicznymi, między innymi: Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”, Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych, Ogólnopolskiego Związku Inwalidów Narządu Ruchu, a także Śląskiej Ligi Walki z Rakiem oraz Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem. Jak podkreślił prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, prof. Piotr Chłosta, który powitał wszystkich uczestników: *Na szczególną uwagę zasługują relacje naszego Towarzystwa z organizacjami zrzeszającymi pacjentów i ich rodziny. Wspólne działanie na rzecz promocji kultury zdrowotnej w dziedzinie urologii, reagowanie na oczekiwania spo-*

jęcherza neurogennym czy zespole pęcherza nadreaktywanego etc.;

- wprowadzenie zakupów centralnych i odnawianie nowoczesnych technologii podobnie jak to ma miejsce w kardiochirurgii czy onkologii;
- zapewnienie udziału przedstawicieli środowiska urologicznego (prezesa PTU oraz konsultanta krajowego w dziedzinie urologii) i organizacji pacjenckich w gremiach wyznaczających kierunki polityki zdrowotnej (np. w zespole ds. onkologii).

Pacjenci urologiczni powinni mieć możliwość udziału we wszystkich inicjatywach, które służą poprawie ich zdrowia – mówiła Zofia Hirsz, prezes oddziału UroConti w Łodzi. Dlatego tak ważna jest dla nas realizacja postulatu dotyczącego udziału organizacji pozarządowych w gremiach wyznaczających kierunki polityki zdrowotnej. Nic o nas bez nas!

Badanie urodynamiczne usunięte. Sukces UroConti po 5 latach walki

Agnieszka Dokowicz

Zakończyła się trwająca od 2011 roku batalia pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB) o możliwość leczenia bez konieczności wykonywania badania urodynamicznego. Od 1 lipca nie jest już ono warunkiem refundacji leków zawierających substancję medyczną o nazwie solifenacyna!

- Przez lata przycaczaliśmy dziesiątki opinii autoritetów medycznych, polskich i zagranicznych ekspertów oraz instytucji, że badanie urodynamiczne jest niepotrzebne w diagnozowaniu OAB. - mówi Ania Sarbak, prezes UroConti. - Wskazywaliśmy, że Polska jest jedynym krajem na świecie, który ma takie ograniczenia. Cytowaliśmy wyliczenia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, z których wynikało, że brak badania to oszczędności dla budżetu w wysokości 5-16 mln zł rocznie. Kolejne ekipy w Ministerstwie Zdrowia były jednak głuche na nasze argumenty.

Gdzie był haczyk?

Rzeczywiście resort zdrowia albo w ogóle nie odpowiadał na pisma pacjentów, albo przysyłał ciągle tę samą, pełną niezrozumiałych urzędniczych sformułowań odpowiedź, zmieniając w niej tylko datę. W końcu podczas jednego ze spotkań organizowanych w ramach „Dialogu dla Zdrowia”, przedstawiciele UroConti usłyszeli od urzędnika ministerstwa zdrowia, że badanie zostało wprowadzone ze względów ekonomicznych!

- Próbowaliśmy sami dowiedzieć się, gdzie i kiedy pojawił się zapis o warunku badania urodynamicznego. Do jego autorstwa nie przyznali się ani eksperci medyczni ani producenci leków, ani AOTMiT. Warunek mógł więc zostać dopisany tylko w jednym miejscu - na Miodowej. To sytuacja bliźniaczo podobna do przypadku „lub czasopisma”, kiedy w zadziwiający sposób w dokumencie pojawia się zapis, który nie ma autora. Nigdy się nie dowiedzieliśmy kto i dlaczego dopisał to zdanie o badaniu.

Lata mijały, pacjenci cierpieli i albo chcąc uniknąć badania kupowali lek pełnopłatnie albo w ogóle rezygnowali z leczenia. A przecież nie od dziś wiadomo, że nieleczone OAB w znaczący sposób obniża jakość życia, rujnuje pracę zawodową i stosunki rodzinne, w skrajnych przypadkach prowadzi do izolacji ze społeczeństwa, depresji, a nawet prób samobójczych. Ale to najwyraźniej nie był argument dla urzędników.

Ostateczne argumenty

Członkowie UroConti wspominają badanie urodynamiczne jako traumatyczne przeżycie, w trakcie którego obnażony od pasa w dół pacjent, wykonuje różne czynności - wstaje, siada, kaszle, podskakuje. Wszystko najczęściej odbywa się w warunkach, które w połączeniu ze stresem, wstydem i poczuciem obniżenia godności, potęgują dys-

komfort chorego. Badanie byłoby trudne do zaakceptowania nawet wtedy, gdyby miało kluczowe znaczenie dla procesu leczenia, ale w momencie, gdy wszystkie ekspertyzy uznały je za bezzasadne - jest po prostu nieludzkie.

Wszystko zmieniło się w lutym tego roku. „Otrzymane opinie ekspertów praktyki klinicznej jednoznacznie wskazują, że uzależnienie refundacji leków antycholinergicznym od potwierdzenia diagnozy OAB za pomocą badania urodynamicznego nie znajduje żadnego uzasadnienia w aktualnej wiedzy medycznej. Żaden z ekspertów nie wskazał argumentów przeciw finansowaniu wnioskowanej technologii ze środków publicznych” - przeczytali członkowie UroConti w opinii Rady Przejrzystości AOTMiT i rekomendacji Prezesa dla jednego z refundowanych leków. Wydawało się wtedy, że już nic nie stoi na przeszkodzie, by uwolnić pacjentów od koszmaru badania. A jednak ani na marcowej ani na majowej liście nie znalazły się oczekiwane zmiany. Pojawiły się dopiero w projekcie obwieszczenia Ministra Zdrowia dotyczącego listy leków refundowanych, który wchodzi w życie 1 lipca.



Wspólna wygrana

- To wielki dzień - mówi Anna Sarbak, prezes UroConti - który pokazuje, że nie wolno się poddawać. W ciągu tych pięciu lat wielokrotnie mieliśmy momenty zwątpienia, kiedy po kolejnych dostarczanych dokumentach i opiniach ekspertów, byliśmy przekonani, że ministerstwo ma już wszystkie potrzebne argumenty, by znieść badanie, jednak na kolejnych listach nie było żadnych zmian. Ale, jak pokazuje nasz przykład, warto walczyć do końca. W imieniu wszystkich pacjentów zmagających się z problemem pęcherza nadreaktywnego chciałam podziękować za pomoc przede wszystkim lekarzom, konsultantom krajowym w dziedzinie urologii i ginekologii, prezesom Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego i Polskiego Towarzystwa Urologicznego, parlamentarzystom, którzy wsparli nasze działania, oraz mediom, bez których z pewnością nasz głos nie byłby tak słyszalny.

Starość trzeba dobrze poznać... Nowe wyzwania w obliczu starzejącego się społeczeństwa

Z prof. dr hab. med. Katarzyną Wieczorowską-Tobis, przewodniczącą Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, rozmawia Tomasz Michałek

Czym różni się geriatria od gerontologii?

Geriatria jest częścią gerontologii, choć często używa się tych pojęć wspólnie. Gerontologia to nauka o starości, więc wszystko co dotyka starości, mieści się w gerontologii, również tzw. gerontologia kliniczna, czyli geriatria, która dedykowana jest zdrowiu w starości.

Czy Polskie Towarzystwo Gerontologiczne (PTG), którego jest Pani Przewodniczącą, skupia tylko geriatrów, czy również osoby z innymi specjalizacjami, które są aktywne na polu szeroko pojętej nauki o starości?

Gerontologia jest nauką wieloprofesjonalną i pokazuje, że zdrowia w starości nie można rozpatrywać w oderwaniu od tego co dzieje się wokół nas.

PTG dzieli się na dwie części: część kliniczną i społeczną. Obecnie, w ramach sekcji zagospodarowujemy również biogerontologię, która m.in. na poziomie nauk podstawowych odpowiada na pytanie, dlaczego się starzejemy.

Czy są kraje na świecie, na których polscy geriatrzy i gerontolodzy chcieliby się wzorować?

Modelowy jest dla nas system belgijski, gdzie każdy szpital ma oddział geriatryczny. W tym systemie widać, że nie wiek jest czynnikiem decydującym czy pacjent jest tzw. pacjentem geriatrycznym. Pacjent jest oceniany w izbie przyjęć i w zależności od tego, czy spełnia kryteria pacjenta geriatrycznego, czy nie, inne jest dalsze postępowanie.

Pacjent trafiający np. ze wskazań chirurgicznych, jeśli spełnia kryteria geriatryczne, jest konsultowany przez geriatrę. W Belgii każdy pacjent w wieku co najmniej 75 lat, trafiający do systemu opieki zdrowotnej,

przechodzi wstępne badanie przesiewowe, a decyzje co do rodzaju badania przesiewowego podejmuje dyrektor szpitala, więc nie ma narzucanego rozwiązania. Badanie przesiewowe wykonuje się w oparciu o bardzo proste narzędzia, składające się z kilku parametrów, które oceniają np. obecność zaburzeń funkcji poznawczych, dostępność opiekuna, leki jakie pacjent bierze, ale też samodzielność.

I taki model dedykowany zdrowiu w starości docelowo, w Pani ocenie, sprawdziłby się w polskim systemie zdrowia?

Wydaje się, że tak, choć oczywiście wymagałby modyfikacji. Zdecydowanie w Polsce nadużywa się pojęć wiek geriatryczny, czy pacjent geriatryczny. Nikt

nie chce być pacjentem geriatrycznym. Pacjent geriatryczny to pacjent ze złożoną, wieloelementową wielochorobowością, który wcześniej trafił już do wielu różnych lekarzy specjalistów. Taki pacjent ma duże ryzyko załamania sprawności funkcjonalnej i wymaga całościowego podejścia. O kwalifikacji zatem

nie decyduje wiek, a stan pacjenta i jego problemy kliniczne. W związku z tym nie powinno

się używać określenia wiek geriatryczny, bo pacjenta geriatrycznego nie definiuje się wiekiem. W rzeczywistości, większość pacjentów geriatrycznych, to pacjenci z grupy wiekowej 80 i więcej lat, ale zdarzają się pacjenci młodszy.

W opiece nad chorym starszym ważne jest, aby była ona oparta o zespół profesjonalistów. Bardzo ważne jest, aby w pracach zespołu uczestniczył pracownik socjalny. Bardzo istotny jest fakt, że we wszystkich systemach, gdzie opieka geriatryczna jest rozwinięta, zespół geriatryczny nie składa się tylko z profesjonalistów opieki zdrowotnej. Poza tym, lekarz geriatra powinien



prof. dr hab. med. Katarzyna
Wieczorowska-Tobis

Fot. Monika Gackiewicz



być konsultantem, tak jak kardiolog czy endokrynolog. Niestety, w naszym systemie lekarze rodzinni często nie wiedzą, gdzie są poradnie geriatryczne - najczęściej dlatego, że po prostu ich nie ma.

Jak wyobrażacie sobie Państwo dojdzie do takiego wzorcowego postępowania z pacjentem, który byłby kwalifikowany jako pacjent geriatryczny, przy tak małej liczbie specjalistów geriatryi?

Specjalistów jest ponad 300. W ostatniej sesji egzaminacyjnej specjalizację zdało prawie 40 osób, co oznacza 10% wzrost. To dużo. Geriatrów jest oczywiście wciąż za mało, jednak nasz system niestety blokuje geriatrę. Według raportu NIK tylko nieco ponad 50% z nich pracuje w swojej specjalizacji, a to znaczy, że ktoś kończy specjalizację z geriatryi i nie ma dla niego miejsca pracy zgodnego ze specjalizacją, bo nie ma oddziałów i poradni geriatrycznych. Najczęściej musi więc pracować nadal w swoim dotychczasowym miejscu pracy. Na świecie jest wiele rozwiązań, które pokazują, że prawidłowe umiejscowienie geriatry w systemie nie tylko jest korzystne dla chorego, ale również zmniejsza koszty leczenia, bo np. część hospitalizacji okazuje się niepotrzebna. Dobre rozwiązania, które również u nas nie istnieją, to rozwiązania, które były wykorzystywane kiedyś w medycynie paliatywnej, tzw. mobilnego zespołu geriatrycznego, który konsultuje pacjentów starszych w obrębie szpitala, czyli nie jest przypisany do oddziału, tylko np. do placówki.

Wspomniała pani, że jedną z charakterystycznych dolegliwości wieku starszego jest nietrzymanie moczu. Czy tym pacjentom jest w stanie pomóc w jakikolwiek sposób lekarz geriatra?

Nietrzymanie moczu należy do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych. Zespoły geriatryczne są to przewlekłe schorzenia, które pogarszają sprawność pacjentów i jakość ich życia, ale nie wymagają natychmiastowej interwencji, bo nie stanowią zagrożenia życia. Zespoły te, właśnie w związku z tym, że nie wymagają natychmiastowej interwencji, często w codziennej praktyce giną, a więc nie są ani rozpoznawane, ani leczone. Robiliśmy bardzo interesujące badania, w których

sprawdzaliśmy, czy zespoły geriatryczne znajdują się w spektrum zainteresowania jakichkolwiek specjalistów. Większość pacjentów mówiła, że żaden lekarz nigdy ich nie pytał o nietrzymanie moczu, pomimo to, że u wielu z nich występowała ta dolegliwość. W związku z tym trudno nawet ocenić skalę problemu. Pierwszą więc rzeczą, którą musimy „odczarować” i cieszyć się, że nad tym pracujemy, jest pokazanie, iż jest to dolegliwość taka sama jak każda inna. Co więcej, jeśli chodzi o nietrzymanie moczu, to wiadomo, że jeśli pacjent ma np. nadciśnienie, osteoporozę, nietrzymanie moczu i hipercholesterolemie i zapytamy go o ich

ważność z punktu widzenia jego codziennego funkcjonowania, to okaże się, że pierwszym, który wymieni i chce, aby skoncentrować się na jego leczeniu, jest nietrzymanie moczu. Mimo, że o nim sam nie wspomina, ponieważ jest przekonany, że nic nie da się z tym zrobić. Likwidacja tego problemu lub choćby zmniejszenie jego natężenia, przekłada się na dużo lepsze funkcjonowanie. Dlatego wiele miejsca w geriatryi poświęca się przyczynom tzw. przejściowego nietrzymania moczu, które są często proste do zlikwidowania i nie wymagają skomplikowanej terapii.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, wspólnie z trzema innymi towarzystwami (red. Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne oraz Polskie Towarzystwo Urologiczne) zainicjowało działania mające na celu wypracowanie wspólnego działania w pracy nad pacjentem z nietrzymaniem moczu. Jakie korzyści dla geriatryi, a także dla pacjenta geriatrycznego widzi Pani w tej inicjatywie?

Korzyści dla pacjenta są ogromne, ponieważ nikt w tej chwili się tym nie zajmuje, a samo podjęcie takiej inicjatywy to zwrócenie uwagi na to zagadnienie, co jest bardzo ważne. Wspomniałam już o NTM jako o wielkim zespole geriatrycznym i potencjalnej jego odwracalności. Niestety, nie ma danych, jak często nietrzymanie moczu ma charakter odwracalny. Gdyby podjąć jakiekolwiek badanie, pokazujące, że duży odsetek przypadków NTM jest odwracalny, to pacjenci świadomiej zaczęliby pytać o to co robić

Nietrzymanie moczu należy do tzw. wielkich zespołów geriatrycznych. Zespoły geriatryczne są to przewlekłe schorzenia, które pogarszają sprawność pacjentów i jakość ich życia, ale nie wymagają natychmiastowej interwencji, bo nie stanowią zagrożenia życia.

Większość pacjentów mówiła, że żaden lekarz nigdy ich nie pytał o nietrzymanie moczu, pomimo to, że u wielu z nich występowała ta dolegliwość. W związku z tym trudno nawet ocenić skalę problemu. Pierwszą więc rzeczą, którą musimy „odczarować” i cieszyć się, że nad tym pracujemy, jest pokazanie, iż jest to dolegliwość taka sama jak każda inna.

z nietrzymaniem moczu, a my lekarze mielibyśmy większe możliwości wdrożenia prawidłowego postępowania dla tych wszystkich przypadków. Zwrócenie na to uwagi to właśnie jedna z korzyści z podjętej inicjatywy.

Ze strony Ministerstwa Zdrowia mamy, od 1 września, całkowicie nową inicjatywę - ustawę o darmowych lekach i wyrobach medycznych dla osób 75+. Jak Pani ocenia projekt pierwszej listy leków dla seniorów?

Generalnie uważam, że udostępnianie jakichkolwiek leków za darmo sprzyja wielolekowości. Istnieje bowiem, w moim odczuciu, niebezpieczeństwo, że pacjent przeznaczy „zaoszczędzone” pieniądze na suplementy czy leki bez recepty, które przecież podobnie do leków wydawanych na podstawie recepty, wchodzi w interakcję, zwiększając ryzyko powikłań polekowych. Dziś trudno ocenić na ile jest to realne zagrożenie. Moim zdaniem, po wprowadzeniu tej ustawy, będą pacjenci, którzy zwiększą liczbę leków. Z drugiej strony prawda też jest taka, że wielu pacjentów obecnie nie wykupuje wszystkich zaordynowanych leków. Są też tacy, którzy deklarują, że na leki mogą wydać nie więcej niż np. 30 zł. Dla nas lekarzy jest to trudna sytuacja. Dla tych pacjentów darmowe leki to znaczne ułatwienie. Na razie lista jest ograniczona, ale zakładam, że jest to pierwszy krok. W tym roku przewidziana jest już jedna aktualizacja tej listy (red. od 1 listopada), a potem kolejne, więc zobaczymy, jak sytuacja się rozwinie.

Czy Pani zdaniem, na takiej liście docelowo powinny się znaleźć leki urologiczne (np. stosowane w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego)? Mam na myśli leki refundowane - solifenacynę i tolterodynę.

Moim zdaniem, jeśli listę tworzymy, to docelowo powinny się znaleźć na niej wszystkie leki, posiadające silne rekomendacje oparte o EBM (Evidence Based Medicine czyli medycyna oparta na faktach). Te dwa leki jak najbardziej się do tego kwalifikują, chociaż należy sobie zdawać sprawę, że w związku z efektem antycholinergicznym mogą one, u chorych starszych, pogarszać funkcje poznawcze, a więc powinny być u nich stosowane bardzo rozważnie. Nadzieje pokładamy również w nowym leku, jakim jest mirabegron.

Co ze środkami absorpcyjnymi? One, jako wyrób medyczny, mogą znaleźć się na takiej liście.

To, że środki absorpcyjne powinny się znaleźć na ta-

kiej liście, nie budzi moich wątpliwości. Obecne limity prowadzą do błędnego koła. Pacjenci, przy obecnych ograniczeniach dotyczących środków absorpcyjnych, nie wymieniają ich tak często jak potrzeba, co prowadzi do infekcji i finalnie do coraz większych medycznych i finansowych kosztów leczenia.

W Polsce obowiązuje w tym momencie limit ilościowy wynoszący 60 szt. środków absorpcyjnych miesięcznie. Czy jest to Pani zdaniem limit wystarczający?

Właśnie dlatego, że pacjent ma do dyspozycji tylko dwie np. pieluchy na dobę i nie stać go, by kupić więcej, to rzadziej je wymienia, co zwiększa ryzyko infekcji, ryzyko uszkodzeń skóry, odleżyn i wielu innych następstw. Nie ma wątpliwości, że problem leży w zbyt małej liczbie refundowanych środków.

Pacjenci przy obecnych ograniczeniach dotyczących środków absorpcyjnych nie wymieniają ich tak często jak potrzeba, co prowadzi do infekcji i finalnie do coraz większych kosztów, nie tylko medycznych, ale i finansowych, leczenia.

Pacjenci skarżą się często, że lekarze odmawiają im wypisania zlecenia na refundowane środki absorpcyjne, powołując się na obowiązujące przepisy refundacyjne. Czy brak jasnego kryterium chorobowego, jakim mogłoby być po prostu nietrzymanie moczu, mocno utrudnia Wam pracę?

Na pewno jest tak, że nietrzymanie moczu, jego natężenie, musi być jakoś zdefiniowane i w oparciu o to ewentualnie ustalone powinny być wskazania. Należy pamiętać, że środki te nie powinny stanowić alternatywy wobec leczenia. Wielu pacjentów (lub ich opiekunów), korzystając z dostępności tych środków i uważając, że nietrzymania moczu się nie leczy, mogłoby zrozumieć, że właściwie jedynym postępowaniem jest użycie środków absorpcyjnych. Mam więc nadzieję, że skoro zmierzamy w stronę skoordynowanej opieki, to takich problemów nie będzie, że lekarz rodzinny będzie się czuł bardziej odpowiedzialny za pacjenta i jeśli pacjent będzie miał rozpoznane nietrzymania moczu, to będzie w stanie z tą sytuacją sobie poradzić.

Jeśli nie jest Pani w stanie znaleźć u pacjenta jednego ze wskazań na liście, to czy zdarza się Pani odmówić wypisania takiego środka?

Tak jak mówiłam, chorzy geriatryczni to chorzy ze złożoną, wieloelementową wielochorobowością, której jednym z elementów jest otępienie. W przypadku stwierdzenia nietrzymania moczu i po wykluczeniu jego odwracalnych przyczyn, takie wskazania u nich występują.

Pełna treść wywiadu dostępna na stronie: www.ntm.pl

Co dalej z opieką długoterminową?

Grażyna Śmiarowska

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niesamodzielnych, Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu, Prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej, Członek Europejskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Placówek Opieki Długoterminowej (EDE)

Zgodnie z wytycznymi Unii Europejskiej, obowiązek świadczenia usług długoterminowej opieki zdrowotnej na wysokim poziomie powinien być utrzymywany i chroniony przez każde państwo, a zapewnienie powszechnego dostępu do tego typu świadczeń zdrowotnych stawać się powinno celem nadrzędnym polityki zdrowotnej państwa. Niezaprzeczalność tych faktów jest deklaratywnie potwierdzana na każdym poziomie zarządzania systemem.

Jak to wygląda w praktyce ?

Pomimo zapewnień ustawodawców, że opieka długoterminowa jest ważnym ogniwem w systemie świadczeń zdrowotnych, przeczy temu praktyka. Nie tworzy się „mapy potrzeb” dla opieki długoterminowej, chociaż rozwój danej dziedziny będzie zależał od diagnostyki sytuacji epidemiologicznej w tym zakresie. Nieznane są również prace dotyczące stworzenia systemu kwalifikacji do placówek opieki długoterminowej uwzględniające jej różne formy w zależności od potrzeb pacjenta. Potrzebą bezwzględna staje się opracowanie i wdrożenie skutecznych metod koordynacji świadczeń.

Minister Zdrowia w sierpniu wydał rozporządzenie dotyczące określenia szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pomimo protestów dużej rzeszy świadczeniodawców co do niektórych jego zapisów. Poszukuję wyjaśnienia, dlaczego tworzy się kryteria dostępu dla nowych świadczeniodawców rodzące wyższe koszty utrzymania (np. lekarz na dyżurach, czy wymóg specjalizacji klinicznych i zatrudniania na poziomie placówki klinicznej) wobec jednakowej stawki dla wszystkich? Stworzy to sytuację, w której na rynku będą funkcjonowały placówki oferujące ten sam zakres usług, ale będą miały wyższy standard czyli więcej wyspecjalizowanej i dostępnej kadry medycznej za tę samą cenę? A może cena będzie wyższa? Sytuacja taka rodzi kolejne pytania: Czy konkursy będą tylko dla nowych świadczeniodawców? Od czego to będzie zależeć, bo przecież nie ma obowiązku opracowania mapy potrzeb? Ze stawianymi wymogami w nowym wydaniu mogą sobie poradzić duże sieci. Czy należałoby wyciągnąć wniosek, że tylko takie będą miały rację bytu na rynku?

Opieka długoterminowa przekształca się w kliniki terapeutyczne?

Zaniedbania legislacyjne np. nieuregulowana (pomimo licznych monitów) kwestia dot. niedoszacowania rzeczywistych kosztów zakwaterowania i żywienia ponoszonych

przez pacjenta, ograniczenie dostępności dla osób nieposiadających dochodu czy źle oszacowana cena jednostkowa świadczenia - to zaległości wieloletnie.



Opieka długoterminowa, pomimo oczywistej potrzeby jej istnienia i rozwoju, jest marginalizowana przez przedstawicieli kreujących politykę zdrowotną w Polsce. Mylona jest z opieką realizowaną w domach pomocy społecznej i opieką paliatywną. Rozdzielność systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w stosunku do osób przewlekle chorych i niesamodzielnych jest przyczyną dezorientacji i chaosu w realizacji rzeczywistych potrzeb tych osób. Nie da się podzielić człowieka na pół i wskazać, że potrzeby opiekuńcze powinien realizować w domu pomocy społecznej, a zdrowotne w zakładzie opieki długoterminowej.

Rynek usług opieki długoterminowej powoli się rozwija oraz doskonalą w różnych jego formach

Jednakże niezależnie od działań, jakie podejmują osoby kreujące politykę zdrowotną, rynek usług opieki długoterminowej powoli się rozwija oraz doskonalą w różnych jego formach. Powstały placówki, które zajmują się skutecznie pacjentami w stanach apalicznych, chorobach otępiennych czy chorobach wymagających długotrwałych oddziaływań terapeutycznych. Pojawiają się spektakularne sukcesy wybudzeń i uzyskiwane są efekty przywrócenia, poprawy czy zrekompensowania utraconych funkcji życiowych w wyniku podjętych działań terapeutycznych. Należy pamiętać, że opieka długoterminowa to nie tylko opieka nad człowiekiem starszym, bo ponad 40% podopiecznych systemu to osoby poniżej 65. roku życia (dzieci, młodzież, osoby w tzw. „wieku produkcyjnym”).

Rozgoryczenie rodzimego środowiska świadczeniodawców narasta

Wyśrubowane wymogi NFZ wobec prawie 70% niedoszacowania stawki, stawia świadczeniodawców wobec bardzo trudnych decyzji - na czym zaoszczędzić, czego i komu nie dać - pacjentom czy personelowi?

Zmieniają się także oczekiwania świadczeniobiorców. W przekonaniu wielu osób, pobieranie składek zdrowotnych i społecznych z ich dochodu przez całe życie zawodowe, powinno skutkować bezpieczeństwem bezpłatnego otrzymania świadczeń w przypadku, gdy taka potrzeba zaistnieje, jak i świadczenia usług na bardzo wysokim poziomie. Okazuje się, że system (nie tylko w Polsce) nie jest gotowy na taki wydatek, gdyż:

- rośnie liczba osób w wieku powyżej 65 r.ż., a wiek jest czynnikiem ryzyka w przypadku chorób przewlekłych czy narastającej niesamodzielności,
- rośnie liczba osób niesamodzielnych, ponieważ medycyna kliniczna staje się coraz bardziej skuteczna w ratowaniu życia, ale nie zawsze w przywracaniu do pełnej sprawności,
- dochody społeczeństwa są niewspółmiernie niskie do

kosztów opieki nad osobami wymagającymi długoterminowych terapii,

- rodzina nie jest w stanie, nie ma warunków, czy często nie umie pełnić funkcji opiekuńczych.

Podsumowanie

Reasumując, należałoby opracować mapy potrzeb lub przygotować plan, na jakich zasadach zrealizujemy potrzeby osób niesamodzielnych z tytułu wieku, choroby czy urazu, w tym licznej grupy osób z NTM.

Nie znajduję także odpowiedzi, dlaczego tak trudno zrozumieć, że w interesie wszystkich, a szczególnie płatnika, powinien być rozwój opieki długoterminowej, chociażby z prostej jednej przyczyny - ekonomicznej. Jest to zdecydowanie tańsza forma opieki od długoterminowego leczenia szpitalnego (oczywiście w przypadkach, gdy stwierdzona zostanie potrzeba długoterminowej kontynuacji leczenia). Pacjent na OITM kosztuje od 3000 do 5000 zł za dobę, a w ZOL - 200 zł za dobę.

Środowisko, zarówno chorych, jak i świadczeniodawców, oczekuje zmian, ale jednocześnie apeluje o wsłuchanie się w ich głosy i nieodrzucaanie argumentów i postulatów.

Pielęgniarskie rekomendacje w NTM

dr Elżbieta Szwalkiewicz

Od wielu lat, w środowisku pielęgniarek, trwa debata na temat jakości opieki nad osobami z NTM, a poszerzone ostatnio kompetencje o prawo do wystawiania recept i przedłużania zleceń na wybrane środki pomocnicze (m.in. pieluchomajtki, majtki chłonne, wkładki urologiczne) wymusza podjęcie konkretnych działań. Zapotrzebowanie na standaryzację postępowania pielęgniarskiego wobec pacjentów z NTM potwierdza badanie focusowe przeprowadzone na grupie pielęgniarek z woj. mazowieckiego w grudniu 2015 r. Zwłaszcza, gdy leczenie NTM jest nieskuteczne, a priorytetem staje się odpowiednie zaopatrzenie w produkty chłonne i zabezpieczenie skóry przed drażniącym działaniem moczu.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, zgodnie z ustawą z 1 lipca 2011 r., nie tylko sprawuje pieczę nad należytym wykonywaniem zawodu, ale także m.in. ustala standardy zawodowe, zajmuje stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa i polityki zdrowotnej państwa, a także zajmuje się edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Z kolei, opieka zdrowotna wysokiej jakości, odpowiada określonym kryteriom, wykazuje zgodność z aktualną pro-

fesjonalną wiedzą i w danych warunkach zapewnia pacjentom osiągnięcie pożądaných efektów zdrowotnych i redukuje prawdopodobieństwo zdarzeń niepożądanych. Standard jest tym wzorcem, do którego aktualna praktyka jest porównywalna. Zarówno standardy, jak i procedury postępowania, opisują optymalny proces postępowania pielęgniarskiego w odniesieniu do indywidualnego pacjenta.

Koalicja „Na pomoc osobom niesamodzielnym” będzie miała możliwość współpracy z Naczelną Radą w procesie przygotowywania rekomendacji dla praktyki pielęgniarek i położnych w opiece nad pacjentem z NTM.

Dla Koalicji zrzeszającej wiele organizacji, których członkami są setki osób borykających się z NTM ważnym jest, by w istotny sposób:

- poszerzyć kompetencje pielęgniarek i opiekunów w zakresie prawidłowego doboru i zasad stosowania produktów chłonnych, jednorazowego sprzętu medycznego (np. cewniki, uridomy) i środków pielęgnacyjnych;
- poprawić jakość życia osób z NTM (zmniejszenie dyskomfortu przez prawidłowo dobrany produkt);
- osiągnąć oszczędności w kosztach całkowitych, zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym.



Fot. #112953691 © djivstock - Fotolia.com

Rekomendacje NTM czterech towarzystw naukowych

Natalia Klein

Mimo powszechności problemu nietrzymania moczu, który może dotyczyć nawet czterech milionów Polaków, zdecydowanie zauważalny jest w Polsce brak usystematyzowania obszarów prac różnych lekarzy, stykających się z pacjentami cierpiącymi na NTM.

W odpowiedzi na obecny stan rzeczy, cztery towarzystwa naukowe - Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne oraz Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, zainicjowały projekt pod nazwą Rekomendacje NTM, mający na celu zebranie opinii, komentarzy i uwag, będących podstawą do opracowania wytycznych w postępowaniu z pacjentem z nietrzymaniem moczu (NTM). Projekt kierowany jest zarówno do środowiska lekarzy urologów, ginekologów, geriatrów oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, jak również do wszystkich innych przedstawicieli zawodów medycznych, którzy w swojej codziennej praktyce spotykają się z pacjentami cierpiącymi na nietrzymanie moczu. Wszyscy zainteresowani zaproszeni są do zgłaszania swoich sugestii i uwag dotyczących postępowania z pacjentem z NTM poprzez stronę www.rekomendacjntm.pl.



Fot. #96318426 © Andrey Popov - Fotolia.com

Możliwość holistycznego podejścia do pacjenta z NTM

Jak komentuje profesor Piotr Chłosta, Prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego, *starzenie się populacji europejskiej, w tym polskiej, stwarza podstawę do tego, aby uzyskać możliwość holistycznego podejścia do chorego, do człowieka, jako całego organizmu. Nie mam najmniejszych wątpliwości, że problem bezwiednego gubienia moczu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn, jest problemem przede wszystkim urologa. To urolog, będąc liderem zespołu interdyscyplinarnego, stwarza podstawę nawiązania współpracy z lekarzami innych specjalności: z geriatrami, dlatego że problem coraz częściej dotyka ludzi starszych, z lekarzami rodzinnymi, dlatego że pacjenci często jako swojego mentora zdrowotnego wybierają lekarza pierwszego kontaktu, i finalnie z ginekologami, do których kobiety trafiają z intencją leczenia problemów związanych z nietrzymaniem moczu.* Projekt Rekomendacji NTM został zainaugurowany 24 czerwca br. podczas 46. Kongresu Naukowego Polskiego Towarzystwa Urologicznego w Katowicach, poprzez podpisanie listu o rozpoczęciu współpracy przez przedstawicieli wymienionych powyżej towarzystw naukowych.

Systematyzacja wiedzy i podział ról

Opracowanie zintegrowanych wytycznych ma pomóc rozpoznać, usystematyzować i skonsolidować wspólne obszary pracy lekarza rodzinnego, geriatry, ginekologa oraz urologa na poszczególnych etapach rozpoznania, diagnostyki, leczenia oraz higieny w różnych rodzajach nietrzymania moczu.

Wartość wspólnych wytycznych postępowania z pacjentami cierpiącymi na NTM, opracowanych przez lekarzy różnych specjalności, podkreśla dr hab. Tomasz Tomasik, Prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce. *Opracowanie rekomendacji dotyczących problemu NTM uważam za bardzo wskazane. W praktyce lekarza rodzinnego jest to problem powszechny, gdyż dotyczy ok 30% osób starszych, w większej części kobiet. Dodatkowym utrudnieniem w rozpoznawaniu i leczeniu jest fakt, że 2/3 pacjentów nie informuje lub wręcz*

ukrywa ten fakt przed swoim lekarzem. Prawie połowa kobiet czeka 5 lat zanim zgłosi się po pomoc i wówczas często występują powikłania oraz problemy medyczne, psychologiczne, rodzinne, społeczne. Opracowanie wytycznych powinno zostać zrealizowane przez zespół składający się ze specjalistów różnych dziedzin, nie tylko medycznych. Oczywiście udział w tym zespole praktykujących lekarzy rodzinnych jest konieczny, aby specyfika i ograniczenia występujące w polskiej POZ zostały uwzględnione - zauważa docent Tomasz Tomasik.

Zdaniem profesora Mirosława Wielgośa, Prezesa Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, projekt Rekomendacji NTM może być szansą na wypracowanie najwyższych standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Jak mówi prof. Wielgoś, *ponieważ temat nietrzymania moczu jest niezwykle ciekawy i atrakcyjny, stał się obiektem zainteresowania wielu lekarzy. Niestety, trzeba przyznać, że niektórzy z nich nie mają odpowiednich kwalifikacji do tego, aby zajmować się problemem NTM zgodnie z najnowszymi zdobyczami wiedzy i technologii medycznej. Stąd też projekt Rekomendacji NTM, realizowany wspólnie przez towarzystwa naukowe, jest niezwykle aktualny i potrzebny. Ponieważ w jego realizację będą zaangażowani najlepsi specjaliści w tej dziedzinie - zarówno spośród ginekologów, jak i urologów - możemy przypuszczać, że zakończy się on pełnym sukcesem, co przyniesie wymierne korzyści nie tylko dla naszego środowiska i zajmujących się tą problematyką osób, ale przede wszystkim dla naszych Pacjenteń, które będą mogły być diagnozowane i leczone zgodnie z najnowszymi kanonami. Z niecierpliwością czekam na wdrożenie projektu oraz jego efekty praktyczne.*

Gdy w leczeniu pęcherza nadaktywnego farmakoterapia nie działa...

lek. med. Tadeusz Hessel

Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Czy istnieją jeszcze inne możliwości leczenia zachowawczego oprócz tabletek?

Do podstawowej farmakoterapii w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB) należą leki antycholinergiczne. Wśród nich są zarówno leki starego typu, jak oksybutynina, tolterodyna, jak i nowe - np. darifenacyna czy solifenacyna. Nowością

metodzie - dlatego warto spróbować zmienić styl życia i udać się na zajęcia z wykwalifikowanym fizjoterapeutą! W Polsce, przy braku finansowania przez NFZ rehabilitacji urologicznej, z pomocą przychodzi Stowarzyszenie Pacjentów z NTM UroConti, gdzie za bardzo niską opłatą, można z takiego sposobu terapii skorzystać.

Co rozumiemy poprzez brak działania farmakoterapii?

Oznacza to stan, gdy nie udało się uzyskać satysfakcjonującej kontroli choroby lub gdy pacjent nie toleruje skutków ubocznych preparatów. Można wtedy rozważyć leczenie bardziej inwazyjne.

Leczenie chirurgiczne

Istnieją tutaj dwie główne metody: iniekcje z toksyny botulinowej oraz neuromodulacja nerwów krzyżowych. Druga metoda, pomimo pozytywnej rekomendacji AOTMiT z 8 września 2014 r., nie jest do dzisiaj refundowana w Polsce. Oprócz nich istnieją chirurgiczne metody leczenia pęcherza nadaktywnego, które traktujemy jako leczenie drugiego rzutu.

Wybór numer 1 - leczenie iniekcją toksyny botulinowej dopęcherzowo

Zalecane dla wszystkich pacjentów, u których nie powiodło się leczenie lekami antycholinergicznymi. Przed podjęciem leczenia toksyną botulinową pacjent/ka musi być poinformowany/a o:

1. ograniczonym czasie działania leku od 6 do 12 miesięcy i ewentualnej konieczności ponownego wykonania zabiegu,
2. ryzyku wystąpienia zakażenia układu moczowego,
3. konieczności wdrożenia samocewnikowania.

Wybór numer 2 - neuromodulacja nerwów krzyżowych, tzw. „rozrusznik pęcherza”

Według wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego to także metoda leczenia, która powinna być oferowana dla pacjentów, u których nie powiodło się leczenie lekami antycholinergicznymi. Powinna być ona interesująca dla osób, które w perspektywie długiego okresu leczenia nie chcą być poddawane wielokrotnym iniekcjom toksyną botulinową, a jednocześnie akceptują większą inwazyjność zabiegu i konieczność kontroli działania urządzenia. Niezmiernie istotny jest tutaj wspólny wysiłek Stowarzyszenia UroConti oraz Polskiego Towarzystwa Urologicznego, który ma na celu uzyskania pełnej dostępności tej metody leczenia w Polsce.



Fot. #95231324 © freehandz - Fotolia.com

w farmakologicznym leczeniu OAB i jednocześnie alternatywą dla leków antycholinergicznymi jest mirabegron - antagonist receptorów beta-3-adrenergicznych. Prócz farmakoterapii możemy wymienić następujące możliwości terapeutyczne:

1. Zmianę stylu życia poprzez:
 - a) zmniejszenie spożycia kawy,
 - b) utratę masy ciała,
 - c) ograniczenie spożywanej ilości płynów,
 - d) zaprzestanie palenia papierosów.
2. Fizjoterapię:
 - a) trening pęcherza,
 - b) ćwiczenia mięśni dna miednicy,
 - c) elektrostymulację nerwu piszczelowego.
3. Właściwe użycie produktów absorpcyjnych - dla osób z nietrzymaniem moczu z parć, które nie chcą lub nie mogą być leczone w inny sposób lub w przypadku których inne metody terapii okazały się nieskuteczne.

Trzeba zaznaczyć, iż według Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego nie udowodniono wyższości leczenia behawioralnego nad leczeniem farmakologicznym w terapii nietrzymania moczu z parć naglących. Notuje się większą satysfakcję pacjentów w pierwszej

Inne metody w przypadku leczenia chirurgicznego

Możemy tutaj wymienić między innymi:

1. Auto-augmentację pęcherza moczowego - jest to operacja polegająca na nacięciu mięśnia wypieracza bez jednoczesnego nacięcia śluzówki pęcherza. Pozwala to na wytworzenie uchylka pęcherza i uzyskanie większej objętości pęcherza moczowego.
2. Augmentację pęcherza moczowego - tzn. powiększenie pęcherza moczowego o płat/fragment jelita (enterocystoplastyka).

3. Wytworzenie innego odprowadzenia moczu - tzn. chirurgicznego utworzenia innego miejsca niż pęcherz moczowy, przez który może się wydostawać mocz, np. poprzez zbiornik jelitowy.
4. W przypadku pęcherza neurogennego można również rozważyć przecięcie nerwów krzyżowych (rizotomia krzyżowa).

Wszystkie w/w metody niosą ze sobą duże ryzyko powikłań i wymagają od pacjenta w okresie po zabiegu regularnej kontroli lekarskiej do końca życia.

Zródło: www.uroweb.org/course/overactive-bladder-mechanisms-and-management

Problemy urologiczne u kobiet w ciąży

Agnieszka Dokowicz

Układ moczowy kobiety ciężarnej jest szczególnie narażony na występowanie chorób infekcyjnych. Powiększająca się macica może powodować ucisk na moczowody, co utrudnia odpływ moczu z nerek. Z kolei obecność rozwijającego się płodu ogranicza, a czasem nawet uniemożliwia wykorzystanie niektórych metod diagnostycznych (na przykład tych z użyciem promieni RTG). Dlatego leczenie problemów urologicznych kobiety ciężarnej wymaga współpracy ginekologa, urologa, a czasami i radiologa.

- Cięża powoduje fizjologiczne zmiany w układzie moczowym kobiety - mówi prof. Ewa Barcz, ginekolog z Uniwersyteckiego Centrum Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. - Poszerzają się miedniczki nerkowe i moczowody, zwiększa przepływ nerkowy, a zmniejsza poziom kreatyniny i mocznika. Pod wpływem zmian hormonalnych zmniejsza się również napięcie mięśni moczowodów i pęcherza moczowego, co może powodować zastój moczu i ułatwia rozwój zakażeń układu moczowego. Ponadto u niektórych ciężarnych w moczu obecna jest glukoza (nawet jeżeli nie chorują na cukrzycę), co sprzyja namnażaniu się bakterii w drogach moczowych.

Infekcje układu moczowego

W prawidłowo funkcjonującym organizmie, drogi moczowe powyżej ujścia zewnętrznego cewki, powinny być jałowe, jednak czasem dochodzi do wnikania drobnoustrojów i namnażania w drogach moczowych, co powoduje stan zapalny. Sama obecność bakterii w układzie moczowym nie zawsze prowadzi do rozwoju stanu zapalnego i objawów choroby. Jeśli nie ma objawów zakażenia, a badania wykazują obecność bakterii, mówi się o bakteriomoczu bezobjawowym. U kobiet ciężarnych wymaga on leczenia (choć nie ma objawów zakażenia), gdyż u wielu z nich (ok. 40%), w późniejszym okresie ciąży (II i III trymestr), zakażenie może rozszerzyć się na górne drogi moczowe i wystąpią objawy odmiedniczkowego zapalenia nerek.

Przyczyną zakażenia układu moczowego w przytłaczającej większości przypadków (prawie w 90%) jest bakteria



Fot. #9521324 © freehandz - Fotolia.com

Escherichia coli (E. coli), nazywana potocznie pałeczką okrężnicą, z uwagi na występowanie w jelicie grubym. Może się ona przedostać z odbytu do ujścia cewki moczowej, następnie do pęcherza, a w rzadszych przypadkach do jednej lub obu nerek. Poza pałeczkami E. coli, zakażenia powodują również bakterie: Klebsiella, Proteus, Pseudomonas. W drogach moczowych kobiety mogą się również pojawić tzw. paciorkowce grupy B. Nie wywołują one zakażenia układu moczowego, ale ich obecność świadczy o kolonizacji pochwy, co podczas porodu może spowodować zakażenie noworodka. Infekcje układu moczowego u kobiety ciężarnej należy leczyć, gdyż może prowadzić do przedwczesnego porodu lub małej masy urodzeniowej dziecka.

Kamica moczowa

Kamica dróg moczowych u kobiet ciężarnych stanowi najczęstszą niepołożniczą przyczynę bólów brzucha. Jest wyzwaniem dla lekarza pierwszego kontaktu, położnika i urologa, ponieważ może powodować przedwczesny poród. Kamicy moczowej mogą sprzyjać występujące w ciąży zmiany w układzie moczowym oraz zmiany hormonalne. Większość pacjentek (80-90%) z kamicą zgłasza się do lekarza w II i III trymestrze, a bardzo rzadko stwierdza się ją w pierwszych tygodniach ciąży.

Do najczęstszych objawów kamicy dróg moczowych zalicza się ból w okolicy lędźwiowej i zapalenie układu moczowego. Mimo, że kamica dróg moczowych rzadko komplikuje ciążę, jest trudnym problemem klinicznym wymagającym współpracy pomiędzy położnikiem, uro-

logiem i radiologiem. Obecność rozwijającego się płodu ogranicza zastosowanie metod diagnostycznych wykorzystujących promienie rentgenowskie. Na szczęście, wg badań, 70-80% pacjentek ciężarnych wydalili kamienie z dróg moczowych po zastosowaniu leczenia zachowawczego polegającego na nawadnianiu, stosowaniu leków przeciwbólowych i w razie infekcji, antybiotykoterapii.

- Problemem pozostaje u 20-30% pacjentek, u których trzeba zastosować leczenie inwazyjne - mówi prof. Ewa Barcz. - Takie postępowanie jest jednak usprawiedliwione, ponieważ nieleczona kamica i związana z nią kolka nerkowa, mogą przyczynić się do wystąpienia porodu przedwczesnego.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (NTM), choć powoduje duży niepokój kobiet, tak naprawdę jest zjawiskiem dość częstym i ma dość prostą przyczynę - powiększona macica uciska pęcherz moczowy, powodując jego opróżnianie, a rozluźnione przez hormony i rozciągnięte mięśnie dna miednicy nie są w stanie tego wypływu powstrzymać.

- Wysiłkowe nietrzymanie moczu dotyczy około 40 procent kobiet ciężarnych - mówi prof. Ewa Barcz. - Zwykle pojawia się w trakcie ciąży, najczęściej w ostatnim trymestrze, gdy macica jest największa. Rzadziej pojawia się dopiero po urodzeniu dziecka.

Nietrzymanie moczu u większości kobiet ustępuje samoistnie w ciągu 6 miesięcy po porodzie, kiedy poziom hormonów wraca do normy, a wraz z nim napięcie mięśniowe. Nie zawsze jednak tak się dzieje, dlatego lepiej tego problemu nie lekceważyć.

Operacje z użyciem taśm w woj. opolskim

Według zebranych danych, obecnie na 33 publiczne oraz prywatne szpitale w województwie opolskim, które dysponują 13 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz 5 z oddziałami urologicznymi dla dzieci i dorosłych (źródło: www.rpwdl.csioz.gov.pl), tego typu operacje przeprowadza się w 8 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach ginekologiczno-położniczych, jak i na urologicznych. Porównując obecną sytuację ze statystykami opublikowanymi w Kwartalniku NTM w 2010 roku, liczba placówek uległa zmianie. Wówczas zabiegi z użyciem taśm wykonywano tylko w 5 placówkach. Poniżej prezentujemy listę ośrodków, w których wykonano najwięcej zabiegów, z uwzględnieniem liczby zabiegów przeprowadzonych przez poszczególne placówki w 2014 oraz 2015 roku.

Zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu z użyciem taśmy w 2014 oraz w 2015 roku w placówkach z woj. opolskiego.

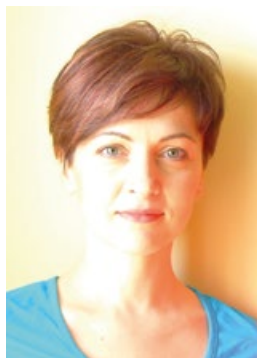
Nazwa świadczeniodawcy	2014 r.	2015 r.
Krapkowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., Krapkowice	27	29
Klinika NOVA Sp. z o.o., Kędzierzyn-Koźle	6	26
Powiatowe Centrum Zdrowia S.A. NZOZ Szpitala Powiatowego w Kluczborku, Kluczbork	11	11
Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii, Opole	1	4
Prudnickie Centrum Medyczne, Prudnik	4	3
Szpital Powiatowy, Głubczyce	2	1
Szpital Powiatowy im. Prałata J. Głowatzkiego, Strzelce Opolskie	0	1
Namysłowskie Centrum Zdrowia Spółka Akcyjna, Namysłów	3	0

Ćwiczmy mięśnie dna miednicy

Z Izelą Żak, autorką holistycznej metody terapeutycznej ćwiczeń mięśni dna miednicy COREFIT® system, rozmawia Marzena Michałek

Proszę przypomnieć naszym czytelnikom i czytelnikom na czym polega Pani autorska metoda ćwiczeń dna miednicy COREFIT® system.

COREFIT® system to holistyczna metoda terapeutyczna skierowana do pacjentów z objawami dysfunkcji miednicy - różnych form nietrzymania moczu, obniżenia narządów rodnych, zaburzeń sfery seksualnej, bólu kręgosłupa i stawów. Polega ona na odbudowaniu siły, wytrzymałości mięśni dna miednicy, a także, co najważniejsze - przywróceniu współnapięcia dna miednicy z innymi mięśniami tułowia i odbudowaniu prawidłowych wzorców motorycznych, w tym oddechowych.



go - to duże wyzwanie dla terapeuty, by ciągle się uczył i poszerzał swoją wiedzę.

Ponieważ mocno wzrosła edukacja panów w zakresie badań i profilaktyki związanej z prostatą, czy zaobserwowała Pani większe zainteresowanie ćwiczeniami u mężczyzn?

Tak, coraz więcej mężczyzn poszukuje pomocy, to przykre, że zostają sami z problemami po prostatektomii - wielu z nich można pomóc. Niestety zaleca im się jedynie trening wstrzymywania moczu i błędne koło się zamyka, a pacjent czuje się coraz gorzej.

Kiedy po raz pierwszy rozmawialiśmy, prawie 2 lata temu, planowała Pani kształcenie instruktorów na terenie całej Polski. Czy udało się ten plan zrealizować?

Plany szkoleniowe są w trakcie opracowań, w tej chwili funkcjonuje już strona informacyjna www.corefit-system.pl, jesienią tego roku zaczynamy zapisy na szkolenia.

Reedukuje Pani pacjentki z zakresu schorzeń związanych z mięśniami dna miednicy już od 5 lat. Czy od tego czasu zaobserwowała Pani wyższą świadomość swoich pacjentek na temat potrzeby ćwiczeń dna miednicy? Czy ta wiedza pomaga czy raczej przeszkadza?

Zainteresowani - oczywiście, są świadomi. To trudna praca, zarówno dla pacjenta, jak i fizjoterapeuty. Miednica ze swymi problemami jest rejonem ciała, z którym z wielu względów pracuje się szczególnie trudno. Pacjentki świadome ćwiczą lepiej, są zmotywowane, wymagające, świetnie się z nimi pracuje. Wiedza zatem pomaga, gorzej z mitami - te wnoszą wiele szkód, ale szybko je obalamy w trakcie terapii. Pracuję z miednicą już 11 lat i w ostatnich 2-3 latach rzeczywiście obserwuję większą świadomość u kobiet. To budujące. Niestety obserwuję także drastycznie obniżający się wiek, w którym kobiety mają poważne dolegliwości z dnem miednicy. Trudno w to uwierzyć - ale ten wiek obniżył się o około 15-20 lat.

Czy w Pani odczuciu polscy fizjoterapeuci są świadomi, jak dużo pracy czeka ich w tym zakresie, czy chętnie uczą się pracy nad mięśniami dna miednicy?

Fizjoterapeuci, którzy są tego świadomi i chcą podążać swą zawodową drogą w tym kierunku - są otwarci i chętnie się uczą. Obecnie poszerzamy ofertę firm, które są zainteresowane współpracą w zakresie tej metody. Polskie pacjentki są wymagające, pytają, chcą wiedzieć jak to działa i dlaczego

Przeszła pani długą drogę, od własnych trudnych doświadczeń związanych z urazami mięśni dna miednicy, poprzez zainteresowanie metodą Benity Cantieni, aż do stworzenia własnej autorskiej metody ćwiczeń COREFIT® system. Proszę opowiedzieć na jakich wzorcach się pani opierała i które najlepiej sprawdziły się w Polsce, w pracy z polskimi pacjentkami?

Metoda COREFIT® system powstawała kilka lat; tworząc tę koncepcję opierałam się na badaniach naukowców z całego świata, na własnych doświadczeniach i obserwacjach, korzystałam z nieocenionego wsparcia profesora Edwarda Saulicza i grupy jego doktorantów, którzy prowadzili wiele badań związanych z mechanizmami kontroli kompleksu biodrowo-łędźwiowo-miednicznego, w skład którego wchodzi m.in. mięśnie dna miednicy. Dobry, skuteczny trening dna miednicy musi uwzględnić fazy oddechu, reedukować nieprawidłowe wzorce motoryczne - podnoszenie, pochylanie, kichanie i kaszel - te wzorce zawierają najwięcej nieprawidłowości - i te najczęściej reedukujemy w warunkach polskich.

Proszę przypomnieć naszym czytelnikom, co powinno ich absolutnie skłonić do pracy nad głębokimi mięśniami dna miednicy?

Na mojej stronie internetowej jest krótka ankieta dotycząca objawów, które powinny nas natychmiastowo skłonić do pracy terapeutycznej z głębokimi mięśniami dna miednicy. Jeśli chociaż na jedno z poniższych pytań odpowiemy twierdząco, natychmiast należy zacząć ćwiczyć:

Czy zdarza Ci się popuścić mocz w trakcie kichania, kaszlu, śmiechu, seksu, dźwigania lub uprawiania wysiłku fizycznego? Czy masz potrzebę korzystania z toalety w nocy? Czy korzystasz z toalety częściej niż 6 razy w ciągu dnia? Czy będąc w ciąży miałaś problemy z nietrzymaniem moczu? Często zdarza Ci się poczuć nagłą i silną



Efekt terapeutyczny Treningu Dna Miednicy to leczenie dolegliwości takich jak, m.in.: wypadanie, obniżenie narządów (pęcherz moczowy, macica, pochwa, jelito), przewlekłe zapalenie pęcherza, nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn, ostre i przewlekłe bóle pleców, kręgosłupa, napięcie karku, dyskopatia i wiele innych.

Jak obecnie wygląda Pani współpraca z lekarzami, urologami i ginekologami, a także z położnymi i pielęgniarkami?

Dla lekarzy i położnych staram się dotrzeć poprzez udział w konferencjach, są zainteresowani koncepcją. Od jesieni planujemy szkolenia personelu w placówkach medycznych, aktualnie poszukujemy możliwości ich dofinansowania. Do współpracy zapraszam oddziały położnicze, ginekologiczne, urologiczne, a także lekarzy i położne.

potrzebę oddania moczu? Cierpisz z powodu obniżenia ścian pochwy/obniżenia macicy? Czy dokuczają Ci bóle kręgosłupa (w szczególności odcinka lędźwiowego)? Czy masz bóle lub zmiany zwyrodnieniowe bioder? Czy masz dolegliwości po zabiegu częściowego lub całkowitego usunięcia prostaty (nietrzymanie moczu)? Czy cierpisz na osłabienie doznań w sferze seksualnej (brak odczuwania przyjemności, brak orgazmu, zaburzenia potencji i erekcji)?

Na jaki efekt terapeutyczny można liczyć po zastosowaniu metody COREFIT® system?

Gdzie, oprócz strony internetowej, można dotrzeć do informacji związanych z szkoleniami i warsztatami Corefit® System?

W tej chwili działają strony: www.corefit-system.pl, www.treningdnamiednicy.pl. Można kontaktować się również pod numerem telefonu 606-271-971, a niedługo informacja o metodzie dotrze bezpośrednio, w formie oferty, do każdego ośrodka specjalizującego się w urologii, ginekologii, położnictwie i pokrewnych dziedzinach, będzie zatem możliwość wdrożenia koncepcji w profilaktyce i terapii w każdej zainteresowanej nią placówce.

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 25.08.2016

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

nb - na bieżąco, bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji),
* dzieci - na bieżąco; ** dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco,

⊕ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu
⊖ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Europejski Tydzień Urologii

Marzena Michałek

W dniach od 26 września do 1 października 2016 roku odbędzie się kolejna edycja Europejskiego Tygodnia Urologicznego. To coroczne święto jest inicjatywą Europejskiego Towarzystwa Urologicznego (EAU - European Association of Urology), które skupia lekarzy urologów z całej Europy, w tym z Polski.

Europejskie Towarzystwo Urologiczne promuje najwyższe standardy opieki urologicznej w fachowej literaturze medycznej i naukowej, a także poprzez organizację licznych sympozjów, konferencji oraz warsztatów, zachęca do profilaktycznych badań prostaty, promuje europejskie osiągnięcia urologiczne na całym świecie oraz czynnie uczestniczy w tworzeniu europejskiej polityki zdrowotnej.

Celem Europejskiego Tygodnia Urologii jest podnoszenie świadomości na temat schorzeń urologicznych wśród społeczeństwa podczas licznych dyskusji i wymiany wspólnych doświadczeń na temat zmian i nowych technologii w tej dziedzinie medycyny. Tydzień Urologii jest także okazją do szerzenia informacji na temat badań i profilaktyki wśród pacjentów.

Każdego roku impreza ta angażuje tysiące uczestników: urologów, pielęgniarki oraz pacjentów i ich bliskich - w inicjatywie uczestniczy już ponad 15 000 lekarzy, których misją jest podniesienie standardów opieki urologicznej w Europie i poza nią.

W Polsce tradycja obchodów Europejskiego Tygodnia Urologicznego sięga kilku lat. W ramach tego wydarzenia, podobnie jak w Europie, odbywają się bezpłatne konsultacje oraz porady dotyczące profilaktyki chorób układu moczowo-płciowego. Taka konwencja edukowania na temat problemów urologicznych ma na celu przełamanie tabu mówienia na tematy wstydlive oraz zaproszenie środowiska lekarzy i pacjentów do otwartej dyskusji o profilaktyce i możliwościach jakie oferuje współczesna urologia.

Zwienieczeniem tegorocznego Tygodnia Urologii będzie, zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne i miasto Kraków Festiwal KultURO, który połączy profilaktykę z muzyką i sztuką. II edycja tego festiwalu odbędzie się w dniach 30 września - 1 października 2016 roku w Krakowie. 30 września odbędzie się m.in. spotkanie środowiska medycznego, podczas którego będzie miała miejsce prezentacja innowacyjnych metod z zakresu urologii, wystąpienia zagranicznych gości, premiera specjalnie opracowywanej aplikacji mobilnej dla pacjentów, spotkanie sekcji adeptów oraz podpisanie deklaracji o powołaniu zespołów ekspertów pracujących nad wytycznymi w postępowaniu z pacjentem z NTM przez cztery towarzystwa naukowe (Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Polskie Towarzystwo Gerontologiczne, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Urologiczne).



Pomysłodawcą festiwalu jest prof. Piotr Chłosta, światowej sławy specjalista-urolog, prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego i członek zespołu muzycznego EndoPower, w którego skład wchodzi trzech profesorów urologii i dwóch profesjonalnych muzyków. Polskie Towarzystwo Urologiczne w tym roku zaprasza również do włączenia się w kampanię wszystkich, którym zależy na podniesieniu świadomości społeczeństwa w zakresie profilaktyki i diagnostyki chorób układu moczowo-płciowego. W wielu miastach w całej Polsce odbędą się różnego rodzaju spotkania mające na celu podniesienie świadomości, profilaktyki i edukacji na temat tych schorzeń. W Klinice Urologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie odbędzie się dzień otwarty, w trakcie którego odbędą się bezpłatne konsultacje medyczne, warsztaty oraz spotkania z wybitnymi specjalistami w dziedzinie urologii. Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie organizuje „UroRun” - 5 km bieg amatorski ulicami Szczecina, który promował będzie urologię, profilaktykę i zdrowy tryb życia (www.facebook.com/urologia.pum.szczecin).

1 października 2016 roku, podczas bezpłatnego Dnia Otwartego Kliniki Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie będą miały miejsce bezpłatne konsultacje przeprowadzane przez wybitnych specjalistów w zakresie urologii. Porad będą udzielać m.in. prof. Shahrokh Shariat, prof. Louis Denis, prof. Andreas Melzer oraz czołówka polskich specjalistów w tej dziedzinie. Po południu odbędzie się koncert zespołu EndoPower i przyjaciele oraz wystawa prac plastycznych. Przez cały wrzesień, będący miesiącem urologii, będzie organizowana kampania społeczna pod nazwą #prawdziwyprzyjaciel.

Zapraszamy na stronę www.festiwalkulturo.pl w celu zapoznania się z agendą wydarzeń.

J-elita, czyli nieswoiste zapalenie jelit

Natalia Klein

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita "J-elita" jest organizacją pacjencją, skupiającą osoby chore oraz rodziców dzieci chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego, chorobę Leśniowskiego-Crohna lub mikroskopowe zapalenie jelita. Organizacja powstała w 2005 roku, a od 2007 posiada status organizacji pożytku publicznego. "J-elita" działa obecnie w całej Polsce, skupiając ponad 1800 członków w 12 oddziałach wojewódzkich.

Karta członkowska J-elity ułatwia szybki

dostęp do toalet, poprzez zawarty na niej komunikat „nie

mogę czekać. W związku z chorobą jestem zmuszony natychmiast skorzystać z toalety”.

"J-elita" walczy o dostęp zarówno do dobrej i szybkiej diagnozy, jak i kompleksowego leczenia, w tym szerszy dostęp do leczenia żywieniowego dla chorych z nieswoistym zapaleniem jelita. Dodatkowo, organizacja zabiega o łatwiejszy dostęp do lekarzy specjalistów. Jednym z postulatów "J-elity" było także wprowadzenie nieswoistego zapalenia jelit na listę chorób przewlekłych, co udało się zrealizować w 2009 r.

Integracja pacjentów i edukacja na temat nieswoistych zapaleń jelit

W ramach swojej działalności, "J-elita" organizuje wydarzenia i spotkania, które służą upowszechnianiu wiedzy o nieuleczalnej chorobie, jakim są nieswoiste zapalenia jelita, a także integracji osób chorych. Jak komentuje Małgorzata Mossakowska, *osoby chore to bardzo często ludzie młodzi, nawet dzieci. Osoby te czują się na początku przerażone i wyobcowane, z powodu bardzo krępujących objawów choroby. Pod względem wstydlivosti dolegliwości, można znaleźć podobieństwa do nietrzymania moczu.*

W celach edukacyjnych i integracyjnych, organizowane są między innymi spotkania seminaryjne o tematyce NZJ, tzw. Dni Edukacji o NZJ, turnusy rehabilitacyjne i integracyjne, jak również krótkoterminowe wyjazdy szkoleniowe. W ramach Dni Edukacji, odbywających się corocznie w większości województw, prowadzone są wykłady przez lekarzy specjalistów. Członkowie "J-elity", ich rodziny, a także osoby niezrzeszone, mają możliwość skorzystania z turnusów rehabilitacyjnych i integracyjnych, które obok rekreacji w regionach turystycznych, oferują uczestnikom konsultacje z lekarzami gastroenterologami, psychologami czy pielęgniarkami,

a także wykłady o przebiegu i metodach leczenia NZJ.

Niestandardowo dla przełamania tabu

W całej Polsce, "J-elita" aktywnie uczestniczy w obchodach Światowego Dnia NZJ (ang. World IBD Day), podczas którego w wielu miastach ma miejsce szereg aktywności edukacyjnych, między innymi: wykłady dla pacjentów i happeningi. Podczas tegorocznego Dnia NZJ, budynki w różnych miastach Polski - między

innymi, Pałac Kultury i Nauki w Warszawie, Pałac Branickich w Białymsto-

Polskie Towarzystwo Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita

ku czy Kładka Bernatka w Krakowie, zostały podświetlone na fioletowo - kolor fioletowy jest bowiem międzynarodowym symbolem chorób jelit, a podczas World IBD Day na całym świecie budynki były iluminowane właśnie w tym kolorze. Jak mówi Małgorzata Mossakowska, *akcja ta miała pokazać Polakom, że chorzy na NZJ żyją wśród nas. O chorobie należy edukować zarówno otoczenie pacjentów - w szkole, na studiach i ich rodziny, jak i samych pacjentów. Problem wstydlivosti tej choroby dotyczy wielu krajów, nie tylko Polski. Nie jest łatwo żyć z uporczywą biegunką. Jednak przy dobrym leczeniu, aktywne życie jest możliwe, czego dowodem jest historia amerykańskiej pływaczki Kathleen Baker, chorej na chorobę Crohna, która zdobyła srebrny i złoty medal w drużynie na igrzyskach w Rio.*

- *Inną niestandardową akcją, której inicjatorem była J-elita, było oklejanie przenośnych toalet naklejkami, na których zawarta została informacja, że są pacjenci, którzy nie mogą czekać na dostęp do toalet ze względu na swoją chorobę, i zdjęcie legitymacji członkowskiej J-elity. Partnerem akcji była firma Clip Clop - dodaje.*

Działalność wydawnicza

"J-elita" prowadzi szeroką działalność wydawniczą, służącą edukacji i popularyzowaniu wiedzy o problematyce chorób zapalnych jelita. Od 2007 roku ukazuje się Kwartalnik "J-elita", dostępny na stronie internetowej organizacji, przedstawiający między innymi aktualne działania i wydarzenia, informacje o nowych terapiach i wywiady z lekarzami. "J-elita" wydaje także poradniki dla pacjentów z NZJ dotyczące choroby, żywienia, ciąży, a także poradniki dla dzieci - np. w formie komiksów. Więcej informacji na temat organizacji można odnaleźć na stronie internetowej www.j-elita.org.pl.

Chcesz otrzymywać wszystkie numery **Kwartalnika NTM**? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

KWARTALNIK



STUDIO PR

ul. Hajoty 49, 01-821 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy

20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota

38.00

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

Imię, nazwisko i adres wplacającego

Tytułem

Krajowa 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

OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	UL. HAJOTY 49, 01-821 WARSZAWA
i.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 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	Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.	
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy	

Opłata:

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM



**Prof. dr hab. n. med.
Włodzimierz Baranowski**

Kierownik Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.
Barbara Bień**

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



**Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



**Prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Wolski**

Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy



KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.
Mariusz Blewniewski**

Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

INFOLINIA: 801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00.
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.

1 OGÓLNOPOLSKA KAMPANIA „CO TRZECIA”



**TRZYMAJ
Z NAMI W
LISTOPADZIE!**

**CO
TRZECIA
TRZECIA
TRZECIA**

Cykl warsztatów i wykładów
o profilaktyce zdrowia intymnego
kobiet w 10 miastach Polski

Organizatorzy:



Partnerzy:



Media:



3. MIĘDZYNARODOWY KONGRES MEDYCZNY KOBIETA I MĘŻCZYZNA 65+ Jak leczyć i pomagać?

21-22 października 2016 | Hotel Holiday Inn Warszawa Józefów, ul. Telimeny 1

Komitet Naukowy:

prof. dr hab. n. med. **Barbara Bień**
prof. dr hab. n. ekon. **Piotr Błędowski**
prof. dr hab. n. med. **Katarzyna Wiczerowska-Tobis**

**GERIATRIA
MEDYCYNĄ
RODZINNA
INTERNA**

Kontakt z nami:

tel. 22 279 49 02 / 06
e-mail: kongres@ocinfo.pl
www.facebook.com/kongresymedycznekobietaimiecznyzna



Patronat
Naukowy:



NARODOWY INSTYTUT
GERIATRII, REUMATOLOGII
I REHABILITACJI
IM. PROF. DR HAB. MED. ELEONORY REICHER

