

OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Opieka długoterminowa
w Polsce - cisza przed
burzą**

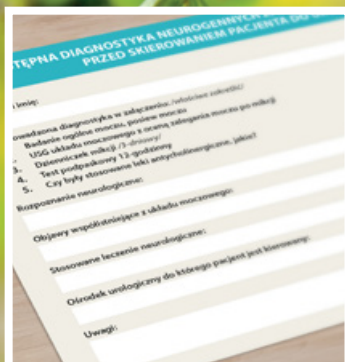
LEGISLACJA

**Ustawa o wyrobach
medycznych.
Co dalej?**



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**„Check-list”, czyli propozycja
zasad komunikacji
diagnostycznej**



WYWIAD

**Tylko w dużych
zespołach kreuje się
postęp**



LECZENIE

**5 lat po wszczepieniu
neuromodulatora
nerwów krzyżowych**



Negocjacje po polsku

W służbie zdrowia rewolucja nabiera tempa. Po ustawie o sieci szpitali, do parlamentu powinien zawitać projekt nowelizujący ustawę refundacyjną, gdzie w kategorii wyrobów medycznych czekają nas ogromne zmiany. Istotnym elementem tych zmian mają być negocjacje cenowe, po których Ministerstwo Zdrowia wiele sobie obiecuje.

Pamiętam rok 2003, gdy ówczesna koalicja rządząca SLD-PSL zdecydowała się zlikwidować regionalne kasy chorych i w ich miejsce powołać scentralizowany Narodowy Fundusz Zdrowia. Pamiętam, jak wielkie spory wywołała decyzja prezesa NFZ zapowiadająca system przetargowy dla całej Polski. To był przelomowy moment w uświadomieniu pacjentom, jak bardzo regionalne systemy refundacyjne, stworzone przez kasy chorych, były wobec siebie zróżnicowane. Stosunkowo

szybko pacjenci z Mazowsza czy Pomorza zorientowali się, jak wiele mogą uzyskać, gdyby zrezygnowano z przetargów ograniczających dostępność i konkurencję, podczas gdy pacjenci z Małopolski i Śląska mogą jedynie stracić, gdyby u nich przetargi zastąpiły tzw. system otwarty. W efekcie błyskawicznej edukacji o tym, gdzie jaki system obowiązuje i jakie niesie za sobą szanse oraz zagrożenia, organizacje pacjenckie, środowiska medyczne oraz przedstawiciele producentów i dystrybutorów, przy wsparciu ówczesnej opozycji z PO i PiS, wymusili na rządzie wprowadzenie od 1 stycznia 2004 roku ogólnopolskiego systemu zaopatrzenia w refundowane przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, wzorując się na doświadczeniach Krakowa i Katowic. Ten system obowiązuje do dzisiaj. Warto w tym miejscu przytoczyć nazwiska dyrektorów Małopolskiej Kasy Chorych – Piotra Kukurba i Śląskiej Kasy Chorych – Andrzeja Sośnierza, bo to ich wcześniejsze decyzje stanowiły fundament dla zmian, które objęły całą Polskę w 2004 roku.

Deklaracja wiceministra zdrowia Krzysztofa Łandy, że po wprowadzeniu nowelizacji ustawy refundacyjnej, państwo będzie skuteczniej negocjowało warunki refundacji z producentami i dystrybutorami, brzmi kusząco dla każdego pacjenta. Z pewnością tak będzie w przypadku wyrobów medycznych niezbędnych dla diagnostyki i leczenia szpitalnego. Trudno się nie zgodzić z argumentacją, że centralny przetarg na tomografy może przynieść dla finansów publicznych zdecydowanie większe korzyści niż prowadzenie negocjacji przez każdy szpital publiczny z osobna. Dobrym przykładem potwierdzającym taki kierunek zmian są doświadczenia Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, która od lat twar-

negocjując warunki zakupu sprzętu, osiąga wysokie rabaty i przedłużone gwarancje. Urzędnicy Ministerstwa Zdrowia wiele mogliby się od WOŚP nauczyć.

Wątpliwości pojawiają się jednak, gdy mowa jest również o wyrobach medycznych przeznaczonych dla pojedynczych osób (środki absorpcyjne, worki stomijne, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie, protezy, ortozy, aparaty CPAP, soczewki etc.). Przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, jak je wcześniej nazywano, jest tak wiele, że zapowiedź tworzenia dla każdego rodzaju produktu odrębnych grup limitowych, daje wyobrażenie ogromu pracy, jaką urzędnicy i osoby negocjujące warunki w imieniu państwa, musieliby wnieść, aby cała ta operacja zakończyła się powodzeniem. Środowiska pacjenckie już to zauważyły i zaczynają mieć coraz

więcej wątpliwości i obaw. Jak urzędnicy poradzą sobie z negocjacjami przy refundacji wyrobów medycznych, skoro już siódmy rok negocjują warunki refundacji neuromodulacji nerwów krzyżowych? – pytają członkowie UroConti. Dodajmy, terapii sprawdzonej i powszechnej na świecie, od ponad 20 lat. Ministerstwo zapowiadając zmiany w refundacji wyrobów medycznych twierdzi, że wzoruje się na lekach. Spójrzmy zatem na terapie lekowe. W tak istotnym dla pacjenta cierpiącego na NTM

zespole pęcherza nadreaktywnego, od 2011 roku w zasadzie nic się nie zmieniło. Nadal w refundacji mamy tylko dwa leki do wyboru (solifenacyna i tolterodyna), pomimo tego, że już w listopadzie 2014 roku prezes AOTMiT wydał pozytywną decyzję dla nowego leku zawierającego substancję leczniczą o nazwie mirabegron. Jak łatwo policzyć, negocjacje trwają już trzeci rok. Oczywiście obecny Minister Zdrowia może wskazać, że jednak zmiany były, i to pozytywne. W końcu zniesiono absurdalny wymóg badania urodynamicznego przy refundacji leków na pęcherz nadreaktywny. To prawda, tylko warto pamiętać, że decyzja objęła finalnie jeden lek, a proces trwał 5 lat!!!

Czy to samo czeka nas przy wydawaniu decyzji refundacyjnych dla wyrobów medycznych? Coraz więcej pacjentów zadaje sobie to pytanie. Jak urzędnicy poradzą sobie w negocjacjach, jeżeli mijają lata od pozytywnych rekomendacji prezesa Agencji Ocen Technologii Medycznych i Taryfikacji dla nowych terapii lekowych, a negocjacje z producentami trwają latami. Patrząc na dotychczasowe doświadczenia urzędników resortu zdrowia w negocjacjach, trudno uwierzyć, że przy tak innowacyjnych i zróżnicowanych produktach, jakimi są wyroby medyczne wydawane w indywidualnym zaopatrzeniu, nie będziemy mieli powtórkę z refundacji leków.

Tomasz Michatek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Opieka długoterminowa w Polsce - cisza przed burzą..... 4

e-Zdrowie - już terazniejszość czy jeszcze pieśń przyszłości..... 6

Wydatki na refundowane wyroby medyczne. Polska a kraje Grupy Wyszehradzkiej..... 8

WYWIAD

Tylko w dużych zespołach kreuje się postęp..... 10

LECZENIE

Aktywna obserwacja - nowa strategia leczenia zachowawczego nowotworu prostaty..... 13

Potencjalna rola komórek macierzystych w leczeniu nietrzymania moczu..... 15

Dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne..... 16

5 lat po wszczęciu neuromodulatora nerwów krzyżowych..... 17

LEGISLACJA

Ustawa o wyrobach medycznych. Co dalej?..... 19

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

„Check-list”, czyli propozycja zasad komunikacji diagnostycznej między lekarzem neurologiem a lekarzem urologiem..... 20

Zabiegowe leczenie NTM z użyciem taśm w woj. podlaskim..... 21

ORGANIZACJE

„Nic o nas bez nas” - Ogólnopolski Związek Inwalidów Narządu Ruchu..... 22

Szanowni Państwo,

Oddając w Państwa ręce pierwszy w tym roku numer *Kwartalnika NTM*, wraca do mnie jak bumerang pytanie: Czy w tym roku, po 6-letnich staraniach, uda się w końcu umieścić w katalogu świadczeń gwarantowanych zabieg neuromodulacji nerwów krzyżowych? Neuromodulacja nerwów krzyżowych stosowana jest na całym świecie od ponad 20 lat i rekomendowana przez międzynarodowe organizacje naukowe. Jak przekonują specjaliści, neuromodulacja nerwów krzyżowych, jest nie tylko skuteczną, ale i odwracalną metodą leczenia pęcherza nadreaktywnego. Również w Polsce można spotkać osoby, które zdecydowały się poddać tej terapii. Jedną z nich jest p. Mariusz, 42-letni mężczyzna, któremu wszczepiono neuromodulator nerwów krzyżowych w 2011 r. i który zgodził się udzielić naszej redakcji wywiadu. Bardzo zachęcam do jego lektury (s. 17).

Istotną kwestią, której losy również będą ważyć się w tym roku, jest ustawa o wyrobach medycznych. Proponowane w projekcie rozwiązania, wprowadzają ważne zmiany dla branży zaopatrzenia w wyroby medyczne, jak również dla wielu grup pacjentów, korzystających z refundowanych wyrobów medycznych. Biorąc pod uwagę zakres zmian, które Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić nową ustawą i oceniając faktyczną możliwość wprowadzenia jej w życie, należy zwrócić uwagę na poziom finansowania zaopatrzenia w wyroby medyczne, o czym więcej w artykule Natalii Klein na s. 8.

Kolejnym, istotnym tematem poruszonym w *Kwartalniku*, jest system opieki długoterminowej, w którym ewidentnie brakuje strategii i odpowiedniego finansowania. Dlatego istotne jest aby potraktować opiekę długoterminową za obszar kompetencji więcej niż jednego ministra. Przyjęcie koncepcji międzyresortowości umożliwi stworzenie systemu kompleksowej, multidyscyplinarnej i koordynowanej opieki nad ogromną grupą osób, które potrzebują jednocześnie wsparcia socjalnego i medycznego, o czym pisze dr Elżbieta Szwałkiewicz na s. 4.

Aktualne wydanie obfituje również w szereg artykułów poświęconych leczeniu NTM. Szczególnie zachęcam do lektury tekstu dr Tadeusza Hessela nt. potencjalnej roli komórek macierzystych w leczeniu nietrzymania moczu (s. 15). Dzięki szeroko prowadzonym badaniom klinicznym, metoda ta niesie nadzieję na opracowanie nowej terapii, zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

Na koniec, polecam Państwu wywiad z dr hab. Anną Kołodziej z Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu. Czy do urologa zwracają się z NTM również kobiety? Czy jest to raczej domena mężczyzn? Jakich terapii, związanych z leczeniem NTM, które są dostępne w innych krajach, brakuje w Polsce? Odpowiedzi na te i inne pytania znajdą Państwo na s. 10.

Życzę miłej lektury,
Monika Gackiewicz

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepela;
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: Agnieszka Dokowicz, Monika Dyjak, Natalia Klein, Marzena Michałek, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała;
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: 3000 egzemplarzy.

Opieka długoterminowa w Polsce - cisza przed burzą

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes Zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”

W 2050 roku ponad 40% ludności będzie miało powyżej 60. lat

Opieka długoterminowa jest kierowana do osób, które z powodu urazu, przewlekłej choroby lub wieku, mają znacznie ograniczoną lub utraciły całkowicie zdolność do samodzielnego życia. W tej grupie osób zdecydowaną większość stanowią osoby starsze, stąd moje spojrzenie na problemy w opiece długoterminowej przez pryzmat starości. Według najnowszych doniesień (z lutego 2017), osoby starsze stanowią 25% ludności Unii Europejskiej¹, a w Polsce około 20%. Wyznacznikiem przekroczenia progu demograficznej starości jest przekroczenie 12% udziału osób powyżej 60. roku życia w ogólnej liczbie ludności. Oznacza to, że w Polsce proces demograficznego starzenia się populacji jest zaawansowany.

Europejskie Badanie Warunków Życia Ludności (EU-SILC)³ wykazuje, że w 2015 roku niemal 50% osób starszych zgłaszało ograniczoną zdolność do wykonywania czynności związanych z codzienną aktywnością życiową, co implikuje ich zależność w mniejszym lub większym stopniu od pomocy zewnętrznej. Tylko co piąty Polak po 65. roku życia oceniał swoje zdrowie jako dobre lub bardzo dobre, a co trzeci, że jego stan zdrowia jest zły lub bardzo zły.

Jaki obrać kierunek, by zapewnić efektywną pomoc?

Z analizy różnych danych dostępnych na stronach Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Ministerstwa Zdrowia czy Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że obecne zasoby umożliwiają świadczenie opieki długoterminowej tylko ¼ potrzebujących. Stąd liczne kryteria kwalifikacyjne ograniczające dostęp do tej opieki. Sytuację utrudnia niski standard materialny polskich seniorów (ale także ich dzieci) i niemożność sfinansowania potrzebnej opieki w ramach własnych środków.

Powyzsza sytuacja determinuje potrzebę zmiany w opiece długoterminowej. Politycy, eksperci w wielu dziedzinach, przedstawiciele instytucji rządowych i samorządowych, organizacje pozarządowe, w tym Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, zastanawiają się, jaki obrać kierunek, by zapewnić efektywną pomoc naszym niesamodzielnym seniorom i dać wsparcie tym, którzy w dużej mierze są samodzielni.

Uznanie opieki długoterminowej za obszar międzyresortowy

Koalicja zrzeszająca tak wiele podmiotów zainteresowanych poprawą sytuacji, w oparciu o ich doświadczenia i potrzeby, sformułowała kilka tez ze wskazaniem na kie-

runki długofalowej polityki wspierania osób przewlekle chorych i niesamodzielnymi w Polsce. Istota tych zmian tkwi w uznaniu opieki długoterminowej za obszar międzyresortowy. Przyjęcie koncepcji międzyresortowości umożliwi stworzenie systemu kompleksowej, multidyscyplinarnej i koordynowanej opieki nad ogromną grupą osób, które potrzebują jednocześnie wsparcia socjalnego i medycznego. Jest to logiczne i jednocześnie pragmatyczne podejście do zmian w sytuacji, gdy opieka długoterminowa w Polsce jest resortowo rozdzielona i nie koordynowana, mimo że dotyczy:

- tego samego odbiorcy - człowieka, który z powodu urazu, choroby przewlekłej lub podeszłego wieku stał się niesamodzielnym w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych,
- bardzo podobnego zakresu świadczeń - podstawowej, a niekiedy specjalistycznej opieki i pielęgnacji, a także profesjonalnego nadzoru nad kontynuacją leczenia farmakologicznego oraz rehabilitacji i terapii kompensującej deficyty sprawnościowe,
- podobnych form opieki - stacjonarna całodobowa (DPS, ZOL, ZPO); dzienna (dienne DPS, środowiskowe domy samopomocy, domy Wigor, zapowiadane domy Senior Plus, dzienne domy opieki medycznej oraz opieka domowa, czyli usługi opiekuńcze, specjalistyczne usługi opiekuńcze, pielęgnarska opieka długoterminowa domowa).

Kolejnym wspólnym elementem opieki długoterminowej w obu sektorach jest obowiązek współpłacenia (w sektorze zdrowia odnosi się do pokrywania kosztów zakwaterowania i wyżywienia, a w sektorze pomocy społecznej kosztów zakwaterowania, wyżywienia i opieki).

W kontekście ograniczonych środków na opiekę w obydwu resortach, zdumiewa fakt, że był przez lata utrzymywany całkowity brak koordynacji między świadczeniodawcami z obu resortów, a osoba potrzebująca opieki musi na własną rękę poszukiwać wsparcia i w praktyce odbija się od ściany do ściany w kolejnych urzędach, zagubiona w gąszczu przepisów, wymogów, zaświadczeń i kryteriów kwalifikacyjnych. To, pod czyją trafi opiekę i kto jej pomoże, jest dziełem przypadku, a nie planowym profesjonalnym działaniem adekwatnym do potrzeb.

Próba uporządkowania obszaru świadczeń w opiece długoterminowej

Koalicja, której członkowie brali udział w wieloletnich próbach uporządkowania tego obszaru świadczeń, pod koniec ubiegłego roku zaproponowała kierownictwu obu ministerstw, by ich zadania i działania kierowane do osób niesamodzielnymi, wymagających długotrwałej opieki zo-

¹ Population structure and ageing, Eurostat 2016.

² GUS Informacja o sytuacji osób starszych na podstawie badań Głównego urzędu Statystycznego, Warszawa 2016.

³ Special report European Commission&Economic Policy Committee, Bruksela 2006.

stały ujęte w jeden, międzyresortowy obszar, stworzony poprzez koordynację działań na wszystkich szczeblach od gminnego do krajowego. Tym samym zwróciliśmy się o wspólne napisanie projektu ustawy o systemie opieki długoterminowej, która po uchwaleniu przez Parlament, będzie narzędziem do stworzenia warunków umożliwiających rozwój i poprawę jakości opieki długoterminowej, a tym samym poprawę jakości życia tych najbardziej potrzebujących z biednych - samotnych, schorowanych, bezradnych i niesamodzielnych życiowo seniorów.

Ponieważ problemem nie do pominięcia jest stabilne źródło finansowania, Koalicja w swojej propozycji uwzględniła to, co było wypracowane wcześniej przy okazji wieloletniej pracy ekspertów i społeczników w różnych zespołach i komisjach. Naszym zdaniem, najbardziej kompleksowa propozycja zawarta jest w założeniach do projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, przygotowanym przez zespół powołany przez Ministra Zdrowia w drodze zarządzenia (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 3, poz. 7, z późn. zm.) 2007-2009, któremu przewodniczyła prof. Anna Wilmowska-Pietruszyńska. Prace nad tym projektem zostały przerwane z powodu zawirowań politycznych. Temat finansowania opieki długoterminowej został podjęty przez zespół ekspertów powołany przez senatora Mieczysława Augustyna w latach 2010-2015, który przygotował projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Koalicja popierała te działania i promując zawarte w założeniach rozwiązania, wskazywała na istotną rolę opiekunów nieformalnych jako podmiotów mających wpływ na kondycję państwowego systemu pomocy.

Podsumowując wszystkie uzgodnione wówczas problemy w opiece długoterminowej, wskazywane przez świadczeniodawców, personel, pacjentów, podopiecznych i innych interesariuszy, otrzymamy to, co wymaga naprawy:

- nie odpowiadająca rzeczywistym potrzebom i zgrupowana w większych miastach infrastruktura pomocowa, zarówno dotycząca opieki stacjonarnej całodobowej i dziennej,
- brak koordynacji i przerzucanie kosztów między systemami ochrony zdrowia i pomocy społecznej,
- bardzo ograniczony zakres rzeczywistego, indywidualnego wsparcia w gminnych ośrodkach pomocy społecznej i ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pieniężne, opiekuńcze i medyczne - brak indywidualnego odniesienia do stanu zdrowia, sprawności i funkcjonowania,
- świadczenia zdrowotne, pielęgnacyjne i usługi opiekuńcze niezdefiniowane, niestandardyzowane, nie wycenione, nieadekwatne do potrzeb i z ograniczoną dostępnością,
- brak pomocy dla opiekunów nieformalnych, także tych, chcących łączyć pracę zawodową z opieką.

Mając na uwadze wszystko, czym dysponuje nasz kraj, by wspierać osoby niesamodzielne oraz świadomość, że niezbędne są zmiany, by istniejące zasoby lepiej wykorzystać, rozwijać rynek usług i poprawić jakość życia osób

niesamodzielnych i ich opiekunów, Koalicja proponuje, by odejść od dopasowywania człowieka do dostępnego świadczenia oraz dostępnej infrastruktury pielęgnacyjnej i opiekuńczej według obowiązujących obecnie zasad:

- zweryfikować kryteria kwalifikacyjne do opieki długoterminowej, w tym odejść od skali Barthel,
- w orzekaniu o niepełnosprawności uwzględnić poziom niesamodzielności - stosować Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF),



Fot. #87094030 © everythingpossible - Fotolia.com

- wsparcie realizować na podstawie skoordynowanych indywidualnych planów opieki tworzonych przez pielęgniarzkę POZ i pracownika socjalnego (np. w ramach planowanego Centrum Usług Społecznych, które będzie koordynować wsparcie, w tym współdziałać z lekarzem POZ),
- w tworzeniu i dokumentowaniu planów opieki stosować Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej i wskaźniki jakości wyników opieki C-HOBiC (według ICNP),
- rozwijać opiekę dzienną oraz domową i zapobiegać niesamodzielności (profilaktyka),
- opiekę długoterminową prawnie usytuować jako obszar międzyresortowy - ustawa o systemie opieki długoterminowej,
- od wszystkich podmiotów udzielających świadczeń i usług w opiece długoterminowej wymagać certyfikatu jakości wydanego przez jednostki certyfikujące akredytowane przez Polskie Centrum Akredytacyjne,
- stworzyć stabilne źródło finansowania opieki długoterminowej (z uwagi na kondycję finansową naszego kraju, skalę potrzeb i standard materialny osób potrzebujących opieki, obecnie jedynym możliwym rozwiązaniem jest społeczne ubezpieczenie ryzyka niesamodzielności oparte na powszechności i solidarności międzypokoleniowej, z uwzględnieniem w pierwszym etapie okresu budżetowo-składkowego).

Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” będzie promować i wspierać wszystkie rozwiązania przyczyniające się do poprawy sytuacji w opiece długoterminowej.

e-Zdrowie - już terazniejszość czy jeszcze pieśń przyszłości

Z dr n. o zdr. Dorotą Kilańską z Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, rozmawia Monika Dyjak

Współczesna medycyna rozwija się bardzo dynamicznie, przede wszystkim w zakresie informatyzacji i nowych technologii. Jak zatem mamy rozumieć e-Zdrowie?

e-Zdrowie to usługi elektroniczne, które obejmują wszystkie możliwe zastosowania nowoczesnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych w służbie zdrowia. Zakres tego rodzaju usług to zarówno diagnozowanie pacjentów, jak i konsultacje na temat sposobu pielęgnacji, edukacja odnośnie zapobiegania chorobom, kontrola statusu zdrowotnego oraz promowanie zdrowego stylu życia. Ważne jest też przygotowanie do samodzielnego radzenia sobie z problemami zdrowotnymi (samoopieka). Tego rodzaju usługi świadczą pielęgniarki, lekarze, instytucje sektora opieki zdrowotnej (przychodnie, apteki, szpitale) i firmy prywatne. Jest to więc każda możliwa czynność dokonana z wykorzystaniem technologii informacyjnej, dostarczająca pacjentowi wiedzę i dająca mu poczucie bezpieczeństwa. Na rynku dostępne są przeróżne aplikacje dedykowane zdrowiu. Aktualnie dostępnych jest ich ok. 165 tys. Rozwijają się technologie, powodują, że ta liczba cały czas rośnie.



dr n. o zdr. Dorota Kilańska

Jakie strategie e-Zdrowia są aktualnie realizowane?

W Polsce systematycznie wdrażane są rozwiązania informatyzujące sektor ochrony zdrowia. Należy tutaj wspomnieć o projektach centralnych prowadzonych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Celem ich jest gromadzenie i wymiana danych pozyskiwanych z poziomów regionalnych, poprzez budowanie interoperacyjności danych z wykorzystaniem standardów to umożliwiających, jak np. słowniki pozwalające na ujednoczenie nazewnictwa zdarzeń towarzyszących realizacji usług zdrowotnych. Podstawą prawną procesu informatyzacji ochrony zdrowia jest ustawa z dn. 28.04.2011 r., o systemie informacji w ochronie zdrowia, obowiązująca od 01.01.2012 r. System ten obejmuje bazy danych funkcjonujące w ramach Systemu Informacji Medycznej (SIM), dziedzicznych systemów teleinformatycznych oraz rejestrów medycznych. SIM ma być systemem teleinformatycznym, służącym m.in. przetwarzaniu danych do-

tyczących udzielonych, udzielanych i planowanych świadczeń opieki zdrowotnej, udostępnianych przez systemy teleinformatyczne świadczeniodawców.

Rozmawiając o nowych perspektywach pielęgniarstwa nie sposób nie zapytać o e-pielęgniarstwo - od wielu lat praktykowane w licznych krajach. Jak ta sfera wygląda w Polsce?

W Polsce systematycznie promujemy ten kierunek rozwoju pielęgniarstwa od 2011 roku. Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie skierowało wówczas do Ministerstwa Zdrowia pismo wskazujące na konieczność włączenia tego rodzaju usług do strategii e-Zdrowie. Wykorzystując różnorodne nowoczesne technologie i narzędzia pielęgniarki próbują docierać z usługami tam, gdzie tylko to możliwe. Niektóre podmioty prywatne wspierają swoje usługi np. czatem z pielęgniarką, położną. To także usługi konsultacyjne prowadzone przez pielęgniarki opieki paliatywnej, pielęgniarki rodzinne, czy telekonsultacje. Coraz większe zapotrzebowanie na usługi powodu-

je, że coraz śmiejemy korzystać z tych rozwiązań. Bardzo szkoda, że otrzymywana w ten sposób wiedza ekspercka nie jest odpowiednio wynagradzana. Kolejną bolączką jest nieunikniona korzystania z prywatnych urządzeń, co powoduje zagrożenie bezpieczeństwa danych pacjenta. Ta sfera wymaga uregulowania w przyszłości.

Jak Pani widzi przyszłość e-pielęgniarstwa w Polsce - czy to nasza bliska przyszłość, czy też raczej pieśń przyszłości?

Pielęgniarki są bardzo kreatywne i potrafią zrobić wiele przy niewielkich nakładach, jeżeli tylko widzą w tym korzyść dla pacjentów i ułatwienie swojej pracy - a tak zapewne się stanie po wdrożeniu teleopieki. Jednak, aby bezpiecznie sprawować opiekę, niezbędne są odpowiednie narzędzia, np. w postaci przewodników do opieki opartych na badaniach naukowych. To jest już możliwe - takie narzędzia zostały już wykreowane przez pielęgniarstwo światowe. Mamy też słownik terminologii pielęgniarstwa, który pozwala na odwzorowanie dobrych praktyk. Bariera jest niezrozumienie konieczności rozwijania tychże usług na poziomie politycznym. Nie przemawiają do zarządza-

jących ochroną zdrowia także wyniki badań naukowych, pokazujących chociażby skrócenie kolejek dzięki teleusługom pielęgniarskim. Istotnym problemem jest płatność za korzystanie z telefonu, często właśnie prywatnego, a w celach służbowych. Koszty są uzależnione od wielu czynników: rodzaju umowy, dodatkowych funkcji (np. dostęp do Internetu), czy też funkcji telefonu. Zaburza to więc równowagę własnych finansów. Pracownik musi mieć jasną sytuację, że korzystając z tego rodzaju usług, nie naraża swoich finansów.

Jakie elementy wdrożenia e-pielęgniarstwa powinien spełniać system opieki zdrowotnej w Polsce?

Jest to związane z cyklem życia systemów, gdzie podstawowym elementem jest opracowanie strategii, analiza, a następnie projektowanie pozwalające na budowanie rozwiązań wspierających ich rozwój, dokumentowanie, implementacja do praktyki i w dalszej kolejności eksploatacja. Pielęgniarki wskazują na konieczność konsultowania wprowadzanych rozwiązań. Prawnie usankcjonowano teleopiekę ustawą z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw. Ponadto istnieje w prawie polskim odpowiedni zapis pozwalający na udzielanie świadczeń medycznych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Jednak w dalszym ciągu nie mamy możliwości rozwijania e-pielęgniarstwa na poziomie oczekiwanym przez środowisko.

Jak Pani zdaniem będzie się to przekładało w przyszłości na pracę pielęgniarek? W jaki sposób zmieni to ich zakres kompetencji?

Na pewno usprawni to pracę pielęgniarek, ale i wymusi konieczność pracy w oparciu o najaktualniejszą wiedzę, systematycznego rozwijania kompetencji związanych z nowoczesnymi technologiami. Pielęgniarki nie będą potrzebować dodatkowych kompetencji profesjonalnych, będą one oparte o podstawowe wartości pielęgniarstwa pozwalające na planowanie opieki. Według Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, telepielęgniarka prowadzi teleopiekę z wykorzystaniem protokołów telezdrowia/przewodników i akredytacji uzyskanej od organizacji zajmującej się telepielęgniarstwem. Jeżeli protokoły/przewodniki nie są osiągalne, telepielęgniarka, we współpracy z multidyscyplinarnym zespołem, powinna podjąć inicjatywę ich rozwijania. Tak więc pielęgniarka powinna być przygotowana do analizy dostępnych badań, budowania przewodników do opieki na podstawie badań naukowych, posiadać umiejętność krytycznego myślenia i korzystania z tej wiedzy w sposób selektywny.

Eksperci wskazują na szereg korzyści z wdrożenia systemu e-pielęgniarstwa dla pacjentów? Proszę nam wyjaśnić, o jakiego rodzaju korzyściach rozmawiamy, i - co istotne - czy są to korzyści dla pacjenta, czy personelu medycznego?

Korzyści są wielostronne, ale głównym beneficjentem są wszyscy, którzy dzisiaj nie mają dostępu do usług zdrowotnych lub są one w znaczącym stopniu dla nich ograniczone. Według badań Departamentu Zdrowia Wielkiej Brytanii, teleopieka wpływa znacząco na obniżenie wskaźnika umieralności (o 45%), redukuje o 20% konieczność kontaktu z oddziałami ratunkowymi, o 15% zgłaszalność do tychże oddziałów, o 14% planowe przyjęcia do szpitali, o 14% zmniejsza okres pobytu pacjenta w szpitalu oraz o 8% redukuje koszty pobytu pacjenta w szpitalu.

Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej, którego jest Pani Dyrektorem, opracowuje standardy w opiece długoterminowej. Jak wygląda stan pracy, ile udało się już osiągnąć w tym zakresie?

Najważniejszym etapem jest planowanie. Już na tym etapie trzeba przewidzieć dokąd chcemy zmierzać. Za cel postawiono określenie wspólnej drogi i możliwości wykorzystania interoperacyjnego narzędzia do budowania standardów opieki. Podczas kilku spotkań Zespołu ustalono, że elementem wyjściowym będzie przygotowanie studium przypadku, który pozwoli na zbudowanie standardu planu opieki dla pacjenta ze schorzeniem długoterminowym. W pierwszej kolejności wymagało to przygotowania Zespołu do korzystania ze słownika ICNP®. Kolejnym etapem będzie opracowanie planów opieki i ich weryfikacja. Zakładamy, że pomoże to w objęciu opieką pacjentów ze standardowymi problemami związanymi ze wspomnianym statusem zdrowotnym. W praktyce pielęgniarskiej pacjenci tego typu stanowią znaczącą część populacji. Dlatego też przygotowanie katalogu, pozwalającego na wskazywanie możliwości zastosowania planów opieki, pomoże pielęgniarkom w codziennej pracy - tak jak to miało miejsce w innych krajach. Bardzo ważnym zagadnieniem w określaniu standardów jest budowanie ścieżek klinicznych z udziałem pielęgniarek. Zarządzanie procesami pokazuje znaczące oszczędności w tym zakresie, co skłania podmioty do zmiany filozofii zarządzania przypadkiem.

Jest wiele do zrobienia w obszarze poprawy jakości opieki nad pacjentem z nietrzymaniem moczu. Funkcjonujący przy NRPiP zespół ekspertów, opracowuje rekomendacje dotyczące jakości opieki nad pacjentem z NTM. Na jakim etapie są obecnie prace? Co, Pani zdaniem, wprowadzenie takich rekomendacji może zmienić w pracy pielęgniarki?

Podstawowym kryterium jakości opieki nad pacjentem z NTM jest pozytywna diagnoza pielęgniarska, wskazująca na efektywność opieki. Służą do tego wystandaryzowane na wielu milionach rekordów pacjentów skale dookreślenia poziomu trzymania moczu. Pracujemy w gronie osób, które posiadają różnorodne kompetencje i spojrzenie na problem. To zaledwie początek prac i budowania wizji tego, co chcemy osiągnąć - lepszą jakość życia osób z NTM.

Wydatki na refundowane wyroby medyczne. Polska a kraje Grupy Wyszehradzkiej

Natalia Klein

Od niespełna roku w Polsce toczą się prace nad nowelizacją ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, której głównym zadaniem jest przemodelowanie zasad systemu refundacji wyrobów medycznych.

Biorąc pod uwagę zakres zmian, które Ministerstwo Zdrowia planuje wprowadzić nową ustawą i oceniając

zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawę. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców Polski w roku 2015 oraz po przewalutowaniu, jest to kwota około 5,2 euro na mieszkańca. Porównując tę kwotę do środków finansowych przeznaczonych na zaopatrzenie w wyroby medyczne na mieszkańca w innych krajach Grupy Wyszehradzkiej (Czechy, Słowacja, Węgry), zauważalna jest rażąca dysproporcja na korzyść sąsiadów Polski, świadcząca o tym, jak bardzo niedofinansowana jest dziedzina wyrobów medycznych w naszym kraju.

Zgodnie z danymi publikowanymi przez Ogólnopolską Izbę Gospodarczą Wyrobów Medycznych POLMED, w Czechach, kraju blisko czterokrotnie mniejszym od Polski, na zaopatrzenie w wyroby medyczne w roku 2015 wydano aż 1,03 miliarda euro, co daje kwotę 98,3 euro na mieszkańca. Z kolei, według danych Narodowego Centrum Informacji Zdrowotnych Słowacji, wysokość refundacji wyrobów medycznych w tym kraju w 2015 r. wyniosła ponad 192 mln euro. Środki przeznaczane na zaopatrzenie pacjentów w wyroby me-

dyczne na Słowacji są zatem na takim samym poziomie, co w Polsce, przy siedmiokrotnie mniejszym zaludnieniu. Także na Węgrzech, biorąc pod uwagę wydatki na wyroby medyczne, na mieszkańca przypada ponad trzykrotnie wyższa kwota w porównaniu z Polską - w roku 2015 wyniosła ona 16,84 euro.

Poziom publicznego finansowania wyrobów medycznych w Polsce - dalece niewystarczający

Jak komentuje powyższe informacje Witold Włodarczyk, dyrektor generalny Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, z danych uzyskanych z państw Grupy Wyszehradzkiej jasno wynika, że poziom publicznego finansowania zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne wydawane na zlecenie w Polsce, jest dalece niewystarczający. Te różnice są na tyle szokujące, że trudno w nie uwierzyć. Dogłębna analiza pokazuje, że w takich krajach jak Czechy czy Słowacja, różnica ta wynika częściowo z faktu refundowania znacznie szerszego za-



Fot. #122722397 AS Trueffelpix - Fotolia.com

faktyczną możliwość wprowadzenia go w życie, należy zwrócić uwagę na poziom finansowania zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz ich naprawę przez publicznego płatnika - Narodowy Fundusz Zdrowia. W szczególności, warto w tym kontekście porównać budżet publiczny naszego kraju z finansowaniem refundowanych wyrobów medycznych w krajach sąsiedzkich, zwłaszcza w krajach Grupy Wyszehradzkiej - na Słowacji, Czechach i Węgrzech, znajdujących się na podobnym do Polski poziomie rozwoju gospodarczego i społecznego.

Polska a inne kraje Grupy Wyszehradzkiej - rażąca dysproporcja

Ostatnie sprawozdanie Narodowego Funduszu Zdrowia, przedstawiające pełne dane finansowe za dany rok, dostępne jest z roku 2015. Zgodnie z danymi udostępnionymi w Informacji Prezesa NFZ o działalności NFZ za IV kwartał 2015 r., w roku 2015 narodowy płatnik przeznaczył 880 milionów zł na sfinansowanie

kresu wyrobów medycznych - co stanowi kolejne wskazanie dla naszych decydentów - dodaje Włodarczyk.

Wojciech Szeffe, Prezes Zarządu Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego Technomed, również zauważa, że poziom finansowania pacjentów w Polsce odbiega w sposób istotny od wydatków wśród innych krajów Grupy Wyszehradzkiej, nie mówiąc już o Europie Zachodniej. Zgodnie z planami Narodowego Funduszu Zdrowia, w roku 2017, budżet na wyroby medyczne wyniesie około 980 milionów złotych, co stanowi jedynie 1,36% całości środków przeznaczanych na finansowanie leczenia. W konsekwencji wydatki na pacjenta rocznie oscylują w okolicy 30 złotych. W pozostałych krajach naszego regionu są 2-3 krotnie wyższe.

Niski poziom finansowania - niska jakość części wyrobów

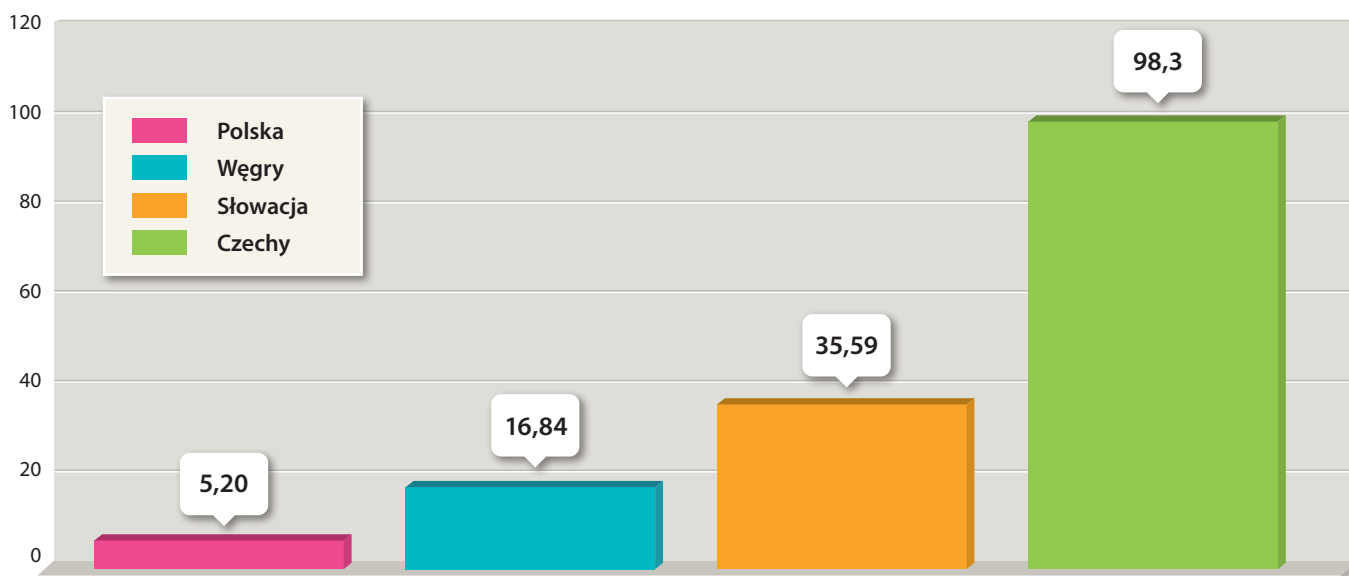
Za niskim poziomem finansowania wyrobów medycznych, często idzie także niska jakość części z nich. Sytuacja taka ma miejsce np. w przypadku protez czy wózków inwalidzkich. Z powodu niskich dopłat państwa, pacjenci w Polsce często są zmuszeni

jący system w Polsce podawany jest w Czechach jako wzorcowy.

Konieczne zmiany

Jak postulują środowiska pacjentów, między innymi osób niepełnosprawnych, należy właściwie ocenić potrzeby chorych wymagających zaopatrzenia w wyroby medyczne, a co za tym idzie - wprowadzić odpowiednie finansowanie wyrobów medycznych. Przy czym, jak podkreślają pacjenci, podniesienie finansowania powinno łączyć się z powszechnym współpłacaniem. Wśród postulatów organizacji pacjenckich, znajduje się także: wprowadzenie wypożyczalni na sprzęt medyczny oraz gwarancji. Jak komentuje Józef Góralczyk z Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych, istotne jest wprowadzenie mechanizmów podnoszących jakość tych wyrobów, np. poprzez wyrównanie czasu gwarancji z czasem użytkowania. Jeżeli wózek wymieniamy co 3 lata, to tyle powinna wynosić gwarancja. Oczywiście przy zdecydowanie wyższych limitach cenowych. Innym rozwiązaniem jest przejście na wypożyczanie sprzętu zamiast

Wydatki na refundowane wyroby medyczne na mieszkańca w 2015 roku (w euro)



do zakupu np. wózków inwalidzkich ostatniej jakości, pochodzących np. z Chin lub innych krajów dalekiego wschodu. Jak komentuje Witold Włodarczyk, należy podkreślić, że we wszystkich trzech krajach (Czechy, Słowacja, Węgry) limity są znacznie wyższe niż w Polsce (np. na Węgrzech za zakup wózka pacjent może otrzymać równowartość 12-13 tysięcy złotych). To również tłumaczy znacznie wyższe wydatki per capita. Jednocześnie należy dodać, że np. w Czechach system jest bardzo korupcyjny, ponieważ przy drobnych produktach lekarz realizuje samodzielnie ponad 60% obrotu, to on decyduje o wydaniu i rodzaju wydawanego wyrobu. W zakresie transparentności systemu, aktualnie obowiązują

jego sprzedaży w ramach refundacji. Tak zrobiły Niemcy. Sprzęt wielokrotnie wypożyczany musiałby być odpowiednio serwisowany, ale też wysokiej jakości, czyli trwały - mówi Józef Góralczyk.

Środowiska pacjentów wyrażają nadzieję, że zapowiadany projekt ustawy wreszcie poprawi sytuację pacjentów korzystających z zaopatrzenia w wyroby medyczne, z których większość stanowią osoby starsze, emeryci i renciści, bądź osoby młodsze z poważnymi problemami zdrowotnymi. Zwracają jednak uwagę, że powodzenie planowanych zmian jest uzależnione od zwiększenia środków narodowego płatnika na tę grupę świadczeń zdrowotnych.

Tylko w dużych zespołach kreuje się postęp

Z dr hab. Anną Kołodziej z Katedry i Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, rozmawia Tomasz Michałek

Pani docent, ile jest w Polsce kobiet urologów?

Obecnie mamy już wiele kobiet w tym zawodzie. Pracują one zarówno w ośrodkach klinicznych, gdzie zajmują się urologią operacyjną, jak i w poradniach. Nie mogę podać dokładnie ich liczby, ale szacuję, że jakieś 5-10%.

Fakt, że jest pani jednak jedną z nielicznych kobiet urologów w Polsce, to dla pani atut czy niekoniecznie?

Niekoniecznie. Nie jest łatwo być kobietą urologiem. Nie pod kątem pacjentów, ale pod kątem środowiska. Pracując tylko i wyłącznie w męskim środowisku, muszę postrzegać świat nieco w męski sposób. Muszę się dostrajać.

Jest pani także z wykształcenia ginekologiem.

To nie moja zasługa. To zasługa mojego byłego szefa – prof. Jerzego Lorenza, który bardzo chciał, bym miała również wykształcenie ginekologiczne. W tamtych czasach robiło się specjalizację urologiczną jako II-gi stopień. Profesor Lorenz chciał, bym miała na to wszystko nieco inne spojrzenie. Uważał, że połączenie tych dwóch specjalizacji jest bardzo ważne.

W Polsce połączenie tych specjalizacji jest chyba bardzo unikalne.

Owszem, ale kiedy zaczynałam urologię, to urolodzy również bardzo aktywnie zajmowali się sprawami ginekologicznymi. Między innymi prof. Jerzy Lorenz właśnie, który miał wiele nowatorskich spojrzeń, np. na operacje związane z nietrzymaniem moczu. Uważam, że do dzisiaj jego metoda leczenia nietrzymania moczu jest bardzo dobra – jest małoinwazyjna, nie wymaga żadnych taśm, które przecież weszły, umówmy się, głównie przez marketing, bez sprawdzenia. Nasz zabieg podwieszenia cewki moczowej szwami ze ściany pochwy tzw. 3-2-1, miał podobną skuteczność, znacznie mniejszą liczbę efektów ubocznych i – co ważne – można go było wielokrotnie powtarzać.

Czy w związku z tymi dwiema specjalizacjami można panią nazwać uroginekologiem?

Można na pewno, chociaż jest to obecnie bardzo konfrontacyjne. Mogę być „atakowana” z dwóch stron. Ja poszedłam do swojej specjalizacji bardzo poważnie. Na oddziale ginekologicznym pracowałam przez 4 lata, przez wiele lat dyżurowałam i prowadziłam praktykę ginekologiczną. Nie chciałam z tą specjalizacją zrywać. Zresztą do dzisiaj prenumeruję czasopisma ginekologiczne, ak-

tywnie uczestniczę w wielu spotkaniach tego środowiska, ale w związku z tym, że mam nadmiar pacjentów urologicznych, gdyż urologów jest mało, musiałam zaprzestać czynnej praktyki ginekologicznej.

Chciałbym zapytać o nietrzymanie moczu – schorzenie, które związane jest ze starzejącym się społeczeństwem, zmianami cywilizacyjnymi, czy z wydłużającą się aktywnością kobiet. Jaki odsetek stanowią w pani gabinecie pacjenci z NTM?

Z racji połączenia moich specjalizacji, trafia do mnie sporo kobiet z tą przypadłością. Z tego powodu jest to większy odsetek niż u moich kolegów. Dlatego nigdy nie miałam problemu ze znalezieniem pacjentek, np. do badań klinicznych. Moje pacjentki przyjeżdżają do mnie z Wrocławia i z całego regionu.

Czy do urologa zwracają się z NTM również kobiety? Czy jest to raczej domena mężczyzn, którzy przy okazji leczenia innych schorzeń, np. prostaty, mówią o tym problemie?

Kobiety do mnie trafiające, to raczej te ze skierowania od ginekologów i oczywiście te, które wiedzą o moich połączonych specjalizacjach. Część ginekologów, czując się bezradna wobec nietrzymania moczu, przysyła do mnie te pacjentki, wiedząc, że zajmuję się tym problemem.

A jak, z perspektywy urologa, powinna wyglądać prawidłowa diagnostyka nietrzymania moczu?

To są ściśle algorytmy postępowania. Prosta diagnostyka przypadków NTM, powinna wynikać już z wywiadu, na którego podstawie należy rozróżnić czy jest to NTM z parę naglących, czy NTM wysiłkowe, czy postać mieszana. Właściwie, dobrze przygotowany lekarz rodzinny, mógłby to wstępnie zrobić, a do nas kierować przypadki skomplikowane, z którymi on sobie nie daje rady. To chyba wymagałoby głębokiego przeszkolenia lekarzy rodzinnych. Bowiem każda taka pacjentka, oprócz próby kaszlowej, musi mieć wykonane badanie USG i to też musi zrobić taki lekarz, który wie, co chce osiągnąć – w tym przypadku stwierdzenie nietrzymania moczu. Taki lekarz musi też umieć tę kobietę zbadać i sprawdzić, jaki jest stopień wypadania narządów rodnych, zobaczyć jak funkcjonuje dno miednicy. U nas niestety często pacjentki u lekarza rodzinnego się nie badają.

W Polsce lekarz urolog może zaoferować w leczeniu pęcherza nadreaktywnego tylko dwa leki w ramach re-

fundacji: solifenacyny i tolterodyny. Czy z pani praktyki jest to wystarczające, skoro w krajach sąsiednich, takich jak Czechy, Słowacja, Węgry, urodziny mogą korzystać również z refundowanej darifenacyny, mirabegronu czy fezoterodyny?

Jeśli chodzi o sprawę leków, mam na to własną teorię, o której nie będę raczej mówiła. Te dwa leki, które można pacjentkom zaoferować, to zdecydowanie za mało. To są wszystkie leki antymuskarynowe, które wykazują ten sam profil niepożądanych działań ubocznych. Niestety, chociaż bardzo lubię solifenacynę, to daje ona objawy szczególnie ze strony jelita grubego w postaci zaparcia, a jeżeli pacjentka jest w starszym wieku, to ma często samoistne zaparcia. Jeżeli do tego dochodzi jeszcze wypadanie narządów, np. wypadanie przedniej ściany pochwy, powodując powstanie przeszkody podpełcherzowej, czyli wtórnie rozwinięcie się pęcherza nadreaktywnego, to mamy komplet. Kobieta taka powinna mieć szerszy dostęp do leków refundowanych. Mirabegron jako alternatywa lub uzupełnienie dla leków antymuskarynowych jest tutaj dobrym przykładem.

Przepisując leki kieruje się pani ich ceną?

Przede wszystkim niestety, ponieważ nie wszystkie pacjentki na wszystkie leki stać.

Jakich terapii, związanych z leczeniem NTM, które są dostępne w innych krajach brakuje pani w Polsce?

Przede wszystkim refundowanej rehabilitacji. W krajach takich, gdzie jest ona refundowana, np. w Niemczech, Francji, czy krajach skandynawskich unika się połowy niepotrzebnych zabiegów związanych z nietrzymaniem moczu oraz zmniejsza się przyjmowanie leków na zespół pęcherza nadreaktywnego. Są badania, które wykazują jednoznacznie, że ćwiczenia prowadzone bez indywidualnego trenera, rehabilitanta, są zdecydowanie mniej skuteczne, niż te prowadzone z rehabilitantem.

Od 6 lat organizacje pacjenckie zabiegają o refundację zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych dla pacjentów z najcięższymi postaciami OAB. Jaka jest pani opinia na temat tego zabiegu?

Myślę, że duża część pacjentów mogłaby z tego skorzystać, ponieważ są wśród nich tacy, którzy nie reagują już na żadne leczenie i dla których byłoby to bardzo wskazane. Podobnie jak neuromodulacja nerwu piszczelowego. My, jako Polskie Towarzystwo Urologiczne, co roku zgłaszamy ten problem Ministrowi Zdrowia.



dr hab. n. med. Anna Kołodziej

Czy pani zdaniem problem NTM powinien być traktowany interdyscyplinarnie, tzn. czy jest potrzebna współpraca pomiędzy lekarzami różnych specjalizacji, takich jak ginekolog, urolog, lekarz rodzinny?

Myślę, że cały współczesny, nowoczesny świat potrzebuje współpracy. Tylko w dużych zespołach kreuje się postęp. Czas medycyny opartej na ekspertach odszedł w przeszłość. Tak samo jest z leczeniem nietrzymania moczu.

Europejskie Towarzystwo Urologiczne wydaje co roku zaktualizowane wytyczne w postępowaniu z pacjentem urologicznym, w tym z nietrzymaniem moczu. Jest to z pewnością doskonały materiał dla każdego urologa. Pytanie tylko, czy on uwzględni specyfikę pracy lekarzy in-

nych specjalizacji, takich chociażby jak lekarz rodzinny, geriatra czy ginekolog. Oni również mierzą się z tym wyzwaniem na co dzień, szczególnie w przypadku pacjentów starszych.

To jest taka europejska specyfika niestety, że się tak w tych swoich specjalizacjach pozamykaliśmy. Jak się jedzie na zjazd lekarzy amerykańskich, to tam regularnie napotyka się na wspólne sesje uroginekologiczne. Było to dla mnie sporym zaskoczeniem, że mogę na nie spokojnie pójść i się dowiedzieć wielu spraw związanych z ginekologią, ponieważ spotykają się tam osoby, które

się tym zajmują i rozważa się wspólne tematy. Takich tematów, wynikających z siebie, jest naprawdę sporo. Na przykład pojawia się nietrzymanie moczu wtórne do reoperacji wypadania narządu rodno. Albo pytanie czy najpierw pojawia się nadreaktywny pęcherz i przy okazji wypadanie narządu rodno, czy może na odwrót. To są tematy, których nie udźwignie sam ginekolog ani sam urolog. Osobiście mam duże szczęście w tym obszarze, bo do tej pory współpracuję z ginekologami, z którymi pracowałam robiąc specjalizację i jest to dla mnie bardzo wygodne. Nie wchodzę w ich kompetencje, ale potrzebuję często ich porady.

Coraz częściej słyszę taką opinię, że polską urologię zalewa fala tsunami osób starszych. Zauważa pani rosnącą średnią wieku pacjentów?

Moje pokolenie doświadczyło niesamowitej przemiany. Jak mieliśmy dawniej 70-latkę z nowotworem, to zdarzyło mi się usłyszeć od starszych kolegów, że powinno się dać pacjentowi spokojnie umrzeć, a nie dręczyć go leczeniem operacyjnym i chemioterapią. Tak było na początku mojej kariery. Teraz pacjenci, których poddaje ciężkim zabiegom onkologicznym, mają po 80, 90 lat. W ciągu ostatniego ćwierćwiecza diametralnie zmieniło się podejście do osób starszych, co więcej - przybywa nam osób starszych aktywnych.

Starzejące się społeczeństwo wymaga zmiany podejścia. Nie zawsze lekarze mogą tym osobom pomóc, tak jak by chcieli, szczególnie gdy trzeba się mierzyć z tak skomplikowaną dolegliwością jaką jest nietrzymanie moczu. Czy uważa pani za zasadne zagwarantowanie tym pacjentom zaopatrzenia w dobrej jakości środki absorpcyjne?

Oczywiście, że tak. To jest cywilizacyjne wyzwanie, które musimy podjąć: zmienić podejście do jakości życia osób starszych. Powinniśmy zrobić to już teraz, pomimo, że wydaje się, że nas to nie dotyczy. To, że musimy się z tym zmierzyć, widać wszędzie: w sklepach, gdzie leżą materiały informacyjne pisane drobnym drukiem, na ulotkach leków. Dla aktywnego seniora to dramat - on chce normalnie funkcjonować w społeczeństwie, on chce być konsumentem.

Nietrzymanie moczu jest, obok zaburzeń erekcji, jednym z powikłań po leczeniu nowotworu prostaty, m.in. po radioterapii albo po radykalnej prostatektomii. W krajach Europy Zachodniej, mamy taki przykład w Irlandii, pojawiły się programy wsparcia obejmujące opiekę urologa, psychologa, pielęgniarki dla pacjentów, którzy zmagają się z tego typu powikłaniami po terapii onkologicznej. Czy widzi Pani potrzebę tego typu rozwiązań w Polsce?

Jak najbardziej. Taki pacjent bardzo odciążałby urologa,

gdyby miał wsparcie zespołowe, wieloprofilowe. Jeszcze raz podkreślę, że działanie zespołowe jest cechą rozwiniętych społeczeństw. Sami, jako indywidualni lekarze, jesteśmy dużo mniej kreatywni niż w zespole. Słowo konsylium ma tysiącletnią historię!

W Polsce pacjent wciąż nie ma dostępu do nowoczesnych metod leczenia nowotworu gruczołu krokowego, jak to ma miejsce w innych krajach Europy. I nie chodzi tylko o brak nowoczesnych narzędzi chirurgicznych, jak np. robot da Vinci, o którym dużo się mówi, a państwo niewiele robi. Chodzi także o coraz więcej nowoczesnych i dostępnych na świecie leków. W Polsce, zarówno przed chemioterapią, jak i po chemioterapii, państwo oferuje nam w zasadzie jeden program lekowy, z wykorzystaniem tylko jednego leku - octanu abirateronu. Czy dla pani, jako osoby, która musi się z tym mierzyć, jest to wystarczające?

Mam wrażenie, że skierowanie tego leczenia do dawnych chemioterapeutów, a którzy teraz są nazywani onkologami klinicznymi, było celowe. Chemioterapeutów jest mało, dostęp do nich jest wobec tego znacznie utrudniony, a jeśli skieruje się do nich takie tsunami pacjentów, to nie będą ich w stanie obsłużyć, co tym samym, w naturalny sposób ograniczy przepisywanie leków. Jest też prawdą, że nie wszyscy urolodzy, są w stanie, z racji profilu ich działania, prowadzić ciężkie stany onkologiczne, z rakiem prostaty włącznie. Być może należałoby stworzyć, tak jak jest to już w wielu krajach Europy czy w USA, jednostki urologiczne profilowane do leczenia pacjentów onkologicznych i jednostki urologiczne nieprofilowane do tego. Stosując chemioterapię u naszych pacjentów przez ostatnie 25 lat, mam przekonanie graniczące z pewnością, że onkolodzy nie są w stanie w pełni udźwignąć naszych pacjentów, bo ich kliniczne doświadczenie jest zdecydowanie niższe niż urologów, a ponadto są obciążeni leczeniem innych nowotworów. Nowotwory urologiczne chemioterapeuci zaczęli leczyć dopiero niedawno i są one niewielkim wycinkiem ich pracy, toteż trudno jest im być w tym nawale obowiązków odpowiednio zaangażowanym w prowadzenie kliniczne pacjentów. Wracając do pytania-współczesne leczenie raka stercza czy nerki zaczyna być leczeniem choroby przewlekłej. Udowodniono, że ten wysyp leków, który nastąpił w ciągu ostatnich trzech lat, jest w stanie przedłużyć w sposób zdecydowany pacjentowi życie. Dodając do tego chemioterapię, mamy szansę także nie tylko na przedłużenie życia, ale przede wszystkim na poprawienie jego jakości. Biorąc to pod uwagę należy sobie zadać pytanie: dlaczego tych leków nie ma i dlaczego są tak mało dostępne? Nasuwa się tylko jedna odpowiedź - oszczędności.

Aktywna obserwacja - nowa strategia leczenia zachowawczego nowotworu prostaty

dr Roman Sosnowski

Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Klinika Nowotworów Układu Moczowego

Rak gruczołu krokowego - jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów

Rak gruczołu krokowego jest jednym z najczęściej rozpoznawanych nowotworów u mężczyzn w wielu krajach Europy, w tym w Polsce, jak i w Ameryce Północnej. W Polsce rak gruczołu krokowego jest drugim, po raku płuca, co do częstości występowania nowotworem złośliwym u mężczyzn, częstość występowania tego nowotworu w ciągu ostatnich 25 lat wykazuje stały wzrost. Wynika to, w pierwszej kolejności, z wydłużenia średniej długości życia i wyższej wykrywalności związanej z wprowadzeniem, pod koniec lat 80. do powszechnego oznaczania, stężenia swoistego antygenu sterczowego (PSA) w surowicy. Doprowadziło to nie tylko do zwiększenia liczby mężczyzn, u których rozpoznaje się raka gruczołu krokowego, ale także do znacznego zwiększenia ilości raków ograniczonych do stercza (wczesne stadium rozwoju choroby).

Jednym z ważniejszych dyskutowanych ostatnio problemów dotyczących raka prostaty, jest wykrywanie i leczenie chorych na nowotwór, niemający znaczenia klinicznego (indolentny rak), czyli taki, który jeśli nie zostałby wykryty, nie wywołałby żadnych objawów ani nie wpłynąłby na losy chorego (nie doprowadziłby do skrócenia jego przeżycia). Badania przesiewowe (skrining) powodują między innymi rozpoznanie raków indolentnych - zjawisko to nazywamy „nadrozpozawalnością”. Obecnie toczy się dyskusja na temat skali „nadrozpozawalności” i wpływu tego zjawiska na historię naturalną raka prostaty. „Nadrozpozawalność” może prowadzić do „nadmiernego leczenia” (ang. *overtreatment*) czyli stosowania terapii u chorych, którzy takiej terapii nie potrzebują, i która nie wpłynie na wydłużenie ich życia, a może doprowadzić do wystąpienia istotnych powikłań obniżających jakość życia.

Czynniki występowania raka gruczołu krokowego

Do czynników ryzyka występowania raka gruczołu krokowego zaliczamy wiek oraz pokrewieństwo rodzinne. Zachorowalność jest znacznie większa u mężczyzn po 70. roku życia niż przed 50. rokiem. Dziedziczny rak stercza rozpoznaje się, jeśli nowotwór występuje u przynajmniej trzech krewnych w pierwszej linii lub przynajmniej dwóch w wieku poniżej 55 lat. Występowanie nowotworu stercza u krewnego w pierwszej linii pokrewieństwa, zwiększa kilkukrotnie ryzyko zachorowania na ten nowotwór. Częstość występowania dziedzicznego

raka gruczołu krokowego w Europie ocenia się na 10%. Do pozostałych czynników ryzyka należą: palenie papierosów, rasa czarna oraz otyłość, dieta wysokotłuszczowa, a także brak regularnej aktywności fizycznej.

Niektóre z ww. czynników oraz dane kliniczne i parametry charakteryzujące chorego, stosuje się w kombinacji analizy wieloczynnikowej, tworząc tzw. kalkulatory ryzyka. Większość z nich uwzględnia wiek, PSA, wywiad



Fot. #103729467 © didesign - Fotolia.com

rodzinny, badanie *per rectum* i wynik poprzedniej biopsji. Użycie kombinacji ww. parametrów przewyższa dokładność oceny ryzyka raka prostaty, dokonanej jedynie na podstawie PSA. Dane stanowiące podstawę „Kalkulatora Raka Prostaty” - www.kalkulatorprostaty.pl, opierają się na silnych danych naukowych pochodzących z przeprowadzonej w Rotterdamie części Europejskiego Randomizowanego Badania na temat Screeningu Raka Stercza (ERSPC).

Metody radykalnego leczenia

Ogólnie, mężczyznom chorym na raka stercza ograniczonego do narządu, można zaproponować radykalne sposoby leczenia: radykalna prostatektomia lub radioterapia (dostępne są także inne, minimalnie inwazyjne sposoby takie jak HIFU czy krioterapia). Metodę postępowania wybiera się uwzględniając charakterystykę patologiczną nowotworu, wyjściowe stężenie PSA przed operacją, sumę skali Gleasona, zaawansowanie kliniczne, wiek chorego, choroby towarzyszące oraz preferencje samego pacjenta. Intencją stosowania jednej z ww. metod jest radykalne usunięcie/zniszczenie komórek nowotworowych. Niestety, z każdą z tych metod wiąże się dzia-

łania niepożądane, które mogą mieć poważne następstwa dla chorego.

Prostatektomia radykalna, jako metoda leczenia radykalnego, jest stosowana w leczeniu raka gruczołu krokowego ograniczonego do narządu. W zaawansowanych stadiach choroby, może być wdrożona u wybranych chorych jako jeden z elementów leczenia. Niezależnie od sposobu przeprowadzenia operacji (technika klasyczna, laparoskopowa czy robotowa), jej nadrzędnym celem jest radykalne wycięcie gruczołu krokowego z minimalnymi działaniami niepożądanymi. Jeśli, wyliczone na podstawie powszechnie dostępnych nomogramów, ryzyko zajęcia węzłów chłonnych przez raka przekracza 5%, operacja powinna być uzupełniona o szerokie wycięcie węzłów chłonnych z obszaru miednicy mniejszej. Najczęściej występującymi powikłaniami po prostatektomii radykalnej są zaburzenia erekcji, różnego stopnia nietrzymanie moczu, zwężenia zespolenia pęcherzowo-cewkowego.

Radioterapia, to technika stosowana w dwóch formach. Brachyterapia, czyli wprowadzenie do gruczołu krokowego „igieł” zawierających materiał promieniotwórczy, jest jednym z najmniej inwazyjnych sposobów leczenia, zarezerwowanym jednak jedynie dla chorych o niewielkiej objętości guza, małych wielkościach prostaty i korzystnej charakterystyce patologicznej. Drugą metodą jest teleradioterapia, czyli naświetlanie z pól zewnętrznych tkanki prostaty. Jako metoda leczenia radykalnego, jest stosowana w raku gruczołu krokowego ograniczonego do narządu i/lub raku miejscowo zaawansowanym. W wyniku zastosowania radioterapii, nieco rzadziej dochodzi do wystąpienia nietrzymania moczu i zaburzeń wzroku. Głównymi niepożądanymi skutkami napromieniania gruczołu krokowego są popromienne odczyny ze strony pęcherza moczowego i odbytnicy, będące niekiedy powodem przykrych dolegliwości, głównie bólowych.

Aktywny nadzór z opóźnionym leczeniem

Wymienione powyżej następstwa leczenia radykalnego, powolny, naturalny przebieg wcześniej (we wstępnej, początkowej fazie rozwoju) rozpoznanego raka stercza, częste zjawisko „nadrozpoznawalności”, problemy etyczne i koszty leczenia spowodowały, że u wybranych chorych z rakiem niskiego ryzyka, spełniających określone kryteria, można stosować aktywny nadzór z opóźnionym leczeniem (ang. *Active Surveillance*). Nie można bowiem

pozwoić, aby „nadrozpoznawalność” doprowadziła do „nadmiernego leczenia” (ang. *overtreatment*). Mężczyźni, u których po starannej diagnostyce wstępnej rozpoznano tzw. raka niskiego ryzyka, są poddani aktywnemu nadzorowi, w czasie którego stale monitoruje się charakter choroby nowotworowej. Gdy w czasie obserwacji nastąpi zmiana charakteru raka, wdrażane jest postępowanie radykalne, właściwe do danego stadium choroby.

Istnieją różne charakterystyki chorych, u których można zastosować aktywny nadzór, jednak większość badaczy zgadza się, iż idealnymi kandydatami są ci, u których rozpoznano raka o znikomym stopniu złośliwości (suma skali Gleason ≤ 6), niskim stężeniu PSA (<10 ng/ml), rak obecny jedynie w 2-3 wycinkach pochodzących z biopsji i nieprzekraczający swą długością połowy długości tych wycinków. Postępowanie, jakim jest *Active Surveillance*, wiąże się z koniecznością wykonania powtórnej biopsji (najczęściej około 12 miesięcy po biopsji pierwotnej), a następnie powtarzania biopsji w odstępach 1-2 letnich oraz oznaczeń stężenia PSA co 3-4 miesiące. Wykonywanie ponownych biopsji jest jednym z ważniejszych elementów aktywnego nadzoru, gdyż charakterystyka patologiczna guza (m.in. suma skali Gleasona) stanowi o agresywności raka. W przypadku znacznego wzrostu stężenia PSA lub zwiększenia się ilości lub złośliwości raka, w kolejnej biopsji, wdrażane jest leczenie radykalne. Pozostawienie chorego w aktywnej obserwacji chroni go przed negatywnymi skutkami leczenia radykalnego, nie zmniejszając jego szans na przeżycie.

Istnieje kilka szczegółowych protokołów prowadzenia aktywnego nadzoru. W Europie najbardziej popularnym jest Prostate Cancer Research International: *Active Surveillance* (PRIAS) - jest on badaniem, w którym u wybranych chorych na raka stercza niskiego ryzyka, prowadzi się aktywny nadzór według ustalonego protokołu. Opis projektu, szczegóły protokołu i inne informacje dotyczące PRIAS, dostępne m.in. w wersji polskiej na stronie: www.prias-project.org

W czasie aktywnego nadzoru prowadzonego wg programu PRIAS, w ściśle określonych odstępach czasowych wykonywane są: biopsje prostaty z zachowaniem odpowiedniej ilości rdzeni tkankowych w zależności od objętości prostaty, oznaczenia stężenia PSA, ocena gruczołu krokowego w badaniu *per rectum* (DRE) oraz ogólna ocena chorego. Szczegółowy plan badania przedstawia poniższa tabela.

rok	1					2				3		4		5		6		7	
miesiąc	0**	3	6	9	12	15	18	21	24	30	36	42	48	54	60	66	72	78	84
badanie PSA	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
DRE	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓
biopsja*	✓				✓								✓						✓
ocena	✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓		✓

* kolejna biopsja: standardowo po 1., 4., 7. i 10. roku a następnie co 5 lat. Jeśli PSADT jest w przedziale 0-10 lat, zaleca się powtarzanie biopsji co roku. Nie należy wykonywać więcej niż jednej biopsji na rok. ** moment rozpoznania

Potencjalna rola komórek macierzystych w leczeniu nietrzymania moczu

lek. med. Tadeusz Hessel

Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Wstęp

Medycyna regeneracyjna wkracza na coraz to nowe pola. W prasie oraz telewizji słyszymy o jej nowych spektakularnych zastosowaniach. Obecnie jest to metoda stosowana w bardzo wielu dziedzinach medycyny, głównie w zakresie chorób krwi (hematologii). Dzięki szeroko prowadzonym badaniom klinicznym, niesie ona także nadzieję na opracowanie nowej metody leczenia nietrzymaniem moczu, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn.

Definicje, zarys medycyny regeneracyjnej

Komórki macierzyste (KM), „to pierwotne, nie-wyspecjalizowane komórki, które mają olbrzymi potencjał do namnażania się oraz wyjątkowe zdolności do przekształcania się w wyspecjalizowane komórki, tworząc w ten sposób tkanki. Dzięki temu, wykorzystuje się je od lat w medycynie, odbudowując lub zastępując uszkodzone komórki.”¹ Istnieje wiele rodzajów komórek macierzystych, które mają różne zdolności do tworzenia nowych tkanek/komórek.

Obecne zastosowania komórek macierzystych w medycynie to: białaczki, zespoły rozrostowe układu chłonnego, zespoły mielodysplastyczne, nowotwory dziecięce takie, jak np. guz Wilmsa, guz Ewinga oraz dziedziczne zaburzenia układu odpornościowego.

Na ten moment bardzo wiele badań klinicznych jest prowadzonych w celu zastosowania KM w leczeniu nietrzymania moczu. Nie jest to jeszcze metoda włączona do standardowego postępowania.

Próby zastosowania medycyny regeneracyjnej w zakresie leczenia nietrzymania moczu

Badania w tym kierunku były prowadzone na myszach od 2001 roku. Podawano im różne rodzaje komórek macierzystych pochodzących z mięśni. Po raz pierwszy badania tego typu u ludzi wykonano w 2008 roku. Obecnie podaje się także KM pochodzące z tkanki tłuszczowej lub wyselekcjonowane z moczu.

Zalety leczenia nietrzymania moczu komórkami macierzystymi:

- Zabiegi chirurgiczne są minimalnie inwazyjne (możliwe do wykonania w ramach chirurgii jednego dnia w znieczuleniu miejscowym). Jest to niewątpliwa zaleta,

która umożliwia także leczenie zabiegowe pacjentów obciążonych.

- Wykorzystuje się własną tkankę - eliminuje się przez to powikłania wynikające z użycia materiałów syntetycznych, które występują np. po implantacji taśm czy też sztucznego zwieracza cewki moczowej.
- Do tej pory wyniki badań potwierdzają małą ilość działań niepożądanych i powikłań po podaniu KM.

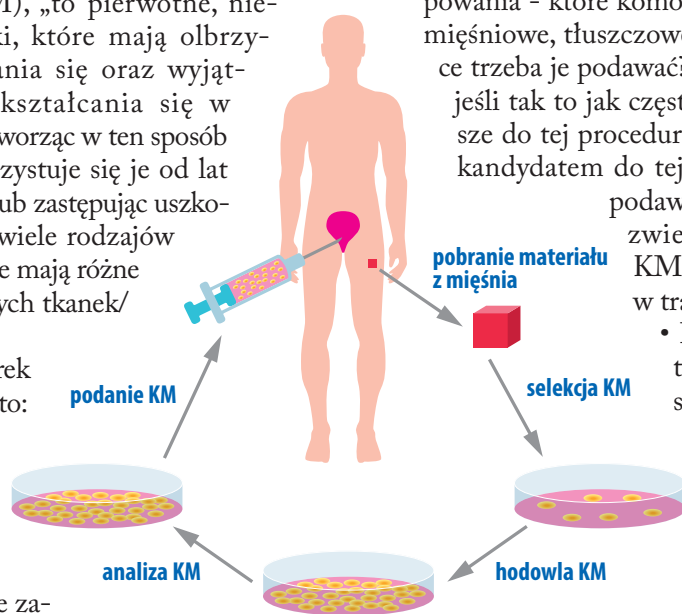
Wady leczenia nietrzymania moczu komórkami macierzystymi:

- Brak ustalonego/ustandaryzowanego schematu postępowania - które komórki są najlepsze do podawania: mięśniowe, tłuszczowe czy też inne? W jakiej dawce trzeba je podawać? Czy zabieg trzeba powtarzać, jeśli tak to jak często? Jakie urządzenia są najlepsze do tej procedury? Kto i kiedy jest najlepszym kandydatem do tej metody leczenia? Jak należy podawać komórki w okolicę mięśnia zwieracza cewki moczowej? Ile KM i w jakiej formie należy podać w trakcie jednego zabiegu?
- Brak w obecnej chwili obiektywnej weryfikacji namnożenia się komórek macierzystych oraz dokładnego mechanizmu działania w obrębie zwieracza cewki moczowej.
- Brak badań w kierunku przeszczepienia KM od innych osób (badania obejmują w tej chwili tylko podania własnych KM pacjenta).

- Brak realnego kosztorysu - czy terapia KM będzie refundowana, czy też będzie poza zasięgiem części populacji?
- Nie umiemy jeszcze odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób KM mogą powodować ryzyko nowotworzenia w tej okolicy ciała.
- Obecne badania koncentrują się na regeneracji mięśni - krytycy wskazują na to, iż - być może - uwaga naukowców powinna być także skierowana w kierunku unerwienia dna miednicy, które także można spróbować „zregenerować” w celu leczenia NTM.

Sposób przeprowadzenia zabiegu

Na początku pobierane są komórki macierzyste drogą biopsji - można je uzyskać z mięśnia, np. z mięśnia naramiennego lub tkanki tłuszczowej. Następnie, w laboratorium selekcjonuje się KM znajdujące się w/w tkankach



i je hoduje. Po pewnym czasie, miliony KM wprowadza się drogą endoskopową do cewki moczowej i podaje igłą w kilka miejsc dookoła zwieracza. Można je podawać pod kontrolą wideoskopową, USG lub ciśnienia. Procedurę przedstawia powyższy schemat.

Jak każdy zabieg chirurgiczny, mimo swojej małoinwazyjności, samo pobranie i podanie KM może powodować powikłania takie jak: krwiak, obrzęk, ból, zapalenie w miejscu biopsji mięśnia. W obrębie zwieracza cewki moczowej może dojść także do powstania krwiaka po iniekcji KM. W jednym z dostępnych badań doszło także do perforacji pęcherza moczowego.

Badanie prowadzone w ramach Uniwersytetu Jagiellońskiego

Również w Polsce prowadzono badania w tym kierunku. W latach 2009–2011 zespół naukowy pod przewodnictwem dr n. med. Klaudii Stangel-Wójcikiewicz z Kliniki Ginekologii i Onkologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie oraz Ośrodek Transplantacji UJCM, przeprowadził podanie komórek macierzystych pochodzenia mięśniowego u 18 kobiet.

Komórki macierzyste pobierano w znieczuleniu miejscowym z mięśnia naramiennego. Następnie KM hodowano na specjalnej pożywce przez 6 tygodni. Do celu badania koniecznym było opracowanie nowego narzędzia chirurgicznego, które w odpowiedni sposób mogło podać komórki w okolicę zwieracza cewki moczowej (narzędzie opracowane przez dr hab. inż. M. Petko oraz dr G. Karpiela z AGH). Zawieszoną KM podawano w znieczuleniu miejscowym w okolicę zwieracza cewki moczowej

na godzinę 3, 9 i 12. Po wykonaniu zabiegu, 75% pacjentek zgłosiło poprawę objawów, 50% zostało wyleczonych z nietrzymania moczu.

Obecnie prowadzone badania

KM w leczeniu NTM sponsorują już m.in. firmy produkujące sprzęt medyczny w celu opracowania nowej, powszechnej technologii. Próby kliniczne prowadzi się obecnie u mężczyzn i kobiet, a także u dzieci, m.in. z wrodzonymi wadami pęcherza moczowego. W zakresie stosowanych komórek testuje się także różne rodzaje KM, w celu odpowiedzi na pytania które z nich będą najlepsze.³ Nową formą terapii KM są hodowle „taśm” podcewkowych z własnych komórek. Jest to obecnie metoda, która była badana jedynie u zwierząt laboratoryjnych.⁴

Wnioski

Medycyna regeneracyjna niesie ze sobą wielkie nadzieje dla osób cierpiących z powodu nietrzymania moczu. Jej niewątpliwą zaletą jest minimalna inwazyjność zabiegów i użycie własnych komórek jako materiału, zamiast syntetycznych taśm/zwieraczy. W niektórych badaniach już nawet nie wykonuje się biopsji w celu pobrania KM, tylko selekcjonuje się je z moczu pacjenta. Gdy wyniki leczenia KM potwierdzą się w dalszych badaniach, to zapewne bardzo niedługo będzie już ona stosowana u szerokiej grupy pacjentek i pacjentów. Ciągłe zasadniczym pytaniem pozostają realne koszty tej terapii i rzeczywiste statystyki występujących po nim powikłań.

¹ <https://www.pbkm.pl/o-komorkach-macierzystych/komorki-macierzyste>

² dr n. med. K. Stangel-Wójcikiewicz, „Medycyna Regeneracyjna w leczeniu nietrzymania moczu”, WUJ Kraków 2014

³ <https://clinicaltrials.gov/ct2/results?term=Stem+Cell+Therapy+Urinary+Incontinence&Search=Search>

⁴ <https://www.hindawi.com/journals/sci/2016/7060975/>

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

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

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

* dzieci - na bieżąco; ** dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco,

🟢 - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

🔴 - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

5 lat po wszczepieniu neuromodulatora nerwów krzyżowych

Z panem Mariuszem (l. 42), jedną z dwóch pierwszych osób, którym wszczepiono w Polsce neuromodulator nerwów krzyżowych w zespolone pęcherza nadreaktywnego, rozmawia Tomasz Michałek

Kiedy poddał się pan zabiegowi wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych?

Zabieg został wykonany w Klinice Urologii Szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie, a poddałem się mu 4 sierpnia 2011 r.

Warto było?

W moim przypadku zabieg bardzo mi pomógł. Skuteczność oceniam na ponad 90 proc.

Minęło już 5 lat od tego wydarzenia. Czy urządzenie nadal dobrze działa?

Neuromodulator działa bardzo dobrze. Niestety, zaczęła się w nim wyczerpywać bateria i należałoby ją wymienić.

Czy oznacza to, że gdyby nie ta zużywająca się bateria, nadal cieszyłby się pan lepszą jakością tego życia?

Oczywiście, moje życie, dopóki nie miałem wszczepionego neuromodulatora, nie przypominało normalnego życia. Z tą przypadłością i chorobą nie da się normalnie funkcjonować. Moja sytuacja sprzed wszczepienia neuromodulatora i po zabiegu jest nie do porównania.

Kiedy i gdzie po raz pierwszy zgłosił Pan lekarzowi swój problem?

Pierwszy raz poszedłem prywatnie do urologa, aby nie czekać w kolejce i wytłumaczyłem mu jaki mam problem. Niestety, urolog nie zlecił mi żadnych badań. Przepisał mi jedynie leki, gdyż stwierdził, że mam zwykłe zapalenie pęcherza. Gdy to nie pomogło, zalecił wizytę u urologa w większej klinice. Dlatego udałem się do lekarza rodzinnego po skierowanie do poradni urologicznej.

Czy wytłumaczył pan lekarzowi rodzinnemu na czym dokładnie polega pana problem? Po czyjej stronie leżała inicjatywa wypisania skierowania?

W małych miejscowościach, lekarz pierwszego kontaktu, zazwyczaj zajmuje się przepisaniem aspiryny czy zmierzeniem ciśnienia. Takie problemy raczej ich przerastają. To ja poprosiłem o skierowanie i zacząłem coś robić w kierunku poprawy mojej sytuacji.

Jaka była pierwsza diagnoza urologa?

Gdy przyjechałem do Poradni Urologicznej Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus w Warszawie, okazało się, że czas oczekiwania na przyjęcie wynosi około pół roku. Nie mogąc tak długo czekać, udałem się na prywatną wizytę, podczas której zlecono mi badanie cewkowego przepływu moczu oraz badanie urodynamiczne.

Jak te badania wyglądają z perspektywy pacjenta?

Gdybym wtedy wiedział, jak te badania wyglądają, na pewno bardzo bym się zastanowił czy się im poddać. Badanie dla mężczyzny jest bardzo kłopotliwe oraz bole-

sne. W swoim życiu musiałem takiemu badaniu poddać się już około 8 razy.

Jaką terapię zaoferowano panu na tamten moment?

Na początku zaproponowano mi leczenie farmakologiczne, jednak w pierwszej fazie leczenia nie przyniosło ono żadnej poprawy. Po rocznej terapii farmakolo-



Zabieg wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych, przeprowadzony w Szpitalu Uniwersyteckim nr 1 im. dr. A. Jurasza Collegium Medicum UMK w Bydgoszczy w czerwcu 2014 roku

gicznej, zasugerowano mi poddanie się ostrzyknięciu pęcherza toksyną botulinową. Pierwszy zabieg miałem w lutym 2007 r., po około roku kolejny, już ze zwiększoną dawką. Pomogło mi to na około 3-5 miesięcy. Za pomocą toksyny botulinowej leczyłem się 3-4 lata. Jednak ta terapia również przestała działać. Na dodatek pojawiły się problemy z erekcją. Miałem wtedy 37 lat.

Co zaproponowano panu, gdy okazało się, że powyższe metody nie skutkują?

Po analizie mojej ścieżki leczenia, zaproponowano mi jako pierwszemu pacjentowi w Polsce, wszczepianie stymulatora nerwów krzyżowych. Zabieg przebiegał etapami - w maju 2011 roku miałem wszczepione same diody i podpięty komputer z boku na biodrze, z którym funkcjonowałem około 2 miesięcy. Następnie zostałem zakwalifikowany do wszczepienia neuromodulatora i 4 sierpnia 2011 roku odbył się zabieg.

Pana leczenie, zanim doszło do zabiegu, trwało już ponad 5 lat. Czy w trakcie leczenia, zanim panu wszczepiono neuromodulator, ktokolwiek z lekarzy zaoferował panu środki absorpcyjne?

Nie, nigdy nie było na ten temat rozmowy. Żaden lekarz nie powiedział mi, że są specjalne wkładki urologiczne dla mężczyzn, które można kupować w ramach refundacji.

Kilka miesięcy przed pana zabiegiem, do Ministra Zdrowia, trafił wniosek o objęcie refundacją neuromodulacji nerwów krzyżowych, w leczeniu dolnych dróg moczowych w tym pęcherza nadreaktywnego. Jak łatwo policzyć, minęło ponad 6 lat, a terapia nadal nie jest refundowana i przez to nieosiągalna w Polsce. Jak pan odbiera to jako pacjent, ale też użytkownik tego urządzenia?

Dla mnie jest to nie do pomyślenia. Nietrzymanie moczu to choroba bardzo ciężka i wstydliva - odkąd zacząłem chorować, moje życie zmieniło się o 180 stopni. Straciłem przyjaciół, straciłem szansę na założenie rodziny, a wychodząc z domu myślałem tylko o tym, gdzie w pobliżu będę mógł znaleźć toaletę. Temat ten jest naprawdę bardzo trudny i niepodejmowany w Polsce, ciągle jest kwestią tabu. Ja pochodzę z małego miasteczka, gdzie jeszcze gorzej jest ze zrozumieniem.

Komu by pan polecił taką terapię, gdyby była osiągalna w Polsce?

Bez wahania, poleciłbym ją każdemu, komu nie pomaga inne leczenie, np. tabletki. Taki zabieg to duża szansa na powrót do normalnego życia. Wtedy, gdy poddawałem się temu zabiegowi, wyglądałem gorzej niż obecnie. To schorzenie dosłownie rujnowało mi życie. Gdyby nie ten szczęśliwy zbieg okoliczności, dzisiaj musiałbym żyć najprawdopodobniej z usuniętym pęcherzem.

Jak obecnie wygląda Pana życie?

W tej chwili nigdzie nie pracuję. Moja sytuacja jest o tyle ciężka, że opiekuję się chorą mamą. Mój tata zmarł, gdy miałem 19 lat. Z rodzeństwa byłem najstarszy. Musiałem porzucić swoje plany i pójść do pracy. W naszej rodzinie, od wielu pokoleń, pracujemy w zakładzie masarskim. To oznacza dużo wody, wilgotność i przeciągi. To tam, w wieku 32 lat, zaczęły się moje problemy z układem moczowym. Po kilku latach walki z chorobą straciłem

pracę, znajomych, szansę na rodzinę. Teraz mam 42 lata i aż boję się pomyśleć, co będzie gdy bateria przestanie działać.

Nie starał się pan o rentę?

Na komisji lekarskiej nie przyznano mi renty, jedynie zasiłek chorobowy. Tłumaczono, że przecież mam neuromodulator. Nikt nie próbował nawet zrozumieć, że wziąłem jedynie udział w eksperymentalnej terapii, której do dzisiaj nie ma w Polsce!

Gdyby panu nie zaoferowano wtedy neuromodulacji, czy były jakieś inne terapie, które były alternatywą żeby Panu pomóc?

W moim przypadku nic ponadto mi nie zaoferowano. Wszystkie alternatywy się wyczerpały. Groziło mi usunięcie pęcherza moczowego.

**Nazwisko pacjenta na jego prośbę do wiadomości redakcji.*

4 sierpnia 2011 r. w szpitalu Klinicznym Dzieciątka Jezus w Klinice Urologii w Warszawie, został przeprowadzony pierwszy w Polsce zabieg, polegający na wszczepieniu neuromodulatora nerwów krzyżowych. Zabieg został przeprowadzony u dwóch pacjentów. Wykonał go prof. Piotr Radziszewski, któremu towarzyszył specjalista z Finlandii. Ponownie, 3 lata później w klinice urologii w Bydgoszczy, prof. Zbigniew Wolski, wraz z prof. Jerzym Gajewskim z Uniwersytetu Halifax w Kanadzie, wszczepili neuromodulatory dwóm kolejnym osobom. W tym samym roku, kilka miesięcy później, prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych, wydał pozytywną rekomendację dla neuromodulacji nerwów krzyżowych w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych. Jednakże do dzisiaj, neuromodulacja nie jest refundowana w Polsce.

KOMENTARZ

Według zaleceń Amerykańskiego i Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, neuromodulacja nerwów krzyżowych jest uważana za jeden z alternatywnych, małoinwazyjnych zabiegów w leczeniu nietrzymania moczu w pęcherzu nadreaktywnym u chorych, którzy nie uzyskali odpowiednich wyników w leczeniu zachowawczym lub farmakologicznym.

Oczywiście początkowe koszty leczenia są wysokie, ale badania wykazały, że po 3-5 latach, jest tańsze niż leczenie farmakologiczne, często także w porównaniu do leczenia toksyną botulinową. Długotrwale, pozytywne wyniki wynoszą 70-80%, co dla chorych, którzy nie mają już żadnego racjonalnego wyboru leczenia, jest zbawieniem. Jak wskazuje powyższy wywiad, choremu został wszczepiony implant 5 lat temu, z bardzo dobrym wynikiem. Jest to szczególnie ważne, że w tym czasie jego jakość życia bardzo się poprawiła.

Leczenie SNM powinno być prowadzone tylko w wyznaczonych, specjalistycznych ośrodkach, które mają wprowadzony program wszczepiania, programowania stymulatora i prowadzenia pooperacyjnego chorego. Jestem przekonany, że w Polsce można byłoby stworzyć przynajmniej kilka takich ośrodków. Kwalifikacje i wykształcenie urologów w Polsce jest na pewno na poziomie innych krajów europejskich lub światowych i nie byłoby wielu problemów, żeby takie programy zainicjować.

Prof. Jerzy B. Gajewski, Dalhousie University, Halifax, Kanada

Ustawa o wyrobach medycznych. Co dalej?

Natalia Klein

Od czerwca 2016 roku trwają w Polsce prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Proponowane w projekcie ustawy rozwiązania, wprowadzające ważne zmiany dla branży zaopatrzenia w wyroby medyczne, jak również dla wielu grup pacjentów, korzystających z refundowanych wyrobów medycznych - między wieloma innymi, z środków absorpcyjnych czy wózków inwalidzkich, wywołały liczne komentarze i kontrowersje. Jedną z ważniejszych, szeroko komentowanych zmian, którą ma obejmować znowelizowana ustawa o wyrobach medycznych, jest wprowadzenie do refundacji wyrobów medycznych zasad analogicznych do obowiązujących w refundacji leków.

Brak kryterium jakościowego?

W grudniu 2016 roku w mediach, pojawiła się informacja, o wstrzymaniu prac nad ustawą na etapie Komitetu Stałego Rady Ministrów. Zgodnie z doniesieniami medialnymi, prace zostały odroczone w związku z obiekcjami Centralnego Biura Antykorupcyjnego, które zarzuciło przygotowywanemu projektowi brak precyzyjnych zapisów dot. kryterium oceny jakości. Jak twierdziło Ministerstwo Zdrowia, kryteria jakościowe, choć bardzo istotne, powinny jednak być uszczegóławiane dla poszczególnych grup wyrobów medycznych dopiero na etapie rozporządzeń do ustawy.

Ministerstwo Zdrowia: nie możemy określić terminu wejścia ustawy w życie

O komentarz w sprawie obecnego etapu legislacyjnego ustawy o wyrobach medycznych poprosiliśmy Ministerstwo Zdrowia. Rzecznik prasowy Ministerstwa Zdrowia, Milena Kruszewska, potwierdziła informację, że decyzją Komitetu Stałego Rady Ministrów projekt ustawy został czasowo zawieszony, a na obecnym etapie, z uwagi na złożoność procesu legislacyjnego, nie jest możliwe określenie terminu przyjęcia nowych przepisów.

Jak zauważa Ministerstwo Zdrowia, dzięki wprowadzeniu nowych mechanizmów refundacji wyrobów medycznych, mają zmniejszyć się dopłaty pacjentów do wyrobów medycznych i poprawić się ich dostępność. Dzięki zmianom legislacyjnym, zapewniona ma zostać „przejrzystość, efektywność i racjonalność prowadzonych działań w zakresie

refundacji wyrobów medycznych”. Co kryje się pod tymi sformułowaniami?

Szeroka gama produktów i jakość

Przepisy, które będą wprowadzone nową ustawą, dotyczą zarówno oceny zasadności objęcia refundacją poszczególnych wyrobów medycznych, jasności podejmowania decyzji w tym zakresie, obniżenia kosztów refundacji, jak i określenia szczegółowych rozwiązań organizacyjnych.

Podstawowym warunkiem złożenia wniosku refundacyjnego dla każdego wyrobu medycznego w danej grupie, będzie spełnienie minimalnych standardów jakości. Taki wymóg, jak również cały proces tworzenia grup limitowych, ma zagwarantować, że pacjenci będą mieli do wyboru w refundacji szeroką gamę produktów, w tym wykorzystujących nowe technologie.

Jak deklaruje Ministerstwo Zdrowia, rozwiązania zawarte w nowej ustawie umożliwią spełnienie oczekiwań wielu grup pacjentów, między innymi poprzez podniesienie limitów ilościowych dla wyrobów medycznych czy refundację nowych technologicznie wyrobów. Po wprowadzeniu ustawy, pacjent będzie mógł również skorzystać z mechanizmu dopłaty do preferowanego wyrobu medycznego. Oznacza to, że NFZ będzie osobno pokrywał koszt wykonanej procedury medycznej (np. operację) i koszt wykorzystanego wyrobu medycznego. W takiej sytuacji, pacjent, w ramach świadczeń gwarantowanych, będzie miał zawsze zapewniony wyrób medyczny mieszczący się w limicie finansowania. Jednak w przypadku wskazania przez pacjenta wyrobu medycznego, którego cena urzędowa jest wyższa niż limit finansowania, dopłaci on różnicę w cenie, natomiast gdy wybierze wyrób medyczny spoza obwieszczenia - pokryje koszt jego zakupu.

Kto sfinansuje reformę?

Zastanawiający jest jednak brak jakichkolwiek informacji o tym, kto sfinansuje zmiany. W 2014 roku, nowelizowane rozporządzenie Ministra Zdrowia, określające nowe limity ilościowe, cenowe, a także poszerzające listę refundowanych wyrobów medycznych, otrzymało dodatkowy zastrzyk finansowy w wysokości ok. 200 mln zł rocznie. Tym razem Minister Zdrowia milczy w tej kwestii. Jedyne z uzasadnienia projektu ustawy można wyczytać, że projektowana zmiana będzie neutralna dla finansów publicznych.



KOMENTARZ MINISTERSTWA ZDROWIA

Projektowana ustawa opiera się na dwóch filarach: pierwszy to zapewnienie pacjentom optymalnej jakości wyrobów medycznych, drugi to wprowadzenie cen urzędowych wyrobów medycznych w grupach wyłonionych do procedury refundacyjnej. Oba filary są niezbędne, aby cele, które przyświecają regulacji, zostały osiągnięte i by zapewnić pacjentom dostęp do wyrobów medycznych o dobrej jakości. (...)

Milena Kruszewska, rzecznik prasowy Ministra Zdrowia

„Check-list”, czyli propozycja zasad komunikacji diagnostycznej między lekarzem neurologiem a lekarzem urologiem w przypadku występowania objawów pęcherza nadreaktywnego

dr Mariusz Blewniewski

Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej

Funkcja pęcherza moczowego

Prawidłową funkcją pęcherza moczowego jest gromadzenie i wydalanie moczu. Cały cykl kontrolowany jest przez ośrodkowy i obwodowy układ nerwowy. Ośrodek mikcji znajduje się w korze mózgu i moście, a aktywacja ośrodka powoduje wysłanie sygnału do pęcherza, który może zapobiec jego opróżnieniu do momentu, kiedy znajdziemy czas i miejsce do mikcji. Uszkodzenie tego ośrodka, w wyniku stwardnienia rozsianego, udaru, przebiegu choroby nowotworowej, demencji, powoduje brak kontroli nad odruchem mikcji.

Podczas całego dnia, człowiek oddaje mocz od 4 do 8 razy. Jeżeli mamy do czynienia z uszkodzeniem układu nerwowego, dochodzi do wystąpienia różnych objawów, począwszy od nadaktywności wypieracza do zatrzymania moczu lub ich różnych kombinacji. Rodzaj objawów zależy od miejsca uszkodzenia układu nerwowego.

Współpraca pomiędzy neurologiem i urologiem

W zapewnieniu dobrej współpracy pomiędzy lekarzem neurologiem i urologiem, niezbędna jest właściwa komunikacja, która opiera się głównie na informacjach przekazywanych pisemnie.

Zaproponowany przeze mnie wzór skierowania, może przyczynić się do usprawnienia pracy lekarzy oraz sprawić, by współpraca stała się bardziej efektywna dla chorych z neurogennym pęcherzem moczowym, np. w przebiegu SM. Poniżej przedstawiam wzór wstępnej diagnostyki, którą może i powinien wykonać neurolog, celem przyspieszenia dalszych badań diagnostycznych wykonywanych przez urologa i rozpoczęcia leczenia. Pozostawiam Państwu możliwość dyskusji i wprowadzenia zmian, jeżeli miałyby to przyczynić się do lepszej komunikacji między tymi dwoma specjalizacjami.

Kontakt: blewniewski@onet.eu

WSTĘPNA DIAGNOSTYKA NEUROGENNYCH ZABURZEŃ MIKЦИИ WSKAZANA PRZED SKIEROWANIEM PACJENTA DO UROLOGA

Nazwisko i imię:

Przeprowadzona diagnostyka w załączeniu: /właściwe zakreślić/

1. Badanie ogólne moczu, posiew moczu
2. USG układu moczowego z oceną zalegania moczu po mikcji
3. Dzienniczek mikcji /3-dniowy/
4. Test podpaskowy 12-godzinny
5. Czy były stosowane leki antycholinergiczne, jakie?

Rozpoznanie neurologiczne:

Objawy współistniejące z układu moczowego:

Stosowane leczenie neurologiczne:

Ośrodek urologiczny do którego pacjent jest kierowany:

Uwagi:

Podpis lekarza:

Zabiegowe leczenie NTM z użyciem taśm w woj. podlaskim

Monika Gackiewicz

Operacyjne leczenie nietrzymania moczu to jedna z nielicznych metod stosowanych w terapii NTM, która podlega 100% refundacji. Terapia ta, jest najczęściej stosowana w przypadku pacjentów z wysiłkowym lub mieszanym nietrzymaniem moczu. Najczęściej przeprowadzonym rodzajem operacyjnego leczenia NTM jest zabieg podwieszania cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego, czyli tzw. zabieg z użyciem taśm syntetycznych. Poza tą formą operacyjną, pacjentki mogą również skorzystać z uretropeksji przedniej, uretrocystopeksji przez podwieszenie nabłonkowe czy operacji metodą Burcha. Najwięcej operacji w roku 2015 oraz 2016 z użyciem taśm w woj. podlaskim wykonano w Szpitalu Wojewódzkim im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży. Na oddziale Ginekologiczno-Położniczym, którego koordynatorem jest lek. med. Tomasz Sokół, od lat wykonuje się diagnostykę i leczenie schorzeń dotyczących nietrzymania moczu, w tym: operacje w zakresie wysiłkowego nietrzymania moczu metodami tradycyjnymi oraz metodami małoinwazyjnymi O-TVT. Z kolei na oddziale Urologicznym,

gdzie prace koordynuje lek. med. Marek Załęski, prowadzi się leczenie zabiegowe, zachowawcze, diagnostykę zabiegową i obrazową chorób układu moczowego u kobiet i mężczyzn. W przypadku leczenia nietrzymania moczu, pacjentom oferuje się operacje z użyciem taśmy, głównie zabiegi typu SLING.

Drugą placówką co do ilości wykonanych zabiegów, jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku. Na oddziale Urologicznym, w przypadku wysiłkowego NTM, najczęściej wykonywane są zabiegi laparoskopowe. - *Chcąc pomagać pacjentom musimy się rozwijać, nie możemy zostawać w tyle* - tłumaczy dr n. med. Lech Gałek, koordynator oddziału Urologii. *Tylko nowoczesne metody leczenia dają zadowalające rezultaty. Poza tym, zapewniamy naszym pacjentom komfort leczenia, prowadząc ich od wizyty w poradni po skomplikowane operacje* - dodaje.

Poniżej znajduje się lista placówek wykonujących zabiegi z użyciem taśm w 2015 oraz 2016 r. w woj. podlaskim.

Nazwa świadczeniodawcy	Oddział, na którym wykonano zabieg	2015 r.	2016 r.
Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	Oddział Ginekologiczno-Położniczy z Pododdziałem Patologii Ciąży	26	20
	Oddział Urologiczny	5	10
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku	Oddział Chirurgii Onkologicznej	1	9
	Oddział Urologii	1	20
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	37	19
Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	20	17
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach	Pododdział Położniczo-Ginekologiczny	10	15
Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	1	10
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	1	10
Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	7	8
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej	6	6
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	10	5
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	3	5
Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	40	1

„Nic o nas bez nas” - Ogólnopolski Związek Inwalidów Narządu Ruchu

Kinga Suwała

Z przeprowadzonych badań w USA wynika, że 1 dolar prawidłowo poświęcony na rehabilitację niepełnosprawnych i przystosowanie infrastruktury, zwraca się aż 18-krotnie. Pozostaje tylko kwestia, jak to zrobić. Na to pytanie odpowiada Ogólnopolski Związek Inwalidów Narządu Ruchu w Krakowie, powstały z inicjatywy pani Stanisławy Wójcik. Pomysł zrodził się jeszcze przed transformacją w 1987 r. Na zagranicznym wyjeździe założycielka, sama będąca osobą niesamodzielną, zobaczyła, że niepełnosprawni mogą funkcjonować w społeczeństwie na równi z innymi.

Nasz związek powstał z buntu, by przywrócić godność, dodać wiary w siebie i chęci do życia - mimo wszystko! - mówi pani Stanisława Wójcik. -

Powstaliśmy, by tych wszystkich ludzi o kulach i wózkach wyciągnąć z domu, pokazać im świat. Nikt nas nie dostrzegał i nie chciał słuchać. A my po prostu chcieliśmy pokazać, że nie jesteśmy ludźmi drugiej kategorii i chcemy normalnie żyć.

Że, choć niepełnosprawność to jest nasza niedogodność, państwo powinno nam pomóc w tych sytuacjach, w których sami nie jesteśmy w stanie sobie poradzić, wyrównać szanse. Np.

przez wdrożenie przepisów ułatwiających nam życie, jak te likwidujące bariery architektoniczne.

Niepełnosprawność ruchowa bywa również połączona z NTM. Najczęściej spotykana jest u osób z uszkodzeniami neurologicznymi, uszkodzeniami kręgosłupa, wiotkimi mięśniami. Cierpiący w swoim środowisku nie mają problemu z mówieniem o swojej przypadłości, radzą sobie nawzajem, polecają lekarzy, nie wychodzą jednak z problemem na zewnątrz, bo wciąż poza najbliższym kręgiem, ten temat to temat tabu.

W zarządzie OZINR zasiadają osoby niepełnosprawne, które wszelkich niedogodności, z jakimi borykają się inwalidzi, doświadczają na własnej skórze. OZINR wie, jakie zmiany są niezbędne i walczy o to, żeby je wprowadzić. Na przykład podjazdy dla wózków. *Przecież z dobrze skonstruowanego podjazdu korzystałyby nie tylko osoby na wózkach - przekonuje założycielka Związku - byłyby ułatwieniem i dla osób o kulach i dla matek z dziećmi czy osób starszych.*

Organizacja chce zmienić te przepisy, które zamiast

pomagać szkodzą. Zmienić strukturę zakładów pracy chronionej oraz wyodrębnić grupę niepełnosprawnych ruchowo, zwłaszcza tych wymagających pomocy osób trzecich, jako oddzielną grupę z tzw. dysfunkcyjnego worka pomocowego MOPS i stworzyć dla nich oddzielną pulę. W obecnych strukturach, większość z nich nie ma szansy z takiej pomocy skorzystać. Związek zauważył luki prawne i walczy o niepełnosprawnych dorosłych (już nie dzieci, jeszcze nie seniorów), którzy są wykluczeni z kompleksowej stałej opieki, takiej, która zapobiegałaby dalszemu pogarszaniu się niepełnosprawności.

Opracowaliśmy postulaty zmiany przepisów i sposoby, w jakie mogłyby być wprowadzone. Chodzi o to, żeby otworzyć oczy społeczeństwu, uświadomić ludziom, że jeśli ułatwi się edukację niepełnosprawnym, możliwość funkcjonowania w życiu dorosłym samodzielnie, to wtedy mogą być przydatni społecznie - tłumaczy pani Stanisława Wójcik. I dodaje - jeśli ktoś autentycznie chce nam pomóc, to nie chodzi o to, żeby mówił w naszym

imieniu, tylko żeby zechciał nas wysłuchać i pozwolił nam pokazać naszą perspektywę. W końcu to my jesteśmy praktykami.

Do niedawna przy organizacji działali psychologowie, było również biuro porad prawnych, specjaliści udzielali informacji w zakresie rehabilitacji, pomocy socjalnej. Organizowane były także wyjazdy integracyjne i kluby zainteresowań. Na ten moment trwają poszukiwania nowej siedziby i oczekiwanie na wiosnę, która daje większą mobilność dla niepełnosprawnych ruchowo. Założycielka nie ukrywa też, że byłiby w stanie dużo więcej zrobić, gdyby znalazł się sponsor.

Głęboko wierzę, że teraz nadchodzi wiatr odnowy. W każdym razie my działamy zgodnie z naszym motto - „Nic o nas bez nas”. - podsumowuje pani Stanisława Wójcik.

Jeśli chcieliby Państwo wesprzeć OZINR w Krakowie, pod tym numerem konta można przekazywać datki: Bank PEKAO SA/ Kraków Nr konta: 22 1240 4533 1111 0000 5422 7695.



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 pokwitowanie 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**

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Centralnego Szpitala Klinicznego MON Wojskowego Instytutu Medycznego



**Prof. dr hab. n. med.
Barbara Biń**

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



**Dr hab. n. med.
Anna Kołodziej**

Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu



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

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



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.

Nietrzymanie moczu może stać się również Twoim problemem,
dlatego rozlicz swój PIT z nami!

**POMÓŻ NAM POMAGAĆ,
PRZEKAZUJĄC SWÓJ**

1%

**Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”
numer KRS: 0000276415**



Nasze oddziały:

Bydgoszcz · Gdańsk · Kielce · Kraków · Łódź ·
Lublin · Poznań · Warszawa · Wrocław

Więcej informacji o tym jak przekazać 1% na www.uroconti.pl