

OPIEKA I PIELĘGNACJA

## Standaryzacja jakości usług asystenckich i opiekuńczych

LEGISLACJA



## Ginekolog uprawniony do wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne



LECZENIE

## Nadreaktywny pęcherz moczowy po radykalnej prostatektomii w teorii i praktyce



WYWIAD

## Jak uroginekologia próbuje zawładnąć telemedycyną



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

## Opieka skoncentrowana na pacjencie. 25 lat Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce



# Śpiesz się powoli, czyli jak zmieniać system

Ostatni kwartał przyniósł pacjentom sporą dawkę emocji. Zaczęło się od niespodziewanej dymisji wiceministra Krzysztofa Łandy, osoby nietuzinkowej w nowym kierownictwie Ministerstwa Zdrowia. To on jest autorem wielu proponowanych zmian, a jeszcze większej ich zapowiedzi. Jego brak w Ministerstwie Zdrowia zapewne będzie odczuwalny dla wielu. Dostrzegają to już środowiska pacjenckie, z którymi chętnie i często się spotykał. Czy wiceministrowie Tombariewicz i Król, którzy przejęli kompetencje po Łandzie, będą taki dialog kontynuować?

To się okaże w najbliższych

sobie odpowiedzieć na kluczowe pytanie: Czy przy obecnym, niskim poziomie finansowania jesteśmy w stanie jeszcze poprawić jakość i dostępność do wyrobów medycznych? Można również zadać sobie inne pytanie brzmiące: Czy wprowadzając zmiany, bez dofinansowania systemu, jesteśmy w stanie utrzymać dotychczasową jakość i dostępność do wyrobów medycznych?

Ostatnie wydarzenia wokół nowelizacji rozporządzenia z 2013 r., obejmującego wykaz refundowanych wyrobów medycznych na zlecenie, wskazują, że w Mi-

nisterstwie Zdrowia zaczyna zyskiwać pragmatyzm. Zmiany, które obowiązują od 1 czerwca br., mogą być odebrane jako kosmetyczne. Zapewne tak jest, biorąc pod uwagę formułowane od lat przez organizacje pacjenckie oczekiwania. Dla pacjentów jednak, nawet tak drobne korekty jak poszerzenie listy osób uprawnionych do przepisywania zleceń, wcale nie muszą być tylko i wyłącznie kosmetyką. Gdy się uważniej w nie wpatrzymy, dostrzeżemy fundamentalny zwrot, który będzie miał ogromny wpływ na funkcjonowanie systemu zdrowia



miesiącach. Z pewnością będzie im trudno. W poczynaniach resortu zdrowia daje się zauważyć rosnącą niechęć do jakichkolwiek nowych wydatków refundacyjnych. Czyżby, przegłosowana w pośpiechu, ustawa o sieciach szpitalnych miała nas kosztować więcej niż sądzono pierwotnie?

Warto w tym miejscu zapytać o środki, jakie NFZ zaoszczędził na ustawie refundacyjnej w lekach. Szacuje się, że ok. 2 mld zł rocznie oszczędności przyniosły negocjacje z producentami leków. Warto zwrócić również uwagę, że zaoszczędzone środki miały być przeznaczone na refundację leków innowacyjnych. Patrząc na wydłużającą się listę pozytywnych rekomendacji prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, trudno nie oprzeć się wrażeniu, że zaoszczędzone pieniądze gdzieś zniknęły.

Dlatego dziwiła mnie zapowiedź nowelizacji ustawy o refundacji wyrobów medycznych bez planowania jakichkolwiek wzrostów wydatków. Jeżeli ktokolwiek chciałby dokonać istotnej zmiany w tym obszarze, najpierw powinien

w przyszłości. Tak właśnie należy odbierać umożliwienie już samodzielnego wypisywania wybranych wyrobów medycznych (m.in. środki absorpcyjne i cewniki) przez pielęgniarki i położne. Podobnie należy spojrzeć na pojawienie się po raz pierwszy na liście fizjoterapeutów (od 1 czerwca mogą już wypisywać m.in. balkoniki, kule, laski, materace przeciwdoleżynowe itp.). Nieważne, że pacjenci jeszcze przez jakiś czas nie odczują tej zmiany z powodu oporów pielęgniarek czy fizjoterapeutów do podpisywania umów z NFZ. Ważne, że drzwi dla innych zawodów medycznych zostały szerzej otwarte.

Warto również odnotować usunięcie kolejnego absurdu, jakim był brak na liście osób uprawnionych do wypisywania refundowanych środków absorpcyjnych ginekologa i położnika. To mała zmiana z perspektywy potrzeb, ale jakże istotna w codziennym życiu osób z NTM, szczególnie dla kobiet.

Tomasz Michalek

## SPIS TREŚCI

## OPIEKA I PIELEGNACJA

|                                                                                                           |   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Standaryzacja jakości usług asystenckich i opiekuńczych dla osób o różnym stopniu niesamodzielności ..... | 4 |
| Never-ending story, czyli o pracach nad nowelizacją ustawy o refundacji wyrobów medycznych .....          | 6 |

## WYWIAD

|                                                          |   |
|----------------------------------------------------------|---|
| Jak uroginiekologia próbuje zawładnąć telemedycyną ..... | 8 |
|----------------------------------------------------------|---|

## LECZENIE

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Nadreaktywny pęcherz moczowy po radykalnej prostatektomii w teorii i praktyce .....                                                                           | 11 |
| Nietrzymanie moczu w przebiegu chorób neurologicznych .....                                                                                                   | 13 |
| Ranking oddziałów NFZ - dostępność .....                                                                                                                      | 14 |
| To nie będzie terapia dla każdego. Zasady kwalifikacji pacjentów z objawami zespołu nadreaktywnego pęcherza do zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych ..... | 15 |

## LEGISLACJA

|                                                                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Nowe rekomendacje i akty prawne - czy wpłyną na sytuację pacjentów z NTM w Polsce? .....                                 | 18 |
| Ginekolog uprawniony do wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne. Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia ..... | 19 |

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

|                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Opieka skoncentrowana na pacjencie. 25 lat Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce ..... | 20 |
| Zabiegowe leczenie NTM z użyciem taśm w woj. śląskim .....                            | 21 |

## ORGANIZACJE

|                                                                                 |    |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|
| Otwarte serca. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem - Oddział w Krakowie ..... | 22 |
|---------------------------------------------------------------------------------|----|

**Redaktor naczelny:** Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Monika Gackiewicz;  
**Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;  
**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.

Szanowni Państwo,

Oddając w Państwa ręce najnowszy numer *Kwartalnika NTM*, pragnę zakomunikować, iż w nowym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie z 29 maja br., poszerzona została grupa lekarzy uprawnionych do przepisywania zleceń na środki chłonne. Nowe uprawnienia dostały również pielęgniarki i położne. Jakie zmiany weszły w życie od 1 czerwca, piszemy na str. 19. Kolejnym wyzwaniem, przed którym obecnie stoi Ministerstwo Zdrowia, jest projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Mimo zapowiedzi szybkiego wprowadzenia nowelizacji ustawy o refundacji wyrobów medycznych, projekt wciąż nie jest gotowy i budzi coraz więcej wątpliwości. Czego one dotyczą, dowiedzą się Państwo z artykułu Moniki Dyjak na str. 6. Kolejnym, istotnym tematem poruszonym w *Kwartalniku NTM*, jest standaryzacja jakości usług asystenckich i opiekuńczych, dla osób o różnym stopniu niesamodzielności. Jak podkreśliła dr Elżbieta Szwałkiewicz w swoim artykule na str. 4, główną wadą obecnego systemu usług opiekuńczych jest brak standaryzacji objawiającej się nieadekwatnością pomocy w stosunku do potrzeb, niską jakością oraz brakiem możliwości wyboru usługodawcy przez klienta. Problem standaryzacji usług asystenckich i opiekuńczych jest wielowątkowy, międzyresortowy i - zdaniem ekspertów - wymaga zmiany obecnych paradygmatów w opiece oraz międzyresortowego podejścia do niepełnosprawności.

Aktualne wydanie obfituje również w szereg artykułów poświęconych leczeniu NTM. Szczególnie zachęcam do lektury tekstu dr n. med. Andrzeja Przybyły nt. nadreaktywnego pęcherza moczowego po radykalnej prostatektomii (str. 11). Niezależnie od metody, jaka zostanie zastosowana w przypadku tego schorzenia, jedną z najczęstszych dolegliwości pooperacyjnych jest ta związana z pęcherzem moczowym i jego opróżnianiem.

Na koniec, polecam Państwu wywiad z Urszulą Herman, twórczynią start-up-u PelviFly. Czy zauważalna jest różnica w podejściu do problematyki mięśni dna miednicy między kobietami w wieku rozrodczym i pomenopauzalnym? Czy fizjoterapeuta powinien mieć możliwość wypisywania zleceń na środki absorpcyjne, tak jak może to już robić teraz pielęgniarka i lekarz? Odpowiedzi na te i inne pytania znajdzie Państwo na str. 8.

Życzę miłej lektury  
 Monika Gackiewicz

# Standaryzacja jakości usług asystenckich i opiekuńczych dla osób o różnym stopniu niesamodzielności

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes Zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”

## Brak standaryzacji - nieadekwatność pomocy w stosunku do potrzeb

W Polsce podstawą decyzji o udzieleniu wsparcia obywatelom, którzy nie potrafią samodzielnie poradzić sobie z codziennym funkcjonowaniem, jest standaryzowany wywiad środowiskowy, sporządzony przez pracownika socjalnego, przypisanego do tzw. rejonu opiekuńczego (na jednego pracownika socjalnego przypada przeciętnie około 2 tys. mieszkańców). Decyzję o udzieleniu pomocy podejmuje kierownik ośrodka pomocy społecznej w gminie<sup>1</sup>. Wsparcie to jest uznaniowe i zależne od infrastruktury pomocowej i środków finansowych, jakimi dysponuje gmina, a nie od stopnia niesamodzielności podopiecznego.

Ekspertcy uważają, że główną wadą obecnego systemu usług opiekuńczych jest brak standaryzacji objawiający się nieadekwatnością pomocy w stosunku do potrzeb, niską jakością, brakiem możliwości wyboru usługodawcy przez klienta i brakiem nadzoru ze strony ośrodka pomocy społecznej nad podmiotem wykonującym usługę (kontrola tylko w reakcji na skargę). O wyborze podmiotu wykonującego usługi decyduje gmina, której głównym kryterium wyboru jest cena usługi, a nie jej jakość. Żaden z podmiotów zlecających i świadczących opiekę nie ma obowiązku omówić z podopiecznym standardów świadczonej opieki. Osoby korzystające z usług nie mają nawet możliwości wyboru podmiotu realizującego usługi w środowisku, co najwyżej mogą prosić o zmianę opiekunki wykonującej usługę. Bardzo często jakość usług pozostawia wiele do życzenia, gdyż brakuje profesjonalnej kadry lub dobrze wyszkolonych osób do świadczenia usług adekwatnie do stopnia niesamodzielności podopiecznego.

Są też w Polsce rejon, gdzie usługi nie są realizowane w ogóle. W przestrzeni prawnej i społecznej nie istnieje także kwestia standaryzacji usług asystenckich. W przypadku osób niesamodzielnych, szczególnie w starszym wieku, gmina może w miarę swych możliwości, udzielić im pomocy finansowej, rzeczowej i zlecić środowiskowe usługi opiekuńcze, a także skierować do opieki instytucjonalnej w ponadgminnych i gminnych domach pomocy społecznej czy dziennych domach pomocy społecznej,

środowiskowych domach samopomocy lub innych placówkach oferujących opiekę dzienną<sup>2</sup>. Osoby przewlekłe chore i niesamodzielne są kierowane również do zakładów opieki długoterminowej<sup>3</sup>, funkcjonujących w ramach systemu opieki zdrowotnej, w których niskie standardy opieki wytycza NFZ, utrzymując od lat drastyczne niedoszacowanie stawki za tzw. osobodzień opieki (niedoszacowanie w stosunku do formalnych wymogów jest ponad 100%). Osoby niesamodzielne, które są samotne, albo gdy rodzina nie zapewnia im opieki, mogą otrzymać wsparcie także w miejscu zamieszkania w formie usług opiekuńczych i specjalistycznych usług opiekuńczych<sup>4</sup>. Żadna z wyżej wymienionych form nie standaryzuje zakresu pomocy w zależności od poziomu samodzielności. Działalność powyższych podmiotów jest finansowana głównie ze środków publicznych i związana ze szczególnie wrażliwym obszarem aktywności społecznej i z tych powodów powinna być standaryzowana i nadzorowana nie tylko w zakresie infrastruktury, ale także w zakresie opieki i relacji międzyludzkich. Szczególnie istotne jest tu wprowadzenie standardu kontroli, który uwzględni nie tylko sam proces udzielania świadczenia, ale także jego efekt.

## Weryfikacja zapisów ustawowych i aktów oraz stworzenie stabilnego źródła finansowania kosztów świadczeń opiekuńczych

Trwający proces standaryzacji domów pomocy społecznej, dotyczący głównie infrastruktury, powinien być kontynuowany, ale z większym uwzględnieniem standardów opieki. Jednak wymaga to weryfikacji zapisów ustawowych i aktów, jak również stworzenia stabilnego źródła finansowania kosztów świadczeń opiekuńczych, świadczonych stacjonarnie i w domu starszej osoby niesamodzielnej. Moim zdaniem, sensowne byłoby podjęcie przerwanych 10 lat temu prac nad ustawą o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, która przewidywała standaryzację opieki w odniesieniu do 3 stopni niesamodzielności. Jest to bardzo pilne wyzwanie, gdyż obecnie budżet państwa, a także budżety samorządów lokalnych i budżety domowe osób niesamodzielnych, nie są w stanie podoląć rzeczywistym kosztom opieki.

<sup>1</sup> W Polsce funkcjonuje ok. 2,5 tys. gmin - dane z Strony internetowej MRPIPS (zakładka pomoc społeczna - raporty i statystyki).

<sup>2</sup> W Polsce funkcjonuje 807 ponadgminnych i gminnych DPS, które oferują łącznie 79 103 miejsc w placówkach publicznych i niepublicznych. Placówek całodobowej opieki (czyli prywatnych z pełną odpłatnością), które są zarejestrowane jest 435, oferują one ponad 14 tys. miejsc.

<sup>3</sup> W Polsce funkcjonuje 427 zakładów opiekuńczo-leczniczych ZOL (225 publicznych i 202 niepubliczne) oraz 178 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych (78 publicznych i 100 niepublicznych). Osoby starsze korzystają także z opieki 73 hospicjów i 69 oddziałów opieki paliatywnej. Opieka długoterminowa i paliatywna dysponuje łącznie 34 tysiącami łóżek, a w ciągu roku obejmuje opieką około 100 tysięcy osób.

<sup>4</sup> Z usług opiekuńczych korzysta około 120 tysięcy osób rocznie, a szacuje się, że osób całkowicie zależnych od opieki jest ponad milion.

Nie możemy zbagatelizować problemu ze względu na jego społeczną skalę i jako cywilizowane społeczeństwo, nie możemy pominąć faktu, że jakość opieki i jakość życia osób niesamodzielnych zależy od przyjętego standardu opieki. Standaryzacja to osiągnięcie w pełni powtarzalnej sekwencji zdarzeń w procesie opieki. Standard jest jednym z najważniejszych elementów postępowania w cyklu zapewnienia jakości. Standaryzacja nie może pominąć obszarów, które mają największe znaczenie z punktu widzenia funkcjonowania osoby niesamodzielnej, a także rodziny czy placówki, w której się znajduje. Kryterium w wyborze alternatywnych sposobów postępowania powinna być wielkość kosztów ponoszonych globalnie w danym obszarze, dlatego pierwszeństwo powinny mieć nie te najtańsze sposoby rozwiązania problemów opiekuńczych (tak jak jest obecnie), tylko te najbardziej efektywne. Obecnie trwa ożywiona dyskusja na temat konieczności standaryzacji usług opiekuńczych, gdyż powszechność zaniedbań pielęgnacyjnych generuje poważne koszty opiekuńcze w pomocy społecznej i leczenia w opiece zdrowotnej.

### **Problem standaryzacji usług asystenckich i opiekuńczych**

By podstawowe potrzeby osób niesamodzielnych, w tym mieszkańców domów pomocy społecznej, były zaspakajane, z uwzględnieniem ich praw człowieka i obywatela, niezbędna jest profesjonalnie przygotowana kadra (ze szczególnym zwróceniem uwagi na strategię komunikacyjne i kompetencje opiekuńcze) oraz właściwa przestrzeń pielęgnacyjna. Problem standaryzacji usług asystenckich i opiekuńczych jest wielowątkowy, interdyscyplinarny, międzyresortowy i wymaga zmiany obecnych paradygmatów w opiece<sup>5</sup> oraz innego podejścia do niepełnosprawności. Należy tu zwrócić uwagę na potrzebę zmian w orzecznictwie i wprowadzenie orzekania o stopniu niesamodzielności na podstawie ICF. Precyzyjne zdiagnozowanie możliwości funkcjonalnych człowieka i jego potrzeb, będzie miało wpływ na kształtowanie przestrzeni życiowej i pielęgnacyjnej, wprowadzenie

sprzętu i technologii kompensujących utraconą sprawność, wprowadzenie katalogu standaryzowanych technik pracy i interwencji terapeutycznych, pielęgnacyjnych i komunikacyjnych oraz kształcenie i zatrudnianie personelu kompetentnego w opiece nad osobami niesamodzielnymi, adekwatnie do stopnia ich niesamodzielności.



Fot. #105199572 © Kzenon - Fotolia.com

### **Krok do katastrofy społecznej**

Celowość, a nawet konieczność działań naprawczych, jest konkluzją wielu opracowań i dokumentów sporządzonych w ostatnich latach, m.in. do potrzeby standaryzacji odnoszą się opracowania finansowane z Europejskiego Funduszu Społecznego, wskazujące na te elementy, które należy poprawić. Aktualnym problemem wszystkich domów pomocy społecznej jest brak wystarczających środków na lepsze dopasowywanie oferty do indywidualnych oczekiwań i preferencji odbiorców pomocy społecznej, co wywołuje u mieszkańców poczucie bezradności, nudy i samotności. Jeszcze gorzej wygląda sytuacja w usługach opiekuńczych i asystenckich świadczonych w ramach opieki domowej. Brak odpowiednich środków, ale także wiedzy osób odpowiedzialnych za politykę i organizowanie wsparcia osobom niesamodzielnym na wszystkich szczeblach zarządczych, wpływa także na dramatycznie niskie zainteresowanie kształceniem i pracą w zawodach opiekuńczych i pielęgniarstwie, a stąd już krok do katastrofy społecznej. Szczególnie, że opieka nieformalna (rodzinna) też przeżywa poważny kryzys.

<sup>5</sup> Obecnie w naszym kraju panuje przekonanie, że opieka nad osobą chorą i niepełnosprawną polega na wyręczaniu jej w codziennych czynnościach życiowych, a przypadku osób leżących większość podstawowych czynności takich jak mycie, jedzenie, wydalanie wykonuje się w łóżku. Nie ma także uświadomionej potrzeby używania pielęgnacyjnego sprzętu wspomagającego, dotyczy to także instytucji świadczących opiekę stacjonarną.

# Never-ending story, czyli o pracach nad nowelizacją ustawy o refundacji wyrobów medycznych

Monika Dyjak

## Projekt wciąż wymaga poprawek

Mimo zapowiedzi szybkiego wprowadzenia, projekt ustawy wciąż nie jest gotowy. W czerwcu mija rok od rozpoczęcia prac nad projektem ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Projekt wciąż wymaga poprawek i budzi coraz więcej wątpliwości. System finansowania i refundowania wyrobów medycz-

finansowania produktów. Głównym celem projektowanej ustawy jest zmiana systemu refundacji wyrobów medycznych, tak aby w ramach dostępnych publicznych środków finansowych, odpowiadał on w możliwie najwyższym stopniu aktualnemu zapotrzebowaniu społecznemu w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne. Projekt reguluje relacje między podmiotami gospodarczymi tworzącymi rynek krajowy w tym zakresie oraz wprowadza zasady liczenia cen i marż.

- *Zastrzeżeń do projektu jest dużo. Zapewnienie tych ustawień, gdzie państwo chce przejąć funkcję uzgadniania ceny na dany wyrób, może udało się w przypadku leków, ale nie za bardzo jestem sobie w stanie wyobrazić tego w przypadku wyrobów medycznych, a zwłaszcza tych wydawanych na indywidualne zlecenie. Co więcej, planowane zmiany nie miały być poparte dodatkowym finansowaniem w tym niedoszacowanym od lat budżecie.*  
- komentuje Józef Góralczyk.

## Wyroby medyczne nie mogą podlegać takim samym regulacjom, jak leki

Zdaniem dystrybutorów, zapowiadane przez resort zmiany, mogą przyczynić się do upadku polskich sklepów medycznych, i w konsekwencji, utrudnić pacjentom, zwłaszcza w mniejszych

miejsowościach, dostęp do zaopatrzenia w wyroby medyczne. Również środowisko pacjentów ma coraz więcej wątpliwości. Wyroby medyczne nie mogą podlegać takim samym regulacjom, jak leki, gdyż są to zupełnie inne rodzaje produktów. *Wyroby medyczne rządzą się zupełnie innymi prawami niż leki. Zmiany list refundacyjnych pacjenci musieliby śledzić co kilka miesięcy. Czy poradzą sobie z kilkudziesięcioma rodzajami środków absorpcyjnych, gdy już gubią się przy 3-4 substancjach leczniczych?* - pyta Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti.

W uzasadnieniu projektu czytamy, że celem nowelizacji ustawy jest takie przekształcenie systemu refundacji, aby działał on na podobnych zasadach, co refundacja leków. Podobnie jak przy lekach, producenci będą zgłaszać swoje produkty, wnioskując o objęcie refundacją. W trakcie negocjacji zostanie ustalona maksymalna cena

Fot. #138474865 © Plo Si - Fotolia.com

urzędowa, następnie zostanie stworzona grupa limitowa i określona wysokość limitu finansowania, do którego NFZ refunduje wyrób. Powyżej tego limitu pacjent dopłaci we własnym zakresie. Zapis w ustawie „25% dopełnienia obrotu za poprzedni kwartał”, ma zabezpieczać interesy pacjentów, ponieważ preferuje na potencjalnych listach refundacyjnych te produkty, z których najczęściej korzystają pacjenci, a nie te, które narzuci NFZ lub nisko-jakościowi producenci. Niestety, nie określono dokładnie, kiedy zasada ta wejdzie w życie. A to może oznaczać zalanie rynku tzw. chińszczyzną, co może doprowadzić do obniżki limitów cenowych i w konsekwencji również jakości dostępnych produktów. Dlatego, wielkim wyzwaniem dla Ministerstwa Zdrowia, będzie określenie grup refundacyjnych oraz parametrów jakościowych produktów tak, aby wyeliminować zagrożenie zawężenia asortymentu czy też obniżenia standardu. Wyroby medyczne stanowią prawdziwą mozaikę produktów. Tylko w środkach chłonnych należałoby stworzyć co najmniej kilkadziesiąt grup limitowych, w zależności od rodzaju (majtki chłonne, pieluchomajtki, wkłady urologiczne, pieluchy anatomiczne, podkłady), rozmiaru (XS, S, M, L, XL) czy przeznaczenia (produkt nocny lub dzienny, dla kobiet i dla mężczyzn etc.).

### **Brak wzrostu finansowania - pogorszenie jakości produktów i dostępności?**

Według autorów projektowanej nowelizacji ustawy miałyby ona wprowadzić nowy mechanizm refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie oraz wyrobów medycznych stosowanych w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych. Zidentyfikowane mają zostać wyroby medyczne stosowane w ramach udzielania świadczeń gwarantowanych, które generują bardzo wysokie koszty po stronie płatnika publicznego, dla których zostanie ustalona urzędowa cena zbytu. Planowane rozwiązania miałyby umożliwić pacjentom dokonywanie dopłat w sytuacji, gdy podczas korzystania ze świadczeń finansowanych przez NFZ będą chcieli mieć dostęp do preferowanego wyrobu medycznego, nieobjętego finansowaniem ze środków publicznych. Z punktu widzenia systemu, refundowane miałyby być wyłącznie te wyroby, które mają udowodnioną skuteczność i bezpieczeństwo stosowania.

Jak podkreślają środowiska pacjenckie, projekt ten wprost stwierdza w ocenie skutków regulacji, że wydatki narodowego płatnika na grupę wyrobów medycznych pozostaną na dotychczasowym poziomie, czyli wielokrotnie niższym, niż w krajach Grupy Wyszehradzkiej. Istnieje więc obawa, że skutkiem tak przygotowanej ustawy będzie jedynie pogorszenie jakości produktów i dostępności do nich. – *Od lat staramy się uzmysławiać kolejnym rządcom, że bardzo niski poziom finansowania wyrobów medycznych jest podstawową przyczyną niskiego poziomu życia niepełnosprawnych i niesamodzielnych Polaków. Kryteria ilościowe oraz cenowe dla wielu z tych wyrobów są na żenująco niskim poziomie. Obawiam się, że pozostając na dotychczasowym poziomie finansowania, rząd nie zdoła już poprawić jakości i dostępności wyrobów, pod tym względem z tego systemu wycisnąć się już raczej więcej nie da. Może jedynie w ortopedii ministerstwo mogłoby podnieść jakość sprzętu, gdyby jego przedstawiciele posłuchali wreszcie naszego postulatu o wprowadzeniu refundowanych wypożyczalni. Zamiast refundować sprzedaż wózka inwalidzkiego, można refundować jego wypożyczenia, a to oznacza, że wózek musiałby być trwalszy aby służył jak najdłużej. Skoro bogate Niemcy tak robią, to może warto u nas spróbować tego rozwiązania sukcesywnie powiększając grupę produktów w ramach refundowanych wypożyczalni, zamiast wyrwać cały system?* – pyta Józef Góralczyk.

– *Przeprowadzając tak duże zmiany, należy wydłużyć cały proces i zaangażować wszystkie strony w prace, tak aby rzetelnie policzyć rzeczywiste koszty i skutki proponowanych zmian – dodaje Anna Sarbak z UroConti i podkreśla, że przy braku woli politycznej znacznego zwiększenia wydatków na refundację wyrobów medycznych, możliwe zmiany, które wydają się racjonalne, powinny obejmować przynajmniej dostosowanie limitów cenowych oraz ilościowych do danych grup chorych (wyższe jedynie dla osób z ciężkim stopniem NTM).*

– *W projekcie nie wzięto pod uwagę wielu aspektów, a przede wszystkim specyfiki branży wyrobów medycznych, bardzo innowacyjnej, bardzo różnorodnej, trudnej do skategoryzowania. Oprócz samego produktu ważne jest jego odpowiednie dopasowanie i serwis. A to wszystko przekłada się na poprawę jakości życia nas wszystkich. W gąszczu finansowych tabel i szukania dalszych oszczędności zapomniano o istocie – czyli jak zwykle – o realnych potrzebach pacjenta.* – podsumowuje Józef Góralczyk.

|                                            | <b>Polska</b> | <b>Węgry</b> | <b>Czechy</b> | <b>Słowacja</b> |
|--------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|-----------------|
| <b>Budżet refundacyjny</b>                 | 225 mln       | 136 mln      | 296 mln       | 255 mln         |
| <b>Wydatki NFZ/<br/>liczba mieszkańców</b> | 5,9 zł        | 13,8 zł      | 27,6 zł       | 47,2 zł         |

# Jak uroginekologia próbuje zawładnąć telemedycyną

Z Urszulą Herman, założycielką Fundacji Force Feminite, rozmawia Tomasz Michałek

**W zeszłym roku zorganizowała Pani kampanię edukacyjną „Co trzecia”. Warto było?**

Tak, warto było, bo zrobiliśmy kampanię w 14 miastach i udało się dotrzeć do prawie dwóch tysięcy osób. Głównie to były młode kobiety, a właśnie na nich zależało nam najbardziej. Z moich badań wynika, że pierwsze objawy nietrzymania moczu są ignorowane. Z drugiej strony właśnie wtedy ćwiczenia są najbardziej skuteczne. Całe przedsięwzięcie było dosyć odważne z naszej strony, bo na początku nie mieliśmy tak dużo sponsorów, ale pomogli nam wolontariusze. Do programu zaangażowaliśmy przede wszystkim lekarki, fizjoterapeutki, pielęgniarki, położne i trenerki sportowe. W każdym mieście udało się stworzyć zaangażowaną grupę osób i zorganizować merytoryczne wykłady oraz praktyczne warsztaty. Tym samym zdołaliśmy nadać kampanii taki powiew świeżości. Nie do przecenienia było zaangażowanie również znanych kobiet: m.in. aktorek Pauliny Holtz, Ani Matysiak czy położnej Jeannette Kalyty. Zainteresowanie kampanią było ogromne co pokazało, że świadomość zarówno problemu jak i profilaktyki u młodych kobiet systematycznie zwiększa się.

**Jak Pani ocenia poziom świadomości u młodych kobiet na temat istnienia czegoś takiego jak mięśnie dna miednicy?**

Prowadząc badania związane z projektem PelviFly dostrzegłam, że świadomość kobiet na ten temat stale rośnie. Tym niemniej wciąż jesteśmy na etapie „mięśni Kegla” a nie mięśni dna miednicy. Kobiety wiążą je też przede wszystkim z jakością życia seksualnego, a nie z nietrzymaniem moczu. Nie uświadamiają sobie, że dno miednicy nie działa w oderwaniu od innych struktur naszego ciała, ale razem z mięśniami brzucha, przykręgosłupowymi i od góry z przeponą tworzy tzw. stabilizację centralną, która pomaga utrzymać prawidłową postawę ciała. Również rehabilitacja po porodach cały czas nie jest powszechna, a taka profilaktyka przynosi największe efekty. Zatem, świadomość jest wciąż niska, choć mam wątpliwości, czy na świecie jest ona znacząco wyższa.

**Czy widzi Pani różnicę w podejściu do tej problematyki między kobietami w wieku rozrodczym i pomenopauzalnym? Wygrywa profilaktyka czy już szukanie ratunku, gdy sytuacja jest naprawdę poważna?**

Najwięcej pacjentek mamy po drugim porodzie. Natomiast średnia wieku całej populacji ćwiczącej z PelviFly to

ok. 39 lat. Panie po pierwszym porodzie mają często lekkie NTM, ale jeszcze go nie leczą, a po drugiej ciąży, już wiedząc, że problem narasta, szukają informacji w Internecie i często trafiają do nas. Drugą grupę stanowią panie w wieku okołomenopauzalnym, które przychodzą z naprawdę dużym problemem, którym czasami trudno jest już pomóc zachowawczymi metodami i potrzebny jest niestety zabieg operacyjny. Chociaż tak jak zaleca Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, w większości przypadków, zawsze warto zacząć leczenie od rehabilitacji, a dopiero później dobierać bardziej inwazyjne metody. Każdy przypadek pacjentki (a jest ich niemało), który uniknie operacji trenując mięśnie dna miednicy, jest naszym ogromnym sukcesem. Bardzo cieszę się również, że kreuje się nowa grupa kobiet przed 40. rokiem życia, które chcą działać profilaktycznie, chociaż mają już często pierwsze objawy NTM. Niestety to zdecydowanie zbyt mały procent pań i ćwiczenia jako profilaktyka NTM to wciąż rzadkość. W tym kontekście Polska jest raczej reaktywna niż proaktywna. W programie PelviFly jest tylko ok. 10% kobiet, które stosują profilaktykę, ale to są w większości sportswomenki, lekarki, fizjoterapeutki, które mają dużą świadomość, panie, które chcą zadbać o swoje życie seksualne i panie, które chcą się przygotować do ciąży.

**Coraz częściej pojawiają się głosy nawołujące do większej współpracy pomiędzy fizjoterapeutą a lekarzem. Co pani o tym sądzi?**

Takie holistyczne podejście: fizjoterapeuta, lekarz, pielęgniarka, położna, to świetne rozwiązanie propagowane też w innych krajach i niezwykle skuteczne w przeciwdziałaniu i leczeniu NTM. Nie widzę jednak jeszcze takiej pełnej gotowości w Polsce. Lekarze zajmują się swoją częścią, fizjoterapeuci swoją, a rola pielęgniarki, która mogłaby edukować o problemie, tak jak to ma miejsce w innych krajach, sprowadza się głównie do pielęgnacji. A przecież pielęgniarka mogłaby być świetnym edukatorem ds. NTM (za granicą działają tzw. Nurse Continence Advisor). Mogłoby to być skuteczne i ekonomiczne rozwiązanie.

**Czy idea opieki skoordynowanej, prezentowana przez Ministra Zdrowia, ma szansę, w związku z tym, w Polsce się przyjąć?**

Moim zdaniem, to genialny pomysł i gdyby dużo osób się zaangażowało, to jest to do zrobienia, tylko potrzeba czasu, by wszystkie grupy zawodowe zechciały ze sobą współpracować. Tu widzę największy problem.

## W Polsce, od wielu lat, mówi się o konieczności rozwoju telemedycyny. Jaki jest Pani pomysł na połączenie telemedycyny z uroginekologią?

Czerpiemy z różnych wzorców. Moim marzeniem jest, by to właśnie uroginekologia zawładnęła telemedycyną! Mieliliśmy już taki mały sukces, kiedy byliśmy jedynym start-upem z Polski, który pojawił się przed Ministrem Zdrowia Niemiec podczas Globalnego Kongresu Zdrowia (*World Health Summit*). Zaproszono projekty z całego świata mające szanse rozwiązać globalne problemy społeczne, a takim bez wątpienia jest NTM. Byliśmy jedną z 10 firm, która mogła przedstawić swój pomysł. Nietrzymanie moczu i problemy w życiu seksualnym są tematem tabu i wstyd z nimi związany tworzy barierę w podejmowaniu leczenia. Telemedycyna pozwala na rozpoczęcie rehabilitacji w warunkach domowych, oswojenie się z problemem, a następnie otwarcie się na współpracę z lekarzem i fizjoterapeutą. Dodatkowo, tylko telemedycyna pozwala na utrzymanie bardzo wysokiej dyscypliny wykonywania założonego planu treningowego przez wiele tygodni, a to jest kluczem do sukcesu w terapii. Moim pomysłem jest również skoordynowana opieka. W całym procesie rehabilitacji w systemie PelviFly, pacjentki są pod opieką specjalistów aktywnie biorących udział w diagnozowaniu, dobieraniu ścieżki ćwiczeń i uzupełnianiu terapii w razie konieczności farmakologią lub innymi zabiegami. Telemedycyna nie zabiera specjalistom pacjentów, a raczej daje narzędzie do skutecznego im pomagania.

## Uczestniczy Pani w kongresach naukowych, na które przyjeżdżają specjaliści z dziedziny szeroko pojętej uroginekologii z całego świata. Jak to wygląda z perspektywy Polki? Świat nam daleko odjechał?

Nie myślę tak. Są obszary takie jak obowiązkowa, refundowana rehabilitacja po porodzie, której w Polsce brakuje, ale w innych dziedzinach, takich jak badania naukowe lub przygotowanie specjalistów, mamy porównywalne wyniki. Mówię to na podstawie chociażby ostatniej konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) w Japonii. My nie tylko stworzyliśmy w Polsce wyjątkową na skalę świata aplikację do ćwiczeń, ale również jako nieliczni, wykorzystujemy urządzenie do zdalnego monitoringu aktywności mięśni, a także proponujemy całą opiekę telemedyczną we współpracy z lekarzami i fizjoterapeutami. Jako jedni z pierwszych na świecie, prowadzimy badania nad możliwością zdalnego diagnozowania stanu

mięśni dna miednicy, a także wykorzystania sztucznej inteligencji do projektowania optymalnych ścieżek rehabilitacji, skracających czas potrzebny do osiągnięcia efektu i zapewniających bezpieczeństwo.

## W zeszłym roku, po wieloletniej batalii, parlament przegłosował ustawę o zawodzie fizjoterapeuty. W grudniu powstała Krajowa Izba Fizjoterapeutów. Czy wiąże Pani z tymi zmianami jakieś nadzieje dla kobiet w Polsce?

Myślę, że dobrze się stało, że zawód fizjoterapeuty został uregulowany. Rola fizjoterapeuty w systemie opieki nad pacjentką z NTM jest bardzo ważna. Fizjoterapeuci szkolą się w uroginekologii, również za granicą, co znacznie podnosi prestiż tego zawodu. Głęboko wierzę, że dzięki temu, że zawód został uregulowany, kobiety trafią do specjalisty z potwierdzonym wykształceniem i kompetencjami, a co za tym idzie, przełoży się to na efektywność procesu rehabilitacji i w efekcie polepszy sytuację kobiet w Polsce.

## Czy sądzi Pani, że fizjoterapeuta powinien mieć możliwość wypisywania zleceń na środki absorpcyjne tak, jak może to już robić teraz pielęgniarka i lekarz?

Myślę, że jeśli fizjoterapeuta pracuje z pacjentkami z NTM, to powinien mieć taką możliwość.

## Jak Pani ocenia kwalifikacje polskich lekarzy, a także pielęgniarek

## i położnych, do niesienia pomocy kobietom cierpiącym na NTM na tle ich zagranicznych kolegów i koleżanek?

Jeśli chodzi o lekarzy, którzy specjalizują się w leczeniu NTM, a jest ich naprawdę w Polsce niewielu, to uważam, że nie odbiegają oni od standardów zagranicznych. Jest ich jednak stanowczo za mało w stosunku do potrzeb. Osobiście upatruję w tym obszarze ogromną rolę lekarzy rodzinnych, którzy mogliby już wstępnie diagnozować pacjentki na poziomie POZ. Jeśli chodzi o pielęgniarki i położne, to uważam, że mogłyby odgrywać znacznie większą rolę w systemie niż obecnie, szczególnie w obszarze edukacji kobiet i pomocy w zmniejszaniu bariery wstydu. To skróciłoby czas upływający od momentu wystąpienia pierwszych objawów do rzeczywistego podjęcia leczenia przez pacjentkę. Często prowadzę szkolenia dla pielęgniarek i położnych i jest duże zainteresowanie tym tematem. Nie zawsze jednak widzą potencjał wykorzystania tej wiedzy w swoim miejscu pracy, a rozwiązania systemowe nie zachęcają do tego. Bardzo bym chciała, by się to zmieniło. Natomiast od strony fizjoterapeutów, zainteresowanie jest ogromne, ale potrzeba dużej wiedzy i doświadczenia, żeby



Urszula Herman

pomóc pacjentkom w fachowy i bezpieczny sposób.

**Wracając do fizjoterapii. Promuje Pani metodę pod nazwą PelviFly. W ostatnich latach mamy prawdziwy wysyp ofert różnych metod ćwiczeń mięśni dna miednicy. Czym PelviFly się wyróżnia na ich tle?**

To jest metoda ćwiczeń w domu z zastosowaniem treningu selektywnego mięśni dna miednicy, pod nadzorem gabinetowego fizjoterapeuty, po tym jak pacjentkę zdiagnozuje lekarz. Na starcie robimy test m.in. na siłę skurczu mięśni i ich wytrzymałość, zdolność do rozluźniania, pod to podpinamy indywidualną ścieżkę treningu, dostosowaną do możliwości i celu każdej kobiety. Co miesiąc modyfikujemy ten plan, proponujemy inne treningi - na szybkość, na wytrzymałość, poprawiające kontrolę lub uczące rozluźnienia. Używamy do tego gier (planów treningowych w formie animacji i wizualizacji), co bardzo wciąga i motywuje do tego, by wykonywać trening regularnie przez kilka miesięcy, 5-6 razy w tygodniu. Nasze podopieczne robią to samodzielnie w domu. Dodatkowo stale edukujemy na temat roli i wagi mięśni dna miednicy w życiu każdej kobiety, a ponieważ aplikacja umożliwia komunikację z wykorzystaniem wewnętrznego czatu, zapewniamy dostęp na bieżąco do pielęgniarce lub fizjoterapeuty. Pacjentka na stałe ma przypisanego opiekuna (fizjoterapeuta), który uczy ergonomii życia codziennego, np.: jak podnosić dziecko, jak wstawać, jak siedzieć itp. Rozwiązanie, jak widać, jest komplementarne. Staramy się je oczywiście cały czas udoskonalać, dzięki czemu nasza platforma, dzięki pozyskiwanym grantom, stale się rozwija. **Z reklamy, którą można znaleźć na państwa stronie internetowej wynika, że pierwsze efekty ćwiczeń pojawiają się dopiero po 12 tygodniach. Nie obawia się Pani, że dla wielu kobiet może to być za długi okres?**

Tak, obawiam się. Ale staramy się przede wszystkim mówić prawdę. Zbyt często obiecuje się łatwe i szybkie efek-

ty pozbycia się problemu NTM. Trening i ćwiczenia są skuteczne, ale wymagają czasu. Mięśnie muszą nauczyć się nowej aktywności, osiągnąć odpowiednią siłę, zbudować wytrzymałość, nauczyć się rozluźniania, a na końcu zacząć działać automatycznie, wtedy kiedy tego najbardziej potrzebujemy. To właśnie w dużej mierze wytrzymałość mięśni, a nie ich siła, odpowiada za przeciwdziałanie wysiłkowemu nietrzymaniu moczu. Wytrzymałość buduje się powoli, tak jak powoli i systematycznie przygotowuje się sportowiec do biegów na długich dystansach. Oczywiście panie mogą zauważać pierwsze zmiany już nawet po 6 tygodniach, ale my konkretne zmiany w parametrach mięśni widzimy dopiero po 3 miesiącach. Pomagamy w utrzymaniu dyscypliny ćwiczeń i motywacji poprzez alerty, przypomnienia, elementy rywalizacji, urozmaicone ćwiczenia (np. nowa animacja w grze), a często również pełnimy rolę trenera personalnego. Absolutnie świetnie z naszą aplikacją dają sobie radę również starsze panie.

**Ile to kosztuje?**

Mamy kilka pakietów. Dla Pań z NTM zalecamy pełną ścieżkę leczenia trwającą pół roku. To pakiet terapeutyczny o wartości ok. 1 300 zł, który można oczywiście również rozłożyć na raty. W tym pakiecie jest obowiązkowa wizyta u lekarza specjalizującego się w uroginekologii, zapewniająca odpowiednią diagnostykę na start, wizyta w gabinecie fizjoterapeuty pozwalająca na ocenę funkcjonalną dna miednicy i naukę poprawnej aktywacji mięśni, a także sześć miesięcy naszego, zdalnego nadzoru. Kluczowa jest dla nas dobra współpraca lekarza i fizjoterapeuty, gdyż wtedy osiągamy najlepsze efekty terapeutyczne. Jeżeli Panie mają już za sobą wizyty u specjalistów lub chcą ćwiczyć profilaktycznie, to mogą zacząć od najtańszego pakietu startowego, z opieką przez jeden miesiąc, którego cena to 580 złotych.

**Urszula Herman**

Fundatorka i założycielka Fundacji Force Feminite, której celem jest edukacja kobiet na temat dysfunkcji dna miednicy i przełamywanie tabu związanego z problemem nietrzymania moczu. Jedną z inicjatorek kampanii społecznej „Co trzecia”.

Doktorantka na Uniwersytecie Jagiellońskim Collegium Medicum, pionierka we wdrażaniu innowacyjnych rozwiązań telemedycznych w profilaktyce i terapii dysfunkcji dna miednicy (rozprawa doktorska pt.: Profilaktyka i terapia dysfunkcji mięśni dna miednicy kobiet z wykorzystaniem telemedycyny). Laureatka licznych nagród i stypendiów za osiągnięcia naukowe (Grant Adamed, stypendium dla najlepszych doktorantów UJCM, Polskie Towarzystwo Telemedycyny i eZdrowia). Gdy narodził się pomysł wykorzystania nowych technologii, nawiązała współpracę z inżynierami i projektantami ze Stanford University z Doliny Krzemowej (USA). Dzięki temu udało się jej połączyć najnowocześniejszą technologię z medycyną.

Prezes zarządu i założycielka start-upu Pelvifly. Stworzyła rozwiązanie, które zrewolucjonizowało branżę telemedyczną i może pomóc rozwiązać problem tysięcy kobiet w Polsce, a docelowo milionów na świecie. Pomysłodawczyni produktu i aplikacji, które pozwalają na rehabilitację oraz trening dna miednicy u kobiet. Laureatka konkursu Bizneswomen Roku 2016 i mentorka w programie Fundacji Edukacyjnej Perspektywy „Lean in STEM” (Science, Technology, Engineering, Mathematics), gdzie swoją wiedzę wspiera młode dziewczyny, które planują karierę w globalnej korporacji, instytucji badawczej, na uczelni, chcą stworzyć własny start-up lub w inny sposób podbić świat technologii i nauki.

# Nadreaktywny pęcherz moczowy po radykalnej prostatektomii w teorii i praktyce

dr n. med. Andrzej Przybyła

Europejskie Centrum Kontynencji, Karpacz

## Brak standaryzacji - nieadekwatność pomocy w stosunku do potrzeb

Radykalna prostatektomia stanowi standard operacyjny w leczeniu raka prostaty. Niezależnie od metody, jaka zostanie zastosowana - klasyczna/otwarta (załonowa lub przekroczoza), laparoskopowa czy laparoskopowa przy użyciu robota da Vinci, jedną z najczęstszych dolegliwości pooperacyjnych jest ta związana z pęcherzem moczowym i jego opróżnianiem.

O ile we wczesnej fazie po prostatektomii, mamy do czynienia najpierw głównie z wysiłkowym nietrzymaniem moczu (inkontynencja wysiłkowa) i zaburzeniami erekcji (ang. *erectile dysfunction after prostatectomy*), o tyle w późniejszym okresie dominować mogą objawy podobne do tzw. OAB (ang. *overactive bladder*). Bardzo często powyższe dolegliwości występują razem (tzw. nietrzymanie moczu mieszane, inkontynencja mieszana).

Pacjenci skarżą się wtedy na częstomocz z parciem nagłym lub/i uczucie niepełnego opróżniania pęcherza po mikcji. Nierzadko mamy do czynienia także z algurią (bolesnym oddawaniem moczu), a nawet z nagłym zatrzymaniem moczu. To wszystko utrudnia pacjentom normalne funkcjonowanie i wpływa negatywnie na jakość ich życia, doprowadzając częściej niż zwykle do reakcji wycofania oraz depresji, a nawet samobójstw.

Aby dokładniej zrozumieć patomechanizm objawów pęcherza nadreaktywnego po radykalnej prostatektomii, trzeba poznać zarówno niezwykle skomplikowaną anatomię miednicy mniejszej i jej biomechanikę oraz orientować się, jak wygląda i do czego doprowadza sam zabieg operacyjny. Na końcowy efekt operacji składa się wiele czynników, zależnych zarówno od chirurga-urologa, jak i samego pacjenta, a także m.in. otyłość, wcześniejsze schorzenia, cukrzyca, choroby neurologiczne, doświadczenie operatora itd.

Po usunięciu prostaty powstaje całkowicie nowa sytuacja anatomiczna. Najważniejsze struktury tej okolicy to mięsień zwieracz zewnętrzny cewki moczowej, szyja pęcherza moczowego, anastomoza pęcherzowo-cewkowa i ich wzajemny, nowy kąt nachylenia oraz brak wcześniejszej podpory (prostaty). Ze struktur mięśni dna miednicy najważniejszą rolę grają natomiast mięsień łonowo-guziczny (łac. *Musculus pubococcygeus*), podłużny mięsień odbytu, mięsień biodrowo-guziczny (łac. *Musculus iliococcygeus*) i mięsień łonowo-odbytniczy (łac. *Musculus puborectalis*). Wzajemna korelacja między powyższymi strukturami zostaje całkowicie zaburzona po operacji. W trakcie zabiegu przecięte zostają m.in. więzadła łonowo-stercowe (łac. *Ligamen-*

*tum puboprostaticum*) i ważne powięzie (tzw. fasciae), które mają wpływ zarówno na tonus (napięcie) mięśnia zwieracza zewnętrznego cewki moczowej (odpowiedzialnego za trzymanie moczu), jak i na szyję pęcherza moczowego. Nadmienić należy także naturalny proces starzenia się organizmu i zwiotczenia, utraty elastyczności struktur mięśniowo-włóknistych w obrębie miednicy mniejszej (degeneracja włókien kolagenowych).

Sytuację pacjenta może pogorszyć jeszcze opcja dodatkowego naświetlania (radioterapii) okolicy łoża prostaty, która jest niekiedy konieczna. Radioterapia może dodatkowo wpłynąć negatywnie na wrażliwą tkankę pęcherza moczowego, ale i odbytnicy i sprężystej tkanki okolicy kroczonej, i mięśni dna miednicy.



Fot. #75519617 © Jovannig - Fotolia.com

## Standard postępowania z pacjentem po radykalnej prostatektomii

Standardem postępowania z pacjentem po radykalnej prostatektomii jest na świecie stacjonarna, a następnie ambulatoryjna rehabilitacja urologiczna. Od niedawna multimodalna stacjonarna rehabilitacja urologiczna możliwa jest także w Polsce (Europejskie Centrum Kontynencji w Karpaczu).

Rehabilitacja urologiczna po radykalnej prostatektomii, powinna mieć miejsce optymalnie w ciągu dwóch pierwszych lat po zabiegu. Wtedy uzyskuje się najlepsze wyniki i zapewnia tym samym maksimum komfortu życia pacjentom, co jest szczególnie ważne dla tych, którzy np. wciąż pracują i są aktywni socjalnie.

Zanim pacjent rozpocznie rehabilitację urologiczną w wyspecjalizowanym ośrodku, musi przejść podstawową dia-

gnostykę i badanie wstępne, które obejmuje m.in. dokładny wywiad lekarski z analizą przebiegu leczenia, badanie fizykalne włącznie z badaniem per rectum oraz orientacyjnym badaniem neurologicznym, badaniem USG (z pełnym pęcherzem i pęcherzem po mikcji) oraz badaniem moczu i testem wkładkowym.

### Rehabilitacja urologiczna w przypadku objawów nadreaktywnego pęcherza

Rehabilitacja urologiczna w przypadku objawów nadreaktywnego pęcherza, po radykalnej prostatektomii, obejmuje m.in.:

Terapię pierwszego rzutu, czyli leczenie nieoperacyjne, konserwatywne, które w większości przypadków jest skuteczne:

- trening pęcherza moczowego i trening zachowawczy;
- trening mięśni kroczych/dna miednicy (bezprzrządowy - klasyczny, podstawowy i przyrządowy - zaawansowany, tzw. Projekt Andros);
- biofeedback (np. videoendoskopowy);
- odpowiednia dieta i ilość dostarczanych płynów;
- ewentualnie dodatkowo zewnętrzna elektrostymulacja.

Trening pęcherza moczowego obejmuje zajęcia teoretyczne i praktyczne. Pacjent otrzymuje podstawową i niezbędną wiedzę na temat fizjologii i anatomii układu moczowego oraz uczy się jak postępować w warunkach życia codziennego.

Trening mięśni kroczych i mięśni dna miednicy odbywa się przy udziale lekarza oraz wyszkolonego fizjoterapeuty. Program treningu, zarówno klasycznego, jak i przyrządowego (Projekt Andros), ustalany jest indywidualnie i obejmuje szereg czynników, które muszą zostać wzięte pod uwagę, jak np.: stan pooperacyjny struktur miednicy (w badaniu przedmiotowym i USG), wiek pacjenta, mobilność, choroby współistniejące, otyłość, wydolność krążeniowo-oddechowa. Niezwykle istotnym elementem właściwego wykonywania ćwiczeń jest umiejętność prawidłowego oddychania podczas treningu, które nie jest dla pacjentów łatwe i dlatego wymaga ciągłej kontroli wykwalifikowanego personelu. Odpowiedni ruch, zgranie oddechu i aktywacja mięśniowa stanowią podstawę efektywnego treningu mięśni miednicy. Zasadniczą różnicą między treningiem klasycznym a przyrządowym jest skala napięć, jakie uzyskuje się podczas ćwiczeń. W treningu przyrządowym (Projekt Andros) mamy do czynienia z nawet czterokrotnie większą aktywnością mięśniową. Dlatego też niezwykle istotny jest indywidualny dobór rodzaju i natężenia programu dla każdego pacjenta. Wymaga to odpowiednio przeszkolonego teamu, ale gwarantuje największą skuteczność terapii i daje pewność, że pacjent będzie prawidłowo kontynuował zalecenia w domu.

Niekiedy konieczne jest zastosowanie tzw. biofeedbacku, gdzie pacjenci, mający problem z prawidłową aktywacją mięśni, uczą się tego pod kontrolą wzroku. Najlepszym

rozwiązaniem jest tzw. TRUS-Biofeedback (przy użyciu USG) lub videoendoskopowy biofeedback (podczas uretrocystoskopii giętkiej).

Dieta po radykalnej prostatektomii powinna być lekkostrawna (szczególnie w pierwszych 6 miesiącach po zabiegu) i oparta na produktach bogatych w selen, chrom, koenzym Q. Ilość wypijanych płynów (niezależnie od posiłków) powinna wynosić minimum 2 litry dziennie. Często pacjenci popełniają błąd i piją zbyt mało, ponieważ cierpią na inkontynencję (nietrzymanie moczu) i wzbraniają się od przyjmowania płynów. Duża ilość wypijanych płynów jest szczególnie istotna w pierwszym roku po zabiegu, aby unikać infekcji oraz zapobiegać powstawaniu „małego pęcherza”. Należy unikać spożywania substancji, które mogą drażnić pęcherz (duże ilości kawy, herbaty, nikotyna, suplementacja wysokimi dawkami witamin itd.). Z substancji godnych polecenia wspomnę chociażby wierzbownicę wąskolistną (*epilobium angustifolium*), aronię, żurawinę, pierzge, brokuły, ostropest czy rozmaryn. Zewnętrzna elektrostymulacja znajduje zastosowanie rzadko, ale w niektórych przypadkach może być pomocna. Warunkiem jej stosowania jest właściwa diagnoza problemu oraz aplikacje o odpowiedniej częstotliwości przy kontroli doświadczanego fizjoterapeuty.

### Farmakoterapia - leki skojarzone z leczeniem konserwatywnym

W przypadku terapii drugiego rzutu, głównie obejmuje to leki antycholinergiczne (np. fesoterodyna, oksybutynina, solifenacyna, tolterodyna itd.), które mogą być bardzo pomocne zarówno w leczeniu krótkotrwałym, jak i skojarzonym długofalowym. Jednak leczenie to wymaga dużej wiedzy od specjalisty i musi uwzględniać ich możliwe objawy niepożądane. Trzeba pamiętać o tym, iż najczęstszym powodem przerwania terapii lekami antycholinergicznymi są takie objawy jak obstypacje, suchość w ustach, wzdęcia czy zaburzenia widzenia.

W polskim systemie refundacyjnym brakuje preparatów farmakologicznych nowszej generacji, jak mirabegron, będący agonistą receptorów beta-3-adrenergicznych, który uzyskał pozytywną rekomendację prezesa AOTMiT z listopada 2014 r. we wskazaniu II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych, uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. Cierpią na tym głównie pacjenci, u których nie nastąpiła pożądana reakcja na leki antycholinergiczne lub którzy zrezygnowali z farmakoterapii ze względu na zbyt dużą uciążliwość skutków ubocznych. W przypadku niepowodzenia terapii pierwszo- i drugorzutowej, wskazana jest dalsza diagnostyka (np. uretrocystoskopia, badanie urodynamiczne itd.) i leczenie bardziej inwazyjne (iniekcje botuliny A, neuromodulacja sakralna, wlewki dopęcherzowe), które odbywa się w wyspecjalizowanych ośrodkach urologicznych i neurourologicznych.

# Nietrzymanie moczu w przebiegu chorób neurologicznych

lek. med. Tadeusz Hessel

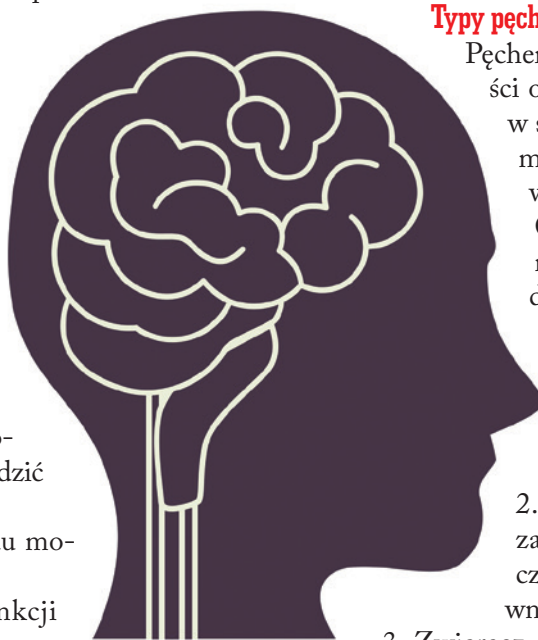
Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

## Wstęp

Nietrzymanie moczu w przebiegu chorób neurologicznych - to temat bardzo rozległy, nazywany w medycynie „neurourologią”. Najważniejsza jest szybka diagnostyka oraz wdrożenie odpowiedniego leczenia. Neurologzy powinni kierować pacjentów na konsultację urologiczną kiedy ich pacjenci zgłaszają dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych - w tym także nietrzymanie moczu. Dlaczego? Przede wszystkim dlatego, że większość pacjentów można wyleczyć, a po drugie dlatego, że niektóre zaburzenia urologiczne, w przypadku braku diagnostyki, mogą nieść potencjalne groźne skutki przede wszystkim dla nerek.

## Jakie są główne założenia i cele neurourologii?

1. Przywrócenia jakości życia, czyli przywrócenie kontroli nad trzymaniem moczu;
2. Ochrona nerek - zdarza się, iż w przebiegu chorób neurologicznych pęcherz pracuje w taki sposób, który może powodować wsteczny odpływ moczu z pęcherza do moczowodów i w konsekwencji doprowadzić do niewydolności nerek;
3. Zapobieganie infekcjom układu moczowego;
4. Częściowe przywrócenie funkcji układu moczowego.



Fot. #150163807 © Gstudio Group - Fotolia.com

## Przyczyny pęcherza neurogennego

Do głównych przyczyn pęcherza neurogennego zaliczamy: chorobę Parkinsona, stwardnienie rozsiane, nowotwory układu nerwowego, udar mózgu, mózgowie porażenie dziecięce, uraz rdzenia kręgowego, urazy głowy, zespół ogona końskiego, wady wrodzone układu nerwowego (np. rozszczep kręgosłupa, zakotwiczenie rdzenia kręgowego, anomalie rozwojowe okolicy anorektalnej, agenezja kości krzyżowej itd.), polineuropatia obwodowa (np. w przebiegu cukrzycy), uszkodzenie nerwów obwodowych po zabiegach operacyjnych przeprowadzonych w obrębie miednicy mniejszej oraz zanik wieloukładowy.

## Ogólny podział pęcherza neurogennego w zależności od anatomicznej lokalizacji uszkodzenia

W zależności od poziomu (miejsca) uszkodzenia układu nerwowego, można przewidzieć jaki, problem urologiczny

będzie miał dany pacjent. Ogólnie należy wydzielić tutaj trzy grupy:

1. Grupa pacjentów z uszkodzeniem układu nerwowego powyżej mostu mózgu - grupa, w której często występuje NTM (np. w przebiegu udaru, demencji);
2. Uszkodzenie na poziomie rdzenia kręgowego, które powoduje często NTM i problemy z oddawaniem moczu (np. w przebiegu nowotworu rdzenia kręgowego, stwardnienia rozsianego);
3. Uszkodzenie w odcinku krzyżowym - najczęściej występują tutaj problemy z oddawaniem moczu.

## Typy pęcherza neurogennego

Pęcherz neurogenny dzielimy w zależności od działania mięśni, które wchodzi w skład dolnych dróg moczowych tzn. mięśnia wypieracza pęcherza moczowego i zwieracza cewki moczowej. Co się może z nimi dziać? Otóż mogą one pracować normalnie, za dużo lub za mało. Do czego to prowadzi?

1. Pęcherz moczowy, który pracuje za dużo - powoduje nietrzymanie moczu przez swoje skurcze;
  2. Pęcherz moczowy, który pracuje za mało - powoduje zaleganie moczu (mocz nie jest wypychany na zewnątrz);
  3. Zwieracz cewki moczowej, który pracuje za dużo - powoduje zaleganie moczu (blokuje oddawanie moczu przez swój skurcz);
  4. Zwieracz cewki moczowej, który pracuje za mało - powoduje nietrzymanie moczu, ponieważ nic nie blokuje moczu przed ucieczką z pęcherza.
- Pacjenci mogą prezentować jednocześnie różne objawy, np. w przebiegu stwardnienia rozsianego sam pęcherz kurczy się za często, powodując nietrzymanie moczu. Oprócz tego sam zwieracz kurczy się za często i to w momencie mikcji (jest to dyssynergia zwieraczowo-wypieraczowa - ang. *dysentery sphincter dyssynergia*, *DSD*), powodując paradoksalne współistnienie zalegania moczu.

## Diagnostyka

W przebiegu chorób neurologicznych pacjenci zgłaszają bardzo często objawy ze strony dolnych dróg moczowych (w języku angielskim określanymi jako LUTS - Lower Urinary Tract Symptoms). LUTS dzielimy na:

1. Dolegliwości związane z fazą napełniania pęcherza moczowego. To tutaj pojawia się nietrzymanie moczu, parcia na pęcherz, chodzenie w nocy do toalety;
2. Dolegliwości związane z fazą opróżniania pęcherza moczowego. Słabszy strumień moczu, długie oddawanie moczu, przerywany strumień;
3. Dolegliwości pomikcyjne. To np. uczucie niecałkowitego opróżnienia pęcherza.

Diagnostyka obejmuje następujące elementy:

1. Wywiad - powinien ocenić spektrum zaburzeń ze strony dolnych dróg moczowych, układu pokarmowego oraz układu płciowego;
2. Badanie fizykalne;
3. Dzienniczek mikcji - celem oceny m.in. ilości wypijanych płynów, typu wypijanych płynów oraz częstości epizodów nietrzymania moczu;
4. Posiew moczu - należy wykluczyć zakażenie układu moczowego, które często może dawać podobne objawy, jak inne choroby urologiczne;
5. Ocena zalegania po mikcji w USG;
6. Badanie urodynamiczne - w trakcie badania możemy obiektywnie stwierdzić między innymi nieprawidłową pracę pęcherza (m.in. może się on kurczyć za często i za mocno powodując nietrzymanie moczu. Może także jednocześnie kurczyć się za słabo, powodując problemy z samym oddawaniem moczu).

Dokładna i skrupulatnie przeprowadzona diagnostyka

umożliwia dobranie odpowiedniej terapii.

## Leczenie nietrzymania moczu w przebiegu chorób neurologicznych

Zależy ono od tego, czym charakteryzuje się pęcherz neurogeny pacjenta. Jeśli składa się on z 2-3 elementów chorobowych, leczymy każdą z nich.

1. Terapia nadaktywności mięśnia wypieracza (powodującego m.in. nietrzymanie moczu z parć): antycholinergiki oraz B3 mimetyki → iniekcje toksyny botulinowej lub neuromodulacja → w wybranych przypadkach opornych na leczenie można wdrożyć duże zabiegi chirurgiczne.
2. Terapia nieaktywnego zwieracza cewki moczowej (powodującego m.in. wysiłkowe nietrzymanie moczu): ćwiczenia mięśni dna miednicy → w razie niepowodzenia leczenia zachowawczego u pań można zaproponować taśmę podcewkową, a u panów sztuczny zwieracz cewki moczowej.
3. Inne zagadnienia dotyczące leczenia zaburzeń neurourologicznych przekraczają ramy tego opracowania.

## Perspektywy

W urologii leczymy obecnie tylko skutki działań chorób neurologicznych. Dużą nadzieję niosą badania w zakresie inżynierii tkankowej. Brakuje także mniej inwazyjnych metod diagnostyki i leczenia.

Źródła:

1. Wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego.
2. Wywiad z Dr Jaleś Panicker, [http://thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422\(15\)00070-8/fulltext](http://thelancet.com/journals/laneur/article/PIIS1474-4422(15)00070-8/fulltext)

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

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

nb - na bieżąco

bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji)

🟢 - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

🔴 - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

# To nie będzie terapia dla każdego

## Zasady kwalifikacji pacjentów z objawami zespołu nadreaktywnego pęcherza do zabiegu neuromodulacji nerwów krzyżowych

prof. dr hab. med. Zbigniew Wolski

### Rekomendacje do wprowadzenia refundowanych zabiegów neuromodulacji nerwów krzyżowych

Zabieg neuromodulacji nerwów krzyżowych jest finansowany ze środków publicznych w wielu krajach europejskich, od ponad 20 lat. Mam nadzieję, że i ta metoda zostanie udostępniona polskim pacjentom. Do tej pory, nieliczni chorzy z Polski, mieli wykonywaną implementację stymulatora nerwów krzyżowych w ośrodkach zagranicznych lub w Polsce, za poparciem firmy Medtronic, produkującej urządzenie InterStim II.

Rekomendacje do wprowadzenia tej metody w Polsce na podstawie m.in. opinii Polskiego Towarzystwa Urologicznego, wydała Agencja Oceny Technologii Medycznych, a sam proces trwa już kilka lat. Poziom refundacji, warunki, które powinny spełniać ośrodki zajmujące się implantacją i czy świadczenie obejmuje również niezbędną, stałą opiekę ambulatoryjną pacjentów z neuromodulatorem, nie są dokładnie znane.

Wskazania do wykonania neuromodulacji nerwów krzyżowych, opis urządzenia, zasady przeprowadzenia implantacji neuromodulatora, były już przedstawione w nr 45 Kwartalnika NTM w 2013 r. Jednakże wydaje się, iż niektóre z nich, a zwłaszcza zasady rozpoznania chorób kwalifikujących do neuromodulacji nerwów krzyżowych (NNK) i możliwości ich rozpoznania i różnicowania na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, warte są przypomnienia, zwracając uwagę, przede wszystkim, na aspekty praktyczne.

### Klasyfikacja NTM

Nietrzymanie moczu można podzielić na 4 główne postacie:

1. Nietrzymanie moczu wysiłkowe pojawiające się przy wszelkich wysiłkach fizycznych, gwałtownych ruchach (bieg, taniec) - spowodowane jest wzrostem ciśnienia śródbrzusznego i śródpęcherzowego.
2. Nietrzymanie moczu z parć (nagła nieopanowana potrzeba oddania moczu) - pojawia się z powodu niezależnych od naszej woli skurczów mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Nadreaktywność pęcherza moczowego jest jedną z częstszych przyczyn pojawienia się tej postaci nietrzymania moczu.
3. Nietrzymanie moczu mieszane - gdy obserwujemy zarówno nietrzymanie moczu z parć, jak i wysiłkowe.

4. Nietrzymanie moczu z powodu patologicznego wycieku moczu poza cewkę z powodu przetok, np. przetok pęcherzowo-pochwowych po operacjach ginekologicznych, napromienieniu.

Rzadko występującą postacią nietrzymania moczu jest nietrzymanie z powodu przepełnienia pęcherza i nadmiernego zalegania moczu w pęcherzu. Obserwowane jest częściej u mężczyzn z przeszkodą podpęcherzową w przebiegu chorób gruczołu krokowego, a u obu płci z zaburzeniami unerwienia pęcherza (dysfunkcja neurogenna), gdy stwierdza się czynnościową przeszkodę podpęcherzową.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych ma zastosowanie przede wszystkim u wybranych chorych, z nasilonymi postaciami pęcherza nadreaktywnego z nietrzymaniem moczu lub bez nietrzymania. W przypadkach tego zespołu (bez nietrzymania moczu), najbardziej dokuczliwymi objawami są częstomocz dzienny i nocny oraz częste parcia.

Postępowanie mające na celu zmniejszenie lub zniesienie tych dokuczliwych objawów, powinno na początku obejmować zmianę stylu życia przez rezygnację z używek (alkohol, papierosy, kawa), zmniejszenie wagi ciała, następnie trening pęcherza i fizjoterapię.

Następnym etapem leczenia jest zastosowanie leków antymuskarynowych i blokujących beta receptory, zmniejszających natężenie skurczów mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Leki antymuskarynowe (tolterodyna, solifenacyna, oksybutynina), w sposób szybki i skuteczny zmniejszają dokuczliwe objawy pęcherza nadreaktywnego, ale mogą posiadać objawy uboczne pod postacią suchości w ustach i zaparć. Należy też je stosować ostrożnie u chorych z jaskrą i u starszych. Zmniejszenie tych niekorzystnych skutków ubocznych stosowania leków antymuskarynowych można uzyskać zmniejszając ich dawkę i dodając lek blokujący receptory - beta-mirabegron lub podczas zamiany tych leków. Niestety, ok. 50% chorych rezygnuje z leczenia farmakologicznego lekami antymuskarynowymi. Wówczas, przy nasileniu się objawów, zwłaszcza ograniczających codzienne czynności życiowe, następnym etapem leczenia jest wstrzyknięcie przez urologa toksyny botulinowej w ścianę pęcherza moczowego, podczas zabiegu cystoskopii.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych jest kolejną opcją

leczenia u wybranych chorych, u których poprzednio wymienione metody postępowania i leczenia nie przyniosły poprawy, a dolegliwości nasiliły się. Polega ona na implantacji, w trakcie zabiegu operacyjnego, w znieczuleniu, specjalnej elektrody w otwór kości krzyżowej oraz umieszczenie pod skórą pośladka neuromodulatora, który emituje o odpowiednim natężeniu i napięciu prądy modulujące i stymulujące czynność nerwów odpowiadających za skurcze mięśnia wypieracza pęcherza moczowego (ryc. 1. Schemat neuromodulacji).

Taka regulacja czynności nerwów krzyżowych przez jednoczesną stymulację i modulację w zależności od natężenia, napięcia i częstości impulsów prądu, pozwala na zmniejszenie lub zniesienie dokuczliwych parć i częstomoczu. Umożliwia też spowodowanie odpowiedniego skurczu mięśnia wypieracza, umożliwiając jego opróżnienie pęcherza z zalegającego moczu.

### **Neuromodulacja nerwów krzyżowych - rekomendowana przez Polskie, Europejskie i Amerykańskie Towarzystwa Urologiczne**

Neuromodulacja nerwów krzyżowych jest uznaną opcją leczniczą, znoszącą u wybranych chorych nasilone objawy z dolnego odcinka dróg moczowych, której skuteczność i użyteczność potwierdzono w dobrze udokumentowanych badaniach naukowych i obserwacjach klinicznych, na podstawie których Europejskie, Amerykańskie i Polskie Towarzystwa Urologiczne opublikowały swoje zalecenia do zastosowania neuromodulacji nerwów krzyżowych.

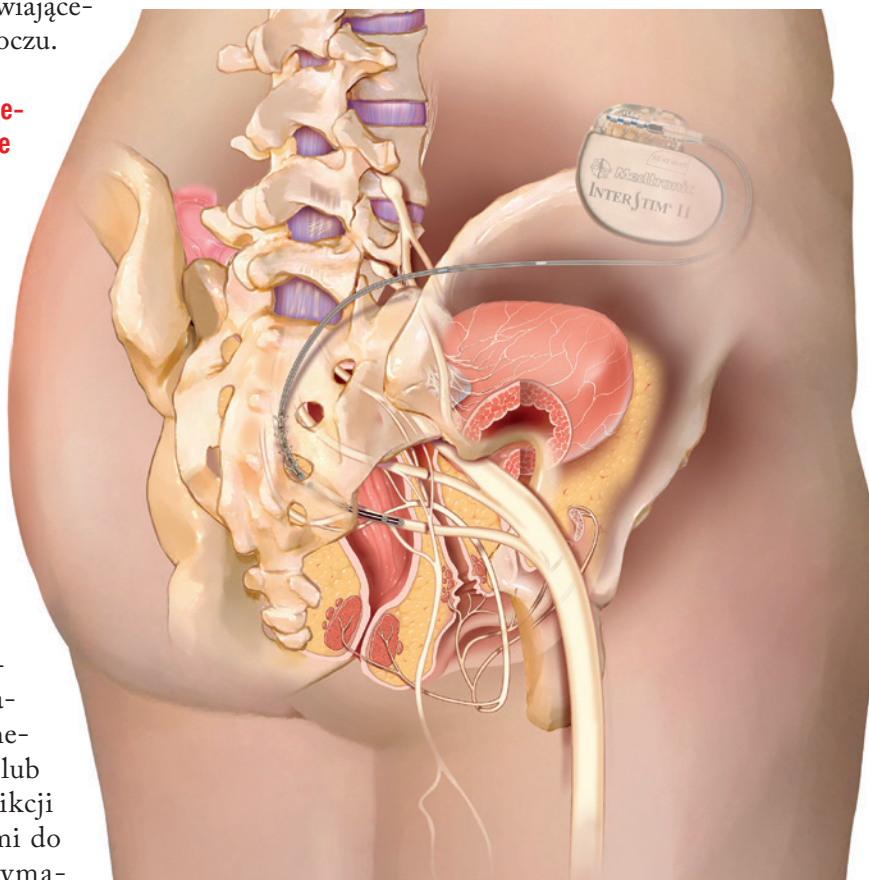
Na ich podstawie ustalono, iż podstawowym wskazaniem do NNK jest zastosowanie u pacjentów z nadreaktywnością pęcherza moczowego z nietrzymaniem moczu lub bez nietrzymania oraz zaburzeniami mikcji neurogennego pochodzenia prowadzącymi do znacznego zalegania moczu lub zatrzymywania moczu. W tym ostatnim przypadku, NNK może być alternatywą czystego samocewnikowania lub umieszczenia cewnika w pęcherzu moczowym na stałe.

Zaburzenia mikcji u chorych z zespołem bolesnego pęcherza (zapalenie śródmięzszowe pęcherza), nie są jednoznacznie określonym wskazaniem do zastosowania NNK, ze względu na brak potwierdzenia odpowiedniej skuteczności w nielicznych badaniach klinicznych. Skuteczność NNK, polegająca na zmniejszeniu objawów o minimum 50%, obserwuje się u 50-70% prawidłowo zakwalifikowanych pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym, przy jej wzroście wraz z upływem czasu.

### **Zasady kwalifikacji pacjentów**

Należy jednoznacznie podkreślić, że NNK jest metodą możliwą do zastosowania u nielicznych chorych z nasilonymi objawami pęcherza nadreaktywanego, u których wszystkie inne metody leczenia (farmakoterapia, toksyna botulinowa), nie przyniosły zmniejszenia bardzo uciążliwych objawów.

NNK jest również opcją leczenia chorych, którym zaproponowano leczenie operacyjne pod postacią częściowego wycięcia pęcherza moczowego i powiększenia izolowaną pętlą jelita lub wycięcia pęcherza moczowego z nadpęcherzowym odprowadzeniem moczu. Taką właśnie informację powinien otrzymać każdy chory, przed podjęciem decyzji o rozległym leczeniu operacyjnym.



Fot. Materiały Medtronic Poland

Lekarz rodzinny jest ważnym, pierwszym ogniwem opieki zdrowotnej, który może wskazać na możliwość istnienia u chorych innych zespołów chorobowych niż proste, niepowikłane zakażenie dróg moczowych, a mających podobne objawy z dolnych dróg moczowych. Do takich należy: pęcherz nadreaktywny, zespół bolesnego pęcherza, czy też dysfunkcja neurogenna pęcherza u obu płci, a choroby stercza u mężczyzn. U chorych z nasilającymi się, pomimo leczenia empirycznego, objawami z dolnych dróg moczowych, powinno wykonać się badanie bakteriologiczne moczu z antybiogramem. Brak potwierdzenia w tym badaniu zakażenia układu

moczowego, winien skłonić lekarza do poszukiwania innych przyczyn niż infekcja. Zebranie dokładnego wywiadu chorobowego przez wykluczenia innych jednostek chorobowych, zwykle ułatwia postawienie wstępnego rozpoznania pęcherza nadreaktywanego.

Polega on na zebraniu wywiadu dotyczącego używek, przebytych chorób, urazów, operacji, napromienienia, oraz dokładnego czasu trwania objawów i ich nasilenia (częstomoczu nocnego, dziennych parć nagłych, rodzaju nietrzymania moczu). Pojawienie się krwimoczu winno zawsze nasuwać podejrzenie nowotworu dróg moczowych, również u kobiet.

Dokładną ocenę i nasilenie objawów z dolnego odcinka dróg moczowych, jak i ich udokumentowanie, ułatwiają odpowiednie ankiety i dzienniczek mikcji oraz testy podpaskowe. Ocena fizykalna winna obejmować również badanie *per vaginam* i *per rectum* oraz ocenę czynności zwieraczy cewki moczowej i odbytu. U mężczyzn, przy obecności parć nagłych i częstomoczu, należy przede wszystkim wykluczyć choroby gruczołu krokowego, wykonując oznaczenie poziomu specyficznego antygenu sterczowego (PSA) oraz badając gruczoł krokowy palcem przez odbytnicę. Badania laboratoryjne oraz ultrasonografia z oceną zalegania moczu po mikcji stanowią istotne uzupełnienie.

Badanie urodynamiczne nie jest konieczne przy wstępnym rozpoznaniu nadreaktywnego pęcherza, ani rozpoczęciu leczenia farmakologicznego. Wystarczający jest 3-dniowy, obejmujący jeden dzień bez pracy, dzienniczek mikcji. Dopiero po przeprowadzeniu wkluczenia chorób dających wspólne objawy (nowotwory dróg moczowych, narządu rodowego, przewlekłe zakażenia, kamice, choroby stercza, cewki, przetoki moczowe), można podejrzewać zespoły nadczynności pęcherza moczowego, bolesnego pęcherza lub dysfunkcje neurogenne. Tak więc ostatecznie, pęcherz nadreaktywny rozpoznajemy u chorych przez wykluczenie innych, czasem groźnych chorób i wówczas gdy wraz z częstomoczem obecne są parcia nagłe z nietrzymaniem moczu lub bez.

Leczenie chorych z początkowymi, mało nasilonymi objawami, może być już rozpoczęte w gabinecie lekarza

rodzinnego pod warunkiem spełnienia w/w wymienionych zasad rozpoznania i wykluczenia. Polegać może przede wszystkim na zaleceniu zmian w zachowaniu pacjenta, podaniu zasad treningu pęcherza, ćwiczeń po konsultacji z fizjoterapeutą, a następnie przy braku poprawy na rozpoczęciu farmakoterapii. Podstawowymi lekami są leki antymuskarynowe, o których niekorzystnych objawach ubocznych pacjent winien być poinformowany przed rozpoczęciem leczenia. Kombinacja leków antymuskarynowych z mirabegronem lub jego samodzielne stosowanie pozwala na zmniejszenie lub uniknięcie objawów ubocznych takiej farmakoterapii.

Brak skuteczności takiego postępowania leczniczego, nasilenie się objawów, zwiększenie ich uciążliwości, są wskazaniem do przekazania chorego do leczenia w poradni urologicznej i ewentualnego wykonania badania urodynamicznego lub innych badań specjalistycznych łącznie z cystoskopią. Wówczas, po uzgodnieniu z chorym, może być zaproponowane leczenie inwazyjne w postaci wstrzyknięcia w ścianę pęcherza toksyny botulinowej. Wstrzyknięcia toksyny botulinowej podczas cystoskopii, wykonuje się w warunkach szpitalnych zwykle w znieczuleniu i jeśli są one skuteczne w znoszeniu objawów, to powtarza się je co 6-9 miesięcy. Przy braku działania toksyny botulinowej i leczenia farmakologicznego, można dopiero rozważyć u wybranych chorych, mających możliwość ścisłej współpracy z lekarzem, implantację elektrody i neuromodulatora. Firma Medtronic, w ostatnich latach, udoskonaliła swoje urządzenie, wprowadzając nowy jego typ Interstim II mniejszych rozmiarów oraz elektrody umożliwiające badanie z użyciem rezonansu magnetycznego.

Polskie Towarzystwo Urologiczne, jako stowarzyszenie propagujące nowoczesne metody leczenia chorób narządów układu moczowego oraz stale współpracujące z organizacjami pacjenckimi, przed dwoma laty jednoznacznie zaleciło neuromodulację nerwów krzyżowych do wpisania na listę świadczeń gwarantowanych, dla leczenia szpitalnego, u chorych z nadczynnością i niedoczynnością mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, po niepowodzeniach w leczeniu innymi metodami (farmakoterapia, toksyna botulinowa).

## KOMENTARZ MINISTERSTWA ZDROWIA

Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia zakończono prace analityczne nad oceną zasadności zakwalifikowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń dolnych dróg moczowych jako świadczenia gwarantowanego. Dodatkowym działaniem, które podjęto w ostatnim czasie, jest ocena prawna proponowanych rozwiązań. Po analizie dokumentacji zgromadzonej w sprawie, podjęte zostaną kierunkowe decyzje.

Milena Kruszewska  
Rzecznik Prasowy Ministra Zdrowia

# Nowe rekomendacje i akty prawne - czy wpłyną na sytuację pacjentów z NTM w Polsce?

Natalia Klein

**W** ostatnich kilku miesiącach opublikowane zostały projekty istotnych zmian legislacyjnych, które mogą wpłynąć na sytuację pacjentów z problemem nietrzymania moczu w Polsce. Od czerwca 2016 roku trwają prace legislacyjne nad projektem ustawy o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Obecnie projekt ustawy został skierowany pod obrady Komitetu Stałego Rady Ministrów.



Fot. #131271285 © Cigdem - Fotolia.com

## Rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych

Jednym z takich dokumentów jest także opublikowany 29 maja bieżącego roku nowy projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, który określa szczegółowo asortyment wyrobów medycznych dostępnych w refundacji, personel medyczny posiadający uprawnienia do zapisywania zleceń, kryteria chorobowe upoważniające do refundacji, jak również limity cenowe i chorobowe obowiązujące przy zakupie danych wyrobów.

## Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie programów profilaktyki NTM i raka prostaty

Innym przykładem oficjalnego dokumentu wydanego przez instytucję publiczną w ostatnim czasie, poruszającego temat nietrzymania moczu, jest opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 kwietnia br. o projekcie programu polityki zdrowotnej „Program zdrowotny profilaktyka nietrzymania moczu (NTM) dla mieszkanki powyżej 50. roku życia z terenu gminy miejskiej Legionowo”, który obejmował między innymi propozycję organizacji ćwiczeń gimnastycznych mięśni dna miednicy. Powyższa opinia jest negatywna, co AOTMiT uzasadnia faktem, że w projekcie brakuje między innymi szczegółowych kryteriów kwalifikacji do programu profilaktycznego. Mimo negatywnej decyzji, Agencja uznała jednak ważność prowadzenia tego typu programów zauważając, że idea prowadzenia ćwiczeń fizycznych w populacji kobiet z NTM jest zgodna z wytycznymi medycznymi.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w ostatnich miesiącach wydała także kilka rekomendacji w sprawie programów profilaktycznych dotyczących raka prostaty, m.in. ws. programu zatytułowanego „Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego w Powiecie Nowosolskim na 2017 rok”. Podobnie, jak w przypadku programu dotyczącego profilaktyki NTM, AOTMiT negatywnie zaopiniował program dotyczący raka gruczołu krokowego. Jednakże, cel programu, jakim było zmniejszenie liczby zgonów z powodu raka gruczołu krokowego oraz podniesienie świadomości zdrowotnej wśród mężczyzn, AOTMiT ocenił pozytywnie, wskazując jednak na konieczność podjęcia działań długofalowych w tym kierunku i przeformułowanie działań zaproponowanych przez wnioskodawców.

## Pozytywna opinia AOTMiT w sprawie nowego leku w terapii raka prostaty

Kolejnym ważnym oficjalnym dokumentem, który pojawił się w ostatnim czasie, jest rekomendacja Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie objęcia refundacją leku enzalutamid w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)”. Mimo już trzech rekomendacji Agencji w sprawie tego leku (wcześniejsze zostały wydane w listopadzie 2014 r. i sierpniu 2015 r.), nie został on zamieszczony na obowiązującej od 1 maja liście leków refundowanych, tj. nie uległ poszerzeniu programu lekowego dla pacjentów z opornym na kastrację, przerzutowym rakiem gruczołu krokowego. Nadal w ramach powyższego programu, pacjenci z nowotworem prostaty mają dostęp tylko do jednego leku o nazwie octan abirateronu.

## Rada Przejrzystości AOTMiT pozytywnie opiniuje lek na moczenie nocne u dzieci

Na początku maja bieżącego roku, Rada Przejrzystości pozytywnie zaopiniowała lek Minirin Melt (desmopresinum) we wskazaniu pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 r. ż. z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu niesukcesu 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego. Jak wskazuje Rada Przejrzystości, zgodnie z polskimi i zagranicznymi wskazaniami klinicznymi, stosowanie desmopresyny powoduje ustąpienie moczenia lub wyraźną poprawę uzyskuje się u około 70% leczonych dzieci, natomiast u 20-30% osiąga się trwałe wyleczenie.

# Ginekolog uprawniony do wypisywania zleceń na refundowane środki absorpcyjne

## Nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia

Monika Gackiewicz

29 maja br. Konstanty Radziwiłł podpisał nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Mimo stosunkowo niewielkich zmian, wprowadzona została bardzo istotna, szczególnie dla kobiet, modyfikacja, o którą zabiegały od lat organizacje pacjenckie. W stosunku do rozporządzenia z 6 grudnia 2013 r., powiększono grono lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń na refundowane wyroby chłonne o: lekarza posiadającego specjalizację w dziedzinie medycyny rodzinnej, pediatrii, chorób wewnętrznych oraz, co szczególnie istotne, położnictwa i ginekologii. Nowe uprawnienia dostały również pielęgniarki i położne, które będą mogły samodzielnie, bez nadzoru lekarza, wypisywać zlecenia na środki absorpcyjne.

### Konsultacje społeczne przyniosły efekt

Pierwotna wersja znowelizowanego rozporządzenia została skierowana do konsultacji społecznych 21 marca bieżącego roku. Nie znalazła się w niej propozycja objęcia uprawnieniami do wypisywania zleceń wszystkich ginekologów i położników. Nadal uprawnionym miał być wyłącznie ginekolog onkologiczny. W ostatecznej wersji rozporządzenia, które weszło w życie od 1 czerwca, do grona personelu medycznego uprawnionego do przepisywania zleceń na: majtki chłonne, pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne i podkłady zostali dodani ginekolodzy i położnicy. O dopisanie tej grupy lekarzy do listy postulowali zarówno pacjenci, jak i lekarze.

– O ile lekarze medycyny rodzinnej, pediatrii czy też chorób wewnętrznych mogli wypisywać zlecenia na refundowane środki chłonne posiadając status lekarza POZ, o tyle ginekolodzy byli wyraźnie pominiętą grupą lekarzy w tym systemie, co my, szczególnie pacjentki, odczuwaliśmy na co dzień. Dlatego jako organizacja skupiająca pacjentów cierpiących na różne rodzaje nietrzymania moczu, wielokrotnie apelowaliśmy do Ministra Zdrowia o poprawę sytuacji chorych w zakresie dostępności środków chłonnych. Bardzo cieszymy się, że jeden z naszych postulatów został uwzględniony i ginekolodzy będą mogli wresz-

cie przepisywać zlecenia na refundowane środki absorpcyjne. To właśnie lekarze ginekolodzy najczęściej podejmują się leczenia nietrzymania moczu u kobiet. Absurdem był zakaz wypisywania przez nich wyrobów medycznych bę-



Fot. #156136434 © hooyah808 - Fotolia.com

dących podstawą higieny przy tej dolegliwości – komentuje Anna Sarbak, Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

### Pielęgniarki coraz bardziej samodzielne

W nowym rozporządzeniu zmianie uległ również zakres uprawnień pielęgniarek i położnych posiadających tytuł specjalisty, bądź z ukończonymi studiami wyższymi. Obecnie, oprócz możliwości kontynuacji zlecenia wypisanego przez lekarza, pielęgniarki spełniające wymienione warunki uzyskały także prawo do samodzielnego przepisania zlecenia na wyroby chłonne.

– Pozytywnie oceniamy również zmiany w rozporządzeniu dotyczące pielęgniarek. Bardzo często pielęgniarki posiadają większą wiedzę na temat asortymentu środków absorpcyjnych i większe doświadczenie w ich odpowiednim doborze niż lekarze, dlatego powinni mieć prawo do ich ordynowania, jak to ma miejsce w innych krajach Unii Europejskiej. Mam nadzieję, że pielęgniarki w Polsce wreszcie zaczną to robić, bo do tej pory nie chciały wypisywać nawet kontynuacji po pierwszym zleceniu lekarza – podsumowuje Anna Sarbak.

# Opieka skoncentrowana na pacjencie

## 25 lat Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce

Monika Dyjak

28 marca br., piętnaście organizacji zrzeszających pacjentów oraz Stowarzyszenie Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, wyraziło wolę współpracy w celu poprawy funkcjonowania publicznego systemu ochrony zdrowia i rozwiązywania problemów dotyczących jego działalności. Podpisano list intencyjny i postanowiono współpracować w obszarze reprezentowania interesów pacjentów pozostających pod opieką lekarzy rodzinnych. Pomimo ograniczeń finansowych i funkcjonujących rozwiązań organizacyjnych, zdaniem sygnatariuszy, możliwe są działania na rzecz pacjentów i ich rodzin.

Inicjatywa Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce jest odpowiedzią, między innymi, na problemy związane ze starzeniem się populacji, narastaniem problemu wielochorobowości, nieprecyzyjne zasady współpracy pomiędzy POZ oraz innymi poziomami systemu ochrony zdrowia. – *Zrzeszyli się lekarze praktycy oraz wszyscy, którym leży na sercu dobro polskiego pacjenta oraz dobrej jakościowo podstawowej opieki zdrowotnej z wiodącą rolą specjalisty medycyny rodzinnej.* – komentuje dr Michał Sutkowski, rzecznik prasowy KLRwP. Cele, jakie postavili sobie wszyscy sygnatariusze to przede wszystkim:

- Poprawa funkcjonowania POZ, zapewnienie łatwego dostępu do świadczeń na tym poziomie opieki, poprawa jakości i bezpieczeństwa opieki.
- Rozwijanie partnerskich relacji, opartych na zaufaniu lekarza i pacjenta oraz postrzeganie pacjenta jako najważniejszego podmiotu w systemie ochrony zdrowia, a nie biernego odbiorcy świadczeń.
- Zapewnienie opieki skoncentrowanej na pacjencie, uwzględnianie jego preferencji, oczekiwań i obaw (odchodzenie od paternalistycznego sposobu sprawowania opieki).
- Uwzględnianie przez lekarzy nie tylko biomedycznego wymiaru zdrowia, ale także wymiaru psychicznego, społecznego, kulturowego i egzystencjalnego.
- Wspieranie pacjenta w podejmowaniu decyzji dotyczących ochrony i poprawy zdrowia oraz korzystania ze świadczeń zdrowotnych.
- Rozwijanie roli lekarza rodzinnego jako przewodnika w systemie ochrony zdrowia oraz koordynatora procesu opieki nad pacjentem.

Dr hab. Tomasz Tomasik, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce podkreślił, że: – *Współpraca z organizacjami pacjenckimi obejmie w najbliższym czasie kilka obszarów, m.in. angażowanie przedstawicieli pacjentów w opracowywanie wytycznych klinicznych dla lekarzy rodzinnych czy promowanie zmian w kształceniu kadr przygoto-*

*wanych do pracy w POZ, szczególnie w zakresie zagadnień związanych z opieką kompleksową i ciągłą, właściwych relacji lekarz-pacjent, umiejętności komunikowania.* Jedną z sygnatariuszek listu, prezes Stowarzyszenia „UroConti”, Anna Sarbak, podkreśliła z kolei, że – *Ważne jest, aby lekarze POZ mieli szansę skierować osoby z chorobą przewlekłą do właściwej organizacji pacjenckiej, która będzie miała możliwość mu takiego wsparcia udzielić.*



Fot. Monika Gackiewicz

– *My, specjaliści medycyny rodzinnej, mamy kwalifikacje i umiejętność dostrzegania różnorodnych problemów zdrowotnych pacjentów. Trochę zostaliśmy wyciszeni przez te 25 lat różnego rodzaju ograniczeniami związanymi z organizacją systemu ochrony zdrowia, ale to nie znaczy, że nie tli się w nas ciągle nadzieja, aby wreszcie było tak jak nas nauczono i jak medycyna rodzinna powinna funkcjonować.* – komentuje dr Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, konsultant krajowy ds. medycyny rodzinnej.

Dr Michał Sutkowski przekonywał, iż dla realizacji wyznaczonych celów ważna jest także świadomość polityków. Aby POZ była w stanie spełnić oczekiwania zarówno pacjentów, jak i lekarzy, potrzebne są pieniądze, a zatem również decyzje polityczne. Wskazywał, że budowa systemu opieki zdrowotnej powinna rozpocząć się obecnie od nowa, ze szczególnym naciskiem na POZ i medycynę rodzinną.

Jak poinformował Michał Sutkowski, list intencyjny dot. współpracy z KLRwP podpisało 15 stowarzyszeń i organizacji, w tym m.in. Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Stowarzyszenie Pacjentów Reumatycznych, Fundacja Wygrajmy Zdrowie, Stowarzyszenie UroConti, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, Stowarzyszenie POL-ILKO, Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”, Stowarzyszenie na rzecz Osób z Niepełnosprawnością Inteligencjonalną, Fundacja Parkinson oraz Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięśniaki Sarcoma.

# Zabiegowe leczenie NTM z użyciem taśm w woj. śląskim

Monika Gackiewicz

**Z**e względu na fakt, że operacje wszczepienia taśm stanowią jedną z nielicznych metod leczenia nietrzymania moczu, w pełni finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, wykonanie ich jest możliwe niemal w każdej placówce posiadającej oddział urologiczny lub ginekologiczny. Niektóre placówki w Polsce wykonują nawet kilkaset zabiegów rocznie, inne natomiast przeprowadzają tego typu operacje rzadko, co może skutkować powikłaniami powstałymi w wyniku niewłaściwie wykonanych zabiegów. Najczęściej przeprowadzanym 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.

Liczba świadczeń zrealizowanych na terenie województwa śląskiego w 2015 r. wynosiła - 421, zaś w 2016 r. - 455 zabiegów, które wykonano w 34 placówkach na oddziałach: ginekologicznym, leczenia jednego dnia, ginekologiczno-położniczym oraz urologicznym. Najwięcej operacji w latach 2015-2016, z użyciem taśm, w wykonano w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji

w Katowicach. Na oddziale ginekologicznym tego szpitala, obok diagnostyki i leczenia typowych schorzeń narządu rodowego, wykonywane są operacje naprawcze w przypadkach zaburzeń statyki narządu rodowego, nietrzymania moczu. W przypadku leczenia nietrzymania moczu, pacjentom oferuje się operacje z użyciem taśmy, głównie zabiegi typu sling.

Drugą placówką w woj. śląskim, co do ilości wykonywanych zabiegów, jest Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach. Placówka znajduje się obecnie w ścisłej czołówce śląskich szpitali wykonujących najtrudniejsze operacje, w szczególności kompleksowe operacje onkologiczne i nowoczesne zabiegi w leczeniu nietrzymania moczu z użyciem materiałów syntetycznych. Jak podkreśla dr hab. n. med. prof. nadzw. ŚUM Rafał Stojko, kierownik oddziału: *- Jesteśmy ośrodkiem, który w nowoczesny sposób, przy użyciu materiałów syntetycznych, leczy przyczyny nietrzymania moczu i wypadania narządu rodowego. Po wykonanym w 2012 roku kapitalnym remoncie, przygotowaliśmy pięć komfortowych 2,3-osobowych sal chorych oraz salę pooperacyjną, zapewniającą szczególny nadzór po wykonanych zabiegach.*

Poniżej znajduje się lista placówek wykonujących zabiegi z użyciem taśm w latach 2015-2016 w woj. śląskim.

| Nazwa świadczeniodawcy                                                                                      | Oddział, na którym wykonano zabieg | 2015 r. | 2016 r. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|---------|---------|
| Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Katowicach | Oddział Ginekologiczny             | 42      | 58      |
| Szpital Zakonu Bonifratrów pw. Aniołów Stróżów w Katowicach                                                 | Oddział Położniczo-Ginekologiczny  | 33      | 51      |
| Szpital im. Rudolfa Weigla w Blachowni - Polska Grupa Medyczna                                              | Oddział Położniczo-Ginekologiczny  | 20      | 35      |
| NZOZ NOWMED Zbigniew Nowak w Katowicach                                                                     | Oddział Ginekologiczny             | 29      | 34      |
| Epione - Kompleksowa Opieka Medyczna w Katowicach                                                           | Oddział Leczenia Jednego Dnia      | 12      | 22      |
| Sosnowiecki Szpital Miejski w Sosnowcu                                                                      | Oddział Położniczo-Ginekologiczny  | 6       | 22      |
| Katowickie Centrum Onkologii                                                                                | Oddział Położniczo-Ginekologiczny  | 31      | 19      |
| NZOZ Szpital Specjalistyczny im. Prof. E. Michałowskiego w Katowicach                                       | Oddział Urologiczny                | 26      | 18      |
| Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Silesia-Med S.A. w Grzawie                                            | Oddział Urologiczny                | 15      | 17      |
| Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.                                                                            | Oddział Położniczo-Ginekologiczny  | 16      | 17      |
| Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu Zdroju                                                 | Oddział Urologiczny                | 26      | 16      |

# Otwarte serca

## Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem - Oddział w Krakowie

Kinga Suwała

**P**olskie Towarzystwo Walki z Kalectwem (TWK) jest jedną z najstarszych organizacji pozarządowych w Polsce. Utworzone zostało w 1960 roku, z inicjatywy licznych uznanych naukowców i wybitnych praktyków po to, by rehabilitacja osób niepełnosprawnych była czymś powszechnym, kompleksowym, wczesnym i ciągłym. Rok później uruchomiono Oddział w Krakowie, którego prezesem od czerwca 2016 roku jest Halina Węglarz.

Krakowski oddział powstał z potrzeby leczenia i rehabilitacji społecznej oraz zawodowej dzieci i młodzieży chorujących na polio w czasie epidemii w latach pięćdziesiątych XX w. Wtedy dla wielu osób oddział był pierwszym miejscem, do którego kierowali się w sprawach związanych z jakąkolwiek niepełnosprawnością. To właśnie tutaj po raz pierwszy zauważono, że na południu Polski brakuje poradni dla osób ze schorzeniami neurologicznymi i dostępu do domowej rehabilitacji. Powstała więc Poradnia dla Chorych na Stwardnienie Rozsiane

i inne schorzenia, która wówczas służyła poradą i organizowała zabiegi dla ponad tysiąca osób rocznie. TWK przez kilkanaście lat organizowało również turnusy rehabilitacyjne dla inwalidów na wózkach oraz dla dzieci specjalnej troski. Obecnie działa Poradnia Psychologiczno-Logopedyczna na mocy kontraktu z NFZ. Dyżuruje również prawnik, który raz w tygodniu udziela konsultacji.

– *Jesteśmy organizacją, która podchodzi do ludzi z otwartym sercem. Jeśli ktoś do nas przychodzi z jakąś wątpliwością lub po poradę, na pewno nie pozostawimy go bez odpowiedzi.* – mówi pani prezes Halina Węglarz, prezes TWK. Organizacja od początku mocno skupiała się również na działalności wydawniczej. Dystrybuowane były rozmaite informatory, poradniki, a także kwartalnik „Sami Sobie” skierowany do chorych na SM. Organizacja współpracowała również przy tworzeniu „Krakowskiego Informatora dla Osób Niepełnosprawnych” czy „Praktycznego poradnika Savoir-Vivre wobec osób niepełnosprawnych” (dostępny w formacie pdf na stronie [www](http://www.twk.org)).



**Polskie Towarzystwo  
Walki z Kalectwem**

Przy Towarzystwie Walki z Kalectwem prężnie działają Koła Samopomocowe, które spotykają się dwa razy w miesiącu: Koło Chorych na Stwardnienie Rozsiane, Inwalidów Narządu Ruchu, Zwalczenia Chorób Mięśni, Przyjaciół Dzieci i Młodzieży z Padaczką, Koło Integracyjne Seniorów. – *Jesteśmy w trakcie opracowywania różnych struktur dotyczących naszych kół. Planujemy również warsztaty terapii zajęciowej dla niepełnosprawnych i seniorów. Organizowane są również Tygodnie Osób Niepełnosprawnych, podczas których*

*mają miejsce rozmaite imprezy mające na celu aktywizację niepełnosprawnych, m.in. pikniki, wyjścia do opery czy teatru.* – mówi prezes Węglarz.

Na co dzień przy TWK działa Ośrodek informacji dla Inwalidów, który udziela wszelkich porad mających ułatwić życie niepełnosprawnym, w tym także osobom mającym problem z NTM. Wskazuje, gdzie dostać się do lekarzy specjalistów, czy są jeszcze miejsca na turnusach rehabilitacyjnych, gdzie znajdują się ośrodki dostosowane do niepełnosprawnych. TWK służy

również pomocą przy szukaniu odpowiednich miejsc pracy przystosowanych dla chorych.

Problem NTM nie jest tu tematem tabu. – *Współpracujemy ze Stowarzyszeniem UroConti, robimy prelekcje, w których nasi chorzy biorą udział.* – tłumaczy Halina Węglarz – *to jest poważny temat, o którym trzeba rozmawiać.*

Do najbliższych planów Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem Oddział w Krakowie z pewnością należy aktywizacja seniorów. – *Musimy zadbać o ludzi starszych, chcemy otworzyć centrum aktywizacji, jesteśmy już po pierwszych rozmowach z panią prezydent. To jest teraz nasz priorytet, musimy wyciągnąć tych ludzi z czterech ścian, żeby przyszli do nas, a my już tu wszystko zorganizujemy* – podsumowuje prezes TWK.

Jak mówił Wiktor Dega, jeden z założycieli TWK „Każdy obywatel winien zrozumieć, że popierając ją (rehabilitację – przyp. red.), popiera swoją sprawę i sprawę swoich dzieci. Kalectwa bowiem nieoczekiwanie wybierają swoje ofiary”. TWK można wesprzeć poprzez przekazanie 1% podatku (Numer KRS: 0000054033) lub wpłatę na konto dostępne na stronie [www.twk-krakow.org](http://www.twk-krakow.org).

# 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**

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

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

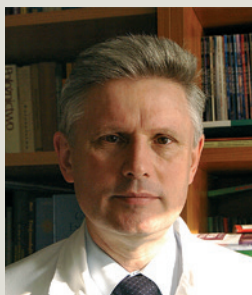
PODPIS

OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

|                                                               |                                                   |                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|--|
| nazwa odbiorcy                                                |                                                   | <b>STUDIO PR</b>                                    |  |
| 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 (przelewu) / kwota słownie (wpłata) |                                                   |                                                     |  |
| nazwa zleceniodawcy                                           |                                                   |                                                     |  |
| nazwa zleceniodawcy cd.                                       |                                                   |                                                     |  |
| tytułem                                                       |                                                   | <b>Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“</b> |  |
| 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 Bień**

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.

# Nowość!

Po raz pierwszy w Polsce!  
Premiera: 20 czerwca 2017 r.



Już dziś zamów książkę na  
[www.poradnikurologiczny.pl](http://www.poradnikurologiczny.pl)