

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Pieluchomajtki to nie to samo, co pampersy

WYWIAD



Zarządzanie zamiast kompleksowej polityki społecznej



LECZENIE

Zwycięska batalia o refundację leków na raka prostaty



NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?



LEGISLACJA

W przededniu kolejnych zmian systemowych



Polska bylejakość

Czas najwyraźniej przyspieszył, bowiem 2017 rok dla wielu z nas upłynął wyjątkowo szybko. Żyjemy w coraz większym pośpiechu, żyjemy dniem dzisiejszym, mając coraz mniej czasu i energii, by spojrzeć w przyszłość. To niestety wpływa na jakość stanowionego prawa, jak również na realizowaną politykę zdrowotną. Obserwując poczynania resortu zdrowia, kluczowego dla osób zmagających się z dolegliwościami dolnych dróg moczowych, trudno dopatrzeć się w polityce ministra zdrowia Konstantego Radziwiłła jednej spójnej wizji. Z jednej strony bardziej przypomina ona próbę realizacji programu wyborczego, z drugiej ciągle gaszenie „pożarów”. Starając się spojrzeć na mijający rok chłodnym okiem bez, tak widocznego w ostatnich latach, zaciętrzewienia politycznego, należy odnotować kilka zmian, które zapowiadano jako kluczowe. Dwie najgłośniejsze ustawy tego roku to bez wątpienia ustawa o sieciach szpitalnych oraz ustawa „apteka dla aptekarza”. Czy będą one również kluczowe z perspektywy pacjenta? W moim przekonaniu, żadna z nich nie wpłynie w sposób zauważalny na sytuację pacjentów. Można się wręcz pokusić, iż realizują one raczej oczekiwania lobby szpitali państwowych oraz farmaceutów będących właścicielami pojedynczych aptek. Nie po raz pierwszy zabrakło w stanowieniu prawa wyraźnego głosu przedstawicieli środowiska pacjentów.

Należy odnotować również brak zmian zapowiadanych od początku kadencji tego rządu. Dwie, szczególnie istotne dla milionów pacjentów, jakie należy wymienić, to zawieszenie decyzji o likwidacji Narodowego Funduszu Zdrowia oraz odsunięcie w czasie nowelizacji ustawy zmieniającej system refundacji wyrobów medycznych. Analizując wszystkie za i przeciw, które pojawiły się w trakcie ostatnich kilkunastu miesięcy, muszą stwierdzić, iż dobrze się stało, że tym razem górę nad rozpalonymi głowami „reformatorów” wziął rozsądek. Obydwie zmiany, jakkolwiek bardzo potrzebne, z pewnością wymagają głębszej analizy i szerszej debaty, w tym dyskusji ze środowiskiem pacjentów.

Tego właśnie wyraźnie zabrakło urzędnikom Ministerstwa Zdrowia przy nowelizacji rozporządzenia określającego zasady refundacji wyrobów medycznych na zlecenie. Rozumiejąc pośpiech jaki towarzyszył pracom nad drugą już nowelizacją w tym roku, nie sposób nie zauważyć, że skupiono się na dodaniu kilku nowych wyrobów medycznych dla diabetyków, traktując pozostałe grupy z lekceważeniem. Bo jak inaczej można nazwać podniesienie limitu na środki absorpcyjne z 60 na 90 sztuk, pozostawiając limit cenowy na poziomie odpowiadającym 60 sztukom? Czy to oznacza, że w konsultacjach wewnętrznych i międzyresortowych nikt nie zauważył tego przypadkowego lub może świadomego błędu? Nie po raz pierwszy zwyciężyła polska bylejakość, gdzie czas na konsultacje wewnętrzne i zewnętrzne skraca się do kilku dni, byle zdążyć przed końcem roku.

Tomasz Michatek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Rekomendacje dotyczące postępowania z pacjentem z NTM 4

Dlaczego wiele pielęgniarek zaleca pacjentom z NTM pampersy, a nie pieluchomajtki 7

WYWIAD

Zamiast kompleksowej polityki mamy zarządzanie - rozmowa z prof. Piotrem Błędowskim 10

LECZENIE

Refundacyjna wygrana pacjentów! 13

Najwyższy czas na refundację neuromodulacji, panie ministrze! 14

Jak opisać dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych 15

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Gdzie mam się leczyć, panie doktorze? 17

LEGISLACJA

Pacjenci w przededniu kolejnych zmian systemowych 19

ORGANIZACJE

KultURO już po raz trzeci 21

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Dzierżak; **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, Violetta Madeja, Marzena Michałek, Kinga Olszacka;

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 02, 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,

„Nie ma godnego życia bez sprawnie funkcjonującej opieki zdrowotnej. Dlatego doprowadzimy do skokowego wzrostu wydatków na służbę zdrowia do poziomu 6 proc. PKB w ciągu najbliższych kilku lat. To odpowiedź na słuszne postulaty pacjentów, personelu medycznego – lekarzy i pielęgniarek” – zapowiedział w swoim exposé premier Mateusz Morawiecki. I zapowiedział, że zdrowie jest priorytetem jego rządu.

Wierzyć, czy nie wierzyć? – oto jest pytanie, które zadaje sobie wiele osób. Tyle już było niespełnionych obietnic, które słyszeliśmy od zmieniających się z czasem premierów i ministrów zdrowia, że wcale nie tak łatwo dać wiarę osobie, która składa kolejne deklaracje. A jednak nie brakuje głosów, głównie ze strony środowisk medycznych związanych z kardiologią i onkologią, że warto obdarzyć nowego premiera kredytem zaufania. Wszak obiecał powołanie Narodowego Instytutu Onkologicznego i uruchomienie Narodowego Programu Zdrowia Kardiologicznego.

Niepokój pacjentów budzi natomiast brak zapowiedzi rozwiązania najpilniejszych problemów, z jakimi przychodzi im się mierzyć każdego dnia. Nowy premier nie wspomniał bowiem ani słowem o skróceniu kolejek do badań diagnostycznych i lekarzy specjalistów ani o poprawie dostępu do nowoczesnych terapii, na refundację których trzeba czekać całymi latami...

W resorcie zdrowia trwają prace nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, która zwiększa limit liczby środków absorpcyjnych z 60 na, postulowane przez środowisko pacjentów, 90 sztuk miesięcznie. Co prawda dobowy limit pieluchomajtek zwiększy się z dwóch do trzech sztuk, jednak nie przewidziano wzrostu nakładów finansowych. A to oznacza, że w proponowanym limicie zmieszczą się tylko wkładki anatomiczne dla osób z lekkim NTM (str. 19).

Stowarzyszenie UroConti ma nadzieję, że w pierwszym kwartale 2018 roku, po prawie 8 latach walki, w koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, znajdzie się wreszcie neuromodulacja nerwów krzyżowych. Czeka ją na to z niecierpliwością pacjenci z ciężkimi postaciami NTM, u których inne metody leczenia są nieskuteczne (str. 14).

Zachęcamy Państwa do przeczytania artykułu na temat wytycznych postępowania w zaburzeniach kontynencji (str. 4–6). Polecamy również wywiad z prof. Piotrem Błędowskim, który apeluje do władz o stworzenie strategicznego programu, uwzględniającego problem starzejącego się społeczeństwa w wielu aspektach, nie tylko zdrowotnym (str. 10–12). Niestety, nie mamy dobrych wieści dla osób w podeszłym wieku. Nie mogą one liczyć na opiekę geriatrów, o czym poinformował na kongresie „Kobieta i Mężczyzna 65+” minister zdrowia Konstanty Radziwiłł (str. 17–18).

Zapraszam do lektury całego wydania,
Maja Markłowska-Dzierżak

Rekomendacje dotyczące postępowania z pacjentem z NTM

Violetta Madeja

Najnowsza wiedza pielęgniarska podparta aktualną wiedzą medyczną – tak w skrócie można by nazwać wydany w listopadzie dokument, zatytułowany „Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji”. Opracowane przez środowisko wytyczne to krok w stronę podnoszenia jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów.

Jakość opieki nad pacjentami zmagającymi się z nietrzymaniem moczu to temat, wokół którego od wielu lat toczą się dyskusje. – *Ta jakość znalazła odzwierciedlenie właśnie w przygotowanych przez środowisko rekomendacjach, których założenia szły w kierunku podnoszenia bezpieczeństwa pacjentów. Rekomendacje dają również bezpieczeństwo samej pielęgniarki oraz położnej, która na ich podstawie może działać w oparciu o standardy i procedury. W efekcie będą mogły udzielać świadczeń nie tylko zgodnie z literą obowiązującego prawa, ale przede wszystkim zgodnych z aktualną wiedzą medyczną* – podkreśliła Mariola Łodzińska, wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

To właśnie w ramach prac samorządowego zespołu, do którego zaproszono pielęgniarki oraz położne, wypracowano rekomendacje bazujące na dokumentach stworzonych m.in. przez kanadyjskie środowisko pielęgniarskie. – *NRPiP stoi na stanowisku, że polski system ochrony zdrowia znajduje się w takim momencie, w którym wydanie tego typu standardów jest konieczne* – oceniła wiceprezes Łodzińska. Dodała, że władze samorządu

pielęgniarek i położnych liczą, iż ostatecznie uda im się przekonać władze resortu zdrowia do opublikowania rekomendacji w formie zarządzenia lub rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia. – *Jest to dla nas istotne, gdyż nada dokumentowi odpowiednią rangę i nie będzie generować pola do dyskusji* – wyjaśniła Mariola Łodzińska.

Opracowywane rekomendacje dotyczące zaburzeń kontynencji z początkowo małej broszury w toku prac rozrosły się do dużego, 75-stronicowego dokumentu, kompleksowo obejmującego zagadnienia związane z rolą pielęgniarki i położnej, stosowaniem rekomendacji w praktyce, planami opieki, standardami opieki, czy wreszcie konkretnymi rekomendacjami dla praktyk pielęgniarki i położnej. – *Dodatkowo, w załączniku do głównego dokumentu, zawarte są przykładowe diagnozy z Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP)* – poinformowała wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Wiedza poparta badaniami

Przygotowane rekomendacje

w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji oparte są o wyniki międzynarodowych badań naukowych.

– *Niestety, nie są to badania wykonywane w Polsce, bo te będziemy mogły realizować w momencie, kiedy będziemy miały dostęp do elektronicznej dokumentacji medycznej, która pozwoli nam analizować to, co robimy w praktyce i jaka jest satysfakcja pacjenta. Nie wyobrażam sobie, żeby w XXI wieku pielęgniarka decydowała o realizacji konkretnych czynności pielęgniarskich na podstawie intuicji*



nych ocen, niepopartych badaniami naukowymi. Taka sytuacja nie powinna mieć miejsca również z punktu widzenia bezpieczeństwa wykonywania zawodu - podkreśliła współautorka wytycznych dr n. o zdr. Dorota Kilańska, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Społecznego i Zarządzania w Pielęgniarstwie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Jednocześnie zwróciła uwagę, że należy cieszyć się ze starań samorządu, który robi wszystko, by opracowane rekomendacje stały się dokumentem rangi ministerialnej. Zastrzegła jednak, że to środowisko pielęgniarskie powinno decydować o tym, co jest w nich istotne. - *Lekarze pracują w oparciu o badania naukowe od dziesięcioleci i nikt nie kwestionuje tego, że mają określone algorytmy i sposoby postępowania* - powiedziała Dorota Kilańska.

Opublikowane wytyczne mają również na celu przyzwyczajanie pielęgniarek do terminologii, która obowiązuje w pielęgniarstwie opartym o badania naukowe. Autorki rekomendacji chcą również, by dokument ewoluował i w regularnych okresach, np. co dwa lata, był poddawany naukowej walidacji, która pozwoli uwzględnić aktualne badania i doniesienia naukowe.



Fot. Dominika Witkowska

i skupić się na ocenie efektu udzielanych świadczeń. Dr Elżbieta Szwałkiewicz zwróciła również uwagę, że przygotowanie rekomendacji pozwoli na zupełnie inny dialog z płatnikiem. - *Dotychczas, kiedy nie było rekomendacji, dyskusja z płatnikiem była niezwykle trudna, a nam, pielęgniarkom, brakowało argumentów w dyskusji, ponieważ często w dokumentacji sprawozdawanej do NFZ raportowane było pełne wykonanie świadczeń* - stwierdziła prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Dbłość o profesjonalny język

Autorki opracowania podkreśliły, że rekomendacje są również emanacją samorządności. - *To samorząd rekomenduje nam określoną wiedzę, postępowanie, diagnozo-*

Autorki Rekomendacji podczas sesji pielęgniarskiej na Kongresie KOBIETA I MĘŻCZYŻNA 65+

Argument w dialogu z płatnikiem

W ocenie dr Elżbiety Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” i byłej konsultant krajowej w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, resort zdrowia musi zrozumieć siłę samorządu pielęgniarek i położnych oraz jego rolę w stanowieniu o jakości opieki pielęgniarskiej. - *Ważne jest zatem, by poprzez ministerialną płaszczyznę stanowienia polityki zdrowotnej wskazywał, że narzędzie przygotowane przez NRPiP w postaci rekomendacji powinno być stosowane w każdym podmiocie udzielającym świadczeń: w podstawowej opiece zdrowotnej, szpitalu, zakładzie opieki leczniczej, zakładzie pielęgniarstwa opiekuńczego czy domu pomocy społecznej. Wszędzie tam, gdzie pielęgniarki pracują, a ich emanacja pracy powinna być mierzalna* - powiedziała dr Elżbieta Szwałkiewicz. Co więcej, pielęgniarkom powinno zależeć na tym, by zmienić paradygmat swojej pracy - odejść od kontroli procesu

wanie, sposób interwencji i algorytmy. Nikt nie może nam zabronić ich stosowania, bo działają one na korzyść bezpieczeństwa pacjenta oraz nas samych - wskazała Elżbieta Szwałkiewicz. Zastrzegła jednak, że w jej rozumieniu, standard to przeciętny wzorzec wykonania zadania, a co za tym idzie, wzorzec ten nie musi idealnie pasować do każdego przypadku i każdego pacjenta.

O ogromnej staranności w przygotowaniu dokumentu może również świadczyć rozdział, w którym autorki wyjaśniają terminologię oraz użyte definicje. W ocenie dr Szwałkiewicz pozwoli to na edukowanie środowiska pielęgniarskiego w zakresie stosowania właściwego, profesjonalnego języka.

- *My, pielęgniarki, musimy porozumiewać się językiem profesjonalnym. W tym kontekście zawsze przytaczam przykład produktów chłonnych, które powszechnie nazywane są „pampersami”. To słowo nie powinno znaleźć się w ustach pielęgniarek. W profesjonalnym języku nie ma bo-*

wiem miejsca na nazwy marek, musimy korzystać z nazw wskazujących na rodzaj produktu - przypomniała. Przyznała jednak, że będąc konsultantem krajowym, który budował w Polsce model opieki długoterminowej, „przeżyła” 16 ministrów zdrowia, ale nie udało jej się doprowadzić do podniesienia średniego zużycia mydła. - *To pokazuje, że zmiana mentalności jest niezwykle trudna. Rekomendacje będą zatem wdrażane powoli, do momentu, kiedy staną się oczywistością. Musimy mieć jednak świadomość, że będzie to trwało tak długo, że z pewnością powstaną kolejne aktualizacje* - oceniła.

Podręczna klasyfikacja wyrobów medycznych

Opracowanie stanowiące gotowe narzędzie pracy dla pielęgniarek zawiera również poradnik dotyczący właściwego doboru rodzaju produktów chłonnych. - *Wytyczne przedstawiają także wszystkie algorytmy doboru tych produktów w przypadku zalegania moczu po mikcji, dla pacjentów mobilnych i samodzielnych czy też niesamodzielnych, niemobilnych. Opracowaliśmy również łatwą i przystępną systematykę wyrobów medycznych zalecanych w NTM, która wyjaśnia właściwości użytkowe oraz funkcje poszczególnych produktów* - wyjaśniła mgr Małgorzata Durka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Nefrologicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Podkreśliła również, że w przygotowanej systematyce wyrobów medycznych właściwości użytkowe wyrobów

chłonnych nie są różnicowane ze względu na rozmiar ciała pacjenta, ale z uwagi na stopień nietrzymania moczu. W rekomendacjach uwzględniono również algorytmy zakładania produktów chłonnych, które w sposób obrazowy prezentują właściwy sposób zakładania środków chłonnych w pozycji leżącej czy też stojącej.

Do prac nad wytycznymi zaproszono również Ogólnopolskie Stowarzyszenie Położnych Rodzinnych (OSPR). Zdaniem mgr Agnieszki Kamińskiej-Nowak, konsultant wojewódzkiej w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego dla województwa lubuskiego oraz prezes OSPR, tym, czego pielęgniarkom i położnym obecnie brakuje, jest budowanie świadomości wśród pacjentów, że pielęgniarki i położne działające w ich środowisku mogą odgrywać istotną rolę w profilaktyce NTM.

- *Niestety, bardzo często pacjentki nie posiadają wystarczającej wiedzy w obszarze kontynencji, a tę mogą otrzymać od pielęgniarki czy położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Jako położne wniosłyśmy do rekomendacji również kilka stron poświęconych profilaktyce, która objęła szczególną grupę pacjentek, jakimi są kobiety w ciąży oraz w porożu* - powiedziała Agnieszka Kamińska-Nowak.

Autorki rekomendacji mają świadomość, że ich wdrażanie w środowisku będzie wymagało czasu. Są jednak przekonane, że stanowią istotny krok w stronę podniesienia rangi zawodu pielęgniarek i położnych.

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

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

nb - na bieżąco

bd - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji)

🟢 - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

🔴 - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Dlaczego wiele pielęgniarek zaleca pacjentom z NTM pampersy, a nie pieluchomajtki

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”

Na polskim rynku, podobnie jak na rynkach innych krajów, dostępna jest bogata oferta produktów adresowana do osób z nietrzymaniem moczu (NTM). Żeby produkty optymalnie odpowiadały potrzebom użytkowników, muszą być zalecane i stosowane świadomie. Nie sprzyja temu traktowanie nietrzymania moczu jako problemu intymnego, o którym ludzie nie potrafią rozmawiać swobodnie.

Wskazuje na to, jako poważną trudność, wiele pielęgniarek zajmujących się zawodowo tą problematyką. Nie ulega wątpliwości, że w sytuacji, gdy NTM jest tematem tabu, pielęgniarki powinny wykazać się inicjatywą w rozpoznaniu tego problemu, ustaleniu postępowania terapeutycznego i zaleceniu odpowiednich środków zapobiegających negatywnym dla zdrowia skutkom NTM. Tymczasem, gdy osoba z NTM, szczególnie w starszym wieku, po długim okresie prób samodzielnego radzenia sobie z tym problem i po bardzo trudnym dla niej przełamaniu oporów wewnętrznych wreszcie zdecyduje się powiedzieć o swoim cierpieniu lekarzowi czy pielęgniarence, słyszy najczęściej: trzeba stosować pampersy, wystawie pani/ panu zlecenie.

Nazwanie takiego postępowania daleko idącym uproszczeniem byłoby zbyt łagodne i usprawiedliwiające zwykłą niedbałość i brak podstawowej wiedzy, zarówno ze strony lekarzy, jak i pielęgniarek.

Zgubna dowolność nazewnictwa

W 1961 roku amerykańska firma Procter&Gamble Company wprowadziła na rynek pierwsze pieluszki jednorazowego użytku Pampers, które zastąpiły używane dotąd pieluszki z tetry lub flaneli. Ponieważ przez wiele lat była to jedyna marka jednorazowych pieluszek dla dzieci, nazwa firmowa Pampers zaczęła funkcjonować jako synonim jednorazowej pieluszki i sytuacja ta utrzymuje się do dzisiaj. Podobnie jest z marką Adidas - niektórzy (głównie osoby starsze) każde sportowe obuwie nazywają adidasami.

Takie dowolne podejście do nazewnictwa produktów być może nie ma znaczenia i nie czyni szkody w wymiarze prywatnym i języku potocznym. Jednak jest niedopuszczalne w profesjonalnym postępowaniu medycznym wobec dużej grupy pacjentów, gdzie w grę wchodzi konieczność precyzyjnego doboru produktu jako środka nie tylko ochronnego, ale także wspierającego terapię.

Zasadą stosowaną przy zalecaniu produktu medycznego jest wskazanie jego rodzaju i efektywności, a nie promowanie konkretnej marki (np. Pampers).

Pielęgniarki, jako profesjonalistki w ochronie zdrowia, obowiązują liczne przepisy prawne, a obok nich - normy



Fot. #168209558 © Photographeer.eu - Fotolia.com

o charakterze norm moralnych oraz inne reguły zawodowe, według których oceniamy profesjonalizm (sztukę wykonywania zawodu). Należy do nich sumienność, czyli należyta staranność. Według ekspertów, określenie „z należytą starannością” należy interpretować zgodnie z art. 355 §1 oraz §2 Kodeksu cywilnego. W tym przypadku należyta staranność wyraża się w optymalnym zaopatrzeniu w produkty chłonne w celu zabezpieczenia skóry przed drażniącym działaniem moczu i uzyskania efektu poprawy jakości życia osoby z NTM i jej opieku. Stopień staranności, którego wymagać możemy od pielęgniarki, określić można nie tylko jako stopień należyty, ale najwyższy. Oznacza to, że jest ona obowiązana do wyższej, niż przeciętna, staranności. Mówi o tym Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. Zgodnie ze złożonym przyrzeczeniem, pielęgniarka i położna mają obowiązek systematycznie doskonalić swoje umiejętności i aktualizować wiedzę dla dobra zawodu.

Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną

Znawcy prawa, zajmujący się tym zagadnieniem, precyzują, że „aktualna wiedza medyczna” oznacza wszystko

to, czym na danym etapie rozwoju nauk medycznych dysponują lekarze, pielęgniarki i inne zawody medyczne. Źródłem wiedzy są aktualne podręczniki zawodowe, publikacje naukowe, wyniki badań prezentowane na zjazdach, sympozjach czy konferencjach naukowych oraz osiągnięcia naukowe i technologie opisane w prasie specjalistycznej, a także doświadczenie zawodowe. Takie podejście jest niezbędne, jeżeli chcemy zapewnić wysokiej

Tab. Systematyka środków absorpcyjnych zalecanych w NTM

FIRMA	MARKA DLA DOROSŁYCH	MARKA DLA DZIECI
ABENA (Dania)	Abri	Bambo
PAUL HARTMANN (Niemcy)	MoliCare	Fixies Classic
Procter&Gamble (USA)	-	Pampers
SCA (Szwecja)	Tena	Libero comfort
TZMO (Polska)	Seni	Bella Happy

Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji

jakości merytoryczną poprawność leczenia i opieki, także opieki pielęgniarstwa nad osobami z NTM. Merytoryczna poprawność przy zalecaniu produktów chłonnych nie istnieje, jeżeli pielęgniarka doradzająca pacjentowi z NTM sposób postępowania nie dysponuje podstawową wiedzą w tym przedmiocie.

Na polskim rynku od wielu lat znane są oferty kilku firm, które mają różnorodną gamę środków absorpcyjnych, od małych wkładek urologicznych, zalecanych przy kropelkowym wykapywaniu moczu po mikcji, aż po produkty typu pieluchomajtki zalecane przy ciężkim (całkowitym) NTM.

Jakościowo i rodzajowo produkty ww. marek są porównywalne, poza firmą Procter&Gamble, która na rynku polskim oferuje tylko jedną markę (Pampers) i tylko dwa rodzaje produktów chłonnych: pieluszki i majtki chłonne przeznaczone wyłącznie dla dzieci.

Różnice między środkami absorpcyjnymi

Produkty chłonne różnią się szczegółami, m.in. zabezpieczeniami przed wyciekami, lecz wszystkie mają dwie podstawowe funkcje do spełnienia:

- zbieranie bezwiednie gubionego moczu (zawierają superabsorbent, który wiąże mocz);
- ochronę skóry przed drażniącym działaniem moczu.

Z racji sposobu mocowania, produkty te dzielą się na dwie grupy:

1. **Produkty wymagające mocowania dopasowaną bielizną** (np. majtkami higienicznymi z elastycznej siatki).

Są to wkładki i wkłady urologiczne profilowane odpowiednio do budowy fizycznej mężczyzny i kobiety oraz pieluchy anatomiczne. Produktów tych nie roz-

różnia się ze względu na rozmiar ciała użytkownika.

2. **Produkty, które nie wymagają mocowania bielizną.** Są to pieluchomajtki na rzepy, pieluchomajtki z pasem biodrowym, majtki chłonne. Rozróżnia się je ze względu na rozmiar ciała użytkownika i oznacza tak jak rozmiary ubrań: XS; S; M; L; XL.

Ze względu na różnice w zakresach wielkości stosowanych przez poszczególnych producentów, do-

bierając rozmiar produktu należy sugerować się wyłącznie wymiarami w pasie i biodrach, podanymi w centymetrach na każdym opakowaniu, i parametry te porównać z wymiarami ciała użytkownika. Przykład: rozpiętość w rozmiarach majtek chłonnych w cm w różnych firmach wynosi:

- XS: 40-60 cm;
- S: 55-100 cm;
- M: 80-130 cm;
- L: 100-160 cm;
- XL: 110-170 cm.

Na podstawie oferty producentów: ABENA, HARTMANN, SCA, TZMO

Jak dobrać właściwy produkt dla pacjenta

Dla zdrowia i jakości życia każdej osoby z NTM, niezwykle ważne jest zalecenie produktu odpowiedniego do jej potrzeb. O tym, czy produkt spełni dobrze swe zadanie (poczucie bezpieczeństwa, brak wycieków, zdrowa skóra) zadecyduje znajomość parametrów, które o tym decydują. Te parametry można podzielić na trzy kategorie, zależnie od kontekstu:

- **użytkownika** - poziom NTM, sprawność fizyczna, samodzielność w stosowaniu produktów, aktywność społeczna, bariery środowiskowe;
- **produktu** - szybkość wchłaniania, zdolność pochłaniania i wiązania moczu w żel oraz chłonność (zdolność zatrzymania i ilość moczu, który wypływa z produktu, gdy ten poddawany jest zwiększonemu ciśnieniu w trakcie siedzenia lub leżenia na nim), a także łatwość założenia i dopasowania, kształt, obecność ściągacza elastycznego oraz obwódki (falanek) chroniących przed wyciekami, zatrzymywa-

nie zapachu moczu, utrzymanie produktu w miejscu, dyskretność, suchość produktu przy skórze;

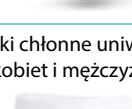
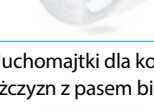
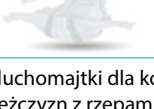
- **stosowania** - możliwość samodzielnego założenia, wysiłek fizyczny opiekunów, ergonomia i łatwość w zakładaniu, czytelne instrukcje, łatwość utylizacji, koszt, bezpieczeństwo produktu i brak wycieków.

Efektywność zabezpieczenia przed wyciekami moczu zależy zarówno od technologii wykonania, konstrukcji produktów chłonnych, jak i od techniki zakładania. Samodzielne założenie jest możliwe we wszystkich rodzajach produktów chłonnych, poza jednym - samodzielnie nie można prawidłowo założyć pieluchomajtek mocowanych na rzepy. Niestety, najczęściej zalecany jest właśnie ten produkt. Powoduje to uzależnienie dużej grupy osób NTM od pomocy opiekuna, mimo że mogłyby one samodzielnie zakładać i wymieniać produkty. Ważne jest, by każdorazowo przy zleceniu produktów chłonnych pielęgniarka udzieliła informacji, jak je stosować.

Konkluzja

Różnice w konstrukcji i mocowaniu umożliwiają optymalny wybór produktu chłonnego, odpowiedniego do stanu fizycznego, stopnia NTM i schematu funkcjonowania pacjenta z NTM. Ma to bezpośredni wpływ na jego zdrowie i jakość życia.

Pielęgniarki, które dorosłym osobom doradzają stosowanie pampersów, dowodzą braku podstawowej wiedzy w zakresie postępowania w NTM i niedochowywania należytej staranności w zapobieganiu komplikacjom związanym z nietrzymaniem moczu.

LP	PRODUKTY CHŁONNE	
1.	Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla kobiet 	Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii kobiet, w różnych rozmiarach i o różnej chłonności. Zalecane przy lekkim i średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych.
2.	Wkłady anatomiczne (urologiczne) dla mężczyzn 	Wkłady profilowane odpowiednio do anatomii mężczyzn, w różnych rozmiarach i o różnej chłonności. Zalecane przy lekkim i średnim NTM u osób samodzielnych i aktywnych lub częściowo samodzielnych.
3.	Pieluchy anatomiczne dla kobiet i dla mężczyzn 	Produkty profilowane do anatomii ciała, różnią się między sobą wielkością, uniwersalne dla kobiet i mężczyzn, o dużej chłonności. Zalecane przy średnim i ciężkim stopniu NTM dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych.
4.	Wkłady na nietrzymanie kału 	Anatomiczne wkłady chłonne specjalnego przeznaczenia, nie różnią się ich ze względu na rozmiar ciała i płeć. Zalecane osobom z założonym cewnikiem Foley'a jako zabezpieczenie przy inkontynencji kałowej. Do stosowania łącznego z dopasowaną bielizną osobistą lub higienicznymi elastycznymi majtkami.
5.	Majtki chłonne dla kobiet 	Majtki chłonne profilowane dla kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała - należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.
6.	Majtki chłonne dla mężczyzn 	Majtki chłonne profilowane dla mężczyzn, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała - należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.
7.	Majtki chłonne uniwersalne dla kobiet i mężczyzn 	Majtki chłonne uniwersalne, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Rozmiar produktu musi być odpowiedni do rozmiaru ciała - należy zmierzyć obwód pacjenta w pasie. Rekomendowane są dla osób samodzielnych lub częściowo samodzielnych ze średnim i ciężkim NTM. Ich zakładanie i zdejmowanie podobnie jak zwykłej bielizny nie wymaga pomocy opiekuna.
8.	Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z pasem biodrowym 	Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych, utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy biodrowej. Uwaga! Pieluchomajtki z pasem biodrowym mogą być zakładane samodzielnie lub przez opiekuna
9.	Pieluchomajtki dla kobiet i mężczyzn z rzepami 	Uniwersalne dla mężczyzn i kobiet, w różnych rozmiarach i o różnych poziomach chłonności. Zalecane dla osób z ciężkim NTM, leżących i niemobilnych, utrzymywane wokół bioder za pomocą przylepców, przylepcorzepów lub rzepów. Uwaga! Pieluchomajtki zapinane na rzepy/przylepce musi zakładać opiekun.

Źródło: Rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji - część I: Nietrzymanie moczu

Zamiast kompleksowej polityki mamy zarządzanie

Z prof. dr. hab. n. ekon. Piotrem Błędowskim, gerontologiem społecznym, rozmawia Tomasz Michalek

Polska zmienia się pod względem demograficznym. Mówią o tym media, demografowie, politycy. Na ile jest to proces nieunikniony?

O tym, że jest to proces nieunikniony wiadomo już od kilkudziesięciu lat. A o tym, że będzie zmieniała się struktura demograficzna i wzrastał odsetek ludzi starych w naszym społeczeństwie, wiemy już w zasadzie od ponad 40 lat. Dzięki prognozom demograficznym, w Polsce bardzo szczegółowym aż do roku 2050, a na poziomie całej Unii Europejskiej nawet do roku 2080, wiemy też, jak będzie dalej przebiegał proces demograficznego starzenia się ludności.

Kiedy, według prognoz, ten trend może się odwrócić?

Nie jestem pewien, czy ten trend w ogóle może się odwrócić. Jeśli są badania wskazujące, że w okolicach roku 2030, 2035 tempo przybywania osób starych będzie największe, to można przyjąć, że w późniejszych latach ten proces nie będzie przebiegał tak szybko, ale jest nieunikniony. Nie jestem wprawdzie demografem, ale nie jestem pewien, czy ta sytuacja ulegnie istotnej zmianie w przyszłości.

Wraz z wiekiem wzrasta ryzyko choroby, a właściwie chorób, bo w przypadku osób starszych mamy do czynienia z wielochorobowością. Czy stanowi to wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia?

Jeżeli rozumieć politykę społeczną bardzo szeroko i zakładać, że polityka zdrowotna mieści się w jej ramach, to powiedziałbym, że jest to ogromne wyzwanie nie tylko dla ochrony zdrowia, ale i dla polityki społecz-

nej. A jeśli jest wyzwaniem dla polityki społecznej, to jest nim również dla całego społeczeństwa i dla każdej instytucji każdego państwa. To bowiem problem, który dotyka nas we wszystkich wymiarach, w tym w wymiarze ekonomicznym. Z tym, że coraz więcej osób starszych cierpi na coraz więcej chorób, wiąza się ogromne koszty. Jesteśmy zobowiązani do tego, by udzielać pomocy zdrowotnej tym osobom, co jest naturalne i bezdyskusyjne, ale wszyscy wiemy, że świadczenia zdrowotne stają się coraz droższe. Jako społeczeństwo musimy mieć także świadomość, że nie wszystkie te osoby będą w stanie samodzielnie zaspokajać swoje potrzeby, czyli będą wymagały wsparcia i pomocy. Dodatkowym wyzwaniem dla państwa jest zatem zapewnienie stabilnych ram finansowania systemu wsparcia i umożliwienie tym pacjentom odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych. W ich

wypadku umożliwienie im dotarcia do każdego nawet specjalisty jest absolutnie niewystarczające. Trzeba to wszystko uspołnić i koordynować, stąd tocząca się dyskusja wokół geriatry, której od lat jesteśmy świadkami.

Na ile, pana zdaniem, resort zdrowia przygotowany jest koncepcyjnie i finansowo do tego typu działań w takim zakresie?

Wygląda to trochę tak, że każdy minister zdrowia ma jakieś stanowisko w tej sprawie, ale z tego nie wynika żadna koncepcja rozumiana jako jakiś kompleks rozwiązań. Każdy z ministrów oczywiście deklaruje pełne zrozumienie dla tych problemów, każdy wie, że jest to



Fot. Dominika Witkowska

związane z koniecznością zapewnienia odpowiedniego finansowania, ale nie zawsze poza te deklaracje wychodzi. Często jesteśmy świadkami sytuacji, w której znaczna część środowiska medycznego ma inne zdanie niż minister zdrowia, a i samo środowisko medyczne jest podzielone – chociażby teraz jesteśmy świadkami dyskusji na temat miejsca geriatry i roli interny. Geriatria nie rozwiąże wszystkich problemów, ale jest bardzo ważna. Nie jestem pewny, czy kolejni ministrowie zdrowia są tego świadomi. Tymczasem dopiero gdyby istniała taka całościowa koncepcja, można by dyskutować, jakie środki finansowe są potrzebne, by ją wprowadzić w życie. Wiemy na pewno, że świadczenia finansowe na rzecz osób starszych będą musiały z roku na rok wzrastać.

Ministerstwo Zdrowia określiło swoją strategię w dokumencie pod nazwą „Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020”. Czy pana zdaniem ta strategia może w jakikolwiek sposób przyczynić się do poprawy sytuacji osób starszych?

Na pewno może się przyczynić, ale określanie mianem strategii dokumentu, który dotyczy następnych pięciu lat, wydaje mi się lekką przesadą. To jest program, i wcale nie wiadomo, co będzie się działo po tych pięciu latach. A problemy zdrowotne i zadania związane z poprawą zdrowia tych osób są złożone, i nie są to problemy, które dadzą się rozwiązać w horyzoncie pięcioletnim. To dobry moment, by takie działania rozpocząć, ale już dzisiaj powinniśmy wiedzieć, jak tego rodzaju program będzie wyglądał po roku 2020, co powinniśmy zrobić w roku 2030, a co w 2040. A tego po prostu nie ma.

Wspomniał pan, że wyzwanie, jakim jest starzejące się społeczeństwo, to problem nie tylko ministra zdrowia, ale również osób odpowiedzialnych za politykę społeczną. Czy pana zdaniem mamy szansę na spójną i jednolitą politykę w tym zakresie, czy raczej grozi nam kontynuacja polityki resortowej?

Odpowiem dwa razy tak. Grozi nam zarówno utrzymanie resortowej polityki, jak i mamy szansę na wprowadzenie spójnej polityki. Jedno nie wyklucza drugiego.

Szansy upatruję w spotkaniach Rady ds. Polityki Senioralnej. Na jej ostatnim posiedzeniu był obecny zarówno wiceminister zdrowia, jak i dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, który został jej członkiem. Ewidentnie wskazuje to, że istnieją działania zmierzające do stworzenia wspólnego programu. Kwestią otwartą pozostaje, czy taki wspólny program, który będzie obejmował działania kilku ministerstw, może powstawać w jednym resorcie, czy może powinien powstać na poziomie kancelarii premiera. Nie wiem, na ile program wyjdzie też poza, skądinąd



Sesja „Jak rozumieć politykę senioralną” podczas Kongresu Kobieta i Mężczyzna 65+

Fot. Dominika Witkowska

słuszne, deklaracje i trafnie sformułowane zadania, i na ile będzie miał zabezpieczenie finansowe. W związku z tym szansa, jak widać, istnieje, ale czy z niej skorzystamy – to pytanie wciąż pozostaje otwarte. Obawiam się, że może nam grozić utrzymanie tej resortowej polityki, ponieważ mamy ustawę o działach administracji rządowej, z której wynika, kto się czym zajmuje w poszczególnych resortach i jak w związku z tym są rozdzielane pieniądze. Nie wiem zatem, czy istnieje prawna możliwość łączenia działań na rzecz seniorów, a przede wszystkim – czy jest wola polityczna po stronie wielu ministrów, by zrezygnować z części swoich uprawnień i stworzyć nadrzędny organ zajmujący się kompleksowo problemami starzejącego się społeczeństwa. Koncepcje są w zasadzie dwie: albo istnieje taki organ, albo każde z ministerstw jest ministerstwem do spraw starości i czegoś jeszcze: zdrowia, transportu, kultury itd. „Maddycki plan działania w kwestii starzenia się społeczeństw”, uchwalony w 2012 roku, zakładał koncepcję

mainstreamingu, zgodnie z którą problemy osób starszych będą uwzględniane w każdej działalności publicznej. I być może to jest właściwe rozwiązanie, o ile zapewnimy na nie odpowiednie środki i odpowiednią koordynację, aby nie było tak, że trzy resorty będą właściwie robiły to samo, nie wiedząc wzajemnie o swoich działaniach, bo każde zadanie będzie się u nich nazywało nieco inaczej.

Z perspektywy pacjenta, który boryka się z problemem nietrzymania moczu, spójrzmy na ten problem przez pryzmat wyrobów medycznych, takich jak środki absorpcyjne, które są dla niego niezbędne do utrzymania higieny. Dodajmy, że nietrzymanie moczu w dużej mierze dotyka właśnie osoby starsze. Pacjent z NTM może liczyć na refundację tych środków zarówno ze strony NFZ-u podległego ministrowi zdrowia, jak i PFRON-u, który podlega Ministerstwu Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Dofinansowanie na poziomie MOPS-u czy PCPR-u, które rozdzielają w terenie środki z PFRON-u, jest uzależnione od wcześniejszej decyzji refundacyjnej NFZ. W efekcie, jeżeli ktoś potrafi sprawnie poruszać się po systemie, może otrzymać dofinansowanie na zakup pieluchomajtek w pełnej kwocie. Może to jest jakiś element działania ponadresortowego?

Nie jestem pewien, czy jest to działanie zamierzone, które ma doprowadzić do sytuacji, w której pacjent sprawnie poruszający się po tym systemie, może sobie zapewnić pełne finansowanie tych środków. Osobiście nie uważam za „systemowe” rozwiązania, w którym radzi sobie tylko ktoś, kto się sprawnie i szybko orientuje, a ktoś, kto z różnych przyczyn, chociażby zdrowotnych, nie jest w stanie tego zrobić, ma mniejsze prawa. To powinno działać w taki sposób, że każdy, kto spełnia określone warunki, ma takie uprawnienia i mu się to należy, ma pełne prawo do całkowitego finansowania i może to załatwić w każdej aptece czy sklepie medycznym. Dla mnie obecna sytuacja nie jest zaczątkiem jakiejś koordynacji, ale dowodem na permanentny brak współpracy.

Śledząc wypowiedzi polityków na temat wyrobów medycznych, można dojść do wniosku, że największym problemem są dla nich stale rosnące wydatki publiczne na refundację tych wyrobów. Jak to wytłumaczyć, skoro według statystyk, nasze społeczeństwo jest dużo bogatsze niż 20-30 lat temu, system refundacji jest restrykcyjny, skomplikowany i mało atrakcyjny, a jed-

nak coraz więcej osób stara się o to dofinansowanie?

Społeczeństwo rzeczywiście jest coraz bardziej zamożne, co jednak nie znaczy, że dotyczy to wszystkich. Pacjent z NTM często prawdopodobnie bierze też leki, z których część może nie być refundowana i dlatego szuka oszczędności gdzie indziej. To jest jedna z przyczyn. Druga jest czysto ludzka: skoro mamy możliwość refundacji, dofinansowań czy dopłat, to dlaczego mamy z niej nie skorzystać? Nie sądzę, by największym problemem ochrony zdrowia była refundacja tego rodzaju środków. Wydają się one kroplą w oceanie wydatków. Problemem są nie tyle rosnące wydatki, co zdefiniowanie priorytetów w ochronie zdrowia.

Są tam, obawiam się, zdefiniowane te obszary, których przedstawiciele są bardziej przebojowi i mogą lepiej zadbać o tę swoją priorytetową pozycję. Problemem są także nie do końca przemyślane decyzje. Wiele

z nich wcale nie zapewnia równego dostępu do refundowanych świadczeń.

Tak jest właśnie w przypadku środków absorpcyjnych, gdzie kryterium chorobowym nie jest nietrzymanie moczu, ale występowanie innych chorób współistniejących, które trzeba wykazać, by tę refundację otrzymać. Jeśli przyjrzymy się danym Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED z 2015 roku i porównamy wydatki na środki absorpcyjne w krajach takich jak Czechy czy Słowacja, to okazuje się, że wydają one na te wyroby nawet kilkanaście razy więcej niż Polska. Czy to oni są tacy rozrzutni, czy może my nie do końca potrafimy liczyć skutki finansowe takich decyzji w dłuższej perspektywie?

Myszę, że jest to efekt podejmowania tego typu decyzji w Polsce przez księgowego lub polityka, który ma mentalność księgowego, ponieważ patrzy tylko na bieżące wydatki, a nie bierze pod uwagę żadnych innych aspektów. Jednym z głównych problemów osób z NTM jest obniżenie jakości ich życia. Jeśli zapewnimy takim pacjentom szeroki dostęp środków absorpcyjnych, jeśli nie będą musieli zastanawiać się, skąd wziąć na nie pieniądze, albo dokąd po nie pojechać, to ich jakość życia na pewno się poprawi. Będzie to miało wpływ również na szereg innych elementów ich funkcjonowania w społeczeństwie. Elementów, których osoba podejmująca bieżące decyzje w ogóle nie uwzględnia w rachunku, ponieważ patrzy na liczby, które mają się zsumować tu i teraz. Obawiam się, że my nie mamy polityki, mamy tylko zarządzanie.

Dziękuję za rozmowę.

Refundacyjna wygrana pacjentów!

Violetta Madeja



UroConti
Stowarzyszenie Osób z NTM

Po wielomiesięcznej batalii pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego zostali wynagrodzeni za swoją cierpliwość.

Obowiązujące od 1 listopada 2017 r. wykazy refundacyjne to dowód na to, że dzięki zaangażowaniu interesariuszy można osiągnąć konsensus, z którego skorzystają pacjenci. Ministerstwo Zdrowia ostatecznie wprowadziło bowiem do programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” dwie nowe molekuly – dichlorek radu 223 i enzalutamid, a także rozszerzyło wskazanie refundacyjne dla octanu abirateronu, który był już dostępny w programie. W efekcie, zdaniem analityków z firmy IQVIA, decyzyja ta przełoży się na większą liczbę pacjentów korzystających z terapii. Nie byłoby to jednak możliwe bez konsekwencji i stanowczości, jaką wykazali sami pacjenci.

Wielomiesięczne starania

Intensywne zabiegi i starania pacjentów o rozszerzenie programu lekowego o kolejne nowe leki trwały od wielu miesięcy. W tym czasie pacjenci skupieni w Stowarzyszeniu UroConti nie tylko wysyłali pisma do resortu zdrowia, ale również szukali pomocy u parlamentarzystów. Na ich apel odpowiedziało wielu posłów, bez względu na opcje polityczne, a swoje interpelacje w tej sprawie wysyłali do ministra zdrowia m.in. Beata Małecka-Libera i Elżbieta Gelert (PO), Paweł Skutecki (Ruch Kukiz'15) oraz Iwona Arent, Ewa Szymańska, Andrzej Kryj i Wojciech Murdzek z PiS.

29 sierpnia 2017 r. Stowarzyszenie UroConti otrzymało pierwsze pozytywne informacje płynące

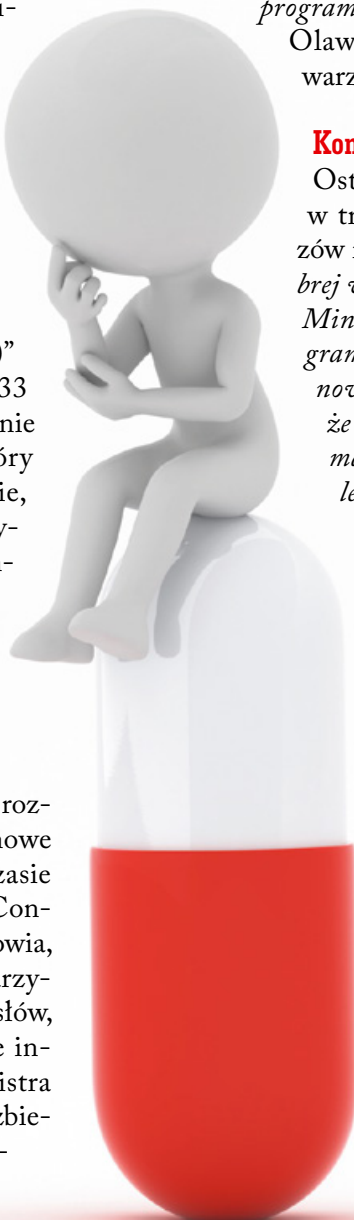
z gmachu przy ul. Miodowej w Warszawie. – Izabella Obarska, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji, poinformowała nas, że minister zdrowia podjął pozytywne rozstrzygnięcie, zgodnie z którym lek enzalutamid miał być stosowany we wspólnym programie lekowym z dotychczas stosowanym octanem abirateronu. Niestety, producent tego drugiego leku zablokował poszerzenie programu na dwa miesiące – wspomina Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia UroConti.

Konsensus dla dobra pacjentów

Ostatecznie porozumienie udało się osiągnąć w trakcie negocjacji do listopadowych wykazów refundacyjnych. – Cieszymy się, że dzięki dobrej woli polityków i zaangażowaniu urzędników Ministerstwa Zdrowia udało się poszerzyć program lekowy dla pacjentów z zaawansowanym nowotworem prostaty. Mamy jednak nadzieję, że tego typu sytuacje, w których jedna firma farmaceutyczna blokuje dostęp do leczenia innymi lekami, w przyszłości nie będą miały już więcej miejsca – przyznał Bogusław Olawski.

Zakończona sukcesem batalia o dostęp do nowych leków to jednak nie koniec pacjenckich zmagania. – Obawiamy się sytuacji, aby jeden monopol lekowy nie zajął miejsca drugiego. Już docierają do nas głosy zrozpaczonych pacjentów, którzy od swoich lekarzy otrzymują informację, że z powodu wcześniejszej terapii abirateronem nie będą mogli skorzystać z leczenia enzalutamidem, bo program lekowy na to nie pozwala. Spróbujemy to wyjaśnić z Ministerstwem Zdrowia – deklaruje Bogusław Olawski.

Pod koniec listopada 2017 r. pismo w tej sprawie trafiło na biurko wiceministra zdrowia Marcina Czecha. Pacjenci proszą w nim resort zdrowia o pilną interwencję i możliwie szybkie udzielenie informacji, na jakiej podstawie podjęto decyzję, że nowe leki nie mogą być stosowane u pacjentów, którzy wcześniej byli leczeni innym lekiem w ramach tego samego programu lekowego.



Fot. #181921674 © radiorio - Fotolia.com

Najwyższy czas na refundację neuromodulacji, panie ministrze!

Maja Markłowska-Dzierżak

Wkrótce minie osiem lat, odkąd Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti złożyło wniosek o wpisanie neuromodulacji nerwów krzyżowych do koszyka świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych. Mimo że ta metoda leczenia otrzymała we wrześniu 2014 r. pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, do tej pory nie została objęta refundacją.

– *Wielokrotnie apelowaliśmy do ministra zdrowia o wyjaśnienie tej sytuacji i umożliwienie jak najszybszego zakończenia procedury refundacyjnej. Z odpowiedzi, jaką otrzymaliśmy z resortu zdrowia 8 sierpnia tego roku, dowiedzieliśmy się, że minister podjął decyzję o zakwalifikowaniu procedury neuromodulacji krzyżowej jako świadczenia gwarantowanego dla pacjentów cierpiących na nadreaktywność pęcherza moczowego oraz niedoczynność mięśnia wypieracza po niepowodzeniu terapii standardowej. Niestety, z kolejnych pism wynika, że procedura neuromodulacji krzyżowej zostanie wpisana na listę świadczeń gwarantowanych najwcześniej w drugiej połowie 2018 roku!* – denerwuje się Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia UroConti.

Piętrzenie problemów

Na pytanie, jakich argumentów używa Ministerstwo Zdrowia, zwlekając tak długo z decyzją refundacyjną, prezes Sarbak odpowiada, że powołuje się na obowiązujące przepisy, w tym konieczność uzyskania pozytywnej rekomendacji od prezesa AOTMiT (ta została już wydana ponad cztery lata temu!), przekazania projektu zakwalifikowania tej procedury jako świadczenia gwarantowanego do konsultacji wewnętrznych i zewnętrznych, a następnie odniesienia się do nadesłanych w ramach konsultacji uwag i ich opracowania.

– *Dodatkowo, Ministerstwo Zdrowia podkreśla, że wprowadzenie nowych świadczeń wiąże się wzrostem wydatków dla publicznego płatnika. A przecież nie mówimy o nowej, niesprawdzonej jeszcze terapii. Na świecie jest ona szeroko dostępna dla pacjentów z NTM już od ponad 20 lat* – przypomina Anna Sarbak.

Dodaje, że w Polsce na refundację kosztów neuromodulacji krzyżowej może liczyć niewielka grupa pacjentów z ciężkimi postaciami NTM, u których nie powiodła się terapia standardowa (modyfikacja stylu życia, trening pęcherza moczowego, leczenie farmakologiczne, leczenie z zastosowaniem toksyny botulinowej itp.). – *Nie byłaby ona wielkim obciążeniem dla budżetu, ponieważ podobne*

koszty NFZ ponosi już od przeszło 10 lat na inne świadczenie gwarantowane, jakim jest wszczepienie zwieracza hydraulicznego – tłumaczy prezes UroConti.

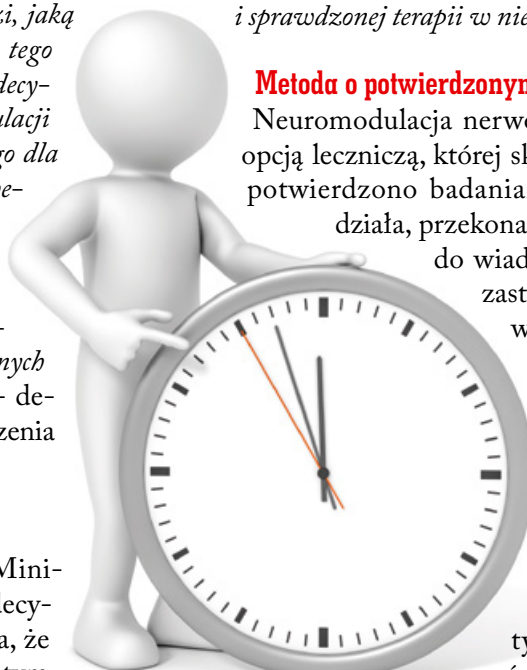
Poza tym neuromodulacja jest metodą dwuetapową i zdecydowanie mniej inwazyjną niż wszczepienie zwieracza. Jeżeli okaże się nieskuteczna w przypadku danej osoby, można się z niej wycofać, nie narażając budżetu państwa na pełne koszty świadczenia. – *Minister zdrowia zna te argumenty od wielu lat. Pomimo to z niezrozumiałą dla nas konsekwencją przeciąga proces wdrożenia tej skutecznej i sprawdzonej terapii w nieskończoność.*

Metoda o potwierdzonym działaniu

Neuromodulacja nerwów krzyżowych jest uznaną opcją leczniczą, której skuteczność i bezpieczeństwo potwierdzono badaniami naukowymi. O tym, że działa, przekonał się pan Mariusz (nazwisko do wiadomości redakcji), u którego zastosowano tę metodę leczenia w sierpniu 2011 roku. Przed zabiegiem wszczepienia neurostymulatora przez pięć lat był leczony farmakologicznie, kilkakrotnie został też poddany zabiegom ostrzykiwania pęcherza toksyną botulinową. Efekty leczenia były krótkotrwałe, po 4-6 tygodniach objawy choroby znów się nasilały. – *Doszło już do sytuacji, że kiedy zmęczony wracałem po pracy do domu i zasypiałem na fotelu, oddawałem mocz mimowolnie* – wspomina pan Mariusz.

Po wszczepieniu stymulatora jego życie, jak twierdzi, zmieniło się diametralnie. Przede wszystkim, wychodząc z domu, nie musiał się już rozglądać za toaletą, bo nagle parcia przestały mu doskwierać. Pojawił się jednak problem – wkrótce wyczerpie się bateria w neuromodulatorze, który mu wszczepiono w ramach badań naukowych. Na wymianę baterii, która oznacza wymianę całego urządzenia go nie stać, bo to kosztuje 30 tys. zł. Najlepiej byłoby, gdyby wszczepiono mu nowe urządzenie, ale w związku z brakiem refundacji nie jest możliwe. – *Wizja powrotu do nieskutecznego leczenia jest dla mnie przerażająca* – mówi pan Mariusz.

Według Stowarzyszenia UroConti, wystarczyłaby odrobina dobrej woli ze strony ministra zdrowia, aby neuromodulacja mogła być dostępna w polskich szpitalach już w pierwszym kwartale 2018 roku. Byłaby to również szansa na wymianę neuromodulatora dla pana Mariusza.



Fot. #89552748 © magann - Fotolia.com

Jak opisać dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych

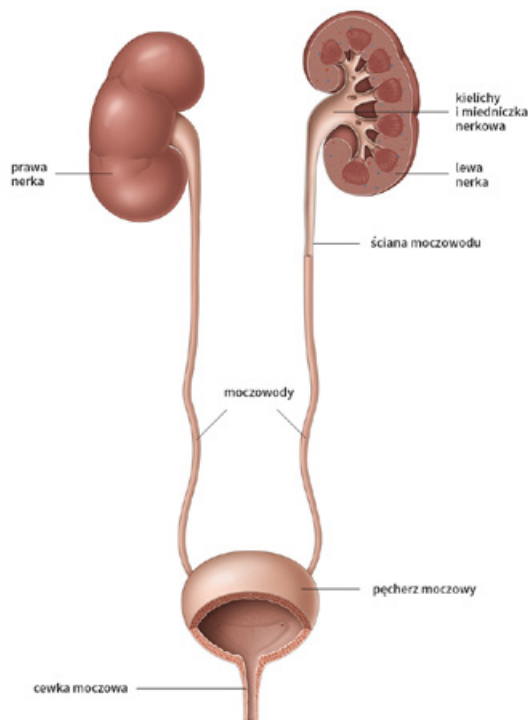
lek. med. Tadeusz Hessel

Klinika Urologii CM UJ, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Objawy ze strony dolnych dróg moczowych są trudne do opisanie. Z racji tabu, jakim jest otoczony układ moczowy, bardzo często pacjentom trudno jest wyraźnie określić, z jakim problemem zgłaszają się do lekarza. Poza tym, podobne objawy mogą odpowiadać zupełnie innym chorobom.

Anatomia i czynność dróg moczowych

Dolnymi drogami moczowymi u kobiet i mężczyzn nazywamy pęcherz moczowy oraz cewkę moczową. U mężczyzn cewka moczowa jest dłuższa i zawiera odcinki przechodzące przez gruczoł krokowy (prostatę) i prącie. Do pęcherza moczowego stale spływa mocz z górnych dróg moczowych, tzn. z nerek i moczowodów.



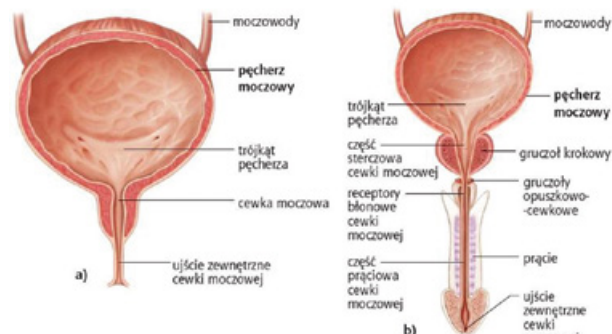
Rys. 1. Prawidłowa budowa układu moczowego

Źródło: Europejskie Towarzystwo Urologiczne

Dolne drogi moczowe u kobiet i mężczyzn odpowiadają za gromadzenie oraz wydalanie moczu. Znajdują się one w podbrzuszu, za spojeniem łonowym. U kobiet za pęcherzem i cewką moczową leżą macica i pochwa, a następnie odbytnica. U mężczyzn pod pęcherzem wokół cewki moczowej leży gruczoł krokowy, zaś za samym pęcherzem odbytnica.

Normalnie w trakcie oddawania moczu pęcherz moczowy kurczy się i dochodzi do jego całkowitego opróżnienia. Jednak przez większość czasu pęcherz magazynuje mocz

i nie kurczy się samoistnie, zaś zwieracz cewki moczowej rozluźnia się tylko na czas oddania moczu (mikcji). Wszelkie odstępstwa od tej normy (np. parcia na mocz, zaleganie moczu) nazywamy dolegliwościami ze strony dolnych dróg moczowych (ang. lower urinary tract symptoms, w skrócie LUTS).



Rys. 2. Prawidłowa budowa dolnych dróg moczowych u kobiet i mężczyzn. Źródło: www.zdrowie.gazeta.pl

Zgodnie z podziałem przyjętym przez Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji (ang. International Continence Society, w skrócie ICS) wyróżnia się trzy rodzaje objawów LUTS: dotyczące fazy napełniania pęcherza moczowego, dotyczące opróżniania pęcherza moczowego oraz pojawiające się po mikcji. Należy zwrócić uwagę, w którym momencie one występują i postarać się je sprecyzować, korzystając z podanych w artykule definicji pojęć.

Czynniki ryzyka rozwoju LUTS:

- otyłość;
- zaburzenia metaboliczne (np. cukrzyca);
- zakażenia układu moczowego i układu płciowego męskiego;
- wiek.

Jeśli chodzi o pochodzenie tych objawów, to wbrew powszechnej opinii nie są one związane tylko z jednym czy dwoma czynnikami.

Przyczyny LUTS:

- zaburzenia statyki narządu rodowego u kobiet;
- łagodny rozrost stercza (prostaty) u mężczyzn;
- pęcherz nadreaktywny;
- pęcherz neurogenny;
- kamica moczowa;
- przewlekły zespół bólowy miednicy;
- zakażenia układu moczowego;
- zaburzenia endokrynologiczne;
- ciało obce znajdujące się w układzie moczowym;
- nowotwór urotelialny;

- zwężenia cewki moczowej;
- poliuria nocna (zwiększenie objętości moczu oddawanego w porze nocnej);
- rak stercza (prostaty) u mężczyzn.

Zmiany częstotliwości oddawania moczu:

- częstomocz dzienny - wzmożona ilość mikcji w ciągu dnia;
- nykturia, nokturia - wzmożona ilość mikcji w nocy;
- parcia na mocz, parcia naglące - nagłe uczucie konieczności oddania moczu;
- nietrzymanie moczu - niekontrolowany wyciek moczu w każdej ilości (można je podzielić na wysiłkowe - przy kaszlu, kichaniu itd., z parć naglających - pojawia się przy parciach na mocz oraz mieszane - wysiłkowe i z parć naglających występujące razem);
- ciągły wyciek moczu - może być spowodowany m.in. przetoką w obrębie układu moczowego.

W przypadku zwiększenia częstotliwości oddawania moczu w ciągu dnia mówimy o częstomoczu dziennym, zaś w nocy - o nokturii. Należy poinformować lekarza, jak często odwiedza się toaletę obecnie, a także jak często odwiedzało się ją przed pojawieniem się dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych (np. jedna wizyta w nocy w toalecie nie wpływała na jakość snu, a już trzykrotne odwiedziny powodują problemy). Najważniejsze nie są jednak same obiektywne wyniki, lecz to, co przeszkadza pacjentowi.

Objawy dotyczące gromadzenia (napełniania) moczu w pęcherzu moczowym:

- brak czucia pęcherzowego - pacjent nie odczuwa moczu w pęcherzu;
- wzmożone czucie pęcherzowe - pacjent jest świadomy wcześniejszej potrzeby oddania moczu niż zwykle/ wcześniej;
- osłabione czucie pęcherzowe - pacjent odczuwa gromadzenie się moczu w pęcherzu, ale nie ma potrzeby oddania moczu.

Objawy w trakcie oddawaniu moczu/ opróżniania pęcherza moczowego:

- osłabiony strumień moczu/słaby strumień moczu - pacjent odczuwa zmianę siły strumienia moczu;
- rozproszony strumień moczu - oznacza rozdzielenie się strumienia moczu;
- trudności w rozpoczęciu oddawaniu moczu - pacjent odczuwa późniejsze oddanie moczu w stosunku do momentu, w którym jest gotowy oddać mocz;
- wysiłek i wzmożona praca podczas oddawania moczu - w celu oddania moczu pacjent musi pracować we wzmożony sposób tłoczną brzuszną (przeć);
- przerywany strumień moczu.

Objawy odczuwane po mikcji (po oddaniu moczu):

- nietrzymanie moczu po mikcji/ bezwiedne wykapywanie moczu po mikcji;
- uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego.

Inne dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych

1. Wypadanie narządu rodnego (u kobiet) - obrzmienie pochwy, uczucie wypychania, wymagającego czasami ręcznej korekcji celem oddania moczu lub kału. Należy w tym przypadku skonsultować się z ginekologiem.
2. Nietrzymanie moczu występujące w określonej sytuacji, np. w trakcie stosunku płciowego, podczas śmiechu.
3. Ból narządów płciowych zewnętrznych.

Kwestionariusze

Inną skuteczną metodą pozwalającą na opisanie LUTS są kwestionariusze. Są to gotowe zestawy pytań. Odpowiadając na nie i sumując liczbę punktów, lekarz może zorientować się w kwestii nasilenia choroby u pacjenta. Kwestionariusze mogą być również pomocne podczas monitorowania leczenia. Skuteczne leczenie powinno przełożyć się na zmniejszenie wyniku uzyskanego w kwestionariuszu.

W Polsce często używanymi narzędziami są UDI-6 u kobiet oraz IPSS u mężczyzn. Oba kwestionariusze można ściągnąć w formacie pdf pod poniższym adresem: <http://zdrowydialog.pl/wp-content/themes/zdrowydialog/inc/pdf/materialy-informacyjne/informator-dla-pacjenta.pdf>

PRZYKŁADOWE PYTANIA Z KWESTIONARIUSZA UDI-6

Pytanie 1: Czy występuje u Pani częste oddawanie moczu w ciągu doby?

Pytanie 2: Czy występuje u Pani nietrzymanie moczu związane z uczuciem parcia?

Pytanie 3: Czy nietrzymanie moczu ma związek z aktywnością fizyczną?

Dzienniczek mikcji

Jest to bardzo niedoceniane narzędzie, które pozwala niezwykle precyzyjnie opisać i przedstawić funkcjonowanie układu moczowego. Istnieją różne typy tego narzędzia: można notować wyłącznie częstotliwość chodzenia do toalety, ale także uwzględniać objętości oddanego moczu (zarówno tego, który oddano w sposób kontrolowany, jak i w trakcie epizodów nietrzymania moczu).

Dzienniczek mikcji w formacie pdf można ściągnąć pod poniższym adresem: http://fizjopelvi.pl/downloads/a4_dzienniczek_mikcji_fizjopelvi_a.pdf

Podsumowanie

Poznanie terminologii i narzędzi opisujących dolegliwości ze strony układu moczowego pozwala na dokładne i precyzyjne wyjaśnienie objawów, które dotyczą pacjenta. Dzięki temu zwiększają jego szansę na postawienie prawidłowej diagnozy. Warto też każde niezrozumiałe określenie oraz nurtujące pytanie zapisać, aby nie zapomnieć o nich w trakcie wizyty w gabinecie lekarskim. Do rozważenia pozostaje także udanie się na wizytę do urologa wraz z osobą towarzyszącą.

Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?

Maja Markłowska-Dzierżak

Osoby powyżej 65. roku życia chciałyby być leczone przez lekarzy dobrze wykształconych, znających specyfikę problemów wieku podeszłego. Ministerstwo Zdrowia nie pozostawia jednak złudzeń – nie będą nimi geriatrzy, którzy docelowo mają pełnić w systemie ochrony zdrowia rolę konsultantów i nauczycieli lekarzy innych specjalności.

– *Koordynatorem opieki nad każdym pacjentem, poczynając od okresu noworodkowego aż do stulotka, powinien być lekarz ze specjalizacją z medycyny rodzinnej* – tłumaczył minister zdrowia Konstanty Radziwiłł, podczas sesji „Pacjent geriatryczny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?”, zorganizowanej w ramach IV Kongresu „Kobieta i Mężczyzna 65+” (17-18 listopada w Warszawie).

Geriatrzy, jego zdaniem, powinni pełnić rolę konsultantów dla lekarzy rodzinnych i dzielić się swoją wiedzą z innymi specjalistami (np. ortopedami, kardiologami, psychiatrami) zatrudnionymi w szpitalach. – *Dzisiaj, przy liczbie około 400 geriatrów, teoretycznie jeden przypada na powiat. A ponieważ większość z nich pracuje w Warszawie i kilku innych wielkich miastach, to nie mamy nawet jednego geriatry na powiat* – powiedział minister Radziwiłł.

Może się jednak okazać, że geriatrów będzie za mało nawet do tego, by mogli być konsultantami i nauczycielami. Dotychczasowa polityka resortu zdrowia doprowadziła do tego, że z mapy Polski znikają oddziały geriatryczne, a lekarze nie garną się do robienia specjalizacji z tej dziedziny. Przykładowo, w województwie śląskim, co roku było 15-20 chętnych, w tym roku w sesji wiosennej nie było ani jednego, a w sesji jesiennej było zaledwie trzech chętnych. – *To samo jest na Podlasiu. Jesienią dwa miejsca rezydentów z geriatryi zostały puste, nie ma chętnych* – powiedziała prof. Barbara Bień, konsultant wojewódzka w dziedzinie geriatryi dla województwa podlaskiego.

W opinii geriatrów, sytuacja się nie zmieni, jeśli resort zdrowia nie wprowadzi jakiegoś systemu zachęt dla lekarzy, żeby geriatrya była dla nich nobilitacją, a nie specjalizacją bez przyszłości.

Interniści i geriatrzy muszą ze sobą współpracować

Zdaniem prof. Jacka Imieli, prezesa Towarzystwa Internistów Polskich i krajowego konsultanta w dziedzinie chorób wewnętrznych, tych samych chorych, co geriatrzy, leczą interniści. I w takim samym stopniu, jak geriatrom, zależy im na poprawie sytuacji osób starszych. – *Lekarz internista to człowiek, który musi znać i bardzo często zna specyfikę wieku podeszłego, co przy ogromnym niedoborze geriatrów i dużej liczbie chorych w wieku podeszłym jest decydujące* – podkreślił prof. Imieli.



Sesja „Pacjent geriatryczny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?” podczas Kongresu KOBIETA I MĘŻCZYŻNA 65+

Fot. Dominika Witkowska

Dodał, że Towarzystwo Internistów Polskich czyni starania o uzupełnienie programu szkolenia specjalizacyjnego dla lekarzy chorób wewnętrznych o elementy geriatryi oraz utworzenie pododdziałów geriatrycznych przy oddziałach wewnętrznych. – *Z punktu widzenia chorego, który ma wiele problemów i chorób, rozbijanie systemu opieki zdrowotnej na wąskie, szczegółowe specjalizacje, nie zawsze daje dobry efekt. Nasz system jak najszybciej musi się przygotować na starzenie się społeczeństwa, a my będziemy próbować do tego przygotować internistów* – zapewnił prezes Towarzystwa Internistów Polskich.

Prof. Tomasz Kostka, konsultant krajowy w dziedzinie geriatryi, przypomniał, że w nieodległej przyszłości w Polsce będzie 11 mln seniorów. Podstawą geriatryi, jak stwierdził, jest interna. Ale geriatrya to tak naprawdę interna plus neurologia, psychiatria, rehabilitacja i wiele innych dziedzin. – *Czy w społeczeństwie, w którym jest*

jedna trzecia seniorów, jesteśmy w stanie zapewnić konsultacje dla kilku, kilkunastu chorób? Nie jesteśmy. Finansowo system temu również nie podola. Dlatego lekarz rodzinny musi być szkolony w kierunku geriatrii - powiedział prof.



Dr Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia

Fot. Dominika Witkowska

Kostka. Według niego ideałem byłby lekarz rodzinny, posiadający jednocześnie specjalizację z geriatrii oraz internista, który ma jednocześnie specjalizację z geriatrii. - *W dużym szpitalu powinien być jeden oddział internistyczny, a drugi geriatryczny, w szpitalu powiatowym - oddział internistyczny z pododdziałem geriatrycznym. Walczymy o to, aby osoba starsza mogła wyjść samodzielnie z domu, zrobić zakupy i wrócić z trzykilogramową siatką na drugie piętro* - powiedział prof. Kostka.

Większość chorych w podeszłym wieku, jak twierdzi prof. Kostka, może leczyć w warunkach domowych lekarz rodzinny. Jeśli zajdzie taka potrzeba, skieruje pacjenta do szpitala, w którym pracuje mądry internista będący w stanie zaopatrzyć go w warunkach hospitalizacji dziennej i czy prędzej odesłać go z powrotem do domu. Natomiast po pobycie na oddziale wewnętrznym, geriatrii lub innym pacjent powinien trafić do oddziału rehabilitacji geriatrycznej. - *Tracimy bardzo dużo pieniędzy na operacje wymiany biodra, po której chorzy umierają po miesiącu, ponieważ nie byli rehabilitowani* - podsumował swoją wypowiedź konsultant krajowy w dziedzinie geriatrii.

Dr Jarosław Derejczyk, konsultant wojewódzki w dziedzinie geriatrii dla województwa śląskiego, jest przekonany, że internie jest po drodze z geriatrią. - *Jesteśmy skazani na wspólne funkcjonowanie* - powiedział.

Gerontolodzy przypominają, że już za osiem lat liczba 80-latków w Polsce zacznie gwałtownie wzrastać. Na izbach przyjęć pojawiać się będzie co roku o 5-10 proc.

więcej pacjentów. Polska będzie jednym z najstarszych krajów w Europie. Dlatego już teraz trzeba stworzyć model opieki nad osobami w podeszłym wieku.

Senior pod opieką lekarza rodzinnego i internisty

Minister zdrowia jest przekonany, że w związku ze starzeniem się społeczeństwa i nadchodzącą falą osób w podeszłym wieku, nie tylko programy kształcenia lekarzy, ale również pielęgniarek, ratowników medycznych i innych profesjonalistów medycznych, powinny zawierać elementy uwzględniające specyfikę diagnostyki i leczenia osób w wieku podeszłym. - *Wiedza na ten temat powinna się znaleźć również w niemal wszystkich programach specjalizacyjnych* - powiedział Konstanty Radziwiłł. Minister zaprosił uczestników sesji „Pacjent geriatryczny w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Gdzie mam się leczyć, panie doktorze?” do wzięcia udziału w opracowaniu zasad organizacji opieki nad osobą w wieku podeszłym. Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, po ogłoszeniu ich w drodze rozporządzenia, staną się one obowiązującym prawem. Zaapelował także do towarzystw naukowych o rozpoczęcie prac nad wytycznymi postępowania diagnostycznego i terapeutycznego z pacjentem geriatrycznym. Zostaną one poddane ocenie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a następnie opublikowane w formie obwieszczenia.

Minister Radziwiłł przyznał, że jego marzeniem jest, aby na bazie rozporządzeń określających standardy opieki i obwieszczeń z wytycznymi lub zaleceniami powstało w Polsce coś na wzór brytyjskiego National Institute for Clinical Excellence (NICE) - organizacji, która w sposób uporządkowany reguluje to, na co pacjent może liczyć w publicznym systemie ochrony zdrowia i do czego zobowiązani są ci, którzy udzielają pomocy.

Recepty na leki 75+ tylko od lekarza POZ

Recepty na leki 75+ tylko od lekarza POZ

Resort zdrowia nie przewiduje zmian w preskrypcji recept na bezpłatne leki dla pacjentów powyżej 75. roku życia. Nadal uprawnienia do ich wypisywania będą mieli wyłącznie lekarze podstawowej opieki zdrowotnej.

- *Leki dla seniora powinny być wypisywane przez lekarzy, którzy mają wiedzę na temat wszystkich przyjmowanych leków przez pacjenta. Taka jest idea tego rozwiązania* - przypomniał minister Radziwiłł. Dodał, że do wystawiania recept, również zniżkowych, mają prawo wszyscy lekarze, ale recepta typu „S” jest zastrzeżona dla tego, kto jest długotrwałym koordynatorem leczenia pacjenta. - *Jest nim lekarz podstawowej opieki zdrowotnej* - podsumował.

Pacjenci w przededniu kolejnych zmian systemowych

Violetta Madeja

W ostatnich trzech miesiącach instytucje państwowe podejmowały decyzje, mające wpływ na los pacjentów z problemami urologicznymi. W najbliższych miesiącach środowisko pacjentów spodziewać się może istotnych zmian m.in. w obszarze zaopatrzenia w produkty chłonne. W resorcie zdrowia trwają prace nad drugą już w tym roku nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (wcześniejsza weszła w życie 29 maja). Dokument ten ostatecznie trafił 5 grudnia do konsultacji zewnętrznych i zwiększył limit liczby środków absorpcyjnych z 60 na postulowane przez środowisko 90 sztuk miesięcznie. Oznacza to, że dobowy limit pieluchomajtek zwiększy się z 2 na 3 sztuki. Niestety, za zwiększeniem limitu ilościowego nie poszło jednak zwiększenie finansowania ze strony NFZ. W praktyce może oznaczać to, że tylko wkładki anatomiczne dla osób z lekkim NTM zmieszczą się w limicie proponowanym w rozporządzeniu. Od 1 listopada obowiązuje również nowa lista refundacyjna, która wprowadziła do programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” dwa nowe leki: enzalutamid oraz dichlorek radu 223. Pacjenci nadal czekają jednak na refundację nowych leków stosowanych w terapii pęcherza nadreaktywnego. Oceniany trzy lata temu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych mirabegron nadal czeka na pozytywną decyzję resortu zdrowia.

Taryfy po nowemu

Zmiany obejmą wycenę świadczeń urologicznych, nad którymi prace rozpoczęła Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Pod lupę ekspertów trafią świadczenia gwarantowane z zakresu: choroby układu moczowo-płciowego w ramach leczenia szpitalnego (sekcja L JGP) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Nowe wyceny mają objąć takie procedury jak:

- cystoskopia przezcewkowa;
- inna uretroskopia;
- przezodbytnicza, wielomiejscowa biopsja stercza;
- przezskórna biopsja stercza (nakłucie przez krocze);
- operacja stulejki;

- wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia oraz szycie rany prącia.

„Cenimy sobie głos środowiska medycznego na co dzień sprawującego opiekę nad pacjentem, środowiska eksperckiego wyznaczającego standardy i nowe trendy, organizacji pacjenckich reprezentujących tych, którym świadczenia mają przynieść największe korzyści, a także wielu innych uczestników rynku usług zdrowotnych. Państwa uwagi i doświadczenie z najróżniejszych obszarów sektora ochrony zdrowia pozwalają na uwzględnienie w procesie taryfikacji specyfiki świadczenia, czyniąc ten proces bardziej przejrzystym, obiektywnym i rzetelnym, dając jednocześnie podstawy wycenienia spełniającej oczekiwania wszystkich zainteresowanych stron” – zapewnił w swoim komunikacie AOTMiT. Zgodnie z harmonogramem, termin składania uwag do wycen upływa 31 grudnia 2017 r.



Fot. #143525511 © Style-Photography - Fotolia.com

Ocena zasadności refundacji leków

Rada Przejrzystości przy AOTMiT przygotowała również opinię w sprawie zasadności refundacji preparatu zawierającego substancję czynną - paklitaksel, podawanego poza wskazaniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego pacjentom z miejscowo zaawansowanym i uogólnionym rakiem prącia. Zgodnie z ostateczną

decyzją ekspertów, wydaną 23 października 2017 r., lek ten może być stosowany poza wskazaniami u pacjentów poddawanych leczeniu wstępnemu w schemacie z chemioterapią przed zaplanowaną wcześniej resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych.

Kolejną molekułą ocenianą przez ekspertów AOTMiT był lek zawierający testosteron (Androp). Preparat oceniany był pod kątem zastosowania go w testosteronowej terapii zastępczej w hipogonadyzmie męskim u pacjentów, u których niedobór testosteronu został potwierdzony objawami klinicznymi i badaniami biochemicznymi. We wniosku zaproponowano, by lek ten dostępny był w ramach nowej grupy limitowej w aptekach w całym zakresie zarejestrowanych wskazań. Zaproponowana we wniosku odpłatność pacjentów wyniosłaby 30 proc.

Będzie dłuższa lista leków dla seniorów

Pod koniec września Rada Przejrzystości AOTMiT za-

jęła się również wnioskiem resortu zdrowia w zakresie oceny efektywności produktów leczniczych z grup limitowanych w populacji pacjentów po 75. roku życia. Ocenie poddano inhibitory 5-alfa-reduktazy, stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego, które obecnie są dostępne z ryczałtowym poziomem odpłatności, a także leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego – blokujące receptory alfa-adrenergiczne, które obecnie dostępne są z 30-procentową odpłatnością pacjenta lub wydawane na ryczałt.

W październiku ocenie poddano również trzy samorządowe programy zdrowotne dotyczące wczesnego wykrywania nowotworów gruczołu krokowego. Jeden z nich ma zasięg wojewódzki – dotyczy województwa kujawsko-pomorskiego, gdzie otrzymał dofinansowanie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, natomiast dwa pozostałe mają być realizowane przez gminy Pawłowicki oraz Polska Cerkiew.

NIK ocenia zaopatrzenie w wyroby medyczne

W ocenie ekspertów istotnym dokumentem może okazać się raport „O realizacji zadań NFZ w 2016 roku”, jaki pod koniec listopada 2017 r. opublikowała Najwyższa Izba Kontroli. W dokumencie tym dużo miejsca poświęcono kwestii nakładów, jakie publiczny płatnik poniósł na zaopatrzenie w wyroby medyczne. W latach 2010-2016 nakłady te wzrosły o 60 proc. do poziomu 946 mln zł, natomiast odpłatność pacjentów wyniosła 639 mln zł i była o 19 mln zł niższa niż w 2015 roku.

Kontrolerzy wskazali jednak również na liczne nieprawidłowości występujące w systemie zaopatrzenia w wyroby medyczne finansowane ze środków publicznych. Jak podkreśliła Najwyższa Izba Kontroli, fundusz nie dysponował narzędziami legislacyjnymi, które umożliwiałyby skutecznie negocjować ceny wyrobów, w które zaopatrywany jest pacjent. W efekcie dochodziło do sytuacji, w których oddziały wojewódzkie NFZ refundowały koszty zakupu wyrobów medycznych tego samego producenta, o tych samych parametrach i właściwościach po zróżnicowanych cenach. Najwyższa Izba Kontroli wniosła zatem o zmianę zasad refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osób uprawnionych i powrót do prac nad nowelizacją ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Na reakcję resortu zdrowia nie trzeba było długo czekać. Ministerstwo zapewniło, że wznowiło prace nad dokumentem, a proponowane rozwiązania będą wypracowane w toku szeroko rozumianego dialogu społecznego. Resort zamierza w trakcie prac uwzględnić postulaty środowiska pacjentów oraz podmiotów działających na rynku wyrobów medycznych.

Głos w sprawie raportu Najwyższej Izby Kontroli zabrała również Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Me-

dycznych POLMED, która podkreśliła, że wskazanym w dokumencie patologiom w systemie ochrony zdrowia należy zdecydowanie przeciwdziałać. Przedsiębiorcy zapewnili również, że od lat postulują wprowadzenie zmian w sposobie finansowania wyrobów medycznych do indywidualnego zaopatrzenia, które pomogłyby wyeliminować obecne niedociągnięcia tego systemu i ewentualne nadużycia. Deklarują jednocześnie pełną gotowość do współpracy z resortem zdrowia w obszarze rozwiązań i merytorycznych propozycji, które mogłyby zostać wdrożone w stosunkowo krótkim czasie (m.in. poprzez nowelizację niektórych rozporządzeń).

Trwają prace nad „Polityką lekową państwa”

W resorcie zdrowia powrócono do przygotowania strategicznego dokumentu „Polityka lekowa państwa”. Wiceminister zdrowia Marcin Czech zapowiedział, że prowadzone obecnie prace toczą się w wąskim gronie ekspertów. Jego zdaniem, pierwszy projekt dokumentu trafi do konsultacji na przełomie I i II kwartału 2018 roku.

– Zgodnie ze wskazaniami Światowej Organizacji Zdrowia, polityka lekowa państwa będzie opierać się na zdefiniowaniu priorytetów. Niewątpliwie podstawą jest określenie grup społecznych, które mają być szczególnie chronione. W mojej ocenie wśród grup priorytetowych powinny się znaleźć osoby w podeszłym wieku oraz dzieci – stwierdził wiceminister Marcin Czech. Jednocześnie zapewnił, że decyzje podejmowane w gmachu przy ul. Miodowej w Warszawie potwierdzają ten kierunek działań, czego dowodem jest m.in. wprowadzenie darmowych leków dla osób powyżej 75. roku życia.

Więcej na zdrowie

Pod koniec listopada senacka Komisja Zdrowia rozpatrzyła rządową propozycję specustawy, która zwiększa poziom nakładów finansowych na system ochrony zdrowia do 6 proc. PKB w 2025 roku. W trakcie senackiej debaty senatorowie nie zgodzili się na skrócenie czasu osiągnięcia pułapu 6 proc. PKB nakładów na system, co zaproponowała opozycja.

Do 15 grudnia swoje prace ma zakończyć zespół ds. zmian w ochronie zdrowia, w którego skład weszli przedstawiciele Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwa Rozwoju, Ministerstwa Finansów oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, a także środowiska lekarzy, pielęgniarek i pacjentów. Jak zapowiedziała wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko, przewodnicząca zespołu, w wypracowanym przez ekspertów dokumencie znajdą się ogólne rekomendacje dotyczące zmian systemowych, jak również precyzyjnie określone zadania związane z przekierowaniem strumienia finansowania na konkretne obszary ochrony zdrowia, m.in. świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

KultURO już po raz trzeci

Violetta Madeja

Festiwal łączący sztukę, badania naukowe i profilaktykę zdrowotną na dobre wpisał się w krajobraz Krakowa. Tegoroczną edycję, odbywającą się w dniach 22-29 września, uświetnił koncert rockowego zespołu EndoPower oraz jego przyjaciół, wśród których znalazł się, m.in. znany z Formacji Nieżywych Schabuff, Olek Klepacz z zespołem OZD.

Główny inicjator Festiwalu KultURO, prof. dr hab. n. med. Piotr Chłosta (prezes Polskiego Towarzystwa Urologicznego), od trzech lat udowadnia, że połączenie kongresu naukowego z festiwalem kulturalnym stanowi energetyczną mieszankę - zarówno dla lekarzy, jak i samych pacjentów. - *Wspólnie ze współpracownikami, wykorzystując nowe środki ekspresji, a w szczególności muzykę i rysunek (także satyrę), udaje nam się od trzech lat uświadamiać widzów i sympatyków festiwalu, że warto i należy się badać, że warto i trzeba się leczyć, jeśli istnieje taka konieczność, ale przede wszystkim, że nie należy się tego wstydzić* - mówi prof. Piotr Chłosta.

Spotkanie zainaugurowano 22 września III Jagiellońskim Dniem Urologii, Geriatrii i Medycyny Rodzinnej.

Krakowska impreza rozpoczęła tegoroczny Międzynarodowy Tydzień Urologii (Urology Week). Zdaniem prof. Chłosty, kwestie związane z profilaktyką i leczeniem chorób urologicznych, poruszane są z reguły w zamkniętych grupach i na specjalistycznych konferencjach. Niestety, w efekcie rzadko trafiają one do szerokiego grona odbiorców, a jeszcze rzadziej do potencjalnych kandydatów do leczenia. Dlatego hasła dotychczasowych edycji festiwalu („Jeśli zadbam to wygram”, „Mój los w moich rękach” oraz „Czy to pęcherz czy prostata, zdrowym trzeba być na lata”) świetnie zapadały w pamięć jego uczestników.

Bogaty program naukowy

Część naukową tegorocznego festiwalu otworzyli trzej specjaliści w dziedzinach urologii, geriatrii i medycyny rodzinnej: prof. dr hab. n. med. Tomasz Grodzicki, geriatra, prorektor ds. Collegium Medicum UJ, dr hab. n. med. Tomasz Tomasik, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, oraz gospodarz festiwalu prof. Piotr Chłosta. W jej trakcie rozmawiano o najnowszych doniesieniach związanych ze schorzeniami układu moczowego.



Fot. Materiały prasowe

wo-płciowego. Zaproszeni goście omówili najnowsze formy leczenia operacyjnego i farmakologicznego, nowe terapie, a także sposoby postępowania z pacjentami zmagającymi się dolegliwościami układu moczowo-płciowego. W konferencji udział wzięli również przedstawiciele organizacji pacjenckich - Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti oraz Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty Gladiator, którzy przygotowali własne prezentacje.

Tegoroczna edycja dowiodła, że festiwal z kameralnego koncertu w 2015 roku rozwinął się do dużego, międzynarodowego wydarzenia, podejmującego problematykę chorób, które występują w starzejących się społeczeństwach.

Ucztą dla zmysłów

Zwienieczeniem pierwszego dnia festiwalu był koncert odbywający się w Muzeum Inżynierii Miejskiej. Gwiazdą wieczoru był zespół EndoPower, który tworzy trzech lekarzy: prof. Piotr Chłosta, prof. Tomasz Szydelko oraz prof. Marcin Słojewski, a także dwóch profesjonalnych muzyków: Bartek Gamracy i Wojciech Stec. Na scenie wspierani byli przez Olka Klepacza i Janusza Grzywacza, założyciela legendarnej jazzowej kapeli Laboratorium. Na scenie wystąpiły również: poprockowy zespół Pro.k (dawniej Prokoncepcja), Frei Warschau, Kurtyna Siemiradzkiego oraz kolejny medyczno-muzyczny kolektyw MIXTAPE z Niemiec. Wieczór uświetniła również wystawa prac urologa artysty Tomasza Wiatra.

Profilaktyka dla ciała

Tradycją KultURO stały się również Dni Otwarte Katedry i Kliniki Urologii CM UJ. - Dwie pierwsze edycje festiwalu udowodniły, że organizacja tego typu imprez ma głębo-



Fot. Materiały prasowe

ki sens. W ubiegłym roku w ramach Dni Otwartych Katedry i Kliniki Urologii CM UJ w Krakowie tylko jednego dnia, dzięki harmonijnej współpracy zespołu każdego szczebla, udało się przebadac niemal 100 osób. Rezultat był piorunu-

jący - spośród setki pacjentów aż u 15 osób wykryliśmy zmiany nowotworowe. Dlatego w tym roku zorganizowaliśmy Tydzień Otwarte konsultacji bez skierowań, dzięki czemu udało się przebadac kilkaset osób - podkreślił prof. Chłosta.

Jego zdaniem wynik ten wyraźnie pokazał istniejącą w społeczeństwie potrzebę badań profilaktycznych. - Z dumą i ogromną satysfakcją obserwuję systematycznie wzrastającą świadomość konieczności zdrowego trybu życia i chęć zapobiegania niekorzystnym następstwom wielu chorób w naszym społeczeństwie. Cieszy wysoki poziom wiedzy w tym względzie. Już zastanawiamy się nad programem kolejnej, czwartej edycji KultURO, którą - podobnie jak poprzednie - w całości chcemy zadedykować naszym pacjentom - zapewnił prof. Piotr Chłosta.



Fot. Materiały prasowe

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

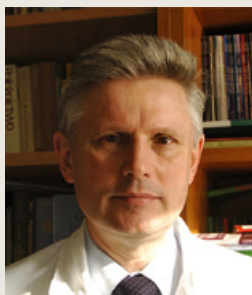
OPŁATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy		STUDIO PR	
nazwa odbiorcy cd.			
UL. HAJOTY 49, 01-821 WARSZAWA			
I.k.	nr rachunku odbiorcy		
2	0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2		
W P P L N		3 8 , 0 0	
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)			
nazwa zleceniodawcy			
nazwa zleceniodawcy cd.			
tytułem			
Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“			
tytułem cd.			
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy			

Opłata:

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM



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

Kierownik II Oddziału
Ginekologii Onkologicznej
Centrum Onkologii Ziemi
Lubelskiej w Lublinie



**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!

Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin

Pod redakcją
Piotra L. Chłosty



Redakcja wydania
Mariusz Błewniewski



Już dziś zamów książkę na

www.poradnikurologiczny.pl

lub zadzwoń: +48 22 279 49 06