KWARTALNIK

NTM

ISSN 1733-2826 Nr 1 (64) 2018 cena: 9,50 zł (w tym 5% VAT)

LEGISLACJA

Pozorna zmiana w dostępie do środków chłonnych

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Opieka długoterminowa musi zostać odczarowana

LECZENIE

Pacjent z LUTS w gabinecie lekarza POZ

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Jak szukać wiarygodnych informacji o NTM w internecie

GDZIE LECZYĆ NTM

Kompleksowa opieka nad pacjentkami

Mądry Polak po szkodzie?

Refundacja środków absorpcyjnych od początku rządów Zjednoczonej Prawicy budzi emocje. Wywołał je, zapowiadając głębokie zmiany systemowe, ówczesny wiceminister zdrowia, Krzysztof Łanda. Ogłosił, że czas skończyć z nadużyciami. Już na początku 2016 roku mieliśmy okazję dowiedzieć się, że państwo przepłaca za refundację pieluchomajtek, płacąc za nie nawet 10 zł od sztuki. Dla porównania minister Łanda odkrył miejsca, gdzie można było zakupić je nawet po 60 groszy za sztukę. Gdy jednak zainteresowani pacjenci zaczęli dopytywać się, gdzie można tak tanio nabyć środki chłonne dla dorosłych okazało się, że łatwiej coś powiedzieć niż później to udowodnić. Nie po raz pierwszy refundacja pieluchomajtek została sprowadzona do roli „chłopca do bicia". Podobnie próbowała postąpić minister zdrowia w rządzie PO - PSL, Ewa Kopacz, która publicznie twierdziła, że refundowanymi pieluchomajtkami masowo handluje się na bazarach i stąd biorą się tak wysokie wydatki na ich refundację.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że polski system refundacji pieluchomajtek, majtek chłonnych i innych środków absorpcyjnych, należy do najbardziej restrykcyjnych w Europie. I nie mam na myśli wyłącznie ekstremalnie zawężonych kryteriów chorobowych oraz bardzo niskich limitów cenowych i ilościowych. Sama procedura uzyskania refundacji potrafi skutecznie zniechęcić do ubiegania się o zwrot niewielkiej części kosztów, jakie muszą ponosić setki tysięcy Polaków zmagających się z tą dolegliwością.

Każde województwo i działający tam oddział Narodowego Funduszu Zdrowia wypracowały przez lata własną politykę, polegającą na własnej interpretacji przepisów (kryteria chorobowe i rozliczanie limitów) oraz polityce prowadzenia punktów ewidencyjnych, bez których refundacja jest niemożliwa. W praktyce wygląda to tak, że np. mieszkaniec Giżycka (woj. warmińsko-mazurskie) najbliższy punkt ewidencyjny ma w Olsztynie (ponad 100 km) lub w Ełku (ponad 50 km). Podobnie rzecz się ma w woj. pomorskim, gdzie także znaleźć można tylko cztery takie punkty. To i tak lepiej niż było wcześniej. Po zastąpieniu kas chorych przez NFZ mieszkańcy Pomorza mogli potwierdzać zlecenia wyłącznie w Słupsku. Dlaczego o tym wspominam? Ponieważ od wielu lat państwo polskie skupia się przede wszystkim na tym, aby utrudnić i zniechęcić do refundacji środków absorpcyjnych.

Podobnie, od samego początku, można było ocenić ostatnią nowelizację rozporządzenia ministra zdrowia zmieniającą limit miesięczny z 60 szt. na 90. Nie trzeba tęgiej głowy, aby szybko zorientować się, jak taka zmiana może przełożyć się na faktyczną refundację dla przeciętnego Polaka. Były minister zdrowia Konstanty Radziwiłł chciał uzyskać tani efekt propagandowy, czego nie zauważył chyba jego następca „gaszący pożary" wzniecone przez poprzednika. W efekcie zamiast propagandowego sukcesu mamy rozgoryczonych pacjentów.

Miejmy nadzieję, że zapowiedź nowego ministra o powołaniu zespołu, który ma wypracować nowe rozwiązania, zostanie tym razem poważnie potraktowana przez urzędników, a środki absorpcyjne i problem nietrzymania moczu zostaną potraktowane wreszcie z należytą uwagą, na jaką zasługują, chociażby ze względu na skalę problemu, z jakim musimy się mierzyć.

Tomasz Michałek

SPIS TREŚCI

LEGISLACJA

Pozorna zmiana w dostępie do środków chłonnych 4

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Opieka długoterminowa musi zostać odczarowana 6

LECZENIE

Jak leczyć pacjenta z objawami dolnych dróg moczowych 10

Opieka nad pacjentem z dolegliwościami ze strony dolnych dróg moczowych w gabinecie lekarza POZ 13

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Gdzie i jak szukać wiarygodnych informacji w internecie 16

GDZIE LECZYĆ NTM

Oddział Ginekologiczno-Położniczy Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie 19

MOJE SPOTKANIE Z UROLOGIEM

Nie omijajcie gabinetów urologicznych! 22

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Marklowska-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.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)
Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Szanowni Państwo,
Resort zdrowia, jak przyznał jego wiceszef Marcin Czech, ma problem z programami lekowymi. Są mało elastyczne, ponieważ w dużej mierze zależą od… producentów leków. „Obecnie firmy muszą zgadzać się na zmiany dopuszczające nowy, kolejny lek do programu. Dlatego planujemy w tzw. dużej nowelizacji ustawy refundacyjnej wprowadzenie zmiany pozwalającej na to, aby program lekowy zależał od ministra zdrowia, który będzie planował go wspólnie z ekspertami i konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach" – zapowiedział wiceminister Marcin Czech.
O tym, jak bardzo producenci leków mogą wpływać na kształt programów lekowych i co to oznacza dla pacjentów, przekonali się m.in. chorzy na raka prostaty. Mieli nadzieję, że od 1 września 2017 roku program leczenia ich schorzenia zostanie rozszerzony o kolejny lek stosowany po chemioterapii – enzalutamid. Minister zdrowia nie miał nic przeciwko rozszerzeniu programu, ale nie zgodził się na to producent octanu abirateronu – jedynego leku, który był do tej pory refundowany ze środków publicznych. Trzy miesiące później, na skutek interwencji Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti", program został rozszerzony, ale nie kwalifikują się do niego chorzy, u których chemioterapia nie ma jeszcze uzasadnienia.
Wiceminister wprawdzie obiecał nowelizację przepisów, ale jak dotąd wszystko zostało po staremu. Z Ministerstwa Zdrowia napływają sygnały, że proces korzystnych dla pacjentów zmian legislacyjnych może potrwać nawet rok. Chorzy na raka nie mają tyle czasu… Przykro patrzeć, jak w Polsce tworzy się prawo w tak newralgicznym obszarze jak ochrona zdrowia. I trudno zrozumieć, dlaczego nie bierze się pod uwagę propozycji zgłaszanych przez ekspertów i organizacje zrzeszające pacjentów, które na pewno wiedzą lepiej od ministerialnych urzędników, jak należy zorganizować system opieki zdrowotnej. Pomijanie ich uwag, zamiast poprawy sytuacji pacjentów, skutkuje jej pogorszeniem (str. 4–5).
Powiało pesymizmem? Na szczęście mamy dla Państwa również pomyślne wieści. Do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji trafiły wytyczne dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dotyczące opieki koordynowanej nad pacjentem z dolegliwościami ze strony dolnych dróg moczowych. Zawierają one m.in. algorytmy postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz wykaz objawów, z którymi lekarz POZ powinien skierować pacjenta do lekarza specjalisty (str. 13–14).
Zastanawiacie się Państwo, gdzie leczyć NTM? Polecamy specjalizujący się w uroginekologii Oddział Ginekologiczno-Położniczy Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie, którym kieruje od niedawna prof. Ewa Barcz (str. 19–21). Zachęcamy również do zapoznania się z historią pacjenta, który zachorował na raka prostaty (str. 22). Niech będzie ona dla Państwa zarówno przestrogą, jak i zachętą do wykonywania regularnych badań profilaktycznych.

Zapraszam do lektury całego wydania,
Maja Marklowska-Dzierżak

Pozorna zmiana w dostępie do środków chłonnych

Violetta Madeja

W ocenie resortu zdrowia wejście w życie 3 marca zapisów znowelizowanego rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie miało być korzystną zmianą dla pacjentów. Jednak według pacjentów, w praktyce ujęty w rozporządzeniu zwiększony limit ilościowy 90 sztuk środków chłonnych wydawanych na zlecenie okazał się pozorną poprawą sytuacji, bowiem w nowym, obowiązującym od 3 marca br. limicie, trudno znaleźć produkty o dobrych właściwościach chłonnych.

Opublikowana pod koniec stycznia 2018 roku nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie miała przynieść długo wyczekiwane zmiany dotyczące rozszerzenia katalogu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (m.in. o zbiorniki na insulinę do pomp osobistych), rozszerzenia kryteriów przyznawania wyrobów medycznych (m.in. worków stomijnych) i w końcu zwiększenia miesięcznego limitu ilościowego na środki chłonne.

Fot. #128224966 © Piotr Adamowicz - Fotolia.com

Zmiana oczekiwana od lat

Wnioskując o zmiany w zapisach rozporządzenia, pacjenci zrzeszeni w Stowarzyszeniu Osób z NTM UroConti wskazywali, że od przeszło 10 lat apelowali o zwiększenie obowiązujących limitów. Ostatnia istotna dla nich zmiana miała bowiem miejsce w 1999 roku, kiedy to legislator określił limity: ilościowy na poziomie 60 sztuk oraz cenowy na poziomie 1,28 zł dla grupy pacjentów onkologicznych (tzw. grupa P.100) oraz 1,05 zł dla pozostałych pacjentów (tzw. grupa P.101).

Zdaniem Teresy Bodzak, przewodniczącej Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia UroConti, dotychczasowe limity pozwalające pacjentom na wykorzystanie dwóch pieluchomajtek dziennie nie odpowiadały na potrzeby chorych. - *Oczywiście cieszymy się z podniesienia limitu, choć w krajach sąsiednich wynosi on średnio 120 sztuk miesięcznie. Jednak z przykrością odnotowujemy brak jakiegokolwiek wzrostu limitu cenowego* - mówi Teresa Bodzak. Zgodnie z zapisami znowelizowanego rozporządzenia, limity cenowe dla poszczególnych grup pacjentów zostały istotnie obniżone - o ponad 30 proc. W przypadku pacjentów onkologicznych obniżka limitu cenowego wyniosła z 1,28 zł do 0,85 zł za sztukę, natomiast w przypadku pozostałych pacjentów z 1,05 zł do 0,7 zł za sztukę.

Rozgoryczenie pacjentów

Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti podkreśla, że nie rozumie takiej decyzji resortu zdrowia i braku zmian w limicie cenowym. Szczególnie, że ministerstwo było regularnie informowane o sytuacji pacjentów korzystających z wyrobów chłonnych.

- *Wielokrotnie informowaliśmy, że limity cenowe są zaniżone w stosunku do cen rynkowych najczęściej używanych środków absorpcyjnych, takich jak majtki chłonne i pieluchomajtki, oraz że nie były podnoszone od 18 lat!* - oburza się Anna Sarbak. Dodaje, że pacjenci czują się rozgoryczeni z powodu pominięcia ich uwag do projektu i zdawkowego potraktowania kwestii zmian limitów na środki chłonne.

- *Trudno inaczej nazwać „zaangażowanie" ministerstwa, kiedy w uzasadnieniu pojawia się tylko jedno zdanie o zwiększeniu „limitów ilościowych na środki absorpcyjne w rubrykach 100 i 101 z 60 do 90 sztuk na miesiąc* - komentuje Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia UroConti.

Co więcej, na nowych limitach stracić mogą również pacjenci korzystający ze środków chłonnych w ramach tzw. ustawy za życiem. Według wyliczeń potwierdzonych przez większość oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, limit cenowy dla tych pacjentów zostanie obniżony z 1,5 zł do 1 zł za sztukę, co oznacza dla nich realny spadek finansowania o 33,3 proc.

NFZ po swojemu

Zamieszanie ze zmianami limitów widać również w poszczególnych wojewódzkich oddziałach NFZ. Zdaniem Bogusława Olawskiego pacjenci coraz częściej sygnalizują niepokojące sygnały o próbach nowych interpretacji limitu cenowego przez część oddziałów wojewódzkich Funduszu. - *Przykładem jest Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, który przesyła informacje do aptek, aby refundowały pojedyncze sztuki pieluchomajtek tylko do wysokości 0,85 zł (pozycja 100) lub 1 zł (pozycja 101) za sztukę!* - denerwuje się Bogusław Olawski i jednocześnie pyta z rozgoryczeniem, na jakiej podstawie płatnik obniża pacjentom limit cenowy?

- *Obecna zmiana miała być dla mnie neutralna. Nadal miałem otrzymywać 77 zł refundacji miesięcznie. Co prawda, kwota taka nie pokrywała mi nawet zakupu 60 sztuk środków, ale miałem gwarancję, że państwo dołoży do moich kosztów 1,28 zł za sztukę (pozycja 100)! Dobre jakościowo pieluchomajtki w dużym rozmiarze kosztują około 3,45 zł za sztukę* - wskazuje Bogusław Olawski.

Głos w sprawie różnych interpretacji Narodowego Funduszu Zdrowia zabrała również Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED, która w liście do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego wskazała, że rozwiązaniem problemu różnic interpretacyjnych jest uproszczenie limitu finansowania do jednej sztuki wyrobu chłonnego.

Wątpliwości rozwiewa resort zdrowia

Zdaniem Ministerstwa Zdrowia problem reinterpretacji limitu cenowego przez oddziały wojewódzkie NFZ mógł wynikać z faktu, że w związku z nowelizacją rozporządzenia musiały one aneksować z częścią świadczeniodawców umowy w rodzaju świadczeń zaopatrzenie w wyroby medyczne. W ocenie resortu świadczeniodawcy, czyli sklepy medyczne, a także apteki, są zobowiązani do zgłoszenia co najmniej jednego wyrobu medycznego w cenie nie wyższej niż limit finansowania ze środków publicznych określony w rozporządzeniu. Oznacza to, że świadczeniodawcy, którzy sygnowali umowy, muszą przedstawić co najmniej jeden wyrób medyczny z grupy środków absorpcyjnych, który mieści się w nowym limicie.

– *Zgodnie z informacjami podanymi przez NFZ w większości przypadków wyroby z grupy środków absorpcyjnych, które mieszczą się w tzw. limicie, są wyrobami dotychczas refundowanymi, a świadczeniodawcy obniżyli ich cenę za sztukę* - wskazał resort zdrowia.

Ostatnie dane przedstawione przez NFZ za 2017 rok wskazują, że na refundację środków absorpcyjnych przeznaczono w minionym roku ponad 181 mln zł, co stanowi blisko 25 proc. całego budżetu przewidzianego na zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie (według stanu na 2 marca 2018 roku, za okres od stycznia do października 2017 roku).

Tabela: Ceny produktów chłonnych czterech największych producentów na polskim rynku.

NAZWA ŚRODKA	CENA BRUTTO DLA PACJENTA 1 SZT.			
	Abena	Essity	Paul Hartmann	TZMO
Pieluchomajtki	1,50 - 9,85	1,65 - 3,10	1,61 - 3,80	1,65 - 3,70
Wkłady anatomiczne	0,80 - 1,40	0,94 - 1,35	0,70 - 1,50	0,75 - 1,50
Pieluchy anatomiczne	0,90 - 3,20	1,28 - 1,80	1,28 - 1,98	1,10 - 2,20
Podkłady higieniczne	1,00 - 2,80	1,25 - 1,60	0,69 - 2,09	1,00 - 2,30
Majtki chłonne	-	2,05 - 3,45	2,20 - 3,75	2,05 - 3,55

Uwaga! Podane ceny produktów chłonnych uzależnione są od rozmiarów (XS, S, M, L, XL, XXL).

Źródło: Stowarzyszenie UroConti na podstawie oficjalnych cenników zgłoszonych do NFZ w 2018 roku przez producentów: Abena, Essity, Paul Hartmann, TZMO.

Iluzoryczna zmiana dla pacjentów

Witold Włodarczyk, dyrektor generalny Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED:

Dotychczas pacjenci nigdy nie byli w stanie kupić w limicie przewidzianym przez ministerstwo produktu chłonnego odpowiadającego ich potrzebom. W efekcie zawsze dopłacali do środków chłonnych i to się nie zmieniło. Jedyną rzeczą, jaka uległa zmianie, jest wysokość dopłaty z ich strony. Zmiana, która nastąpiła - z 60 na 90 sztuk, jest zmianą iluzoryczną. Brak zmiany limitu finansowania i zmiana limitu ilościowego nic nie wnosi, oprócz ogromnego zamieszania. Resort zdrowia, dokonując zmian, uznał, że w obszarze środków chłonnych przewidziana jest duża kwota. Niestety nie przewidział, że pacjenci nie będą chcieli zaopatrywać się w tańsze i często gorszej jakości produkty.

Opieka długoterminowa musi zostać odczarowana

Violetta Madeja

Eksperci nie mają wątpliwości, że spojrzenie na potrzeby życiowe niesamodzielnych pacjentów w głównej mierze kształtuje się przez pryzmat zadań lekarza. W efekcie społeczeństwo oraz sami decydenci nie dostrzegają w opiece długoterminowej wiodącej roli pielęgniarek i opiekunów. A przecież istotą opieki długoterminowej jest profesjonalne, kompleksowe wsparcie, łączące w sobie z jednej strony zadania socjalne, z drugiej natomiast pielęgnacyjno-zdrowotne.

Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym" wskazuje, że obecnie sytuacja osób chorych w głównej mierze postrzegana jest przez pryzmat zadań lekarza - ratowania życia, diagnozowania chorób i ustalania leczenia. Niestety, ta społeczna percepcja kończy się w momencie, gdy przewlekle chory, niesamodzielny pacjent oraz jego rodzina muszą zmierzyć się z funkcjonowaniem poza oddziałem szpitalnym czy gabinetem specjalisty.

W ocenie Elżbiety Szwałkiewicz, zabezpieczenie funkcjonalne przewlekle chorych i niesamodzielnych Polaków bazuje na zapisanej w preambule Konstytucji RP zasadzie pomocniczości państwa, co w praktyce oznacza, że funkcjonowanie z chorobą staje się problemem samego pacjenta i jego rodziny. W efekcie chorzy po wypisaniu ze szpitala w pierwszej kolejności powinni otrzymać pomoc od swoich małżonków, a także wstępnych lub zstępnych krewnych (rodzice, dzieci). W opiekę włączają się też dalsi krewni, a nawet sąsiedzi. Jednak pomoc ta z reguły jest incydentalna i uzupełniająca.

Niestety najbliżsi krewni nie zawsze mogą i nie zawsze chcą wywiązać się ze swojego moralno-prawnego obowiązku wobec swych chorych bliskich. Najczęściej niemożność sprawowania opieki związana jest ze stanem zdrowia lub sędziwym wiekiem współmałżonka, z dyspozycyjnością zawodową dzieci i mieszkaniem od siebie w dużej odległości. Często też i tak już bardzo niski standard materialny jest drastycznie pogarszany przez duże koszty leczenia choroby, a nawet wielu chorób przewlekłych.

Wypracowana przez lata poprzedniego ustroju państwa świadomość, że choroba i niepełnosprawność zwalnia nas z odpowiedzialności za własne zdrowie i życie sprawia, że rodziny mające niesamodzielnego krewnego zamiast aktywizować do wsparcia całą rodzinę, zwracają się do ośrodków pomocy społecznej z prośbą o usługi opiekuńcze, umieszczenie w domu pomocy społecznej (DPS) czy zasiłki różnego rodzaju, nie uświadamiając sobie, że koszt funkcjonowania członka rodziny przerzucają na środowisko lokalne. Niestety skromny budżet samorządowy jest dalece niewystarczający, co ma przełożenie na dostępność i jakość opieki. Brak odpowiednich warunków w domu, brak wiedzy i umiejętności opiekuńczych, brak sprzętu wspomagającego i środków powoduje zaniedbania pielęgnacyjne i zdrowotne. Skutkuje to powtarzającymi się hospitalizacjami i generowaniem bardzo wysokich kosztów w systemie ochrony zdrowia. Rodziny starają się kompensować swoją niemoc opiekuńczą, przekazując chorego krewnego do szpitali, które muszą leczyć kosztowne zaniedbania pielęgnacyjne. - *W ten sposób zamyka się koło opieki nad przewlekle chorymi i niesamodzielnymi pacjentami* - wskazuje Elżbieta Szwałkiewicz.

Ułomny model

Środowisko osób zaangażowanych w opiekę długoterminową od lat wskazuje ułomność całego systemu opiekuńczego oraz złą percepcję społeczną. Świadczy o tym brak koncepcji opieki długoterminowej - obecnie jest to quasiszpital z nieuzasadnionym medycznie przerostem w zatrudnieniu lekarzy. Tam, gdzie trzeba zadbać o zaspokajanie podstawowych potrzeb życiowych (odżywianie, wydalanie, higiena ciała, ruch, nadzór nad przyjmowaniem zleconych leków) i zatrudniać tylko pielęgniarki i opiekunów, zatrudnia się lekarzy z różnymi specjalizacjami i przerzuca na zakład opieki długoterminowej wysokie koszty specjalistycznego leczenia. Jednocześnie NFZ, który taki model opieki narzucił, płaci za opiekę stawkę zaniżoną o co najmniej 150 proc.

- *O ile medycyna dokonała przez ostatnie lata ogromnego skoku technologicznego i dorównuje medycynie światowej, tak polska opieka długoterminowa i pielęgnacja, jak były w XIX wieku, tak w nim pozostały* - ocenia Elżbieta Szwałkiewicz.

Zdaniem Grażyny Śmiarowskiej, dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu i jednocześnie prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej (PTOD), Polska nadal tkwi w stagnacji. - *W Europie systemy opieki długoterminowej wypracowywane były od lat, dlatego też obywatele mają dostęp do specjalnych ubezpieczeń, ustalane są programy i warunki korzystaniaz nich (np. państwa ustalają, że pomagają tym najbardziej niesamodzielnym). Niestety, w Polsce nie ma żadnej polityki w tym zakresie, a winą za to, co dzieje się w opiece długoterminowej, obarcza się świadczeniodawców* - mówi prezes PTOD.

Trudno się zatem dziwić słabemu rozwojowi tego obszaru, a przykładem może być chociażby liczba zakładów opiekuńczo-leczniczych, jakie powstały na przestrzeni ostatnich dwóch dziesięcioleci. - *Gdy startowałam w 2000 roku z zakładem opieki długoterminowej, to w całym kraju było około 405 placówek takich jak moja. Obecnie ich liczba sięga 460* - wylicza Grażyna Śmiarowska i wskazuje, że 15-pro-

centowej dynamiki wzrostu w ciągu niespełna 20 lat nie możemy traktować w kategorii sukcesu. Jej zdaniem zestawienie tej liczby z populacją osób wchodzącą w wiek poprodukcyjny lub liczbą osób z chorobami otępiennymi obnaża te statystyki.

Niesamodzielność nie zawsze domeną seniorów

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (European Health Interview Survey, EHIS) wskazywały, że w 2014 roku w Polsce było 7,7 mln osób niepełnosprawnych, które zadeklarowały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują. Zdaniem Elżbiety Szwałkiewicz, dane GUS wskazują, że z faktyczną niepełnosprawnością żyje w Polsce 5,5 mln obywateli, z czego aż 1,2 mln jest całkowicie niesamodzielnych, w tym ponad 800 tysięcy mieszka samotnie.

– *Patrząc na wsparcie instytucjonalne tej ostatniej grupy chorych, mamy zaledwie 400 tys. miejsc całodobowej opieki, i mam tu na myśli wszystkie domy pomocy społecznej, prywatne i samorządowe domy opieki, zakłady opieki leczniczej czy zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze. W efekcie, duża grupa pacjentów znajduje się w domach, gdzie często rodzina jest niewydolna opiekuńczo, a pojawiający się opiekun zewnętrzny zastaje w nich nieprzygotowane miejsce pracy, bez przestrzeni pielęgnacyjnej, bez sprzętu wspomagającego czy środków pomocniczych* - mówi Elżbieta Szwałkiewicz.

Co więcej, niesamodzielność nie dotyka wyłącznie osób w wieku senioralnym. Jak wyjaśnia Grażyna Śmiarowska, obecne próby podłączenia opieki długoterminowej pod programy geriatryczne nie zawsze ma rację bytu. Geriatria to bardzo ważna dziedzina kliniczna (diagnoza i leczenie), a opieka długoterminowa to opieka nad chorą osobą niesamodzielną w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych.

– *Owszem, mamy ponad 60 proc. pacjentów w wieku 65+, ale trudno jest nam lekceważyć tych poniżej 65. roku życia, którzy w zależności od profilu placówki mogą stanowić od 30 do 40 proc. Do naszego zakładu bardzo często trafiają młodzi ludzie, 20-30-letni po zawałach, udarach czy wypadkach. Musimy mieć świadomość, że tzw. medycyna ostra coraz częściej jest w stanie uratować ludzkie życie, jednocześnie nie przywracając pacjentom wszystkich funkcji życiowych. Stąd też głęboki sens opieki długoterminowej* - ocenia Grażyna Śmiarowska.

Bez jasnych kryteriów kwalifikacji

Jednym z problemów polskiej opieki długoterminowej jest brak koncepcji, jednoznacznej definicji odbiorców świadczeń i resortowy podział opieki na pomoc społeczną i ochronę zdrowia.

– *Europejskie kraje starają się sobie radzić z tym poprzez definiowanie niesamodzielności jako powszechnego ryzyka społecznego (niesamodzielnym może stać się każdy, a to w związku z poważnym urazem, chorobą przewlekłą*

REKLAMA

Wypróbuj nowe TENA Lady Pants!

Nie pozwól, by nietrzymanie moczu Cię ograniczało. Dzięki pierwszej w Polsce bieliźnie chłonnej stworzonej dla kobiet możesz być aktywna i cieszyć się życiem, a przy tym czuć się kobieco i komfortowo.

TENA. POZOSTAŃ SOBĄ.
Zamów bezpłatną próbkę na tenalady.pl

TENA

Nowe TENA Lady Pants.

Bielizna chłonna dla kobiet.

TENA Lady Pants zostały zaprojektowane specjalnie dla kobiet, by jak najlepiej dopasować się do kształtu kobiecego ciała. Dzięki temu zapewniają wyjątkowe bezpieczeństwo i pełną dyskrecję.

PEŁNA DYSKRECJA
Kobiecy kolor.
Dobre przyleganie do ciała.
Zapewnia kontrolę zapachu.

WYSOKI KOMFORT
Bardzo miękki,
w pełni oddychający
materiał.

UNIKALNA OCHRONA
Wkład chłonny dostosowany
do kształtu kobiecego ciała
zapewniający ochronę przed
przeciekaniem i suchość skóry.

TENA. POZOSTAŃ SOBĄ.
Zamów bezpłatną
próbkę na **tenalady.pl**

TENA

lub sędziwym wiekiem) i tworzenie stabilnych systemów zabezpieczenia osób niesamodzielnych z tytułu wieku czy choroby. Natomiast w Polsce decydenci zdają się zamykać oczy na potrzeby tej grupy osób - przyznaje Grażyna Śmiarowska. Jej zdaniem, opieka długoterminowa nie powinna być wprost porównywana z opieką medyczną. - *To nie są pacjenci, których stan zdrowia klasyfikuje się tylko na podstawie choroby ICD-10, ale pacjenci, u których dodatkowo powinien być oceniany stan funkcjonowania na podstawie klasyfikacji ICF, tj. Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. WHO (red. Światowa Organizacja Zdrowia) zaleca, by w opiece nad osobami niesamodzielnymi stosować obie klasyfikacje łącznie, co umożliwi opiekę zindywidualizowaną i adekwatną do potrzeb* - dodaje Elżbieta Szwałkiewicz.

Z argumentacją tą zgadza się również środowisko lekarskie. W ocenie prof. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis, kierownik Katedry i Kliniki Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkiewicza w Poznaniu oraz prezesa Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, obecne dyskusje powinny koncentrować się wokół właściwego zdefiniowania odbiorcy świadczeń - zarówno w zakładach opiekuńczo-leczniczych, jak również w domach pomocy społecznej.

- *Definiując osoby, które powinny być objęte opieką długoterminową, warto zwrócić uwagę, że powinni być to pacjenci stabilni klinicznie i w momencie wejścia do zakładu opiekuńczo-leczniczego nie wymagają żadnych interwencji klinicznych. Istotną okazuje się również kwestia kwalifikacji pacjentów, bowiem patrząc na opiekę długoterminową świadczoną w domach, nie mam wątpliwości, że tam w głównej mierze trafiają pacjenci stabilni, którzy kontakt z lekarzem mają zapewniany w zupełnie inny sposób. Pojawia się zatem pytanie natury systemowej: gdzie pacjenci wymagający nadal interwencji klinicznych powinni w tym systemie trafiać?* - zastanawia się prof. Katarzyna Wieczorowska-Tobis.

Za mało pieniędzy

Kolejną bolączką jest spotęgowane niedofinansowanie procedur opieki długoterminowej, które w obliczu wyzwań kadrowych silnie wpływa na kondycję placówek i jakość udzielanych w nich świadczeń.

- *Z roku na rok jest nam coraz ciężej, a wynika to m.in. z faktu, że opieka długoterminowa w całym systemie ochrony zdrowia znajduje się na szarym końcu. W minionym roku w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji prowadzono prace nad zmianą taryfikacji świadczeń – raport z przeprowadzonych prac został opublikowany i jasno wynikało z niego, że świadczenie opieki długoterminowej jest wyraźnie, w około 150 proc., niedoszacowane. To pokazuje czarno na białym, że placówki świadczące opiekę długoterminową znajdują się w zamkniętym kręgu niedofinansowania* - wskazuje

REKLAMA

Grażyna Śmiarowska. Co więcej, nadchodząca pespektywa zmiany wyceny świadczeń nie napawa optymizmem, ponieważ wydane pod koniec ubiegłego roku stanowisko AOTMiT wskazało, że z uwagi na koszty, jakimi musiałby zostać obciążony budżet państwa, agencja proponuje dla świadczeniodawców najniższą stawkę - w wysokości 116 złotych. Jakby tego było mało, wskazała, że do tej stawki należy dochodzić przez kolejne pięć lat.

- *Trudno mi znaleźć słowa, by skomentować tę decyzję. Myślę, że za pięć lat, kiedy dojdziemy do wskazanej przez AOTMiT stawki, okaże się, że nadal będziemy funkcjonować poniżej granicy rentowności. Muszę powiedzieć, że nie rozumiem tej sytuacji, ponieważ już chyba we wszystkich świadczeniach, które podlegały taryfikacji AOTMiT, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz Ministerstwo Zdrowia zareagowały zmianą wyceny. Mam tu na myśli opiekę paliatywną, wentylowanie mechaniczne, czy chociażby domową, pielęgniarską opiekę długoterminową. W efekcie, mierząc się z niedofinansowaniem, nie jesteśmy w stanie zaoferować pacjentom m.in. wystarczającej liczby personelu, czy wszystkich leków, które powinni otrzymywać* - ocenia Grażyna Śmiarowska.

Zdaniem ekspertów, realnym efektem tak przygotowanej wyceny świadczeń są ponowne hospitalizacje pacjentów i generowane w ten sposób miliardowe koszty leczenia powikłań zaniedbań pielęgnacyjnych.

- *Jak w najbliższych latach będzie wyglądała opieka długoterminowa? Przy tej wycenie będzie domeną pasjonatów. Już obecnie dyrektorzy, którzy chcą utrzymać swoje placówki, muszą wchodzić w dziesiątki konkursów, projektów, poszerzać działalność i pracować po 18 godzin na dobę, aby znaleźć pieniądze, które powinny wpłynąć z Narodowego Funduszu Zdrowia* - nie kryje irytacji Elżbieta Szwałkiewicz.

Nadmierna medykalizacja opieki długoterminowej

Wyzwaniem, jakiemu muszą sprostać placówki opieki długoterminowej, są również rosnące wymogi związane z narzuceniem obowiązku leczenia i zatrudnianiem lekarzy w ośrodkach. W innych krajach opieka długoterminowa poza zabezpieczeniem funkcjonowania i usprawnianiem chorej niesamodzielnej osoby ma za zadanie nadzorować zalecone leczenie farmakologiczne i pomagać w przyjmowaniu leków. Tam pacjent/mieszkaniec ma dostęp do leczenia na zasadach ogólnych. Dlatego w placówkach nie ma lekarzy. Nasze pielęgniarki w opiece długoterminowej mają wyższe wykształcenie medyczne, szerokie kompetencje, jeżeli chodzi o nadzór nad kontynuacją leczenia i… placówkę pełną lekarzy.

- *Rozważania o ewentualnej medykalizacji opieki długoterminowej sprowadzają się w pierwszej kolejności do tego, jak zdefiniujemy pacjentów przebywających w zakładzie opieki leczniczej i wymagających opieki długoterminowej. Przy aktualnej definicji i tak funkcjonującym systemie opieki długoterminowej w Polsce obecność lekarza w zakładzie przez 24 godziny na dobę i siedem dni w tygodniu jest konieczna* - ocenia prof. Katarzyna Wieczorkowska-Tobis. Z drugiej jednak strony świadczeniodawcy wyraźnie wskazują, że narzucany na ich placówki standard opieki w niektórych obszarach jest znacznie wyższy niż w przypadku placówek terapeutyczno-rehabilitacyjnych.

- *Narzuca nam się wiele czynności leczniczych, które generują wysokie wymogi dotyczące kadry, zarówno lekarzy, jak i rehabilitantów-fizjoterapeutów. Każda ze wskazanych osób musi mieć wysokie kwalifikacje, co ma się nijak do proponowanej nam stawki i kosztów, jakie z tego tytułu musimy ponosić. Rozumiem, że może istnieć taka potrzeba, bo szpitale, starając się skracać czas hospitalizacji, przekazują nam pacjentów w coraz cięższych stanach. Niestety, nie idzie za tym właściwe finansowanie procedur medycznych* - tłumaczy Grażyna Śmiarowska.

Za kuriozalny uważa projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych. Zgodnie z wymogami tego dokumentu, wysoko oceniane będą te placówki, które zapewnią „wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia - w miejscu udzielania świadczeń". - *W praktyce oddziały kliniczne mają problem ze spełnieniem tego wymogu, a przecież opieka długoterminowa jest skierowana do osób po zakończonym procesie leczenia. Ponadto, to kryterium jest nie do spełnienia także ze względu na brak specjalistów w tej dziedzinie* - podkreśla Grażyna Śmiarowska.

Opiekuni medyczni rozwiązaniem części problemów

Świadczeniodawcy starają się jednak dostrzegać również pozytywne zmiany w legislacji. Jedną z nich jest wprowadzenie opiekunów medycznych do rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie oceny ofert na opiekę długoterminową. - *To dobry zapis, większość naszych pacjentów wymaga podstawowej pielęgnacji, a opiekunowie medyczni są do niej przygotowani. Dlatego też jestem przekonana, że zawód opiekuna medycznego idealnie wpisuje się w opiekę długoterminową* - ocenia Grażyna Śmiarowska.

Zadowolenia ze wsparcia opiekunów medycznych nie kryje również samorząd zawodowy pielęgniarek.

- *Zgodnie z tendencją substytucji usług zdrowotnych, niektóre czynności o charakterze pielęgnacyjno-opiekuńczym mogłyby być wykonywane przez pomocniczy zawód medyczny będący istotnym wsparciem zarówno dla pielęgniarek i położnych, jak i dla pacjentów. Zwłaszcza w sytuacji, w której brakuje pielęgniarek - współczynnik pielęgniarek i położnych przypadających na 1000 mieszkańców wynosi jedynie 5,2, podczas gdy w Unii Europejskiej 9,8* - podkreśla Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zaznacza jednak, że z uwagi na charakter zawodu opiekuna medycznego, który w części może pokrywać się z zakresem obowiązków pielęgniarek i położnych, konieczne jest uregulowanie zasad współpracy obu grup zawodowych.

Leczenie spersonalizowane pacjenta z objawami z dolnych dróg moczowych

dr hab. Anna Kołodziej
Adiunkt Kliniki Urologii i Onkologii Urologicznej UM we Wrocławiu

Dolne drogi moczowe u człowieka - pęcherz moczowy wraz z cewką - spełniają dwie przeciwstawne funkcje: gromadzą i wydalają mocz, a więc objawy zaburzeń tych funkcji ilustrują objawy związane z napełnianiem lub opróżnianiem pęcherza.
Objawy z dolnych dróg moczowych, powszechnie określane w nomenklaturze medycznej skrótem LUTS (ang. lower urinary tract symptoms), to istotny problem kliniczny, mający znaczący wpływ na jakość życia pacjenta, a także powodujący znaczne obciążenia ekonomiczne w publicznej ochronie zdrowia. Z dużych badań populacyjnych, obejmujących często tysiące pacjentów (np. badanie EpiLUTS przeprowadzone na ponad 14 tys. mężczyzn) wynika, że około 70 proc. populacji męskiej powyżej 40. roku życia zgłasza dolegliwości z dolnych dróg moczowych. Występowanie LUTS jest silnie związane z wiekiem, stąd też koszty i obciążenia ekonomiczne w krajach rozwiniętych z tego powodu stale rosną wraz z pojawiającymi się w populacji tych krajów zmianami demograficznymi. Objawy z dolnych dróg moczowych są często związane z dużą liczbą poddających się modyfikacji czynnikami ryzyka jak np. otyłość, miażdżyca, co sugeruje potencjalne cele w profilaktyce zapobiegania występowania LUTS - modyfikacje stylu życia i diety.

Ta sama choroba, różne dolegliwości

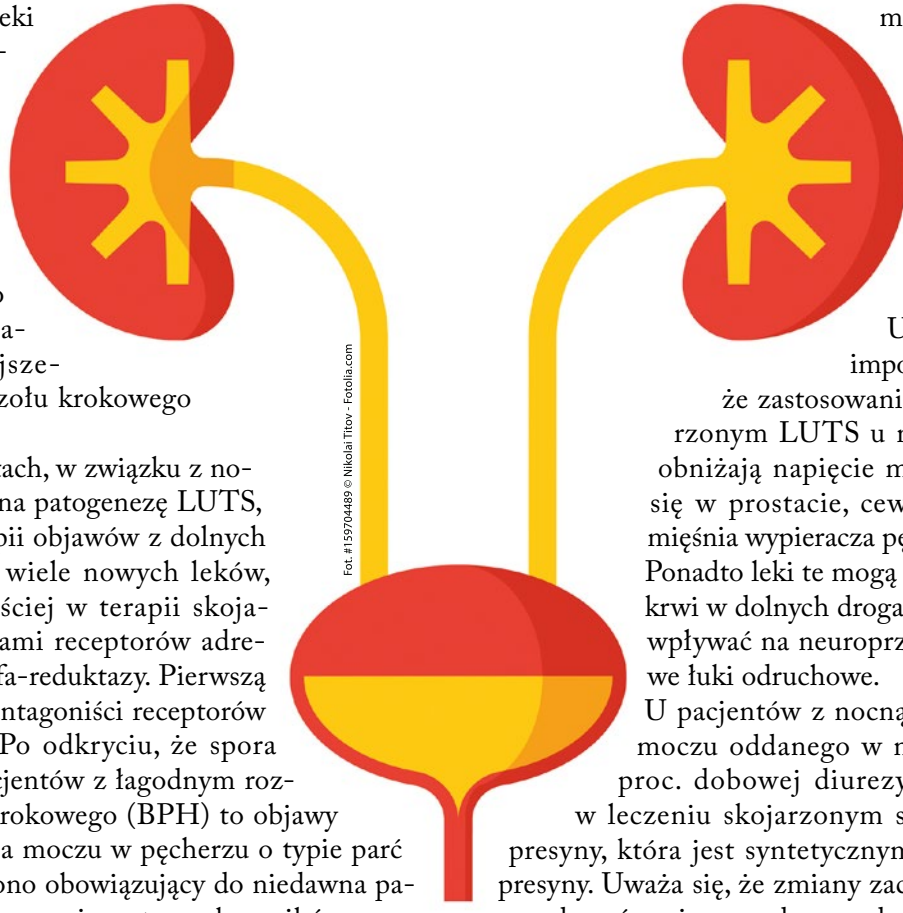
Symptomy z dolnych dróg moczowych z fazy napełniania pęcherza to występowanie naglącego parcia na mocz, czyli uczucia trudnej do zahamowania chęci oddania moczu, wzmożonego czucia pęcherza, nocnego wstawania celem oddania moczu (nokturia), nietrzymanie moczu z parcia, mieszane nietrzymanie moczu. Odczucia związane z wydalaniem moczu to objawy z fazy opróżniania pęcherza, czyli trudności z rozpoczynaniem mikcji, przerywany strumień moczu, kroplowe oddawanie moczu i objawy pomikcyjne, czyli uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza lub pomikcyjne kroplowe oddawanie moczu.
W szerokim, nowym ujęciu termin LUTS może dotyczyć zarówno mężczyzn, jak i kobiety. U kobiet dolegliwości z dolnych dróg moczowych to różnego typu objawy nietrzymania moczu - nietrzymanie z parcia czy mieszane nietrzymanie moczu to objawy z fazy napełniania, a objawy związane z fazą opróżniania to trudności z rozpoczynaniem mikcji, słaby strumień moczu, zaleganie moczu z powodu przeszkody podpęcherzowej spowodowanej różnego stopnia wypadaniem narządów miednicy (pochwy, macicy).
U mężczyzn tradycyjnie dolegliwości z dolnych dróg moczowych przez lata wiązano z przeszkodą, jaką powoduje powiększający się z wiekiem z powodu łagodnego rozrostu gruczoł krokowy. Z czasem okazało się, że objawy te nie tylko mają związek ze zmianami, jakie mają miejsce w gruczole krokowym (prostacie), ale związane są również ze zmianami zachodzącymi w pęcherzu moczowym oraz tkankach otaczających pęcherz i cewkę moczową. Zmiany te mogą rozwijać się pod wpływem przeszkody typu gruczolak, ale też z powodu takich czynników jak zmiany strukturalne naczyń z powodu rozwijających się stanów zapalnych, zmian metabolicznych w przebiegu miażdżycy czy cukrzycy. Co więcej, okazało się, że za wiele symptomów z dolnych dróg moczowych odpowiadają również zupełnie nieurologiczne schorzenia, jak nokturia spowodowana nocną poliurią czy choroby układu krążenia lub hormonalne.
Z badań epidemiologicznych wynika, że większość starszych pacjentów zgłasza przynajmniej jeden z objawów z dolnych dróg moczowych, jednakże często mają one umiarkowane nasilenie i są mało kłopotliwe. U części pacjentów dolegliwości te dość szybko postępują, jednak u jednej trzeciej pozostają stabilne i nie wykazują progresji nawet przez dłuższy czas. Spora część pacjentów z objawami z dolnych dróg moczowych, po dokładnym zbadaniu celem wykluczenia innych poważnych schorzeń układu moczowego, może więc zostać poddana jedynie bacznej obserwacji. U tej części pacjentów znaczną poprawę może przynieść tzw. leczenie behawioralne, czyli modyfikacja stylu życia i diety. Należy zaproponować ograniczenie przyjmowania płynów o określonych godzinach (wieczornych, przed wyjściem z domu), spożywania kofeiny i alkoholu, trening pęcherza czy trening mięśni dna miednicy. Konieczna jest też edukacja pacjenta w zakresie diagnostyki i symptomatologii raka pęcherza i gruczołu krokowego.

Farmakoterapia LUTS u mężczyzn

U pacjentów ze średnio i mocno nasilonymi objawami z dolnych dróg moczowych stosuje się leczenie farma-

kologiczne. Od ponad trzech dekad powszechnie stosowane są w monoterapii inhibitory receptorów alfa (alfa- blokery). Aktualnie zalecane są jedynie te o selektywnym działaniu na receptory alfa, tzw. uroselektywne: tamsulosyna, alfuzosyna i sylodosyna. Dla uniknięcia większości działań niepożądanych i zwiększenia skuteczności leczenia istotna jest forma podania leku. Przykładowo, w dużych, prospektywnych, randomizowanych badaniach tamsulosyna w formie doustnego systemu kontrolowanego wchłaniania (OCAS) cechowała się lepszą tolerancją niż jej komparatory o tylko zmodyfikowanym uwalnianiu.

Od trzech dekad w monoterapii lub w skojarzeniu z alfa-blokerami powszechnie stosowane są też inhibitory 5-alfa reduktazy - finasteryd i dutasteryd. Leki te, blokując zamianę testosteronu na czynny androgen w prostacie - dihydrotestosteron, powodują apoptozę komórek epitelium, co ostatecznie przekłada się na zmniejszenie objętości gruczołu krokowego o ok. 18-28 proc.



Fot. #159704489 © Nikolai Titov - Fotolia.com

W ostatnich 10 latach, w związku z nowym spojrzeniem na patogenezę LUTS, wdrożono do terapii objawów z dolnych dróg moczowych wiele nowych leków, stosując je najczęściej w terapii skojarzonej z inhibitorami receptorów adrenergicznych i 5-alfa-reduktazy. Pierwszą grupą leków byli antagoniści receptorów muskarynowych. Po odkryciu, że spora część LUTS u pacjentów z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego (BPH) to objawy z fazy gromadzenia moczu w pęcherzu o typie parć naglących, zmieniono obowiązujący do niedawna paradygmat o niestosowaniu antymuskaryników u pacjentów z BPH. Stosowanie leków antymuskarynowych u pacjentów z objawami nadreaktywnego pęcherza i BPH zmniejsza liczbę parć naglących, liczbę mikcji, poprawia wyniki otrzymane na podstawie kwestionariuszy oceniających jakość życia. Brakuje jednak dużych metaanaliz potwierdzających bezpieczeństwo użycia tych leków u mężczyzn w starszym wieku, a ostatnio pojawiły się doniesienia o znacznego stopnia zaburzeniach kognitywnych u starszych pacjentów w wyniku stosowania popularnego leku antymuskarynowego -oksybutyniny. Ponieważ swobodnie penetruje ona do ośrodkowego układu nerwowego i działa na wszystkie rodzaje receptorów muskarynowych, uważa się, że nie powinna być stosowana u osób starszych. Stąd też w terapii skojarzonej u pacjentów z LUTS powinno się rozważyć stosowanie nowych, selektywnych antagonistów receptorów antymuskarynowych, takich jak solifenacyna, której bezpieczeństwo stosowania w leczeniu skojarzonym z tamsulosyną w formie OCAS zostało dowiedzione w randomizowanych, prospektywnych badaniach.

Znaczną skutecznością w zmniejszaniu objawów OAB wykazuje się też lek z grupy beta-3-mimetyków - mirabegron. W związku z niewielką liczbą objawów ubocznych, jakie prezentuje, coraz częściej uważa się, że będzie to lek pierwszego wyboru w terapii skojarzonej objawów z dolnych dróg moczowych w przebiegu BPH.

Coraz większym zainteresowaniem w terapii skojarzonej w LUTS cieszą się leki z grupy fosfodiesterazy 5 (PDE5-I) Używane w leczeniu impotencji, znalazły także zastosowanie w leczeniu skojarzonym LUTS u mężczyzn. PDE5-I obniżają napięcie mięśni znajdujących się w prostacie, cewce moczowej oraz mięśnia wypieracza pęcherza moczowego. Ponadto leki te mogą zwiększać przepływ krwi w dolnych drogach moczowych oraz wpływać na neuroprzekaźniki i rdzeniowe łuki odruchowe.

U pacjentów z nocną poliurią, gdy ilość moczu oddanego w nocy przekracza 30 proc. dobowej diurezy, należy rozważyć w leczeniu skojarzonym stosowanie desmopresyny, która jest syntetycznym analogiem wazopresyny. Uważa się, że zmiany zachodzące z wiekiem w podwzgórzu i przysadce są odpowiedzialne za często występującą u starszych pacjentów wzmożoną nocną diurezę, a więc konieczność wstawania w nocy do toalety. Obserwowany u wielu pacjentów brak skuteczności leków stosowanych w terapii LUTS w ograniczaniu nokturii jest spowodowana właśnie nocną poliurią na tle niewydolności osi podwzgórze-przysadka.

Współczesna farmakoterapia objawów z dolnych dróg moczowych u mężczyzn z powodu łagodnego przerostu gruczołu krokowego coraz częściej opiera się na leczeniu skojarzonym. Celem uniknięcia niepotrzebnej polipragmazji i poprawienia skuteczności leczenia wskazana jest stratyfikacja pacjentów i zastosowanie leczenia sper-

sonalizowanego. Należy leczyć konkretnego pacjenta, a nie chorobę. Wymaga to zidentyfikowania mechanizmu powodującego objawy, zastosowania racjonalnej terapii oraz podjęcia razem z pacjentem świadomej decyzji, które objawy są dla niego najbardziej uciążliwe i wymagają leczenia. Należy też pamiętać o zasadzie „primum non nocere" [po pierwsze nie szkodzić - red.], czyli unikać leczenia objawów LUTS, które nie są uciążliwe dla pacjenta, minimalizować objawy uboczne i komplikacje oraz mieć na uwadze utrzymanie funkcji seksualnych (jeżeli jest to możliwe).

Fot. #106796755 © NPio Si - Fotolia.com

Kryteria spersonalizowanego leczenia LUTS/BPH to indywidualne, uwzględniające czynniki ryzyka progresji postępowanie zależne od:

- rodzaju objawów - objawy z fazy napełniania (nokturia, parcia), opróżniania lub mieszane;
- rodzaju objawów współistniejących - zaburzeń erekcji, nocnej poliurii;
- czynników ryzyka progresji - wieku, nasilenia objawów, maksymalnego przepływu przez cewkę (uroflowmetria - Qmax), PSA, wielkość stercza.

Farmakoterapia LUTS u kobiet

Nietrzymanie moczu u kobiet zostało ogłoszone przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) za jeden z ważniejszych problemów zdrowotnych XXI wieku i ma status choroby społecznej. Cierpi na nią dwa razy więcej kobiet niż mężczyzn, bowiem predysponuje do tego nie tylko budowa anatomiczna układu moczowego, ale również porody naturalne, menopauza, otyłość, czynniki genetyczne. Z nietrzymaniem moczu zmaga się co 3.-4. kobieta na świecie, w tym ok. 60 proc. kobiet po menopauzie. Uważa się, że blisko 90 proc. osób przebywających w domach pomocy społecznej i domach późnej starości wykazuje objawy nietrzymania moczu, a szczególnie nietrzymania o mieszanym charakterze.

Mieszany rodzaj nietrzymania moczu, czyli nietrzymanie moczu z parcia skojarzone z bezwiednym gubieniem moczu podczas wysiłku, jest najczęściej występującym rodzajem nietrzymania moczu. W przypadku dolegliwości o niewielkim nasileniu, podobnie jak u mężczyzn z LUTS, leczeniem z wyboru jest leczenie behawioralne - zmiana stylu życia, dieta, trening pęcherza, a przede wszystkim ćwiczenia dna miednicy mające zasadnicze znaczenie w profilaktyce i terapii wszystkich rodzajów nietrzymania moczu. Istnieją metaanalizy oparte na dobrze wykonanych badaniach klinicznych, dowodzące, że regularne ćwiczenia, rehabilitacja mięśni dna miednicy przyczynia się do zapobiegania, jak i leczenia wszystkich rodzajów objawów nietrzymania moczu.

Farmakoterapia LUTS u kobiet dotyczy głównie pacjentek z objawami OAB oraz z nietrzymaniem moczu o mieszanym charakterze. Obecnie nie dysponujemy lekiem, który miałby zastosowanie u pacjentek wyłącznie z wysiłkowym nietrzymaniem moczu.

Najczęściej stosowanymi lekami pierwszego rzutu u pacjentek z objawami nadreaktywnego pęcherza są wspominane już leki antymuskarynowe i mirabegron. Ze względu na objawy uboczne leków antymuskarynowych i częste w związku z tym przerywanie terapii u pacjentek, coraz częściej rozważa się, czy mirabegron nie powinien być lekiem pierwszego rzutu.

Przy nieskuteczności ww. leków proponowane są terapie skojarzone - lek antymuskarynowy solifenacyna z mirabegronem. Należy również pamiętać o nocnej poliurii i ewentualnie zastosować desmopresynę. Leczenie drugiego rzutu to leczenie toksyną botulinową stosowaną w postaci iniekcji dopęcherzowych bądź neuromodulacja krzyżowa lub piszczelowa nierefundowana obecnie przez NFZ w Polsce.

Terapia LUTS u kobiet ma na celu eliminację lub zmniejszenie objawów naglącego nietrzymania moczu, redukcję parć naglących, częstomoczu, nietrzymania moczu, nokturiii. W celu uzyskania wielokierunkowych korzyści, należy zastosować u pacjentki zindywidualizowane leczenie, uwzględniając w nim odpowiednią dawkę, choroby współistniejące, koszty leczenia i rzeczywistą poprawę jakości życia. Należy też pamiętać, aby osiągnąć z pacjentką porozumienie w zakresie jej oczekiwań i efektów leczenia.

Opieka nad pacjentem z dolegliwościami ze strony dolnych dróg moczowych w gabinecie lekarza POZ

Oprac. MM

Polskie Towarzystwo Urologiczne, eksperci kliniczni w dziedzinie ginekologii oraz Fundacja Eksperci dla Zdrowia opracowali zalecenia dotyczące postępowania z pacjentem z objawami dolnych dróg moczowych w podstawowej opiece zdrowotnej.
Dokument zatytułowany „Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ" został przygotowany z inicjatywy Parlamentarnego Zespołu ds. Pacjentów i ogłoszony w grudniu 2017 roku. Określa on sposób prowadzenia pacjenta do momentu przekazania go specjaliście z określonej dziedziny medycyny oraz kontynuacji jego leczenia po konsultacji specjalistycznej. W opinii autorów, wyznaczenie granic między postępowaniem lekarza POZ i lekarza specjalisty zapewni pacjentowi ciągłość procesu diagnostyczno-terapeutycznego.
- Zasadniczym celem opieki koordynowanej, polegającej na współpracy lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z lekarzami ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, jest zapewnienie - z uwzględnieniem rzeczywistych potrzeb zdrowotnych pacjentów - udzielania świadczeń w sposób planowy i kompleksowy - tłumaczą autorzy zaleceń.

Na co powinien zwrócić uwagę lekarz POZ

U większości pacjentów trafiających do gabinetu lekarza podstawowej opieki zdrowotnej z powodu LUTS rozpoznawany jest łagodny rozrost stercza, nadreaktywność pęcherza moczowego lub zakażenie dróg moczowych. Jednak chorób, których obraz kliniczny może dotyczyć dolnych dróg moczowych, jest znacznie więcej. Mogą one wynikać z zaburzeń czynności gromadzenia moczu lub mikcji, a u części pacjentów mogą mieć związek z okresem następującym bezpośrednio po mikcji.
Ze statystyk wynika, że u prawie połowy chorych dotkniętych LUTS występują objawy z więcej niż jednej grupy (patrz Tab. 1), a u trzech czwartych - z każdej z trzech grup.
Z przyczyn czysto praktycznych, spośród wszystkich objawów ze strony dolnych dróg moczowych, wyodrębniono zespoły sugerujące określony rodzaj upośledzonych czynności dolnych dróg moczowych. Należą do nich:

- **Zespół pęcherza nadreaktywnego** (ang. overactive bladder syndrome, OAB). Do jego rozpoznania niezbędne jest stwierdzenie parć naglących, przebiegających z nietrzymaniem moczu z parcia lub bez niego, którym towarzyszy częste oddawanie moczu w ciągu dnia i/ lub nokturia, czyli konieczność oddawania moczu w nocy.
- **Zespół objawów sugerujących przeszkodę podpęcherzową w odpływie moczu.** Rozpoznawany jest u mężczyzn zgłaszających objawy sugerujące upośledzenie mikcji, u których wykluczono zakażenie układu moczowego oraz nieprawidłowości w obrębie dolnych dróg moczowych inne niż przeszkoda podpęcherzowa (ang. bladder outlet obstruction, BOO), czyli łagodny rozrost stercza lub zwężenie cewki moczowej.

Tab.1. Nazewnictwo i klasyfikacja objawów ze strony dolnych dróg moczowych

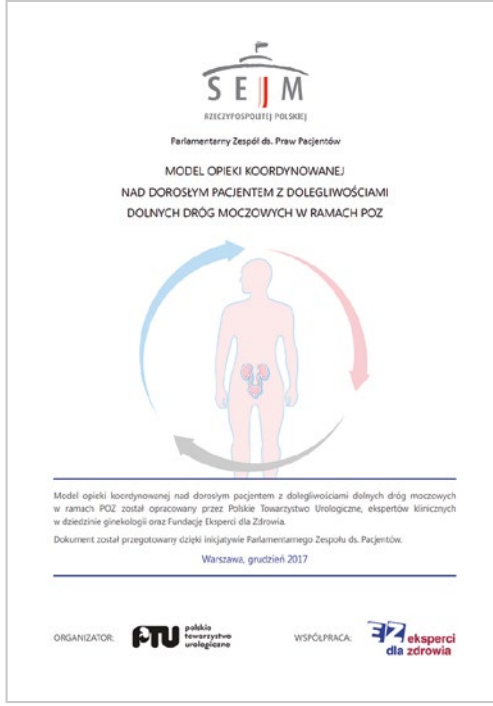
LUTS
ZWIĄZANE Z GROMADZENIEM MOCZU
Częstomocz dzienny - częste oddawanie moczu w ciągu dnia
Nokturia - konieczność oddania moczu w nocy, po której występuje seni która jest nim poprzedzona
Parcia naglące - gwałtowna i trudna do powstrzymania chęć oddania moczu z towarzyszącą obawą przed niekontrolowanym wyciekiem moczu
Nietrzymanie moczu - niekontrolowany (niezależny od woli) wyciek moczu przez cewkę moczową
ZWIĄZANE Z MIKCJĄ
Wyczekiwanie na mikcję - trudności w rozpoczęciu mikcji
Osłabiony strumień moczu
Rozproszony strumień moczu
Przerywany strumień moczu
Wspomaganie mikcji tłocznią brzuszną
Wykapywanie moczu pod koniec mikcji
ZWIĄZANE Z OKRESEM NASTĘPUJĄCYM BEZPOŚREDNIO PO MIKCJI
Uczucie zalegania moczu po mikcji - uczucie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego
Wykapywanie moczu po mikcji

Prawidłowa czynność dolnych dróg moczowych, które tworzą pęcherz moczowy i cewka moczowa wraz z aparatem zwieraczowym, polega na gromadzeniu moczu w pęcherzu moczowym oraz jego skutecznym, zależnym

od naszej woli, wydaleniu. Upośledzenie tej czynności manifestuje się zespołem objawów określanych jako dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych moczowych (ang. lower urinary tract symptomps, LUTS), spowodowanych zarówno nieprawidłowym gromadzeniem, jak i oddawaniem moczu.

Pod pojęciem dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych mieszczą się również objawy związane ze współżyciem seksualnym (ból bądź niekontrolowany wyciek moczu podczas współżycia płciowego) oraz dolegliwości bólowe zlokalizowane w obrębie dolnych dróg moczowych lub układu płciowego, czyli ból pęcherza, cewki moczowej, sromu, pochwy, moszny, krocza bądź w rejonie miednicy mniejszej.

Każdy z tych objawów może występować oddzielnie, niezależnie od pozostałych, choć zwykle współistnieją ze sobą. O tym, że stanowią one poważny problem epidemiologiczny i społeczny, świadczy częstość ich występowania. Badanie przeprowadzone w czterech krajach europejskich i w Kanadzie wykazało, że przynajmniej jeden objaw LUTS dotyczy 44,9 proc. kobiet i 44,7 proc. mężczyzn w wieku 40-59 lat oraz 58,7 proc. kobiet i 62,9 proc. mężczyzn po 59. roku życia.


SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Parlamentarny Zespół ds. Praw Pacjentów

MODEL OPIEKI KOORDYNOWANEJ
NAD DOROSŁYM PACJENTEM Z DOLEGLIWOŚCIAMI
DOLNYCH DRÓG MOCZOWYCH W RAMACH POZ

Model opieki koordynowanej nad dorosłym pacjentem z dolegliwościami dolnych dróg moczowych w ramach POZ został opracowany przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, ekspertów klinicznych w dziedzinie ginekologii oraz Fundację Eksperci dla Zdrowia.

Dokument został przegotowany dzięki inicjatywie Parlamentarnego Zespołu ds. Pacjentów.

Warszawa, grudzień 2017

ORGANIZATOR: PTU polskie towarzystwo urologiczne

WSPÓŁPRACA: eksperci dla zdrowia

Dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych u mężczyzn

Z badań wynika, że dotyczą one nawet ponad 70 proc. mężczyzn po czterdziestce. Najczęściej zgłaszanym objawem jest wykapywanie moczu pod koniec mikcji (45,5 proc. badanych), wykapywanie moczu po mikcji (29,7 proc.), nokturia, czyli oddawanie moczu w nocy (28,5 proc.), osłabiony strumień moczu (27 proc.) oraz parcia naglące (22,4 proc.). Najbardziej dokuczliwe dla pacjentów są natomiast: nietrzymanie moczu, nokturia i parcia naglące.

U mężczyzn po 50. roku życia jedną z głównych przyczyn dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych stanowi łagodny rozrost stercza (ang. benign prostatic huperplasia, BPH) - najczęstsze schorzenie układu moczowo-płciowego. Istnieje też wiele pozasterczowych przyczyn LUTS, należą do nich: pierwotne lub wtórne do innych chorób zaburzenie czynności wypieracza pęcherza moczowego (nadaktywność lub niewydolność wypieracza), nowotwory układu moczowo-płciowego, zaburzenia zagęszczania moczu, choroby układu krążenia, uwarunkowania psychiczne, stosowna farmakoterapia.

Dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych u kobiet

Według części źródeł występują nawet u ponad 76 proc. kobiet. W odróżnieniu od mężczyzn, częściej obserwuje się u nich dolegliwości związane z upośledzeniem gromadzenia moczu. Do najczęściej zgłaszanych należą: wykapywanie moczu po mikcji (38,3 proc. badanych), parcia naglące (35,7 proc.), nokturia (33,7 proc.) oraz wysiłkowe nietrzymanie moczu (31,8 proc.). Poza wykapywaniem moczu po mikcji, wszystkie pozostałe dolegliwości są jednocześnie zgłaszane przez pacjentki jako najbardziej dokuczliwe.

Przeprowadzając wywiad z pacjentką, lekarz POZ powinien dopytać ją o liczbę i rodzaj porodów, masę urodzeniową dzieci, przebyte operacje w obrębie narządu rodnego, występowanie bólu lub nietrzymania moczu podczas współżycia płciowego, datę ostatniej miesiączki (w przypadku kobiet w wieku pomenopauzalnym), a także ilość i rodzaj używanych środków chłonnych, jeśli występuje u niej nietrzymanie moczu.

Dokument w ocenie AOTMiT

W zaleceniach opracowanych przez Polskie Towarzystwo Urologiczne, ekspertów w dziedzinie ginekologii i Fundacji Eksperci dla Zdrowia, znajdują się szczegółowe informacje na temat poszczególnych dolegliwości ze strony dolnych dróg moczowych z podziałem na mężczyzn i kobiety oraz algorytmy postępowania diagnostyczno-leczniczego oraz wykaz objawów, z którymi należy skierować pacjenta do lekarza specjalisty. Dokument został przekazany w grudniu 2017 roku do Ministerstwa Zdrowia, które skierowało go do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

WARTO TO WIEDZIEĆ

- **Nokturia**, zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. International Continence Society, ICS), jest dolegliwością zmuszającą do obudzenia się w celu oddania moczu jedno - lub wielokrotnie w ciągu nocy, z zastrzeżeniem, że mikcja jest poprzedzona snem, który następuje także po niej.
- **Poliuria**, czyli wielomocz, to zaburzenie wydalania moczu. Polega na utrzymującym się dobowym wydalaniu moczu w ilości przekraczającej 2,5 litra. Może być objawem zakażenia dróg moczowych, cukrzycy, zaburzeń hormonalnych, choroby nerek lub innych schorzeń.

Wypróbuj dyskretne
wkładki męskie TENA Men
a na większe nietrzymanie moczu
superchłonną **bieliznę TENA Men Pants**.

TENA MEN. MASZ KONTROLĘ.
Zamów próbki na TENAMEN.pl

TENA®

Gdzie i jak szukać wiarygodnych informacji w internecie

lek. med. Tadeusz Hessel
Klinika Urologii CM UJ, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Obecnie bardzo wiele stron internetowych zamieszcza informacje skierowane do pacjentów. W poniższym artykule postaram się dostarczyć Państwu niezbędnych narzędzi, które pomogą odróżnić portale wiarygodne od niewiarygodnych oraz prawdziwe informacje od reklamy, która tylko je udaje.
Opublikowanie jakiejś informacji w internecie nie oznacza automatycznie, że jest ona prawdziwa. Bardzo wiele stron ma na celu głównie sprzedaż określonego produktu za pośrednictwem tzw. kryptoreklamy, czyli ukrytej reklamy sprawiającej wrażenie obiektywnej informacji.

Fot. #179703839 © goodluz - Fotolia.com

Chcąc odróżnić obiektywną informację od kryptoreklamy zamieszczonej w internecie, warto odpowiedzieć sobie na poniższe pytania:
1. Co to jest medycyna oparta na faktach?
2. Na czym polega paradoks eksperta?
3. Co to jest diagnostyka różnicowa?

Podstawy obecnej medycyny, czyli mapa drogowa do poruszania się w gąszczu informacji

Warto wiedzieć, że przy wyborze metody leczenia lekarze kierują się aktualną wiedzą medyczną. W języku angielskim używany jest skrót EBM (evidence based medicine), który oznacza medycynę opartą na faktach. Dlaczego jest to tak ważne? Ponieważ od około 150-200 lat to wyniki dobrze przeprowadzonych badań naukowych określają, jakie leki i jakie zabiegi operacyjne się wykonuje. Chodzi o wiarygodne badania, których wyniki potwierdzane są w wielu instytucjach czy krajach. Przejdźmy zatem do konkretów…

EBM, czyli szkoła twardych dowodów. Jak ją stosować podczas czytania materiałów w internecie?

1. Dowód anegdotyczny nie jest dowodem.
   Stosowane bardzo często w reklamach i na portalach wypowiedzi pacjentów (często zresztą fałszywe) nie są dowodami określającymi skuteczność terapii.
2. Poparcie lekarza/profesora XYZ dla danej terapii. Opinia ekspercka (opinia autorytetu, opinia lekarza/lekarzy) także nie jest dowodem przesądzającym o celowości lub skuteczności danej terapii. Podobnie jak w przypadku opinii pacjentów umieszczanych na stronach internetowych, lekarze czy też profesorowie przywoływani na stronach internetowych często nie istnieją.
3. Unikalne badania na próbie… 15 osób lub opisy przypadków.
   Produkty paramedyczne oraz słabo sprawdzone terapie medyczne nie mają solidnych podstaw naukowych. Jeśli istnieje możliwość sprawdzenia, do jakich materiałów się odwołują, okazuje się, że są one bardzo wątpliwe.
4. Spisek branży medycznej/farmaceutycznej nie pozwala na powszechne używanie danej terapii. Każda terapia przed jej powszechnym stosowaniem musi przejść poważne badania. Nie jest prawdą, że „super cudowne" czy też „ukryte" terapie są bojkotowane przez środowisko medyczne. Jeśli dana terapia nie ma solidnych dowodów, to po prostu się jej nie stosuje, żeby nie szkodzić pacjentom. Opracowanie

nowej metody leczniczej czy też leku wymaga prawidłowo przeprowadzonych badań naukowych.

5. Podsumowanie podstaw dotyczących EBM.
   Dzięki wyżej wymienionym informacjom możecie Państwo krytycznie podchodzić do każdej informacji medycznej.

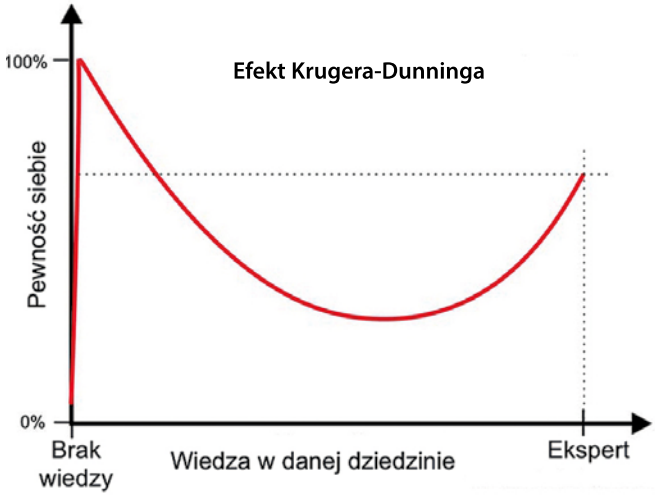
PROSZĘ TRAKTOWAĆ Z DYSTANSEM OPINIE WYRAŻANE NA FORACH INTERNETOWYCH!

Fora internetowe są bardzo cennymi miejscami, w których pacjenci mogą wymieniać się swoimi doświadczeniami oraz poradami. Należy jednak zachować daleko posuniętą ostrożność w momencie, w którym pacjenci przestrzegają lub zalecają daną metodę leczenia bądź metodę diagnostyczną. Każda sytuacja kliniczna jest inna i wymaga dokładnej konsultacji lekarskiej - nie zastąpi jej parę linijek tekstu.

Należy podkreślić z całą stanowczością, że osoby „doradzające" w internecie wybór konkretnej terapii innym pacjentom NIE PONOSZĄ żadnej odpowiedzialności za swoje słowa i konsultacje, w przeciwieństwie do Państwa lekarza prowadzącego. Należy dodać, że zdarzają się także osoby reklamujące produkty konkretnych firm.

Paradoks eksperta, czyli efekt Krugera-Dunninga

Efekt Krugera-Dunninga (od nazwisk Justina Krugera i Davida Dunninga z Uniwersytetu Cornella, którzy go opisali i udokumentowali), oznacza zjawisko polegające na tym, że osoby niewykwalifikowane lub z podstawową wiedzą w jakiejś dziedzinie życia mają tendencję do przeceniania swoich umiejętności, natomiast prawdziwi eksperci, czyli osoby wysoko wykwalifikowane zaniżają swoją wiedzę i umiejętności.



Z czego to wynika? Ekspertom wydaje się, że wykonując trudne i skomplikowane zadania, tak naprawdę wykonują coś prostego (bo są profesjonalistami i wykonali daną czynność, np. operację, wielokrotnie). Eksperci zdają sobie także sprawę, jak niewielką część wiedzy i umiejętności z danej dziedziny lub specjalizacji zdołali w rzeczywistości opanować. Laikom natomiast brakuje dystansu - nie potrafią ocenić braków w wiedzy ani u siebie, ani u innych.

Diagnostyka różnicowa

Medycyna nie jest nauką ścisłą. Dwa, trzy lub cztery występujące objawy nie zawsze oznaczają, że ktoś choruje na daną chorobę. Dopiero po zebraniu wywiadu lekarskiego, zbadania pacjenta i zleceniu dodatkowych testów można wykluczyć bądź potwierdzić podstawowe hipotezy dotyczące diagnozy.

Co to oznacza dla pacjentek i pacjentów? Otóż nie zawsze jeden lub dwa objawy oznaczają, że ma się właśnie tę jednostkę chorobową, którą podaje wyszukiwarka lub forum internetowe. Bardzo często pacjenci sami sobie rozpoznają najrzadsze lub najbardziej zagrażające życiu choroby. Należy oczywiście w przypadku każdej wątpliwości zasięgnąć opinii lekarskiej.

JAKICH STRON NALEŻY UNIKAĆ?

- **Tych, które oferują konkretny produkt lub usługę**
  Podczas przeglądania portalu trzeba sprawdzić, czy przypadkiem wszystkie informacje lub artykuły nie sugerują nam zakupu danego preparatu lub usługi (lub nie prowadzą do takiego wniosku).
- **Tych, które opisują cudowne i „ukryte" terapie**
  Gdy na stronie dowiemy się, że zachodnia medycyna niszczy i bojkotuje te czy inne metody, to najczęściej mamy do czynienia z próbą sprzedaży nam niesprawdzonych substancji lub zabiegów (najczęściej na granicy szarlatanerii…). Zwykle najpierw strona krytykuje „kosztowną i nieefektywną" medycynę zachodnią, by następnie próbować nam sprzedać swoje usługi.

Podsumowanie

Do informacji znalezionych w internecie należy podchodzić bardzo krytycznie, pamiętając, że:

1. Dowód anegdotyczny nie jest dowodem na to, że ta sama terapia zadziała w moim przypadku.
2. Słaba wiarygodność lub brak źródeł powinien wzbudzać naszą wątpliwość.
3. Należy pamiętać o tym, że osoby publikujące różne treści w internecie NIE PONOSZĄ odpowiedzialności za udzielane tam porady.
4. Efekt Krugera-Dunninga wpływa na to, że osoby niebędące ekspertami w danej dziedzinie deklarują często bardzo radykalne poglądy, nie będąc jednocześnie świadomymi własnej niewiedzy.
5. Podstawą medycyny jest diagnostyka różnicowa.
6. Nic nie zastąpi badania i konsultacji lekarskiej - należy zawsze o tym pamiętać!

UWAGA! Wiarygodność i źródła materiałów zamieszczanych w internecie często są bardzo trudne do zweryfikowania nawet dla profesjonalistów pracujących w danej branży. Dlatego warto korzystać ze stron i portali, które weryfikują źródła podawanych przez siebie informacji.

ZAUFANE PORTALE

1. **Medycyna Praktyczna** - wydawnictwo propagujące stosowanie EBM w Polsce od lat 80. ubiegłego wieku: www.mp.pl
2. **Przegląd Urologiczny** - czasopismo branżowe polskich urologów: www.przeglad-urologiczny.pl
3. **eUrologia** - portal internetowy dla pacjentów prowadzony przez urologów: www.eurologia.pl/g/26,nietrzymanie-moczu
4. **NTM.pl** - najstarszy polskojęzyczny portal o nietrzymaniu moczu (2002-2018), zawierający m.in. wszystkie archiwalne wydania Kwartalnika NTM: www.ntm.pl
5. **Patient information** - portal internetowy Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, zawierający informacje dla pacjentów na temat nietrzymania moczu (w języku angielskim): www.patients.uroweb.org/i-am-a-urology-patient/urinary-incontinence/
6. **Urology Health** - portal internetowy Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego, zawierający informacje dla pacjentów na temat nietrzymania moczu (w języku angielskim): www.urologyhealth.org/educational-materials
7. **ICS Wiki** - portal internetowy Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji, zawierający ustandaryzowaną terminologie dotyczące NTM (w jęz. angielskim): www.wiki.ics.org/Welcome+to+the+ICS+Wiki+Forum+for+Standardised+Terminology
8. **IUGA** - Międzynarodowe Stowarzyszenie Uroginekologiczne, zawierające informacje dla pacjentek na temat nietrzymania moczu (w jęz. angielskim): www.iuga.org/?page=patientinfo

POLECANE LEKTURY

1. Dr hab. med. Tomasz Gołąbek, prof. Piotr Chłosta: „Nietrzymanie moczu u kobiet i mężczyzn". Rok wydania: 2016.
2. Red. prof. Ewa Barcz: „Uroginekologia. Schorzenia dna miednicy" (książka dotyczy tylko nietrzymania moczu u kobiet). Rok wydania: 2017.
3. Red. prof. Piotr Chłosta: „Poradnik urologiczny dla pacjentów i ich rodzin". Rok wydania: 2017.
4. Jürgen Thorwald: „Stulecie chirurgów" (jak powstała nowoczesna medycyna).
5. Ben Goldacre: „Lekarze, naukowcy. Szarlatani. Od przerażonego pacjenta do świadomego konsumenta" (książka opisuje, na czym polega medycyna oparta na faktach i jak wiele osób, np. dziennikarzy, firm, etc. wprowadza nas w błąd).

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	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Wojewódzkich Oddziałów NFZ - stan na 15.03.2018

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

Kompleksowa opieka nad pacjentkami

Oddział Ginekologiczno-Położniczy Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie

Violetta Madeja

Oddział Ginekologiczno-Położniczy Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie to jeden z wiodących ośrodków ginekologicznych zajmujących się leczeniem schorzeń dna miednicy. Spiritus movens placówki jest prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz, która pacjentki z zaburzeniami statyki i nietrzymania moczu chce obejmować kompleksową opieką uroginekologiczną.

Historia międzyleskiego ośrodka sięga lat 60. ubiegłego wieku. Jednak jego nowy rozdział rozpoczął się w styczniu tego roku, kiedy stery placówki i funkcję kierownika oddziału objęła prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz.
- *Od 2 stycznia budujemy całkiem nową rzeczywistość Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, świadczącego obecnie pełny zakres świadczeń z zakresu położnictwa i neonatologii, które funkcjonują na II stopniu referencyjności oraz ginekologii. Po przeprowadzeniu zaplanowanego remontu chcielibyśmy zacząć starania o podniesienie poziomu referencyjności* - mówi w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM prof. Ewa Barcz.

Podwaliny silnego ośrodka

- *Stworzyliśmy podwaliny silnego ośrodka ginekologicznego z dużym naciskiem na uroginekologię oraz całą sferę leczenia schorzeń dna miednicy. Od miesiąca, w ramach poradni specjalistycznej, w naszej placówce działa Poradnia Uroginekologiczna* - podkreśla prof. Ewa Barcz.

Wskazuje, że główną grupą pacjentek przyjmowanych w poradni są kobiety wymagające diagnostyki i kwalifikacji do leczenia zarówno zachowawczego (konserwatywnego), jak również operacyjnego z zakresu nietrzymania moczu, zaburzeń statyki narządów miednicy, czy powikłań po leczeniu tych schorzeń. Poradnia oferuje pacjentkom pełną diagnostykę ultrasonograficzną i klasyfikację do właściwych programów leczenia - zachowawczego, w tym farmakologicznego, pessaroterapii czy fizjoterapii lub operacyjnego. Dzięki tak skonstruowanej procedurze na oddział przyjmowane są pacjentki wymagające zabiegów w zakresie wszystkich patologii ginekologicznych, przy czym większość procedur jest realizowana przy wykorzystaniu najnowocześniejszych, małoinwazyjnych metod laparoskopowych.
- *Mamy obecnie znakomicie wyposażony blok operacyjny z nowoczesnym sprzętem laparoskopowym i znakomitą kadrą, dzięki czemu nie mamy praktycznie żadnych ograniczeń. Od stycznia udało nam się również włączyć do portfolio oddziału wszystkie procedury uroginekologiczne - zarówno w zakresie nietrzymania moczu, jaki i zaburzeń statyki narządów miednicy* - podkreśla prof. Barcz i wylicza, że kierowana przez nią placówka wykonuje do 40 zabiegów uroginekologicznych miesięcznie, w tym również leczących powikłania po wcześniejszych operacjach, a w najbliższym czasie liczba ta się nawet zwiększy. - *Dodatkowo, niezwykle cenna dla nas jest współpraca ze znakomitymi ośrodkami urologicznym, chirurgicznym, neurologicznym, kardiologicznym i internistycznym, które prężnie działają na terenie szpitala. Rozpoczynamy też szkolenia dla specjalistów z innych ośrodków w zakresie technik operacyjnych w uroginekologii* - mówi kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego.

Prof. Ewa Barcz

Kompleksowa opieka nad pacjentkami

Prof. Ewa Barcz podkreśla, że chce, by Międzyleski Szpital Specjalistyczny oferował pacjentkom nie tylko pełną

diagnostykę przedoperacyjną z kwalifikacją do leczenia zachowawczego czy operacyjnego, ale również bardzo istotną dla kobiet długoterminową opiekę pooperacyjną w ramach istniejącej poradni.

– *Chcemy prowadzić bardzo dokładny follow-up naszego leczenia. Dlatego też, tworząc Poradnię Uroginekologiczną, założyliśmy, że będą do niej trafiać wszystkie pacjentki po zabiegach. Opuszczając nasz oddział, każda z nich ma umawianą kontrolę w terminie miesiąca od zabiegu, a następnie po pół roku i w końcu co dwa lat* - wyjaśnia kierownik oddziału.

Pozwala to - w sposób nieformalny - stworzyć model kompleksowej opieki nad uroginekologicznymi pacjentkami. – *Gdy pacjentki przestaną się pojawiać na zaplanowanych przez nas kontrolach, będziemy proaktywnie zapraszać je na wizyty. Oczywiście, mamy świadomość, że nie wszystkie będą się regularnie zgłaszać, niemniej każda z nich ma zagwarantowaną możliwość powrotu. I jest to ogromna wartość dla naszych pacjentek* - podkreśla prof. Barcz.

Z monitoringu efektów leczenia obok pacjentek chcą również korzystać sami lekarze. Dla nich ocena stanu pacjentki (w tym rejestracja przebiegu choroby, ocena kliniczna, czy w końcu rejestracja pojawiających się patologii i ewentualnych powikłań leczenia) w dłuższej perspektywie czasu to świetne narzędzie oceny jakości udzielanych świadczeń, która w przypadku tak specyficznej dziedziny, jaką jest uroginekologia - jest niezwykle istotna.

– *Jeżeli widzimy pacjentkę po miesiącu od zabiegu i stwierdzamy, że wszystko jest w najlepszym porządku, to fantastycznie. Ale jeżeli tej samej pacjentki nie zobaczymy po pół roku czy po roku, to de facto nie jesteśmy w stanie ocenić jakości wykonanych zabiegów. Dlatego ważna jest dla nas ocena długoterminowa, szczególnie że reoperacja np. nietrzymania moczu, jest niezwykle trudna do przeprowadzenia, a szansa na uzyskanie trwałych efektów zdrowotnych – odpowiednio mniejsza* - ocenia prof. Ewa Barcz.

Średnio, do międzyleskiej poradni trafia około 40-50 pacjentek tygodniowo, miesięcznie nawet około 200.

– *Trudno jest nam dokładnie oszacować ich liczbę, ponieważ obecnie jesteśmy na początku naszej drogi w nowym* - wskazuje kierownik oddziału.

Czas na rozbudowę

O prężnym rozwoju międzyleskiego ośrodka świadczyć może również zaplanowany remont i rozbudowa placówki, po zakończeniu której oddział będzie dysponować niemal dwukrotnie większą powierzchną.

– *Obecnie dysponujemy 34 łóżkami, ale docelowo we współpracy z dyrekcją planujemy, że będzie ich 48. Co więcej, standard pobytu będzie wielokrotnie wyższy od obecnego. Zaplanowany na ten rok gruntowny remont pozwoli na zrewitalizowanie całego oddziału i zakłada, między innymi, wyburzenie wszystkich ścian, ustalenie nowego podziału strukturalnego oddziału oraz wykonanie od nowa wszelkich instalacji z klimatyzacją włącznie* - kreśli plany rozwoju prof. Ewa Barcz.

Wskazuje również, że po wyremontowaniu części położniczej i neonatologicznej, nastąpi ponowny powrót na oddział i wówczas rozpocznie się remont części, w której będą znajdować się sale ginekologiczne z dobrze wyposażoną salą histeroskopową oraz patologia ciąży. Standard oferowany pacjentkom będzie bardzo wysoki. Będą mogły przebywać w przestronnych, dwułóżkowych salach z własnymi łazienkami.

Szefowa oddziału liczy, że rozbudowa oddziału umożliwi udzielenie pomocy zdecydowanie szerszej grupie pa-

W Oddziale Ginekologiczno-Położniczym Międzyleskiego Szpitala Specjalistycznego wykonywane są m.in.:

- „małe" zabiegi diagnostyczno-lecznicze, takie jak:
  - diagnostyka i leczenie patologii szyjki macicy (kolposkopia, biopsje diagnostyczne, konizacja, leczenie operacyjne);
  - diagnostyka i leczenie patologii sromu;
  - diagnostyka patologii w zakresie jamy macicy (histeroskopie diagnostyczne i zabiegowe);
  - diagnostyka niepłodności (hormonalna, histeroskopia, laparoskopia, HSG);
- zabiegi operacyjne w łagodnych schorzeniach narządów płciowych (mięśniaki, guzy przydatków, ciąża ektopowa, endometrioza, niepłodność);
- histeroskopia diagnostyczna i zabiegowa;
- pełen zakres chirurgii laparoskopowej i otwartej;
- zabiegi operacyne w zakresie uroginekologii:
  - leczenie nietrzymania moczu;
  - leczenie zaburzeń statyki narządów miednicy:
    - z dostępu pochwowego;
    - z dostępu wewnątrzotrzewnowego;
    - techniki natywne;
    - techniki z użyciem implantów syntetycznych;
- leczenie powikłań z zakresu uroginekologii;
- zabiegi operacyjne z zakresu onkologii ginekologicznej.

cjentek. Potrzeby społeczno-zdrowotne w tym zakresie są ogromne, a czas hospitalizacji po zabiegach uroginekologicznych, z wykorzystaniem nowoczesnych technik laparoskopowych skrócił się do 2-2,5 doby. - *Patrząc na epidemiologię, aż 30 proc. dorosłych kobiet zmaga się z nietrzymaniem moczu albo zaburzeniami statyki, natomiast po 50. roku życia odsetek ten wzrasta do 50 proc.* - podkreśla pani profesor.

Wyzwania finansowe

Łyżką dziegciu w beczce miodu międzyleskiego oddziału jest zdecydowane niedoszacowanie wyceny procedur uroginekologicznych.

- *Aktualnie obowiązujące wyceny zostały oszacowane, kiedy uroginekologia była na bardzo wczesnym etapie rozwoju. Musimy mieć świadomość, że rozwój tej dziedziny nastąpił na przestrzeni ostatnich 20 lat, a o nowoczesnej uroginekologii możemy mówić, wskazując ostatnie 10-12 lat. Od momentu, kiedy powstawały wyceny świadczeń do dziś (przez kolejne 20 lat) doszło do ogromnego skoku technologicznego* - wskazuje prof. Ewa Barcz. Większości wykorzystywanych obecnie w leczeniu operacyjnym urządzeń laparoskopowych, czy implantów do leczenia zaburzeń uroginekologicznych 20 lat temu praktycznie nie było. Jak wskazuje kierownik międzyleskiego oddziału, materiały te są zazwyczaj drogie, a dodając do tego konieczność kosztownego, minimum dwuletniego wykształcenia lekarza operującego w nowoczesnych technikach, to prowadzenie ośrodka udzielającego świadczeń uroginekologicznych zaczyna być poważnym wyzwaniem również od strony ekonomicznej.

- *Niestety, w naszym przypadku, stosując nowoczesne metody leczenia zaburzeń statyki czy nietrzymania moczu, musimy w tym zakresie funkcjonować jako oddział na granicy opłacalności. Mówię tu jedynie o materiałach, nie wliczając w to kosztów osobowych opieki i samego pobytu pacjentki na oddziale* - wskazuje prof. Barcz. Przyznaje jednocześnie, że ma świadomość, iż niewystarczająca wycena procedur nie wynika z niczyjej złej woli, ale raczej z tego, że w momencie, kiedy je przygotowywano część nowych rozwiązań technologicznych dla uroginekologii najzwyczajniej nie istniała.

UroConti
Stowarzyszenie Osób z NTM

organizacja pożytku publicznego opp

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

POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAZUJĄC SWÓJ 1%

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti"
numer KRS: 0000276415

Nasze oddziały:
Bydgoszcz · Gdańsk · Kielce · Kraków · Łódź · Lublin · Poznań · Warszawa · Wrocław

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

Nie omijajcie gabinetów urologicznych!

Oprac. MM

Historia opowiedziana przez Artura Marcinka ma swój początek we wrześniu 2006 roku, kiedy z powodu bardzo silnych bólów brzucha trafił do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Był zaskoczony, kiedy okazało się, że ze skierowaniem musi natychmiast zgłosić się do szpitala. Tam rozpoznano u niego zator krezki jelita cienkiego.

- *Lekarze wykonali u mnie operację jamy brzusznej, w trakcie której usunęli mi cztery piąte jelita cienkiego. Po tej operacji przez dziesięć lat wymagałem żywienia pozajelitowego* - wspomina pan Artur.

Fot. #103729767 © didesign - Fotolia.com

Kiedy zaczął już wychodzić na prostą i okazało się, że nie musi być już żywiony pozajelitowo, kontrolne badanie ultrasonograficzne jamy brzusznej wykazało jakieś nieprawidłowości w lewej nerce i prostacie. Lekarz wykonujący badanie polecił mu, by udał się czym prędzej do urologa. „Panie doktorze, prostata? Przecież normalnie oddaję mocz, nic mnie nie boli, nie mam krwiomoczu i nie chodzę nocą do toalety" - zwrócił się do lekarza pan Artur. „A kiedy ostatnio robił pan badanie PSA?" - zapytał go lekarz. W odpowiedzi usłyszał: „Nie pamiętam...".

Lubię - nie lubię, do urologa iść trzeba

Chcąc nie chcąc, pan Artur udał się do urologa. Z wizyty u niego nie wyszedł podbudowany. Stężenie PSA w jego krwi wynosiło 22,7 ng/ml, a wynik USG gruczołu krokowego potwierdził, że gruczoł jest powiększony. Wszystko wskazywało na nowotwór, nie było tylko wiadomo, jaki ma charakter. Lekarz zalecił mu, by natychmiast zgłosił się na biopsję gruczołu krokowego. Wynik biopsji: rak gruczołowy prostaty.

- *Żeby potwierdzić tę diagnozę, wykonano mi jeszcze tomografię komputerową, rezonans magnetyczny i scyntygrafię kośćca. Badania potwierdziły obecność guza przylegającego do mięśnia dźwigacza odbytu. Jedyną pozytywną wiadomością, jaką usłyszałem, było to, że nie mam przerzutów do kości* - wspomina pan Artur.

W Centrum Onkologii, dokąd trafił na konsultacje, poinformowano go, że czeka go naświetlanie i chemioterapia. Zaproponowany mu sposób leczenia postanowił jeszcze skonsultować z innym urologiem, od którego usłyszał, że czeka go radykalna operacja gruczołu krokowego, polegająca na usunięciu nowotworu wraz z węzłami chłonnymi miednicy mniejszej. W zależności od wyników leczenia operacyjnego, miał być ustalony dalszy tok postępowania. Zważywszy na stan jamy brzusznej po resekcji bardzo dużego odcinka jelita cienkiego, lekarz zaproponował panu Arturowi zabieg mniej inwazyjną od klasycznej operacji metodą laparoskopową. Tłumaczył, że wiąże się ona z niewielkim ubytkiem krwi oraz szybkim gojeniem się sześciu małych nacięć, przez które w jamie brzusznej umieszczane są narzędzia chirurgiczne.

- *Zgodziłem się na ten zabieg, nie było na co czekać* - mówi Artur Marcinek.

Warto się regularnie badać

Zabieg usunięcia gruczołu krokowego odbył się sierpniu 2016 roku, w klinice urologicznej w Krakowie. Zgodnie z planem lekarze usunęli panu Arturowi także węzły chłonne miednicy małej. Wykonane u niego cztery miesiące później kontrolne badanie stężenia PSA we krwi (2,2 ng/ml) wykazało, że leczenie nie jest jeszcze zakończone. Lekarz wypisał mu skierowanie na radioterapię. Miejsce naświetlania - niewielką pozostałość po nowotworze na mięśniu dźwigacza odbytu, wskazała precyzyjnie pozytonowa tomografia emisyjna.

- *Po 37 naświetlaniach jestem pod opieką onkologa. Co kwartał otrzymuję zalecony przez niego zastrzyk i zgłaszam się na kontrolne PSA. Jego stężenie utrzymuje się u mnie na poziomie 0,049 ng/ml, więc mam nadzieję, że tym razem rzeczywiście wyjdę na prostą* - mówi pan Artur.

Żałuje, że nie trafił do urologów wcześniej, bo być może udałoby mu się uniknąć operacji i naświetlań oraz skutków ubocznych terapii, takich jak nietrzymanie moczu. Dlatego apeluje do innych mężczyzn, żeby nie ociągali się z wizytą u specjalisty i regularnie wykonywali badania PSA. Wykrycie raka stercza na wczesnym etapie rozwoju umożliwia jego wyleczenie.

HARTMANN

100%
DYSKRECJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

Higiena przy nietrzymaniu moczu

MoliCare® Premium Mobile

Najwyższa jakość dopasowana do Twoich potrzeb.

Poczuj się komfortowo i dyskretnie w ważnej dla Ciebie chwili.

Produkty dostępne w refundacji.

KOMFORT I DYSKRECJA TRADYCYJNEJ BIELIZNY

Idealne dopasowanie do kształtu ciała zapewnia komfort i dyskrecję tradycyjnej bielizny

ANTI LEAKAGE SYSTEM

Maksymalne zabezpieczenie przed wyciekaniem

QUICK DRY SYSTEM

Innowacyjny system szybkiego wchłaniania zapewnia dyskrecję i komfort suchej skóry

ACTIVE SKIN PROTECTION pH 5.5

Przyjazne dla skóry pH 5,5 utrzymuje zdrową kondycję skóry i chroni przed złymi czynnikami

ABSORBENT & SECURE

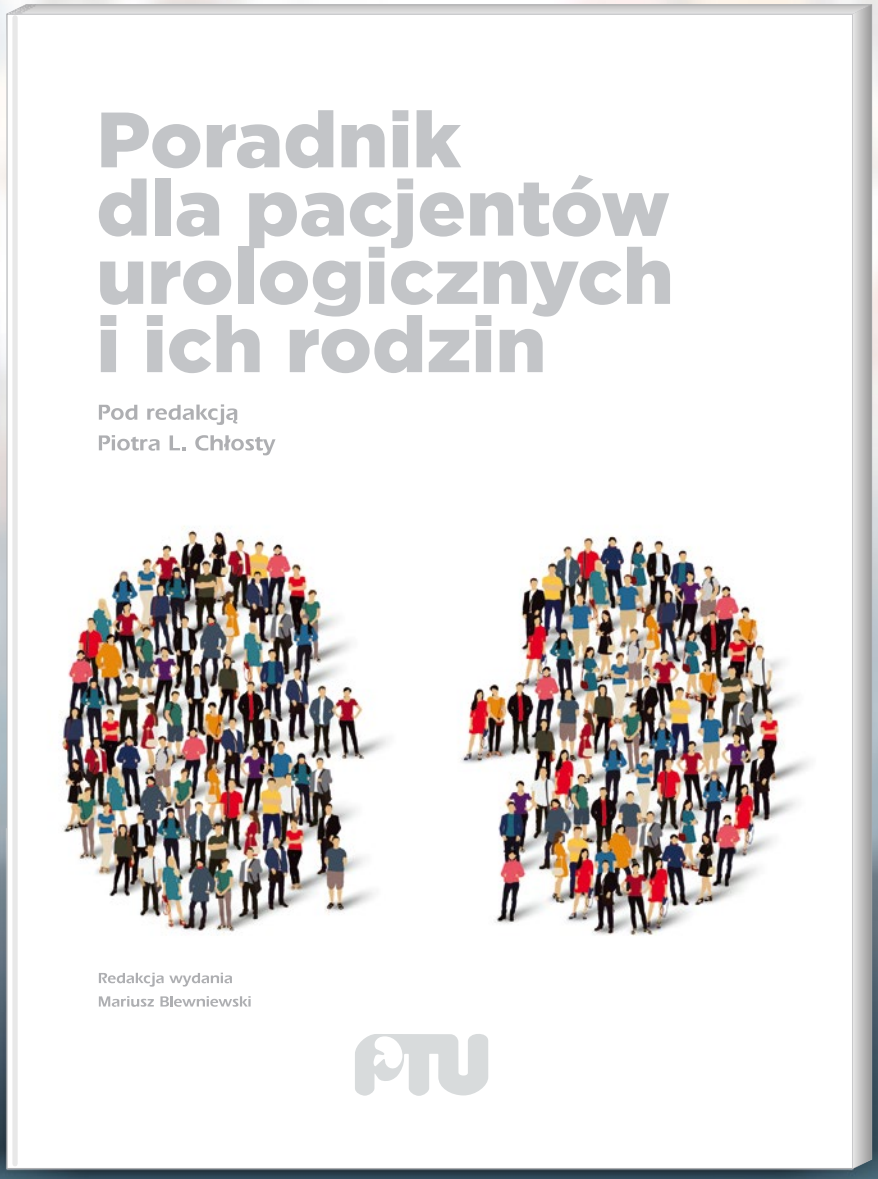
Potrójna ochrona i wysoki poziom bezpieczeństwa dzięki innowacyjnej budowie wkładu chłonnego

DOWIEDZ SIĘ
jak działa produkt i przetestuj.
Więcej pod nr bezpłatnej infolinii: **800 26 96 36**

PAUL HARTMANN Polska Sp. z o.o. • www.hartmann.pl • www.molicaremobile.pl

Nowość!

Po raz pierwszy w Polsce!



Już dziś zamów książkę na

www.poradnikurologiczny.pl

lub zadzwoń: +48 **22 279 49 06**