

OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Rozmiar produktu
chłonnego ma kluczowe
znaczenie**

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**Cyfryzacja w zdrowiu
nabrała tempa**

LECZENIE

**Urolodzy i ginekolodzy
powinni ze sobą
współpracować**

OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Czas na wsparcie
opieki długoterminowej**

LEGISLACJA

**Neuromodulacja - tak,
roboty - na razie nie**

Dziwny był to rok

Różnie możemy oceniać mijające 12 miesięcy, ale w jednym chyba wszyscy się zgodzimy – nie można było narzekać na brak wydarzeń. Czytelnikom pozostawiam pod osąd, które z nich można zaliczyć do tych pozytywnych, a które do tych, o których chcielibyśmy jak najszybciej zapomnieć.

Już w styczniu minister zdrowia ogłosił nowelizację rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, zwiększając limity na refundowane środki absorpcyjne z 60 do 90 sztuk miesięcznie. Dla wielu środowisk pacjenckich było to wydarzenie przełomowe,

techniki robotyczne dedykowane m.in. operacjom u chorych na nowotwory prostaty i macicy. Niestety, co prawda rozporządzenie zostało podpisane, ale go nie opublikowano. Tym samym – nie obowiązywało.

Dopiero w październiku pojawiło się kolejne rozporządzenie, szczęśliwie tym razem podpisane, opublikowane i obowiązujące. Nie ma w nim jednak technik robotycznych. Pozostała natomiast neuromodulacja, co oznacza, że w 2019 roku będzie ona wreszcie dostępna w polskich szpitalach.

Majowe protesty osób niepełnosprawnych i ich opiekunów skutkowały pojawieniem się usta-

wy „o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności”. Z jej zapisów wynika, że beneficjenci mogą od 1 lipca 2018 roku m.in. zaopatrywać się w refundowane wyroby medyczne, w tym środki absorpcyjne, bez limitów. Czy rzeczywiście bez jakichkolwiek limitów? Oczywiście, że nie. Ograniczeniem w tym wypadku jest rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Okazało się ono być dokumentem kluczowym dla wszelkich specustaw obejmujących wybrane grupy pacjentów. Ponadto, ustawa „o szczególnych rozwiązaniach

na które pacjenci czekali przeszło 20 lat. Jednak równie szybko, jak pojawił się entuzjazm, tak szybko został zastąpiony rozgoryczeniem. Okazało się bowiem, że w ślad za zmianą limitu ilościowego, nie został zwiększony limit cenowy.

Zapewne sprawa szybko by ucichła, gdyby nie zamieszanie, jakie rozporządzenie to wywołało w przepisach dotyczących pacjentów, którzy korzystają z dobrodziejstw ustawy „za życiem”. Sprawa stała się na tyle poważna, że minister zdecydował się opublikować w marcu specjalny komunikat, w którym przedstawił skomplikowane wyliczenia refundacji, będące nowymi wytycznymi dla oddziałów NFZ. Jest to rozwiązanie prowizoryczne, które obowiązuje do dzisiaj i zapewne będzie obowiązywać w roku 2019.

Miesiąc później minister zdrowia podpisał inne rozporządzenie, wprowadzające do polskich szpitali długo wyczekiwaną neuromodulację nerwów krzyżowych. W tym samym dokumencie pojawiły się również, po raz pierwszy w Polsce,

wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności” daje tej grupie pacjentów pierwszeństwo w dostępie do wizyt lekarskich i zabiegów rehabilitacyjnych.

Nie można również zapomnieć o ważnych wydarzeniach, które miały miejsce w obszarze leczenia farmakologicznego. Do najważniejszych należy zaliczyć rekomendacje prezesa AOTMiT dotyczące nowych leków stosowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego i nokturii oraz poszerzenia programu lekowego dla mężczyzn z zaawansowanym rakiem prostaty.

Rok 2019 powinien dać nam odpowiedź, czy przynajmniej część tych rekomendacji przełoży się na pozytywną decyzję refundacyjną ministra zdrowia. Obyśmy kończyli go w poczuciu dobrze wykorzystanego czasu, czego naszym Czytelnikom i sobie życzę.

Tomasz Michalek



SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Rozmiar produktu chłonnego ma kluczowe znaczenie	4
Czas na wsparcie opieki długoterminowej	7
Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ	8
Szczecińska recepta na pomoc niesamodzielnym	9

LECZENIE

Urodziny i ginekolodzy powinni ze sobą współpracować dla dobra pacjentów	10
Jak poprawić efektywność leczenia chorych na raka prostaty?	13
Pacjenci czekają na refundację kolejnych linii leczenia OAB	16
Specyfika nietrzymania moczu u dzieci	17

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

Cyfryzacja w zdrowiu nabrała tempa	19
--	----

LEGISLACJA

Neuromodulacja - tak, roboty - na razie nie	21
---	----

Naszej koleżance Mai Marklowskiej-Dzierżak
składamy wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci męża
Koleżanki i koledzy z redakcji oraz wydawca

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;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** © Adobe Stock, © iStockphoto;
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,

Pozwolicie, że tym razem skupię się w swoim felietonie wyłącznie na pozytywnych informacjach i przykładach, które świadczą o tym, że jeśli ktoś (np. samorząd lokalny) naprawdę wsłuchuje się w potrzeby pacjentów i ich rodzin, to potrafi stworzyć dla nich coś bardzo pożytecznego. Taki przykład płynie ze Szczecina, gdzie rodziny opiekujące się osobami powyżej 75 lat dotkniętymi chorobą Alzheimera otrzymują wsparcie finansowe w formie bonu opiekuńczego z Urzędu Miasta (str. 9). Myślę, że zgodzicie się ze mną: to przykład ze wszech miar godny naśladowania.

Wzorem dla innych powinni być również urodziny i ginekolodzy, którzy ściśle ze sobą współpracują, żeby zapewnić jak najlepszą opiekę pacjentkom zmagającym się zarówno z problemem nietrzymania moczu, jak i z obniżaniem się narządów rodnych. Jedną z ambasaderek takiej współpracy jest prof. Ewa Barcz, kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyzyleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie. W tym ośrodku panie mogą liczyć na kompleksową opiekę i właściwie prowadzoną kontrolę schorzeń na pograniczu układu moczowego i płciowego (str. 10). Czekamy na kolejnych naśladowców!

Optymizmem powiata również z gmachu Sejmu, gdzie w grudniu odbyła się debata na temat kompleksowej opieki nad chorymi na raka gruczołu krokowego. Ktoś powie, że to ani pierwsza, ani ostatnia debata odbywająca się na Wiejskiej, skąd więc ten optymizm? Już odpowiadam: jest duża szansa, że w 2019 roku ruszy program pilotażowy modelu takiej opieki, opracowanego przez Polskie Towarzystwo Urologiczne wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie urologii i Fundacją „Eksperci dla Zdrowia”. Piszemy o nim na str. 13.

I na koniec jeszcze jeden dobry przekaz. „Cyfryzacja w zdrowiu nabrała tempa” – piszemy na str. 19. Co to oznacza dla pacjentów? Pokróćcie tyle, że od 1 stycznia 2019 roku będą mogli w każdej aptece zrealizować elektroniczną receptę, jeśli takową wystawi im lekarz. Od 1 stycznia 2020 roku leki będzie można wykupić w aptece wyłącznie na podstawie e-recepty, a od 1 stycznia 2021 roku lekarze będą musieli wystawiać w formie elektronicznej również skierowania i zlecenia. Oczywiście będziemy się przyglądać, jak wygląda wdrażanie tych rozwiązań i czy będą one rzeczywiście korzystne dla pacjentów, jak zapewnia resort zdrowia.

Maja Marklowska-Dzierżak

Rozmiar produktu chłonnego ma kluczowe znaczenie

mgr Beata Stepanow, specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego,
dyrektor Centrum Edukacji i Specjalistycznej Opieki Medycznej w Kleczewie

W różnych dziedzinach medycyny obserwujemy rozwój wielu innowacji, nowoczesnych technologii i mobilnych aplikacji, które nam ułatwiają i usprawniają codzienną pracę z pacjentem, jego rodziną oraz pomagają w osiągnięciu wyznaczonych celów terapeutycznych. Nie możemy jednak zapominać o wartości, jaką wnosi komunikacja interpersonalna, zwłaszcza gdy dotyczy ona spraw intymnych, a nierzadko wstydlivych.

W tym kontekście jednym z największych wyzwań jest nietrzymanie moczu (NTM), które nie tylko jest problemem medycznym, ale także psychicznym. Według statystyk dotyka ono około 15 proc. populacji, co w Polsce stanowi ponad 5 mln osób. Częściej dotyczy kobiet - z nietrzymaniem moczu zmagają się na świecie średnio co trzecia-czwarta kobieta, około 30 proc. przed okresem menopauzy i do 60 proc. po tym okresie. O występowaniu NTM, zwanego również inkontynencją, mówimy, gdy dochodzi do nieświadome-

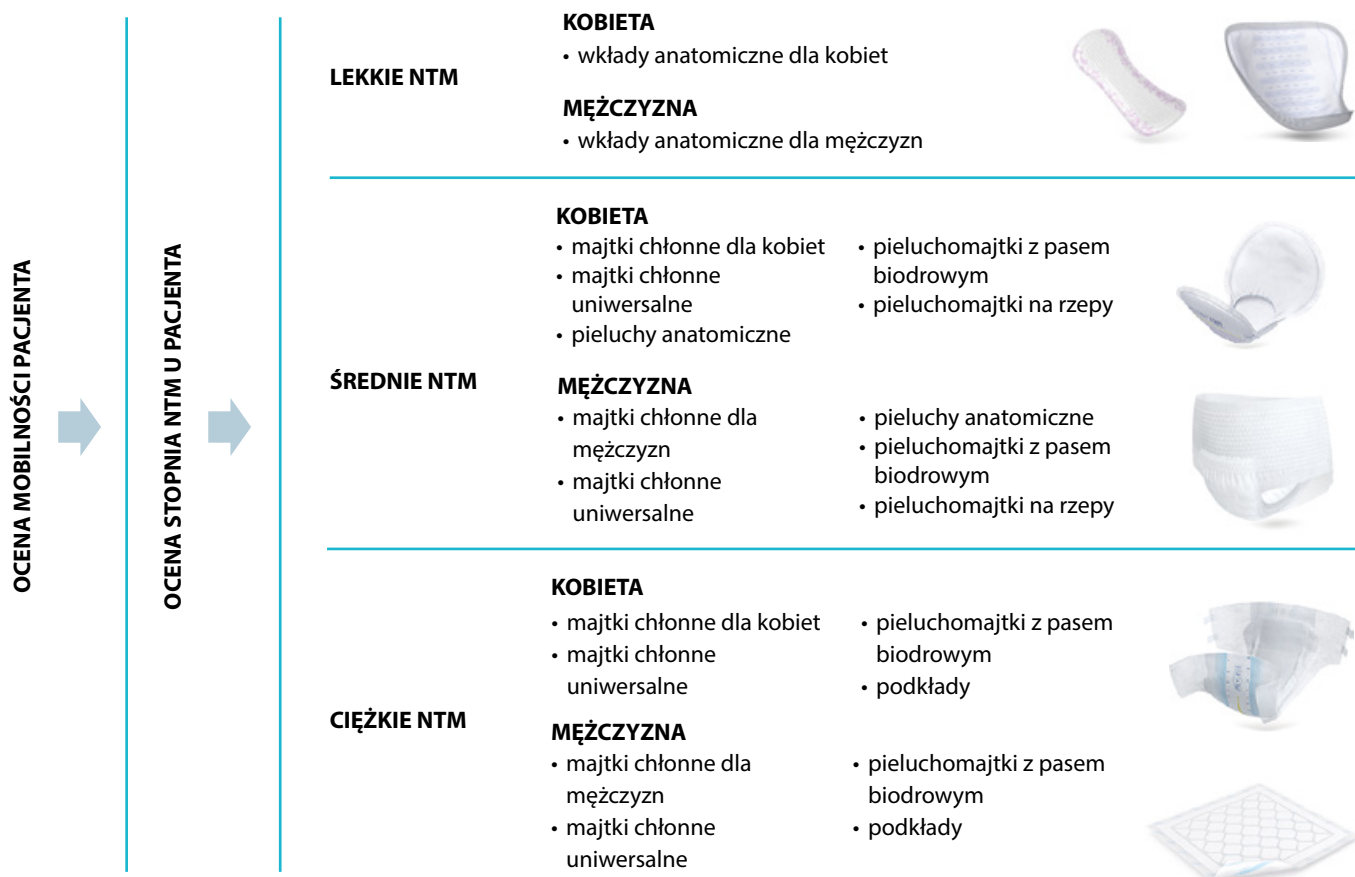
go oddawania moczu, a także gdy oddawanie moczu jest niekontrolowane (moczenie) albo nieefektywne. Jak pomóc osobie z NTM i jej rodzinie dobrać odpowiednio produkt chłonny, który zabezpieczyłby przed niekontrolowanym wyciekaniem moczu, ochroniłby skórę przed drażniącym działaniem moczu, stanowiłby zbiórkę wydalanego moczu i stolca, a także chroniłby bieliznę osobistą, pościel i ubrania?

Po pierwsze i najważniejsze:

- produkt większy nie znaczy lepszy,
- grubszy nie znaczy bardziej chłonny,
- najchłonniejszy nie znaczy funkcjonalny.

Po drugie, zgodnie z „Rekomendacjami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji” produkt chłonny powinien przylegać do ciała jak dobrze dopasowane ubranie. Dlatego też rozmiar produktu chłonnego należy dobrać,

Algorytm doboru produktów chłonnych



Ty widzisz skórę dotkniętą przez czas,
ja widzę osobę, która poruszyła moje serce

Jak właściwie zadbać o skórę?

Pielęgnacja skóry osoby z nietrzymaniem moczu

Zmiany skórne są jednymi z najbardziej widocznych oznak starzenia. Z wiekiem skóra traci tkankę tłuszczową, staje się sucha, cieńsza i bardziej wrażliwa. Do pogorszenia jej kondycji może też prowadzić kontakt z wilgocią, mający miejsce przy nietrzymaniu moczu. Do pielęgnacji skóry seniorów używamy często zwykłych kosmetyków lub kosmetyków dla dzieci. Tymczasem na rynku dostępne są specjalistyczne kosmetyki przeznaczone specjalnie dla osób starszych.

Skóra odgrywa niezwykle ważną rolę – chroni nas przed urazami i infekcjami. Jej struktura diametralnie zmienia się wraz z wiekiem.

Najważniejszą różnicą jest to, że kiedy jesteśmy młodzi, nasza skóra ma zdolność do błyskawicznej regeneracji. Im jesteśmy starsi, tym proces ten staje się wolniejszy. U ludzi starszych skóra regeneruje się nawet do 4 razy wolniej.

To dlatego skóra osób starszych wymaga szczególnej opieki, zwłaszcza gdy mamy do czynienia z nietrzymaniem moczu.

Brak właściwej pielęgnacji może prowadzić do zapalenia skóry czy nawet odleżyn, zwłaszcza u osób leżących.

3 proste kroki do zdrowej skóry osób z nietrzymaniem moczu

Krok 1 **Sucha skóra**
Aby utrzymać zdrową skórę, zacznij od oddychających produktów chłonnych, takich jak wciągane majtki chłonne **TENA Pants** dla osób chodzących lub pieluchomajtki na rzepy **TENA Slip** dla osób leżących. Oba produkty zapewniają suchość i wysoki komfort.



Pieluchomajtki
TENA Slip



Majtki chłonne
TENA Pants

Krok 2 **Oczyszczanie**
Bardzo ważne jest oczyszczanie skóry przy każdej zmianie produktu chłonnego. W tym celu użyj chusteczek nawilżanych **TENA Wet Wipe**, które są znacznie większe i wydajniejsze niż ich odpowiedniki dla dzieci. W celu skutecznego usuwania nieczystości warto sięgnąć także po piankę do mycia **TENA Wash Mousse**.



Chusteczki
nawilżane
TENA Wet Wipe



Pianka myjąca
TENA Wash Mousse

Krok 3 **Ochrona**
Osłabiona skóra osób starszych potrzebuje dodatkowej ochrony przed podrażnieniem i urazami. Zapobiegawczo nałóż na wrażliwą skórę cienką warstwę **TENA Barrier Cream**. Jeśli skóra jest już uszkodzona lub podrażniona, użyj **TENA Zinc Cream**.



Krem ochronny
z gliceryną
TENA Barrier Cream



Krem łagodzący
z cynkiem
TENA Zinc Cream



Aby dowiedzieć się więcej o produktach TENA, zapytaj farmaceutę, pracownika sklepu medycznego lub wejdź na www.tena.pl.

biorąc pod uwagę trzy kwestie:

1. Stopień mobilności pacjenta
2. Stopień nietrzymania moczu
3. Obwód pacjenta w pasie i biodrach.

Po trzecie, pojawia się kilka pytań.

1. Jak dokonać prawidłowo pomiaru obwodu pasa i bioder, aby wybrać odpowiedni rozmiar produktu chłonnego?

Jeśli chodzi o obwód pasa, to miarę krawiecką układamy poziomo, tak aby objęła cały pas. Należy upewnić się, że miara znajduje się na takim samym poziomie z przodu, z tyłu i po bokach. Ponadto, w trakcie dokonywania pomiaru, najlepiej znajdować się w pozycji stojącej, po wydechu, nie będąc w ubraniu. Najlepiej zdejmować miarę w talii z dokładnością do 0,5 cm. Nie powinno się dokonywać pomiaru bezpośrednio po obfitym posiłku. Obwód pasa należy zmierzyć w połowie odległości pomiędzy dużym brzegiem (łukiem) żeber a górnym brzegiem grzebienia kości biodrowej.

Po odmierzeniu należy sprawdzić rozmiar w przewodniku po produktach chłonnych.

Obwód bioder mierzymy wokół najszerszego miejsca linii bioder.

2. Jak określić stopień nietrzymania moczu?

- a) lekkie, czyli kropelkowe – popuszczanie zdarza się najczęściej podczas kichania, śmiechu, czy podnoszeniu cięższych rzeczy;
- b) średnie – oznacza większą ilość popuszczanego moczu, czasami zdarza się zdążyć na czas do toalety;
- c) ciężkie – całkowite opróżnienie pęcherza, zupełny brak kontroli.

Zaleca się dokonywanie oceny w oparciu o dwa testy:

1. 24-godzinny test podpaskowy według założeń Indeksu Sandvika (Sandvik's Severity Index for Urinary Incontinence) – u pacjentów leżących lub mobilnych niestosujących sprzętu urologicznego.

Test rozpoczyna się od zważenia produktu chłonnego przed założeniem go pacjentowi. Ponownie produkt chłonny jest ważony po jego zdjęciu.

Wynik – różnica w wadze wkładu absorpcyjnego:

- do 20 g moczu gubionego bezwiednie w ciągu doby – nietrzymanie moczu lekkiego stopnia;
- 20-150 g – nietrzymanie moczu średniego stopnia;
- powyżej 150 g – nietrzymanie moczu znacznego stopnia (ciężkie NTM).

2. Godzinny test podpaskowy zalecany przez Komitet Standaryzacji ICS – przydatny w diagnozowaniu osób mobilnych niestosujących sprzętu urologicznego:

- pacjent wypija 500 ml napoju w ciągu 15 minut.
- przez 30 minut prowadzi normalną aktywność, staje, siada, chodzi.

- ostatnie 15 minut – wzmożona aktywność.

Wynik – różnica w wadze wkładu absorpcyjnego:

- mniej niż 2 g – wynik prawidłowy;
- 2-10 g – nietrzymanie moczu lekkiego stopnia;
- 10-50 g – nietrzymanie moczu średniego stopnia;
- powyżej 50 g – nietrzymanie moczu znacznego stopnia (ciężkie NTM).

Jako pielęgniarka, będąc blisko pacjenta z NTM i jego rodziną, wskazując często korzyści płynące z właściwego doboru produktu chłonnego, bo ROZMIAR MA ZNA-CZENIE!

Jakie są korzyści z właściwego doboru produktu chłonnego?

1. Oszczędność:

- a) czasu pacjenta i jego bliskich oraz opiekunów w trakcie zakładania produktu chłonnego: lepiej dobrany produkt = więcej czasu na pozostałe obowiązki;
- b) finansowa:
 - zamiana produktów chłonnych z większych rozmiarów na mniejsze: większy produkt to często droższy produkt; ma to szczególne znaczenie w kategorii pieluchomajtek, gdzie produkty o mniejszych rozmiarach są tańsze;
 - brak częstej zmiany bielizny osobistej czy pościelowej: mniej prania to więcej pieniędzy.

2. Ochrona:

- skóry przed drażniącym działaniem moczu: brak podrażnień to brak powikłań miejscowych i ogólnoustrojowych;
- bielizny osobistej, pościeli i ubrania: czysta bielizna to ochrona ciała i otoczenia.

Jedynie odpowiednio dobrany produkt chłonny przylega do ciała i nie przemieszcza się. Tym samym nie dochodzi do podrażnienia skóry. Ma to szczególne znaczenie dla ochrony skóry pacjentów niesamodzielnych, leżących, ze średnim lub ciężkim stopniem nietrzymania moczu używających pieluchomajtek.

3. Bezpieczeństwo:

- a) dla opiekunów – ochrona kręgosłupa przed długotrwałym zakładaniem źle dobranego produktu chłonnego;
- b) dla pacjenta – brak podrażnień to brak infekcji i związanych z nimi powikłań.

Należy pamiętać, że dobierając produkt chłonny, pielęgniarka nie powinna sugerować się rozmiarami XS, S, M, L, XL, ze względu na zróżnicowane zakresy wielkości stosowane przez poszczególnych producentów. Porównując rozmiar danego produktu, należy sugerować się wyłącznie wymiarami w pasie i biodrach, podanymi na każdym opakowaniu w centymetrach.

Czas na wsparcie opieki długoterminowej

Violetta Madeja

Starzejące się społeczeństwo to ogromne wyzwanie demograficzne, z jakim wkrótce będzie musiało zmierzyć się państwo. Zdaniem ekspertów w zaniebdywanej przez lata opiece długoterminowej konieczne jest zlikwidowanie sztucznych podziałów na opiekę medyczną i socjalną. W sposób szczególny uwidaczniają się one w sposobie zaopatrzenia i rozliczania środków absorpcyjnych.

Zarówno zakłady opiekuńczo lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), jak i domy pomocy społecznej zapewniają opiekę osobom niesamodzielnym, które z uwagi na wiek, czy trapiące je schorzenia nie są w stanie samodzielnie funkcjonować w społeczeństwie.

– Według szacunków w Polsce mieszka 1-1,2 mln osób, które są całkowicie niesamodzielne i wymagają opieki zewnętrznej. Stacjonarnych miejsc opieki nad tymi osobami, zarówno państwowych, jak i prywatnych, jest około 500 tys., co oznacza, że nawet 800 tys. osób przebywa w swoich domach – wylicza dr Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

W efekcie długie terminy oczekiwania (w 2017 roku czas oczekiwania na przyjęcie do ZOL wynosił 16 miesięcy, a do ZPO 14 miesięcy) sprawiają, że do poszczególnych placówek głównym kryterium przyjęcia staje się nie rodzaj schorzenia i związane z nim potrzeby w zakresie opieki, ale dostępność miejsca i możliwość szybszego umieszczenia osoby potrzebującej pod skrzydłami opieki instytucjonalnej.

Pod jurysdykcją dwóch resortów

Jak wyjaśnia Ireneusz Kielczawa, dyrektor Domu Pomocy Społecznej w Chodzieży, dychotomia opieki długoterminowej wynika z nierozwiązanych kwestii prawnych. O ile różnic w opiece sprawowanej nad osobami niesamodzielnymi w poszczególnych placówkach nie ma, to już zdecydowanie inaczej wygląda kwestia finansowania oraz rozliczania m.in. zaopatrzenia pacjentów i podopiecznych w refundowane leki czy wyroby medyczne.

– W 2004 roku domy pomocy społecznej przestały być zakładami ochrony zdrowia. Pobyt osób niesamodzielnych w DPS-ach finansowany jest z dotacji samorządowych lub częściowo przez samych podopiecznych. Natomiast w przy-

padku ZOL oraz ZPO mamy do czynienia z placówkami działającymi jako zakłady ochrony zdrowia, których funkcjonowanie finansowane jest w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia – wyjaśnia Ireneusz Kielczawa.



foto: iStockphoto

Zaopatrzenie w ZOL-ach...

Zgodnie z prawem i standardami nałożonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zakłady opiekuńczo-lecznicze mają obowiązek zapewnienia swoim pacjentom zaopatrzenia w wyroby medyczne, w tym również środki absorpcyjne.

– Ten obowiązek zabezpieczenia ciąży na każdej placówce, która posiada kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, a środki chłonne stają się dla nas kosztem – wyjaśnia Grażyna Śmiarowska, dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. Ks. J. Popiełuszki w Toruniu, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej. W praktyce oznacza to, że zakłady opiekuńczo-lecznicze muszą zapewnić pacjentom znajdującym się pod ich opieką wszystko w ramach średniej kwoty wynoszącej zgodnie z rozporządzeniem 86,33z zł dziennie.

– W ciągu pięciu najbliższych lat wycena świadczeń opieki w ZOL-ach ma wzrosnąć do 116 zł dziennie, co jest najniższą kwotą wskazaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w trakcie ostatniej taryfikacji. Co więcej, nie jest to kwota wynikająca ze standardu opieki, ale analizy bieżących rachunków i kosztów tej działalności ponoszonych przez placówki w latach 2016-2017 – wyjaśnia Grażyna Śmiarowska.

Niestety ZOL-e nie mają widoków na lepsze finansowanie, bo jak podkreśla w rozmowie z nami ekspertka, NFZ przekonuje, że każda podwyżka stanowi poważne nadwyrężenie jego budżetu i grozi załamaniem systemu opieki zdrowotnej. Dodaje, że w efekcie placówki balansują na granicy opłacalności.

... i DPS-ach

Zupełnie inaczej sytuacja wygląda w domach pomocy społecznej, gdzie podopieczni otrzymują zaopatrzenie w wyroby medyczne na takich samych zasadach jak każdy inny pacjent przebywający we własnym domu. Różnicą jest jednak to, że odpłatność wymaganą od pacjenta przy refundacji bierze na siebie DPS.

- W miesięcznej kwocie dofinansowania w wysokości 3100 zł, jaką pobieramy od samorządów, które finansują pobyt podopiecznego ze swojego terenu, musimy zapewnić mu wszystko - począwszy od opieki pracowników socjalnych, przez cztery posiłki dziennie, utrzymanie budynku, po dopłaty do refundowanych leków i wyrobów medycznych - tłumaczy Ireneusz Kielczawa.

Obecnie w kierowanej przez niego placówce przebywa 120 podopiecznych, z czego blisko 70 wymaga zaopatrzenia w wyroby chłonne, które refundowane są według standardowych limitów ilościowych i kwotowych.

- Według samorządów nasi podopieczni powinni z godnością spędzać całą dobę w dwóch pieluchomajtkach. Czy tak powinno być? - pyta retorycznie Ireneusz Kielczawa i dodaje, że stara się, by każda osoba przebywająca w jego

DPS-ie otrzymywała tyle produktów chłonnych, ile jest jej faktycznie potrzebnych. W efekcie środki chłonne stają się ważnym elementem w finalnym rachunku kosztów opieki.

Koordynowana opieka długoterminowa jest potrzebna

W ocenie dr Elżbiety Szwalkiewicz problem opieki długoterminowej można by rozwiązać, gdyby pieniądze „szły za pacjentem”.

- Jeżeli osoba trafiałaby do DPS-u, to koordynacja powinna polegać na tym, że otrzymywałaby od niego opiekę oraz podstawową pielęgnację, natomiast Narodowy Fundusz Zdrowia powinien w pełni sfinansować wszystko, co jest związane ze świadczeniami pielęgniarstwowymi, wizyty lekarskie, a także zabezpieczenie pacjentów w leki i wyroby medyczne - uważa Elżbieta Szwalkiewicz. Jednocześnie dodaje, że bez względu na to, gdzie osoba niesamodzielna trafi, powinna otrzymać to, czego w danym momencie potrzebuje i co jest niezbędne do utrzymania jej we właściwym stanie zdrowia.

- Idealnym rozwiązaniem byłoby, gdyby każdy człowiek po 65. roku przyjął w swoim domu pracownika socjalnego i pielęgniarkę środowiskową. Celem takiej wizyty byłoby dokonanie oceny stopnia niesamodzielności i ewentualnej kwalifikacji do wsparcia. Dzięki takiemu rozwiązaniu możliwe byłyby również działania zapobiegawcze, które realizowane byłyby przed wystąpieniem negatywnych skutków - mówi prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

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

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych z Wojewódzkich Oddziałów NFZ - stan na 31.11.2018

Szczecińska recepta na pomoc niesamodzielnym

Violetta Madeja

Kreatywne rozwiązania wspierające opiekę rodzinną nad osobami niesamodzielnymi nie należą do częstych. Pozytywny przykład płynie ze Szczecina, gdzie dzięki miastu rodziny opiekujące się osobami dotkniętymi chorobą Alzheimera otrzymują wsparcie finansowe.

„Bon opiekuńczy: Alzheimer 75”, bo o tym świadczeniu mowa, to wsparcie finansowe oferowane rodzinom w procesie opieki nad seniorami, którzy ukończyli 75 lat, mieszkają na terenie Szczecina i mają zdiagnozowaną chorobę Alzheimera. Po raz pierwszy beneficjenci kwalifikujący się do programu mogli z niego skorzystać w 2018 roku.

– Seniorzy, których opiekunowie decydują się na złożenie wniosku o przyznanie świadczenia, zgodnie z obecnie obowiązującymi zasadami muszą być objęci świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych, które są realizowane przez poradnie zdrowia psychicznego lub w ramach zespołów psychiatrycznych leczenia środowiskowego, bądź przez poradnie neurologiczne. Świadczenie skierowane jest do opiekunów bezpośrednio sprawujących opiekę nad seniorami, którzy nie mogą być objęci opieką prywatnej lub publicznej placówki, jednak jego przyznanie nie jest uzależnione od wysokości dochodu osiąganego przez opiekuna seniora – wyjaśnia Piotr Zieliński ze szczecińskiego magistratu.

Rośnie liczba osób objętych wsparciem

Jak wyjaśniają urzędnicy, zgodnie z przyjętymi zasadami wysokość świadczenia pieniężnego wynosi 2 tys. zł i jest ono wypłacane w dwóch różnych transzach – każdorazowo po 1 tys. zł.

– W 2018 roku o przyznanie świadczenia opiekunowie mogli ubiegać się w trakcie dwóch naborów wniosków – od lipca do sierpnia oraz od września do października. W pierwszej turze „Bon opiekuńczy” został przyznany 344 opiekunom, natomiast w drugiej turze świadczenie otrzymało łącznie 479 opiekunów szczecińskich seniorów. Co ważne, osoby, którym świadczenie zostało przyznane w trakcie pierwszego naboru wniosków, nie musiały ponownie składać dokumentów o jego przyznanie – dodaje Piotr Zieliński.

W sumie na sfinansowanie „Bonu opiekuńczego: Alzheimer 75” w minionym roku Wydział Spraw Społecznych Urzędu Miasta w Szczecinie dysponował kwotą 1,8 mln zł. Ostatecznie, na podstawie zgłoszonych wniosków wykorzystano 823 tys. zł, czyli mniej niż połowę dostępnego budżetu.

Na zabezpieczenie najpilniejszych potrzeb

Zgodnie z intencją twórców rozwiązania, otrzymane

z budżetu miasta środki opiekunowie osób niesamodzielnymi mogli przeznaczyć m.in. na zakup sprzętu rehabilitacyjnego czy akcesoriów niezbędnych do wykonywania czynności opiekuńczych (np. krzeseł toaletowych, łóżek dostosowanych do potrzeb pacjentów leżących, materacy przeciwoleżynowych, środków absorpcyjnych). Jednocześnie beneficjenci, dzięki bonom mogli dostosować mieszkania do potrzeb seniorów (remonty łazienek, likwidacja progów czy też poszerzenie drzwi), a także sfinansować profesjonalną opiekę na czas tzw. urlopu wytechnieniowego, czy też w celu łączenia opieki nad osobą starszą z pracą zawodową.



foto: Adobe Stock

Dobre rozwiązania będą kontynuowane

Pozytywny odzew mieszkańców skłonił szczeciński Urząd Miasta do kontynuacji programu. Zwłaszcza, że w ocenie urzędników proponowane świadczenie dla opiekunów rodzinnych jest istotnym elementem budowanego systemu wsparcia niesamodzielnymi osobami starszymi i członków ich rodzin.

– Z uwagi na to, że to rozwiązanie niesie ze sobą wiele korzyści i wychodzi naprzeciw rosnącym potrzebom w zakresie zapewnienia opieki osobom starszym, zakłada się, że projekt będzie kontynuowany również w 2019 roku – poinformował Piotr Zieliński.

Miasto chce również poznać potrzeby rodzin ubiegających się o bon. Dlatego wraz z ostatnim naborem wniosków zainteresowanym mieszkańcom udostępniono ankietę. Jej wyniki są obecnie analizowane, a urzędnicy deklarują, że płynące z nich wnioski posłużą do jeszcze lepszego rozpoznania potrzeb zainteresowanych osób i tym samym do dostosowania do nich świadczenia.

Urolodzy i ginekolodzy powinni ze sobą współpracować dla dobra pacjentów

Violetta Madeja



foto: iStockphoto

Pacjentki z problemami urologicznymi oraz współwystępującymi schorzeniami natury ginekologicznej apelują o zwiększenie liczby lekarzy specjalistów, którzy mogliby skutecznie zająć się ich zdrowiem. Odpowiedzią na ich postulaty byłoby umożliwienie kształcenia lekarzy w wąskim kierunku uroginekologii. Pomysł ten ma swoich ambasadorków zarówno po stronie organizacji pacjenckich, jak również w środowisku lekarzy - urologów i ginekologów.

Uruchomienie szkolenia specjalizacyjnego w obszarze uroginekologii było jednym z postulatów wysuwanych przez pacjentów już w czerwcu 2018 roku, podczas obchodów Światowego Tygodnia Kontynencji. W ocenie Teresy Bodzak, przewodniczącej Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, wiele pacjentek zmagających się z problemem nietrzymania moczu i obniżonych narządów rodnych musi być pod opieką równolegle dwóch lekarzy specjalistów - urologa, który

monitoruje objawy typowego NTM, jak również ginekologa, który może pomóc w przypadku wystąpienia zjawiska obniżania się narządów rodnych.

- *Uroginekologia mogłaby połączyć te dwie specjalności, szczególnie że zdecydowana większość pacjentów nie zmagają się wyłącznie z klasycznym wysiłkowym nietrzymaniem moczu, ale ma postać mieszaną i na przykład obok nietrzymania moczu zmagają się również z pęcherzem nadreaktywnym* - wskazuje Teresa Bodzak. W jej ocenie oba środowiska specjalistów - zarówno ginekolodzy, jak również urolodzy - powinny zdecydowanie wypracować konsensus w tym obszarze, zwłaszcza że około 80 proc. pacjentów z nietrzymaniem moczu to kobiety.

Nikt nie chce zająć się kobietami?

Zdaniem Anny Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”, problemy związane z oddawaniem moczu czy kontrolą pęcherza to w Polsce nadal temat tabu. W efekcie po poradę do lekarza udaje się zaledwie co trzecia pa-

cientka, a pozostałe trafiają do specjalisty dopiero po ponad dwóch latach od wystąpienia pierwszych objawów choroby. Problemy z nietrzymaniem moczu stają się dla chorych prawdziwą udręką i przyczynkiem do wycofania się z życia społecznego.

– *Warto dodać, że choroby takie jak na przykład zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB) i towarzyszące mu objawy nietrzymania moczu, nie są tylko nieodczynnym elementem starości, ale także konsekwencją ciąży* – dodaje Anna Sarbak. Niestety, często pacjenci zmagający się z tym problemem, chcąc sprawnie i właściwie zdiagnozować się, muszą znaleźć właściwego lekarza. W praktyce okazuje się, że jest to zadanie niezwykle problematyczne.

– *Polscy urolodzy wyspecjalizowali się w leczeniu schorzeń uroonkologicznych. Już dzisiaj leczenie nowotworów zajmuje im 80 proc. czasu, co oznacza, że mają go znacznie mniej dla pacjentów z NTM. Z kolei wśród ginekologów tylko niewielka grupa lekarzy ma wiedzę i doświadczenie w leczeniu uroginekologicznym. W efekcie rośnie liczba źle postawionych diagnoz i powikłań po zabiegach* – tłumaczy prezes stowarzyszenia „UroConti”.

Jej zdaniem, stworzenie podspecjalizacji, dzięki której lekarze mogliby nabywać właściwych umiejętności w leczeniu szeroko rozumianych schorzeń dna miednicy, pozwoliłoby pacjentom uzyskać szerszy dostęp do leczenia.

Dobre wzorce funkcjonują poza Polską

Jedną z ambasaderek poprawy opieki nad pacjentkami z NTM jest prof. Ewa Barcz, kierownik Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie. To właśnie w jej placówce kobiety z NTM mogą liczyć na kompleksową opiekę i właściwie prowadzoną kontrolę schorzeń na pograniczu układu moczowego i płciowego. Pani profesor przyznaje, że jest to możliwe tylko dzięki połączeniu siły i doświadczenia lekarzy ginekologów oraz urologów.

– *Dobre wzorce opieki nad kobietami z problemami narządów dna miednicy czerpiemy z kilku krajów, które proces budowania modelu opieki nad pacjentkami już przeszły. Ten proces nie był łatwy, ale dzięki niemu powstała specjalizacja z uroginekologii w Wielkiej Brytanii czy tożsama z nią specjalizacja poświęcona schorzeniom dna miednicy kobiet i chirurgii rekonstrukcyjnej w Stanach Zjednoczonych* – wyjaśnia prof. Ewa Barcz.

Podkreśla, że podobne rozwiązania z sukcesem wprowadzono w również w Szwajcarii, w Czechach, a w formie certyfikowania również w Niemczech i innych krajach niemieckojęzycznych.

– *Tam funkcjonuje to nieco odmiennie, bowiem nie jest to specjalizacja nadawana przez komisje państwowe, ale sprowadza się do nadawania certyfikatów I, II i III stopnia przez towarzystwa naukowe. Specjalista I stopnia ma prawo do diagnostyki i leczenia zachowawczego, specjalista II stopnia – do wykonywania pełnych procedur chirurgicz-*

nych, a specjalista III stopnia ma dodatkowo prawo do dydaktyki – mówi prof. Barcz.

Uroginekolog, czyli kto?

Zgodnie ze schematami szkolenia specjalizacyjnego obowiązującego m.in. w Wielkiej Brytanii, lekarze uroginekologodzy przechodzą dwuletni staż (po wcześniejszym zakończeniu szkolenia i zdaniu egzaminów z zakresu położnictwa i ginekologii), w trakcie którego nabywają umiejętności w zakresie pełnej diagnostyki i leczenia schorzeń dna miednicy. Dzięki temu lekarze znają specyfikę zbierania wywiadu z pacjentem, przeprowadzania badań (m.in. urodynamicznych czy ultrasonograficznych), leczenia zachowawczego, farmakoterapii, pesaroterapii, określonych technik operacyjnych, czy w końcu fizjoterapii. Zarówno procedury diagnostyczne, jak i terapeutyczne, którymi się posługują uroginekologodzy na świecie, w Polsce należą do wspólnych kompetencji urologów i ginekologów, a w niektórych przypadkach do kompetencji wyłącznie jednej z tych grup specjalistów. Powoduje to brak możliwości pełnego i kompleksowego leczenia chorej przez jednego specjalistę.

– *Warto jednak zwrócić uwagę, że szkolenie z technik operacyjnych jest ujęte w określone ramy i każdy lekarz w trakcie stażu musi wykonać określoną liczbę procedur* – wyjaśnia prof. Ewa Barcz. – *W tym miejscu należy podkreślić, że istotny jest pełny wachlarz wykonywanych procedur, a w naszym kraju często zdarza się, że konkretna placówka nie oferuje wszystkich typów zabiegów, czy ze względu na brak możliwości sprzętowych, czy właśnie niedostateczne szkolenie poddyplomowe. W efekcie kompleksowego szkolenia czy certyfikacji w zakresie uroginekologii szkolący się lekarz byłby w stanie dobrać właściwy model leczenia i przeprowadzić każdą z procedur zabiegowych* – dodaje.

Pani profesor podkreśla również, że brytyjski model szkolenia pozwala na wszechstronne wykształcenie lekarza, który potrafi przynieść ulgę pacjentkom ze schorzeniami dna miednicy, podczas gdy w Polsce pacjentka często krąży między specjalistami z różnych dziedzin.

– *W Polsce nie zawsze oferuje się pacjentce optymalne i kompleksowe leczenie, a zdarza się niestety czasem, że procedura dostosowywana jest do możliwości konkretnego ośrodka* – przyznaje prof. Barcz.

Dlatego też postulowanym przez część środowiska rozwiązaniem jest szkolenie obu grup lekarzy – zarówno ginekologów, jak i urologów.

– *Często urolodzy są przygotowani do leczenia nietrzymania moczu, a jednocześnie nie mają w swych kompetencjach kompleksowego leczenia innych chorób dna miednicy, na przykład wypadania narządów płciowych. Niestety u kobiet, w przeciwieństwie do mężczyzn, te problemy się w 60 proc. nakładają i rzadko pacjentki mają czyste nietrzymanie moczu. Jeśli nie wykształcimy grupy ludzi potrafiących kompleksowo pomóc pacjentkom, to leczenie kobiet w problemami*

uroginekologicznymi będzie nadal przypadkowe i nie będzie odpowiadać na problemy naszych pacjentek - podkreśla specjalistka.

Kształcenie polskich lekarzy wymaga zmian

Zdecydowanym zwolennikiem łączenia sił lekarzy urologów i ginekologów w opiece nad pacjentkami z wysiłkowym NTM oraz obniżonymi narządami rodnymi jest również urolog dr n. med. Mariusz Blewniewski.

- Są kraje, gdzie uroginekologia funkcjonuje jako specjalizacja lub podspecjalizacja, oferując pacjentom pewne konkretne umiejętności pomocne w rozwiązywaniu określonych problemów zdrowotnych - podkreśla dr Blewniewski. - Obecnie lekarze każdej z tych specjalności, czy to urolodzy, czy to ginekolodzy, deklarują, że są w stanie rozwiązywać problemy zdrowotne Polek związane między innymi z nietrzymaniem moczu. Niestety większość z nich jest w ogromnym błędzie, ponieważ patrząc na szkolenie specjalizacyjne młodych lekarzy - czy to w obszarze urologii, czy ginekologii - to zazwyczaj, odbywając swój staż na oddziałach innych niż główny obszar specjalizacji, przechodzą oni szybkie szkolenie, obserwując przypadki, które akurat pojawiają się na oddziale. W efekcie kształcenie to nie jest takie, jakie być powinno - dodaje.

Jego zdaniem tego typu kształcenie - bez możliwości praktycznego uczestnictwa w przeprowadzanych operacjach - nie pozwala lekarzom nabyć odpowiednich umiejętności koniecznych w leczeniu tego typu schorzeń.

- Podobnie jest z ginekologami, którzy trafiają w trakcie stażu również na cztery lub osiem tygodni na oddziały urologii. Obserwują tam zabiegi na przykład usunięcia pęcherza czy prostatektomii radykalnej, które w praktyce nie pomogą im w wykonywaniu zawodu. Stąd pojawia się moje pytanie: czemu ma służyć takie kształcenie lekarzy? Co oni wyniosą z takiego stażu? - pyta Mariusz Blewniewski.

Uroginekologia kością niezgody

Urolog przyznaje, że nie rozumie oporu, jaki w kontekście uroginekologii pojawia się ze strony części środowiska urologicznego i w nieco mniejszym stopniu ze strony środowiska ginekologów.

- Ginekolodzy zdają się być zdecydowanie bardziej otwarci na tę współpracę i wykonywanie procedur uroginekologicznych. Natomiast z przykrością obserwuję, że wielu lekarzy urologów nie potrafi i nie podejmuje się zbadania pacjentki przez pochwę w celu oceny jej problemów również natury urologicznej. Dlatego ważne jest, by lekarzy urolog potrafił właściwie zająć się przetoką pęcherzowo-pochwową, natomiast lekarz ginekolog zdobył wiedzę i umiejętność zacewnikowania moczowodów i był zdecydowanie bardziej samowystarczalny w rozwiązywaniu problemów na pograniczu układów moczowego i płciowego - ocenia dr Mariusz Blewniewski.

Prof. Ewa Barcz wskazuje, że obserwując efekty modelu

opieki kompleksowej i bardzo ścisłej współpracy ginekologów z urologami, jest przekonana, że wspólne szkolenia w tym obszarze są bardzo uzasadnione.

- W naszym szpitalu leczymy około 400 pacjentek z NTM rocznie, które przeszły zabiegi i inne formy leczenia i znajdują się pod naszą obserwacją. Wyniki tych procedur sięgają nawet 96 proc. pełnego wyleczenia - podkreśla prof. Barcz. Równie dobre efekty leczenia międzyleski oddział ginekologiczny ma również w przypadku pacjentek z powikłaniami, czyli tych poddanych ponownej interwencji chirurgicznej z powodu nieskutecznego lub powikłanego leczenia. W przypadku tej grupy pacjentek wyniki sięgają 86-87 proc. w porównaniu do średniej światowej na poziomie około 60 proc. Jest to efekt kompleksowego podejścia do problemów zdrowotnych kobiet ze schorzeniami dna miednicy.

- Zarówno mi, jak i całej grupie lekarzy nie zależy na tym, aby tę specjalizację nazwać w konkretny sposób czy wykonywać przedrostek uro-, ale na tym, by właściwie wykształcić ludzi gotowych poświęcić swoje życie zawodowe tym problemom. Niestety, obecny system szkolenia podyplomowego uniemożliwia lekarzom zapewnienie kompleksowej pomocy pacjentkom ze schorzeniami dna miednicy, zwłaszcza że przy tego typu problemach zdrowotnych trudno jest wskazać granicę, gdzie kończy się rola urologa, a zaczyna ginekologa, i odwrotnie - przyznaje prof. Ewa Barcz.

Jej zdaniem, jasne wytyczenie granicy działania dla urologów i ginekologów jest trudne z uwagi na wspólne mechanizmy doprowadzające do obniżania się narządów miednicy, pojawienia się wysiłkowego nietrzymania moczu czy nadreaktywności pęcherza moczowego, obniżania narządów miednicy, zespołów bólowych czy nawracających infekcji.

- Jeżeli lekarz nie będzie rozumiał kompleksowo tych mechanizmów i nie będzie znał zjawisk i problemów, jakie mechanizmy te wywołują, to w praktyce nie będzie w stanie tych schorzeń efektywnie leczyć. Dodatkowo należy pamiętać, że profilaktyka czy wczesne leczenie dotyczą już kobiet ciężarnych lub młodych matek po porodach drogami natury. Dlatego też dzielenie leczenia schorzeń typu wysiłkowe nietrzymanie moczu czy wypadanie narządów dna miednicy jest zabiegiem sztucznym, który nie przynosi korzyści pacjentkom - ocenia ginekolog i dodaje: - Jestem przekonana, że jest grupa urologów i ginekologów, którzy chcieliby się tymi schorzeniami kompleksowo zająć. Warto dać im szansę na właściwe kształcenie i współpracę.

Pacjenci również liczą na to, że oba środowiska będą potrafiły ułożyć relacje między sobą, tak jak ma to miejsce w międzyleskim szpitalu.

- Dla nas, pacjentów, liczy się przede wszystkim szerszy dostęp do takich ginekologów, urologów, czy uroginekologów, którzy potrafiliby kompleksowo zająć się naszymi problemami - podsumowuje Anna Sarbak.

Jak poprawić efektywność leczenia chorych na raka prostaty?

Maja Markłowska-Dzierżak

Brak kompleksowej opieki nad chorymi na raka prostaty w Polsce sprawia, że wyniki ich leczenia są gorsze niż w wielu innych krajach europejskich. Polskie Towarzystwo Urologiczne wspólnie z konsultantem krajowym w dziedzinie urologii i Fundacją „Eksperti dla Zdrowia” opracowało już model takiej opieki. Jest szansa, że w 2019 roku uda się go wdrożyć. Na początek w formie programu pilotażowego.

Koncepcja stworzona przez PTU i współpracujących z towarzystwem ekspertów jest oparta na funkcjonującym już z powodzeniem od ponad roku programie „Koordynowanej opieki specjalistycznej dla pacjenta po zawale (KOS-zawał)”.

Koordynacja opieki nad chorymi na raka prostaty

Podobnie jak KOS-zawał, model opieki koordynowanej nad chorym na raka prostaty, zawiera trzy moduły.

Pierwszym z nich jest moduł leczenia zabiegowego, obejmujący hospitalizację, przygotowanie do zabiegu radykalnej prostatektomii oraz wykonanie tego zabiegu. W trakcie hospitalizacji lekarz urolog razem z innymi specjalistami, w tym w szczególności z radioterapeutą, onkologiem i specjalistą rehabilitacji medycznej, powinien opracować dla pacjenta indywidualny plan leczenia, uwzględniający radio- i chemioterapię, odpowiednią rehabilitację oraz wizyty w poradni urologicznej.

Integralną częścią tej koncepcji jest również drugi moduł, rehabilitacji, która ma ogromny wpływ na efekty leczenia raka prostaty. Została ona podzielona na trzy etapy:

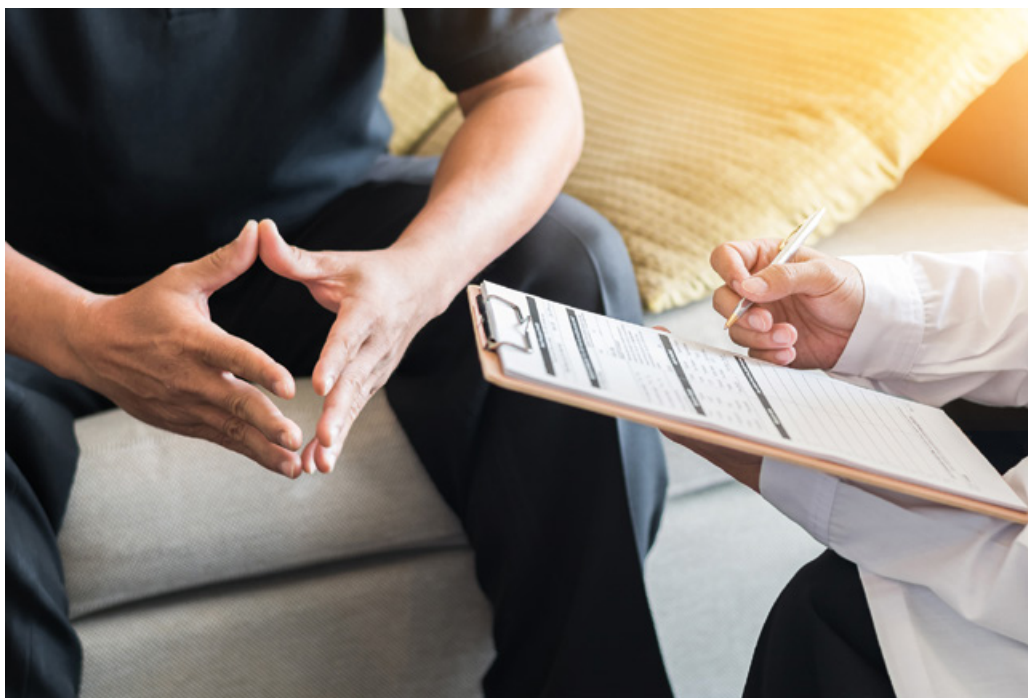
1. rehabilitację w okresie przedoperacyjnym;
2. wczesną rehabilitację szpitalną (w trakcie pobytu w szpitalu);
3. późną rehabilitację, realizowaną w warunkach ambulatoryjnych i uzdrowiskowych.

Trzeci moduł to obserwacja po zabiegu, w ramach której pacjent ma mieć zagwarantowany kontakt z koordynato-

rem (oddziałem urologii) i poradnią przyszpitalną oraz sześć porad specjalistycznych.

Liczba zachorowań na raka prostaty rośnie lawinowo

Z danych Polskiego Towarzystwa Urologicznego wynika, że nowotwory wywodzące się z układu moczowego (rak gruczołu krokowego, rak pęcherza moczowego, rak nerki) stanowią jedną czwartą wszystkich nowotworów, na które zapadają mężczyźni. A większość tych „urologicznych” nowotworów to właśnie nowotwory gruczołu krokowego. Według prognoz, będzie na nie zapadać



fot. Adobe Stock

coraz więcej pacjentów, co ma związek m.in. z wydłużającym się czasem przeżycia (większość chorych na raka prostaty to mężczyźni po 65. roku życia), a także ze wzrastającą wraz z wiekiem zapadalnością na nowotwory.

W Polsce raka prostaty rozpoznaje się rocznie u około 12 tys. mężczyzn. Co roku liczba pacjentów z rozpoznaniem tej choroby zwiększa się o około 9 proc. Z analiz wynika, że w ciągu kilku najbliższych lat nowotwór złośliwy gruczołu krokowego wyprzedzi pod względem zapadalności nawet zajmującego niechlubne pierwsze miejsce wśród „męskich” nowotworów raka płuca.

Eksperti podkreślają, że dzięki swojej biologii, ale rów-

niez dzięki rozwojowi diagnostyki i terapii, rak gruczołu krokowego stał się chorobą przewlekłą, z którą można żyć wiele lat. Tyle, że nie wszystkie nowinki diagnostyczne i nowoczesne terapie są w Polsce dostępne.

W tzw. koszyku świadczeń gwarantowanych, finansowanych ze środków publicznych, wciąż nie ma chirurgii robotowej, mimo pozytywnej rekomendacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Nie ma w nim również biopsji fuzyjnej prostaty - jednej z najnowocześniejszych technik diagnostycznych, która znacząco zwiększa precyzję w rozpoznawaniu nowotworu tego narządu. Nie wszystkim chorym na zaawansowanego raka prostaty lekarze mogą zaoferować optymalne leczenie farmakologiczne, ponieważ nie wszystkie nowoczesne leki zarejestrowane w Unii Europejskiej są w Polsce refundowane.

Podczas debaty na temat kompleksowej opieki nad pacjentem chorym na nowotwór gruczołu krokowego, która odbyła się na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Praw Pacjentów, krajowy konsultant w dziedzinie urologii prof. Artur Antoniewicz poinformował, że większość chorych wymagających hospitalizacji jest leczona na oddziałach onkologii i urologii.

- *Na onkologii leczeni są najczęściej ci, którzy mają zaawansowaną chorobę przerzutową. Są poddawani chemioterapii i hormonoterapii drugiego rzutu. Natomiast chorzy we wczesnych fazach choroby, leczeni są na urologii, gdzie są poddawani najczęściej radykalnemu zabiegowi wycięcia gruczołu krokowego. W 2017 roku takich zabiegów przeprowadzono 4800, w 2018 roku ich liczba sięgnie najpewniej 5000 - powiedział. Dodał, że inaczej niż np. w Szwecji, gdzie ten odsetek jest znacznie niższy, w Polsce aż połowa chorych jest leczona hormonalnie. Wynika to z faktu, że rak prostaty jest u nas rozpoznawany bardzo często w stadium zaawansowanym. - Dostępność nowoczesnych terapii jest zapewniona w ramach programu lekowego. Oczywiście należy ją optymalizować, i nad tym obecnie pracujemy - stwierdził prof. Antoniewicz.*

Według jego oceny pacjenci mają również zapewniony dostęp do nowoczesnej radioterapii. Zwrócił jednak uwagę na „zaburzoną proporcję między radioterapią i chirurgią”. - *Nie odpowiada ona nowoczesnym angielskim, szwedzkim czy niemieckim standardom, ponieważ zabiegów radioterapii jest u nas mniej więcej tyle, ile chirurgicznych, podczas gdy w krajach rozwiniętych dwukrotnie wyższy jest odsetek zabiegów chirurgii małoinwazyjnej - wyjaśnił.*

Prof. Antoniewicz uważa, że chcąc poprawić wyniki leczenia chorych na raka gruczołu krokowego, trzeba przede wszystkim pomyśleć o programach profilaktyki zdrowotnej mężczyzn po 50. roku życia. Takie programy działają już w Skandynawii, m.in. w Norwegii, gdzie mężczyzna po pięćdziesiątce raz w roku ma możliwość poddania się badaniom określającym stopień ryzyka

wystąpienia wszystkich podstawowych nowotworów, w tym raka gruczołu krokowego.

Kolejnym niezbędnym elementem poprawy opieki nad chorymi jest wprowadzenie, postulowanego przez środowisko urologów, krajowego rejestru raka stercza, bo - jak podkreśla prof. Antoniewicz - tylko analizując przebieg leczenia, można wyciągać właściwe wnioski.

Pacjenci czekają na kolejne leki

Kiedy pod koniec lipca 2018 roku Europejska Agencja Leków zakończyła procedurę oceny dichlorku radu Ra 223 (Xofigo) i zaleciła ograniczenie jego stosowania ze względu na zwiększone ryzyko złamań kości, a w połączeniu z octanem abirateronu (Zytiga) zwiększone ryzyko zgonu, możliwości leczenia chorych na zaawansowanego raka prostaty w ramach wspomnianego przez prof. Antoniewicza programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami”, jeszcze bardziej się skurczyły.

- *Jeden z leków w zasadzie wypadł z programu, bo może być stosowany dopiero, gdy pacjenci wcześniej zostali poddani dwukrotnej próbie leczenia innymi sposobami, albo nie można u nich zastosować innego leczenia. Co więcej, ten lek w połączeniu z drugim z programu może zwiększać ryzyko zgonu. Czyli tak naprawdę bezpieczny jest tylko trzeci lek, który akurat nie jest refundowany i przez to nie jest dostępny przed chemioterapią! - tłumaczył Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.*

Przedstawiciele stowarzyszenia wzięli udział w posiedzeniu Rady Przejrzystości przy Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, na którym jej członkowie zajęli się przygotowaniem stanowiska w sprawie objęcia refundacją przed chemioterapią, w ramach programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami”, enzalutamidu (Xtandi). Rozważali również zasadność wprowadzenia zmian do zapisów programu w części dotyczącej kryteriów kwalifikacji do leczenia dichlorkiem radu Ra 223.

Pod koniec sierpnia 2018 roku prezes AOTMiT wydał pozytywną rekomendację w kwestii objęcia refundacją enzalutamidu u pacjentów niestosujących wcześniej chemioterapii, pod warunkiem obniżenia kosztów leczenia tym lekiem. Za niezasadne uznał natomiast wprowadzenie zmian do programu w zakresie leczenia dichlorkiem radu do czasu uwzględnienia zaleceń Europejskiej Agencji Leków w sprawie bezpieczeństwa stosowania tego leku.

Jeszcze w listopadzie, na posiedzeniu Parlamentarnego Zespołu ds. Onkologii i na spotkaniu zorganizowanym w ramach „Dialogu dla Zdrowia”, urzędnicy z Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia zapewniali przewodniczącego Sekcji Prostaty stowarzyszenia „UroConti”, że trwają negocjacje z pro-



fot. Adobe Stock

ducentem enzalutamidu w sprawie objęcia tego leku refundacją przed chemioterapią. Jednak kiedy Bogusław Olawski zwrócił się do niego z prośbą o informację, na jakim etapie te negocjacje się znajdują i kiedy się zakończą, dowiedział się, że jeszcze się nie zaczęły.

- Nie jesteśmy w stanie zrozumieć, jak to możliwe, że 29 sierpnia wniosek otrzymał pozytywną rekomendację prezesa AOTMiT, a do 3 grudnia w Ministerstwie Zdrowia nie rozpoczęły się nawet negocjacje [ceny i warunków refundacji - przyp. red.] - napisał Bogusław Olawski do Marcina Czecha, podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, prosząc go o podjęcie interwencji w tej sprawie.

Ostatecznie listopadowa oraz zapowiedź kolejnej, styczniowej listy refundacyjnej, zamiast korzystnej zmiany, przyniosły ogromne rozczarowanie, ponieważ nie został na nie wpisany żaden nowy lek dla chorych na raka prostaty.

Nowy rok, nowe nadzieje

- Cztery lata domagaliśmy się wprowadzenia nowych terapii lekowych dla chorych na raka prostaty - enzalutamidu i dichloru radu. W ciągu tych czterech lat wielu pacjentom mogłyby one pomóc, ale nie mogli z nich skorzystać - przypomina Tadeusz Włodarczyk, prezes Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator” im. Prof. Tadeusza Koszarowskiego.

Wielu chorych, jak podkreśla Tadeusz Włodarczyk, dzwoniąc na infolinię, skarży się, że ani w trakcie pobytu w szpitalu, ani po operacji nie mają zapewnionej pomocy psychologicznej. Nie mają z kim porozmawiać, żeby zrzucić z siebie ciężar choroby, więc dzwonią do stowarzyszenia. *- Po zabiegu chirurgicznym pacjent jest wypisywany do domu i idzie do lekarza pierwszego kontaktu. To, co chirurg zdołał naprawić, szybko znika. Trzeba włożyć*

duży wysiłek w usunięcie powikłań i komplikacji, które pojawiają się wskutek braku rehabilitacji. To tragedia nie tylko dla pacjenta, ale również jego rodziny, która o niego walczy - tłumaczy prezes stowarzyszenia „Gladiator”.

O nowych metodach leczenia pacjenci dowiadują się za granicą, uczestnicząc w różnych konferencjach medycznych organizowanych w krajach europejskich, gdzie te metody są już dostępne. Inaczej byłoby odcięci od informacji.

- Od szesnastu lat prowadzę nasze stowarzyszenie. Byłem już na niejednym spotkaniu, na którym mówiło się o pacjentach, ale niewiele z nich dla pacjenta potem wynikało - powiedział w Sejmie Tadeusz Włodarczyk. I zaapelował do Ministerstwa Zdrowia o objęcie refundacją nowoczesnych terapii dla chorych na zaawansowanego raka prostaty.

PRZEŁOM DLA CHORYCH?

Czy rok 2019, nazwany już rokiem wdrażania programów pilotażowych i rejestrów medycznych, okaże się przełomem dla chorych na raka prostaty? Jak poinformowała Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, opracowano już modele specjalistycznych ośrodków zapewniających kompleksową i koordynowaną opiekę nad chorymi na raka piersi (Breast Cancer Unit) oraz raka płuca (Lung Cancer Unit). Od początku 2019 roku AOTMiT, na zlecenie resortu zdrowia, ma zająć się opracowaniem podobnych modeli ośrodków dla pacjentów z rakiem jelita grubego (Colorectal Cancer Unit) i rakiem gruczołu krokowego (Prostate Cancer Unit). Agencja ma również opracować pakiety procedur dedykowanych pacjentom dotkniętym poszczególnymi chorobami nowotworowymi. Będziemy się przyglądać pracom AOTMiT i sprawdzać, jakie decyzje zapadają w gmachu Ministerstwa Zdrowia przy ul. Miodowej w Warszawie.

Pacjenci czekają na refundację kolejnych linii leczenia OAB

Violetta Madeja

Pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego nadal leczeni są w Polsce w sposób suboptymalny i jak sami podkreślają, obecne możliwości farmakoterapii dalekie są od światowych standardów. Czy ta sytuacja ulegnie zmianie?

Szacunki Polskiego Towarzystwa Urologicznego (PTU) wskazują, że z problemem zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) w Polsce może się zmagać od 10 do 26 proc. dorosłych mężczyzn oraz od 8 do 42 proc. kobiet. Choroba ta postępuje z wiekiem i niejednokrotnie współwystępuje z innymi schorzeniami dolnych dróg moczowych, co dodatkowo pogłębia frustrację chorych.



fot. Adobe Stock

Dwie linie leczenia

Dotychczas leczenie pacjentów z OAB zaczynało się od terapii нефarmakologicznej - modyfikacji stylu życia oraz terapii behawioralnej obejmującej m.in. trening pęcherza oraz ustalenie harmonogramu mikcji. Gdy te metody zawodziły, a pacjenci dalej skarżyli się na wstydlive dla nich dolegliwości, wówczas lekarze mogli włączyć II linię leczenia - farmakoterapię przy użyciu leków antymuskarynowych.

Jak podkreślają eksperci PTU w wytycznych „Zasady postępowania u chorych z nietrzymaniem moczu”, w przypadku chorych z pęcherzem nadreaktywnym leczonych lekami antymuskarynowymi konieczna jest indywidualizacja terapii w zależności od chorób współistniejących, przyjmowanych przez pacjenta innych leków oraz profilu farmakologicznego poszczególnych leków. Niestety

w Polsce od lat we wskazaniu: zespół pęcherza nadreaktywnego, refundowane są zaledwie dwa leki antymuskarynowe - solifenacyna i tolterodyna. Na świecie arsenał refundowanych leków jest znacznie większy, obejmuje m.in. mirabegron, darifenacynę, fesoterodynę, desmopresynę i oksybutyninę.

- Nie wiemy, co o tym myśleć. Zespół pęcherza nadreaktywnego powinien zostać uznany za problem zdrowotny równie, o ile nie bardziej istotny, niż samo nietrzymanie moczu - mówi Teresa Bodzak, przewodnicząca Sekcji Pęcherza Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Nowe opcje na horyzoncie

Nadzieją na poprawę leczenia polskich pacjentów z OAB jest toczący się proces refundacyjny mirabegronu. Lek ten uzyskał już pozytywną ocenę Rady Przejrzystości i rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zdaniem ekspertów powinien być finansowany w II linii farmakologicznego leczenia objawów OAB. Pacjenci nie kryją zadowolenia z tej decyzji i wskazują, że oczekują pozytywnych wyników negocjacji między producentem a Ministerstwem Zdrowia.

- Zespół pęcherza nadreaktywnego jest schorzeniem, dla którego nie ma jednej „złotej terapii”. Uważamy za jak najbardziej zasadne stworzenie II linii leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego w oparciu o lek Betmiga (mirabegron), który charakteryzuje się całkowicie odmiennym mechanizmem działania oraz, co dla nas równie istotne, mniejszymi działaniami niepożądanymi - oceniła Elżbieta Żukowska, sekretarz zarządu „UroConti”.

Co dalej?

Światowe standardy leczenia OAB obejmują również kolejne linie leczenia. O ile trzecia linia, polegająca na ostrzykiwaniu ściany pęcherza moczowego toksyną botulinową, nie jest finansowana w ramach świadczeń gwarantowanych i dostępna jest wyłącznie w wybranych placówkach szpitalnych, to już czwarta, bazująca na neuromodulacji krzyżowej, została wpisana do katalogu świadczeń gwarantowanych i jest na etapie kontraktowania przez NFZ.

- Neuromodulacja krzyżowa rzeczywiście weszła do koszyka świadczeń gwarantowanych. Teraz czekamy na wycenę Narodowego Funduszu Zdrowia. Z mojej strony mogę zapewnić, że jesteśmy gotowi do przyjęcia pierwszych pacjentów - poinformował dr n. med. Mariusz Blewniewski z II Kliniki Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Specyfika nietrzymania moczu u dzieci

lek. med. Tadeusz Hessel

Klinika Urologii CM UJ, Szpital Uniwersytecki w Krakowie

Trzymanie moczu nie jest umiejętnością, którą posiadamy od urodzenia. Małe dziecko oddaje mocz, gdy tylko poczuje parcie na pęcherz. Wraz z rozwojem układu nerwowego i motorycznego organizm uczy się kontrolować ten odruch, co jest osiągnięte zwykle około 4. roku życia. Po 5. roku życia problem nietrzymania moczu dotyka około 10 proc. dzieci, do 18. roku życia dotyczy już tylko ok. 1 proc. dzieci i młodzieży.

Definicja nietrzymania moczu u dzieci nie jest jednoznaczna. Oczywiście, każdy epizod bezwiednego gubienia moczu należy zakwalifikować jako NTM, jednak część instytucji uważa, że jest to zaburzenie występujące w momencie, gdy dziecko powyżej 5. roku życia gubi mocz więcej niż trzy razy w miesiącu.

Aby odpowiednio zdiagnozować nietrzymanie moczu u dziecka, należy zebrać szczegółowy wywiad, zlecić wypełnienie dzienniczka mikcji, przeprowadzić dokładne badanie fizykalne oraz ewentualnie wykonać dodatkowe badania, np. USG jamy brzusznej z oceną zalegania po mikcji lub posiew moczu.



fot. Adobe Stock

1. Klasyfikacja nietrzymania moczu u dzieci

Należy rozróżnić dwa podstawowe typy NTM u dzieci, które różnią się od występujących u dorosłych:

- Pierwotne NTM - bezwiedne gubienie moczu u dziecka, które nigdy nie było suche.
- Wtórne NTM - bezwiedne gubienie moczu u dziecka, które wcześniej było suche ponad 6 miesięcy.

W tym artykule skupimy się głównie na najczęstszych, tzn. czynnościowych zaburzeniach oddawania moczu.

2. Przyczyny nietrzymania moczu u dzieci

2.1. Przyczyny moczenia nocnego:

- zaparcia;

- opóźnienie rozwojowe;
- bezdech senny;
- zwiększone spożycie wody (np. w przebiegu cukrzycy);
- zakażenia układu moczowego;
- wady rozwojowe rdzenia kręgowego;
- nieukończona nauka korzystania z toalety/nocnika;
- zwiększona produkcja moczu w nocy;
- przyczyny genetyczne (moczenie nocne występujące wcześniej u rodziców zwiększa szanse na jego wystąpienie u dzieci);
- świąd okolicy odbytu - możliwe zakażenie owsikami;
- stres;
- zbyt duża produkcja moczu w nocy.

SZCZEGÓŁOWA KLASYFIKACJA NTM U DZIECI

1. Czynnościowe NTM

- a. moczenie nocne
- b. moczenie dzienne

2. Anatomiczne NTM

2.1. Wrodzone

- a. ektopowy moczowód (moczowód występujący w innym miejscu niż powinien)
- b. wycisowanie pęcherza moczowego
- c. malformacje krocza
- d. zdwojenie moczowodu

2.2. Nabyte - uszkodzenie mechanizmu zwieraczowego,

np. w przebiegu leczenia innych chorób urologicznych

3. Neurologiczne NTM

3.1. Wrodzone

- a. mielodysplazja
- b. wady rozwojowe rdzenia kręgowego
- c. agenezja kości krzyżowej

3.2. Wtórne

- a. uszkodzenie centralnego układu nerwowego (np. z powodu nowotworu, radioterapii, udaru, stwardnienia rozsianego)
- b. uszkodzenie obwodowego układu nerwowego (np. z powodu uszkodzenia splotów nerwowych w obrębie miednicy lub nerwów obwodowych)

2.2. Przyczyny moczenia dziennego

- zaparcia;
- osłabienie mięśnia zwieracza cewki moczowej;
- nieprawidłowa pozycja podczas oddawania moczu - dotyczy to w szczególności dziewczynek (przy zbyt bliskim położeniu nóg obok siebie mocz może wypływać z cewki do pochwy);
- fobia toaletowa (zbyt rzadkie oddawanie moczu);
- nieprawidłowe i niecałkowite oddawanie moczu -

OBJAWY TOWARZYSZĄCE NIETRZYMANIU MOCZU U DZIECI, KTÓRE WYMAGAJĄ SZCZEGÓLNEJ UWAGI:

- Oznaki lub podejrzenia wykorzystywania seksualnego.
- Utrata wagi, nadmierne pragnienie i częstomocz.
- Przedłużone utrzymywanie się moczenia dziennego, w szczególności u dzieci powyżej 6. roku życia.
- Każdy objaw neurologiczny sugerujący możliwą chorobę układu nerwowego - szczególny nacisk należy położyć na objawy płynące z kończyn dolnych, np. zaburzenia czucia tej okolicy.
- Znaczne osłabienie sugerujące chorobę układową, np. chorobę nerek.

najczęściej w przebiegu chorób neurologicznych, może mieć też charakter czynnościowy;

- moczenie się podczas śmiechu;
- pęcherz nadaktywny;
- zwiększone spożycie wody;
- nietrzymanie moczu z przepełnienia - najczęściej występuje u przedszkolnych dzieci zaabsorbowanych zabawą, które ignorują sygnały z dolnych dróg moczowych;
- stres, zaburzenia lękowe;
- zaburzenia anatomiczne.

3. Leczenie NTM u dzieci

Podstawowe zalecenia:

- Nie należy wykluczać dzieci poniżej 7. roku życia z diagnostyki z uwagi na sam wiek.
- Należy zachować jak największą autonomię dla dziecka i jego rodziny.
- Leczenie musi być dostosowane indywidualnie do każdego dziecka i jego rodziny.
- Dziecko nie może być karane za moczenie się, należy wytłumaczyć dziecku oraz jego rodzinie, że to nie jest jego wina.

Leczenie powinno być przede wszystkim ukierunkowane na konkretną przyczynę, np. na leczenie cukrzycy. Niestety, w większości przypadków nie udaje się jej ustalić i zaleca się inne metody. Dzieci oraz ich rodzice powinni zrozumieć sposób działania układu moczowego, aby obalić przesady lub mity, które mają na jego temat, mogące utrudniać lub uniemożliwiać prawidłowy przebieg terapii. U większości dzieci często dochodzi do samoistnego ustąpienia objawów w związku z:

- powiększeniem się i dojrzewaniem pęcherza moczowego;
- większą wrażliwością na bodźce z dolnych dróg moczowych;
- zmniejszeniem się nadaktywności pęcherza;
- normalizacją produkcji moczu w nocy;
- ustąpieniem stresogennych, lękotwórczych sytuacji.

3.1. Leczenie moczenia nocnego

W tym zakresie najbardziej skuteczne są alarmy wybudze-

niowe - pomagają aż 70 proc. pacjentów. Mogą mieć np. postać specjalnych sensorów zakładanych do bielizny, które są detektorami moczu. Dzieci uczą się dzięki nim budzić odpowiednio wcześniej przed oddaniem moczu. Trzeba je stosować ok. 4 miesiące celem osiągnięcia suchości. Tego typu leczenie nie jest skuteczne u dzieci ze złożonym NTM lub z małą pojemnością pęcherza moczowego. Należy także rozważyć farmakologiczne leczenie moczenia nocnego. Lekami z wyboru są desmopresyna oraz imipramina, przy czym ta pierwsza substancja powoduje mniej skutków ubocznych. Rodzice oraz dzieci muszą zostać poinformowani, że wraz z zaprzestaniem zażywania leku choroba najczęściej nawraca.

3.2. Leczenie moczenia dziennego

Należy zwrócić szczególną uwagę na towarzyszące zaparcia oraz wprowadzić uroterapię, która obejmuje m.in. naukę wydłużania przerw między oddawaniem moczu, odpowiedniego sposobu oddawania moczu oraz wstrzymywanie strumienia moczu w trakcie oddawania moczu celem kontroli mięśnia zwieracza cewki moczowej.

Dziewczynki należy pouczyć o odpowiedniej pozycji podczas oddawania moczu, w razie sklejania się warg sromowych stosować specjalne kremy.

W nauce kontroli oddawania moczu ważna jest rehabilitacja w połączeniu z biofeedbackiem. Pozwala to na leczenie nietrzymania moczu, nietrzymania kału, parć nagłących oraz zespołów bólowych miednicy mniejszej.

Leki antycholinergiczne są elementem leczenia drugiego rzutu u dzieci.

4. Wnioski

Leczenie nietrzymania moczu u dzieci ma inną specyfikę niż u dorosłych. W większości przypadków możliwe jest całkowite wyleczenie wraz z upływem czasu. Terapie są zachowawcze, rzadko stosuje się farmakoterapię. Zabiegi operacyjne stosuje się w rzadkich, wyselekcjonowanych przypadkach.

5. Podsumowanie

- Nietrzymanie moczu u dzieci jest często występującym zaburzeniem.
- Moczenie nocne częściej występuje u chłopców. Najskuteczniejszą metodą leczenia są alarmy wybudzeniowe.
- Moczenie dzienne częściej występuje u dziewczynek.
- Po 5. roku życia nietrzymanie moczu zaczyna ustępować naturalnie - częstość występowania choroby spada o 15 proc. wraz z każdym kolejnym rokiem.
- Główne elementy leczenia to terapia choroby podstawowej, trening pęcherza, alarmy wybudzeniowe, modyfikacje diety.
- Nie należy zaniedbywać diagnostyki rzadkich przyczyn NTM.
- Edukacja rodziców jest kluczowa w przebiegu leczenia NTM u dzieci.

Cyfryzacja w zdrowiu nabrała tempa

Violetta Madeja



fol. Adobe Stock

Po serii pilotażowych wdrożeń w 2018 roku, kolejny rok przyniesie pacjentom e-rewolucję w obszarze ochrony zdrowia. Do e-recept, które po Nowym Roku będzie można zrealizować w każdej aptece, dołączą również e-zlecenia oraz e-skierowania. Te ostatnie do powszechnego użycia wejdą w 2021 roku.

W ciągu najbliższych dwóch lat system ochrony zdrowia będzie musiał przejść cyfrową transformację. Pierwszą zapowiedzią szykującej się zmiany będą e-recepty, które zgodnie z przyjętym w resorcie zdrowia harmonogramem od 1 stycznia 2019 roku będą realizowane w każdej aptece na terenie kraju, natomiast od 1 stycznia 2020 roku będą jedyną opcją na wykupienie leku na receptę.

Apteki gotowe na e-rewolucję

Na przełomie listopada i grudnia tego roku odpowiedzialny w Ministerstwie Zdrowia za informatyzację wiceminister Janusz Cieszyński wraz z Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia rozpoczął szeroką akcję informacyjną skierowaną od aptek. Jak wyjaśniał, miała ona na celu budowanie akceptacji dla cyfrowego rozwiązania w środowisku aptekarskim. Dzięki zaangażowaniu również ze strony aptekarskiego samorządu, 7 grudnia liczba aptek podłączonych do platformy

P1 przekroczyła 10 tys. - oznacza to, że na 24 dni przed wejściem w życie obowiązku realizacji elektronicznych recept gotowych do tego było ponad dwie trzecie aptek funkcjonujących na terenie kraju.

Argumentując zasadność wprowadzenia elektronicznej recepty, Janusz Cieszyński podkreślił, że elektroniczne rozwiązanie to wygoda dla pacjentów i personelu fachowego, ale również bezpieczeństwo chorych.

- Elektronicznej recepty nie da się zgubić czy zniszczyć, zawsze jest czytelna. Statystyki pokazują, że nawet 6 proc. wizyt lekarskich, po których wystawiona była tradycyjna recepta, kończy się powrotem w celu poprawienia błędów, gdyż farmaceuta nie mógł jej zrealizować. E-recepty będą dostępne zarówno dla pacjenta, jak i lekarzy, których pacjent upoważni. Będzie większa przejrzystość z punktu widzenia procesu leczenia, gdyż będzie widać, jakie leki otrzymał i wykupił pacjent - wyjaśniał wiceminister w wywiadzie dla dziennika „Rzeczpospolita”.

Czas na e-skierowania

W pierwszych tygodniach grudnia Sejm przyjął również ustawę, która przypieczętuje wdrożenie od 2021 roku e-skierowań oraz e-zleceń. Nowe rozwiązanie umożliwi pacjentom zapisanie się do kolejki bez konieczności dostarczenia do placówki oryginału skiero-

wania. Jednocześnie e-skierowanie ukróci zapisywanie się pacjentów do kilku świadczeniodawców, co zdaniem resortu zdrowia pozwoli również na ograniczenie sztucznie kreowanych kolejek. Pacjenci poprzez Internetowe Konto Pacjenta (IKP) będą mieli wgląd do wystawionych im e-skierowań, a dodatkowo zostanie wyeliminowane ryzyko zgubienia dokumentu.

Pierwszy etap wdrażania e-skierowania - pilotaż uruchomiony w połowie października - potrwa do końca czerwca 2019 roku. Natomiast kolejny wymagać będzie podłączenia wszystkich systemów usługodawców do platformy P1, co ma nastąpić do końca 2019 roku, oraz wdrożenia ogólnokrajowego, na co czas w harmonogramie przewidziano od lipca 2019 roku do końca 2020 roku. Ostatecznie, od 1 stycznia 2021 roku każdy lekarz będzie zobligowany do wystawiania skierowań w formie elektronicznej.



fot. iStockphoto

E-zlecenia budzą obawy pacjentów

Ważną dla pacjentów zmianą będą również e-zlecenia, które mają wyeliminować konieczność potwierdzania papierowych zleceń na wyroby medyczne w oddziałach NFZ. W ramach prowadzonych prac, na początku października, Fundusz udostępnił specyfikację rozwiązania z opisem interfejsu, strukturą komunikatów oraz definicjami usług sieciowych, natomiast w listopadzie udostępnił środowiska testowe dla firm tworzących aplikacje gabinetowe. O ile sam pomysł e-zleceń nie budzi sprzeciwu pacjentów, o tyle rozwiązania szczegółowe powodują sporo kontrowersji.

- *Starając się zrozumieć intencje autorów, zmierzające do likwidacji konieczności potwierdzania zlecenia na zaopa-*

trzenie w wyroby medyczne w oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia i przez to uniknięcia niepotrzebnych kolejek, Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti uważa za zasadne wprowadzenie potwierdzenia elektronicznego. Należy się cieszyć, że okres przejściowy został wydłużony z trzech do dziewięciu miesięcy, jednak powinien on zostać wydłużony do 12 miesięcy, co pozwoli wszystkim interesariuszom zaznajomić się i wdrożyć nowy system - oceniła Anna Sarbak, prezes stowarzyszenia UroConti.

W ocenie pacjentów wątpliwości budzi wprowadzenie nowego, sześciostronicowego wzoru zlecenia, które ich zdaniem jest „niepotrzebnym poszerzeniem biurokracji”, a także wymogu posiadania pełnomocnictwa dla osób realizujących tzw. zlecenia cykliczne.

- *Trudno zrozumieć, po co NFZ potrzebuje tylu informacji na zleceniu, aby wydać zwykłe pieluchomajtki - zastanawia się Anna Sarbak i dodaje, że jej organizacja*

ma nadzieję, iż projektowane zmiany nie doprowadzą do chaosu, którego pacjenci mieli okazję doświadczyć już przy okazji wprowadzenia „ustawy za życiem” i zmiany limitu na refundowane środki absorpcyjne.

Jej zdaniem niezrozumiałym jest również wymóg pełnomocnictw dla opiekunów i rodzin, zwłaszcza że bardzo często w aptekach, podczas tej samej wizyty, rodziny bez przeszkód w tej samej procedurze realizują recepty na leki refundowane, które często okazują się dużo droższe od pieluchomajtek czy majtek chłonnych.

- *Sytuacja stanie się jeszcze bardziej uciążliwa, gdy chory nie będzie mógł ze względów*

zdrowotnych udzielić pełnomocnictwa i będzie musiał uzyskać od lekarza stosowne zaświadczenie o stanie zdrowia. A przecież są osoby z chorobą Parkinsona, paraliżem czy zaawansowaną demencją, które takiego pełnomocnictwa nie podpiszą. Czyżby mnożąc bariery biurokratyczne, prezes NFZ zamierzał zniechęcić nas do korzystania z refundacji? - pyta Anna Sarbak.

W procesie konsultacji NFZ wycofał się z wymogu pełnomocnictw, tym niemniej część aptek zaczęła ich wymagać. Nie wiadomo jednak w jakim celu.

- *Pani w aptecę po odebraniu pełnomocnictwa wyrzuciła je prosto do kosza - mówi Elżbieta Żukowska, sekretarz Zarządu Głównego UroConti, dzieląc się swoim spostrzeżeniem z jednej z warszawskich aptek.*

Neuromodulacja - tak, roboty - na razie nie

Violetta Madeja

Ostatni kwartał 2018 roku przyniósł zapowiedź wielu pozytywnych i oczekiwanych przez pacjentów zmian. Po siedmiu latach walki środowisk pacjentów i lekarzy do koszyka świadczeń dopisano neuromodulację krzyżową, która od 1 stycznia 2019 roku powinna być już świadczeniem finansowanym przez NFZ.

Teraz E-zdrowie

Ostatnim akordem 2018 roku była jednak przede wszystkim ostateczna akceptacja dla cyfrowej transformacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Pod koniec grudnia zakończyły się bowiem prace nad nowelizowaną ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawą o systemie informacji w ochronie zdrowia. Ostatecznie, 20 grudnia, prezydent RP Andrzej Duda sygnował dokument wprowadzający w życie skierowania w postaci elektronicznej oraz rozwiązania modyfikujące listy oczekujących na świadczenia zdrowotne.

Zgodnie z propozycją legislatora, skierowania będą wystawiane zarówno w wersji papierowej, jak i elektronicznej - te ostatnie będą jednak dotyczyły określonych świadczeń, które zostaną doprecyzowane w odrębnym rozporządzeniu ministra zdrowia. W ocenie resortu zdrowia e-skierowania będą kluczem do racjonalnego zapisywania się pacjentów na wizyty lekarskie i badania diagnostyczne, bowiem elektroniczna wersja tego dokumentu umożliwi pacjentowi wpisanie się wyłącznie na jedną listę oczekujących.

Znowelizowane prawo pozwoli również na lepsze egzekwowanie od świadczeniodawców informacji o pierwszych wolnych terminach - placówki będą miały bowiem obowiązek przekazywania takiej informacji do NFZ każdego dnia do godziny 10.00.

Trwają prace nad e-zleceniami

Resort zdrowia zaproponował również wydłużenie o sześć miesięcy wprowadzenia nowych druków zleceń na wyroby medyczne. Zgodnie z tą propozycją stare drukarki będą mogły być wypisywane i potwierdzane na dotychczasowych zasadach do końca czerwca 2019 roku. Warunkiem jest jednak to, by były wystawione lub wystawione i potwierdzone przed 1 lipca 2019 roku.

Jak poinformował portal Politykazdrowotna.com, w Ministerstwie Zdrowia trwają również prace na kolejną nowelizację ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Jej celem jest umożliwienie pacjentom potwierdzania zleceń na wyroby medyczne

za pośrednictwem Internetu, zamiast wizyt w oddziale NFZ. Jak wyjaśnia wiceminister zdrowia Janusz Cieszyński, po zmianie przepisów sprzedawca wyrobów medycznych będzie mógł sam zweryfikować uprawnienia za pośrednictwem systemów IT. Jednocześnie NFZ będzie miał łatwiejszą możliwość zablokowania wydania wyrobów w razie próby nadużycia.

Co istotne, resort zdrowia planuje umożliwić świadczeniodawcom, np. aptekom lub sklepom medycznym, dokonywanie zmian ustalonego limitu finansowania ze środków publicznych wyrobu medycznego wskazanego w zleceniu z zastrzeżeniem, że zmiana ma „prowadzić do zapewnienia zgodności tego limitu ze stanem prawnym i faktycznym na dzień przyjęcia do realizacji zlecenia”. Chodzi o to, by pacjenci, którzy w tzw. międzyczasie nabyli dodatkowych uprawnień w związku z wejściem korzystniejszych zmian, mogli z nich skorzystać.



foto: Adobe Stock

Neuromodulacja w końcu w koszyku świadczeń

W październiku minister zdrowia Łukasz Szumowski podpisał również wyczekiwane przez pacjentów rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego. Dzięki niemu w katalogu świadczeń refundowanych umieszczono procedurę neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów cierpiących na ciężkie postaci NTM, a także zabieg protezowania moczowodu lub cewki moczowej protezą metalową.

W uzasadnieniu do rozporządzenia podkreślono, że z neuromodulacji w pierwszym i drugim roku od rozpoczęcia finansowania świadczenia skorzysta odpowiednio 126 i 251 pacjentów, a kwota na przeznaczona na te procedury wyniesie 4,61 mln zł w pierwszym roku i 4,51

mln zł w kolejnych latach. Natomiast z protezowania protezą metalową skorzysta 95 pacjentów wymagających protezowania cewki moczowej i 13 - protezowania moczowodu. Na procedury te w budżecie NFZ zabezpieczone zostanie 200 tys. zł.

Pacjenci nie kryli zadowolenia z faktu, że po blisko siedmiu latach batalii neuromodulacja trafiła wreszcie do koszyka świadczeń gwarantowanych. *„Serdecznie dziękujemy za podpisanie i opublikowanie (...) rozporządzenia (...) i umieszczenie w katalogu świadczeń refundowanych procedury neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów cierpiących na ciężkie postacię NTM. Neuromodulacja krzyżowa jest bezpieczną i skuteczną metodą terapeutyczną, od ponad 20 lat z powodzeniem stosowaną na całym świecie, która umożliwia całkowite ustąpienie nietrzymania moczu lub znaczne zmniejszenie epizodów nietrzymania moczu i liczby mikcji”* - podkreślili w piśmie do ministra zdrowia Łukasza Szumowskiego.

Bez robotów w uroonkologii

Dużą zmianą w stosunku do pierwotnego kształtu projektu omawianego rozporządzenia było wykreślenie z listy proponowanych świadczeń procedury dotyczącej leczenia nowotworów (m.in. gruczolu krokowego) z wykorzystaniem systemu robotowego. Jak wyjaśnił Konrad Miłoszewski, dyrektor Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia, procedura ta będzie przedmiotem „Wieloletniego Programu Rozwoju Chirurgii Robotowej w Polsce”, którego założenia powstają w resorcie zdrowia.

AOTMiT o nowych lekach

W połowie listopada odbyły się również dwa ważne dla pacjentów z problemami urologicznymi posiedzenia Rady Przejrzystości Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W trakcie 42. posiedzenia eksperci Rady Przejrzystości przygotowali stanowisko dotyczące refundacji leku Noqturina (desmopressin) we wskazaniu: objawowe leczenie nokturii spowodowanej idiopatycznym nocnym wielomoczem u dorosłych. Niestety, zarówno Rada Przejrzystości, jak również prezes AOTMiT, wydali negatywną rekomendację dotyczącą refundowania tego preparatu w objawowym leczeniu nokturii. Jednym z argumentów podnoszonych w uzasadnieniu był brak możliwości oceny populacji, która docelowo mogłaby korzystać z tego preparatu (w ocenie Rady Przejrzystości mogłoby być to nawet 1,2 mln osób), a także przeciwwskazania do stosowania u chorych korzystających z leków moczopędnych, często wykorzystywanych w terapii osób z niewydolnością serca i nadciśnieniem tętniczym.

Natomiast podczas kolejnego, 43. posiedzenia Rady Przejrzystości eksperci zabrali głos w sprawie leku Betmiga (mirabegron) we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadre-

aktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. W przypadku tej molekuly zarówno Rada Przejrzystości, jak i prezes AOTMiT pozytywnie ocenili wniosek refundacyjny. Ekspertsi Rady Przejrzystości podkreślili, że lek mógłby być dostępny w refundacji aptecznej w ramach nowej grupy limitowej, a poziom odpłatności pacjentów wynosiłby 30 proc. Warunkiem koniecznym byłoby jednak istotne obniżenie ceny refundowanej solifenacyny (leku antymuskarynowego) oraz zaproponowanie przez producenta korzystniejszych mechanizmów podziału ryzyka.

Elżbieta Żukowska, sekretarz Zarządu Głównego Stowarzyszenia Osób z NTM UroConti, która reprezentowała stowarzyszenie podczas posiedzenia Rady Przejrzystości, podkreśliła, że pacjenci są niezwykle zbudowani podjętym przez AOTMiT stanowiskiem. *„Dotychczas nie mieliśmy żadnych refundowanych opcji terapeutycznych w drugiej linii leczenia, choć jest ona dostępna w większości krajów. Mamy nadzieję, że jeszcze bardziej zbliżymy się do reszty Europy, tak jak to się stało dzięki wprowadzeniu czwartej linii leczenia, o którą staraliśmy się od przeszło 7 lat (neuromodulacja krzyżowa stała się świadczeniem gwarantowanym w leczeniu szpitalnym na mocy rozporządzenia ministra zdrowia z 12 października 2018 roku). Teraz liczymy na sprawne i co najważniejsze, pozytywne negocjacje producenta leku z resortem zdrowia”* - poinformowała.

Jest szansa na kolejny lek dla chorych na raka prostaty

Najbliższe miesiące rozstrzygną o nowych możliwościach terapeutycznych w leczeniu opornego na kastrację raka gruczolu krokowego. W połowie listopada resort zdrowia zlecił bowiem AOTMiT ocenę programu lekowego „Kabazytaksel w leczeniu opornego na kastrację raka gruczolu krokowego (ICD-10: C61)”. Pozytywne rozpatrzenie wniosku umożliwi przeprowadzenie negocjacji cenowych i refundację leku Jevtana w dawce 60 mg/1,5 ml.

Odrzucone pomysły samorządów

Z pokorą do wiedzy eksperckiej musieli natomiast podejść samorządowcy. Rada Przejrzystości, oceniając pomysły zgłoszone przez samorządy, wydała negatywne opinie dotyczące dwóch dużych wojewódzkich programów wczesnego wykrywania nowotworów gruczolu krokowego. Pierwszy z nich - „Program wczesnego wykrywania nowotworów gruczolu krokowego w województwie kujawsko-pomorskim” - powstał w magistracie województwa kujawsko-pomorskiego, drugi natomiast - „Program polityki zdrowotnej na lata 2018-2021 w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworu gruczolu krokowego u mężczyzn aktywnych zawodowo z terenu województwa warmińsko-mazurskiego” dotyczył, jak sama nazwa wskazuje, populacji pacjentów z województwa warmińsko-mazurskiego.

HARTMANN



100%

DYSKREJCJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

 Higiena przy
nieutrzymaniu 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 DYSKREJCJA
TRADYCYJNEJ BIELIZNY



Idealne dopasowanie do kształtu
ciała zapewnia komfort i dyskrecję
tradycyjnej bielizny



Maksymalne
zabezpieczenie przed
wyciekaniem



Innowacyjny system
szybkiego wchłaniania
zapewnia dyskrecję
i komfort suchej skóry



Potrójna ochrona
i wysoki poziom
bezpieczeństwa dzięki
innowacyjnej budowie
wkładu chłonnego



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

**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

Już dziś zamów książkę na

www.poradnikginekologiczny.pl

lub zadzwoń **22 279 49 06**



Poradnik dla pacjentek ginekologicznych

Pod redakcją
prof. Mirosława Wielgosia
dr Natalii Mazanowskiej

