

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Zespół POZ w procesie profilaktyki, diagnostyki i leczenia pacjenta z NTM

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

E-zlecenia: więcej obaw niż realnych korzyści?



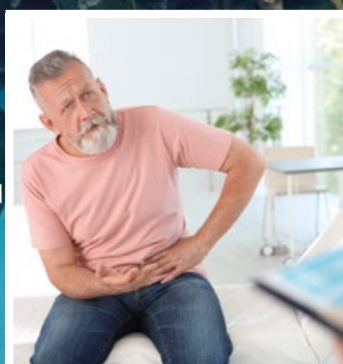
OPIEKA I PIELĘGNACJA

System opieki nad osobami niesamodzielnymi wymaga gruntownych zmian



LECZENIE

Chorzy na raka prostaty czują się dyskryminowani przez państwo



LEGISLACJA

Jest neuromodulacja, brakuje nowych leków, a nowe zlecenie w drodze



Czy NTM to problem wyłącznie osób starszych?

„W pani wieku to już tak jest i tak będzie” – to słowa, które bardzo często słyszą Polki cierpiące na nietrzymanie moczu, zgłaszające się po pomoc do lekarza. Znaczenie tych słów należy rozpatrywać pod kątem wielu aspektów. Rzeczą oczywistą jest, że problem nietrzymania moczu rośnie wraz z wiekiem. Podobnie jak fakt, że układ moczowo-płciowy kobiet po menopauzie staje przed nowymi wyzwaniami hormonalnymi, których wcześniej panie nie doświadczały. Czy jednak dla lekarza może to być usprawiedliwieniem, by tak jednoznacznie bagatelizować problem?

Temu zagadnieniu między innymi poświęcony jest coroczny Światowy Tydzień Kontynencji. Ma on uświadamiać zarówno pacjentom, ich bliskim, jak i profesjonalistom pracującym w ochronie zdrowia, że XXI wiek wymaga od nich wszystkich wiedzy, determinacji i wiary w znalezienie takiego rozwiązania, które każdemu pacjentowi przyniesie możliwie optymalną poprawę. Nie ludźmy się, czasami może to być wyłącznie odpowiedni dobór środków absorpcyjnych, których w Polsce mamy zróżnicowany wybór i co istotne, poziom jakości dorównujący współczesnym światowym standardom. Warto jednak pamiętać, że współczesna medycyna również zrobiła przez ostatnie dekady duży postęp. Stało się tak pomimo to, że NTM obniża jedynie jakość życia, ale nam go nie zabiera. Z tego powodu nie jest, i pewnie nie będzie, traktowany w publicznym systemie ochrony zdrowia tak samo priorytetowo jak np. choroby onkologiczne.

Gorzej, gdy tak do tego podchodzą lekarze, którzy lecząc osobę z nowotworem, traktują NTM jako nieodwracalny skutek uboczny terapii, z którym należy się pogodzić. Otóż nie! Nigdy nie należy się godzić na tak drastyczne obniże-

nie jakości życia, jakim jest nietrzymanie moczu czy kału. To jeden z elementarnych aspektów godności człowieka, wobec którego niestety wielu pracowników służby zdrowia nadal jest obojętnych.

Czy NTM to problem wyłącznie osób starszych? Okazuje się, że nie. Publikowane coraz to nowsze analizy Ministerstwa Zdrowia wskazują na dużo bardziej skomplikowany obraz. Z twardych danych zbieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dowiadujemy się, że spośród wszystkich zarejestrowanych pacjentów z NTM ponad 10 procent stanowią dzieci i młodzież do 18. roku życia. Co więcej, ponad 40 procent to pacjentki w wieku przedmenopauzalnym! Czy im również lekarze mówią, że w tym wieku to już tak jest?

Obchodząc tegoroczny Światowy Tydzień Kontynencji, warto zastanowić się, czy nie należy zmienić paradygmatów i czy na przykład nie zacząć edukować dziewcząt już na poziomie szkoły podstawowej, kiedy stają się kobietami. To wtedy w sposób naturalny pojawia się z ich strony większe zainteresowanie układem moczowo-płciowym, który się zmienia i o który warto zacząć szczególnie dbać. Może zamiast walczyć z wyimaginowaną „seksualizacją dzieci”, po prostu stworzymy odpowiedzialny program nauczania, który pomoże im lepiej zrozumieć zmiany, jakie będą zachodziły w ich ciele wraz z dorastaniem, rozpoczęciem życia seksualnego, macierzyństwem i wreszcie z upływającym wiekiem. To wszystko można czynić w myśl starej, znanej od wieków zasady: „Lepiej zapobiegać, niż leczyć”*

Tomasz Michałek

ŚWIATOWY TYDZIEŃ KONTYNENCJI 2019

*Morbum evitare quam curare facilius est (łac.) - Hipokrates

SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELEGNACJA

Zespół POZ (pielegniarka, położna, lekarz)
w procesie profilaktyki, diagnostyki i leczenia
pacjenta z NTM 4

System opieki nad osobami niesamodzielnymi
wymaga gruntownych zmian 7

LECZENIE

Co o inkontynencji mówi się na świecie 11

Jak długo jeszcze pacjenci z OAB mają czekać
na II linię leczenia? 12

Placówki szpitalne przygotowane do
wykonywania neuromodulacji krzyżowej 13

Plusy i minusy neuromodulacji nerwów
krzyżowych 14

Chorzy na raka prostaty czują się
dyskryminowani przez państwo 15

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

E-zlecenia: więcej obaw niż realnych korzyści? 18

LEGISLACJA

Jest neuromodulacja, brakuje nowych leków,
a nowe zlecenie w drodze 21

Szanowni Państwo,

Minął kolejny kwartał 2019 roku. Niestety, jak pisze autorka tekstu zatytułowanego „Jest neuromodulacja, brakuje nowych leków, a nowe zlecenie w drodze” (str. 21), nie przyniósł on dla pacjentów z NTM żadnego przełomu. Rozczarowująca była dla nich również nowa lista leków refundowanych, obowiązująca od 1 maja 2019 roku, na której nie odnotowaliśmy żadnych korzystnych zmian. W obwieszczeniu ministra zdrowia po raz kolejny zabrakło również nowoczesnych molekuł stosowanych w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego. Pacjenci cierpiący na to schorzenie nadal mają dostęp tylko do dwóch, mających ten sam mechanizm działania, substancji leczniczych, które są finansowane ze środków publicznych.

Zawiedzeni są też chorzy na zaawansowanego raka prostaty, którzy tracą już cierpliwość, czekając na refundację enzalutamidu – leku, który uzyskał już dawno pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, a mimo to nie pojawił się na majowej liście refundacyjnej. I prawdopodobnie nie pojawi się również na liście, która zacznie obowiązywać 1 lipca. Trudno się dziwić pacjentom, że czują się dyskryminowani przez resort zdrowia, który wydaje setki milionów złotych na leczenie chorych na inne typy nowotworów, a ich od dłuższego czasu zwodzi. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, o czym piszemy na str. 15, stawia nawet zarzut ministerstwu, że chroni interes firmy farmaceutycznej, która nie chce się zgodzić na umieszczenie w obowiązującym programie lekowym preparatu konkurencji.

Jedynym pozytywnym akcentem ostatnich trzech miesięcy było wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych procedury neuromodulacji krzyżowej. Pierwsze zabiegi już zostały wykonane – w Klinice Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Łodzi oraz w Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Na temat korzyści odnoszonych z tej metody leczenia pisze na str. 14 nasz ekspert, dr hab. Paweł Miotła z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Warto poświęcić temu artykułowi szczególną uwagę, ponieważ autor wymienia również najczęstsze działania niepożądane, jakie mogą się pojawić po wszczepieniu neuromodulatora.

Chcecie wiedzieć, co o inkontynencji mówi się na świecie? Odpowiedź na to pytanie znajdziecie w relacji red. nacz. Tomasza Michałka, który uczestniczył w Forum World Federation of Incontinence Patients (WFIP) w Barcelonie. Zamieszczamy ją na str. 11.

Oczywiście, zachęcamy Państwa do uważnej lektury wszystkich artykułów, które publikujemy w tym wydaniu Kwartalnika NTM. Mamy nadzieję, że okażą się dla Was interesujące i pomocne.

Maja Markłowska-Tomar

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Markłowska-Tomar; **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;

Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** © Adobe Stock, Medtronic Poland;

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

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

Zespół POZ (pielęgniarka, położna, lekarz) w procesie profilaktyki, diagnostyki i leczenia pacjenta z NTM

Honorata Błaszczuk, lekarz rodzinny
Poradnia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi

Nietrzymanie moczu stanowi częsty i istotny problem zdrowotny. Mimo to wciąż uważany jest za wstydlivy i pacjenci niechętnie o nim rozmawiają. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) wydaje się być dobrym miejscem w systemie opieki zdrowotnej do identyfikacji problemu oraz kompleksowego, holistycznego podejścia do tego zagadnienia. Zespół POZ, składający się z lekarza, pielęgniarki i położnej, może odegrać istotną rolę w zapewnieniu profesjonalnej opieki wysokiej jakości w tym zakresie poprzez konsekwentne działania wszystkich profesjonalistów medycznych w ramach ich kompetencji, wzajemnie się uzupełniając i wspierając.



Fot. Jacob Lund - stock.adobe.com

Co może zaoferować pacjentowi z NTM zespół POZ?

Zakres możliwych działań podstawowej opieki zdrowotnej w przypadku pacjentów z nietrzymaniem moczu obejmuje:

- identyfikację problemu,
- identyfikację czynników ryzyka i działania na rzecz ich modyfikacji,
- identyfikację chorób przewlekłych, mających wpływ na nasilenie nietrzymania moczu i modyfikację ich leczenia,
- wykonanie wstępnych badań diagnostycznych (mieszczących się w zakresie kompetencji POZ),
- zaproponowanie toru diagnostyczno-leczniczego,
- kierowanie do ośrodków leczenia specjalistycznego,
- profilaktykę,

- wdrożenie leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego,
- edukację chorych w zakresie higieny,
- edukację członków rodziny i opiekunów w zakresie pielęgnacji chorych,
- monitorowanie procesu leczenia,
- udzielanie wsparcia w chorobie przewlekłej.

W identyfikacji problemu nietrzymania moczu i postawieniu wstępnego rozpoznania podstawowe znaczenie ma **dobrze zebrany wywiad** - lekarski, pielęgniarski lub przeprowadzony przez położną. W zdecydowanej większości przypadków to profesjonalista medyczny (lekarz, pielęgniarka, położna) odgrywa tu wiodącą rolę, ponieważ pacjenci niechętnie inicjują rozmowę na ten temat.

Głównymi przyczynami takiego stanu rzeczy są: wstyd, brak wiedzy na temat możliwości leczenia, zwłaszcza innego niż chirurgiczne, oraz przekonanie, że nietrzymanie moczu jest naturalną konsekwencją starzenia się i przebytych porodów. Dlatego podstawą identyfikacji problemu jest aktywne zadawanie pytań dotyczących nietrzymania moczu przez lekarza, pielęgniarkę czy położną. Zaleca się stosowanie tzw. testu 3 pytań, które pozwolą określić rodzaj nietrzymania moczu.

Wywiad powinien być ukierunkowany na identyfikację czynników ryzyka, obecność dolegliwości ze strony dróg moczowych, współistniejące choroby przewlekłe i stosowane leki, nawyki żywieniowe, w tym ilość i rodzaj wypijanych płynów.

Ważnym elementem wywiadu jest identyfikacja i określenie barier środowiskowych dotyczących takich kwestii jak:

- dostępność toalety/łazienki,
- dostępność krzesła toaletowego,
- obecność progów, schodów, wąskich korytarzy, które utrudniają dostęp do pomieszczeń sanitarnych,
- pomoc członków rodziny lub opiekunów osobie chorej, zwłaszcza starszej i niepełnosprawnej.

Uzupełnieniem wywiadu powinny być **pytania dotyczące używania środków chłonnych** przez pacjentów oraz wpływu dolegliwości na jakość ich życia.

Diagnostyka NTM

Badania diagnostyczne w podstawowej opiece zdrowotnej powinny obejmować:

1. **Badanie ogólne moczu** (może je wykonać pielęgniarka lub położna za pomocą testu paskowego) oraz, jeżeli istnieją wskazania, badanie bakteriologiczne

TENA®

Robisz wszystko, aby chronić swoich bliskich

My robimy wszystko, aby chronić ich skórę

**Wypróbuj produkty
TENA ProSkin**
na nietrzymanie moczu
i do pielęgnacji skóry



www.tena.pl

moczu. Obecność objawowego zakażenia układu moczowego wymaga leczenia.

2. **Badanie USG układu moczowego** (zlecone przez lekarza) - pozwala na identyfikację nieprawidłowości anatomicznych mogących stanowić przyczynę nietrzymania moczu oraz na identyfikację zmian chorobowych wymagających pilnych interwencji diagnostyczno-leczniczych (nowotwory układu moczowego).
3. **Wykonanie próby kaszlowej** potwierdzającej wysiłkowy charakter nietrzymania moczu (może ją wykonać pielęgniarka lub położna).
4. **Testy podpaskowe** służące do oceny nasilenia nietrzymania moczu - powinny być wykonane w domu pacjenta ze względu na potrzebny do ich przeprowadzenia czas (może je wykonać pielęgniarka lub położna).

Kobietom z nietrzymaniem moczu, zwłaszcza wysiłkowym, należy zalecić konsultację ginekologiczną w celu oceny statyki narządu rodowego, obecności infekcji, nieprawidłowości anatomicznych czy wreszcie kwalifikacji do leczenia operacyjnego. Badanie ginekologiczne nie należy do kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (porada ginekologiczna nie wymaga skierowania).

Ważnym narzędziem, pozwalającym lekarzowi postawić właściwą diagnozę dotyczącą schorzenia, jest **dzienniczek mikcji**. Analiza dzienniczka mikcji przez profesjonalistę medycznego, również przez pielęgniarkę czy położną, służy także monitorowaniu skuteczności leczenia oraz stanowi podstawę do kształtowania odpowiednich zachowań dotyczących przyjmowanych płynów i oddawania moczu. Instruktaż prowadzenia dzienniczka mikcji oraz wprowadzenie harmonogramu zmiany zachowań może wykonać pielęgniarka lub położna.

Profilaktyka NTM

W zakresie profilaktyki nietrzymania moczu, opartej głównie na doradztwie, działania zespołu podstawowej opieki zdrowotnej powinny skupić się na promowaniu zdrowego stylu życia. Pod pojęciem tym mieszczą się:

- działania mające na celu zapobieganie otyłości i utrzymanie należytej masy ciała,
- unikanie używek,
- promowanie odpowiednich nawyków żywieniowych (unikanie napojów gazowanych, kawy, alkoholu),
- promowanie codziennej odpowiedniej aktywności fizycznej.

Wszystkie te działania wpisują się w zakres działań profilaktycznych lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Jako leczenie pierwszego wyboru, zarówno w wysiłkowym NTM, jak i nietrzymaniu moczu z parć naglających, zaleca się postępowanie niefarmakologiczne, czyli:

- redukcję masy ciała,
- zwalczanie zaparć,

- modyfikację stosowanej przez pacjentów farmakoterapii (wylimowanie leków, które mogą nasilać NTM) oraz
- fizjoterapię w postaci ćwiczeń mięśni dna miednicy i treningu pęcherza moczowego.

Przygotowana pielęgniarka lub położna może prowadzić edukację w tym zakresie, motywować do systematycznej aktywności i monitorować skuteczność postępowania.

Istotna jest **edukacja pacjentów w zakresie dostępnych metod leczenia**, szczególnie niechirurgicznych. Często obawa przed ingerencją chirurgiczną jest przyczyną ukrywania problemu.

W każdym przypadku nietrzymania moczu należy zachęcać pacjentów do stosowania środków chłonnych w celu ochrony skóry przed drażniącym działaniem moczu, odzieży i pościeli oraz zapewnienia komfortu funkcjonowania w swoim środowisku. Informacja o rodzajach dostępnych środków chłonnych i odpowiednim sposobie ich doboru może być przekazana przez pielęgniarkę lub położną.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, pielęgniarka i położna posiadająca dyplom ukończenia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo oraz pielęgniarka i położna posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa lub położnictwa oraz pielęgniarka i położna posiadające dyplom ukończenia studiów co najmniej I stopnia na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, mają prawo do samodzielnego wystawiania zleceń na refundowane środki chłonne w ramach kontynuacji leczenia przez 12 miesięcy od dnia określonego w dokumentacji medycznej.

Działania edukacyjne dotyczące postępowania w chorobie przewlekłej są bardzo istotnym elementem leczenia. Systematyczna kontrola, wsparcie, motywowanie do działania, korekta niewłaściwych zachowań i aktywizacja pacjenta poprzez kształtowanie u niego poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie są bardzo ważnymi składowymi kompleksowej opieki nad chorymi. Rola pielęgniarek i położnych, które w dużej mierze pracują z chorym w jego domowym środowisku, jest w tym zakresie bardzo znacząca.

Podsumowanie

Pielęgniarka i położna podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach zakresu swoich kompetencji, jest w stanie skutecznie postępować z pacjentem z nietrzymaniem moczu od etapu rozpoznania choroby do jej leczenia.

Wspólne działanie z lekarzem POZ oraz innymi profesjonalistami medycznymi może zapewnić szerokie, holistyczne podejście do problemu nietrzymania moczu w podstawowej opiece zdrowotnej.

Piśmiennictwo u Autorki

Violetta Madeja



Prof. Piotr Błędowski z Instytutu Gospodarstwa Społecznego Szkoły Głównej Handlowej, były przewodniczący zarządu Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego nie ma najmniejszych wątpliwości, że głównymi przyczynami wzrostu zapotrzebowania na opiekę długoterminową, jaki obserwujemy już dziś i będziemy obserwować w perspektywie kolejnych lat, są trzy kluczowe czynniki: procesy demograficzne (np. wydłużenie przeciętnego czasu trwania życia, starzenie się społeczeństwa), osłabienie funkcji socjalnej i opiekuńczej



Fot. Photographee.eu - stock.adobe.com

rodziny oraz wydłużenie czasu trwania niesamodzielności. Do 2080 roku w takich krajach jak Portugalia, Niemcy, Czechy, czy w końcu Polska, odsetek mieszkańców powyżej 80. roku życia będzie wyższy niż 14 proc., co – jak podkreślił prof. Błędowski – pozwala wnioskować, że co siódmy mieszkaniec naszego kraju będzie miał ponad 80 lat!

– *Musimy również pamiętać, że ten stan nie pojawi się skokowo. To będzie ciągły proces i zmiana, która będzie dziać się na naszych oczach. Będzie jednak na tyle drobna, że dla wielu stanie się praktycznie niedostrzegalną i będzie postępować prawie niepostrzeżenie, ale jej efekty będą niezwykle trudne do odwrócenia. Jeżeli dziś nie zdamy sobie sprawy z powagi tych zjawisk i konsekwencji, jakie przynoszą, a jednocześnie jeśli nie zaczniemy działać, aby złagodzić ich skutki, wówczas w przyszłości będziemy mieli ogromny problem i będziemy musieli podejmować w głównej mierze działania mające charakter stricte doraźny. W efekcie będziemy doraźnie gasić pożary zamiast realizować wcześniej wdrożoną politykę z określonymi celami oraz własną hierarchią* – ocenił prof. Błędowski.

Jego zdaniem, właściwe rozwiązania systemowe powinny objąć m.in. zasady finansowania świadczeń, orzecznictwa o stopniu niesamodzielności, a także organizacji usług środowiskowych – zarówno półstacjonarnych, jak i stacjonarnych. Kluczowe jest również przygotowanie

zawodowe opiekunów oraz właściwy nadzór nad jakością udzielanych świadczeń.

Potrzeby pacjentów podyktują finansowanie

Jak podkreśliła dr Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, chcąc rozpocząć dyskusję o finansowaniu opieki długoterminowej, należy uzmysłwić sobie, czym ona w praktyce jest.

– *Opieka długoterminowa to przede wszystkim opieka pielęgnacyjna oraz nadzór nad kontynuacją leczenia. W związku z tym jej finansowanie powinno uwzględniać kilka grup kosztów* – oceniła dr Szwałkiewicz.

Pierwszą z nich jest koszt żywienia i ewentualnego zakwaterowania, które powinny być finansowane przez rodzinę lub osobę chorą. Kolejną jest natomiast tzw. podstawowa stawka pielęgnacyjno-opiekuńcza, która powinna być rozliczana jako osobodzień ukierunkowany na pielęgnację oraz nadzór nad bezpieczeństwem chorej osoby. – *Obecnie jest to obszar niedofinansowany i wymagający zmiany przepisów na wzór tych, które funkcjonują w domach pomocy społecznej* – wskazała prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Jej zdaniem, odrębną grupę powinny stanowić koszty leczenia zaawansowanego, w sytuacji, kiedy podopieczny będzie wymagał odrębnych procedur medycznych. Te, w ocenie Elżbiety Szwałkiewicz,



powinny zostać wycenione na podstawie realnych kosztów.

- Na przykład w przypadku leczenia odleżyn powinno dojść do rozbicia na pięć grup kosztów według klasyfikacji odleżyny I-V stopnia. Pacjent, który zgodnie z literą prawa, będąc w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym, nie może być jednocześnie pod opieką swojego dotychczasowego lekarza specjalisty, musi mieć dostęp do właściwie wycenionych procedur leczniczych, które są odrębnie traktowane i nie będą wchodzić w skład podstawowej stawki dotyczącej pielęgnacji i opieki. Warto się jednak zastanowić nad zmianą rozwiązań prawnych, tak by osoby znajdujące się w zakładach opieki długoterminowej były leczone na takich samych zasadach, jakim podlegałyby we własnym domu. Wówczas pacjenci mieliby własnego lekarza POZ, specjalistę, a także recepty i wyroby medyczne refundowane na ogólnych zasadach. W takim modelu personel zakładu opiekuńczo-leczniczego lub zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego byłby odpowiedzialny za zadbanie o recepty oraz ich realizację - dodała ekspertka.

Wyrównanie szans

Na konieczność wprowadzenia zmian w podejściu do rozliczania kosztów opieki długoterminowej sprawowanej przez zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz domy pomocy społecznej zwrócił uwagę również Wacław Kerpert, pre-

zes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia.

- Od lat środowisko wskazuje na istotne różnice w odpłatności pomiędzy ZOL-ami a DPS-ami. Część DPS-ów wskazuje, że jest to z korzyścią dla ZOL-i, i odwrotnie. Natomiast w moim odczuciu trudno jest rozpatrywać to w tych kategoriach. Istnieje bowiem pilna potrzeba zastanowienia się nad kompleksowymi rozwiązaniami dla całego systemu opieki długoterminowej, który w obecnym kształcie jest mocno niedoskonały - ocenił Wacław Kerpert.

Jego zdaniem, jedną z ciekawych propozycji, jaka pojawiła się w ostatnich latach w rozmowach o opiece długoterminowej i jej finansowaniu, jest rozwiązanie zaproponowane przez senatora Mieczysława Augustyna. Zakłada ono stworzenie bonów opiekuńczych przypisanych do konkretnych pacjentów.

- Rozwiązanie to daje pewne możliwości decyzji, zarówno samego pacjenta, jak i jego rodziny. Mogliby oni sami decydować o tym, czy pacjent zostanie w domu, czy trafi do ZOL-u, DPS-u, czy też innej placówki świadczącej np. rozszerzony pakiet usług rehabilitacyjnych. Pieniądze byłoby znaczone, przypisane do konkretnego pacjenta i przysługiwałyby po spełnieniu określonych warunków, m.in. po ustaleniu stopnia niepełnosprawności. Takie rozwiązanie pozwoliłoby wdrożyć zasadę, że finansowanie w określonej

kwocie „idzie” za pacjentem - dodał Wacław Kerpert. O jakich pieniądzach mowa? Zgodnie z propozycją senatora Mieczysława Augustyna wartość bonu będzie różnicowana jedynie z uwagi na stopień niesamodzielności, a jednocześnie będzie jednakowa (przy danym stopniu niesamodzielności), niezależnie od wybranej przez rodzinę lub pacjenta formy opieki. Wartość czeku opie-

dysponowali zabezpieczeniem - przypomniała Grażyna Śmiarowska, która uczestniczyła w pracach ministerialnego zespołu.

Dodała, że wielu jej podopiecznych, będąc niesamodzielnymi, chciałoby pozostać we własnych domach. W praktyce jednak rzeczywistość szybko to weryfikuje, bowiem wiele gospodarstw domowych prowadzo-

nych jest przez jedną bądź dwie starsze osoby, których najbliżsi mieszkają w oddaleniu i nie stanowią wsparcia dla rodziny.

- *Jednocześnie musimy mieć świadomość, że z roku na rok systemowi będzie coraz trudniej udźwignąć ciężar opieki instytucjonalnej. Osoby starsze wymagają długofalowych działań dostosowanych do ich wieku oraz potrzeb, a nie jednorazowych akcji. Dlatego też tzw. ubezpieczenie Religi wydawało się dobrym rozwiązaniem* - podkreśliła Grażyna Śmiarowska.

W strategii przygotowanej przez senatora Augustyna to rozwiązanie mogłoby wejść w życie jako solidarnościowe ubezpieczenie opiekuńcze po 2025 roku.



Konferencja "Opieka nad osobami niesamodzielnymi w Polsce po 2020 roku. Perspektywy, alternatywy, propozycje" (22 maja 2019, Warszawa)

Fot. Milena Bęgarska

wałyby na 600, 800 lub 1000 zł, w zależności od tego, czy pacjent posiada lekki, umiarkowany bądź znaczny stopień niesamodzielności. W propozycji senatora Augustyna wskazano również, że wdrażanie rozwiązania finansowanego z budżetu państwa następowałoby etapami. I tak, w latach 2019-2020, wsparcie zaczęliby otrzymywać pacjenci ze znacznym stopniem niesamodzielności, w latach 2021-2022 z umiarkowanym stopniem, a w latach 2023-2024 z lekkim stopniem niepełnosprawności.

A może ubezpieczenie?

Innym, często wskazywanym na konferencji jako komplementarny, pomysłem finansowania opieki długoterminowej, było tzw. ubezpieczenie opiekuńcze. Prace nad nim prowadzono przy okazji opracowywania tzw. ustawy pielęgnacyjnej, którą przygotowywał zespół przy ministrze zdrowia prof. Zbigniewie Relidzie. Niestety, opracowanego dokumentu nigdy nie wdrożono w życie.

- *Projekt ten był krokiem naprzód i zakładał, że jako społeczeństwo zaczniemy odkładać w formie ubezpieczenia pieniądze na swoją starość i ewentualną chorobę. Tak byśmy w sytuacji, gdyby dotknęła nas niesamodzielność,*

Deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej

Z punktu widzenia senatora Mieczysława Augustyna istotnym elementem zmiany byłaby również deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej.

- *Musimy jednak pamiętać, że ten zabieg uda się jedynie pod warunkiem, że główna pomoc będzie kierowana do rodziny, która będzie pracodawcą lub też będzie wybierać świadczeniodawcę. Nasze postulaty będziemy adresować do kolejnych rządów, bez względu na opcję polityczną. Dotychczas temat ten spadał z agendy, a jako inicjatorzy rozbijaliśmy się o kolejne przezroczyste mury. Dlatego nie możemy ustawać w naszych staraniach i działaniach, by ostatecznie udało się przeforsować właściwe rozwiązania wspierające opiekę nad osobami niesamodzielnymi* - ocenił senator Mieczysław Augustyn.

O deinstytucjonalizację opieki zabiega również Rzecznik Praw Obywatelskich (RPO), który już w listopadzie 2017 roku wraz z 54 organizacjami społecznymi skierował do premiera apel w tej sprawie. Zdaniem RPO konieczne jest przyjęcie Narodowego Programu Deinstytucjonalizacji, który wytyczy drogę przejścia od opieki instytucjonalnej do wsparcia w społeczności lokalnej. Niestety propozycja ta dotychczas nie znalazła aprobaty wśród decydentów.

Co o inkontynencji mówi się na świecie

Tomasz Michałek

Co się dzieje z kontynencją u kobiet 20 lat po urodzeniu pierwszego dziecka? Czy cesarskie cięcie jest bezpieczniejsze dla zdrowia kobiety niż poród naturalny? Od takich pytań rozpoczęło się międzynarodowe Forum World Federation of Incontinence Patients (WFIP) w Barcelonie (3 czerwca br.).

Przez jeden dzień uczestnicy mieli okazję zapoznać się z szerokim spektrum problemów związanych z inkontynencją i wspólnie podyskutować na ten temat w gronie przedstawicieli organizacji pacjentów, lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów.

Już sam program spotkania akcentował najważniejsze wyzwania, z jakimi aktualnie mierzą się wszystkie wyżej wymienione grupy. Co ważne, wszyscy uczestnicy podkreślali konieczność multidyscyplinarnej współpracy bez wskazywania wiodącej roli jakiegokolwiek z grup. Dotyczyło to również lekarzy urologów i ginekologów.

Dr Oriol Porta, kierownik miejscowej kliniki ginekologii i jeden ze współorganizatorów Forum, zauważył, iż jednym z najważniejszych wyzwań jest poprawa współpracy interdyscyplinarnej. - *Współczesne szpitale nadal mentalnie funkcjonują w XX wieku, gdzie każda z grup zawodowych pracuje oddzielnie* - ocenił.

Podsumowując kwestię porodów, dr Porta wyraźnie podkreślił, że kluczowa jest indywidualna strategia wobec każdej przyszłej młodej mamy. Dopiero takie postępowanie pozwoli uchronić jej dolne mięśnie dna miednicy od uszkodzeń. Jeśli jednak do nich dojdzie, kluczowe są prawidłowa diagnoza oraz szybko wdrożona rehabilitacja. Równie ważnym wyzwaniem dla lekarzy pragnących pomóc osobom z inkontynencją jest zespół bólu pęcherza moczowego. Jest to jedno z najtrudniejszych do leczenia schorzeń, z którym wielu lekarzy wolałoby się nie mierzyć. Według dr. Stavrosa Charalampousa z Instytutu Urologii Czynnościowej i Rekonstrukcyjnej w Limassol, co prawda wytyczne w tej kwestii nie są jednoznaczne, ale należy pamiętać, że zawsze leczenie powinno obejmować w pierwszej kolejności terapię zachowawczą. Według dr. Charalampousa źle postawiona diagnoza, a tym bardziej źle prowadzona terapia, mogą przyczynić się do jeszcze większego cierpienia pacjenta. O tym powinni pamiętać wszyscy, zarówno lekarze, jak i sami pacjenci.

Jeśli mówi się o inkontynencji, nie można zapomnieć również o pacjentach borykających się z problemem jeszcze poważniejszym niż nietrzymanie moczu (NTM). Chodzi o nietrzymanie kału (NTK). W tym wypadku w pełni można odkryć zalety neuromodulacji nerwów krzyżowych. Nadal jednak, według dr Arantxy Munos z Anal Incontinence Patients' Association (Stowarzyszenia Pacjentów z NTK) brak jest jednolitych definicji i standardów postępowania, co pociąga za sobą m.in. zróżnicowany dostęp do terapii w poszczególnych krajach. Dla przypomnienia, w Polsce neuromodulacja w leczeniu NTK i NTM dostępna jest w szpitalach dopiero



Fot. Jacky Cahill

od tego roku, podczas gdy na świecie stosuje się ją już od 25 lat.

Innym poruszonym na Forum WFIP tematem był zespół menopauzalny układu moczowo-płciowego (ang. genitourinary syndrome of menopause, GSM), wcześniej znany jako atrofia pochwy (urogenitalna), czyli zanikowe zapalenie pochwy. Dr Antonio Cano, ginekolog z Walencji i prezes Europejskiego Towarzystwa Menopauzy i Andropauzy, podkreślił, że jest to ogromny problem, z którym boryka się co 6., 7. kobieta już przed menopauzą i co 2. w okresie postmenopauzalnym. Jednak szukając pomocy, warto pamiętać, że skuteczność coraz bardziej popularnej, również w Polsce, terapii z użyciem lasera nadal nie została naukowo udokumentowana, na co zwróciła uwagę w specjalnym komunikacie skierowanym do pacjentów m.in. amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (US Food and Drug Administration, FDA), a przypomniał o nim uczestnikom Forum również dr Cano.

Jak długo jeszcze pacjenci z OAB mają czekać na II linię leczenia?

Violetta Madeja

Wykorzystanie mirabegronu w farmakoterapii pacjentów z nagłym nietrzymaniem moczu to złoty standard funkcjonujący w wielu krajach UE. Co istotne dla pacjentów kwalifikujących się do jego stosowania, często stanowi pierwszą linię leczenia farmakologicznego po niepowodzeniu terapii behawioralnej. Niestety wykorzystanie w terapii agonisty receptorów beta-3-adrenergicznych to dla wielu polskich pacjentów niedościgniony ideał, na który nieprędko będzie ich stać. Szczególnie, że resort zdrowia - pomimo pozytywnej oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Tary-

roku) uzyskał pozytywną rekomendację AOTMiT dotyczącą refundacji, pacjenci w Polsce nadal czekają na obniżenie kosztów leczenia, podczas gdy w Czechach i na Słowacji substancja ta jest już refundowana - mówi dr Marta Monist.

Terapia za Atlantykiem...

Według wytycznych Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego (Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych - Canadian Urological Association 2017) mirabegron jest lekiem, który należy zaproponować pacjentowi w momencie, gdy preparaty tzw. pierwsze-

go wyboru nie są przez niego tolerowane lub terapia nimi nie jest wystarczająco skuteczna. Zdaniem ekspertów tym chorym, którzy nie osiągnęli oczekiwanych efektów terapeutycznych stosując leki antymuskarynowe, należy zaoferować leczenie mirabegronem w skojarzeniu z solifenacyną. Potwierdziło to również Kanadyjskie Towarzystwo Ginekologów i Położników, które dodatkowo wskazało, że mirabegron w dawce 50 mg może być stosowany w terapii skojarzonej z solifenacyną w dawce 5 mg jako alternatywa do monoterapii solifenacyną w dawce 10 mg.

Natomiast we wspólnych rekomendacjach z 2014 roku eksperci AUA/SUFU Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Towarzystwa Urodynamiki, Medycyny Narządów Miednicy u Kobiet oraz

Rekonstrukcji Uroginekologicznej podkreślili, że mirabegron może być stosowany w leczeniu zespołu pęcherza nadreaktywnego już po terapii behawioralnej. Jednocześnie eksperci zalecają ostrożne stosowanie leku u pacjentów o tzw. słabym zdrowiu.

Podobne wytyczne znajdziemy również w rekomendacjach Amerykańskiego Kolegium Lekarskiego (ACP). Wskazuje ono, że lek ten może być stosowany po niepowodzeniu terapii behawioralnej. Jednocześnie ACP w dokumencie z 2014 roku zastrzega, że dobór farmakoterapii powinien być oparty o poziom tolerancji

fikacji - nadal nie podjął decyzji o refundacji tego leku. Jak wyjaśnia dr n. med. Marta Monist z II Kliniki Ginekologii Operacyjnej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie, w przypadku pacjentów zmagających się z zespołem pęcherza nadreaktywnego (ang. overactive bladder, OAB) mirabegron jest lekiem drugiego rzutu.

- Jest substancją stanowiącą jedyną w tym momencie alternatywę dla antycholinergików. Jego skuteczność jest podobna przy znikomych działaniach niepożądanych. Niestety mimo że mirabegron już dwukrotnie (w 2014 roku oraz w 2018



Fot. Tierney - stock.adobe.com

leku, profil zdarzeń niepożądanych, łatwość użycia oraz koszty leczenia.

...oraz w Europie

Opublikowane w 2018 roku wytyczne Europejskiego Towarzystwa Urologicznego wskazują z kolei, że farmakoterapię mirabegronem powinni otrzymać chorzy z nagłym nietrzymaniem moczu, wykazujący niewystarczającą odpowiedź na leczenie tzw. konserwatywne. Jedynym wykluczeniem jest stwierdzone u pacjenta niekontrolowane nadciśnienie. Europejscy eksperci podkreślili, że mirabegron jest lekiem porównywalnie skutecznym do leków antymuskarynowych, ale częstość występowania działań niepożądanych w przy-

padku jego stosowania jest zdecydowanie mniejsza. Brytyjska Agencja Oceny Technologii Medycznych (NICE) wskazuje, że terapia mirabegronem powinna być zalecana w trzech przypadkach:

- gdy u pacjentów istnieją przeciwwskazania do farmakoterapii lekami antymuskarynowymi;
- gdy terapia nimi okazała się nieskuteczna;
- w sytuacji, kiedy wystąpiły po nich działania niepożądane.

Brytyjski płatnik, National Health Service (NHS), uznał w swoich wytycznych z 2017 roku, że leczenie mirabegronem powinno zostać zastosowane w przypadku, gdy nieskuteczne okazało się leczenie farmakologiczne tolterodyną.

W POLSCE PROCES REFUNDACYJNY JESZCZE SIĘ NIE ZAKOŃCZYŁ

W odpowiedzi na interpelację poselską, zgłoszoną przez posłanki Krystynę Wróblewską, Joannę Borowiak, Małgorzatę Zwiercan, Lidię Burzyńską, podsekretarz stanu w resorcie zdrowia Maciej Miłkowski odpowiedział: „27 czerwca 2018 roku do Ministra Zdrowia został złożony nowy wniosek o objęcie refundacją leku Betmiga (mirabegron) w ramach listy aptecznej we wskazaniu: II linia farmakologicznego leczenia objawów zespołu pęcherza nadreaktywnego u dorosłych chorych uprzednio leczonych lekami antymuskarynowymi. Prezes AOTMiT wydał w przedmiotowej sprawie Rekomendację nr 117/2018 z dnia 23 listopada 2018 roku, w której rekomenduje objęcie refundacją produktu Betmiga (mirabegron) we wnioskowanym wskazaniu pod warunkiem znacznego obniżenia ceny leku i pogłębienia mechanizmu dzielenia ryzyka. Aktualnie sprawa jest na etapie negocjacji cenowych z Komisją Ekonomiczną. Po zakończonym procesie negocjacyjnym Komisja Ekonomiczna wyda uchwałę w przedmiotowej sprawie, która zostanie przekazana Ministrowi Zdrowia. Zakończeniem procesu administracyjnego będzie wydanie decyzji o objęciu bądź odmowie objęcia refundacją leku Betmiga (mirabegron).

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKĄ	ADRES	TELEFON KONTAKTOWY	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Grzegorzewska 18, 31-531 Kraków	12 424 79 60	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Lublin	Klinika Ginekologii Operacyjnej, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4	ul. Jaczewskiego 8, 20-954 Lublin	81 724 46 86	prof. dr hab. n. med. Tomasz Rechberger
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź	42 689 52 11 42 689 52 47	prof. dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2, 04-749 Warszawa	22 473 53 35	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz

Plusy i minusy neuromodulacji nerwów krzyżowych

dr hab. Paweł Miotła

II Katedra i Klinika Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Nadreaktywność pęcherza moczowego (ang. overactive bladder - OAB) składa się z zespołu objawów, w skład których wchodzi parcia naglące, częstomocz, nokturia oraz ucieczki moczu poprzedzone parciem nagłym. Pierwszą linię leczenia stanowią proste interwencje, polegające m.in. na zmianie nawyków żywieniowych i treningu pęcherza moczowego. Kolejnym etapem terapii jest wprowadzenie doustnego leczenia farmakologicznego, opierającego się na wykorzystaniu leków antymuskarynowych i mirabegronu. W przypadku niepowodzenia tych metod lub też ich złej tolerancji, niezbędne jest zastosowanie bardziej inwazyjnych metod terapeutycznych, polegających na wykonaniu dopęcherzowych iniekcji z toksyną botulinową lub implantacji neuromodulatora, którego główną rolę jest przywrócenie prawidłowej funkcji pęcherza moczowego.

Neuromodulacja krzyżowa - skuteczna metoda leczenia OAB

Warto podkreślić, że neuromodulacja krzyżowa (ang. sacral neuromodulation - SNM) wpływa zarówno na funkcję nerwów krzyżowych, jak też moduluje odruch mikcji na poziomie centralnym. Proces implantacji elektrody oraz neuromodulatora zazwyczaj odbywa się dwuetapowo, ponieważ dane uzyskane z przeprowadzonych dotychczas badań wykazały, iż sukces terapeutyczny w przypadku zastosowania neuromodulacji krzyżowej obserwuje się u 75-80 proc. pacjentów z OAB.

W prospektywnych badaniach obserwacyjnych odnotowano, że w okresie pięcioletniej obserwacji sukces terapeutyczny, definiowany jako zmniejszenie objawów OAB o co najmniej 50 proc., występował u 82 proc. pacjentów. Wyniki te dotyczyły zarówno zmniejszenia liczby niekontrolowanych ucieczek moczu, częstomoczu, jak również parć nagłych. Wyniki niektórych badań wskazują, że większą poprawę uzyskują pacjenci w zakresie ucieczek moczu, niż w przypadku izolowanych parć nagłych. Oczywiście, zmniejszenie nasilenia oraz częstości występowania poszczególnych objawów nadreaktywności pęcherza moczowego przekładało się na istotną poprawę jakości życia chorych, która była oceniana z wykorzystaniem dedykowanych kwestionariuszy jakości życia.

Szczególną uwagę należy poświęcić pacjentkom w wieku rozrodczym. Otóż ze względu na brak danych dotyczących bezpieczeństwa neuromodulacji na rozwój płodu

zaleca się, aby na czas przebiegu ciąży wyłączyć neuromodulator. Wykonuje się to przy pomocy programatora i nie jest to związane z koniecznością przeprowadzenia dodatkowych procedur inwazyjnych.

Najczęstsze powikłania po zabiegu implantacji neuromodulatora

Należy jednak pamiętać, że neuromodulacja nerwów krzyżowych, jak każda procedura medyczna, wiąże się również z możliwością wystąpienia powikłań. W jednym z badań obserwacyjnych odsetek działań niepożądanych wyniósł 25 proc. Było to wynikiem pojawienia się za-

każenia skóry oraz tkanek miękkich, nieprawidłowego gojenia oraz włókienia w okolicy elektrody lub neuromodulatora, jak również występowania dolegliwości bólowych.

Jednak najczęściej obserwowanym efektem ubocznym było przemieszczenie się elektrody, co w efekcie doprowadziło do utraty skuteczności terapii. Jedną z najczęstszych przyczyn dyslokacji elektrod były upadki pacjentów, warto zatem uczulić chorych, że uprawianie ryzykownych dyscyplin sportowych może prowadzić do konieczności reoperacji w celu ponownego umieszczenia elektrody krzyżowej.

W przypadku pacjentek z OAB,

u których wszczepiono neuromodulator nerwów krzyżowych, zaobserwowano interesujący, pozytywny efekt uboczny terapii, polegający na poprawie w zakresie funkcji seksualnych, zarówno w kontekście stopnia nawilżenia śluzówki pochwy, jak też poprawy libido.

Z klinicznego punktu widzenia szczególną uwagę należy poświęcić grupie pacjentów posiadających stymulatory mięśnia sercowego. Wynika to z konieczności wykorzystania odpowiednich trybów programowania neuromodulatora w celu uniknięcia interferencji pomiędzy neuromodulatorem krzyżowym a stymulatorem mięśnia sercowego.

Zastosowanie neuromodulacji krzyżowej przynosi poprawę również w przypadku retencji moczu, posiada też udokumentowaną skuteczność w nietrzymaniu stolca. Nie są to jednak wskazania objęte obecnie refundacją w naszym kraju.

Prowadzone są również badania pozarejestrowe, w których ocenia się możliwość wykorzystania SNM w terapii zespołu pęcherza bólowego i przewlekłego bólu miednicy.



Fot. Materiały Medtronic Poland

Chorzy na raka prostaty czują się dyskryminowani przez państwo

Maja Markłowska-Tomar



Fot. New Africa - stock.adobe.com

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” zarzuca resortowi zdrowia dyskryminację chorych na raka prostaty w stosunku do pacjentów cierpiących na inne typy nowotworów złośliwych oraz chronienie, kosztem ich zdrowia i życia, interesu jednej firmy farmaceutycznej, która nie chce się zgodzić na umieszczenie w programie lekowym preparatu konkurencji.

Proces refundacyjny enzalutamidu wkrótce przekroczy już 600 dni. Od wydania pozytywnej rekomendacji dotyczącej poszerzenia o tę substancję programu „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” minie niebawem 300 dni. Dopiero po wielu interwencjach stowarzyszenia „UroConti” Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło negocjacje z producentem leku, ale do dziś nie zapadła żadna decyzja w tej sprawie. Lipcowa lista refundacyjna będzie już szóstą, na której nie pojawił się ten lek. Poza

krajami nadbałtyckimi, w całej Europie jesteśmy pod tym względem niechlubnym wyjątkiem.

Czy wiceminister odpowiedzialny za politykę lekową zna naszą sprawę?

– Na krótko przed wejściem marcowej listy usłyszałem w ministerstwie, że niestety „tym razem” jest za późno na zmiany i szkoda, że nie zadzwoniłem w tej sprawie wcześniej. Zrozumiałem, że brak czasu był jedynym powodem, bo nie padł żaden inny. Dlatego przy kolejnej liście chciałem uniknąć takiej sytuacji i już 26 marca, podczas „Dialogu dla Zdrowia” zapytałem wiceministra Macieja Miłkowskiego, jak będzie z dostępem do leczenia przed chemioterapią. Minister powiedział, że nie zna sprawy, ale obiecał się jej przyjrzeć! – wspomina Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty stowarzyszenia „UroConti”. – Byłem w szoku, bo to przecież w gestii tego ministra są kwestie lekowe. Powinien znać nasz problem

choćby z dziesiątek naszych pism, czy odpowiedzi na interpelacje poselskie, pod którymi sam się podpisywał! Minister prosił o dwa tygodnie na przyjrzenie się sprawie, a ja nadal wierzyłem w jego dobre intencje. Tyle że dwa tygodnie później nic się nie wydarzyło. Pomimo wielu interwencji telefonicznych minister był nieuchwytny. A z pisma przysłanego przez resort 25 marca pacjenci dowiedzieli się, że zamknięciem procesu refundacji będzie wydanie decyzji przez Ministra Zdrowia. Tego samego, który 21 marca, podczas Forum Pacjentów Onkologicznych powiedział, że „organizacje pacjentów (...) reprezentują tego, dla kogo ten system jest (...). To niezwykle ważne, bo oni są bliżej choroby, wiedzą czego potrzebują i mogą to nam precyzyjnie przekazać”. Przekazałem więc panu ministrowi nasze stanowisko, oparte i o opinie światowych ekspertów, których nikt nie kwestionuje, i o rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Me-

i 553 mln zł, na leczenie raka nerki 55 mln zł, dla chorych na szpiczaka mnogiego 131 mln zł, a na leczenie pacjentów z białaczką limfocytową 46 mln zł.

– To tylko przykłady z 2018 i początku 2019 roku. Jak łatwo policzyć, minister wydał na nie z budżetowych pieniędzy ponad 900 mln zł. W naszym przypadku nie ma mowy o takich kosztach, bo to nie jest nowy program ani nawet rozszerzenie już istniejącego, tylko umożliwienie lekarzom i pacjentom wyboru odpowiednich terapii dla konkretnych osób. Tak leczy cały świat! – podkreślają przedstawiciele stowarzyszenia „UroConti”.

– Skoro jak widać nie chodzi o pieniądze, to o co? – pyta retorycznie Bogusław Olawski i przypomina historię sprzed dwóch lat, kiedy dodanie do programu po chemioterapii dwóch nowych leków blokowało producent, którego lek jest teraz jedynym finansowanym z budżetu państwa przed chemioterapią. – Ciągłe mamy nadzieję, że opóźnienia nie wynikają z chęci utrzymania monopolu jednej firmy i obrony jej interesów za wszelką cenę, ale trudno zaprzeczyć, że takie skojarzenie nasuwa się samo – dodaje.

To jawna dyskryminacja i brak wyboru terapii!

Artur Marcinek, który doskonale wie, jak wygląda sytuacja pacjentów z rakiem prostaty, bo sam też jest chory, uczestniczył w marcowej rozmowie z wiceministrem Maciejem Miłkowskim, który poprosił o dwa tygodnie na zapoznanie się ze sprawą. Uwierzył wiceministrowi i czekał, choć nie miał czasu, bo jego lekarz już wtedy stał przed dramatycznym wyborem.

– Powinienem zacząć przyjmować enzalutamid, ale nie miałem wyboru. Nie stać mnie na kupowanie leku z własnej kieszeni, więc decydując się na ten, który jest obecnie refundowany, na zawsze odebrałem sobie możliwość leczenia enzalutamidem, nawet gdyby okazał się dla mnie lepszy, bo tak działa niezrozumiały dla mnie zakaz sekwencyjności leczenia. Zmarnowałem więc dwa tygodnie, czekając na decyzję ministra, która nie zapadła, a potem zacząłem przyjmować jedyny lek, który jest w programie – mówi Artur Marcinek.

Pacjenci z rakiem stercza w Polsce czują się dyskryminowani przez państwo, które w różny sposób podchodzi do poszczególnych chorób nowotworowych. Na wybrane z nich resort zdrowia wydaje setki milionów złotych, a na inne z jakichś nieznanых powodów nie chce przeznaczyć pieniędzy. Dyskryminacja jest podwójna, bo dotyczy również ogromnej różnicy w podejściu do leczenia pacjentów z rakiem stercza w Polsce i z innych krajach, również tych sąsiadujących z nami.



Fot. Andrey Popov - stock.adobe.com

dycznych i Taryfikacji. A przede wszystkim o doświadczenia naszych członków, którzy zażywając ten lek, wstają z łóżek, wracają do pracy, a do tej pracy jadą rowerem! Jak widać po majowej liście, nikt nie wziął tego jednak pod uwagę – nie kryje rozgoryczenia Bogusław Olawski.

Skoro problemem nie są pieniądze, to co?

Chorzy na raka prostaty po raz kolejny zwracają uwagę, że według opinii ekspertów dodanie nowego leku do istniejącego programu leczenia nie zwiększy wydatków budżetu państwa, bo przecież dwóch leków nie można przyjmować jednocześnie. Lekarze będą ordynować tylko jeden z nich i za ten będzie płacić Narodowy Fundusz Zdrowia. Przytaczają też dane NFZ dotyczące wydatków państwa na inne programy lekowe w pierwszych dwóch latach ich obowiązywania: na leczenie raka płuca przeznaczono kolejno 147 mln zł, 36 mln zł

– *Mieszkam w Krakowie. Ale gdybym przeprowadził się kilkadziesiąt kilometrów dalej, do biedniejszej podobno od nas Słowacji, mógłbym korzystać ze wszystkiego tego, co oferuje współczesna medycyna, a nie być ofiarą niezrozumiałej polityki zdrowotnej mojego państwa. Od szansy na leczenie dzieli mnie niecała godzina jazdy samochodem!* – mówi z żalem Artur Marcinek.

W Krakowie wkrótce nie będzie miał kto leczyć

Problemy związane z wyrównaniem dostępu do leczenia raka prostaty przed chemioterapią to nie jedyne zmartwienie pacjentów ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Z przerażeniem obserwują oni sytuację w krakowskim oddziale Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, gdzie jednego dnia wszyscy specjaliści zatrudnieni w Klinice Onkologii Klinicznej złożyli wypowiedzenia z pracy. Wcześniej zrobił to kierownik kliniki dr Marek Ziobro, który zrezygnował ze stanowiska, kiedy otrzymał polecenie zwolnienia trzech lekarzy w ramach redukcji etatów. Nie zgodził

się na to, bo z tak okrojonym zespołem nie byłby w stanie zapewnić odpowiedniego funkcjonowania kliniki, po czym zrezygnował z pracy. A za nim to samo zrobili wszyscy podlegli mu lekarze. Wcześniej dyrektor krakowskiego Centrum Onkologii wręczył wypowiedzenia dwóm innym szefom klinik – Ginekologii Onkologicznej i Chirurgii Onkologicznej.

– *Jeśli tak ma wyglądać polityka państwa, którego priorytetem w ochronie zdrowia rzekomo jest onkologia, to daleko nie zajedziemy* – komentuje Bogusław Olawski, który również jest mieszkańcem Krakowa. – *Nie dość, że minister zdrowia prowadzi niezrozumiałą politykę refundacyjną, w wyniku której ogranicza nam dostęp do terapii stosowanych z powodzeniem przez cały świat, to jeszcze za chwilę nie będzie miał nas kto leczyć!* – dodaje zdenerwowany.

Tymczasem statystyki nie pozostawiają wątpliwości: rak prostaty jest drugim (po raku płuc) najczęstszym „męskim” nowotworem. Według Krajowego Rejestru Nowotworów co roku rozpoznaje się go u ok. 9 tys. pacjentów, a ponad 4 tys. chorych z jego powodu umiera.

NA LIPCOWEJ LIŚCIE REFUNDACYJNEJ BEZ ZMIAN

Według portalu IBSzdrowie.pl, na lipcowej liście refundacyjnej nie znajdzie się żaden nowy lek dla chorych na raka prostaty. Jediną zmianą, jaka jest przygotowywana w Ministerstwie Zdrowia, będzie złagodzenie kryteriów włączenia do programu lekowego. O szczegółach napiszemy w kolejnym wydaniu Kwartalnika NTM, po wejściu w życie nowych obwieszczeń refundacyjnych ministra zdrowia.

NA CO TRZEBA KONIECZNIE ZWRÓCIĆ UWAGĘ

O prawdopodobieństwie zachorowania na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego w dużej mierze decydują uwarunkowania genetyczne. Dotychczas zdiagnozowano sześć miejsc w genomie człowieka, których mutacje mogą przyczynić się do rozwoju choroby. Statystycznie istnieje większe ryzyko wystąpienia rozwoju raka u mężczyzn, których brat lub ojciec również zmagali się z rakiem prostaty. Jeśli chorował jeden członek rodziny, ryzyko jest dwukrotnie wyższe, natomiast jeśli dwaj członkowie – wzrasta ono aż jedenastokrotnie.

Do najbardziej typowych symptomów, ograniczających się do samego gruczołu krokowego, należą:

- częste oddawanie moczu, także w nocy,
- trudności w oddawaniu moczu (słaby lub przerywany strumień),
- wrażenie niepełnego opróżnienia pęcherza moczowego.

W przypadku pacjentów, u których choroba jest już bardziej zaawansowana, obserwuje się dodatkowo:

- krwiomocz,
- uczucie pieczenia przy oddawaniu moczu,
- zaburzenia wzdrodu,
- nietrzymanie moczu,
- bóle w podbrzuszu i w okolicy lędźwiowej oraz krocza,
- obecność krwi w spermie,
- bóle,
- krwawienia z odbytu.

– *Najbardziej zaawansowane stadium daje przerzuty do kości. Pojawiają się bóle kostne i patologiczne złamania. Dodatkowo, obserwuje się powiększenie węzłów chłonnych, zaburzenia krzepnięcia, objawy ucisku na rdzeń kręgowy, a nawet porażenia kończyn* – tłumaczy dr n. med. Tomasz Sarosiek, onkolog kliniczny ze szpitala Magodent Grupy LUX MED.

E-zlecenia: więcej obaw niż realnych korzyści?

Violetta Madeja



Fot. merklit.de - stock.adobe.com

Mozolnie postępująca informatyzacja systemu ochrony zdrowia w końcu osiągnęła wyrobów medycznych. Resort zdrowia zdecydował, że zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, a także zlecenia ich napraw, będą dostępne w formie elektronicznej. Okazuje się jednak, że już na etapie konsultacji wzoru zleceń elektronicznych środowisko pacjentów, a także inni tzw. interesariusze, widzą więcej wad niż korzyści płynących z nowego rozwiązania.

Zdaniem pacjentów oraz środowiska lekarskiego proste w swoim zamyśle rozwiązanie w postaci e-zleceń, którego głównym celem jest odciążenie pacjentów z konieczności potwierdzania druków w siedzibie Narodowego Funduszu Zdrowia, może przynieść więcej szkody niż pożytku. Wszystko przez nadal opracowywany w resorcie zdrowia wzór e-zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz e-zlecenia na ich naprawę.

Zamiast ułatwień mnożenie barier

Rozporządzenie w sprawie wzoru zlecenia, które Ministerstwo Zdrowia przedstawiło pod koniec marca tego roku, wzbudził poważne zastrzeżenia - i to za-

równy środowiska lekarzy i aptekarzy, jak również samych pacjentów oraz organizacji branżowych, które wskazywały nie tylko na problem zwiększonej liczby danych koniecznych do umieszczenia na wniosku (liczącym aż siedem stron!), ale także sposobu wdrażania rozwiązań elektronicznych.

- *Zwiększenie objętości przedstawionego w poprzednim projekcie rozporządzenia nowego wzoru zlecenia z dokumentu dwustronicowego do sześciostronicowego, stanowiło apogeum utrudnień związanych z realizacją zleceń na wyroby medyczne i zdecydowanie przyczyniłoby się do jeszcze większego zbiurokratyzowania wystawiania oraz realizacji zleceń* - oceniła Elżbieta Piotrowska-Rutkowska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Jej zdaniem w ciągu ostatnich kilkunastu lat zlecenia na wyroby medyczne zaczynały urastać do niebotycznych rozmiarów. W efekcie, zamiast pomagać pacjentom, którzy z tych zleceń korzystali, druki utrudniały im życie choćby przez to, że musieli udać się do NFZ, aby je potwierdzić i dopełnić stosownych formalności.

- *Wymagania formalne doprowadzały do kuriozalnych sytuacji, w których wydanie produktów leczniczych zawierających w swoim składzie morfinę czy innych leków*

opiodowych/narkotycznych, okazywało się mniej skomplikowane niż wydanie np. pieluchomajtek. Utrudnienia polegały choćby na tym, że należało podać PESEL osoby odbierającej, co jest niespotykane przy realizacji leków. Bardzo rygorystycznie traktowano wszystkie błędy formalne, które stanowiły podstawę do odmowy wydania produktu refundowanego - oceniła szefowa samorządu aptekarzy.

Biurokracja kradnie czas dla pacjentów

W ocenie pacjentów zaproponowany przez resort zdrowia wzór zlecenia to w czystej postaci absurdalna „papierologia”. W tej sprawie członkowie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” protestowali już we wrześniu ubiegłego roku.

- *Biorąc pod uwagę to, że konsultacja lekarska trwa średnio 15 minut, a wypełnienie zlecenia ma trwać 20 minut, łatwo sobie wyobrazić, jakie będą efekty tych zmian* - oceniła Anna Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”. Dodała, że główne obawy pacjentów wiążą się z tym, że obciążeni już biurokracją lekarze i aptekarze będą rezygnować z realizacji tak czasochłonnnych zleceń, co znowu przełoży się na zmniejszoną dla pacjentów dostępność wyrobów medycznych.

- *Wychodzimy z założenia, że każda formalizacja odcinająca personel medyczny od pacjenta jest zbędna. Nasz postulat w tej sprawie jest jasny i wiąże się z maksymalnym uproszczeniem wszystkich procedur związanych ze zleceniami na wyroby medyczne. Przede wszystkim dlatego, że zlecenia te dotyczą pacjentów najbardziej potrzebujących: chorych, leżących, po zabiegach, starszych, a objęte są nimi produkty stosunkowo niskiego ryzyka, a więc niezagrożone wtórnym obrotem czy powtórным wykorzystaniem* - stwierdziła Elżbieta Piotrowska-Rutkowska. Dodała, że nowe wzory zleceń nie powinny powodować nadmiernego zbiurokratyzowania całego procesu. W sprawie wzoru głos zabrał również prezes Naczelnej Rady Lekarskiej Andrzej Matyja, który zaapelował do resortu zdrowia o „refleksję i szybką nowelizację rozporządzenia i istotne uproszczenie wzoru zlecenia”. Podkreślił, że środowisko lekarskie z aprobatą potraktowało wcześniejsze deklaracje kierownictwa resortu zdrowia, które uznało odbiurokratyzowanie zawodu lekarza za swój priorytet. Niestety, zdaniem medyków potrojenie objętości zlecenia na wyroby medyczne trudno uznać za realizację tej obietnicy.

- *Już teraz wypełnienie 2-stronicowego zlecenia zajmuje lekarzom dużo czasu i bywa problematyczne. Uwzględniając poziom informatyzacji polskich gabinetów lekarskich, który wynosi ok. 30 procent, 7-stronicowy dokument będzie musiało wypełniać ręcznie ponad 60 tysięcy lekarzy* - zauważyła prezes NRL Andrzej Matyja.

Zamiast piętrzyć przeszkody, rozważmy dalsze ułatwienia

Wątpliwości wobec pomysłu resortu zdrowia nie kryli również lekarze rodzinni. Teresa Dobrzańska-Pielichowska, wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie, wskazała, że zupełnie niezrozumiałym pomysłem jest konieczność uzyskiwania od pacjenta pełnomocnictwa w celu zrealizowania zlecenia na wyroby medyczne.

- *Konieczność uzyskiwania upoważnienia od chorego, często z otępieniem, jest skomplikowane i zbędne. Nie stanowi również żadnego zabezpieczenia, a jedynie utrudni życie rodzinom chorych. Jeżeli ktoś posługuje się zleceniem pacjenta, to znaczy, że otrzymał go od niego* - oceniła lekarka. Według niej z pomysłu pełnomocnictwa należy definitywnie zrezygnować.

Lekarze rodzinni podkreślili również, że przy okazji zmian legislacyjnych warto zastanowić się nad docelowym rozszerzeniem zakresu osób upoważnionych do wystawiania zleceń na wszystkich lekarzy, pielęgniarki i położne udzielające świadczeń w praktykach podstawowej opieki zdrowotnej. Obecnie, ich zdaniem, niezrozumiałym jest ograniczenie możliwości zlecenia wyrobów medycznych przysługujących comiesięcznie.

Nowy pomysł na zlecenie

Po fali krytyki, jaka pojawiła się po publikacji przez resort zdrowia marcowego rozporządzenia i nowych wzorów, ministerstwo zdecydowało się na przygotowanie kolejnej wersji rozporządzenia. Nowy projekt zaprezentowany został w połowie maja. Jedną z głównych zmian zawartych w tym projekcie było skrócenie elektronicznego wniosku do czterech stron (z pierwotnie zakładanych siedmiu stron). Dodatkowo resort zdecydował o wydłużeniu (od 1 września tego roku) czasu na wdrożenie elektronicznych rozwiązań w ramach nowelizacji ustawy refundacyjnej.

- *Mając na uwadze postulaty pacjentów oraz przedsiębiorców funkcjonujących w branży wyrobów medycznych, resort zdrowia podjął już prace nad usprawnieniem procesu zaopatrzenia w wyroby medyczne przez zmianę regulacji dotyczących realizacji zleceń. W związku z powyższym rozpoczęto prace nad nowelizacją ustawy z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych* - zadeklarowała Agnieszka Kister, dyrektor Departamentu E-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia.

W ocenie prezes stowarzyszenia „UroConti” Anny Sarbak, środowisko pacjentów z NTM nadal nie jest w stanie zrozumieć, czemu ma służyć tak szczegółowy zakres informacji przedstawiony w nowym wzorze zlecenia.

- *To poszerzenie biurokracji, aby wydać zwykłe pieluchomajtki. Okazuje się, że łatwiej będzie w Polsce otrzymać*

refundację na drogie leki o silnym działaniu niż na produkt, który na pewno nie zaszkodzi, a koszt jego refundacji wynosi kilkadziesiąt groszy - oceniła Anna Sarbak. Dodała, że członkowie „UroConti” podtrzymują obawy, jakie formułowali przy okazji konsultacji marcowego rozporządzenia, związane z chaosem z wdrażaniem rozwiązania.

- Czekamy powtórka z chaosu, jaki do dzisiaj mamy po wprowadzeniu wyższego limitu na refundowane środki absorpcyjne (z 60 do 90 szt. miesięcznie) bez jednoczesnego podnoszenia limitu cenowego - przestrzega Anna Sarbak.



Fot. quka - stock.adobe.com

Natomiast dr Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”, dziwi fakt, że aktualna propozycja zamiast wdrożenia ostatecznej formy elektronicznego zlecenia wprowadza rozwiązania hybrydowe.

- Zmiana miała służyć stworzeniu e-zlecenia. Tymczasem aktualna propozycja wzoru zlecenia może spowodować dużo zamieszania. Czy lekarze będą weryfikować i potwierdzać zlecenia w czasie rzeczywistym? Czy będą to robić apteki i sklepy medyczne? Jeżeli nie będzie takiej

możliwości, to po co wprowadzać nowy wzór? Jeżeli Ministerstwo Zdrowia chce w 100 proc. wyeliminować nadużycia, kontrolowany powinien być proces weryfikacji zlecenia w czasie rzeczywistym, czyli powinno być wprowadzone e-zlecenie zamiast aktualnych propozycji rozwiązań hybrydowych - oceniła Elżbieta Szwałkiewicz.

E-zlecenia = e-wykluczenie

Dyskusja wokół nowego wzoru zlecenia i możliwości elektronicznego potwierdzania druków sprawiła, że część pacjentów wyartykułowała swoje obawy związane z szeroko rozumianą informatyzacją. Józef Góralczyk z Małopolskiego

Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych podkreślił, że reprezentowane przez niego środowisko rozczarowało się propozycją resortu zdrowia, gdyż oczekiwało uproszczenia wzorów zleceń na wyroby medyczne.

- Ministerstwo Zdrowia tłumaczy, że nie ma konieczności wypełniania wszystkich rubryk w zleceniu, ale w praktyce obawiamy się tego, jak zapisy rozporządzenia będą interpretowane przez urzędników Narodowego Funduszu Zdrowia. Odnoszę wrażenie, że ministerstwo nowymi rozwiązaniami stara się nieustannie zniechęcać pacjentów do proszenia lekarzy o wypisanie zlecenia na wyroby medyczne - podkreślił w rozmowie z redakcją Kwartalnika NTM. Dodał, że osoby niepełnosprawne regular-

nie korzystające z wyrobów medycznych to w zdecydowanej większości seniorzy, którzy sporadycznie lub wcale nie zbliżają się do komputera.

- Tworzenie systemu elektronicznego to dobre rozwiązanie, ale jednocześnie nie powinniśmy zapominać o pacjentach wykluczonych elektronicznie. Musimy się zastanowić, jak osoby te miałyby korzystać z e-zleceń. Nie neguję tego typu rozwiązań, ale obawiam się, że cyfryzacja dla osób niepełnosprawnych będzie kolejnym wysokim progiem do pokonania - ocenił Józef Góralczyk.

Jest neuromodulacja, brakuje nowych leków, a nowe zlecenie w drodze

Violetta Madeja



Refundowany zabieg wszczepienia neuromodulatora nerwów krzyżowych przeprowadzony w Klinice Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Łodzi

Fot. Materiały Medtronic Poland

Drugi kwartał 2019 roku nie obfitował w przełomowe rozwiązania legislacyjne. Podobnie było również z listami refundacyjnymi, które nie przyniosły istotnych zmian dla pacjentów z nietrzymaniem moczu. Jedynym pozytywnym akcentem tego kwartału było wykonanie pierwszych zabiegów neuromodulacji w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych.

W mijającym kwartale pacjenci aż dwukrotnie pochyłali się nad projektem rozporządzenia w sprawie wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz wzoru ich naprawy. Zarówno pierwszy, opublikowany 21 marca, jak i drugi, przekazany do konsultacji publicznych 13 maja, wzbudziły wiele kontrowersji dotyczących zarówno objętości nowych druków, jak również danych, które miały zostać na nich umieszczone. Środowisko pacjentów nie kryje obaw, że wprowadzenie nowych wzorów

zleceń grozi nie tylko zwiększeniem biurokracji, a co za tym idzie - niechęcią lekarzy do wystawiania druków, a aptek do ich realizacji, ale również chaosem, jakiego pacjenci doświadczyli już przy okazji wprowadzenia wyższego limitu na refundowane środki absorpcyjne (z 60 do 90 sztuk) bez jednoczesnego podniesienia limitu cenowego.

„Dotychczas zlecenie miało dwie strony, przy czym lekarz wypełniał tylko jedną. Nowe zlecenie jest obszerniejsze i zawiera cztery strony. Wystawienie go zajmie znacznie więcej czasu niż dotychczas. Cieszy nas jednak propozycja zmniejszenia liczby stron we wzorze zlecenia do czterech w porównaniu do wzoru zlecenia, które było załącznikiem do rozporządzenia z 21 marca br. i miało tych stron aż siedem. Jednak nadal nie rozumiemy, czemu ma służyć tak szczegółowy zakres informacji przedstawiony w nowym wzorze zlecenia, a tym samym

poszerzenie biurokracji, aby wydać zwykłe środki absorpcyjne. Okazuje się, że łatwiej jest w Polsce otrzymać refundację na drogie leki o silnym działaniu, niż refundację symbolicznych pieluchomajtek, które kosztują kilka złotych” – napisała w piśmie przekazanym do resortu zdrowia dr Elżbieta Szwałkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Majowa lista rozczarowań

Pozytywnych emocji wśród pacjentów nie wzbudziły również majowe wykazy refundacyjne, w których po raz kolejny zabrakło nowoczesnych molekuł stosowanych w terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego. Pacjenci podkreślili, że obecnie do dyspozycji mają zaledwie dwie refundowane substancje lecznicze (tolterodyna i solifenacyna), na dodatek o takim samym mechanizmie działania. Ich zdaniem stawia to polskich pacjentów na zdecydowanie gorszej pozycji niż ta, którą mają pacjenci z krajów ościennych: Czech, Węgier, Słowacji oraz Niemiec, gdzie w ramach refundacji dostępnych jest od czterech do nawet sześciu substancji czynnych o różnych mechanizmach działania. Majowe wykazy refundacyjne nie zmieniły również niczego w programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)”. W ocenie Bogusława Olawskiego, przewodniczącego Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, niepokojącym jest fakt, że proces włączenia do refundacji leku zawierającego substancję czynną enzalutamid trwa już blisko 600 dni i nadal nie doczekał się żadnego rozstrzygnięcia. Wskazał również, że prośba pacjentów o rozszerzenie programu lekowego jest podyktowana tym, że obecnie pacjenci przed chemioterapią są skazani na monopol jednego leku, który okazuje się być nieskuteczny u części pacjentów.

„Według naszej wiedzy refundacja enzalutamidu przed chemioterapią nie powinna wpłynąć negatywnie na wydatki po stronie NFZ. Obydwu leków nie można bowiem zażywać jednocześnie” – napisał Bogusław Olawski w piśmie skierowanym do wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego.

Pozytywne wieści z AOTMiT

W połowie maja pojawił się promyk nadziei dla pacjentów z rakiem prostaty opornym na kastrację. Rada Przejrzystości oraz prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rekomendowali bowiem objęcie refundacją leku zawierającego kabazytaksel w ramach nowego programu lekowego: „Kabazytaksel w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”. W uzasadnieniu do decyzji prezes AOTMiT podkreślił, że kabazytaksel może przynosić korzyści terapeutyczne w zakresie przeżycia całkowitego, a tak-

że wydłużenia czasu progresji u pacjentów. Zastrzegł jednocześnie, że refundacja preparatu powinna zostać uzależniona od pogłębienia z producentem leku instrumentów dzielenia ryzyka.

W nadchodzących tygodniach Rada Przejrzystości zajmie się również wnioskiem refundacyjnym dla leku pembrolizumab, który miałby zostać włączony do programu lekowego „Leczenie raka urotelialnego”. Wniosek resortu zdrowia w tej sprawie wpłynął do AOTMiT 24 maja br.

Agencja zapowiedziała również rozpoczęcie prac nad przygotowaniem wytycznych HTA dla wyrobów medycznych w dwóch zakresach: oceny indywidualnych wyrobów medycznych (EAN) samodzielnie wykorzystywanych przez pacjenta oraz oceny klas wyrobów medycznych oraz wyrobów medycznych do diagnostyki *in vitro* stanowiących element świadczenia opieki zdrowotnej. Urząd w ramach wstępnych prac przygotował i przedstawił do konsultacji zieloną księgę opisującą aktualne ramy prawno-organizacyjne w przedstawionym obszarze w Polsce i na świecie.

Pierwsze zabiegi neuromodulacji już za nami

Po ośmiu długich latach walki o wprowadzenie do koszyka świadczeń gwarantowanych procedury wszczęcia neuromodulatora w Klinice Urologii Szpitala Wojewódzkiego im. M. Kopernika w Łodzi oraz w Klinice Urologii Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie przeprowadzono pierwsze zabiegi neuromodulacji krzyżowej. Procedurze poddano pacjentów cierpiących na uporczywe parcia naglące, a zabiegi w Łodzi przeprowadził zespół prof. Waldemara Różańskiego i dr. Mariusza Blewniewskiego, z udziałem i pod kontrolą dr Martiego Aho ze Szpitala Uniwersyteckiego w Tampere (Finlandia). Poddani zabiegowi neuromodulacji pacjenci znajdują się obecnie pod obserwacją lekarzy, którzy kontrolują stopień redukcji objawów.

– *Stosowanie neuromodulacji krzyżowej daje spektakularne efekty – dolegliwości są definitywnie niwelowane. Pacjenci z OAB leczeni za pomocą InterStim obserwują całkowite ustąpienie nietrzymania moczu, bądź znaczną redukcję epizodów wycieku moczu i liczby wyjść do toalety. U pacjentek z założonym cewnikiem, ze względu na niemożność samodzielnego oddawania moczu, nastąpiła poprawa w 70 proc. przypadków – po wszczęciu neuromodulatora kobiety mogły zrezygnować z cewnika i zaczęły samodzielnie oddawać mocz. U pacjentek ze śródmiąższowym zapaleniem pęcherza neuromodulacja usuwa lub zmniejsza ból w 72 proc. przypadków* – podkreślał po pierwszych refundowanych zabiegach przeprowadzonych w Polsce Jerzy B. Gajewski, profesor urologii i farmakologii Uniwersytetu Dalhousie w Halifax, jeden z najbardziej znanych specjalistów na świecie w dziedzinie neuromodulacji nerwów krzyżowych.

HARTMANN



100%

DYSKRECCJI
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 DYSKRECCJA
TRADYCYJNEJ BIELIZNY



Idealne dopasowanie do kształtu
ciała zapewnia komfort i dyskreccję
tradycyjnej bielizny



Maksymalne
zabezpieczenie przed
wyciekaniem



Innowacyjny system
szybkiego wchłaniania
zapewnia dyskreccję
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 04**



Poradnik dla pacjentek ginekologicznych

Pod redakcją
prof. Mirosława Wielgosia
dr Natalii Mazanowskiej

