

## OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Kto powinien pomóc  
w doborze właściwego  
środka chłonnego?**



## WYWIAD

**W dłuższej perspektywie  
neuromodulacja się  
opłaca**



## LECZENIE

**Interdyscyplinarne spojrzenie  
na NTM u kobiet**



## SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**NIK krytycznie o systemie  
zaopatrzenia pacjentów  
w wyroby medyczne**



## LEGISLACJA

**Dobre wieści dla  
pacjentów z rakiem  
stercza**





# Czy Polska to chory kraj?

Ostatnie cztery lata w służbie zdrowia to okres wielu zapowiedzi zmian. Wiele z nich nigdy nie weszło w fazę realizacji. Cztery lata temu, na wieść, że nowa partia rządząca zamierza likwidować Narodowy Fundusz Zdrowia, wielu ogarnął strach. Gdy ówczesny wiceminister zdrowia, Krzysztof Łanda forsował projekt centralnych zakupów wyrobów medycznych wraz z wprowadzeniem sztywnych marż, powstał wielki opór łączący producentów, dystrybutorów, sprzedawców oraz pacjentów. Czy te pomysły mogłyby uzdrowić sytuację w ochronie zdrowia? Mam duże wątpliwości.

Polska służba zdrowia nie potrzebuje kolejnych spektakularnych rewolucji. To, co byłoby bardziej pożądane, to wizja jej rozwoju w perspektywie wielu lat, przekraczających okres jednej kadencji parlamentu. Wymaga to ponadpartyjnego porozumienia, o co w naszym kraju ostatnio bardzo trudno. Oprócz wizji, potrzebujemy ciężkiej, organicznej pracy, zmierzającej do naprawy tego, co już działa, ale często nieefektywnie. Do tego potrzeba i odpowiednich środków, i czasu. Trudno poprawiać ochronę zdrowia, gdy urzędnicy decydujący o kolosalnych pieniądzach w skali państwa są marnie opłacani i przygnieci bieżącą biurokracją. Trudno liczyć na wsparcie konsultantów krajowych, gdy traktujemy ich pracę jako wolontariat. Trudno wreszcie kreować wiarygodną politykę zdrowotną, gdy ministrem „musi być” lekarz, zazwyczaj będący z jednej strony zakładnikiem swojego środowiska,

a z drugiej osobą nienależącą do głównego nurtu politycznego ugrupowania, które akurat rządzi w Polsce. Z perspektywy czasu takim wyjątkiem mogła być Ewa Kopacz. Niestety, nie wykorzystała tej szansy, będąc najpierw ministrem zdrowia, a później premierem.

W efekcie widzimy jak polska służba zdrowia w coraz szybszym tempie oddolnie się prywatyzuje. Personel medyczny odchodzi z publicznych placówek, a młodzi absolwenci coraz rzadziej decydują się na pracę w sektorze państwowym. Co ciekawe, od kilku lat można zauważyć rosnący trend powracających lekarzy i pielęgniarek z zagranicy. Zdecydowana większość z nich wybiera jednak pracę w sektorze prywatnym, gdzie czekają na nich lepsze płace, lepsza organizacja pracy i mniej pacjentów.

Trudno wyrokować, czy nasi politycy świadomie wybrali taki kierunek, czy też już kompletnie przestali panować nad tym procesem. Jedno jest jednak pewne: wśród klasy politycznej dominuje niezrozumienie służby zdrowia, powierzchowność i co najgorsze, brak woli, aby się temu głębiej przyjrzeć. Musiałoby się to stać kosztem często bezproduktywnych wystąpień w mediach. Tylko który polityk z nich zrezygnuje?

Tomasz Michałek



## SPIS TREŚCI

## OPIEKA I PIELEGNACJA

|                                                                            |   |
|----------------------------------------------------------------------------|---|
| Kto powinien pomóc pacjentowi w doborze właściwego środka chłonnego? ..... | 4 |
|----------------------------------------------------------------------------|---|

## WYWIAD

|                                                         |   |
|---------------------------------------------------------|---|
| W dłuższej perspektywie neuromodulacja się opłaca ..... | 7 |
|---------------------------------------------------------|---|

## LECZENIE

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Jak powinna wyglądać kwalifikacja do zabiegu neuromodulacji krzyżowej? .....                               | 10 |
| Europejski Dzień Prostaty. Zmiany w programie lekowym nie zlikwidowały zakazu leczenia sekwencyjnego ..... | 11 |

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

|                                                         |    |
|---------------------------------------------------------|----|
| Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 1) .....       | 13 |
| Raport „Pacjent z NTM w systemie ochrony zdrowia” ..... | 16 |
| Jak współpracować, aby pomóc pacjentom .....            | 17 |

## SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

|                                                                          |    |
|--------------------------------------------------------------------------|----|
| NIK krytycznie o systemie zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne ..... | 18 |
|--------------------------------------------------------------------------|----|

## NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

|                                                   |    |
|---------------------------------------------------|----|
| Dobre wieści dla pacjentów z rakiem stercza ..... | 21 |
|---------------------------------------------------|----|

Szanowni Państwo,

Tym razem mamy dobre wieści dla chorych na raka prostaty – od 1 września, w ramach funkcjonującego już programu lekowego, Ministerstwo Zdrowia zdecydowało się udostępnić im drugi nowoczesny lek przed chemioterapią – enzalutamid. Wysłuchawszy się wreszcie w głosy pacjentów, resort zdrowia postanowił również zrezygnować wreszcie z kolejnego ograniczenia, jakim dla chorych na opornego na kastrację przerzutowego raka gruczołu krokowego było stosowanie skali Gleasona jako kryterium kwalifikacji do tego programu. Z tych zmian cieszą się zarówno pacjenci (str. 21), jak i lekarze (str. 11). „Mamy wreszcie do dyspozycji dwa leki do stosowania zarówno przed, jak i po chemioterapii opartej o docetaksel. W związku z tym państwa decyzje terapeutyczne powinny być oparte na wiedzy klinicznej, doświadczeniu, na cechach waszych pacjentów, a nie na ograniczeniach zapisów programu lekowego, czy na dostępności jednego, a nie drugiego leku” – powiedział do lekarzy uczestniczących w kongresie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej jego prezes – prof. Piotr Wysocki.

Na tym jednak koniec optymizmu. Nadal obowiązuje bowiem zakaz sekwencyjnego leczenia chorych z zaawansowanym rakiem prostaty abirateronem i enzalutamidem, choć oba leki są w tym samym programie lekowym. A pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego wciąż nie doczekali się refundacji drugiej linii leczenia. Na otarcie łez otrzymali dostęp do pięciu leków stosowanych w pierwszej linii, ale tak naprawdę są to jedynie generyczne odpowiedniki leków zawierających dwie substancje aktywne, które były już wcześniej refundowane.

Nierozwiązaniem do dziś problemem pozostaje również zaopatrzenie pacjentów w wyroby medyczne. Opublikowany w czerwcu br. raport Najwyższej Izby Kontroli nie pozostawia żadnych złudzeń, że obowiązujące regulacje prawne utrudniają im dostęp np. do refundowanych pieluchomajtek, do których muszą na dodatek dopłacać sporo z własnej kieszeni. Kontrolerzy NIK zwracają również uwagę na ogromne dysproporcje w nakładach przeznaczanych na wyroby medyczne między poszczególnymi oddziałami NFZ. Polecamy artykuł „NIK krytycznie o systemie zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne”, zamieszczony na str. 18.

Uwadze polecamy również wywiad Tomasza Michałka z prof. Jerzym Gajewskim z Departamentu Urologii i Farmakoterapii Uniwersytetu Dalhousie w Halifaxie (Kanada) na temat skuteczności i opłacalności zabiegów neuromodulacji krzyżowej, które na świecie są przeprowadzane już od wielu lat, a w Polsce zostały objęte refundacją dopiero w tym roku (str. 7).

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:** Violetta Madeja, Marzena Michałek;

**Korekta:** Marzena Michałek; **Zdjęcia:** © Adobe Stock;

**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](mailto: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](mailto:ntm@ntm.pl)



# Kto powinien pomóc pacjentowi w doborze właściwego środka chłonnego?

Violetta Madeja



Fot. auremar - stock.adobe.com

**S**rodki absorpcyjne to wyroby medyczne, które towarzyszą pacjentom zmagającym się z nietrzymaniem moczu (NTM) praktycznie na każdym etapie ich leczenia. Dlatego ważne jest, aby lekarz specjalista nie tylko posiadał wiedzę na temat produktów chłonnych, ale również był otwarty na współpracę z lekarzami POZ, fizjoterapeutami, pielęgniarkami, położnymi, a także opiekunami pacjentów.

Nietrzymanie moczu, mające status choroby społecznej, dotyka pacjentów w każdym wieku. Dane epidemiologiczne wskazują, że tylko w Polsce z NTM może się zmagać nawet 2,5 mln Polek i Polaków. Dlatego ważnym aspektem pomocy pacjentom jest to, aby w gabinecie lekarza specjalisty nie tylko usłyszeli trafną diagnozę i otrzymali właściwe leczenie, ale również mieli możliwość zapoznania się z optymalnymi sposobami zabezpieczenia skóry czy bielizny przed niekontrolowanym wyciekaniem moczu.

## Ważne rozmowy w gabinecie lekarskim

Lekarze przyznają, że wielu pacjentów ma poważne obawy przed poruszeniem w gabinecie delikatnej i intymnej kwestii niekontrolowanego gubienia moczu. W efekcie bardzo często czas mierzony od wystąpienia pierwszych objawów do chwili zgłoszenia problemu lekarzowi jest długi i sięga nierzadko od sześciu miesięcy do nawet trzech lat. Podczas pierwszej wizyty związanej z problemem NTM, lekarz musi nie tylko poruszyć kwestię samego leczenia, ale również pomóc pacjentowi odnaleźć się w bogatej gamie środków chłonnych.

W ocenie lekarza urologa dr. n. med. Mariusza Blewniewskiego, zastępcy kierownika Oddziału Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. Mikołaja Kopernika w Łodzi, lekarze powinni dysponować ogólną wiedzą dotyczącą wyrobów medycznych stosowanych przez pacjentów z nietrzymaniem moczu. Jest to niezbędne, po-

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](http://www.tena.pl)



nieważ w Polsce to nie lekarz, ale sam pacjent lub jego opiekun decydują finalnie o nabywanym produkcie.

- *Wiedza na temat środków chłonnych pozwoli zaproponować choremu odpowiedni wyrób chłonny, natomiast pielęgniarki lub opiekunowi chorego należy pozostawić wybór odpowiedniego rodzaju i rozmiaru tego wyrobu* - tłumaczy dr Mariusz Blewniewski. Z tego powodu ważnym elementem wsparcia procesu decyzyjnego pacjentów jest, jego zdaniem, również współpraca lekarza urologa z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, z fizjoterapeutą, a przede wszystkim z pielęgniarką i opiekunami chorych z NTM.

- *Współpraca ta będzie owocować wymianą doświadczenia i informacjami na temat wszystkich wyrobów chłonnych, które są lub pojawiły się ostatnio na rynku. Śledzenie nowości rynkowych, czy to wyrobów chłonnych, czy leków, jest moim zdaniem obowiązkiem każdego lekarza* - podkreśla ekspert.

## Bez pomocy pielęgniarki ani rusz

W doborze optymalnego środka chłonnego istotną rolę odgrywać powinna również współpracująca z lekarzem specjalistą pielęgniarka.

- *Ze względu na brak czasu w gabinecie, nie mamy możliwości doboru środka chłonnego w trakcie wizyty pacjenta. Powinna się tym zająć pielęgniarka, która przeprowadzi wywiad, oceni ilościowo NTM oraz oceni mobilność i sprawność pacjenta. Tym samym zaplanuje opiekę, w ramach której dobierze odpowiedni rodzaj i rozmiar środka chłonnego. Rozmiar produktu należy dobrać, biorąc pod uwagę trzy kwestie: stopień mobilności pacjenta, stopień nie-  
trzymania moczu, obwód pacjenta w pasie i biodrach* - tłumaczy dr Mariusz Blewniewski.

Dla specjalistów podstawową właściwością środków

powinno być zapewnienie suchości w okolicy krocza. W przypadku doboru produktu chłonnego należy brać pod uwagę trzy najistotniejsze kryteria: chłonność, szybkość wchłaniania i suchość.

„Chłonność badana jest przy pomocy specjalnego testu, który ma na celu określenie ilości wychwytywania i utrzymania cieczy. Szybkość wchłaniania określa szybkość pobierania płynu przez produkt chłonny. Suchość określa się za pomocą uwalniania cieczy przez produkt chłonny, krótko po absorpcji, wykorzystując papier filtracyjny umieszczany na badanym produkcie pod ciśnieniem. Uwalnianie cieczy jest miarą zdolności retencyjnej płynu po stronie chłonnej, a jednocześnie miarą suchości produktu” - czytamy w rekomendacjach Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

- *Produkty chłonne powinny pomagać osobom z NTM zabezpieczyć się przed niekontrolowanym wyciekami moczu i mają do spełnienia trzy podstawowe funkcje: ochronę skóry przed drażniącym działaniem moczu, zbiórkę wydalanego moczu i stolca oraz ochronę bielizny osobistej, pościeli i ubrania* - podkreśla dr Blewniewski. Dodaje, że jego zdaniem o tym, czy produkt spełnia te funkcje, decyduje kilka parametrów, które ocenia się w odniesieniu do:

- użytkownika - sprawność fizyczna, aktywność społeczna, samodzielność w stosowaniu produktów,
- produktu - zdolność pochłaniania, szybkość wchłaniania i wiązania moczu w żel oraz zdolność zatrzymania i ilość moczu, który wypływa z produktu; łatwość założenia i dopasowania, kształt, obecność ściągacza elastycznego oraz obwódki ochronnych,
- stosowania - potrzeby opiekunów, ergonomia i łatwość w zakładaniu, czytelne instrukcje, łatwość utylizacji, koszt, bezpieczeństwo produktu i brak wycieków.

Lekarze mający uprawnienia do ordynacji zleceń na refundowane środki chłonne (warunkiem jest posiadanie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia) to:

- chirurg,
- chirurg dziecięcy,
- chirurg onkologiczny,
- onkolog kliniczny,
- onkolog i hematolog dziecięcy,
- geriatra,
- ginekolog onkologiczny,
- ginekolog i położnik,
- neurolog,
- neurolog dziecięcy,
- urolog,

- urolog dziecięcy,
- lekarz podstawowej opieki zdrowotnej,
- lekarz rodzinny,
- pediatra,
- internista,
- lekarz z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizowanej w warunkach domowych.

Inne zawody medyczne uprawnione do wypisywania zleceń na refundowane środki chłonne:

- felczer,
- pielęgniarka,
- położna.

Źródło: Obwieszczenie ministra zdrowia z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

# W dłuższej perspektywie neuromodulacja się opłaca

Z prof. Jerzym Gajewskim z Departamentu Urologii i Farmakoterapii Uniwersytetu Dalhousie w Halifaxie (Kanada) rozmawia Tomasz Michałek

## Czy pamięta pan pierwszy samodzielnie założony neuromodulator?

To było po sześciu zabiegach, które wykonałem wspólnie z lekarzem z Ameryki. Pierwszy neuromodulator samodzielnie założyłem w dniu, w którym zaimplantowałem w zasadzie dwie pacjentki i przynajmniej jedna z nich do dzisiaj z niego korzysta. A to się stało w 1994 roku.

## Gdzie to było?

W Halifaxie, w Kanadzie, jeszcze w starym szpitalu, który został już zburzony.

## Ilu pacjentom założył pan tego typu urządzenia w swojej karierze?

To jest proces dwustopniowy. Najpierw robimy próbę tymczasowego stymulowania, wykonałem ją u prawie 450 pacjentek, a praktycznie założyłem stymulator ponad 250 kobietom.

## W jakich dolegliwościach ta terapia może być skuteczna?

Takim klasycznym wskazaniem jest pęcherz nadreaktywny z nietrzymaniem moczu lub bez, a także zaburzenia w oddawaniu moczu bez przeszkody anatomicznej podpęcherzowej. Ostatnio mam też dużo pacjentek z zespołem bolesnego pęcherza. Wszczepiam neuromodulator także w niektórych przypadkach zaburzeń neurogennych dolnego odcinka moczowego. Warto pamiętać, że u pacjentów z chorobami neurologicznymi również używa się neuromodulacji do leczenia zaburzeń oddawania stolca.

## Jak duży jest odsetek pacjentów, którym ta terapia kompletnie nie pomaga? Czy wśród pacjentów, których pan kwalifikował, były takie osoby?

W pierwszym etapie tymczasowej próby stymulacji, jeżeli używa się czasowej elektrody, to połowa pacjentek zazwyczaj nie odpowiada na taki sposób leczenia albo odpowiada niewystarczająco. Jeżeli używamy elektrody

permanentnej, to niektóre doniesienia mówią, że prawie 80 proc. pacjentek kwalifikuje się do zabiegu wszczepienia pełnego. Z mojego doświadczenia wynika, że zazwyczaj połowa pacjentek przechodzi do ostatniego etapu, w którym wszczepiamy cały stymulator. I wtedy, w zależności od diagnozy, mniej więcej po 10 latach, a ostatnio zrobiliśmy badanie, z którego wynika, że nawet po 20 latach, między 60 a 80 proc. tych pacjentek nadal jest zadowolona z terapii.

## Czy jest to opłacalna terapia?

To zależy przede wszystkim od tego, jaki dane państwo ma system ochrony zdrowia. Jednak biorąc pod uwagę wyłącznie cenę stymulatora, początkowe koszty terapii są wysokie, ponieważ to urządzenie kosztuje dość dużo. W zależności od kraju ceny są różne. Natomiast gdy weźmiemy pod uwagę liczbę potrzebnych wizyt lekarskich, wizyt w poradni z powodu przyjmowania leku albo niebrania go z powodu komplikacji nietrzymania moczu lub zaburzeń w oddawaniu moczu, to po zsumowaniu wszystkich kosztów okazuje się, że po pięciu latach zazwyczaj ta metoda stymulacji jest opłacalna. Opublikowano wyniki badania porównującego terapię z użyciem botoksu i neuromodulacji - pokazują one, że po czterech-pięciu latach widoczna jest znaczna oszczędność finansowa po zastosowaniu tej drugiej metody. Przyznam jednak, że trudno przekonać szpital do wprowadzenia tej terapii, ponieważ niewielu dyrektorów patrzy „pięć lat do przodu”. Z reguły w budżecie szpitala uwzględniają tylko dwa lata.

## Jak z perspektywy czasu ocenia pan postęp w dziedzinie małoinwazyjnego leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego?

W ostatnich 20 latach wiele zmieniło się na lepsze w tej dziedzinie, a przez ostatnie parę lat pojawiają się coraz



prof. Jerzy Gajewski

Fot. Jaga Nowakowska

nowsze rozwiązania i coraz nowsze stymulatory. W leczeniu pęcherza nadreaktywnego najważniejsze jest tzw. minimally invasive [minimalna inwazyjność - przyp. red.], czyli sacral nerve stimulation (SNS) oraz posterior tibial nerve stimulation (PTNS). Kiedyś PTNS robiło się przy pomocy igły, tak jak przy akupunkturze, a teraz zaczyna się stosować przezskórne stymulacje lub wprowadza się podskórne małe stymulatory w pobliżu nerwu. Dzięki temu rozwiązaniu pacjentki mogą same stymulować się w domu, ponieważ program wymaga po-

modulację, to uważam, że - niezależnie od specjalizacji - ośrodki wykonujące te zabiegi muszą być dobrze wybrane i powinno się w nich wprowadzić program neuromodulacji. Lekarz implantujący neuromodulator powinien legitymować się dobrą znajomością patofizjologii pęcherza u mężczyzn i u kobiet i mieć wiedzę, jak postępować w przypadku komplikacji po zabiegu neuromodulacji. Szpitale nieobjęte programem nie powinny wykonywać tego typu zabiegów. Ośrodek, w którym są one przeprowadzane, musi mieć nie tylko dobrych operatorów, ale również odpowiednie zaplecze szpitalne w postaci przygotowanych sal operacyjnych z możliwością wideorejestracji, z radiologicznym wsparciem, z możliwością robienia zdjęć w czasie zabiegu. Ośrodek powinien również realizować program kontroli pacjentów i programowania, czym u nas, w Kanadzie, zazwyczaj zajmują się pielęgniarki.



49. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji w Goeteborgu

Fot. Tomasz Michalek

wtórnych stymulacji raz w tygodniu przez pół godziny. Ministymulatory wprowadzane w obrębie odpowiednich nerwów mogą też modyfikować oddawanie moczu.

**Czy do grupy „minimally invasive” zaliczyłby pan również ostrykiwanie pęcherza toksyną botulinową?**

Jest to minimalnie inwazyjna technika, bardzo dobrze sprawdzająca się zwłaszcza w zaburzeniach neurogennych w pęcherzu nadaktywnym, ale również w idiopatycznym nadreaktywnym pęcherzu. W niektórych ośrodkach stosowana jest nawet jako pierwsza linia leczenia. Botoks jest bardzo dobry, ale wymaga powtórnych ostrykiowań co 8-12 miesięcy. I dlatego po pięciu latach w zasadzie koszty leczenia botoksem wyrównują się z kosztami leczenia z zastosowaniem neuromodulacji.

**W Polsce neuromodulacja nerwów krzyżowych została objęta refundacją dopiero w tym roku. Mogą ją oferować zarówno oddziały urologiczne, jak i ginekologiczne. Czy pana zdaniem była to dobra decyzja ministra zdrowia?**

Decyzja o objęciu refundacją na pewno jest bardzo dobra, ponieważ brak finansowania był główną przyczyną niewykonywania tego zabiegu w Polsce. Jeśli natomiast pyta mnie pan o to, kto powinien wykonywać neuro-

**Rozmawiamy w Goeteborgu, gdzie odbywa się 49. Kongres Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS), a pan jest członkiem zarządu tej organizacji. Z perspektywy czasu można zauważyć rosnące zainteresowanie tą dziedziną ze strony właśnie pielęgniarek i położnych, ale też fizjoterapeutów. Skąd taki trend?**

Już od początku, jak tylko ICS został stworzony, uznano, że powinna to być multidyscyplinarna organizacja, składająca się z urologów, uroginekologów, techników, fizjoterapeutów oraz pielęgniarek i położnych. Oczywiście, na kongresy przyjeżdża teraz coraz więcej pielęgniarek i fizjoterapeutów, ponieważ ta dziedzina się coraz szybciej rozwija w różnych krajach. Dlatego też coraz więcej jest reprezentantów tych specjalizacji. To nie jest nowy trend, oni zawsze tu byli.

**Ja na to patrzę z perspektywy naszego kraju, Polski. Czy uważa pan, że u nas będzie podobnie? Że liczba pielęgniarek, położnych, fizjoterapeutów interesujących się tą dziedziną, specjalizujących się w niej, będzie rosła?**

To zależy nie tylko od pielęgniarek, położnych czy fizjoterapeutów, ale przede wszystkim od systemu. Na pewno pielęgniarki czy fizjoterapeuci są zainteresowani poszerzaniem swojej wiedzy i kompetencji i jeżeli będą mieli odpowiednie do tego warunki, to na pewno wielu z nich będzie się specjalizowało w tej dziedzinie. Nietrzymanie moczu to jeden z najczęstszych problemów ludzi starszych. Niestety w wielu krajach nie jest on jeszcze doceniany.

**Wspomniał pan o organizacji systemu ochrony zdrowia. Przez ostatnie dwa lata polskie Ministerstwo Zdrowia prowadziło szeroką debatę pod hasłem „Wspólnie dla Zdrowia”, której głównym celem było wypracowanie**



kierunków rozwoju polskiej służby zdrowia w przyszłości. Czy zarekomendowałby nam pan model kanadyjski?

Nie, ponieważ model kanadyjski jest modelem absolutnie rządowym, nie ma żadnej opcji prywatnej. W związku z tym nie ma alternatywy, która może być wsparciem dla systemu publicznego. Według mnie system kanadyjski nie jest doskonały. Mimo że jest otwarty dla wszystkich, to nie starcza pieniędzy dla wszystkich. Kolejki do lekarzy i chirurgów są bardzo długie, nie ma wystarczająco dużo pielęgniarek, zamyka się oddziały albo izby przyjęć z powodu braku personelu. Władza nie chce przeznaczać więcej pieniędzy na zdrowie, bo i tak daje na nie prawie 40 proc. budżetu. W Kanadzie każda prowincja jest odpowiedzialna za zdrowie mieszkańców, nie rząd federalny. W zależności od zasobności, daje więcej lub mniej na ten cel. Polska nie powinna wzorować się na organizacji systemów w innych krajach, lecz rozwinąć własny, opierając się na warunkach ekonomicznych i socjalnych, jakie są w kraju.

**W Polsce urolodzy coraz częściej koncentrują się na uroonkologii. Pacjentów z nowotworami układu moczowo-płciowego przybywa lawinowo, przez co lekarze mają coraz mniej czasu na leczenie pacjentów z innymi schorzeniami. Czy na świecie jest podobnie?**

Tak, przynajmniej jeśli chodzi o Kanadę. Większość lekarzy urologów zajmuje się u nas leczeniem nowotworów, i to jest pierwsza ścieżka wyboru dla rezydentów, żeby zrobić właśnie tę specjalizację. Natomiast zaburzenia oddawania moczu, czyli tzw. funkcjonalna urologia, są zazwyczaj na drugim miejscu.

**Gdyby miał pan procentowo określić, to ilu urologów w Kanadzie zajmuje się wyłącznie uroonkologią, a ilu zdecydowało się pójść w stronę urologii funkcjonalnej?**

Kanadyjski urolog po skończeniu specjalizacji może robić wszystko. Jeśli trafi do jakiegoś małego szpitala, to – jeśli tylko chce – zajmuje się tam i leczeniem nowotworów, i nietrzymania moczu. Natomiast w ośrodkach uniwersyteckich zazwyczaj lekarze wybierają jakąś specjalizację. Jedni zajmują się głównie leczeniem nowotworów, inni zajmują się głównie np. andrologią, jeszcze inni usuwaniem kamieni, a kolejna grupa funkcjonalną urologią. Jeśli chodzi o funkcjonalną urologię, to moim zdaniem w Kanadzie wybrało ją jako główny obszar swoich działań ok. 10-15 proc. urologów.

**W Polsce współpraca między urologami a ginekologami nie układa się najlepiej. Szczególne emocje budzi**

**projekt stworzenia nowej podspecjalizacji – uroginekologii. Jak pan to ocenia z perspektywy członka zarządu ICS, ale też profesora urologii z Kanady?**

To jest zawsze hot topic, również w Kanadzie. U nas w tej chwili również prowadzone są rozmowy na ten temat na poziomie The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada (Królewskie Kolegium Lekarzy i Chirurgów Kanady), które nadaje tytuły specjalizacyjne. Uroginekolodzy chcą wprowadzić certyfikację. Nie chodzi o certyfikat dotyczący specjalizacji, ale o potwierdzenie, że ktoś ma większą wiedzę na temat uroginekologii. Chodzi m.in. o to, aby mieć podstawę do negocjacji finansowych ze szpitalem. Negatywnym zjawiskiem jest to, że nie każdy lekarz urolog w Kanadzie chce teraz zdobywać certyfikat z uroginekologii, a mimo to np. zakłada taśmy. Istnieje obawa, że bez tego certyfikatu nie będzie mógł tego robić. Osobiście, jako urolog, jestem przeciwny tworzeniu tzw. podspecjalizacji w uroginekologii.

Można zdobywać różnego rodzaju specjalizacje, pracując w dużych ośrodkach akademickich, ale uważam, że lekarz urolog powinien mieć możliwość wykonywania operacji i leczenia chorych z zaburzeniami dolnego

układu moczowego w każdym rejonie i w każdym szpitalu bez ograniczeń.

**A czy w ogóle istnieje taka specjalizacja jak uroginekologia w Kanadzie?**

Nie, chociaż niektórzy ginekolodzy tytułują się uroginekologami. Nie jest to jednak subspecializacja, podobnie jak nie ma subspecializacji w urologii funkcjonalnej. Są natomiast roczne lub dwuletnie studia podyplomowe z zakresu urologii funkcjonalnej. Odbývają się w ośrodkach akademickich, po specjalizacji. Po ich ukończeniu lekarz zajmuje się głównie urologią funkcjonalną.

**Kto pana zdaniem będzie leczył NTM za 10 lat?**

Roboty. (śmiej) A tak poważnie, to nadal uważam, że zależy to w dużej mierze od systemu ochrony zdrowia w danym kraju. W niektórych krajach urolodzy w ogóle nie chcą zajmować się tym problemem, w innych wręcz przeciwnie. Według mnie tam, gdzie urolodzy już zajmują się tą kwestią, na pewno nie przestaną się nią zajmować, a uroginekolodzy, którzy też zajmują się tym problemem, nadal będą się nim zajmować. Myślę, że dużych zmian w tym zakresie i odpowiedzi na pytanie, kto to będzie robił w przyszłości, na razie nie będzie.

**Dziękuję za rozmowę.**

# Jak powinna wyglądać kwalifikacja do zabiegu neuromodulacji krzyżowej?

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

**N**euromodulacja krzyżowa to elektryczna modulacja nerwów krzyżowych unerwiających pęcherz moczowy, jelita, zwieracz cewki moczowej, zwieracz odbytu oraz mięśnie miednicy mniejszej przy pomocy stymulatora zaimplantowanego w okolicy pośladka.

Wskazaniem do zabiegu neuromodulacji krzyżowej są objawy zespołu pęcherza nadreaktywnego o typie suchym i mokrym, które nie ustąpiły po leczeniu farmakologicznym lub terapia była źle tolerowana przez pacjenta. Drugim wskazaniem jest niedoczynny wypieracz pęcherza moczowego z zaleganiem moczu po mikcji z koniecznością samocewnikowania.

Przeciwwskazaniami do zabiegu neuromodulacji są:

- anatomiczna przeszkoda podpęcherzowa,
- brak odpowiedzi na test stymulacji,
- brak możliwości implantacji urządzenia w pośladku.

Aby zabieg spełnił oczekiwania chorych, bardzo ważny jest ich właściwy dobór. Pacjent powinien mieć wdrożone wcześniej inne metody leczenia, takie jak leczenie behawioralne, oraz co najmniej dwie opcje leczenia farmakologicznego. Powinien zostać poinformowany o skuteczności leczenia, przeszkolony w zakresie obsługi neuromodulatora oraz poinformowany o konieczności zgłaszania się na wizytę kontrolną raz na

12 miesięcy, podczas której sprawdzone zostanie działanie stymulatora. Należy go poinformować, że po około 8 latach trzeba będzie to urządzenie wymienić.

W procesie kwalifikacji pacjenta do pierwszego etapu testowego zabiegu należy u niego:

- wykonać USG układu moczowego z zaleganiem moczu po mikcji,
- wykonać uretrocystoskopię,
- wykonać badanie urodynamiczne,
- wypełnić dzienniczek mikcji,
- ocenić skalę nasilenia bólu VAS (ang. visual analog scale) u chorych z zespołem bolesnego pęcherza i miednicy.

Okres testowy trwa od 2 do 4 tygodni - w tym czasie należy ocenić efekt neuromodulacji. Poprawa jest oceniana na podstawie wypełnionego dzienniczka mikcji, u chorych z zespołem bolesnego pęcherza i miednicy również poprzez ocenę natężenia bólu według skali VAS, a u chorych z zaleganiem moczu po mikcji należy wykonać badanie przepływu cewkowego wraz z zaleganiem po mikcji. O powodzeniu okresu testowego mówimy w sytuacji, gdy objawy kwalifikujące pacjenta do pierwszego etapu leczenia zmniejszyły się co najmniej o 50 proc., a w przypadku zalegania moczu po mikcji konieczność samocewnikowania obniżyła się o połowę.

## Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej

| MIASTO   | PLACÓWKA                                                                                                                                     | ADRES                              | TELEFON KONTAKTOWY | KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU            |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------|
| Kraków   | Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki                                                                   | ul. Grzegórzecka 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 13 / 47  | 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         |



# Europejski Dzień Prostaty. Zmiany w programie lekowym nie zlikwidowały zakazu leczenia sekwencyjnego

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Khunatorn - stock.adobe.com

**T**egoroczne obchody Europejskiego Dnia Prostaty były dla chorych na ten typ nowotworu nieco bardziej optymistyczne, ponieważ doczekali się wreszcie korzystnych zmian w programie leczenia zaawansowanego raka gruczołu krokowego.

Pacjenci ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” z dużym zadowoleniem przyjęli decyzję Ministerstwa Zdrowia, którą wiceminister Maciej Miłkowski ogłosił w mediach społecznościowych jeszcze pod koniec sierpnia. Od 1 września, po miesiącach oczekiwania i wielu interwencjach pacjentów, lekarzy i parlamentarzystów, program lekowy „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” został wreszcie rozszerzony o możliwość leczenia enzalutamidem pacjentów przed chemioterapią. Polska była jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym pacjenci i lekarze mieli do dyspozycji tylko jeden refundowany lek w programie przed chemioterapią - octan abirateronu.

– Trwało to prawie dwa lata, ale wreszcie się udało – cieszy się Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty stowarzyszenia „UroConti”, który nadal odbiera telefony

od zdesperowanych pacjentów, którzy od wielu miesięcy czekali na lek, który może im wydłużyć życie i poprawić jego jakość. – *To dobra wiadomość dla nich wszystkich, także dla tych, którzy wcześniej leczyli się enzalutamidem komercyjnie, wydając na niego oszczędności całego życia* – dodaje.

Jak podkreślano podczas XXII Kongresu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), odbywającego się w dniach 29-31 sierpnia w Gdańsku, lekarze mają od 1 września nowe możliwości leczenia chorych na raka gruczołu krokowego. Wynika to – jak podkreślił prof. Piotr Wysocki, prezes PTOK – z obwieszczenia, które ostatecznie harmonizuje programy lekowe w leczeniu chorych na opornego na kastrację przerzutowego raka gruczołu krokowego. „Mamy wreszcie do dyspozycji dwa leki do stosowania zarówno przed, jak i po chemioterapii opartej o docetaksel. W związku z tym państwa decyzje terapeutyczne powinny być oparte na wiedzy klinicznej, doświadczeniu, na cechach waszych pacjentów, a nie na ograniczeniach zapisów programu lekowego, czy na dostępności jednego, a nie drugiego leku” – tymi słowami prof. Wysocki zwrócił się do uczestników kongresu.

Dr Ewa Chmielewska ze Szpitala Onkologicznego NU-MED w Elblągu przypominała, że jeżeli lekarze nie będą weryfikować skutków swoich decyzji, to nigdy nie nauczą się dobrze kwalifikować chorych do leczenia. Nawiązała w ten sposób do wyników badań porównujących skuteczność obu leków stosowanych w terapii chorych na zaawansowanego raka prostaty. Pod uwagę należy brać również długofalowe korzyści z ich stosowania odnoszone przez chorych.

W przywołanej przez dr Chmielewską metaanalizie opublikowanych do tej pory badań klinicznych, w których porównywano skuteczność abirateronu z enzalutamidem we wskazaniu przed chemioterapią, ten drugi lek okazał się zdecydowanie lepszy. Natomiast w metaanalizie porównawczej skuteczności obu leków stosowanych po chemioterapii nie odnotowano istotnych różnic.

### Kwalifikacja chorych bez skali Gleasona

Do 1 września br. Polska była prawdopodobnie jedynym krajem na świecie, w którym kryterium kwalifikującym do programu lekowego była ocena stopnia złośliwości nowotworu według skali Gleasona. W opinii członków stowarzyszenia „UroConti” stosowanie go w niesprawiedliwy i sztuczny sposób dzieliło chorych na lepszych i gorszych. Przeciwno tej dyskryminacji protestowali pacjenci, krytykowali ją również eksperci medyczni i Rada Przejrzystości, która postulowała potrzebę „rewizji programu lekowego leczenia zaawansowanego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w szczególności dopuszczenie do stosowania obu leków hormonalnych (octanu abirateronu i enzalutamidu) przed chemioterapią bez uzależnienia od stopnia złośliwości (skala Gleasona)”.

– Cieszę się, że moje kolejne interwencje, w tym także te już po publikacji projektu listy mającej obowiązywać od 1 września, przyniosły wymierny skutek. Przecież to nieludzkie mówić pacjentom zmagającym się codziennie z ciężką chorobą nowotworową, że o tym, czy będą leczeni zadecyduje bezduszny przepis wymyślony jedynie w Polsce – mówi Bogusław Olawski.

### Zakaz sekwencyjnego leczenia utrzymany w mocy

Jednak wraz z rozszerzeniem programu lekowego wcale nie skończyły się wszystkie problemy pacjentów z rakiem prostaty, ponieważ nadal obowiązuje zakaz sekwencyjnego podawania leków. W praktyce oznacza to, że jeśli pacjent leczył się wcześniej jednym z tych dwóch leków, który okazał się u niego nieskuteczny, to w myśl obowiązujących ciągle zapisów zamyka się przed nim możliwość leczenia drugim lekiem, chyba że zapłaci sobie za niego z własnej kieszeni.

– Od samego początku wprowadzenia tego zapisu docierają do mnie głosy zrozpaczonych pacjentów z całej Polski, którzy słyszą od swoich lekarzy, że z powodu wcześniejszej terapii abirateronem nie będą mogli skorzystać z leczenia enzalutamidem i odwrotnie, bo program lekowy na to nie pozwala. To absurd, którego nie spotkamy nigdzie poza Polską! – mówi Bogusław Olawski.

Ponadto, na świecie są już dostępne inne nowoczesne leki, pozwalające na leczenie pacjentów we wcześniejszych fazach choroby, kiedy ich organizm nie jest jeszcze tak bardzo wycieńczony. – A my nadal w ognio – komentuje Bogusław Olawski. – Co tu mówić o leczeniu na światowym poziomie, kiedy w Polsce nie są nawet refundowane wszystkie leki dostępne w innych krajach na późniejszym etapie leczenia – dodaje. I zapowiada, że nie odpuszcza, nadal będzie walczył w imieniu wszystkich chorych na raka gruczołu krokowego.

Na kongresie Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej również mówiono o sekwencyjnym leczeniu raka prostaty lekami należącymi do grupy antyandrogenów II generacji, czyli abirateronem i enzalutamidem. Z badań, na które powoływała się dr Ewa Chmielewska w swoim wystąpieniu na sesji poświęconej leczeniu chorych na raka stercza wynika, że korzystniej jest zastosować u nich najpierw abirateron, a następnie enzalutamid, a nie odwrotnie. Nie ma jednak wystarczających dowodów (brak analizy retrospektywnej), które mogłyby precyzyjnie określić korzyści płynące z takiej kolejności leczenia.

– Uzyskanie długotrwałego efektu we wskazaniu post-chemo [po chemioterapii – przyp. aut.] zależy od właściwej strategii leczenia przed zastosowaniem enzalutamidu. Oznacza to, że jeżeli z jakichś powodów pacjent miał rozpocząć leczenie od chemioterapii, na przykład po operacji otrzymał docetaksel, to niewątpliwie w momencie zdiagnozowania nawrotu choroby nie można czekać z rozpoczęciem tego leczenia – powiedziała ekspertka.

### Coraz dłuższe kolejki do specjalistów

Pacjenci skarżą się, że coraz trudniej jest im dostać się w ramach ubezpieczenia do lekarzy specjalistów, w tym do urologów. Za to jak grzyby po deszczu wyrastają prywatne gabinety lekarzy będących jeszcze w trakcie specjalizacji, którzy już tytułują się specjalistami, chociaż w rzeczywistości jeszcze nimi nie są.

– To bardzo niebezpieczne zjawisko. Nie dość, że musimy czekać w wielomiesięcznych kolejkach do specjalistów w ramach publicznej służby zdrowia, którą opłacaliśmy z naszych składek niekiedy po 40 lat, to kiedy już decydujemy się przyspieszyć leczenie i skorzystać z płatnej wizyty, możemy trafić na lekarza bez specjalizacji – mówi przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.



# Zaburzenia trzymania moczu u kobiet (cz. 1)

dr Honorata Błaszczyk, lekarz rodzinny, Poradnia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi  
 prof. Ewa Barcz, lekarz ginekolog, Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie  
 prof. Anna Kołodziej, lekarz urolog, Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu

**N**ietrzymanie moczu stanowi częsty i istotny problem zdrowotny. Mimo to wciąż uważany jest za wstydlivy i pacjenci niechętnie zgłaszają go swojemu lekarzowi. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) wydaje się być dobrym miejscem do zainicjowania rozmowy na ten temat, identyfikacji problemu, wstępnej diagnostyki i leczenia. Zespół POZ może zapewnić edukację w zakresie profilaktyki, pielęgnacji i higieny, pokierować do leczenia specjalistycznego, zapewnić holistyczne podejście do problemu. Lekarze rodzinni nie wykorzystują jednak w pełni posiadanych możliwości w tym zakresie. Według Światowej Organizacji Zdrowia i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji nietrzymanie moczu to przypadłość obejmująca jakikolwiek epizod niezależnego od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego. Może być objawem nieprawidłowości budowy lub funkcji dróg moczowych, następstwem urazów lub chorób ośrodkowego układu nerwowego (takich jak guzy mózgu, przepuklina mózgowo-rdzeniowa, choroby demielinizacyjne, przebyte epizody naczyniowo-mózgowe), chorób narządów płciowych żeńskich (wady anatomiczne, zaburzenia statyki, przebyte urazy), chorób gruczołu krokowego, przebytych zabiegów operacyjnych w obrębie miednicy mniejszej i jamy brzusznej, radioterapii czy urazów okolicy krocza. Może również towarzyszyć chorobom przewlekłym związanym ze wzrostem ciśnienia śródbrzusznego, np. przebiegającym z kaszlem (przewlekła obturacyjna choroba płuc).

## Epidemiologia

Częstość występowania NTM jest trudna do określenia i brak jest jednoznacznych danych określających liczbę osób cierpiących na tę dolegliwość. Wynika to z faktu, iż NTM jest nadal przez wiele osób traktowane jako przy-

padłość wstydliva lub jako nieunikniona konsekwencja przebytych porodów czy procesów starzenia.

Według danych przedstawionych na konferencji zorganizowanej pod nazwą Global Forum on Incontinence (GFI) w kwietniu 2018 roku w Rzymie, nietrzymanie moczu dotyczy 8-10 proc. populacji. Szacowana liczba osób z nietrzymaniem moczu na świecie w 2019 roku wynosi około 423 mln, w tym 303 mln kobiet i 121 mln mężczyzn. Z nietrzymaniem moczu zmagają się na świecie średnio co trzecia, czwarta kobieta, czyli około 30 proc. przed okresem menopauzy i do 60 proc. po menopauzie. Nietrzymanie moczu występuje u około 90 proc. pensjonariuszy domów opieki społecznej i domów późnej starości.

Jak wynika z danych Europejskiego Towarzystwa Urologicznego, u 5-69 proc. kobiet (najczęściej podawane dane kształtują się w zakresie 25-45 proc.) i 1-39 proc. mężczyzn występuje co najmniej jeden incydent nietrzymania lub gubienia

moczu w okresie 12 miesięcy. Na przestrzeni ostatniej dekady liczba osób dotkniętych problemem nietrzymania moczu na świecie sukcesywnie rosła. W 2008 roku szacowana liczba osób z NTM wynosiła 346 mln, a w 2013 roku już 383 mln.

Szacuje się, że w Polsce problem nietrzymania moczu dotyka około 2,5 mln osób. Dane GUS z 2016 roku pokazują, że u 15,4 proc. polskich kobiet występuje nietrzymanie moczu, co czyni go dziewiątą co do częstości zgłaszania jednostką chorobową. Odsetek ten może być jednak znacznie zaniżony, gdyż intymny charakter problemu utrudnia zebranie rzetelnych danych.

## Czynniki ryzyka

NTM może wystąpić w każdym wieku, jednak częstość jego występowania wzrasta wraz z upływem lat. Wystę-



Fot. Anita Poryszewska

puje ono u około 13 proc. kobiet w wieku 20-29 lat, u ponad 30 proc. kobiet w wieku 40-59 lat oraz u blisko 45 proc. kobiet w wieku powyżej 75 lat. Trzy razy częściej dotyka kobiet niż mężczyzn.

Do czynników ryzyka NTM należą również:

- ciąża (szczególnie mnoga),
- porody - zarówno drogami natury, jak i zabiegowe (zwłaszcza liczne i z dużą masą urodzeniową dziecka),
- menopauza (niedobór estrogenów),
- przebyte zabiegi ginekologiczne u kobiet,
- zabiegi urologiczne u mężczyzn (prostatektomia, cystektomia, TUR, radioterapia gruczołu krokowego),
- otyłość,
- zaparcia,
- ciężka praca fizyczna,
- choroby przewlekłe przebiegające z kaszlem,
- przyjmowanie niektórych leków (np. benzodiazepin).

W ostatnich latach duże znaczenie w patogenezie nietrzymania moczu zaczęto przypisywać czynnikom genetycznym. Mechanizm powstawania problemu związany jest z nieprawidłową budową kolagenu (uwarunkowanie genetyczne), a obserwacje te potwierdzone są przez fakt ponad 60-proc. współistnienia różnych form nietrzymania moczu, zaburzeń statyki narządów miednicy u członków rodzin dotkniętych jedną z form NTM.

Występowanie NTM, szczególnie u osób starszych, może być konsekwencją chorób współistniejących, takich jak:

- niewydolność serca,
- przewlekła niewydolność nerek,
- cukrzyca,
- przewlekła obturacyjna choroba płuc,
- zaburzenia poznawcze,
- depresja,
- bezdech senny.

Optymalizacja leczenia tych schorzeń może korzystnie wpłynąć na poprawę stanu pacjentów w zakresie kontynencji.

## Rodzaje NTM

Według Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji wyróżnia się następujące rodzaje nietrzymania moczu:

- **wysiłkowe nietrzymanie moczu** - mimowolny wyciek moczu następuje podczas wysiłku fizycznego, kaszlu, śmiechu, kichania oraz czynności, które powodują wzrost ciśnienia śródbrzusznego; szacuje się, że na wysiłkowe NTM cierpi ok. 49 proc. wszystkich osób z nietrzymaniem moczu,
- **nagłące nietrzymanie moczu** - niekontrolowany wyciek moczu poprzedzony jest uczuciem parcia nagłącego (nagłej trudnej lub niemożliwej do opanowania potrzeby oddania moczu); szacuje się, że na tę postać cierpi ok. 22 proc. wszystkich osób z NTM,

- **mieszane nietrzymanie moczu** - zawiera w sobie elementy ww. rodzajów NTM; szacuje się, że na tę postać cierpi ok. 29 proc. wszystkich osób z nietrzymaniem moczu.

Rzadziej występujące rodzaje nietrzymania moczu to:

- **moczenie nocne** - wyciek moczu podczas snu, w ciągu dnia zwykle nie ma problemów z utrzymaniem moczu w pęcherzu moczowym,
- **ciągłe nietrzymanie moczu** - objaw polegający na stałym wycieku moczu,
- **pozacewkowe nietrzymanie moczu** - niekontrolowany wyciek moczu następuje inną drogą niż przez cewkę moczową, np.

przez przetokę pęcherzowo-pochwową czy pęcherzowo-odbytniczą,

- **inne typy nietrzymania moczu** - występują w określonych sytuacjach, np. podczas aktywności seksualnej, podczas śmiechu.

Mówiąc o nietrzymaniu moczu, należy również pamiętać o zespole pęcherza nadreaktywnego/ nadaktywnego (overactive bladder - OAB). Jest to zespół objawów, na który składają się:

- nagłące parcie na pęcherz moczowy,
- zwiększona liczba mikcji w ciągu dnia (powyżej 8) oraz w nocy (więcej niż jedna mikcja przerywająca sen, po której ponownie następuje sen), z występowaniem nietrzymania moczu z parć nagłych.

Dla pęcherza nadreaktywnego bez nietrzymania moczu stosuje się nazwę „suchy” pęcherz nadreaktywny, dla pęcherza naderaktywnego z nietrzymaniem moczu - „mokry” pęcherz nadreaktywny.



prof. Ewa Barcz

Fot. Ewa Kowalczyk



## Wysiłkowe nietrzymanie moczu

Jest ono najczęstszym typem nietrzymania moczu występującym u kobiet i stanowi ok. 49 proc. wszystkich rodzajów tego schorzenia (u mężczyzn około 8 proc.). Wysiłkowe NTM charakteryzuje się bezwiednym oddawaniem niewielkich ilości moczu bez uczucia parcia, zwykle bez zwiększenia liczby mikcji w ciągu dnia i nocy. Istnieją dwa typy wysiłkowego nietrzymania moczu, które często ze sobą współistnieją: anatomiczny (nadmierna ruchomość pęcherza i cewki moczowej) oraz zwieraczowy (osłabienie siły zwieracza zewnętrznego cewki moczowej).

## Czynniki ryzyka

Do najważniejszych czynników ryzyka wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet należą:

- wiek - częstość występowania i zapadalność rosną wraz z wiekiem,
- przebyte porody - szczególne znaczenie mają porody zabiegowe i ich powikłania oraz duża masa urodzeniowa noworodka; podczas porodu dochodzi do maksymalnego rozciągnięcia więzadeł, mięśni i powięzi dna miednicy - część włókien tkanki łącznej i mięśniowej może ulec całkowitemu uszkodzeniu, w tym również mięśnie odpowiedzialne za utrzymanie moczu w pęcherzu moczowym. Do 30 proc. kobiet w pierwszych trzech miesiącach po porodzie drogami natury skarży się na przejściowe nietrzymanie moczu, u ok. 10 proc. kobiet po porodzie zakończonym cięciem cesarskim występuje ten problem,
- niedobór estrogenów związany z menopauzą - powoduje obniżenie napięcia mięśniowego struktur mięśniowo-łącznotkankowych przepony moczowo-płciowej, w konsekwencji prowadzi to do osłabienia podparcia cewki moczowej i objawów nietrzymania moczu,
- otyłość - ryzyko nietrzymania moczu u kobiet otyłych jest czterokrotnie większe niż w populacji ogólnej,
- przebyte zabiegi operacyjne w obrębie miednicy mniejszej - wysiłkowe nietrzymanie moczu stwierdza się u ok. 20 proc. kobiet po całkowitym wycięciu macicy,
- ciężka fizyczna praca,

- uprawianie sportów o podwyższonym ryzyku (ciężary, lekka atletyka, akrobatyka).

## Badanie podmiotowe

W identyfikacji problemu nietrzymania moczu i postawieniu wstępnego rozpoznania wysiłkowego NTM podstawowe znaczenie ma dobrze zebrany wywiad. W zdecydowanej większości przypadków to lekarz odgrywa tu wiodącą rolę, ponieważ kobiety niechętnie inicjują rozmowę na ten temat. Badania wskazują, że głównymi przyczynami niezgłaszania lekarzowi problemów z kon-

tynencją przez pacjentki są: wstyd, brak wiedzy na temat możliwości leczenia oraz przekonanie, że nietrzymanie moczu jest naturalną konsekwencją starości.

Dlatego podstawą identyfikacji problemu jest aktywne zadawanie pytań dotyczących nietrzymania moczu przez lekarza, pielęgniarkę lub położną. Zaleca się stosowanie tzw. testu 3 pytań, które pozwolą określić stopień nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu (skala Stameya).

1. Stopień I - nietrzymanie moczu występuje

tylko w pozycji stojącej podczas nagłego i znacznego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (np. kaszel, śmiech).

2. Stopień II - nietrzymanie moczu występuje w następstwie wysiłku fizycznego powodującego napięcie mięśni brzucha (skakanie, chodzenie po schodach z obciążeniem, nagła zmiana pozycji ciała).

3. Stopień III - do gubienia moczu dochodzi podczas niewielkiego wysiłku fizycznego, np. zmiany pozycji ciała.

Wywiad należy ukierunkować na identyfikację czynników ryzyka, dolegliwości ze strony dróg moczowych (objawy dyzuryczne, krwimocz), współistniejące choroby przewlekłe, które mogą powodować lub nasilać nietrzymanie moczu, stosowane leki, nawyki żywieniowe, w tym ilość i rodzaj wypijanych płynów. Ważnym elementem wywiadu jest ocena zużywanych przez pacjentkę środków chłonnych oraz wpływ dolegliwości na jakość jej życia.

*Piśmiennictwo u Autorek*

W następnym odcinku napiszemy o diagnostyce i leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu.



prof. Anna Kołodziej

Fot. Monika Gackiewicz

# Miejsce pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej

Maja Markłowska-Tomar

**P**odczas czerwcowej konferencji podsumowującej tegoroczne obchody Światowego Tygodnia Kontynencji ogłoszono 8. edycję raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”. Zawarte w nim dane obrazują sytuację osób z nietrzymaniem moczu w naszym kraju, która od ubiegłego roku wcale aż tak bardzo się nie zmieniła.

## Osiem preparatów, ale tylko dwie substancje

W 2018 r. NFZ refundował w sumie siedem preparatów stosowanych w leczeniu NTM u chorych z zespołem pęcherza nadreaktywnego – jeden zawierający substancję czynną solifenacynę i sześć z tolterodyną. W stosunku do 2017 r. liczba dostępnych leków dla tej grupy pacjentów nie zmieniła się. Wzrosły jedynie koszty ich refundacji – z ok. 20,6 mln zł do ok. 22,2 mln zł. W przypadku leczenia chirurgicznego (zabiegi z użyciem taśm, zabiegi ostrzykiwania ściany pęcherza toksyną botulinową, zabiegi założenia sztucznego zwieracza cewki moczowej oraz jego wymiany, a od 1 kwietnia 2019 r. również zabiegi neuromodulacji krzyżowej) zanotowano odwrotną tendencję. O ile w 2017 r. NFZ wydał na nie 25,3 mln zł, to już rok później tylko 24,5 mln zł.

## Refundacja środków chłonnych: Polska w ogonie Europy

Niewiele zmieniło się w refundacji środków absorpcyjnych. Zgodnie ze znowelizowanym w 2018 r. rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, NFZ dofinansowuje pięć rodzajów środków absorpcyjnych: pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, majtki chłonne, podkłady i wkłady anatomiczne. Osobom z NTM spełniającym kryterium chorobowe przysługuje obecnie do 90 sztuk produktów chłonnych miesięcznie przy 30-proc. dopłacie pacjenta oraz limicie cenowym 90 zł. Pacjenci dotknięci chorobą nowotworową mają prawo do skorzystania ze 100-proc. refundacji do 90 sztuk środków absorpcyjnych przy limicie cenowym wynoszącym 77 zł.

Co prawda, w wyniku nowelizacji rozporządzenia zmieniono limity ilościowe (z 60 do 90 sztuk), ale w ślad za tym nie poszła zmiana limitów cenowych. W praktyce oznacza to, że dla pacjentów onkologicznych limit cenowy refundacji obniżono z 1,28 zł do 0,86 zł za jedną sztukę, a dla pozostałych pacjentów z 1,05 zł do 70 gr za jedną sztukę. *– Za tak niską kwotę możliwy jest zakup jedynie 90 sztuk wkładek urologicznych o najniższej chłonności, co absolutnie nie zaspokaja potrzeb pacjentów ze średnim i ciężkim NTM. Aktualnie obowiązujące limity cenowe w Polsce należą do najniższych w Europie, a ostatnia ich zmiana miała miej-*

*sce w 1999 roku, a więc 20 lat temu! Do tego obowiązujące kryteria chorobowe nadal wykluczają z refundacji dużą grupę osób cierpiących na wysiłkowe nietrzymanie moczu – komentują autorzy raportu.*

## Gdzie są zapowiadane ułatwienia?

Nagłaśniane w mediach dwie tzw. specustawy – ustawa o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” oraz ustawa wprowadzająca szczególne uprawnienia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, usług farmaceutycznych oraz wyrobów medycznych dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności – nie przyniosły wymiernych korzyści ich beneficjentom. W 2018 r. NFZ wydał na zaopatrzenie osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności w wyroby medyczne wydawane na zlecenie 56,5 mln zł, z czego 14 mln zł to koszt pieluchomajtek. W 2017 r. wydatki NFZ z tytułu zaopatrzenia w wyroby medyczne osób uprawnionych na podstawie ustawy „Za życiem” wyniosły zaledwie 12,7 mln zł, w tym na pieluchomajtki zaledwie jedna czwarta tej kwoty (4,1 mln zł), przy łącznej refundacji dla pozostałych pacjentów na poziomie 256,4 mln zł (2018r.). Pomijając niepełność danych, z zebraniem których NFZ ma wyraźne kłopoty, można wyciągnąć wnioski, że obie specustawy wprowadziły więcej chaosu w naliczaniu i rozliczaniu refundacji niż przyczyniły się do zwiększenia dostępności. Dowodem na to może być spadek dynamiki wzrostu refundacji ogólnodostępnej do 4,8 proc. (2018/2017), z odnotowywanego od wielu lat poziomu 6-8 proc. rocznie.

Jeszcze bardziej zastanawiające jest porównanie dynamiki wzrostu wydatków w dłuższym okresie (w latach 2011-2018). Według wyliczeń autorów raportu, wydatki NFZ na środki absorpcyjne wzrosły o niecałe 50 proc., podczas gdy wydatki obywateli wzrosły w tym samym czasie aż o ponad 250 proc.!

Raport powstał z inicjatywy Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jego autorzy uwzględnili w nim dane z NFZ, ale też najnowsze wytyczne dotyczące NTM opracowane przez Europejskie Towarzystwo Urologiczne i zespół ekspertów zrzeszony pod nazwą „Międzynarodowe Konsultacje nad Inkontynencją” oraz wytyczne w zakresie postępowania w zaburzeniach kontynencji wydane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych. Zawarli w nim również dane przedstawione na kongresie naukowym International Continence Society (sierpień 2018, Filadelfia) oraz Global Forum on Incontinence (kwiecień 2018, Rzym).

*Pełną treść raportu można pobrać ze strony:*

[http://uroconti.pl/userfiles/file/Raporty/Raport\\_NT\\_M\\_2019.pdf](http://uroconti.pl/userfiles/file/Raporty/Raport_NT_M_2019.pdf)



# Jak współpracować, aby pomóc pacjentom

Maja Markłowska-Tomar

**P**olityka państwa wobec osób cierpiących na schorzenia układu moczowo-płciowego oraz aktualne standardy leczenia nietrzymania moczu (NTM) zdominowały tematykę konferencji zorganizowanej przez Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” pod koniec czerwca br., w ramach XI Światowego Tygodnia Kontynencji.

Tegoroczne obchody Światowego Tygodnia Kontynencji (ang. World Continence Week, WCW) odbywały się pod hasłem „NTM 2019 - Jak współpracować, aby pomóc”. Podobnie jak w poprzednich latach, zaangażowało się w nie Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”. Na wypełnionej po brzegi sali hotelu Novotel w Warszawie, w której 24 czerwca br. odbywała się konferencja podsumowująca WCW, zasiedli przedstawiciele wszystkich jego oddziałów. Z uwagą przysłuchiwali się wystąpieniom prelegentów, wśród których byli m.in. przedstawiciele NFZ, AOTMiT i Biura Rzecznika Praw Pacjenta oraz innych organizacji pacjenckich.

## Osobom z NTM nie przysługuje refundacja

– *Nietrzymanie moczu nie jest kryterium chorobowym uprawniającym do otrzymania środków absorpcyjnych. Mogą je otrzymać jedynie osoby mające NTM i inną chorobę współistniejącą* – przypomniał Tomasz Michałek, prezentując najnowszą edycję raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej”. Jego zdaniem w Polsce mamy do czynienia z oddolną prywatyzacją ochrony zdrowia, o czym świadczy choćby fakt, że w 2018 r., w porównaniu z poprzednim rokiem, NFZ wydał na refundację wizyt w poradniach ginekologiczno-położniczych o 17 proc. mniej, a koszty wizyt pacjentów z NTM w poradniach urologicznych spadły aż o 74 proc. Dodał, że nierozwiązanym problemem pozostaje wciąż brak koordynacji opieki socjalnej i medycznej między resortami rodziny, pracy i polityki społecznej oraz zdrowia. Najlepszym tego przykładem jest opieka domowa, gdzie wszystkie niedoskonałości systemu widać jak na dłoni. Z kolei w opiece instytucjonalnej często wolne miejsce decyduje o tym, że pacjenci o podobnym profilu trafiają pod kompletnie inną opiekę, finansowaną i organizowaną w różny sposób. Mowa o ZOL-ach i ZPO oraz domach opieki społecznej. Nadal nierozwiązany jest problem szpitali, w których pacjenci przebywają zbyt długo i w efekcie wielu z nich opuszcza je z odleżynami.

Wojciech Wysoczański, dyrektor wrocławskiego oddziału AOTMiT przyznał, że w rozwiązywaniu problemów pacjentów z NTM na pewno nie pomagają jego instytu-

cji obowiązujące przepisy, zaliczające środki absorpcyjne do wyrobów medycznych. – *Są kraje, takie jak Australia, w których są one traktowane jako środki higieniczne, dzięki czemu są powszechnie dostępne* – powiedział Wojciech Wysoczański. Jednocześnie poinformował, że w AOTMiT powstanie zespół ds. oceny wyrobów medycznych. – *Jest pewna grupa wyrobów medycznych, które będą refundowane w ramach sprzedaży aptecznej* – zapowiedział.



Fot. Ewa Kowalczyk

## Zwiększyć dostęp do leczenia i rehabilitacji!

W tym roku stowarzyszenie „UroConti” odniosło sukces – po ośmiu latach jego starań do katalogu świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego dopisano wreszcie procedurę neuromodulacji krzyżowej dla pacjentów cierpiących na ciężkie postaci NTM. Nadal nie zmieniła się jednak sytuacja pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (OAB), którzy na uruchomienie drugiej linii leczenia farmakologicznego czekają już od pięciu lat.

– *Według danych World Federation of Incontinence Patients (WFIP) większość krajów UE, nie tylko tych bogatych, ale nawet ościennych, jak Czechy, Węgry, Słowacja, refunduje nie tylko pierwszą linię leczenia (4-6 leków), ale także drugą. W Polsce do drugiej linii pacjenci nie mają dostępu. Albo finansują leczenie z własnych środków, albo nie leczą się w ogóle!* – wylicza Anna Sarbak, prezes stowarzyszenia „UroConti”.

Tegoroczne obchody WCW stowarzyszenie „UroConti” zakończyło Walnym Zebraniem Delegatów, które, jak co roku, wystosowało postulaty do Ministerstwa Zdrowia. Można je przeczytać na stronie <http://www.uroconti.pl/norowosci.nowosc.671.28.html>

# NIK krytycznie o systemie zaopatrzenia pacjentów w wyroby medyczne

Violetta Madeja

**N**ajwyższa Izba Kontroli obnażyła problem z dostępnością wyrobów medycznych. W opublikowanym w czerwcu br. raporcie, kontrolerzy wskazują na różnice w kosztach zaopatrzenia w wyroby medyczne ponoszonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, ale również coraz wyższe nakłady na ich zakup po stronie pacjentów. Zdiagnozowane w raporcie problemy wykazały również brak dostatecznej kontroli.

Wyniki kontroli NIK pokazały, że sytuacja nie ulega poprawie, a część obowiązujących regulacji nie tylko utrudnia pacjentom dostęp do wyrobów medycznych, ale również stanowi przeszkodę na drodze do ich właściwego doboru.

– W toku kontroli wykazano, że obowiązujące zasady refundacji wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie nie pozwalają na zaopatrzenie pacjentów w tego typu asortyment podczas ich pobytu w szpitalu. Obecnie stosowane uregulowania umożliwiają bowiem realizację zlecenia dopiero po opuszczeniu placówki medycznej, co często stanowi barierę w prawidłowym dobraniu, dopasowaniu i stosowaniu produktów. Ta sformalizowana procedura realizacji zlecenia i odbioru wydłuża czas zaopatrzenia pacjenta w niezbędne wyroby, co może wpływać na efektywność terapii – wskazała Ksenia Maćczak, rzeczniczka Najwyższej Izby Kontroli.

## Nierównomierne finansowanie

Istotnym dla pacjentów problemem, na jaki zwrócili uwagę kontrolerzy NIK, były również kwestie finansowania zakupu wyrobów medycznych. Tylko w okre-

sie objętym kontrolą (od 2016 roku do połowy 2018 roku) koszty zaopatrzenia w wyroby medyczne wzrosły o prawie 27 proc., podczas gdy koszty świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ wzrosły zaledwie o 20 proc. W efekcie dopłaty pacjentów do wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie wzrosły na przestrzeni lat 2014–2017 o prawie 35 proc.!

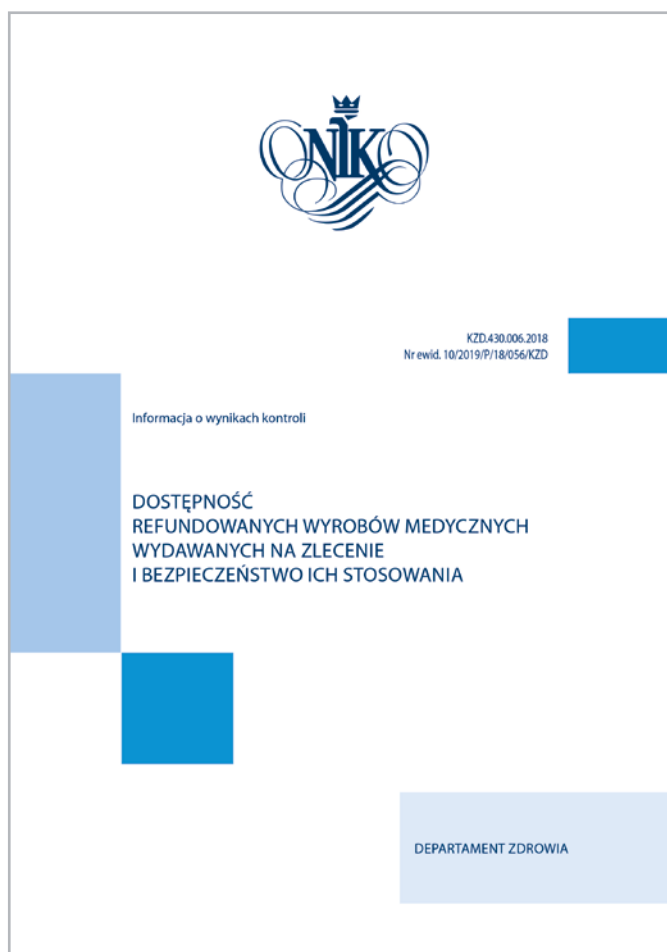
– Zmianę tę bardzo silnie odczuwają pacjenci wymagający zaopatrzenia w środki chłonne. Tylko w naszej grupie po zmianie limitu ilościowego, bez zmiany limitu cenowego, wzrost dopłat pacjentów był silnie odczuwalny. Jest to dla mnie sytuacja niezrozumiała, szczególnie że zdecydowana większość osób korzystających ze środków chłonnych to emeryci lub osoby przebywające na rentach. Zakup pieluchomajtek stał się dużym obciążeniem dla ich domowych budżetów. W efekcie część pacjentów stoi przed trudnym wyborem, czy wykupić np. leki czy pieluchomajtki – podkreśla Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

W raporcie NIK wyraźnie wskazano na dysproporcje w nakła-

dach na wyroby pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi Narodowego Funduszu Zdrowia.

– Różnice kosztowe (per capita – przyp. aut.) za wybrane wyroby medyczne sięgały kwoty nawet tysiąca złotych – wskazała Ksenia Maćczak.

Kontrolerzy zwrócili również uwagę na znaczne dysproporcje pomiędzy poszczególnymi województwami – pacjenci z Pomorza dopłacali w analizowanym okresie nawet dwukrotnie więcej niż osoby z Podkarpacia i Śląska.





### Branża widzi problem

W ocenie Wojciecha Szeffe, prezesa Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego TECHNOMED, wzrost dopłat pacjenta do wyrobów medycznych obserwowany na przestrzeni ostatnich dwóch lat ma dwa kluczowe źródła.

– *Narodowy Fundusz Zdrowia od kilku lat nie zmienił poziomu finansowania wyrobów na zlecenie. Kwota partycypacji NFZ nie podlega indeksacji chociażby o wskaźnik inflacji. Natomiast kolejnym źródłem wzrostu dopłat pacjentów jest jednolity limit finansowania przez NFZ w danej grupie produktowej niezależnie od zaawansowania technologicznego wyrobu. W konsekwencji zarówno produkty starej generacji, jak i innowacyjne wyroby medyczne finansowane są na tym samym poziomie* – ocenia Wojciech Szeffe.

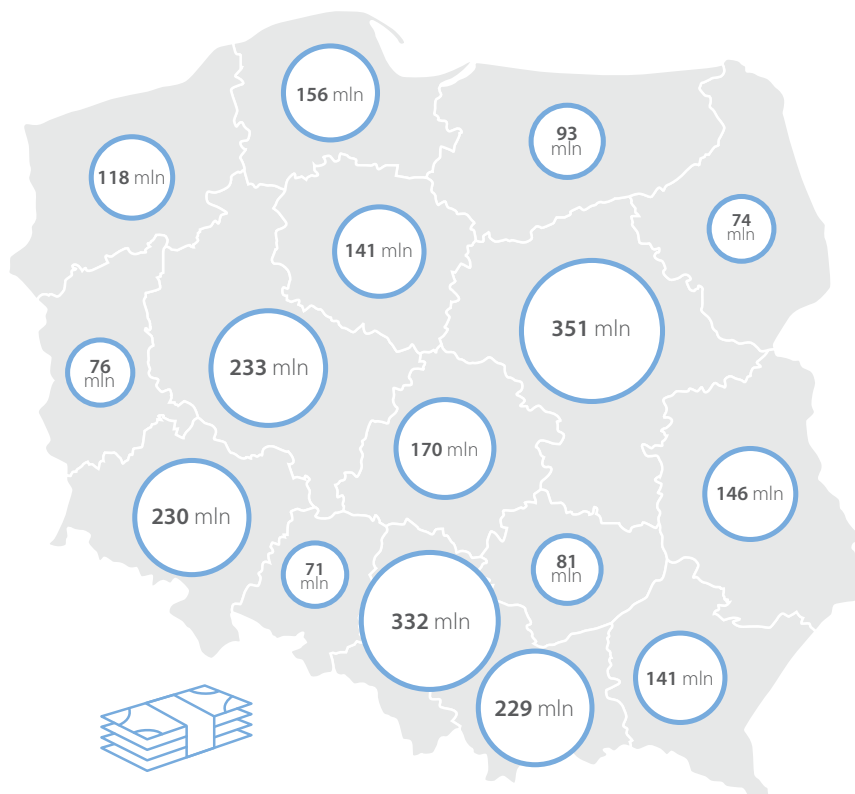
Jego zdaniem pacjenci – o ile posiadają wybór – zdecydowanie chętniej decydują się na nowocześniejsze rozwiązania, które co do zasady, są droższe.

– *Należy podkreślić, iż polski pacjent na rynku środków chłonnych posiada bogaty wybór produktów o najwyższej z możliwych klas. Istniejące rozwiązania prawne premiąją bowiem wysoką jakość za rozsądną cenę. W praktyce konkurencja cenowa i bogata oferta rynkowa wymuszają na dostawcach stosowanie rozsądnej polityki cenowej, co przekłada się między innymi na relatywnie niską marżę w tym segmencie rynku* – dodaje prezes Organizacji Pracodawców Przemysłu Medycznego TECHNOMED.

### NIK z zastrzeżeniami do MZ...

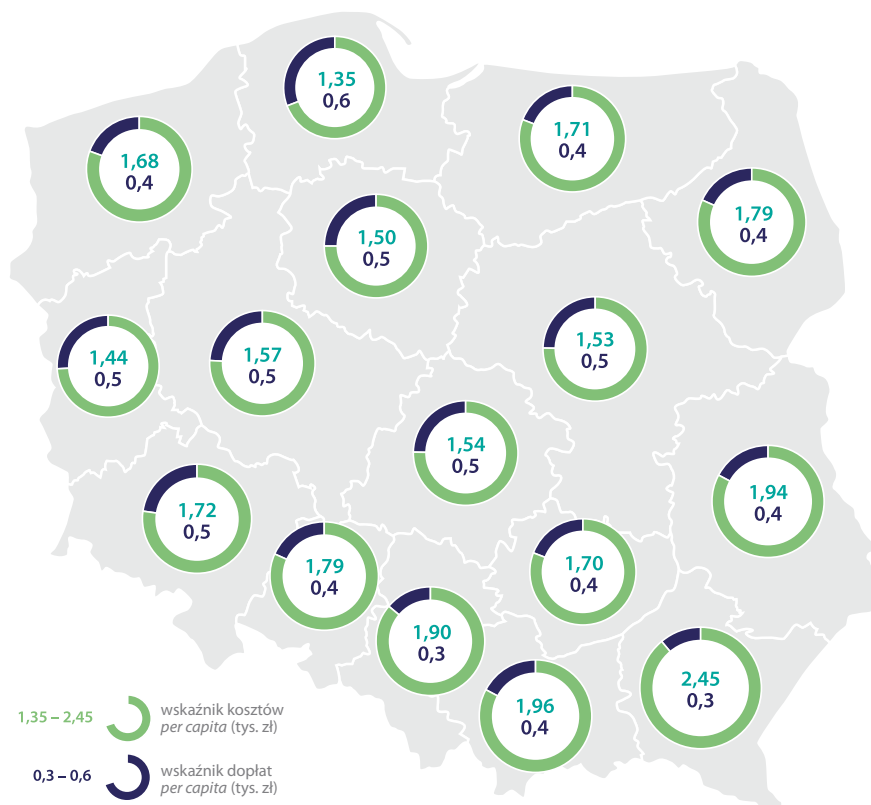
Kontrolerzy zwrócili również uwagę na liczne zaniechania ze strony resortu zdrowia. W ich ocenie, pomimo dynamicznego wzrostu kosztów zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawanych na zlecenie, minister zdrowia nie zdecydował się na zaradzenie sytuacji i podwyższenie limitów ich finansowania ze środków publicznych.

### Dopłaty pacjentów do zaopatrzenia w wyroby medyczne w województwach w latach 2014-2017 (w mln zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ.

### Średnia wartość dopłat per capita w przeliczeniu na osoby zaopatrzone w wyroby medyczne na tle kosztów ponoszonych przez OW NFZ w latach 2014-2017 (w tys. zł)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ.

„W przypadku niektórych wyrobów medycznych limity nie zmieniły się od 2009 roku (np. na pieluchomajtki), a dla kilku innych limit ten został jeszcze obniżony. Tak jest między innymi w przypadku wózków inwalidzkich ręcznych (obniżka limitu o 200 zł), czy materia przeciwoleżynowego (obniżka o 150 zł)” - czytamy w raporcie NIK.

Grzechem zaniechania był również brak przygotowania mechanizmów zapewniających odpowiedni standard jakości wyrobów medycznych oraz rozwiązań legislacyjnych wstrzymujących nieuzasadniony wzrost dopłat ponoszonych przez pacjentów przy ich zakupie. Dlatego też, zdaniem NIK, palącym problemem, którym powinien zająć się minister zdrowia, jest wprowadzenie takich zmian legislacyjnych w obszarze wyrobów medycznych, które poprawiłyby ich dostępność, a także wpłynęły na bardziej gospodarne wydatkowanie środków publicznych na ich zakup. NIK zwrócił również uwagę na konieczność określenia niezbędnych standardów jakościowych.

### ... oraz Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych

Pozytywnych ocen nie zebrał również nadzór na rynku wyrobów medycznych, który w praktyce sprawowany jest przez prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Kontrolerzy wskazali, że z roku na rok rosła liczba spraw dotyczących bezpieczeństwa wyrobów medycznych. Co więcej, ich rozpatrywanie było ze strony urzędu mozolne, a odsetek zakończonych postępowań oscylował na poziomie 27-30 proc.

Zapytany o wyniki raportu NIK rzecznik prasowy Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych Wojciech Łuszczyna poinformował, że wytknięta przez NIK zwłoka wynikała nie tylko z natłoku spraw, ale przede wszystkim z poważnych braków kadrowych, z jakimi boryka się instytucja.

- Rynek wyrobów medycznych jest jednym z najbardziej dynamicznych rynków w sektorze zdrowia. Co roku wzrasta liczba wyrobów wprowadzanych do obrotu i używania na terytorium Polski. Taka liczba spraw przy brakach kadrowych oraz rotacji pracowników jest niemożliwa do załatwienia bez zbędnej zwłoki. Natomiast trzeba pamiętać, że dane dotyczące incydentów (w okresie badanym przez NIK wpłynęło 2640 spraw, zakończono 1380) oraz działań dotyczących bezpieczeństwa - FSCA (w okresie badanym przez NIK wpłynęło 2637 spraw, zakończono 1372) dotyczyły spraw, które wpłynęły w danym okresie i w tym samym okresie zostały zakończone. Dodatkowo należy jednak zwrócić uwagę, że zamknięcie FSCA nie zależy od działań urzędu, gdyż następuje po uzyskaniu informacji od wytwórcy o zakończeniu działań w stosunku do wszystkich wyrobów, których dotyczy, a wyroby znajdują się w różnych miejscach świata i do momentu zakończenia

działań mija wiele miesięcy. Podobnie sprawy incydentów są wyjaśniane przez wytwórcę, może wystąpić konieczność prowadzenia długotrwałych badań, analiz i weryfikacji - wyjaśnił redakcji Kwartalnika NTM Wojciech Łuszczyna.

Jednocześnie zapewnił, że sprawy wymagające natychmiastowej interwencji lub działania załatwiane są bez zbędnej zwłoki. Ponadto w celu usprawnienia procesu zintensyfikowano pracę nad nowymi przepisami dotyczącymi nadzoru rynku wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro.

- W strukturze wewnętrznej pionu wyrobów medycznych zostały podjęte prace, polegające na zmianie organizacyjnej struktury wykonywanych obowiązków, tak aby je usystematyzować i uszeregować i aby miały one wpływ na skrócenie czasu pracy przy podejmowanych decyzjach i prowadzonej korespondencji w zakresie nadzoru rynku - powiedział rzecznik URPL.

### Będzie rejestr wyrobów medycznych

Jednym z wniosków pokontrolnych sformułowanych przez NIK jest konieczność przygotowania rejestru wyrobów medycznych, który umożliwiłby uczestnikom systemu ochrony zdrowia uzyskanie informacji o wszystkich wyrobach medycznych znajdujących się w obrocie na terytorium Polski. Jak przekonuje URPL, to zalecenie jest już w fazie realizacji, ponieważ urząd wystąpił do resortu zdrowia z wnioskiem inwestycyjnym na zakup w 2020 roku programu informatycznego umożliwiającego stworzenie bazy danych o wyrobach.

- Przygotowanie efektywnego narzędzia informatycznego gromadzącego dane pochodzące ze zgłoszeń i powiadomień, którego uruchomienie zapewni uzyskiwanie i wymianę kompleksowych informacji o wyrobach medycznych, przyniesie korzyści przede wszystkim w postaci możliwości zgromadzenia wielu danych w jednym miejscu. Umożliwi to efektywniejsze ich wykorzystywanie przy nadzorze rynku, a to przełoży się na pewno na bezpieczeństwo stosowania wyrobów medycznych przez pacjentów - ocenił Wojciech Łuszczyna. Jednocześnie zastrzegł jednak, że obecnie urząd nie jest w stanie określić, kiedy rozpocznie się proces budowy bazy i ile będzie ona finalnie kosztowała.

W URPL trwają również prace nad nowelizacją ustawy o wyrobach medycznych. Projekt jest na etapie analizy uwag, jakie do 23 sierpnia zgłoszono w ramach konsultacji wewnętrznych. Regulacja ma implementować ramy prawne związane z nadzorem nad rynkiem wyrobów medycznych stosowanych m.in. w diagnostyce in vitro. Wojciech Łuszczyna zdradza jednak, że to nie jedynie obszar, który zostanie w nowelizacji uregulowany.

- Jednym z elementów ustawy będą również przepisy dotyczące reklamy wyrobów medycznych - powiedział w rozmowie z naszą redakcją.



# Dobre wieści dla pacjentów z rakiem stercza

Violetta Madeja

**T**rzeci kwartał tego roku zakończył się pozytywnym akcentem, w szczególności dla pacjentów zmagających się z nowotworem gruczołu krokowego. Od 1 września na wykaz leków refundowanych trafił bowiem długo wyczekiwany preparat enzalutamid (Xtandi).

Wiceminister zdrowia Maciej

Miłkowski, ogłaszając wprowadzenie na wykazy leków refundowanych od 1 września nowych cząsteczek, wskazał, że lek enzalutamid dostępny będzie w ramach programu lekowego dla pacjentów chorujących na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, u których dotychczas nie stosowano chemioterapii.

*- Jest to dopełnienie opcji terapeutycznych występujących obecnie w tym programie* - podkreślił wiceminister Miłkowski.

To jednak nie jedyna zmiana w omawianym programie, ponieważ w trakcie negocjacji refundacyjnych resort zdrowia zdecydował się na zniesienie innego ograniczenia, jakim było stosowanie skali Gleasona do kwalifikacji pacjentów do programu lekowego. Radości ze zmian nie kryli członkowie Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, którzy od wielu miesięcy zabiegali o nowe możliwości terapeutyczne.

*- Cieszymy się, że tym razem nasze postulaty w części zostały zrealizowane* - ocenił Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty „UroConti”.

## Nadal bez nowych leków dla pacjentów z OAB

Kolejną zmianą na wykazach leków refundowanych było wprowadzenie czterech leków generycznych zawierających solifenacynę, które stosowane są w farmakoterapii pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktyw-

nego (OAB). Pacjenci ubolewają jednak, że na listach zabrało nowych preparatów stosowanych w drugiej linii leczenia tego schorzenia. W piśmie do resortu zdrowia Anna Sarbak, prezes „UroConti”, wskazała, że w listopadzie ubiegłego roku leki te w formie drugiej linii leczenia uzyskały pozytywną rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

*- Obecny brak w refundacji drugiej linii leczenia farmakologicznego oznacza od razu przejście do kolejnej linii leczenia, już inwazyjnej, i konieczność hospitalizacji. Brak zmian proponowanych w projekcie w zakresie leczenia OAB uważamy za rozczarowujący. Lista substancji medycznych refundowanych w zespole pęcherza nadreaktywnego nie była zmieniana od początku jej utworzenia w 2011 roku* - ubolewała Anna Sarbak.

## Ginekolog-onkolog zleci wyroby dla pacjenta z urostomią

W resorcie zdrowia trwają prace nad nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W dokumencie zaproponowano rozszerzenie uprawnień fizjoterapeutów do wystawiania zleceń na wybrane wyroby medyczne, a także rozszerzono katalog osób uprawnionych do wystawiania zlecenia na zaopatrzenie w wyroby stomijne. W tej ostatniej grupie znajdują się produkty stosowane m.in. u pacjentów ze stomią na jelicie cienkim (ileostomią), stomią na jelicie grubym (kolostomią), a także stomią na układzie moczowym (urostomią). Ministerstwo Zdrowia chce, by uprawnienia do zlecania tych konkretnych wyrobów mogli mieć lekarze ze specjalizacją z ginekologii onkologicznej.

## Coraz bliżej e-zleceń

Jest szansa, że pacjenci będą mogli wkrótce korzystać z e-zleceń na wyroby medyczne. 9 września prezes Na-



Fot. Orlando Florin Rosu - stock.adobe.com

rodowego Funduszu Zdrowia przekazał bowiem do konsultacji projekt zarządzenia w sprawie warunków zawierania i realizacji umów z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne. Dokument stanowi prawną delegację do wdrożenia możliwości weryfikacji i potwierdzenia zlecenia w trakcie jego wystawiania przez osobę uprawnioną - miałyby się to odbywać poprzez usługę Elektronicznej Weryfikacji i Potwierdzenia Zlecenia za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych.

„Od 1 stycznia 2020 roku weryfikacja zlecenia oraz potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę odbywać się będzie podczas wystawiania zlecenia przez osoby uprawnione” - czytamy w uzasadnieniu do zarządzenia.

Jednocześnie NFZ przypomniał, że w związku z nowymi rozwiązaniami w okresie od 1 stycznia 2020 roku do 31 grudnia 2020 roku realizowane będą zlecenia wystawione do 31 grudnia 2019 roku według starego wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 6 grudnia 2013 roku, a także zlecenia wystawiane od 1 stycznia 2020 roku według nowego wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 2 sierpnia 2019 roku. O ile pierwsze będą przesyłane do Narodowego Funduszu Zdrowia, to już nowe mają być przechowywane przez świadczeniodawców, ponieważ wszystkie dane dotyczące realizacji zleceń, a niezbędne do weryfikacji raportów statystycznych, będą już znajdować się w centralnym systemie obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Pod koniec sierpnia resort zdrowia przedstawił do konsultacji publicznych projekt rozporządzenia w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia. W nowym, uproszczonym wzorze zrezygnowano z konieczności wskazywania takich danych jak dane podmiotu, w ramach którego wystawiono zlecenie, czy też uprawnienia pacjenta, które zawarte zostały w zleceniu pierwotnym.

Uproszczona wersja zlecenia będzie mogła być wydana jednak wyłącznie w sytuacji, gdy jego potwierdzenie będzie można wykonać za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia - de facto będzie więc dotyczyć jedynie nowych e-zleceń.

### **AOTMiT negatywnie o programie zdrowotnym**

Na początku sierpnia eksperci Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji negatywnie ocenili samorządowy program polityki zdrowotnej zaproponowany przez powiat częstochowski. Projekt badań

profilaktycznych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie raka gruczołu krokowego miał swym zasięgiem objąć mężczyzn w wieku od 50 do 75 lat. Zdaniem prezesa AOTMiT dane naukowe wskazują, że skryning w kierunku raka prostaty w oparciu o badanie PSA charakteryzuje się wysokim poziomem nadwykrywalności (sięgającym 20-50 proc.) i „przebadzowania”. W ocenie ekspertów mężczyźni po 50. roku życia mogą lub wręcz powinni być objęci skryningiem oportunistycznym (wynikającym ze świadomości pacjentów) dotyczącym wąskiej, wybranej grupy pacjentów.

„Skryningiem oportunistycznym powinny zostać objęte grupy ryzyka: rodzinne występowanie raka gruczołu krokowego; a także w przypadkach, kiedy poziom PSA w 40. roku życia był powyżej 1,0 lub poziom PSA w 60. roku życia wyniósł powyżej 2,0” - czytamy w uzasadnieniu do wydanej decyzji.

### **Tak dla Prostate Cancer Units**

Ekspersi Rady Przejrzystości pochylił się również nad propozycją modelu kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z rakiem gruczołu krokowego. Pomysł wdrożenia kompleksowego modelu diagnostyki i leczenia raka stercza w zakresie określonych zaleceń dotyczących zarówno postępowania, wskaźników, jak również projektu ośrodka koordynującego i projektu kompleksowego świadczenia gwarantowanego, został oceniony pozytywnie. Ekspersi AOTMiT zastrzegli jednak, że wdrożenie tego rozwiązania powinno nastąpić pod warunkiem wykonania szeregu analiz, m.in. określenia analizy kosztów wdrożenia rozwiązania wraz z analizą kosztów osobowych, analizy możliwości rozszerzenia kompleksowej opieki uroonkologicznej na całą grupę pacjentów z nowotworami urologicznymi (m.in. rakiem nerki oraz rakiem pęcherza moczowego), czy w końcu oszacowania przepływu pacjentów z małych do dużych ośrodków. W ocenie członków Rady Przejrzystości wdrożenie Prostate Center Units wymaga również opracowania jednolitego rejestru jakości postępowania i uzyskiwanych efektów, a także uwzględnienia w projekcie szkoleń dla lekarzy rodzinnych, których zadaniem miałyby być koordynacja opieki uroonkologicznej.

„Wprowadzenie nowego modelu organizacyjnego w zakresie opieki uroonkologicznej wymaga pilnej modyfikacji zakresu dostępnych świadczeń oraz ich adekwatnej do ponoszonych kosztów wyceny. Wprowadzenie tego modelu powinno być zrealizowane zgodnie z koncepcją organizacji i funkcjonowania Krajowej Sieci Onkologicznej” - czytamy w uzasadnieniu zawartym w opinii AOTMiT.



HARTMANN



100%

DYSKRECJI  
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 DYSKRECJA  
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](http://www.hartmann.pl) • [www.molicaremobile.pl](http://www.molicaremobile.pl)

Już dziś zamów książkę na

**[www.poradnikginekologiczny.pl](http://www.poradnikginekologiczny.pl)**

lub zadzwoń **22 279 49 04**



## **Poradnik dla pacjentek ginekologicznych**

Pod redakcją  
prof. Mirosława Wielgosia  
dr Natalii Mazanowskiej

