

OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Trzy ważne kroki
dla zdrowia skóry
pacjenta z NTM**

LECZENIE

**Każdemu choremu trzeba
zaoferować indywidualny
sposób leczenia**

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

**E-(re)wolucja
w informatyzacji**

WYWIAD

**W Polsce uroginekologia
traktowana jest na razie
po macoszemu**

LEGISLACJA

**Duże oczekiwania vs
zawiedzione nadzieje**

Co po koronawirusie?

Pisząc ten felieton jestem, jak my wszyscy, świadkiem i zarazem uczestnikiem zmagania z nowym zjawiskiem, jakim jest pandemia koronawirusa. Dodajmy – zjawiskiem zarówno medycznym, jak i społecznym. Dlatego, przestrzegając zaleceń wydawanych przez administrację publiczną, warto już teraz się zastanowić, co może zmienić się w obszarze ochrony naszego zdrowia.

Pisząc do ubiegłorocznej, jesiennej edycji „Kwartalnika NTM”, postawiłem pytanie, czy Polska to chory kraj? Teraz, jak nigdy wcześniej po 1989 roku, będziemy mieli okazję to sprawdzić. Najbliższe miesiące zweryfikują efekty polityki zdrowotnej, prowadzonej w naszym kraju przez ostatnie kilkanaście lat. Dodajmy, polityki często i chętnie krytykowanej przez wszystkich. W takich momentach warto spojrzeć szerzej i zastanowić się raz jeszcze nad priorytetami służby zdrowia, jej finansowaniem i sposobem organizacji.

cjentów z NTM, którzy już dzisiaj są pozostawieni bardzo często sami sobie, a system wsparcia oferowany im przez państwo trudno nazwać kompleksowym czy przemysłowym. Od wielu lat mamy do czynienia ze zbiorem pojedynczych elementów, będących w dużej mierze wynikiem determinacji środowiska pacjenckiego w walce o zwiększenie finansowania z publicznych środków poszczególnych terapii, leków czy środków pomocniczych. Sukces pojawia się zazwyczaj tam, gdy siły połączono ze środowiskiem medycznym i dodatkowo pojawił się podmiot skłonny zaryzykować wieloletnią batalię administracyjną o refundację swojego produktu.

Wiele ważnych pytań i możliwych rozwiązań padło w trakcie cyklu spotkań „Wspólnie dla zdrowia”, organizowanych przez Ministerstwo Zdrowia w poszczególnych miastach wojewódzkich Polski. Podsumowanie cyklu darowało nadzieję, że wreszcie zdołaliśmy zainicjować szeroką debatę publiczną

o przyszłości systemu ochrony zdrowia w Polsce. Niestety, gdy przyszło do podjęcia kolejnych decyzji, już politycznych, nasi decydenci, nie po raz pierwszy, zdezerterowali. Celowo zrzucając odpowiedzialność na polityków, bo z zachowania społeczeństwa można wywnioskować, że ono już wybrało. Widać to po oddolnym rozwoju prywatyzujących się kolejnych obszarów ochrony zdrowia, coraz większej bierności instytucji państwowych i coraz bardziej zdemotywowanym personelu medycznym.

Czy zatem sytuacja, która spadła na nas tak niespodziewanie, zapoczątkuje zmiany? Być może tym razem nie będzie wyjścia. W obliczu nadchodzącego poważnego kryzysu gospodarczego, połączonego z ryzykiem spadku dochodów na publiczną służbę zdrowia już w tym roku, okaże się, że

dłużej zwlekać nie można. System ochrony zdrowia wymaga przemysłowych reform. Ich dalsze odwołanie zakończy się koniecznością przeprowadzenia „terapii szokowej”, którą wielu z nas jeszcze pamięta z początku lat 90. ubiegłego stulecia. Wtedy jednak Polska była de facto bankrutem. Dzisiaj, nawet w obliczu nadchodzącego kryzysu, mamy dużo większy potencjał i zasób finansowy do przeprowadzenia skutecznych i nie tak bolesnych zmian. Ważne, abyśmy wreszcie przekonali decydentów, że zdrowie jest dla nas najważniejsze. Nie tylko w obliczu szalejącej pandemii, czy przy okazji składania sobie życzeń.

Tomasz Michatek



Być może dojdziemy do wniosku, że czas wreszcie przestać się łudzić zapewnieniami polityków, że mogą nam zagwarantować bezpłatnie tak szeroki wachlarz świadczeń jak teraz. Być może nadejdzie czas, w którym rozpoczniemy wreszcie poważną publiczną debatę o tym, co powinniśmy zmienić, aby być lepiej przygotowanymi na takie zjawiska jak stan zagrożenia epidemiologicznego, czy wręcz epidemii.

Może to oznaczać, że powinniśmy poważnie rozważyć nie tylko podniesienie składki zdrowotnej czy podatków, ale też wprowadzenie odpłatności za część świadczeń, leków czy wyrobów medycznych, których użycie nie jest bezpośrednio związane z ratowaniem życia. Dotyczy to również pa-

SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Trzy ważne kroki dla zdrowia skóry pacjenta z NTM	4
---	---

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

E-(re)wolucja w informatyzacji	7
--------------------------------------	---

LECZENIE

Każdemu choremu trzeba zaoferować indywidualny sposób leczenia	10
Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej	12
Powikłania po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu	13

WYWIAD

W Polsce urologologia traktowana jest na razie po macoszemu	16
---	----

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Jak komunikować się z pacjentką z nietrzymaniem moczu?	19
--	----

LEGISLACJA

Duże oczekiwania vs zawiedzione nadzieje	21
--	----

Szanowni Państwo,

Od kilku tygodni mamy zupełnie nową sytuację. Musimy się mierzyć z pandemią koronawirusa, który wywrócił do góry nogami całe nasze dotychczasowe życie. Wychodzenie z domu, szczególnie w przypadku osób cierpiących na różne dolegliwości, jest nie tylko niewskazane, ale wręcz niedopuszczalne, ponieważ zwiększa ryzyko zakażenia. A chorzy, którzy mają obniżoną odporność, należą do najwyższej grupy ryzyka.

Do nowej sytuacji próbuje się dostosować również Narodowy Fundusz Zdrowia, który na bieżąco podejmuje różne decyzje, mające ułatwić funkcjonowanie placówkom medycznym i ich podopiecznym. Jedną z takich decyzji jest umożliwienie wystawienia w ramach teleporady elektronicznego zlecenia na wyroby medyczne.

„W celu minimalizacji ryzyka transmisji infekcji COVID-19 poprzez ograniczanie osobistych kontaktów z pacjentami, Centrala NFZ przypomina, że na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej oraz zarządzenia Nr 177/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 grudnia 2019 roku w sprawie warunków zawierania i realizacji świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, możliwe jest udzielanie świadczeń w postaci teleporad w zakresach lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ” – poinformował Narodowy Fundusz Zdrowia.

W ramach teleporady można więc wystawić nie tylko e-receptę, ale też elektroniczne zlecenie na wyroby medyczne. Placówka medyczna powinna przekazać pacjentowi numer, którym posłuży się on podczas realizacji tego dokumentu.

To oczywiście tylko doraźne rozwiązanie, ale z pewnością korzystne dla osób potrzebujących m.in. worków stomijnych, czy środków absorpcyjnych.

Wróćmy jednak do aktualnego wydania „Kwartalnika NTM”, do którego lektury serdecznie Państwa zachęcamy. Szczególnie polecamy Waszej uwadze dwa wywiady – z krajowym konsultantem w dziedzinie urologii – prof. Arturem Antoniewiczem, w którym pytamy o optymalny sposób leczenia chorych na raka prostaty i inne nowotwory urologiczno-ginekologiczne (str. 10) oraz z Magdaleną Ptak, fizjoterapeutką, która zdradza nam tajniki fizjoterapii urologicznej, tak bardzo potrzebnej w Polsce (str. 16).

Zostańcie w domu, czytajcie „Kwartalnik NTM” i bądźcie zdrowi!

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;

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, e-mail: ntm@ntm.pl

Wydawca: Studio PR

Realizacja Wydawnicza:

Ol&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

Trzy ważne kroki dla zdrowia skóry pacjenta z NTM

Violetta Madeja



Fot. andranik123 - stock.adobe.com

Jednym z kluczowych zadań pacjenta z NTM bądź jego opiekuna jest dbałość o codzienną higienę i czystość skóry. Jak podkreślają eksperci, właściwa pielęgnacja i stosowanie dedykowanych, specjalistycznych produktów daje pacjentom z NTM gwarancję komfortu, a także ogranicza ryzyko powikłań, takich jak zapalenie skóry czy zakażenia układu moczowego.

Prawidłowa higiena i pielęgnacja skóry pacjentów z NTM pozwala nie tylko zapobiegać powstawaniu zakażeń i stanów zapalnych skóry, ale również stanowi element profilaktyki przeciwoleźynowej w przypadku pacjentów niesamodzielnych.

– Powszechnie uznanym standardem higienicznym jest oczyszczanie skóry poprzez wykonanie trzech czynności: mycie wodą z mydłem, splukiwanie i osuszanie. Jednak w wieku podeszłym osłabiona zostaje biologiczna aktywność komórek

skóry, spowolnieniu ulegają jej procesy regeneracyjne, a utrata zdolności adaptacyjnych powoduje, że jest ona wrażliwa i łatwo ulega podrażnieniom. Zwykłe mycie wodą z mydłem jest tu niewystarczające, a nawet niewskazane – tłumaczy dr Elżbieta Szwalkiewicz, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielny”. Ekspertka wskazuje również, że tradycyjnie przeprowadzane kąpiele zmniejszają naturalne natłuszczenie skóry, a używane do mycia mydła alkaliczne podwyższają pH skóry, prowadzą do jej przesuszenia, przez co nie nadają się do codziennej higieny. W szczególności tej intymnej, kluczowej dla chorych z NTM.

– Opiekun musi być świadomy, że częste kąpiele z użyciem środków myjących zmieniających pH skóry mają negatywny wpływ na skórę i zmniejszają jej odporność na bakterie chorobotwórcze, które powodują zmiany zapalne, na przykład zaczerwienienie, świąd, ból – przypomina Elżbieta Szwalkiewicz.

Warto sięgać po specjalistyczne produkty

Zdaniem ekspertów, aby skutecznie ograniczyć zanieczyszczenia higieniczne wynikające z podejmowanych czynności, warto sięgać po produkty umożliwiające mycie skóry bez konieczności użycia wody i mydła.

– Wyniki badań klinicznych wskazują, że przejście z tradycyjnego sposobu mycia z użyciem wody i mydła na specjalistyczne preparaty myjąco–pielęgnujące zapewnia natychmiastowe i długotrwałe nawilżenie skóry, co redukuje ryzyko otarć i podrażnień – mówi dr Elżbieta Szałkiewicz. I dodaje, że przesuszona, podrażniona skóra myta mydłem staje się źródłem świądu i w efekcie dyskomfortu dla pacjentów.

– Chorzy próbują ograniczyć te symptomy poprzez tarcie lub drapanie, a w efekcie przerywają ciągłość skóry. Rozdrapania są źródłem infekcji bakteryjnych, a u osób leżących – miejscem rozwoju powikłanych, zakażonych odleżyn. Chcąc dążyć do maksymalnego ograniczenia uczucia swędzenia, nie należy do mycia ciała stosować mydła. Przy doborze środków pielęgnacyjnych należy pamiętać, że u osób z nietrzymaniem moczu mamy do czynienia ze skórą osłabioną, zmacerowaną, nieustannie poddaną drażniącemu działaniu moczu – tłumaczy ekspertka.

Ograniczenie wody i mydła w higienie skóry ma również aspekt ekonomiczny. Jak wskazuje dr Szałkiewicz, oszczędność kosztów związanych z myciem osób niesamodzielnych, bez konieczności wykorzystania wody mogą wynieść nawet 35 proc., m.in. dzięki optymalizacji pracy opiekunów.

Trzy kroki do zdrowej skóry

– Wprowadzając linię kosmetyków i produktów do pielęgnacji skóry pacjenta z NTM, chcieliśmy pokazać, że nie ograniczamy się w opiece nad nim tylko i wyłącznie do ochrony przed konsekwencjami wycieku moczu. Szczególnie u pacjentów, u których występuje średnia bądź ciężka postać NTM, kontakt skóry z moczem powoduje jej ogromne podrażnienie – podkreśla Anna Grześkowiak, opiekun medyczny i jednocześnie brand manager Essity Polska. Jednocześnie podkreśla, że prawidłowa opieka nad pacjentem z NTM nie powinna ograniczać się wyłącznie do doboru właściwego produktu chłonnego. Potrzebna jest również właściwie przeprowadzona kompleksowa pielęgnacja i ochrona skóry przed drażniącym działaniem moczu.

– Stąd też specjalistyczna linia produktów dermokosmetycznych TENA, wprowadzona na fali kampanii mówiącej o trzech prostych krokach do zdrowej skóry u osób z nietrzymaniem moczu: oczyszczaniu, pielęgnacji i ochronie – dodaje Anna Grześkowiak.

Jak wskazuje przedstawicielka Essity, w pierwszym kroku ważne jest dobranie właściwego produktu chłonnego, którego zadaniem będzie zapewnienie pacjentowi suchej skóry.

– Dobór powinien uwzględniać zarówno rodzaj nietrzymania moczu, jak również mobilność pacjenta. Ważnym aspektem dbałości o skórę jest również to, by wykorzystywane produkty chłonne były w pełni „oddychające” oraz zapewniały możliwie szybkie wchłanianie moczu i wiązanie go z dala od skóry – wyjaśnia Anna Grześkowiak.

Drugim krokiem jest właściwie przeprowadzone oczyszczanie, które powinno być wykonywane każdorazowo przy zmianie produktu chłonnego.

– Tutaj zdecydowaliśmy się na wprowadzenie produktów znanych z rynku konsumenckiego – nawilżanych chusteczek i pianki myjącej, które dostosowano do potrzeb osób dorosłych. Chusteczki są więc większe (30x20 cm) i nawilżone mieszaniną emolientów, dzięki czemu nie tylko oczyszczają większe partie ciała, ale również pielęgnują i nawilżają zazwyczaj przesuszoną skórę pacjentów – podkreśla ekspertka z Essity.

W trzecim kroku koncentrujemy się na ochronie skóry przed podrażnieniami, która jest szczególnie ważna w przypadku wrażliwej skóry seniorów. Służą do tego specjalnie stworzone kosmetyki zawierające olej canola, witaminę E oraz glicerynę mającą właściwości hydrofobowe.

– Rekomendujemy właściwą ochronę skóry poprzez stosowanie łagodzącego kremu z cynkiem TENA Zinc Cream oraz kremu barierowego z gliceryną TENA Barrier Cream. Pierwszego z nich należy używać w momencie, kiedy na skórze zaczynają pojawiać się pierwsze symptomy podrażnienia czy wysypki, natomiast gdy chcemy zadziałać prewencyjnie i ochronić skórę przed drażniącym działaniem moczu, wówczas stosujemy krem ochronny, który tworzy na skórze barierę zapobiegającą ewentualnym podrażnieniom wywołanym przez kał lub mocz – mówi Anna Grześkowiak.

Higiena i pielęgnacja

Analogiczny schemat postępowania przyświecał innemu producentowi specjalistycznych kosmetyków dla pacjentów z NTM – firmie Paul Hartmann.

– Do jednorazowego oczyszczania skóry przy zmianie produktu chłonnego zalecamy stosowanie wilgotnych chusteczek pielęgnacyjnych (MoliCare Skin), które w łatwy i delikatny sposób oczyszczają strefy intymne, łagodzą i koją podrażnioną skórę, wzmacniają jej naturalne mechanizmy obronne, a także chronią przed wpływem czynników zewnętrznych, ograniczając ryzyko podrażnień – wskazuje Marta Woźniak z Paul Hartmann Polska.

W drugim kroku skorzystać można ze specjalnego protektora ochronnego w formie delikatnej pianki (MoliCare Skin), który długotrwale chroni podrażnioną skórę narażoną na działanie niekorzystnych czynników, takich jak mocz i/ lub kał.

– Tworzy ona na skórze film ochronny i zapewnia odżywcze działanie. Doskonale sprawdza się w profilaktyce

odležyn. Zawiera kompleks ochronny Nutriskin, który odżywia, chroni i regeneruje barierę ochronną skóry. Produkt ten szczególnie zalecany jest dla bardzo wrażliwej skóry - podkreśla przedstawicielka producenta.

Opiekunom osób niesamodzielnych z problemem nietrzymania moczu i/ lub kału producent kosmetyków zaleca stosowanie kremu ochronnego z tlenkiem cynku (MoliCare Skin), który dzięki bogatej zawartości składników aktywnych nie tylko zapewnia film ochronny, ale również regeneruje, odżywia, wzmacnia naturalne mechanizmy skóry.

Ostatnim etapem właściwej pielęgnacji jest nawilżanie

wiązań pielęgnacyjnych w przypadku osób z nietrzymaniem moczu w 64 instytucjach opieki długoterminowej w Polsce, wśród 305 osób. Respondenci - profesjonalni opiekunowie osób z NTM - wskazali, że niezbędne w codziennej pielęgnacji skóry są chusteczki pielęgnacyjne Seni Care Maxi, pianka myjąco-pielęgnująca Seni Care do oczyszczania skóry z trudniejszych zabrudzeń typu kał oraz kremy ochronne Seni Care: z arginina - profilaktycznie lub z tlenkiem cynku - na zaczerwienienia. Wszystkie te produkty są wzbogacone o Sinodor - składnik naturalnego pochodzenia neutralizujący zapach, co okazało się istotne dla większości badanych.

W testach produktowych 99 proc. profesjonalnych opiekunów zauważyło poprawę komfortu swojej pracy dzięki zastosowaniu chusteczek Seni Care Maxi. - *Opiekunowie zwracali uwagę na duży rozmiar chusteczek dla dorosłych, a także - co okazało się istotne dla 93 proc. respondentów - na efekt neutralizacji przykrego zapachu - mówi Hanna Szymkiewicz, koordynator farmaceutyczny w TZMO S.A. - Na podstawie badania wyraźnie widać, że aspekt neutralizacji zapachu znacząco podnosi komfort pra-*



Fot. majalen - stock.adobe.com

wymagającej skóry pacjentów z NTM. Ma to szczególne znaczenie w przypadku osób starszych, których skóra jest często odwodniona i bardziej podatna na podrażnienia i powstawanie stanów zapalnych.

- *Do nawilżenia skóry i jej regeneracji należy używać emulsji do ciała MoliCare Skin. Przy takim zabiegu szczególną rolę odgrywają emulsje wodno-oleiste, które zapewniają najwyższy poziom nawilżenia skóry - informuje Marta Woźniak.*

Zdaniem ekspertów tak przeprowadzone zabiegi pielęgnacyjno-higieniczne przyczyniają się do poprawy opieki nad pacjentami z inkontynencją.

Opiekunowie wskazują na specjalistyczne kosmetyki

W 2019 roku Europejskie Centrum Edukacji w Opiece Długoterminowej przeprowadziło badanie na temat roz-

cy opiekunów, a także podopiecznego. 98 proc. respondentów zwracało uwagę na skuteczną neutralizację zapachu również w przypadku pianki myjąco-pielęgnującej Seni Care, a także kremów ochronnych Seni Care - dodaje Hanna Szymkiewicz.

W kwestii ochrony skóry przed drażniącym działaniem moczu i kału aż 91 proc. profesjonalnych opiekunów zauważyło poprawę stanu skóry i brak nowo powstałych zmian na niej dzięki zastosowaniu kremu ochronnego Seni Care z arginina. 98 proc. doceniło również łatwość rozprowadzania go na skórze. Innym ważnym aspektem jest pozostawianie przezroczystej warstwy ochronnej, która pozwala na bieżąco obserwować stan skóry.

- *Specjalistyczne produkty pielęgnacyjne Seni Care mają także rekomendację Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego - przypomina Hanna Szymkiewicz.*

E-(re)wolucja w informatyzacji

Violetta Madeja

Procesu informatyzacji systemu ochrony zdrowia nie da się zatrzymać. Eksperti są zgodni, że e-rozwiązania są ułatwieniem, ale nie powinny prowadzić do sytuacji wykluczenia pacjenta oraz samego medycznego profesjonalisty.

Zmiany w sposobie wystawiania recept na leki, a także trwające prace nad wdrożeniem e-zlecenia na wyroby medyczne zdominowały aktywność dostawców oprogramowań gabinetowych. O ile wdrożenie obowiązku wystawiania e-recept zakończyło się w ocenie resortu zdrowia sukcesem, to wszystko wskazuje na to, że na e-zlecenia pacjenci będą musieli jeszcze poczekać.

Przełamany impozybilizm

W ocenie wiceministra zdrowia Janusza Cieszyńskiego, odpowiedzialnego w resorcie za projekty informatyczne, ostatnie dwa lata stały pod znakiem przełamывania impozybilizmu w e-zdrowiu – począwszy od e-zwolnień wdrażanych wspólnie z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, aż po e-recepty, które obligatoryjnie wystawiane są od początku stycznia tego roku. Satysfakcję wiceministra Cieszyńskiego wznieca również to, że obecnie w Polsce ponad 80 proc. wszystkich realizowanych recept to druki elektroniczne.

– W Stanach Zjednoczonych dojdzie do poziomu 70 proc. zajęto osiem lat. Nam udało się to osiągnąć w 12 miesięcy, a rozpoczęliśmy praktycznie od zera. Nie mamy więc czego się wstydzić i co więcej – daje to bardzo dobre prognozy na przyszłość i wdrażanie kolejnych rozwiązań. Jestem przekonany, że polski system ochrony zdrowia chce korzystać z nowych możliwości e-zdrowia – stwierdził Janusz Cieszyński.

Zwrócił również uwagę, że przy wdrożeniu e-recepty resortowi przyświecały konkretne cele – lekarze mieli je zaakceptować, farmaceuci mieli nie mieć problemów z ich realizacją, a wdrożenie nowego systemu miało nie wpływać negatywnie na sytuację pacjentów.

W przypadku e-zleceń na wyroby medyczne resort zapewnia, że pierwszy etap prac nad tym rozwiązaniem, tj. elektroniczacja, został zrealizowany, natomiast kolejne etapy będą realizowane. Janusz Cieszyński jest jednak optymistą. Zaznacza, że jest przekonany o tym, iż nie ma odwrotu od nowoczesnych e-rozwiązań. System ochrony zdrowia wszedł bowiem na ścieżkę informatyzacji i przełamał trwający od ponad dekady impozybilizm, że w pol-

skim systemie ochrony zdrowia informatyzacji nie da się wprowadzić.

Wygodne rozwiązania dla lekarzy

Środowisko lekarskie, które przy e-ZLA mocno oprotektowało wdrażane rozwiązania, przyznaje teraz, że narzędzia e-zdrowia są przydatne w codziennej praktyce.



Fot. Syda Productions - stock.adobe.com

– Muszę przyznać, że e-ZLA funkcjonuje należycie, jest pomocny. Dzięki informatyzacji zwolnień lekarskich zostaliśmy zwolnieni z obowiązku pobierania z ZUS i przechowywania blozków L4. To rozwiązanie zdecydowanie ułatwiło nam pracę, poza drobnymi incydentami, kiedy pojawiają się problemy natury informatycznej – przyznał w rozmowie z Kwartalnikiem NTM Marek Twardowski, wiceprezes Federacji Porozumienie Zielonogórskie i jednocześnie szef lubuskiego oddziału tej organizacji, skupiającej lekarzy rodzinnych.

Zastrzeżenia zgłasza jednak do całkowitego wycofania się z recept papierowych. – W przypadku e-recepty, to muszę powiedzieć z satysfakcją, że rację miało Porozumienie Zielonogórskie, które w sposób skuteczny przestrzegło Ministerstwo Zdrowia przed penalizacją zapisów ustawy wdrażającej e-receptę. W efekcie przyjęta ustawa de facto nie obowiązuje literalnie – w kwestii pełnej obligatoryjności e-recepty. Moim zdaniem taka sytuacja powinna zostać utrzymana na zawsze. Dlaczego? Z prostej przyczyny – w sytuacji dysfunkcji jakichkolwiek systemów informatycznych nie może na tym ucierpieć pacjent. W związku z tym zawsze powinna istnieć możliwość wygenerowania recepty drukowanej, a nawet napisanej

ręcznie. Takie rozwiązanie należy utrzymać bezterminowo. O jego zasadności powinny przekonywać doświadczenia świetnie zorganizowanego państwa, jakim jest Szwecja. Przy wdrażaniu e-recepty zapomniano o pozostawieniu wentyla bezpieczeństwa – recepty papierowej – i w momencie, kiedy system oprogramowania aptecznego dotknęła duża awaria, rząd musiał w trybie pilnym nowelizować zapisy prawa, umożliwiające lekarzom wystawianie recept papierowych – poinformował nas Marek Twardowski. Jednocześnie zwrócił uwagę, że wszędzie tam, gdzie system e-recept działa bez usterek, a lekarze posługują się aplikacjami gabinetowymi, elektroniczne druki szybko weszły do praktyki. Jego zdaniem, w przypadku dalszego rozwoju narzędzi e-zdrowia, należałoby zachować zdecydowanie większą ostrożność.

– Nie mam wiedzy, by poza rzeczywistym usprawnieniem w postaci e-ZLA i e-recepty kolejne e-narzędzia miały nam usprawniać pracę w gabinetach lekarskich. Z pewnością nie możemy zachłystywać się tymi rozwiązaniami i twierdzić, że będą one kogokolwiek leczyć. Oczywiście, będą one pomocne i powinniśmy iść w tym kierunku. Natomiast musimy pamiętać, że zawsze na pierwszym miejscu powinniśmy stawiać siły, czyli personel fachowy, i środki których jest absolutnie zbyt mało w systemie. Mówię o środkach finansowych. Informatyzacja nie leczy, nie zastąpi też personelu fachowego i środków niezbędnych do finansowania świadczeń – przekonuje Marek Twardowski.

Obligatoryjne e-zlecenia nierealne od kwietnia

Zdaniem lekarzy wprowadzenie obowiązku wystawiania nowych wzorów zleceń na wyroby medyczne z e-potwierdzeniem, potocznie nazywanych już e-zleceniami, w zaplanowanym przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia terminie 1 kwietnia br. zdaje się być nierealnym. Już w grudniu, m.in. dzięki interwencji Porozumienia Zielonogórskiego i środowiska pacjentów, resort zdrowia zdecydował o przedłużeniu ważności starych wzorów zleceń na wyroby medyczne do końca marca.

– Od kwietnia będziemy mieli nowe druki papierowe. Natomiast w systemach gabinetowych, na których pracujemy, nie posiadamy jeszcze aplikacji e-wyroby medyczne. Dlatego też niemożliwe jest, aby od 1 kwietnia lekarze wylogowywali się z systemu, na których pracują tylko po to, by zalogować się do systemów NFZ i wystawić e-zlecenie. Odmawiamy takiego działania i zapowiadamy, że lekarze skupieni w Federacji Porozumienie Zielonogórskie nie zamierzają tego robić. Kiedy ewentualnie zaczniemy wystawiać e-zlecenia? Warunkiem jest dołączenie do oprogramowań gabinetowych aplikacji do e-zleceń na wyroby medyczne. Dla nas jest to warunek konieczny do dalszego wdrażania tego rozwiązania. Niestety, dostawcy oprogramowań gabinetowych otwarcie przyznają, że nie są w stanie ocenić, kiedy będą mogli udostępnić nową funkcjonalność – mówi Marek Twardowski. Z kolei Tomasz Zieliński, prezes Lubelskiego Związku

Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców i jednocześnie wiceprezes Polskiej Izby Informatyki Medycznej, szacuje że w zależności od województwa poziom wdrożenia tego rozwiązania wynosi od 15 do 45 proc. wszystkich wystawianych zleceń. Jak zaznacza, jest to ściśle skorelowane z udziałami dostawców oprogramowania gabinetowego w danym województwie.

– Szansa na terminowe wdrożenie rozwiązania, jakim jest e-zlecenie na wyroby medyczne, praktycznie nie zmieniła się od grudnia. Ci producenci, którym udało się w grudniu wdrożyć zmiany w programach gabinetowych, mają te rozwiązanie, natomiast ci, którzy ich nie wdrożyli, nadal go nie mają – tłumaczy Tomasz Zieliński.

Zdaniem pacjentów resort zdrowia i NFZ przy wdrażaniu e-zleceń popełnili ten sam kardynalny błąd, co w 2004 roku, kiedy wprowadzano wymóg potwierdzania zleceń na wyroby medyczne. Wówczas decyzja o nowym rozwiązaniu zapadła w październiku roku poprzedzającego jego wdrożenie i w efekcie nie zdążono przygotować się do zmian.

– Otrzymujemy informacje od świadczeniodawców, że pilotaż dla nowych zleceń z e-potwierdzeniem ruszył dopiero w listopadzie i nadal jest niedopracowany. Ciągłe się zawieszanie, nawet przy tak małej skali zleceń – mówi Anna SARBak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jej zdaniem, pacjenci mają prawo obawiać się, że nastąpi chaos, którego ofiarami okażą się finalnie osoby potrzebujące.

Marchewka, nie kij

Tomasz Zieliński przyznaje, że na obecnym etapie najsłabszym ogniwem całego procesu informatyzacji są niestety dostawcy oprogramowania, którzy borykają się z różnorodnymi trudnościami przy wdrażaniu jego kolejnych elementów.

– Muszę przyznać, że jeszcze kilka lat temu głównym czynnikiem blokującym postęp informatyzacji była niechęć lekarzy. Dzisiaj ta niechęć się zdecydowanie zmniejszyła i raczej sprowadza się do zgłaszania problemów w obszarach, które nie zostały odpowiednio rozwiązane – ocenia. Jednocześnie wskazuje, że rząd odrobił pracę domową, jaką otrzymał przy okazji e-zwolnień.

– Przy e-zwolnieniach pojawił się ogromny opór lekarzy, ponieważ narracja instytucji państwowych była dość opresyjna. Natomiast w przypadku e-recept nie tylko dokonano ogromnego trudu informacyjnego, ale przede wszystkim nie grożono poważnymi sankcjami. Dlatego zawsze będę powtarzać, że każdy człowiek postawiony przed nowością będzie zawsze wolął marchewkę od kija. Jeśli narzuca się obowiązek i dodatkowo stoi nad głową w celu jego realizacji, wówczas każdy będzie się zastanawiał, co jest w danym rozwiązaniu złe bądź nie działa. Jestem zdania, że w przypadku dobrych rozwiązań nie należy stosować przymusu, ponieważ one same się obronią i wejdą do powszechnego użytku – podsumował Tomasz Zieliński.

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

Każdemu choremu trzeba zaoferować indywidualny sposób leczenia

Z dr. hab. Arturem A. Antoniewiczem, konsultantem krajowym w dziedzinie urologii, rozmawia Maja Markłowska-Tomar

W trakcie konferencji „Nowotwory układu moczowego – wielospecjalistyczna współpraca drogą do sukcesu”, która odbyła się w dniach 20-22 lutego br. w Białymstoku, niemal wszyscy prelegenci podkreślali ogromne znaczenie współpracy różnych specjalistów w opiece nad chorymi m.in. z rakiem prostaty. Dlaczego jest to takie ważne?

Jestem świeżo po lekturze wywiadu, jakiego udzielił mediom w związku z tą konferencją prof. Jacek Fijuth, prezes Polskiego Towarzystwa Radioterapii Onkologicznej. A ponieważ została ona zorganizowana przez Białostockie Centrum Onkologii i kierowane przez prof. Fijutha towarzystwo naukowe, to najlepiej świadczy o tym, że środowisko onkologów jest bardzo zainteresowane zagadnieniami z zakresu urologii onkologicznej. Zagadnieniami, którymi – co wynika z tradycji medycyny oraz umownych podziałów związanych z anatomią człowieka – od zawsze zajmują

teru, rezerwy, z jaką podchodzimy do profilaktyki. Przykładowo, w raku gruczołu krokowego, ta rezerwa dotyczy stosunku mężczyźni do badania palcem przez odbytnicę. Mężczyźni tego nie chcą, unikają tego badania, wstydzą się. Jednak na obraz sytuacji, w której liczba zachorowań gwałtownie rośnie i nadal będzie wzrastać, składa się wiele różnych czynników.

Możemy już mówić o epidemii zachorowań na raka prostaty?

O epidemii jeszcze nie, ale 16 tysięcy nowych rozpoznań rocznie to nie jest liczba bagatelna. Nie oznacza to jednak, że z chwilą postawienia rozpoznania, chorzy na raka gruczołu krokowego dostają wyrok. W krajach rozwiniętych 96 proc. chorych leczonych radykalnie uzyskuje trwałe wyleczenie.

To bardzo duży odsetek.

Tak, ale dotyczy on chorych leczonych radykalnie. A radykalnie możemy leczyć tylko pacjentów, u których choroba jest ograniczona do narządu, ewentualnie dotyczy bezpośrednio okolicy organu dotkniętego nowotworem. Stąd dla nas, chirurgów, leczenie chirurgiczne, polegające na usunięciu gruczołu krokowego razem z węzłami chłonnymi w tej okolicy, jest rozwiązaniem oferowanym przez nas jako pierwsze. Naszym zdaniem jest to najlepsze rozwiązanie, szczególnie w raku pośredniego, wysokiego lub bardzo wysokiego ryzyka progresji, a więc w sytuacji, w której należy uruchomić wszystkie możliwe sposoby, żeby chorego wyleczyć.

W Polsce pojmowanie onkologii jest pewnym fenomenem. Traktujemy ją jako pewne remedium na nowotwory, niezależnie od tego, jakiego narządu dotyczą. Proszę zwrócić uwagę, jak mało mówi się na przykład o hematatoonkologii.

Jeśli mówimy o nowotworach, to zazwyczaj kojarzymy je z onkologami.

Dokładnie tak. To jest fenomen, który sprawia, że chory, któremu usunąłem radykalnie na przykład guza nerki, jeszcze zanim wyszedł ze szpitala po tej operacji, już umówił się do centrum onkologii, mając poczucie, że wymaga opieki onkologicznej. Wprawdzie zgłosił się najpierw na oddział urologiczny, poddał się operacji o charakterze radykalnym i był z niej zadowolony, to – z nieznanymi mi



Fot. Maja Markłowska-Tomar

się urodzily. Wspólnie z onkologami szukamy najlepszego sposobu na współdziałanie, zwłaszcza że w Polsce wyniki leczenia chorych na nowotwory znajdujące się w polu widzenia uroonkologii, to znaczy raka nerki, pęcherza moczowego i prostaty, znacząco odbiegają od wyników uzyskiwanych w krajach ościennych.

Dlaczego u nas są gorsze niż w innych krajach Unii Europejskiej?

To wynika zarówno z organizacji systemu ochrony zdrowia, jak również przyzwyczajęń Polaków, naszego charak-

do końca powodów - uznał, że potrzebuje jeszcze wizyty u onkologa. Być może społeczeństwo z tych samych powodów podważa zmiany zachodzące w systemie ochrony zdrowia. A Ministerstwo Zdrowia, idąc w ślad za exposé premiera, naprawdę próbuje zmienić obraz onkologii w Polsce. Wprowadza zmiany strukturalne dotyczące finansowania, polegające na wprowadzeniu nowych programów lekowych, nowych sposobów leczenia itd. Te zmiany wyprzedzają zarówno świadomość społeczną, jak i strukturę organizacyjną. Podobnie jest ze świadomością lekarzy, którzy są podzieleni. Konferencja w Białymstoku zmierza w jakimś sensie do zbudowania nowej struktury, którą nazwalismy umownie Urologic Cancer Unit. Jest to przeniesienie pewnego sposobu patrzenia na nowotwory z perspektywy narządowej. Po to, żeby pod jednym dachem, w umownej strukturze poradni, zapewnić możliwość współdziałania grupie specjalistów.

Kto w tej grupie specjalistów powinien się znaleźć? Kto powinien być w niej głównodowodzącym?

Na pewno urolog, który nie tylko z mojego punktu widzenia, ale też w oparciu o bogate doświadczenia rozwiniętych krajów musi stanowić oś obrotu. Bo do niego będą przychodzić mężczyźni w celu diagnostyki i oceny stanu zaawansowania raka gruczołu krokowego, nerki, czy pęcherza moczowego. W tej grupie musi być również onkolog, radioterapeuta, psychoterapeuta, fizjoterapeuta i koordynator. Taki model obowiązuje w Skandynawii i wielu krajach Europy Zachodniej, i to dzięki niemu uzyskuje się wyniki leczenia, o których wspomniałem wcześniej. W krajach zachodnich, 5-letnie przeżycia uzyskuje się u 80-96 proc. chorych, a w Polsce u 68-70 proc.

Znacznie odbiegamy od średniej w Unii Europejskiej.

Tak. I mamy do odrobienia lekcję. Przy czym nie chodzi wyłącznie o dostęp do nowego sprzętu, czy nowych leków, choć w urologii rzeczywiście brakuje nam najnowszych technologii finansowanych w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia. NFZ nie refunduje na przykład operacji z użyciem robota, mimo że stanowią one istotny postęp w zwalczaniu raka w określonych stopniach zaawansowania. Podobny postęp dokonał się w radioterapii i brachyterapii, chemioterapii, immunoterapii. Jest mnóstwo obszarów, w których znacząco poprawiły się możliwości. Problem w Polsce polega jednak na tym, że jak dotąd nie potrafimy połączyć tych wszystkich elementów.

Ten unit urologiczny, niezależnie od tego, jak go nazwiemy - równie dobrze może to być ośrodek czy centrum - ma być strukturą, która zapewni choremu najlepszy i najskuteczniejszy sposób leczenia. W drodze konsylium, po określeniu w sposób adekwatny do współczesnej wiedzy medycznej stopnia zaawansowania klinicznego choroby i innych uwarunkowań związanych ze spodziewanym

przeżyciem tego chorego. Musi być również zapewniony ścisły nadzór po leczeniu, czyli coś, czego nam bardzo brakuje. Nie znamy losów naszych chorych. Dzięki danym z Narodowego Funduszu Zdrowia możemy wprawdzie sprawdzić, ilu z nich przeżyło 5 lat, natomiast nie jesteśmy w stanie jednoznacznie określić, jakie są wyniki ich leczenia obecnie, jakich efektów się spodziewamy i czy udało się je osiągnąć. W moim przekonaniu, a pracuję 30 lat w zawodzie i posiadam ogląd sytuacji, sformowanie tej struktury daje gwarancję poprawy wyników leczenia chorych. Pozostaje tylko kwestia, o ile uda nam się je poprawić. Wydaje mi się jednak, że przykład krajów ościennych - Czech, Słowacji, Węgier - świadczy o tym, że wydzielenie w ramach onkologii takiej dziedziny jak uroonkologia jest sposobem na dość szybki postęp w kategorii wyników leczenia, a o to nam chodzi.

Podczas konferencji wygłosił pan bardzo ciekawy wykład na temat aktywnej obserwacji chorych na raka prostaty. Podał pan przykład kraju, w którym podlega jej nawet 75 proc. pacjentów z tym nowotworem. Ilu chorym w Polsce można by zaproponować taki sposób postępowania?

Skądinąd to bardzo miłe, że udało się pani to wylapać z mojej prezentacji, bo wymagało to wnikliwego słuchania. Komentując te dane pochodzące z rejestru szwedzkiego, zastrzegłem jednak, że dotyczą one specyficznej grupy chorych - po 75. roku życia. Jest to fenomen, ponieważ ten rejestr, prowadzony w Uppsali od 1988 roku i zawierający wszystkie przypadki raka gruczołu krokowego rozpoznane w Szwecji i niektórych krajach skandynawskich, które dołączyły do niego z biegiem lat, jest doskonałym wzorem, jak nadzorować proces leczenia pacjentów. Analiza tych danych pokazała, że w grupie pacjentów powyżej 75. roku życia z niskim lub bardzo niskim ryzykiem progresji, mediana przeżycia była tak samo dobra zarówno u chorych, którzy byli operowani, jak i tych, którzy nie byli. To było zaskakujące, jednak siła danych statystycznych zawartych w tym rejestrze była tak duża, że publikacje, które powstały w oparciu o nie stały się podstawą koncepcji aktywnego nadzoru. Od kilku lat proponujemy go wspomnianej przeze mnie grupie chorych zamiast aktywnego leczenia, które niesie ze sobą potencjał powikłań, stresu, działań niepożądanych oraz kosztów, o czym również nie wolno zapominać.

Szacujemy, że w Polsce około 20-30 proc. chorych z nowo rozpoznany rakiem gruczołu krokowego mogłoby korzystać z aktywnej obserwacji, jednak pod warunkiem, że będzie ona prowadzona w sposób kompetentny. Trzeba sobie jednak zdawać sprawę, że taki sposób postępowania pociąga za sobą koszty. Dlatego, w toku toczącej się dyskusji ekspertów, która odbywała się również na konferencji w Białymstoku, rozważamy opracowanie oddzielnej procedury dla Narodowego Funduszu Zdrowia - aktywnego nadzoru nad rakiem gruczołu krokowego.

Tylko jak przekonać chorego na raka prostaty w Polsce, że nie wymaga aktywnego leczenia, a jedynie regularnych kontroli i badań?

Nie to jest największym problemem. Lekarze otoczeni są mnóstwem danych, pochodzących z ogólnie dostępnych źródeł, na podstawie których informują chorych, jakie mają ryzyko i szanse. Niestety, bardzo często te dane odbiegają od rzeczywistości, bo danych rzeczywistych po prostu nie ma. Póki co nie mamy zwyczaju określania danych indywidualnych danego lekarza, czy danych grupowych ośrodka, albo chociażby uśrednionych danych krajowych. W ten sposób, moim zdaniem, powstaje pewien szum informacyjny, który utrudnia podjęcie decyzji, bo chory nie przychodzi do lekarza specjalisty po to, żeby dyskutować z nim na temat wiarygodności danych i szacować jakieś ryzyko. On przychodzi do lekarza po decyzję, pyta, co pan dla mnie wybrał spośród wszystkich możliwości. Jeśli jest to chory dotknięty rakiem niskiego lub bardzo niskiego ryzyka progresji, jego rokowanie co do przeżycia wynosi ponad 15 lat i spełnia inne kryteria, które są oceniane w trakcie diagnostyki, ode mnie usłyszysz, że ma do wyboru nadzór, operację lub radioterapię. Za pewien rodzaj pułapki, w którą wpadliśmy, rozwijając medycynę przez ostatnie lata, uważam jednak stwierdzenie, że to chory ma wybrać.

Ale przecież on nie ma odpowiedniej wiedzy, żeby dokonać świadomego wyboru. Nie wie, co jest dla niego lepsze.

Nie ma, bo nie może mieć. To nie jest jego wina, nie jest przecież lekarzem. To dobrze, że może skonsultować się z rodziną, poczytać w internecie, jest teraz lepiej poinformowany, nie zmienia to jednak faktu, że jest zagubiony. Zwłaszcza jeśli jest to chory w podeszłym wieku, który nie jest w stanie zweryfikować wszystkiego, co usłyszysz od

lekarza w internecie. Moim zdaniem w takiej sytuacji rośnie odpowiedzialność lekarza, on musi jej podołać. Dla mnie głównym wyznacznikiem zaoferowania pacjentowi aktywnego nadzoru jako pierwszego wyboru lub wręcz wybrania dla niego tej opcji, jest młody wiek, aktywność życiowa i zawodowa oraz aktywność seksualna, do której chory przywiązuje wagę. To kolejny, niezwykle trudny w polskich warunkach, element postępowania, ponieważ nie jest łatwo ustalić, czy mężczyzna jest aktywny seksualnie i jaką wagę przywiązuje do tej aktywności. Zdarza się, że inaczej odpowiada, kiedy jest sam na sam z lekarzem, inaczej, kiedy towarzyszy mu żona, a jeszcze inaczej, kiedy jest sam, ale nabrał zaufania do lekarza. Jeśli mężczyzna chce zachować potencję, to aktywny nadzór jest dla niego rozwiązaniem numer 1. W sytuacji, gdy chory ma szansę łatwo wrócić do zdrowia po leczeniu operacyjnym, możemy zastosować u niego chirurgię minimalnie inwazyjną. Jeśli rak jest stosunkowo agresywny, powinniśmy stosować metody adekwatnie agresywne, czyli usunąć nowotwór. W takim przypadku wybieram leczenie operacyjne. Tam, gdzie istnieje dowolny wybór, a dotyczy to wielu chorych, sugeruję choremu konsultację u radioterapeuty. Ode mnie dowiaduje się tego, co musi wiedzieć o chirurgii i jej skutkach, o jej zaletach i wadach. Niech spróbuje w podobny sposób porozmawiać z radioterapeutą i dokona wyboru. Jeśli chory nie nadaje się do operacji lub jej nie akceptuje, moim pierwszym wyborem jest radioterapia. Myślę, że jest to odzwierciedlenie nowoczesnego sposobu myślenia, które powinno dominować w unitach, centrach, ośrodkach kompleksowej diagnostyki i terapii schorzeń urologicznych, w których kierując się tego typu kryteriami, wybiera się sposób leczenia dla każdego chorego indywidualnie.

Dziękuję za rozmowę.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Kraków	Oddział Kliniczny Urologii i Urologii Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki	ul. Jakubowskiego 2 30-688 Kraków Budynek H, poziom 1	tel: 12 424 79 60 www.su.krakow.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr L. Chłosta
Łódź	Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika	ul. Pabianicka 62 93-513 Łódź	tel: 42 689 52 13 tel: 42 689 52 47 www.kopernik.lodz.pl	dr hab. n. med. Waldemar Różański
Warszawa	Oddział Kliniczny Urologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. W. Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	ul. Czerniakowska 231 00-416 Warszawa	tel: 22 621 71 78 tel: 22 584 11 42 www.szpital-orlowskiego.pl	prof. CMKP dr hab. n. med. Jakub Dobruch
Warszawa	Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Międzyleski Szpital Specjalistyczny	ul. Bursztynowa 2 04-749 Warszawa	tel: 22 473 53 35 www.mssw.pl	prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz
Warszawa	I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne Żelazna	ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa	tel: 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl	prof. dr hab. n. med. Grzegorz Jakiel
Warszawa	Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Lindleya 4 02-005 Warszawa	tel: 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Powikłania po leczeniu operacyjnym nietrzymania moczu

Lek. med. Ewelina Malanowska

Klinika Ginekologii, Endokrynologii i Onkologii Ginekologicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego

Strach przed leczeniem operacyjnym często oddała pacjentkę od podjęcia decyzji o zabiegu. Niekiedy zupełnie niepotrzebnie. Leczenie operacyjne może oczywiście wiązać się z licznymi powikłaniami, o których każda pacjentka powinna wiedzieć. Tylko uzyskanie rzetelnej wiedzy na temat powikłań związanych z daną procedurą operacyjną pozwala pacjentce pomóc podjąć dobrą dla niej decyzję. Dobrze poinformowany pacjent podejmuje świadomą decyzję o operacji, zdając sobie sprawę z czasem nieprzewidzianych jej konsekwencji.

Współczesne metody leczenia nietrzymania moczu charakteryzują się wysoką skutecznością. Obecnie najbardziej popularne są taśmy podcewkowe, tzw. slingi. Skuteczność leczenia operacyjnego tą metodą według piśmiennictwa wynosi nawet do 80 proc.

W kwietniu 2019 roku amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków wydała rozporządzenie, które zabrania stosowania siatek polipropylenowych w leczeniu zaburzeń statyki narządu rodowego. W związku z tym wiele firm wycofało swoje produkty z rynku. Przyczyniło się to do niepokoju pacjentek, które przestały decydować się na zabieg założenia taśmy. Zupełnie błędnie, gdyż FDA nie wypowiedziała się negatywnie na temat stosowania taśm w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu lub siatek umieszczonych przezbrzusnie w operacjach zaburzeń statyki. Mimo to niektóre kraje, jak Nowa Zelandia, Australia, czy Wielka Brytania, zrezygnowały z ich zastosowania.

Choć zabieg założenia taśmy na pierwszy rzut oka wydaje się prosty, to wymaga od operatora doświadczenia i precyzji w jego wykonaniu. Technika zakładania taśmy podcewkowej „tension free”, oznacza beznapięciowe jej założenie. Nieprzestrzeganie tej zasady prowadzić może do wystąpienia najczęstszego powikłania, jakim jest zaleganie moczu po mikcji.

Wczesne i późne powikłania operacji

Wyróżniamy wczesne i późne powikłania leczenia operacyjnego. Do powikłań wczesnych zakładania taśm podcewkowych zaliczamy między innymi:

- krwawienia,
- krwiaki,
- perforację cewki moczowej,
- perforację pęcherza moczowego,
- infekcje dróg moczowych,
- śródoperacyjnie mogą również ulec uszkodzeniu naczynia, nerwy, jelito.

A powikłania funkcjonalne, które mogą pojawić się zarówno w pierwszych dniach po leczeniu operacyjnym, jak i po kilku tygodniach od zabiegu, to:

- zaleganie moczu po mikcji lub
- występowanie parć nagłych „de novo”.

Większość krwiaków śródoperacyjnych ulega resorpcji po kilku dniach od zabiegu. Niekiedy jednak większe zmiany wymagają rewizji rany i ewakuacji krwiaka. Konieczność chirurgicznej ewakuacji krwiaka z przestrzeni załonowej Retziusa jest jednak sytuacją rzadką.

Inne powikłania, to:

- ropnie okolicy zasłonowej,
- ropnie krocza,
- martwica powięzi.

Wymagają one terapii antybiotykowej i ewentualnie drenażu chirurgicznego.

Ryzyko wystąpienia powikłań po założeniu taśm

Wyróżniamy dwa rodzaje taśm: TVT (ang. tension free vaginal tape, taśma załonowa) i TOT (ang. trans obturator tape, taśma przezzasłonowa). Ryzyko wystąpienia powikłań wynosi w przypadku taśmy TVT od 4 do 75 proc., a w przypadku TOT - od 10 do 30 proc.

W procedurze założenia taśmy TVT stosuje się igłę-prowadnicę, przy pomocy której przeprowadzana jest taśma podcewkowa w kierunku przestrzeni załonowej. Dlatego niekiedy z założeniem TVT wiąże się możliwość uszkodzenia dużych naczyń, powstania krwiaka załonowego czy też perforacja pęcherza moczowego. Aby zmniejszyć ryzyko powstania powikłań tego zabiegu, stworzono alternatywę w postaci przezzasłonowej taśmy TOT, której ramiona wyprowadzane są w okolicy pachwin. Zastosowanie tej procedury zmniejszyło ryzyko wystąpienia powyższych powikłań, ale przyczyniło się do powstania nowych, np. dolegliwości bólowych w okolicy pachwin, zaburzeń czucia skóry w okolicy pachwin i uda (tzw. neuropatia nerwu sromowego). Przebiecie pęcherza moczowego jest powikłaniem śródoperacyjnym, które jest opisywane jako typowe po założeniu taśmy. Dla taśmy TVT jest to powikłanie, które występuje w około 2 proc. przypadków, w porównaniu do taśmy TOT, gdzie odsetek ten wynosi 0,3 proc. Perforacja pęcherza zwykle nie wymaga żadnej dalszej terapii, z wyjątkiem utrzymywania cewnika przez około 7 dni. Powikłania operacji taśm podcewkowych wiążą się w przypadku zalegania moczu z możliwością przerywanego cewnikowania przez pacjentkę czy też pozostawienia przez pewien okres czasu cewnika nadłonowego. Pozosta-

wienie cewnika dopęcherzowego w przypadku perforacji ściany pęcherza moczowego należy do standardowej procedury w takich sytuacjach. Należy o takiej możliwości pacjentkę poinformować. Jeśli przyczyną zatrzymania moczu jest nadmiernie napięta taśma, można wykonać przezpochwowe przecięcie taśmy.

W przypadku wystąpienia parć naglących po zabiegu należy na wstępie wykluczyć możliwość zakażenia dróg moczowych lub rzadko występujące powikłanie w postaci wewnątrzpęcherzowego położenia taśmy. Doustne leki antymuskarynowe nie leczą przyczyny wystąpienia tych objawów. A najczęściej przyczyną parć naglących po zabiegu jest nieprawidłowo położona taśma podcewkowa. Powikłania późne to erozje taśmy, czyli ścieńczenie słuzówki pochwy i uwidocznienie taśmy w ścianie pochwy. Erozje mogą także występować w cewce moczowej lub pęcherzu moczowym. Z tym powikłaniem mogą się wiązać uporczywe dolegliwości bólowe, ból podczas stosunku, przewlekłe infekcje pochwy. Erozja taśmy może być leczona w sposób zachowawczy lub zabiegowy. Dopochwowa terapia estrogenowa pozwala przygotować pacjentkę do zabiegu operacyjnego, a czasem i do wyleczenia. Jednak większość erozji pochwy usuwa się operacyjnie, co prowadzi niekiedy do częściowego lub całkowitego usunięcia taśmy, a za tym idzie duże prawdopodobieństwo nawrotu objawów inkontynencji – nawet do 20 proc.

Jakie są korzyści leczenia operacyjnego?

Poza opowiedzeniem o powikłaniach po leczeniu operacyjnym warto zawsze naświetlić również zalety tej procedury. Dla taśmy podcewkowej zaletą jest przede wszystkim krótki czas operacji, a tym samym krótszy czas znieczulenia i co za tym idzie, krótszy czas hospitalizacji. Mimo opisywanych powikłań, bezpieczeństwo tej procedury jest wysokie, a taśmy podcewkowe wciąż są „złotym standardem” w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu. Badania, takie jak ultrasonografia PFT (ang. pelvic floor technique), to narzędzie diagnostyczne, które może pomóc w określeniu prawidłowego położenia taśmy. W przypadku jej nieprawidłowego położenia ultrasonografia PFT może stanowić pomocne narzędzie diagnostyczne w ustaleniu przyczyny dolegliwości. Taśma położona zbyt blisko szyi pęcherza moczowego może powodować dolegliwości w postaci parć naglących, natomiast taśma położona za nisko, w pobliżu ujścia zewnętrznego cewki moczowej – zaleganie moczu. W takich przypadkach należy taśmę przeciąć lub całkowicie usunąć i zaplanować zabieg w odroczonym terminie celem ponownego jej założenia.

Najważniejszym jest, aby pacjentka w przypadku wystąpienia powikłania otrzymała profesjonalną pomoc. Wczesne zdiagnozowanie powikłań pozwala lekarzowi na szybką reakcję i ich zaopatrzenie. Wyzwaniem w praktyce lekarskiej są sytuacje, kiedy pacjentka przeszła już zabieg założenia taśmy podcewkowej, a efekt operacji jest niez-

dawalający. Wymaga to w wielu przypadkach pogłębienia diagnostyki nie tylko o badanie ultrasonograficzne, ale i urodynamiczne. Niekiedy pacjentka otrzymała propozycję kolejnego zabiegu założenia taśmy bez oceny niepowodzenia po pierwszej operacji. Znane są sytuacje, w których dwie taśmy są w tzw. kolizji i żadna z nich nie działa prawidłowo. W takich przypadkach taśmę należy usunąć, gdyż nie będzie ona spełniała swojej funkcji, a może przyczynić się do powstania dodatkowych uporczywych objawów.

W przypadku obniżenia ścian pochwy z jednoczasowym występowaniem nietrzymania moczu wykonuje się operację kolposuspensji, czyli podwieszenia ścian pochwy do więzadeł Coopera (tzw. operacja sposobem Burcha). Do operacji sposobem Burcha nie wykorzystuje się materiału syntetycznego w postaci siatki, lecz szwy o długim procesie wchłaniania. Nie jest to zabieg prosty, wymaga nie tylko dobrej znajomości struktur anatomicznych, ale i prawidłowej techniki. Uzyskanie prawidłowego położenia i napięcia szwów i związane z tym dobre uwidocznienie tkanek pochwy i pęcherza moczowego niekiedy sprawia operatorowi trudności. Najczęstsze komplikacje tego zabiegu to między innymi:

- krwiak załonowy,
- utrzymujący się krwiomocz,
- zaleganie moczu po mikcji,
- erozja szwu do pęcherza moczowego, której pierwszym objawem mogą być przewlekłe infekcje pęcherza moczowego.

Skuteczność tego zabiegu oceniana jest na 80 proc. i mimo że minęło ponad 40 lat od pierwszego opisu tej metody, jest ona wciąż efektywna i przez wielu operatorów chętnie stosowana. Jej zaletą, w porównaniu do taśm podcewkowych, jest możliwość dobrego uwidocznienia struktur anatomicznych, a podczas krwawienia szybkie jego zaopatrzenie.

Czy można zredukować ryzyko powikłań po zabiegu?

Celem uniknięcia pojawienia się powikłań leczenia operacyjnego nietrzymania moczu ważne jest określenie indywidualnych czynników ryzyka, a także dobra kwalifikacja pacjentki do operacji. W przypadku pacjentek z otyłością, po licznych operacjach w obrębie jamy brzusznej, po cięciach cesarskich, ryzyko wystąpienia powikłań śródoperacyjnych jest wyższe.

Do każdej pacjentki trzeba podejść indywidualnie. Dobór odpowiedniego zabiegu operacyjnego leży w gestii lekarza. Nie tylko znajomość symptomatyki, ale i anatomii oraz doświadczenie operatora są wymagane celem udzielenia dobrej konsultacji.

Aby uzyskać oczekiwany efekt operacyjny, pacjentka powinna udać się do specjalistycznego ośrodka, który wykonuje operacje leczenia nietrzymania moczu. Od tego w dużej mierze zależy ostateczny efekt operacji.

Piśmiennictwo u Autorki.

seni®

wspiera
w profilaktyce
odparzeń
i odleżyn



+



Więcej na seni.pl



DOSTĘPNE W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

W Polsce uroginekologia traktowana jest na razie po macoszemu

O warunkach wykonywania zawodu fizjoterapeuty oraz fizjoterapii uroginekologicznej z Magdaleną Ptak, fizjoterapeutką, adiunktem w Zakładzie Rehabilitacji Medycznej i Fizjoterapii Klinicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego, rozmawia Tomasz Michałek.

Co skłoniło panią do wyboru zawodu fizjoterapeuty?

Chęć niesienia pomocy pacjentom w sposób nieinwazyjny, czyli tzw. first line treatment. Fizjoterapia uroginekologiczna, którą się zajęłam, była związana z moją pracą w szkole rodzenia, bo generalnie moja fizjoterapia zaczęła się właśnie od szkoły rodzenia.

Ale skąd w ogóle pomysł, aby studiować fizjoterapię?

Szczerze?

Tak.

Nie dostałam się na Pomorską Akademię Medyczną w Szczecinie.

Czyli fizjoterapia była pani kierunkiem drugiego wyboru?

Tak, ale okazało się, że jest dokładnie tym, czego potrzebowałam. To jest bardzo szeroka styczność z zawodem, jakim jest zawód medyczny, z człowiekiem bezpośrednio. Zawód medyczny, ale nie tak obciążający jak bycie lekarzem, szczególnie dla kobiety. Wiele lat studiów, po studiach wieloletnia specjalizacja... Przeliczyłam szybko wszystkie za i przeciw i okazało się, że lepiej być fizjoterapeutką. Nadal w branży medycznej, z ciałem człowieka, gdzie można dotykać tkanek, można z nimi pracować.

Rozumiem, że nie żałuje pani tego wyboru?

Absolutnie.

Pytam, bo coraz częściej słyszymy o problemach, z jakimi muszą mierzyć się fizjoterapeuci w Polsce. Mam na myśli problemy organizacyjne, ale też finansowe, takie jak np. możliwość utrzymania się z tego zawodu.

Fizjoterapeuci, którzy pracują w szpitalach, zarabiają rzeczywiście niewiele. Jako ciekawostkę podam przykład fizjoterapeuty, mężczyzny, który ukończył szkolenie na pielęgniarza i ma dużo większe szanse na dobre zarobki niż

jako fizjoterapeuta w tym samym szpitalu. Ale generalnie, to rzeczywiście duży problem. Zresztą dlatego fizjoterapeuci co jakiś czas strajkują, przypominając o sobie.



A jaką przyszłość widzi pani dla fizjoterapii w Polsce, biorąc pod uwagę te wszystkie problemy i wyzwania, przed którymi stoicie?

Sytuacja jest bardzo dynamiczna. Trudno mi przewidzieć, co będzie się działo w tym zawodzie, ale wydaje mi się, że ta sfera płatna, gabinetowa, będzie o wiele lepiej rozwinięta niż fizjoterapia w szpitalu, czy opiece ambulatoryjnej. Przede wszystkim dlatego, że jest tam źle wyceniona, źle „wypunktowana”, źle opłacana i źle prowadzona. Ponadto, problemem jest też zbyt krótki czas trwania fizjoterapii, brak dofinansowania szkoleń dla pracujących w szpitalach fizjoterapeutów. Oczywiście, trzeba wspomnieć również o etyce zawodowej. Wydaje mi się, że ktoś, kto obserwuje, jak

za granicą wygląda fizjoterapia, potrafi się zmobilizować, żeby ją przeprowadzić kompleksowo. Natomiast w szpitalu, w przychodni, może być z tym problem i myślę, że to może być frustrujące. Osoby myślące poważnie o swoim rozwoju i podchodzące do niego uczciwie, będą uciekać z państwowej służby zdrowia do sfery prywatnej.

Co odpowiedziałaby pani młodej osobie, która stoi właśnie przed dylematem: iść na fizjoterapię czy może na inny kierunek?

Inny medyczny?

Tak.

Zachęcam do wyboru fizjoterapii.

Jednak?

Zdecydowanie.

Dlaczego?

Fizjoterapia daje bardzo szeroki wachlarz możliwości, inaczej niż pielęgniarstwo czy położnictwo. Fizjoterapeuta może pracować w wielu różnych obszarach. Są to zarówno kluby fitness, jak i fizjoterapia związana ze sportem, praca z osobami starszymi, współpraca z lekarzami w zakresie opieki nad dziećmi. Można znaleźć swoje miejsce w którejś z tych specjalności.

Szukając własnej drogi, zaczęła pani zgłębiać tajniki fizjoterapii uroginekologicznej. Gdzie zetknęła się pani z nią po raz pierwszy?

W szkole rodzenia, 20 lat temu. Nie nazywało się to wtedy fizjoterapią uroginekologiczną. To była fizjoterapia związana z okresem okołoporodowym. Ale właśnie od pracy w szkole rodzenia zaczęły mi się pojawiać pytania, co można by było więcej zrobić w tym obszarze, to znaczy, jeśli trafiają do nas kobiety w okresie okołoporodowym, a ja mam wtedy możliwość z nimi w tym okresie pracować, to co się będzie się z nimi działo kilka, kilkanaście lat później? Pojawiały się kobiety w ciąży, babcie, mamy, kobiety w okresie okołomenopauzalnym. Te pytania same zaczęły mnie nachodzić. A potem pojawiło się pytanie, co my tak w ogóle jeszcze przed porodem wiemy na temat funkcjonowania naszego dna miednicy? I właściwie można powiedzieć, że dopiero, gdy pojawiły się profesjonalne kursy w Polsce, to można było tę wiedzę poszerzać. Wcześniej to było tylko kilka podręczników, trochę można było skorzystać z internetu i na zagranicznych stronach poczytać, poobserwować, jak inni pracują na świecie. U nas dopiero od około 12 lat można rzeczywiście poszerzać tę wiedzę.

Niekoniecznie wyjeżdżając za granicę?

Tak, aczkolwiek przy takim zaawansowaniu wiedzy brakuje tzw. świeżego powiewu i ciekawych informacji z zagranicy. Bo u nas fizjoterapia uroginekologiczna na razie kuleje. Chcemy coś w tym zakresie robić, kształcimy się, ale środowisko nie zawsze chce z nami współpracować. Natomiast gdybyśmy chcieli się wzorować na tym, co dzieje się za granicą, to moglibyśmy jeszcze wiele się nauczyć. Mam nadzieję, że będziemy mogli bez przeszkód dążyć do tego samego.

A jak ocenia pani obecny stan wiedzy polskich fizjoterapeutów w zakresie fizjoterapii uroginekologicznej?

Biorąc pod uwagę wszystkich fizjoterapeutów, myślę, że moja ocena byłaby niska. Powiem może, jak to wygląda na mojej uczelni, gdzie staram się przekazać jak najwięcej, ale jestem ograniczona godzinami i zaawansowaniem metod. Nie wszystko możemy zrobić w warunkach naszej uczelni, ale mam też kontakt z innymi uczelniami i wiem, że na razie uroginekologia jest traktowana po macoszemu. Jeśli prowadzi zajęcia ktoś, kto jest również prakty-

kiem, to przekazuje dużo ciekawych informacji i myślę, że kogoś zainspiruje. Natomiast generalnie fizjoterapeuci, których od wielu lat obserwuję, mają niewielką wiedzę na ten temat. Myślę jednak, że nie ma potrzeby, abyśmy wszyscy się na wszystkim znali. Wolałabym, żeby uczelnia była miejscem, w którym się zainspiruje fizjoterapeutów do tego, by fizjoterapeuta ogólny czy fizjoterapeuta innej specjalizacji zechciał współpracować z tym, który się wyspecjalizował w danym obszarze, na przykład w uroginekologii. Żeby wiedział, gdzie można szukać pomocy.

Czyli kluczowa jest współpraca?

Bezwzględnie tak. Między fizjoterapeutami, którzy pracują w geriatrici, w obszarze pediatricznym, fizjoterapeutami, którzy pracują ze sportowcami, tymi, którzy pracują na przykład jako trenerzy personalni w klubach fitness czy siłowniach. Oni wszyscy są fizjoterapeutami, którzy muszą chcieć z nami, fizjoterapeutami uroginekologicznymi, współpracować. No i oczywiście można to poszerzyć teraz o lekarzy...

Właśnie o to chciałem zapytać. Jak z pani perspektywy wygląda współpraca ze środowiskiem lekarskim? Jakie są pani doświadczenia?

W Szczecinie wygląda to dobrze. Jest kilku zaufanych lekarzy, którzy mają ochotę z nami współpracować i wiedzą, na czym polega rola fizjoterapii.

Jaką specjalizację reprezentują ci lekarze?

Są ginekologami. Po cichu nazywamy ich uroginekologami. Bardzo chcielibyśmy poszerzyć współpracę również o urologów. W Szczecinie intensywnie działam w tym kierunku, żeby pokazać lekarzom, że jesteśmy godni zaufania, że możemy z nimi współpracować. Nie zabieramy sobie pacjentów. Nawiązując ze sobą współpracę, możemy sobie nawzajem pomagać w prowadzeniu pacjenta, dla jego dobra. Nie na darmo na wszystkich kongresach zagranicznych mówi się o postępowaniu fizjoterapeutycznym jako tzw. first line treatment, czyli wracamy do natury, staramy się wszystkie struktury, które się da, doprowadzić do prawidłowego funkcjonowania. Jeżeli się nie da, to korygujemy i próbujemy działać fizjoterapeutycznie. Kolejny krok należy do lekarzy, którzy stosują farmakologię lub zabiegi.

W jakim wieku kobieta powinna zacząć się poważnie interesować uroginekologią? Kiedy jest odpowiedni moment na kontakt z fizjoterapeutą?

Mam takie marzenie, żebyśmy mogli już na etapie szkoły średniej zacząć rozmawiać na ten temat. Kiedyś myślałam nawet o stworzeniu przy szkole rodzenia zajęć dla młodych kobiet, bardzo młodych dziewczyn, tych, które wchodzi w okres dojrzewania. Aby wiedziały, jak funkcjonuje dno miednicy, jakie mogą się tam pojawić zagro-

żenia. Ta część kobiet, która przychodzi do szkoły rodzenia, usłyszy o tym na zajęciach. Na szczęście tam udaje nam się to zrealizować. Ale tak niewiele kobiet korzysta ze szkoły rodzenia! Szczerze mówiąc, teraz to nie wiem, ile ich jest, ale do niedawna było to tylko około 10 procent ciężarnych, może troszkę więcej. No i trochę dobrego, ale i złego robi internet. Jeśli kobieta jest zainteresowana tym tematem, to może co nieco w internecie znaleźć, ale to są często informacje niezaweryfikowane. Trafiają do mnie pacjentki, które niewiele wiedzą na ten temat. Idąc dalej, weźmy pod uwagę okres okołomenopauzalny. Każdy ginekolog, który teraz wykonuje standardowo również badanie piersi, mógłby powiedzieć pacjentce jeszcze coś o dnie miednicy, o mięśniach Kegla, że warto byłoby je ćwiczyć. Że jeśli występuje jakakolwiek drobna dysfunkcja, to nie jest to coś, z czym trzeba żyć do końca życia, ale można spróbować nad tym popracować, tak aby w okres przed-, a szczególnie pomenopauzalny, wejść lepiej, sprawniej i bezpieczniej. No i oczywiście potem myślimy o okresie starości. Najlepiej byłoby od samego początku prowadzić pacjentki. To, że w gabinecie pojawiają się panie w wieku 50 plus, to dobrze, ale byłoby jeszcze lepiej, gdyby udało się następne pokolenie poprowadzić od samego początku. Zachęcajmy do wzorowania się na krajach, w których robi się to dobrze, czyli na przykład na Francji.

Czy państwo ma pani zdaniem jakąś rolę do odegrania, aby zmienić obecną sytuację?

Oczywiście. Wydaje mi się, że dobrze byłoby zwrócić uwagę na to, że fizjoterapia uroginekologiczna nie powinna być dostępna wyłącznie w sferze odpłatnej. Trzeba pamiętać, że terapia mięśni dna miednicy to bardzo kompleksowa fizjoterapia. Nie pracujemy tylko z mięśniami dna miednicy, ale, jak to się zawsze mówiło, z mięśniami od stóp do głowy. Spłaszczając nieco ten temat, powiem, że mięśnie dna miednicy to też są mięśnie, to też jest obszar działania fizjoterapeutycznego. Generalnie kobiety w wielu obszarach są trochę traktowane po macoszemu. Może warto byłoby zwrócić uwagę na to, że taka fizjoterapia powinna również być refundowana. Tak jak w krajach zachodnich. Weźmy choćby pod uwagę Niemcy. Pochodzę ze Szczecina i wiem, że 50 km dalej, poza granicami Polski, fizjoterapia uroginekologiczna jest bezpłatna dla każdej pacjentki po porodzie. W Niemczech kobiety mają możliwość spotkania się z fizjoterapeutą zarówno przed, jak i po porodzie. I to świadczenie jest tam refundowane.

Czy byłoby korzystne uwzględnienie tej tematyki w programie nauczania na poziomie liceum?

To jest moje marzenie. Nie wiem, czy młodzież licealna jest na to przygotowana, bo to bardzo specyficzny wiek. Ale myślę, że w twórczych liceach, gdzie młodzież jest chętna i zainspirowana do czerpania wiedzy,

mogłaby wykazać chęć do zapoznania się z tą tematyką.

Myślę, że nawet jeżeli licealiści tylko posłuchają, to zostanie im to do końca życia.

Ziarenko zostanie już gdzieś do ogrodu wrzucone i być może kiedyś im się przypomni, że to jest bardzo ciekawy i ważny obszar. Bo mówimy trochę o nietrzymaniu moczu, ale przecież w tym dniu miednicy dysfunkcji jest naprawdę wiele. Jeśli chodzi o młode dziewczyny, to problemy z nietrzymaniem moczu pojawiają się z powodu np. zbyt napiętych mięśni, czyli jest to związane w pewnym stopniu też ze stanem emocjonalnym pacjentki. I chociażby tylko z tej racji na etapie liceum dobrze byłoby o tych problemach wspomnieć.

W ostatnich latach państwo znacznie poszerzyło kompetencje fizjoterapeutów. Mają oni wreszcie ustawę o swoim zawodzie i własny samorząd.

Na szczęście, choć szkoda, że dopiero po wielu latach...

Widzi pani jeszcze jakiś obszar, w którym należałoby rozszerzyć kompetencje fizjoterapeutów? Może o wypisywanie zleceń na refundowane wyroby medyczne, takie jak chociażby środki absorpcyjne? Obecnie pielęgniarki i położne mogą już wypisywać takie środki, ale fizjoterapeuci nie. Pani zdaniem powinni mieć takie uprawnienia?

A dlaczego nie? Stanowiłoby to kompleksowe postępowanie. Zresztą są kraje, w których uprawnienia fizjoterapeutów są o wiele szersze. Jeżeli moglibyśmy rozszerzyć kompetencje fizjoterapeuty o wypisywanie zleceń na wyroby medyczne, to ja jestem jak najbardziej za.

A co zarekomendowałaby pani pacjentom z problemami z utrzymaniem moczu, którzy szukają pomocy? Co oni powinni robić, poza zaglądaniem do internetu oczywiście?

Tak, zaglądanie do internetu jest powszechne i trzeba się z tym liczyć. Potem w gabinecie słyszymy, co „ciekawego” pacjenci tam wyczytali. Trzeba to weryfikować, odkręcać, mówiąc kolokwialnie. Ale wracając do pana pytania, na pewno zachęciłabym ich do poszukania w miejscu zamieszkania, bądź w większym mieście, osoby kompetentnej, która wykaże się wiedzą z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej. Najlepiej gdyby pacjentka trafiła i od strony lekarza, i od strony fizjoterapeuty, w ręce zespołu specjalizującego się właśnie w tym konkretnym schorzeniu. Koniecznie trzeba znaleźć kogoś, kto zajmie się tą sferą od strony fizjoterapeutycznej. Taki fizjoterapeuta będzie dobrze wiedział, gdzie kończą się jego możliwości i kiedy trzeba skierować pacjenta do lekarza odpowiedniej specjalności. No i powinno to potem działać na zasadzie współpracy, aż pacjent zostanie wyprowadzony „na prostą”.

Dziękuję za rozmowę.

Jak komunikować się z pacjentką z nietrzymaniem moczu?

Karolina Pszonak

Doktorantka socjologii o specjalizacji socjologia medycyny i komunikacja medyczna Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego



Fot. javiindy - stock.adobe.com

Pacjentki cierpiące na nietrzymanie moczu potrzebują szczególnego podejścia w zakresie kompetencji miękkich, gdyż nawet wiedza medyczna na najwyższym poziomie nie będzie w stanie im pomóc, gdy komunikacja będzie poprowadzona błędnie.

Komunikacja kliniczna czy komunikowanie o zdrowiu to obszar niezwykle trudny i delikatny. Naukowo dotyczy on analizy powstawania informacji zdrowotnych oraz sposobu ich przekazywania. Komunikacja kliniczna to swego rodzaju system relacji komunikacyjnych zachodzących w różnych obszarach. Już Tomasz Goban-Klas, cytowany przez Harvard School of Public Health, podkreślał rolę komunikacji w medycynie oraz jej wpływ na pacjenta. Oczywiście są różne obszary komunikacji, przykładowo między podmiotami medycznymi, państwowymi itp. W tym artykule skupimy się jednak na komunikacji lekarz-pacjent w aspekcie nietrzymania moczu.

Jakie korzyści przynosi dobra komunikacja lekarz-pacjent?

Kompetencje posiadane w zakresie komunikacji klinicznej to bezdyskusyjnie kompetencje społeczne, oparte na fundamentach umiejętności komunikacji interpersonalnych. Problem ten jest szeroko omówiony na łamach „Lekarza Rodzinnego” przez Marka Hebanowskiego, który podkreśla, że złotą umiejętnością wśród lekarzy jest całościowe podejście do zawodu oraz wiedza, umiejętności i kompetencje interdyscyplinarne.

Warto przywołać w tym miejscu postulaty European Association of Communication in Healthcare (EACH) dotyczące zasad szkoleń lekarzy w zakresie kompetencji komunikacyjnych, tak aby przynosiły obustronne korzyści w relacji lekarz-pacjent. Zaliczono do nich m.in.:

- zmniejszenie oporu pacjenta dotyczącego terapii,
- spadek napięcia emocjonalnego,
- poczucie kontroli nad własnym zdrowiem.

Kiedy do gabinetu lekarskiego udaje się pacjentka - kobieta cierpiąca na nietrzymanie moczu, rola i podejście lekarza jest kluczowe w diagnostyce i prowadzeniu terapii. Często na początku, kiedy pacjentka zauważa u siebie problem, niestety sięga do wiedzy „internetowej”. Dlatego warto podkreślić rolę spotkań edukacyjnych, ale nie dla lekarzy, lecz właśnie dla kobiet, aby mogły one czerpać wiedzę od specjalistów. Jest to wizja może utopiwna, jednak nie jest ona niemożliwa do wykonania, oczywiście przy pozyskaniu sponsorów i finansowania od organów państwowych.

Na lekarzu spoczywa ogromna odpowiedzialność

Jeśli kobieta zdecyduje się skorzystać z porady lekarza w gabinecie, czy to podstawowej opieki zdrowotnej, czy też specjalistycznym (ginekologicznym lub urologicznym), kluczowa jest rola lekarza i poprowadzenie skutecznej komunikacji. Nawet jeżeli lekarz jest wybitnym specjalistą w swojej dziedzinie, a poprowadzi wywiad medyczny błędnie pod względem komunikacyjnym, to pacjentka w najlepszym wypadku go zmieni, a w najgorszym w ogóle zrezygnuje z podjęcia terapii. Jak więc podejść do pacjentki?

Po pierwsze, zadaniem lekarza jest stworzenie relacji - w schorzeniach określanych jako „wstydlive”. Jest to podstawa nawiązania skutecznego dialogu oraz przełamania oporu pacjentki przed opowiadaniem o jej dolegliwościach. Kobiety w wywiadach deklarują, że bardzo często lekarz nie nawiązuje rozmowy w sposób delikatny, a od początku przechodzi do meritum (na podstawie badań własnych). W gabinecie, gdzie specjalista dba o nawiązanie relacji, pacjentka deklaruje poczucie więzi i większą swobodę w opowiadaniu o swoich dolegliwościach. Co więcej, relacyjność zwiększa poziom zaufania do lekarza prowadzącego daną pacjentkę. Wiele kobiet deklaruje, że przy prowadzeniu skutecznej komunikacji przestały sięgać do porad internetowych, a zaufały swojemu lekarzowi.

W przypadku nietrzymania moczu lekarz musi umieć pokonać nieśmiałość pacjentki. Badania przeprowa-

dzone przez Philipa G. Zimbardo dowiodły społecznej natury nieśmiałości. Przykładowo, wśród Amerykanów aż 80 proc. badanych zadeklarowało, że w jakiejś dziedzinie życia (w tym m.in. zdrowotnej) doświadczyło nieśmiałości. Pacjentka nieśmiała jest trudna w kontakcie i komunikacji, jest wycofana. Z badań i obserwacji

można wywnioskować, że podstawową zasadą w gabinecie lekarskim powinno być zejście do poziomu pacjentki. W praktyce oznacza to, że lekarz powinien dostosować sposób wypowiedziania się do poziomu rozmówcy, nie peszyć nieśmiałej pacjentki nachalnym kontaktem wzrokowym (wbrew powszechnej opinii, że patrzenie prosto w oczy zwiększa wiarygodność). Pacjentka

określana jako nieśmiała, przy zastosowaniu odpowiednich technik komunikacyjnych przez lekarza, nie przestanie być nieśmiała, ale przełamie się i otworzy, co zaowocuje zebraniem pełnego wywiadu medycznego i wdrożeniem skutecznego leczenia.

Jak rozmawiać z pacjentką z NTM?

Często w rozmowach lekarze zadają pytanie: to jak mam z pacjentką rozmawiać, aby wizyta była efektywna dla obu stron? To zarówno proste, jak i trudne pytanie. Warto kierować się zasadami prostoty komunikatu, nawet posiadając tytuł profesora. Bardzo często zdarza się, że lekarze posiadający tytuły naukowe są przyzwyczajeni do wystąpień akademickich i przenoszą je do gabinetu. Skutkuje to brakiem zrozumienia przekazu przez pacjentkę, a kobiety często wstydzą się prosić o wytłumaczenie określeń medycznych. Wolą zająrzeć do internetu.

Bardzo istotne jest stworzenie przyjaznej i w miarę możliwości niekrępującej atmosfery rozmowy z pacjentką. Zaowocuje to zaufaniem, którym kobieta obdarzy swojego lekarza prowadzącego, a to jest kluczowe przy postępowaniu medycznym. To właśnie lekarz powinien zadbać o wysoki poziom kompetencji komunikacyjnych i nieustannie je podnosić w trosce o dobro pacjentów. Umiejętność słuchania, tworzenia relacji, formułowania komunikatów, odczytywania komunikatów niewerbalnych jest szczególnie istotna.



Fot. Anatoly Maslennikov - stock.adobe.com

Duże oczekiwania vs zawiedzione nadzieje

Violetta Madeja

Miniony kwartał dla pacjentów zmagających się z problemem nietrzymania moczu upłynął pod znakiem wyczekiwania. Zapowiadane pod koniec 2019 roku, wdrożenie obowiązkowego nowego wzoru zlecenia z e-potwierdzeniem na wyroby medyczne, zostało oddalone w czasie. Podobna sytuacja miała również miejsce w przypadku list refundacyjnych, na których próżno szukać nowych molekuł istotnych dla pacjentów z NTM.

Nowy rok przywitał pacjentów e-receptą. Niestety, już w grudniu 2019 roku wiadomo było, że – wbrew zapowiedziom – resort zdrowia oraz Narodowy Fundusz Zdrowia nie zdecydują się ostatecznie na obligatoryjne wdrożenie od 1 stycznia nowych wzorów na wyroby medyczne. W efekcie po 1 stycznia pacjenci, którym lekarz wystawił zlecenie na wyroby medyczne na starym formularzu, nadal będą musieli jeździć po jego potwierdzenie do wojewódzkiego oddziału NFZ.

Nowe wzory zleceń na wyroby medyczne, potwierdzane w trakcie wizyty w gabinecie lekarza, mają zacząć obowiązywać w pełni dopiero od 1 kwietnia 2020 roku (więcej na ten temat na str. 14).

O ile zlecenia na wyroby medyczne z e-potwierdzeniem zaczną być oficjalnie wymagane od 1 kwietnia, to uproszczone wzory zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia, będą obowiązywać dopiero od 1 lipca 2020 roku. Wynika to z treści opublikowanego 9 stycznia tego roku rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie uproszczonego wzoru zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujące comiesięcznie w przypadku kontynuacji zlecenia. Jak wyjaśnia resort zdrowia, uproszczony wzór zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będzie mieć zaledwie dwie strony. Nowy, uproszczony wzór dotyczyć będzie jednak wyłącznie wyrobów medycznych, które zlecane są cyklicznie. Chodzi o środki absorpcyjne, produkty stomijne, czy cewniki. Dodatkowo uproszczony wzór będzie mógł być wykorzystywany jedynie w ramach kontynuacji ich zlecenia.

W lekach bez zmian

Pierwszy kwartał 2020 roku nie przyniósł pacjentom z NTM istotnej poprawy w dostępności leków. Zarówno na styczniowych, jak i marcowych wykazach zabrakło leków, o które zabiegają chorzy na raka prostaty,

a także chorzy z zespołem pęcherza nadreaktywnego. – *Niestety nie odnotowaliśmy uwzględnienia postulatu, o który ubiegamy się od kilku lat, mianowicie wprowadzenia II linii leczenia farmakologicznego w zespole pęcherza nadreaktywnego* – poinformowała Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Dodała, że terapia, o którą zabiegają pacjenci od listopada 2018 roku, uzyskała już kolejny raz pozytywną rekomendację prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.



Fot. peterschreiber.media - stock.adobe.com

– *Nie odnotowaliśmy także zniesienia wymogu wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leków zawierających substancję o nazwie tolterodyna. Zgodnie z wytycznymi towarzystw naukowych, badanie urodynamiczne nie jest konieczne, aby zdiagnozować OAB. Jest natomiast metodą inwazyjną, która wiąże się z ryzykiem uszkodzenia dróg moczowych i w konsekwencji zakażeń. Nie rozumiemy, dlaczego solifenacyna jest dostępna bez konieczności wykonywania tego badania, a drugi lek stosowany w tym schorzeniu, czyli tolterodyna, już tego typu badania wymaga w przypadku refundacji. Wiemy przecież, że obydwa leki charakteryzują się tym samym mechanizmem działania* – stwierdziła Anna Sarbak.

Jej zdaniem brak zmian w dostępności leków stosowanych w leczeniu OAB to ogromne rozczarowanie dla chorych, zwłaszcza że lista substancji medycznych refundowanych w zespole pęcherza nadreaktywnego nie była zmieniana od początku jej utworzenia, czyli de facto od 2011 roku.

Oczekiwania chorych z rakiem prostaty

Potrzeby związane z refundacją kolejnych leków zgłaszają również pacjenci z rakiem prostaty, którzy są już oporni na kastrację i mają zwiększone ryzyko wystąpienia przerzutów na podstawie dynamiki wzrostu PSA, ale przerzuty jeszcze u nich nie wystąpiły. Niestety w Polsce tacy pacjenci nie mogą skorzystać z leczenia w ramach programu lekowego.

– Świat leczy tych pacjentów nowoczesnymi lekami już od ponad roku, a w Polsce nadal zmusza się chorych do czekania, aż ich stan się pogorszy i wystąpią przerzuty. Przecież to niehumanitarne. To są chorzy, którym trzeba pomóc od razu, nie czekając aż pojawią się przerzuty – komentuje Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty „UroConti”.

O jakie leki chodzi? W ocenie pacjentów, którzy regularnie uczestniczą w międzynarodowych konferencjach i spotkaniach, na całym świecie chorzy z tej grupy mogą korzystać z nowoczesnych leków, takich jak apalutamid, darolutamid czy enzalutamid. Ich podanie pozwala na zatrzymanie i opanowanie choroby na etapie, na którym jeszcze jej nie widać.

– Lekarze powinni mieć możliwość stosowania nowoczesnego leczenia jak najszybciej, zamiast czekać aż pojawią się przerzuty. Nie umiem wytłumaczyć ani sobie, ani dzwoniącym do mnie pacjentom, jak to się dzieje, że Polska refunduje kolejne ratujące życie terapie na samym końcu. Dlaczego za każdym razem musimy walczyć o możliwość korzystania z leczenia, które jest naszym prawem, bo jesteśmy członkami Unii Europejskiej tak samo jak Czesi, Bułgarzy, czy Rumuni, którym nikt nie każe tak długo czekać na refundację. Tylko niestety dla większości z nas to oczekiwanie może się okazać za długie... – mówi Bogusław Olawski.

Aktualnie w ocenie Agencji Oceny Technologii i Taryfikacji analizującej możliwości poszerzenia programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10: C61)” o nową grupę pacjentów lub stworzenia odrębnego programu jest jeden lek zawierający substancje czynną o nazwie apalutamid.

Będą zmiany w programach lekowych?

Z początkiem lutego pozytywnie o zmianach w programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)” wypowiedzieli się eksperci zasiadający w Radzie Przejrzystości AOTMiT. Zgodnie z ich propozycją mają zostać połączone dwa niezależne kryteria, które dotychczas były brane pod uwagę przy wyłączeniu pacjentów z programu. Chodzi o nową definicję progresji choroby, która w nowym brzmieniu definiowana będzie jako: „progresja PSA rozumiana jako postępujące zwiększenie stężenia PSA w kolejnych trzech badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, z co najmniej dwoma wzrostami o 50 proc. wobec wartości wyjściowej, która musi być większa niż 5 ng/ml oraz pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej dwa stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej”. Zmiana ta zaostrzy kryteria, na podstawie których pacjenci będą wyłączeni z programu lekowego i – w ocenie ekspertów – zwiększy liczbę podań preparatu dichloru radu Ra-223 przypadającą na pacjenta (choć nadal maksymalna liczba podań wynosić będzie sześć). Argumentując swoją decyzję, eksperci AOTMiT powołali się m.in. na wytyczne Polskiego Towarzystwa Urologicznego z 2011

roku, w których wskazano, że PSA nie jest wiarygodnym markerem wznowy i nie może być jedynym badaniem stosowanym podczas obserwacji, a także na wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Urologicznego, które w 2018 roku podkreśliło, że pacjentom ze złym stanem sprawności (ECOG 3 lub 4) nie należy proponować dalszego leczenia.

Pacjenci mają głos

Pierwsze miesiące 2020 roku były również czasem intensywnych prac nad dokumentem „Analiza problemu decyzyjnego dla wyrobów terapeutycznych”. Prace prowadzone w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji mają doprowadzić do opracowania wytycznych HTA dla wyrobów medycznych (wytycznych oceny technologii medycznych).

Oprócz organizacji branżowych uwagi do dokumentu zgłosili również przedstawiciele pacjentów – Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych oraz Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”. Organizacje jednym głosem wskazały, że zmiany w obszarze wyrobów medycznych powinny być ukierunkowane na wdrażanie ułatwień dla pacjentów oraz ich opiekunów. Chodzi o to, by wdrażane rozwiązania szły w kierunku uproszczenia systemu z jasną i czytelną polityką refundacyjną, pozostawiającą wybór produktu wyłącznie pacjentom i ich opiekunom, tak jak to ma miejsce obecnie.

– Obawiamy się, że skutkiem wprowadzenia nowych proponowanych regulacji dla wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie będzie jedynie ograniczenie konkurencyjności oraz wzrost kosztów ich sprzedaży na rynku i, co za tym idzie, wzrost cen dla pacjentów. Szczególnie dotyczy to grupy środków absorpcyjnych (pieluchomajtki, majtki chłonne, pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne i podkłady), których stosowanie w metodach diagnostyczno-terapeutycznych jest znikome. Są to przede wszystkim wyroby zapewniające podstawową higienę ciała. Obawiamy się, że wzrost cen nie zostanie w żaden sposób zrekompensowany poprzez wzrost refundacji, co jasno widać po dotychczasowej polityce refundacyjnej państwa od roku 1999” – oceniło Stowarzyszenie „UroConti”.

Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” proponuje wdrożenie systemu wypożyczalni refundowanego sprzętu i wyrobów medycznych. Tak, by o wyborze sprzętu decydował odbiorca, a nie urzędnik.

– To zapewniłoby powszechny dostęp nawet do drogiego sprzętu oraz zracjonalizowałoby jego dobór i monitorowanie używania. Takie rozwiązanie zmniejszyłoby globalne koszty ponoszone na refundację oraz istotnie zmniejszyłoby niesamodzielną osobą niepełnosprawną i przewlekle chorych, a także ograniczyłoby potrzebę opieki, która generuje potężne koszty społeczne zarówno w wymiarze globalnym, jak i indywidualnym” – ocenia Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”.

MoliCare®

Higiena przy
nietrzymaniu moczu

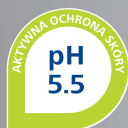
Medyczne produkty chłonne dostępne w refundacji –
dopasowane do indywidualnych potrzeb przy
nietrzymaniu moczu.



100%

DYSKREJCJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

**Innowacyjne wkładki i majtki chłonne dla
zachowania anatomicznej perfekcji kobiety
oraz mężczyzny.**



Utrzymują zdrową skórę dzięki miękkim, przepuszczającym powietrze materiałom, 3 warstwom wkładu chłonnego z przyjaznym dla skóry pH na poziomie 5,5.



Zapewniają potrójną ochronę i bezpieczeństwo dzięki 3 – warstwom wkładu chłonnego, które skutecznie chronią strefy intymne przed ciągłym kontaktem z moczem, zapewniając antybakteryjne działanie.



Zachowują suchą skórę dzięki systemowi szybkiej dystrybucji moczu Quick Dry do wnętrza wkładu, który utrzymuje wilgoć z dala od jej powierzchni, zapewniając poczucie komfortu.

**CENTRUM
WSPARCIA SENIORÓW
☎ 800 26 96 36**

**SPRAWDŹ
Jak otrzymać
i zrealizować zlecenie
na produkty chłonne
w łatwy oraz
bezpieczny sposób?**

* MoliCare® Premium Pants lady – produkt dostępny tylko poza refundacją. Aloe Vera dotyczy wkładek i bielizny chłonnej dla kobiet – wersji lady.



Już dziś zamów książki na
www.poradnikidlapacjentow.pl

lub zadzwoń
22 279 49 04

Poradnik dla pacjentów urologicznych i ich rodzin

Pod redakcją
Piotra L. Chłosty



Redakcja wydania
Mariusz Błewniewski



Poradnik dla pacjentek ginekologicznych

Pod redakcją
prof. Mirosława Wielgosia
dr Natalii Mazanowskiej

