

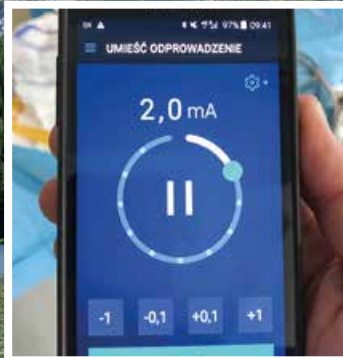
OPIEKA I PIELĘGNACJA

**Pacjenci nie zostali
bez środków
chłonnych**

LECZENIE

**W czym może pomóc
pacjentowi z OAB lekarz
rodzinny?**

LECZENIE

**Neuromodulacja
przywróciła im radość
życia**

LECZENIE

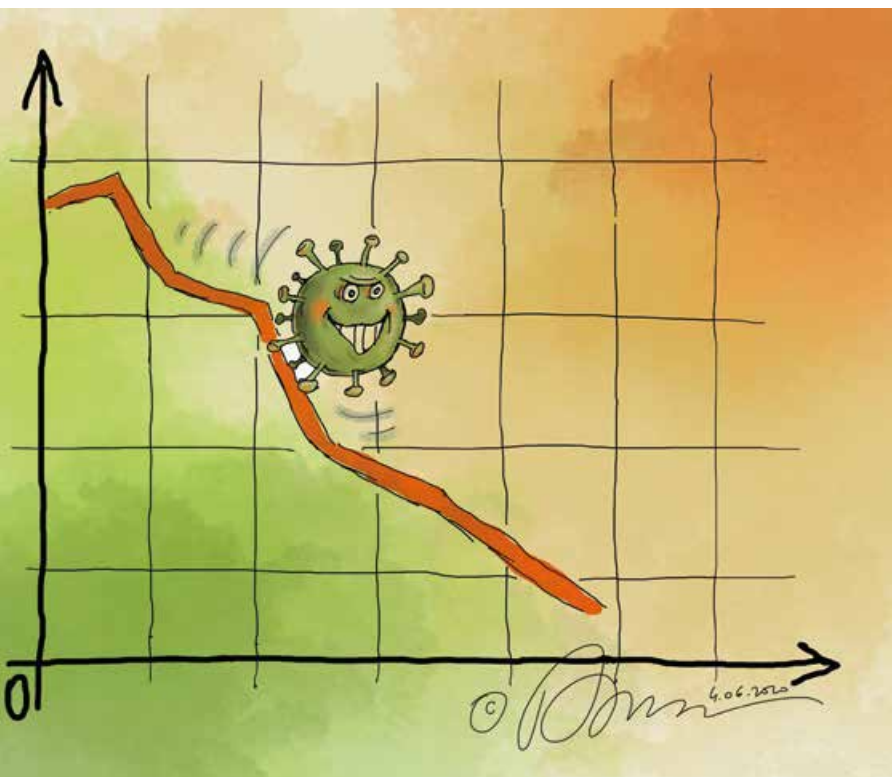
**Chorzy na raka prostaty
nadal czekają na
optymalne leczenie**

LEGISLACJA

**Tworzenie prawa
pod dyktando
koronawirusa**

Nadchodzi kryzys

Chociaż jestem z natury optymistą, z coraz większym niepokojem wypatruję nadchodzącej recesji. Niektórzy mogliby stwierdzić, że ona już jest, już puka do naszych drzwi. Może tak być, chociaż nie wynika to jeszcze z danych za pierwszy kwartał. Polska gospodarka nadal rośnie, pomimo jej zamrożenia w marcu.



Nie mam wątpliwości, że Polacy, chociaż będzie to bolesne dla wielu z nas, wyjdą z tego obronną ręką. W końcu nadal możemy liczyć na przedsiębiorczość ukształtowaną przez pokolenie „Solidarności” i kolejnych generacji. Dlatego ważniejsze jest, aby nadchodzący kryzys wykorzystać do wprowadzenia zmian, które w okresie prosperity okazały się niemożliwe do realizacji. Większość z nas pamięta początek lat 90. ubiegłego wieku, gdy rząd Tadeusza Mazowieckiego wprowadzał „terapię szokową”. Jako społeczeństwo pokazaliśmy wtedy olbrzymią gotowość na zmiany i co nawet istotniejsze, wyjątkową wytrwałość. Rządy się zmieniały, kolejne reformy były wprowadzane, a Polacy ciężką pracą budowali podwaliny późniejszego sukcesu gospodarczego. Jak to się stało, że wraz z osiągnięciami ekonomicznymi i politycznymi (wejście do NATO, członkostwo w Unii Europejskiej, dołączenie do grona najbogatszych państw świata skupionych w OECD), nie zdołaliśmy osiągnąć podobnego poziomu w ochronie zdrowia? Czy kierując nasze zaangażowanie na niwelowanie różnicy w poziomie życia w stosunku do naszych zachodnich sąsiadów zapomnieliśmy o zdrowiu?

Czy składając sobie życzenia, zazwyczaj zaczynając je od życzenia sobie dobrego zdrowia, przestaliśmy myśleć o naszej przyszłości w kategorii własnego zdrowia?

Zmiany w systemie ochrony zdrowia miały miejsce niejednokrotnie w ostatnich 30 latach. Po rozdzieleniu zdrowia od opieki społecznej przyszedł czas na kasy chorych (AWS-UW),

które po przejęciu władzy przez koalicję SLD-PSL zostały przekształcone w Narodowy Fundusz Zdrowia. Jeszcze cztery lata temu słyszeliśmy od obecnie rządzących, że NFZ zostanie zlikwidowany. Tak się ostatecznie nie stało, co wcale nie oznacza, że zapowiadana przez rządy PiS zmiana w sposobie finansowania zdrowia przyniosłaby oczekiwaną poprawę.

Daleki jestem jednak od tego, aby zrzucać całą odpowiedzialność za aktualną sytuację w ochronie zdrowia wyłącznie na polityków. Za system ochrony zdrowia odpowiadamy my wszyscy, zarówno środowisko medyczne, jak i pacjenci. To pierwsze jest odpowiedzialne za zbyt koncentrowanie się na własnych partykularnych interesach, a pacjenci – za obojętność wobec narastających problemów i rosnącą z każdym rokiem roszczeniowość.

Czy pojawienie się pandemii, która na naszych oczach przewraca nam porządek życia, spowoduje przewartościowanie priorytetów w naszych umysłach? Chyba nie mamy innego wyjścia. Pandemia uświadomiła wielu z nas, jak

źle jest z ochroną zdrowia w Polsce. Jeżeli nadal nie będziemy chcieli łożyć więcej środków z naszych dochodów na służbę zdrowia, to należy skończyć z fikcją, że wszystko jest za darmo. Już dawno tak nie jest. Dlatego nadchodzący kryzys powinien wreszcie wymusić na nas wszystkich odpowiedź na pytanie, jakiej ochrony zdrowia tak naprawdę oczekujemy?

Czy chcemy doprowadzić do jeszcze większego skoncentrowania publicznych środków na tych obszarach, które ratują nam życie? Czy jesteśmy gotowi, aby resztę świadczeń, leków i wyrobów medycznych państwo jedynie współfinansowało, pozostawiając nam możliwie szeroki wybór, gdzie i przy pomocy jakich środków chcemy dbać o nasze zdrowie?

Alternatywą dla tego scenariusza jest wzrost wydatków publicznych, których nasz „kryzysowy” budżet po prostu nie udźwignie. Pozostaje więc jedynie społeczna zgoda na wzrost składki zdrowotnej. Jest ona jednak możliwa tylko przy wyraźnym wzroście zaufania do państwa i jego instytucji. A z tym w Polsce jest kiepsko.

Tomasz Michatek

SPIS TREŚCI

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Pacjenci nie zostali bez środków chłonnych 4

LECZENIE

Co powinni jeść, a czego powinni się wystrzegać pacjenci z NTM? 6

W czym może pomóc pacjentowi z OAB lekarz rodzinny? 9

Chorzy na raka prostaty nadal czekają na optymalne leczenie 11

Neuromodulacja przywróciła im radość życia 14

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 15

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

O tym, jak opieka długoterminowa stała się poligonem doświadczalnym w czasie pandemii koronawirusa 16

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Fizjoterapia online. Czy to działa? 20

LEGISLACJA

Tworzenie prawa pod dyktando koronawirusa 21

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **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: Honorata Błaszczyk; Marianna Hall; Violetta Madeja; Magdalena Ptak;

Korekta: Marzena Michalek; **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: OCI Sp. z o.o.

Druk: GREG Drukarnia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 3000 egzemplarzy.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Szanowni Państwo,

„Wszystko wskazuje na to, że personel i podopieczni domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych najgorsze mają już za sobą, a resort zdrowia nie kryje zadowolenia, że udało się uniknąć scenariusza włoskiego. Eksperci wskazują jednak, że z tej pandemicznej lekcji należy wyciągnąć wnioski na przyszłość” – pisze Violetta Madeja w artykule zatytułowanym „O tym, jak opieka długoterminowa stała się poligonem doświadczalnym w czasie pandemii koronawirusa” (str. 16). Nie przez przypadek zwracam Państwa uwagę na ten temat. W opiece długoterminowej, gdzie większość podopiecznych to osoby z NTM, jak w soczewce, skupiły się wszystkie błędy i zaniedbania naszego systemu ochrony zdrowia, a ogólnoswiatowa pandemia, która wtargnęła niepostrzeżenie do naszego życia i przewróciła je do góry nogami, jeszcze bardziej je obnażyła i uwypukliła.

Od 4 marca, kiedy w Polsce zdiagnozowano pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, nie ma takiego dnia, aby na czołówkach gazet i portali internetowych nie było informacji na temat kolejnych zakażeń i ofiar śmiertelnych COVID-19 – choroby, którą ten wirus wywołuje. On zdominował każdy obszar naszego życia. I choć największe obostrzenia i rygory, wprowadzone przez rząd w obawie przed szybkim rozprzestrzenianiem się tej zarazy, zostały już poluzowane, wiele przyjętych rozwiązań nadal funkcjonuje, zwłaszcza w opiece zdrowotnej. Niektóre z nich wyszły pacjentom z NTM na dobre. Weźmy choćby zlecenia wystawiane elektronicznie na środki absorpcyjne. Dzięki nim wielu pacjentów z chorobami współistniejącymi nie musi jeździć do przychodni, czekać w kolejce tylko po to, by otrzymać zlecenie. – Dla wielu chorych to rozwiązanie okazało się wybawieniem i gwarancją bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia epidemicznego – ocenia w rozmowie z Kwartalnikiem NTM Anna Sarbak, szefowa Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” (str. 4).

Pod dyktando SARS-CoV-2 tworzone było w ostatnim czasie również prawo (str. 21). Z jednej strony pandemia wymusiła gwałtowne przyspieszenie w obszarze informatyzacji systemu, z drugiej jednak zaciągnęła hamulec dla toczących się procesów refundacyjnych. I wszystko wskazuje na to, że nowe listy refundacyjne zaczną obowiązywać dopiero od 1 września.

Po wybuchu pandemii wstrzymano również wykonywanie refundowanych zabiegów wszczepiania neuromodulatorów. Na „odmrożenie” tej procedury czeka wielu pacjentów. O urokach życia z neuromodulatorem opowiada nam ktoś, kto ani przez chwilę się nie wahał, żeby skorzystać z tej metody leczenia (str. 14). Zachęcamy Państwa do zapoznania się z historią tego pacjenta.

Maja Markłowska-Tomar

Pacjenci nie zostali bez środków chłonnych

Violetta Madeja

Pandemia koronawirusa i związana z nią narodowa kwarantanna nie odcięły chorych od zaopatrzenia w środki chłonne. Na wysokości zadania stanęli zarówno lekarze, urzędnicy NFZ, jak również dostawcy i wytwórcy. Pomimo perturbacji związanych z ograniczoną liczbą personelu, pacjenci nieprzerwanie otrzymywali niezbędne zaopatrzenie.

Pacjenci zmagający się z nietrzymaniem moczu przyznają, że system ochrony zdrowia oraz jego uczestnicy zdali trudny egzamin przygotowany przez wirusa SARS-CoV-2 na piątkę z plusem.

dawców Ochrony Zdrowia, przyznaje jednak, że o ile problemów z wystawianiem e-zleceń nie ma przy tzw. standardowym zaopatrzeniu, to już w przypadku pacjentów korzystających ze specjalnych uprawnień, kiedy lekarze musieli wpisywać kod dodatkowych uprawnień wynikających z zapisów ustawy „za życiem”, zdarzały się sytuacje, w których system nie chciał przyjąć wniosku.

- Okazuje się bowiem, że część pacjentów miała nadane wcześniej numery papierowych wniosków oraz kart, których okres obowiązywania kończy się dopiero w sierpniu. Mam wśród pacjentów dziecko z ciężką padaczką i uszkodzeniem okołoporodowym, któremu regularnie wystawiam zlecenie na 271 sztuk pieluchomajtek. Problemem okazało się to, że - w myśl ustawy „za życiem” - nie mam obowiązku określania, czy rzeczona liczba produktów jest na tydzień, miesiąc czy kwartał. E-zlecenie wystawiane na to dziecko było odrzucane, ponieważ jak się później okazało, wcześniej miało ono kartę ważną do sierpnia. Ta sytuacja pokazuje, że system elektroniczny wymaga nadal usprawnienia i zdarza się, że część e-zleceń nie jest przyjmowana. W takich sytuacjach nie pozostaje nam nic innego jak wypisanie zlecenia tradycyjnego - wyjaśnia Bożena Janicka. W rozmowie z redakcją „Kwartalnika NTM” prezes



Fot. goodluz - stock.adobe.com

- Po początkowym zamieszaniu związanym z niepewnością, jaką do naszego życia wniósł koronawirus, lekarzom, pacjentom oraz dostawcom środków chłonnych udało się przetrzeć nowe ścieżki związane z zaopatrzeniem. Dotychczas sygnały napływające do nas są bardzo optymistyczne i wyraźnie wskazują, że zdołaliśmy odnaleźć się w nowej dla nas rzeczywistości - przyznaje Anna Sarbak, prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

„E-zlecenia” okazały się wybawieniem

Lekarze rodzinni przyznają, że pandemia przyspieszyła proces transformacji cyfrowej i większość medyków szybko przestawiła się na zlecenia wystawiane elektronicznie. Bożena Janicka, prezes Porozumienia Prac-

Porozumienia Pracodawców Ochrony Zdrowia podkreśliła jednak ogromną solidarność i pomoc, jaką w dobie pandemii otrzymali chorzy.

- Spotkałam się z sytuacjami, że sklepy, chcąc pomóc swoim stałym pacjentom, potwierdzały tradycyjnie wystawione zlecenia. Było to ważne udogodnienie dla pacjentów, którzy nie dysponują faksem lub skanerem i nie byli w stanie samodzielnie potwierdzić zlecenia w oddziale wojewódzkim NFZ - tłumaczy Bożena Janicka.

Łatwiej o zlecenie

Zdaniem Anny Sarbak wdrożone sprawnie e-zlecenia mają również inną zaletę. *- Przede wszystkim wielu pacjentów z chorobami współistniejącymi nie musi jeździć do*

przychodni, czekać w kolejce tylko po to, by otrzymać zlecenie. Dla wielu chorych to rozwiązanie okazało się wybawieniem i gwarancją bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia epidemicznego - wskazuje szefowa „UroConti”.

Potwierdza to również Hanna Szymkiewicz z Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych, które w swoim portfolio mają markę Seni. - *Dzięki wdrożeniu eZWM pacjenci mogą uzyskać zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne w ramach teleporady, bez potrzeby osobistej wizyty u lekarza. Dla wielu pacjentów i ich rodzin to bardzo znaczące udogodnienie, które bez wdrożenia eZWM byłoby praktycznie niemożliwe - ocenia.*

Natomiast Patryk Sucharda z firmy Essity, właściciela marki TENA, zastrzega, że od początku pandemii jego firma nie otrzymywała sygnałów związanych z problemami z dostępnością środków chłonnych.

- *Jeśli chodzi o wprowadzenie e-zlecenia, to mimo że nadal obowiązuje okres przejściowy, to ewidentnie wspomógł on możliwość zlecenia i kupowania refundowanych środków chłonnych w bezpieczny dla wszystkich stron sposób. Należy dodać, że NFZ stanął na wysokości zadania i w odpowiedzi na uwagi branży bardzo szybko ułatwił możliwość całkowicie zdalnej realizacji zleceń - od ich zlecenia przez lekarza, poprzez potwierdzenie w NFZ, aż po realizację u świadczeniodawcy, co zapewniło ciągłość zaopatrywania w refundowane środki. Jednocześnie NFZ usprawnił wysyłkę refundowanych pieluchomajtek do pacjentów poprzez rezygnację z podpisu pacjenta lub opiekuna na zleceniu. Wystarczy np. informacja z systemu firmy kurierskiej o dostarczeniu przesyłki, zamiast odsyłania z powrotem do świadczeniodawcy podpisanego zlecenia - wskazuje Patryk Sucharda.*

Jednocześnie przyznaje, że w czasie pandemii sprawdziło się również zarządzenie prezesa NFZ z 2016 roku w sprawie realizacji zleceń na cykliczne wyroby medyczne, które mogą być dostarczane bezpośrednio pacjentom.

- *W obecnej sytuacji umożliwiło to ich sprzedaż wielu aptekom lub sklepom medycznym, pomimo fizycznego zamknięcia ich lokali - ocenia przedstawiciel Essity.*

Przedstawiciele branży producentów jednym głosem mówią, że wszystkie przyjęte na czas pandemii rozwiązania nie tylko świetnie się sprawdziły, ale również mogłyby z sukcesem funkcjonować także po ustaniu epidemii.

Producenci na posterunku

Ważną rolę w zagwarantowaniu pacjentom nieprzerwanych dostaw środków chłonnych odegrali również sami producenci. Nie tylko nie przerwali oni produkcji, ale również byli w stanie odpowiedzieć na zwiększone potrzeby części chorych, którzy zdecydowali się na zakupy większej liczby produktów.

- *W przypadku sprzedaży wyrobów chłonnych widzimy zwiększony popyt, który może świadczyć o kupowaniu*

na zapas. Obserwujemy też większą aktywność kupujących w internecie, która przekłada się na wzrost sprzedaży w tym kanale. W TZMO nie przewidujemy problemów z dostępnością środków chłonnych ze względu na obecną sytuację epidemiologiczną. Jesteśmy przygotowani do pracy w trudnych warunkach - zapewnia Hanna Szymkiewicz. Podobnie jest w firmie Paul Hartmann Polska, która realizuje płynnie dostawy do swoich dystrybutorów.

- *Produkcja odbywa się bez przeszkód, dostęp do produktów marki MoliCare nie jest zagrożony, pacjenci są dla nas priorytetem - podkreśla Marta Woźniak z firmy Paul Hartmann. Jej zdaniem obecna sytuacja bardzo mocno wpłynęła na rozwój sektora e-sprzedaży w wielu branżach, także w przypadku sprzedaży produktów chłonnych za pośrednictwem internetu. - Szczególnie dotyczy to zakupów produktów pełnopłatnych, choć warto zwrócić uwagę, że są realizatorzy, którzy drogą wysyłkową zaopatrują pacjentów w ramach zlecenia refundacyjnego. W przypadku zakupu produktów refundowanych należy jednak pamiętać o przywiązaniu pacjentów do punktów zaopatrzenia - mówi Marta Woźniak.*

Natomiast zdaniem Patryka Suchardy trwająca pandemia dobitnie pokazała, jak istotna jest produkcja wyrobów medycznych, w tym również środków chłonnych, na terenie Polski. - *Zaopatrzenie polskiego rynku od początku pandemii odbywa się bez większych zakłóceń. Na szczęście znaczna część środków chłonnych dla rynku polskiego produkowana jest w naszej oławskiej fabryce, co dodatkowo zabezpiecza polskich pacjentów. Oczywiście, jako globalny producent jesteśmy powiązani międzynarodowymi łańcuchami dystrybucji, jednak nie zostały one zakłócone nawet podczas szczytu zachorowań w Europie - informuje przedstawiciel Essity.*

Dobra sytuacja pacjentów wynika również z faktu, że Polska jest największym producentem środków chłonnych w Europie Środkowo-Wschodniej i jednym z większych producentów w Europie.

- *Polscy pacjenci nie muszą się obawiać braku dostępu do produktów chłonnych. Nie obserwujemy ograniczeń w wydajności polskich producentów, których na rynku jest wielu. W przypadku pojawienia się trudności, zawsze pacjent może skorzystać z zaopatrzenia innego producenta - podkreśla Marta Woźniak.*

Sama pandemia koronawirusa pokazała, że produkcja na terenie Polski nawet najprostszych wyrobów medycznych klasy I, takich jak maseczki chirurgiczne, fartuchy, czy pieluchomajtki, okazuje się być kluczowym elementem bezpieczeństwa zdrowia publicznego.

- *Nagle okazało się, że niewidoczne na co dzień wyroby medyczne są niezbędne do funkcjonowania służby zdrowia, np. do przeprowadzenia operacji. Dotyczy to także środków chłonnych, bez których nie wyobrażam sobie, aby system ochrony zdrowia mógł sprawnie funkcjonować - zaznacza Patryk Sucharda.*

Co powinni jeść, a czego powinni się wystrzegać pacjenci z NTM?

Marianna Hall

Dietetyk kliniczny

Centrum Dietetyki Nutrado

Nadmierna masa ciała, stłuszczenie narządów wewnętrznych oraz zaburzenie rytmu wypróżnień to czynniki, które wpływają na przebieg nietrzymania moczu. Wraz z ich rozwojem dochodzi do osłabienia mięśni miednicy oraz tendencji do zwiększonego ciśnienia w jamie brzusznej.

Konsekwencją tych patologii mogą być problemy z nietrzymaniem moczu i gazów oraz zaparcia. W tym aspekcie kluczową rolę odgrywa model żywienia, który jest niezbędny zarówno w prewencji, jak w i samym przebiegu schorzenia.

zwiększają nacisk na mięśnie dna miednicy, upośledzając ich prawidłowe działanie, a to z kolei wpływa na wzrost ryzyka pojawienia się inkontynencji – niekontrolowanego wydalania moczu lub kału.

W celu zmniejszenia występowania tych objawów należy wzbogacić codzienną dietę o porcję błonnika – składnika pokarmowego, który korzystnie wpływa na pracę przewodu pokarmowego i zapobiega powstawaniu uczucia pełności bez możliwości prawidłowego wypróżnienia. Jego źródłem są m.in. produkty pełnoziarniste, warzywa oraz owoce. Dodatkowo, aby zmniejszyć ryzyko stanu

zapalnego w organizmie, który często obserwowany jest u pacjentów z NTM, należy brać pod uwagę wskaźnik klasyfikujący żywność pod względem działania przeciwzapalnego i prozapalnego – tzw. współczynnik zapalności IF (ang. inflammation index). Uwzględnia on m.in. ilość oraz rodzaj tłuszczu, zawartość niezbędnych kwasów tłuszczowych, ilość witamin i składników mineralnych o działaniu przeciwzapalnym oraz przeciwutleniającym. Ważną rolę odgrywa także indeks glikemiczny, czyli współczynnik, który określa szybkość wzrostu stężenia glukozy we krwi po spożyciu konkretnego produktu, który w swoim składzie zawiera węglowodany. Uwzględniając wszystkie te elementy, należy skupić się na wyborze produktów jak najmniej przetworzonych oraz starać się bazować na produktach lokalnych.

Analizy wymagają konkretne grupy produktów które dostarczają niezbędne składniki odżywcze – białka, tłuszcze oraz węglowodany. Źródłem białka powinny być produkty takie jak: drób bez skóry, nabiał wysokiej jakości (produkty naturalne – np.

jogurt, kefir, biały twaróg), ryby oraz jajka. Cennym źródłem białka są również rośliny strączkowe, np. fasola, ciecierzycza czy soczewica, oraz produkty pochodzenia roślinnego, takie jak: tofu, temphe czy napoje roślinne bez cukru. Podczas wyboru tych produktów należy zwerifikować skład w celu uniknięcia sztucznych dodatków. Z codziennej diety należy wykluczyć tłuste mięsa oraz



Fot. Lsantilli - stock.adobe.com

Jak skomponować zdrowy jadłospis?

Nieprawidłowa dieta – zarówno pod względem doboru konkretnych produktów, jak i wielkości porcji, może przyczyniać się do zaburzenia pracy przewodu pokarmowego i powodować nasilony stan zapalny, który jest obserwowany u pacjentów z nadmierną masą ciała i NTM. Zaparcia, które powodują trudności w wypróżnieniu,

seni®

wspiera
w profilaktyce
odparzeń
i odleżyn



+



Więcej na seni.pl



DOSTĘPNE W APTEKACH I SKLEPACH MEDYCZNYCH

wyroby (np. parówki, kabanosy, kiełbasy, pasztety), które w swoim składzie zawierają zbyt dużą ilość tłuszczu nasyconych. Rekomendowanymi źródłami tłuszczu są: oleje roślinne, awokado, orzechy, pestki oraz tłuste ryby.

Unikać należy tłuszczu nasyconych, które znajdują się w maśle, śmietanie, serach i tłustym mięsie. Szczególnie ważne jest wykluczenie produktów zawierających silnie prozapalne tłuszcze trans, obecne w utwardzonych (uwodornionych) olejach roślinnych z margaryn i frytur. Występują one przede wszystkim w słodyczach i wyrobach cukierniczych, a także daniach typu fast food i produktach typu instant. Kolejną grupą produktów, które stanowią główną składową w codziennym żywieniu, są węglowodany. Polecane są produkty o niskim indeksie glikemicznym - wszystkie surowe warzywa, pełnoziarniste (nierozgotowane) produkty zbożowe oraz nieprzejrzałe owoce. Produkty pełnoziarniste powinny być spożywane w ilości ok. 3-5 porcji dziennie. Ich źródłem są m.in. gruboziarniste kasze, brązowy ryż, płatki owsiane, pełnoziarnisty makaron oraz pieczywo. Ich spożycie dostarcza niezbędną wartość energetyczną i zapewnia stabilny wzrost stężenia glukozy i insuliny we krwi.

Jak przyrządzić zdrowy posiłek?

Warto mieć też na uwadze obróbkę termiczną - produkty rozgotowane powodują bardziej gwałtowne wahanie stężenia cukru i insuliny we krwi. Taki długofalowy proces przy nieprawidłowej kompozycji diety może zwiększać ryzyko występowania stanu zapalnego w organizmie. Porcja warzyw powinna pojawiać się w każdym posiłku. Szczególnie rekomendowane są: zielone warzywa liściaste (szpinak, jarmuż), warzywa krzyżowe (kalafior, brokuł, brukselka, kapusta), marchew, buraki, cebula, fasolka. Są bardzo dobrym źródłem flawonoidów i karotenoidów o potencjale antyoksydacyjnym i przeciwzapalnym.

Najlepiej wybierać warzywa z całej palety kolorystycznej oraz bazować na warzywach surowych lub po odpowiedniej obróbce termicznej. Warzywa mrożone również mogą pojawiać się w codziennym menu, o ile nie będą one smażone na głębokim tłuszczu lub zbyt długo gotowane.

Owoce są ważnym elementem codziennej diety, a ich ilość powinna wynosić do 2 porcji dziennie - najlepiej jako dodatek do spożywanego posiłku. Należy unikać owoców przejrzałych, w syropie, kandyzowanych oraz suszonych z dodatkiem cukru. Dieta bogata w warzywa i owoce umożliwia pokrycie zapotrzebowania na antyoksydanty, w tym witaminę C. Współuczestniczy ona w syntezie kolagenu, zapewniając odpowiednią elastyczność i szczelność naczyń krwionośnych, co w przypadku chorób układu moczowego jest bardzo istotne. Dobrym źródłem tego składnika są warzywa: papryka, pietruszka czy ziemniaki oraz owoce: aronia, żurawina, jagody i cytrusy.

W codziennym przygotowywaniu posiłków należy również pamiętać o przyprawach i ziołach. Można stosować zarówno świeże, jak i suszone. Do posiłków polecany jest dodatek m.in. kurkumy oraz imbiru, ze względu na właściwości przeciwzapalne. Przy wyborze mieszanek przypraw należy czytać etykiety i wyeliminować wszelkiego rodzaju miksy, które w swoim składzie mają dodatek soli bądź cukru.

Co pić, a co nie jest zalecane?

Bardzo ważne jest również zwrócenie uwagi na prawidłową podaż płynów - zarówno pod względem ilościowym, jak i jakościowym. Dobór ilości płynów jest indywidualny, ale nie powinien wynosić mniej niż 1,5 litra dziennie. Rekomendowanymi płynami są woda oraz delikatne napary owocowe i ziołowe, np. czystek i zielona herbata. Należy natomiast wykluczyć napoje o działaniu moczopędnym - czarną, mocną kawę i herbatę, napoje gazowane i energetyczne, soki i nektary owocowe oraz alkohol. Często słyszy się o napojach zawierających w swym składzie związki wykazujące działanie przeciwzapalne, np. resweratrol, który występuje w czerwonym winie. Jest to związek, który ma właściwości antyoksydacyjne, ale trzeba pamiętać, że nie jesteśmy w stanie jednorazowo wypić tyle wina, by uzyskać odpowiednią dawkę tego składnika, która miałaby korzystne, prozdrowotne działanie dla organizmu. Dodatkowo, alkohol zaburza prawidłowe przewodnictwo neuroprzekaźników, co może nasilać zaburzenia pracy układu moczowego.

Ile i jak często jeść?

Przy planowaniu żywienia niezbędne jest również zwrócenie uwagi na regularność i częstotliwość w spożywaniu posiłków. Rekomendowana przerwa wynosi ok. 3-5 godzin i powinna być uwarunkowana typowym rytmem dnia. Posiłki spożywane w odpowiednich odstępach czasowych eliminują ryzyko wystąpienia nagłego wzrostu apetytu lub tendencji do pojadania. Dodatkowo, spożywanie posiłków zbyt dużych objętościowo na krótki okres przed pójściem spać wpływa negatywnie na pracę przewodu pokarmowego i może nasilać dyskomfort ze strony przewodu pokarmowego oraz zwiększać częstotliwość oddawania moczu.

W celu dobrania prawidłowej proporcji posiłków niezbędna może być wizyta u dietetyka, który pomoże dobrać żywienie, uwzględniając zarówno występowanie NTM, jak i schorzeń towarzyszących. Żywienie jest nieodłącznym elementem, nad którym warto pracować każdego dnia, a nie tylko w momencie wahań masy ciała lub początkowej diagnozy schorzeń. **Prawidłowa dieta pod względem jakościowym i ilościowym, codzienna aktywność fizyczna oraz dbanie o prawidłową higienę okolic intymnych to składowe, które powinny być częścią zdrowego stylu życia w przebiegu NTM.**

W czym może pomóc pacjentowi z OAB lekarz rodzinny?

Dr Honorata Błaszczuk
Specjalista medycyny rodzinnej
Poradnia Lekarzy Rodzinnych w Łodzi



Fot. Erica Smit - stock.adobe.com

Podstawowa opieka zdrowotna powinna stanowić pierwszy etap w rozpoznaniu, diagnostyce i leczeniu pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego (overactive bladder, OAB).

Jakie są objawy OAB?

Zespół pęcherza nadreaktywnego to zespół objawów, na który składa się naglące parcie na pęcherz moczowy, częstomocz w ciągu dnia (>8 mikcji) oraz w nocy (>1 mikcja przerywająca sen, po której ponownie następuje sen), z możliwością wystąpienia nietrzymania moczu (NTM) związanego z parciem nagłym, przy zmniejszonej objętości porcji oddawanego moczu.

Objawy występują zwykle bez obecności czynników patologicznych mogących wytłumaczyć ich obecność, takich jak:

- zakażenie układu moczowego,
- guzy w obrębie miednicy mniejszej,
- nowotwory pęcherza,
- uchyłki pęcherza, cewki moczowej,
- wypadanie narządów miednicy.

Zapadalność na OAB na świecie szacuje się na 16 proc. populacji dorosłych, z podobną częstością występowania wśród kobiet i mężczyzn.

Według raportu „Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej” z czerwca 2019 roku, zespół pęcherza nadreaktywnego rozpoznawany jest w Polsce u 27 proc. kobiet i 10,8 proc. mężczyzn powyżej 18. roku życia, a częstość jego występowania zwiększa się wraz z wiekiem. W populacji lekarza rodzinnego, liczącej około 2750 pacjentów, można spodziewać się zatem nawet 400 pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Schorzenie to znacząco wpływa na jakość życia - osoby z OAB charakteryzują się mniejszą efektywnością w pracy, mniejszą satysfakcją seksualną i większą częstością zaburzeń wzrodu, częstszym występowaniem objawów depresyjnych, gorszym zdrowiem psychicznym i jakością snu.

Podstawę rozpoznania stanowi wywiad lekarski, który powinien być ukierunkowany na:

- stwierdzenie zasadniczych objawów OAB: parć nagłych, zwiększenia ilości mikcji w ciągu dnia i nocy oraz epizodów gubienia moczu,
- określenie sytuacji, które doprowadzają do gubienia moczu,
- identyfikację chorób współistniejących i przyjmowanych leków mogących być przyczyną dolegliwości,

- identyfikację czynników ryzyka (przebyte ciążę i porody, otyłość, starszy wiek, choroby gruczołu krokowego).

Badanie fizykalne jamy brzusznej i ocena gruczołu krokowego w badaniu per rectum powinny być uzupełnione badaniem ginekologicznym - w celu wykluczenia nieprawidłowości anatomicznych i funkcjonalnych narządu rodowego. W tym celu należy zaproponować konsultację ginekologiczną, ponieważ niewielka część lekarzy rodzinnych wykonuje obecnie badanie i diagnostykę ginekologiczną.

Podstawowe badania dodatkowe przeprowadzane w POZ

Są to następujące badania:

- badanie ogólne moczu i ewentualnie badanie bakteriologiczne - w celu wykluczenia zakażenia układu moczowego, krwimoczu, glukozurii,
- badanie USG układu moczowego z oceną objętości moczu zalegającej po mikcji w pęcherzu moczowym - w celu wykluczenia nowotworów, kamicy dróg moczowych oraz zmniejszonej aktywności mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Cennym narzędziem diagnostycznym jest dzienniczek mikcyjny, w którym pacjent przez trzy kolejne dni odnotowuje ilość wypijanych płynów, liczbę mikcji w ciągu dnia i nocy, ilość oddawanego moczu podczas mikcji, obecność parć naglających i epizodów nietrzymania moczu.

Rozpoznane OAB można ustalić, jeżeli przy obecności typowych objawów klinicznych wykluczy się zakażenie układu moczowego, nie stwierdza się istotnych zaburzeń statyki narządu rodowego, w badaniu przedmiotowym wykluczy się inne przyczyny prezentowanych objawów i nie stwierdza się zalegania moczu w pęcherzu moczowym po mikcji.

Dostępne opcje terapeutyczne

W warunkach podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom zgłaszającym się z typowymi objawami zespołu pęcherza nadreaktywnego należy wdrożyć leczenie. Złotym standardem jest leczenie farmakologiczne.

Lekami pierwszego wyboru są leki działające antagoniście względem receptora muskarynowego i można je zastosować, uzyskując korzyści kliniczne, bez potrzeby wykonywania inwazyjnych procedur urodynamicznych. Antagoniści receptorów muskarynowych działają w trakcie fazy napełniania pęcherza w cyklu mikcyjnym poprzez hamowanie bodźców aferentnych (czuciowych) pochodzących z pęcherza moczowego oraz poprzez bezpośrednie zahamowanie skurczów mięśni gładkich pęcherza. W Polsce dopuszczone do obrotu w leczeniu OAB są: solifenacyna, tolterodyna, fezoterodyna, trospium, darifenacyna, desmopresyna, oksybutynina, z czego tylko dwie pierwsze substancje znajdują się na liście leków refundowanych w terapii OAB.

Leki antymuskarynowe charakteryzują się licznymi objawami niepożądanymi (suchość w jamie ustnej, zaburzenia widzenia, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zaburzenia poznawcze, zaburzenia rytmu serca, zaleganie moczu), dlatego decyzję dotyczącą ich długoterminowego stosowania należy zostawić pacjentowi. W związku z powyższym, według zaleceń światowych, obecnie lekiem pierwszego rzutu jest solifenacyna, wykazująca największą selektywność wobec receptorów muskarynowych w pęcherzu moczowym. W 2016 roku zniesiono wymóg wykonywania badania urodynamicznego jako warunku refundacji leku zawierającego solifenacynę. Wymóg ten został podtrzymany natomiast dla leków zawierających tolterodynę. Na rynku dostępnych jest obecnie kilkanaście preparatów zawierających solifenacynę lub tolterodynę, sprzedawanych w zróżnicowanych cenach. Można zatem zaproponować lek w cenie akceptowalnej dla pacjenta.

Alternatywą dla leków antymuskarynowych (drugą linią leczenia OAB) jest mirabegron - agonista receptorów β -3-adrenergicznych. Pobudzenie receptorów β -3-adrenergicznych w pęcherzu moczowym prowadzi do relaksacji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, co skutkuje zwiększeniem objętości poszczególnych mikcji i pozwala złagodzić objawy związane z częstym oddawaniem moczu. Mirabegron charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa oraz umiarkowanymi objawami niepożądanymi.

Coraz bardziej popularne staje się leczenie skojarzone OAB - mirabegron oraz selektywne leki antymuskarynowe. Niestety mirabegron nie znajduje na liście leków refundowanych i stosowanie go wiąże się z dużym obciążeniem finansowym dla chorych.

Leczenie uzupełniające OAB

Uzupełnieniem leczenia farmakologicznego jest trening behawioralny - poprawa kontroli nad chorobą poprzez uczenie pacjenta, jak zahamować lub przerwać skurcze mięśnia wypieracza pęcherza moczowego oraz trening pęcherza moczowego - modyfikacja czynności pęcherza moczowego poprzez stosowanie ustalonego harmonogramu oddawania moczu zamiast mikcji w odpowiedzi na parcie naglące.

Inne metody leczenia OAB, które można zaproponować chorym w przypadku niepowodzenia terapii farmakologicznych to iniekcje z toksyny botulinowej czy neuromodulacja nerwów krzyżowych. W wypadku występowania znacznego stopnia zaburzeń statyki narządu rodowego, np. wypadania przedniej ściany pochwy, które mogą być pierwotną przyczyną pojawienia się parć naglających i zespołu pęcherza nadreaktywnego, jako pierwsze rozważyć należy leczenie operacyjne korygujące zaburzenia statyki. Do tego typu leczenia kwalifikuje lekarz ginekolog lub urolog.

Piśmiennictwo u Autorki.

Chorzy na raka prostaty nadal czekają na optymalne leczenie

Violetta Madeja

Rak stercza nie oszczędza Polaków - co roku tę diagnozę słyszy 15 tys. mężczyzn. Pomimo apeli środowiska pacjentów, nie wszyscy chorzy na ten typ nowotworu będą mogli skorzystać z optymalnego leczenia. Nowotwór stercza nadal przez wielu chorych traktowany jest w kategoriach tabu. Ukrywanie problemów z prostatą powoduje, że wielu chorych trafia do lekarzy w zaawansowanym stadium choroby, a Polska na mapie Europy wyróżnia się rosnącą liczbą zgonów w tej grupie pacjentów. Niestety wykrycie choroby na wczesnym etapie również nie jest gwarancją przeżycia, bowiem chorzy nadal mają ograniczone możliwości dostępu do nowoczesnych terapii.

Nowoczesne leczenie tak, ale tylko w zaawansowanym stadium

- Po sukcesie, jakim było dopisanie od listopada 2017 roku dwóch nowych leków po chemioterapii: Xtandi (enzalutamid) oraz Xofigo (dichlorek radu-223) do programu lekowego pod nazwą „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” oraz poszerzenie wskazań dla leku Zytiga (abirateron) do stosowania przed chemioterapią, praktycznie nastąpiła tylko jedna zmiana. W opublikowanym 30 sierpnia ubiegłego roku obwieszczeniu refundacyjnym, po naszych wielokrotnych prośbach i apelach, częściowo uwzględniono zgłaszane postulaty naszej sekcji. Dopełniono opcję terapeutyczną występującą obecnie w programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” poprzez dodanie leku Xtandi (enzalutamid) przed chemioterapią, a także zniesiono ograniczenie, jakim jest skala Gleasona w kwalifikacji pacjentów do programu lekowego - wyjaśnia Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Pacjenci nie kryją jednak, że potrzeby są dużo większe. Szczególnie że są chorzy, którzy zgodnie z zapisami programu lekowego „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego z przerzutami (ICD-10 C-61)” nie kwalifikują się do niego, a mogliby odnieść korzyści z leczenia.

- Jest to stosunkowo niewielka grupa pacjentów, którzy są już oporni na kastrację raka prostaty, ale jeszcze nie mają

przerzutów, co wyklucza ich z leczenia w ramach programu lekowego - tłumaczy Bogusław Olawski. Jego zdaniem jest to szczególnie grupa pacjentów, którym rozpoczęcie terapii nowoczesnymi lekami pozwoliłoby uniknąć progresji choroby i wystąpienia przerzutów. Rozgoryczenie pogłębia fakt, że w wielu krajach chorzy z tej grupy - określanej symbolem M0 - mają dostęp do nowoczesnego leczenia już od ponad roku, a w Polsce jego rozpoczęcie uwarunkowane jest groźną progresją choroby.



Fot. Khunatorn - stock.adobe.com

- W tym czasie pacjent jest leczony jedynie starym lekiem o nazwie bicalutamid, który zazwyczaj nie działa. Co ważne, ta grupa pacjentów, opornych już na hormonoterapię, charakteryzuje się zwiększonym ryzykiem wystąpienia przerzutów na podstawie dynamiki wzrostu PSA. Widząc to ryzyko, lekarze powinni móc stosować nowoczesne leki typu apalutamid, darolutamid lub enzalutamid, zamiast czekać, aż pojawią się przerzuty - nie kryje irytacji Bogusław Olawski.

Na jakim etapie rozmów w sprawie refundacji są producenci nowych leków? Z informacji płynących z resortu zdrowia wynika, że obecnie tylko apalutamid znajduje się w procesie refundacji. Darolutamid czeka jeszcze na rejestrację, natomiast producent enzalutamidu deklaruje, że wkrótce złoży wniosek o poszerzenie opisu programu lekowego, który umożliwiłby stosowanie leku u chorych bez przerzutów.

- Oby tylko żaden z producentów nie zaczął blokować refundacji dla leków konkurencyjnych, co niestety miało już wcześniej miejsce - martwi się Bogusław Olawski.

Niezrozumiały zakaz leczenia sekwencyjnego

Innym problemem, z jakim muszą borykać się pacjenci, jest obowiązujący nadal zakaz leczenia sekwencyjnego. Brak możliwości wymiennego stosowania molekuł wprowadzony został na samym początku poszerzania programu o nowe leki, tj. w listopadzie 2017 roku. Zdaniem chorych wprowadzony zakaz sekwencyjności leczenia dla leków abirateron i enzalutamid jest całkowicie niezrozumiały. A pacjenci, którzy zdecydowali się na zmianę leku i finansują go z własnych środków, są żywymi dowodami na brak racjonalności tej decyzji.

Jednym z takich pacjentów jest ginekolog dr Andrzej Banaszewski, który o swojej chorobie dowiedział się w 2016 roku. - *Zaraz po diagnozie zdecydowałem się na zabieg całkowitej resekcji prostaty razem z węzłami węzłami. Jesienią 2016 roku otrzymałem standardową terapię lekami hormonalnymi. Jednak, z uwagi na brak efektów leczenia zdecydowano o podaniu chemioterapii docetakselem. Niestety w październiku 2017 roku, po sześciu cyklach, z powodu progresji choroby i złego tolerowania chemioterapii pojawiła się u mnie parestezja. Zakończyłem ten schemat leczenia i po około miesiącu rozpocząłem terapię octanem abirateronu. Tyle że po nieco ponad pół roku (w czerwcu 2018 roku) doszło do istotnego wzrostu PSA, co sprawiło, że lekarz prowadzący podjął decyzję o zaprzestaniu dalszej terapii lekiem dostępnym w programie lekowym - wspomina Andrzej Banaszewski.*

W tym czasie leczenie kontynuowano z wykorzystaniem bicalutamidu, jednak nastąpiła po nim dalsza progresja choroby, która widoczna była nie tylko w scyntygrafii kośćca, ale również w gwałtownym wzroście wartości PSA oraz pogorszeniu stanu ogólnego, który najsilniej dał się odczuć na początku 2019 roku.

Ostatecznie lekarzowi przedstawiono dwa scenariusze: powrót do chemioterapii docetakselem lub dalszą terapię kolejnym innowacyjnym lekiem, który jednak nie mógł zostać podany w ramach programu lekowego. W czerwcu 2019 roku Andrzej Banaszewski zdecydował się na terapię enzalutamidem zakupionym ze środków własnych, a jednocześnie starał się o sfinansowanie leczenia w ramach procedury ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), która została wcześniej pozytywnie zatwierdzona na zlecenie ministra zdrowia w Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT). To bardzo istotna wiadomość dla pacjentów, ponieważ w momencie obejmowania refundacją leków Zytiga (abirateron) w poszerzonych wskazaniach - przed chemioterapią (w listopadzie 2017 r.), Xtandi (enzalutamid) - po chemioterapii (w listopadzie 2017 r.) oraz Xtandi w poszerzonych wskazaniach - przed

chemioterapią (we wrześniu 2019 r.) minister zdrowia zdecydował o kształcie programu lekowego, w którym niedopuszczalne jest sekwencyjne stosowanie enzalutamidu i octanu abirateronu.

Konsultant krajowy mówi jednak nie

W przypadku Andrzeja Banaszewskiego, pierwszy z wniosków o leczenie enzalutamidem w ramach RDTL, złożony przez Klinikę Onkologii Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie, w której się leczy, został zaopiniowany negatywnie. W uzasadnieniu do opinii prof. Maciej Krzakowski, konsultant krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej, wskazał, że brakuje przesłanek naukowych do stosowania enzalutamidu po uprzednim stosowaniu octanu abirateronu.

Andrzej Banaszewski nie rozumie tej decyzji, szczególnie że efekty podjętej terapii są jego zdaniem bardzo dobre. - *W czerwcu 2019 roku, kiedy zacząłem przyjmować enzalutamid, poziom PSA wynosił ponad 60, natomiast już po trzech miesiącach jego wartość spadła do około 10. Co więcej, już po dwóch miesiącach zacząłem czuć się bardzo dobrze, jakby nowe życie we mnie wstąpiło - mówi Andrzej Banaszewski.*

Kolejnym argumentem za refundacją tego leku dla niego była również pozytywna decyzja, jaką w analogicznej sprawie podjął w czerwcu ubiegłego roku prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. „Odnosząc się do pozytywnej opinii (...) dotyczącej zasadności finansowania ze środków publicznych leku Xtandi (enzalutamid) we wskazaniu: rak gruczołu krokowego oporny na kastrację (ICD-10: C61) u pacjentów po leczeniu abirateronem, u których nie wystąpiła oporność krzyżowa, w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej, należy wskazać, że opinia ta odnosi się wyłącznie do zasadności pokrycia kosztów leczenia w ramach RDTL i odnosi się do przypadku konkretnych pacjentów” - wskazał Maciej Miłkowski, wice-minister zdrowia odpowiedzialny za refundację leków. Jego zdaniem wytyczne oceny technologii medycznych oraz ich skuteczności klinicznej nie mogą się opierać na opisach jednostkowych przypadków, które dotychczas były i są traktowane jako dowody o niskiej jakości.

Pacjentom trudno się jednak pogodzić z tą argumentacją. Andrzej Banaszewski wskazuje wręcz, że finansowana przez niego terapia pozwala mu nadal pracować w zawodzie lekarza, a on sam „nie obciąża” sobą budżetu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

- *Nie znamy kraju, w którym obowiązywałby zakaz leczenia sekwencyjnego tymi lekami. Z doniesień naukowych wynika, iż sekwencyjność jest skuteczna dla ok. 30 proc. chorych na zaawansowanego raka gruczołu krokowego. Czy mamy moralne prawo pozbawiać ich szansy na refundację, bo wcześniej przyjęli inny lek, który okazał się nieskuteczny? - pyta Bogusław Olawski.*

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

Neuromodulacja przywróciła im radość życia

Violetta Madeja

Zycie z mniejszą liczbą uciążliwych objawów NTM i możliwość rezygnacji z innych, czasami bardzo bolesnych, metod leczenia – to korzyści, na które wskazują najczęściej osoby, które zdecydowały się poddać zabiegowi neuromodulacji krzyżowej. W rocznicę wprowadzenia tej procedury do koszyka świadczeń gwa-

zwoleńników. Prym wśród nich wiodą takie osoby jak Janusz Borzyński, który zdecydował się z niej skorzystać ubiegłej jesieni. Historia pana Janusza to pasmo powtarzających się przez ostatnie cztery lata hospitalizacji, nieprzyjemnych badań oraz interwencji chirurgicznych przeprowadzanych przez urologów ze Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

– W swoim bogatym 4-leciu przeszedłem niemalże wszystkie warianty leczenia, począwszy od przezcewkowej resekcji stercza (transurethral resection of prostate, TURP) poprzez kalibrowanie, cystostomię, plastykę z wykorzystaniem błony z jamy ustnej i języka aż po iniekcję botoksu. Niestety, z uwagi na brak pozytywnych wyników, dr Maciej Oszczudłowski, urolog ze Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego, zaproponował mi inne rozwiązanie – wszczepienie neuromodulatora – wspomina Janusz Borzyński. Mimo że nigdy o neuromodulacji nie słyszał i nie miał wyobrażenia, jak przebiega proces leczenia z wykorzystaniem tej metody, bez wahania zdecydował się na przeprowadzenie zabiegu.

Nie żałuje ani minuty

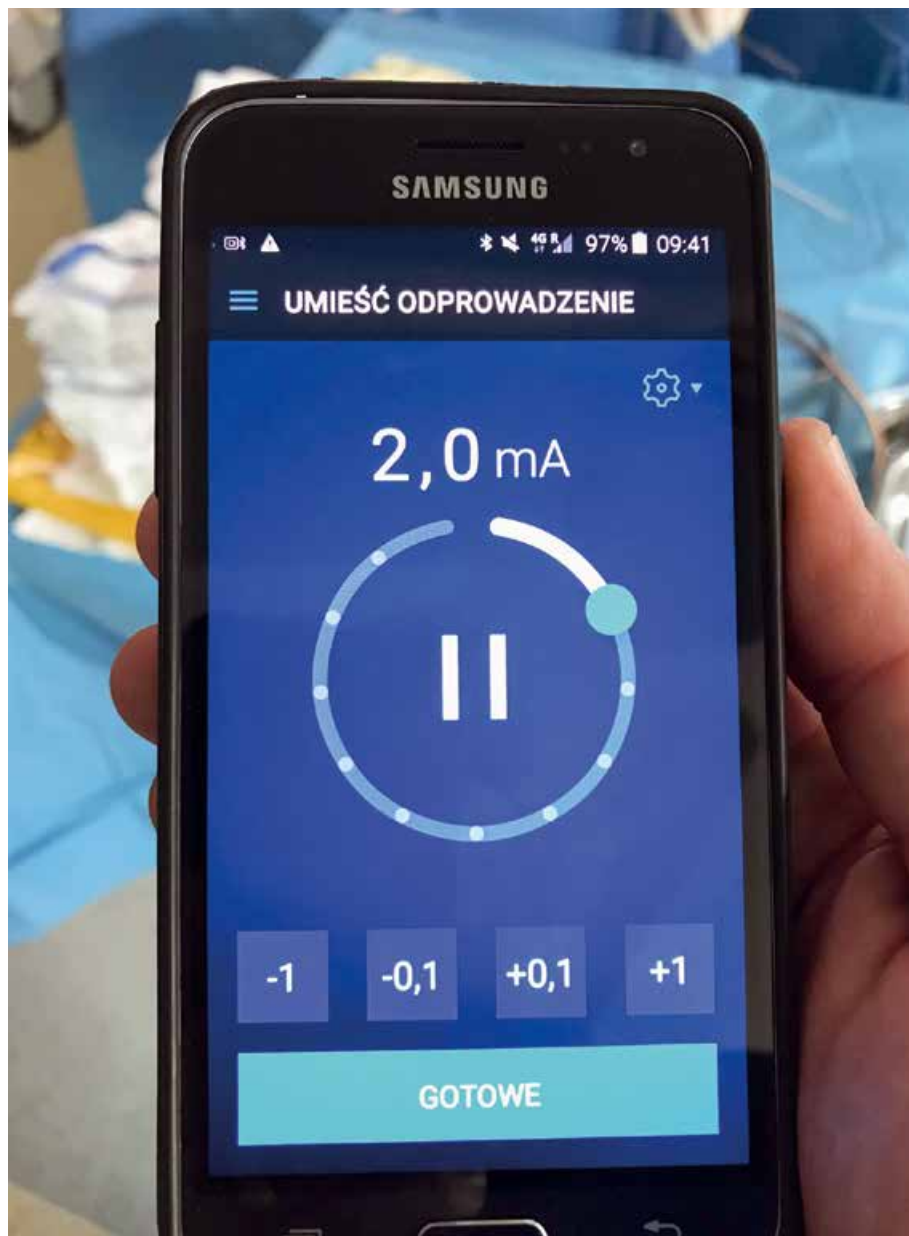
Z neuromodulatorem żyje już blisko pół roku i jak wspomina, pierwszy okres leczenia – tuż po wszczepieniu elektrody testowej – przebiegał pod znakiem obserwacji organizmu oraz ustalania optymalnego programu oraz „siły” impulsów elektrycznych działających poprzez elektrodę na układ nerwowy. Czy udało się osiągnąć oczekiwany efekt? Pacjent podkreśla, że przede wszystkim miłą odmianą było niemalże całkowite ustanie wcześniej występujących objawów nietrzy-

rantowanych pacjenci korzystający z systemu InterStim zapewniają, że ich komfort życia nie tyle się zwiększył, ile go po prostu odzyskali.

Rok po objęciu refundacją zabiegów neuromodulacji krzyżowej, terapia ta zyskuje coraz liczniejsze grono

mania moczu w postaci nagłych parć. Co więcej, jego zdaniem istotnie zmniejszyła się również częstotliwość wizyt w toalecie.

– Po neuromodulacji nareszcie zrozumiałem, co to jest komfort życia. Możliwość funkcjonowania bez cystostomii, zde-



Fot. Materiały Medtronic Poland

cydowanie rzadsze korzystanie z toalety, zwiększona kontrola nad reakcją pęcherza itd. Obecnie mogę bez większego wahania uczestniczyć w spotkaniu trwającym 2–4 godziny bez szukania toalety, co wcześniej było po prostu niemożliwe. Mogę śmiało stwierdzić, że po neuromodulacji mój komfort życia nie tyle się zwiększył, co go po prostu odzyskałem – mówi Janusz Borzyński, nie kryjąc zadowolenia. Dodaje, że wiele zawdzięcza lekarzowi prowadzącemu, który nie tylko zaproponował mu taką formę leczenia, ale również wspierał na każdym jego etapie.

– Oczywiście, ogromne znaczenie w przypadku stosowania nowych, nieznanych pacjentowi rozwiązań ma wsparcie personelu medycznego. Ważne jest także nastawienie psychiczne samego pacjenta i docenianie na wstępnym etapie nawet małych oznak poprawy. W moim wypadku z całą pewnością pomógł mi mój wrodzony optymizm. Nie bez znaczenia, a właściwie ogromne znaczenie, miało również wspaniałe podejście lekarzy do mnie, co przełożyło się na wysoki poziom zaufania do przeprowadzonego w szpitalu zabiegu – dodaje Janusz Borzyński.

Życie na nowo

Poprawa komfortu życia oraz zmniejszenie uporczywych objawów NTM nie następują jednak natychmiast. Na efekty terapii trzeba poczekać. Zdaniem Janusza Borzyńskiego, pacjenci z NTM nie powinni się łudzić, że po zabiegu ich problemy zostaną całkowicie wyeliminowane jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki. Dotychczasowe wyniki badań klinicznych wskazują, że 84 proc. pacjentów korzystających z systemu InterStim deklaruowało poprawę lub znaczną poprawę w zakresie objawów ze strony układu moczowego, a u 82 proc. efekty te utrzymały się przez 5 lat od przeprowadzonego zabiegu.

– Jak do każdej nowej sytuacji – trzeba się przystosować, zaakceptować ją i co najważniejsze, przy ogromnym zaufaniu do lekarzy i całego personelu, uwierzyć w skuteczność zastosowanych metod i rozwiązań. Gdybym miał wcześniej możliwość poddania się zabiegowi neuromodulacji, to z całą pewnością skorzystałbym z tej formy leczenia. Dzięki niej uniknąłbym kilku bolesnych zabiegów, a przez sam fakt, że neuromodulator byłby wszczepiony wcześniej, być może mój organizm łatwiej zaakceptowałby implant – ocenia pan Janusz.

Życie z neurostymulatorem wymaga jednak większej uważności, m.in. wszędzie tam, gdzie pacjent jest skanowany przez bramki bezpieczeństwa. Na szczęście z ich korzystania zwalnia wystawiony przez lekarza tzw. paszport posiadacza wszczepionego urządzenia medycznego.

– Gdybym miał wpływ na producenta urządzenia, to zasugerowałbym mu jedynie zmniejszenie jego gabarytów, a właściwie zestawu do sterowania neuromodulatorem przez pacjenta. Jednakże jest to uwaga dotycząca wyłącznie wygody z korzystania, gdyż samo urządzenie funkcjonuje bardzo dobrze – ocenia Janusz Borzyński.

COVID-19 zamroził procedury

Niestety, trwająca pandemia sparaliżowała ośrodki wykonujące refundowane procedury wszczepienia neuromodulatorów. – Wykonywanie refundowanych zabiegów neuromodulacji krzyżowej rozpoczęto w naszym ośrodku w grudniu 2019 roku. W związku z sytuacją epidemiologiczną ich przeprowadzanie zostało jednak wstrzymane na początku tego roku. Liczymy na wznowienie zabiegów w czerwcu bądź lipcu tego roku – informuje dr Maciej Oszczudłowski, urolog z Kliniki Urologii CMKP w Szpitalu Klinicznym im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

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 Róžański
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, Międzyzłeski 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

O tym, jak opieka długoterminowa stała się poligonem doświadczalnym w czasie pandemii koronawirusa

Violetta Madeja



Fot. bilderstoecken - stock.adobe.com

SARS-CoV-2 okazał się niezwykle wymagającym egzaminem dla opieki długoterminowej, w której zdecydowana większość pacjentów to osoby z inkontynencją. Wszystko wskazuje na to, że personel i podopieczni domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych najgorsze mają już za sobą, a resort zdrowia nie kryje zadowolenia, że udało się uniknąć scenariusza włoskiego. Ekspertci wskazują jednak, że z tej pandemicznej lekcji należy wyciągnąć wnioski na przyszłość.

Pierwsze tygodnie pandemii obnażyły słabe punkty całego systemu ochrony zdrowia. Najczęściej pojawiającymi się ogniskami nowych zakażeń w początkowej fazie pandemii były oddziały szpitalne i placówki ochrony

zdrowia, gdzie trafiali zdeorientowani pacjenci. Kwestią czasu było pojawienie się koronawirusa SARS-CoV-2 w zakładach opieki długoterminowej.

Pierwsze uderzenie: chaos i braki

Już w pierwszych dniach pandemii, kiedy w całym systemie ochrony zdrowia brakowało środków ochrony osobistej i płynów do dezynfekcji, Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”, przeczuwając zagrożenie, jakie dla DPS-ów, ZPO oraz ZOL-i stanowi koronawirus, zapelowała o równe traktowanie szpitali oraz zakładów opieki długoterminowej i paliatywnej w dostępie do m.in. środków dezynfekujących.

– Sektor opieki długoterminowej jest szczególnie narażony na konsekwencje pandemii i powinien być traktowany

priorytetowo, podobnie jak szpitale - zaalarmowała wówczas dr Elżbieta Szwalkiewicz, prezes zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. Jej zdaniem placówki takie jak ZOL-e, czy DPS-y wymagały szczególnej ochrony z uwagi na to, że to właśnie one odciążały placówki szpitalne. Analogiczna sytuacja miała również miejsce w przypadku opieki domowej (ponad 7 tys. osób w ramach domowej wentylacji mechanicznej) oraz w przypadku pielęgniarstwa długoterminowej opieki domowej, którą objętych jest ok. 45 tys. osób w Polsce. – *Pacjentami opieki długoterminowej są głównie osoby starsze, niesamodzielne i przewlekle chore, dla których zarażenie się koronawirusem może być skrajnie niebezpieczne* - podkreśliła Elżbieta Szwalkiewicz.

Koalicja, obserwując problemy z jakimi borykały się placówki, zaapelowała do dwóch koncernów - PKN Orlen oraz KGHM - o umożliwienie placówkom publicznym i prywatnym należącym do sektora opieki długoterminowej i paliatywnej pierwszeństwa (analogicznie do tego, jak miało to miejsce w przypadku szpitali i przychodni) w nabyciu środków do dezynfekcji rąk. Apel ten trafił na podatny grunt.

MZ dla placówek opieki długoterminowej

Wsparcie dla placówek pochodziło również ze strony Ministerstwa Zdrowia - na nie trzeba było jednak poczekać nieco dłużej. Na początku maja, czyli blisko 1,5 miesiąca od ogłoszenia pandemii, wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko poinformowała, że minister zdrowia polecił wydanie pakietów środków ochrony osobistej na rzecz wszystkich wojewodów z przeznaczeniem dla DPS-ów, placówek dla bezdomnych (schronisk, noclegowni, ogrzewalni) oraz pozostałych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej (m.in. innych placówek całodobowej opieki, powiatowych centrów pomocy rodzinie, miejskich ośrodków pomocy rodzinie, ośrodków pomocy społecznej, ośrodków interwencji kryzysowej). – *Łącznie do tych jednostek organizacyjnych pomocy społecznej na terenie kraju przekazanych zostało 50 tys. litrów płynu do dezynfekcji, ponad 1,5 mln sztuk maseczek włókninowych, ponad 1,5 mln sztuk rękawiczek jednorazowych oraz ponad 100 tys. przyłbic ochronnych* - wyliczała wiceminister Szczurek-Żelazko.

Jednak potrzeby placówek nie zostały w pełni zaspokojone. – *Od samego początku zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze pozostawione zostały bez wsparcia. Świadomość konsekwencji zakażenia koronawirusem wśród naszych pacjentów wymagała podjęcia natychmiastowego działania. Wobec panującego chaosu informacyjnego sami tworzyliśmy procedury i z własnych funduszy zabezpieczaliśmy się w środki ochrony osobistej, co czynimy nadal* - stwierdziła Grażyna Śmiarowska z Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu, członek zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”.

Polska uniknęła scenariusza włoskiego?

Na początku pandemii Elżbieta Szwalkiewicz podkreślała, że szybka reakcja ze strony władz i wsparcie placówek zajmujących się osobami niesamodzielnymi pozwoli uchronić Polskę przed scenariuszem włoskim czy hiszpańskim.

– *Musimy wesprzeć opiekę długoterminową, instytucjonalną i domową, która w ciszy, bez jakiegokolwiek dodatkowego wsparcia chroni osoby stanowiące grupę najwyższego ryzyka przed zakażeniem się koronawirusem. Jeżeli tam przedostanie się wirus, zafundujemy sobie scenariusz włoski, gdzie większość ofiar to osoby starsze w wieku ok. 80 lat i przewlekle chore* - przestrzegła Elżbieta Szwalkiewicz.

Większość placówek, chcąc chronić swoich podopiecznych, jeszcze w lutym zamknęła się dla osób z zewnątrz, wyprzedzając tym samym decyzje administracji publicznej. Niestety sytuacja ulegała dynamicznej zmianie i bardzo szybko okazało się, że placówki opieki długoterminowej musiały przygotować się nie tylko na zagrożenie ze strony wirusa, ale również na nową falę pacjentów wypisywanych ze szpitali po to, aby zwolnić miejsca dla zakażonych koronawirusem.

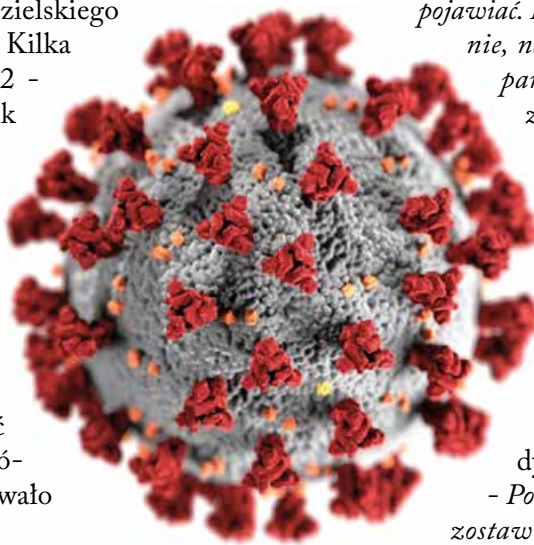
– *Sytuacji nie poprawiał też fakt, że dodatkowi pacjenci są przyjmowani do placówek opieki długoterminowej jako nadlimitowi, czyli poza obowiązującym kontraktem z NFZ* - wspomina prezes zarządu Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. – *Dotyczyło to opieki zarówno domowej, jak i stacjonarnej w ZOL-ach i ZPO. Na przykład w wentylacji domowej, gdzie mamy przecież do czynienia ze świadczeniem ratującym życie, już 1/3 ogółu pacjentów nie jest objęta kontraktem NFZ. Co gorsza, dowiaduję się od świadczeniodawców, że za ostatni kwartał 2019 roku wiele oddziałów wojewódzkich NFZ zaproponowało im rozliczenie na poziomie 30-50 proc. ceny świadczenia. Efekt mamy taki, że duża część opieki stacjonarnej, zamiast przyjmować pacjentów ze szpitali, po prostu jeszcze bardziej wydłuża kolejki, gdyż w opiece długoterminowej nie ma chętniej do pracy kadry. Bo który lekarz czy pielęgniarka wezmą na siebie jeszcze większą odpowiedzialność i podwyższone ryzyko zarażenia za połowę stawki?* - pytała Elżbieta Szwalkiewicz.

Przestrzegła również, że resort zdrowia, prowadząc politykę skoncentrowaną wyłącznie na szpitalach, ryzykuje, że za chwilę wirus dosięgnie przewlekle chorych seniorów.

– *A to prosta droga do katastrofy* - przestrzegła szefowa Koalicji. – *Nie możemy biernie czekać na rozwój zdarzeń podobnych do tych we Włoszech czy w Niemczech, gdzie tylko w jednym domu opieki na COVID-19 zmarło 17 seniorów. A przecież systemy opieki długoterminowej są tam o niebo lepiej finansowane i zorganizowane. Powinniśmy w Polsce natychmiast wprowadzić w każdym zakładzie opieki długoterminowej ograniczenia możliwości trans-*

misji wirusa, tworząc m.in. odrębną służbę wejścia, gdzie należy mierzyć temperaturę czy dezynfekować ręce. Tam, gdzie przyjmowani są nowi podopieczni standardem powinna być 14-dniowa izolatka. Inaczej nie poradzimy sobie ze skalą zakażeń – tłumaczyła.

Niestety, nie trzeba było długo czekać na to, by koronawirus pojawił się z zakładach opieki długoterminowej. Pierwsze przypadki dotyczyły Mazowsza, gdzie potwierdzono 60 zakażeń w Domu Pomocy Społecznej w Niedabyli. W Domu Pomocy Społecznej w Skarżysku-Kamiennym na kwarantannę trafiło 60 pensjonariuszy i 30 pracowników, a w Bytomiu kwarantanną zostało objętych 149 osób – 126 podopiecznych oraz 23 osoby z personelu. Natomiast w Jakubowicach, w gminie Pawłowiczki pierwszy przypadek koronawirusa w DPS pojawił się w ostatnim tygodniu marca, kiedy to jedna z mieszkanki powiatu kędzierzyńsko-kozielskiego przywiozła tam zakażoną matkę. Kilka dni później zakażeń było już 12 – wszystkie wśród pensjonariuszek i pracowników ośrodka. W większości przypadków najciężej chorujący pensjonariusze kierowani byli do szpitali jednoimiennych, natomiast pozostali izolowani byli wraz z personelem. Niestety ogromny stres i obciążenie pracą stało się przyczynkiem do pojawienia się ogromnych napięć wśród personelu i sytuacji, w których dużo podopiecznych pozostawało pod opieką garstki opiekunów.



Fot. CDC, pexels.com

Receptą ma być praca tylko w jednej placówce

W ocenie resortu zdrowia rozwiązaniem trudnej sytuacji w placówkach powinno być wdrożenie ograniczeń w pracy dla personelu wyłącznie do jednej placówki. Wiceminister zdrowia Józefa Szczurek-Żelazko wskazała, że resort chce zaproponować takie rozwiązania, które pozwolą na zbudowanie stałej kadry w danym podmiocie leczniczym, czy placówce opiekuńczej. Chodzi przede wszystkim o zakłady opieki długoterminowej, w których trzon kadry oprócz pielęgniarek stanowią opiekunowie i asystenci medyczni. Jak zaznaczyła, nie ma tu mowy o zatrudnianiu stałej i licznej kadry lekarskiej, ale kadry złożonej z innych profesjonalistów, takich jak pielęgniarki czy fizjoterapeuci.

Ministerstwo Zdrowia zadeklarowało, że chce stworzyć warunki do tego, by w tego typu placówkach pracowała stała kadra pracowników, która nie będzie migrować po okolicznych szpitalach, przychodniach czy innych podmiotach opieki długoterminowej. Pierwsze takie rozwiązania wdrożone zostały już w czasie pandemii. W planach resortu jest również przekazanie do placówek

dodatkowych środków finansowych przeznaczonych dla tych osób spośród kadry, które zdecydują się na jedno miejsce pracy – w przypadku pielęgniarek mowa jest o dodatkowej kwocie w granicach 2000-2800 zł brutto, natomiast w przypadku opiekunów medycznych kwota ta ma być nieco niższa.

Jak środowisko zareagowało na taką propozycję zmian?

– W sprawie ograniczenia przepływu personelu medycznego trzeba brać pod uwagę względy bezpieczeństwa pacjentów i personelu, a nie tylko względy administracyjne – mówi Adam Soska, dyrektor ds. operacyjnych z Betamed.

– Izolować owszem trzeba, ale nie zdołamy tego zrobić całkowicie. Nie mamy w Polsce nadmiaru personelu i dlatego musimy racjonalnie korzystać z jego wsparcia. Pacjenci pod respiratorami w domu są odizolowani, nie ma takiej możliwości, żeby personel medyczny przestał się u nich w ogóle pojawiać. Respiratora nie da się obsługiwać zdalnie, na miejscu trzeba choćby wyregulować

parametry oddechowe. Z kolei pacjenci znajdujący się pod respiratorem w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych nie mogą być pozbawieni opieki pielęgniarek i lekarzy.

Z kolei Beata Drzazga, prezes Betamed, wskazała, że w pielęgniarstwie długoterminowej opiece domowej rozwiązanie zaproponowane przez resort zdrowia może odciąć pacjentów od personelu medycznego.

– Pomimo zagrożenia, pielęgniarki nie chcą zostawiać swoich pacjentów samych. Nadal do nich przychodzą. Natomiast przyjmowanie nowych pacjentów zostało ograniczone. W normalnym trybie przyjmujemy pacjentów do opieki domowej pod respiratorem. W ten sposób odciążamy szpitale, ale też bezwzględnie potrzebujemy do tej opieki lekarzy i pielęgniarek. Nie możemy więc stawiać grubej kreski wyłącznie pod względem administracyjnym i decydować w ten sposób, gdzie ten personel powinien pracować. Byłoby to zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjentów – ocenia Beata Drzazga.

Testujmy na obecność koronawirusa

W liście do Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej Polska Federacja Związkowa Pracowników Socjalnych i Pomocy Społecznej zaapelowała o możliwość wprowadzenia szybkiego testowania na obecność koronawirusa dla pracowników i podopiecznych zakładów opieki długoterminowej.

Jedną z pierwszych decyzji o rozszerzeniu projektu badań pod kątem diagnostyki zakażeń koronawirusem na personel domów pomocy społecznej ogłosił wojewoda małopolski Piotr Ćwik. W pierwszej kolejności wymazy pobierane były od pracowników placówek zlokalizowa-

nych w powiatach, gdzie odnotowano najwięcej zakażeń. Kolejnym województwem, które dołączyło do szerokiej diagnostyki wśród personelu zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, placówek całodobowej opieki oraz hospicjów stacjonarnych, była Opolszczyzna, w której badania w całości sfinansowane zostały z budżetu wojewody.

Trzy filary na przyszłość

Zdaniem Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” pandemia obnażyła i uwypukliła problemy, z jakimi dotychczas po cichu mierzyła się opieka długoterminowa. Dlatego, w obliczu tak dynamicznie zmieniającej się sytuacji, konieczne jest możliwie szybkie wsparcie, które powinno bazować na trzech kluczowych filarach:

- pilnym zlikwidowaniu niedoszacowania stawki za osobodzeń do kosztów rzeczywistych i uwzględnieniu w nich podniesionych cen środków ochrony przed zakażeniem,
- zawieszeniu na czas zagrożenia wirusem wygórowanych wymogów NFZ (w stosunku do płaconej stawki za osobodzeń) w zakresie poziomu zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek,
- umożliwieniu okresowego zatrudniania w ZOL-ach oraz ZPO niewykwalifikowanych opiekunów, którzy po przeszkoleniu przez pielęgniarkę zakładu i pod jej nadzorem merytorycznym będą wykonywać proste czynności pielęgnacyjne i opiekuńcze.

– Stworzy to możliwość szybkiej reakcji na braki kadry pielęgniarskiej, pozwoli na odciążenie pozostałych pielęgniarek w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych, da szansę na zwiększenie liczby personelu i bieżące zastępowanie opiekunów, którzy z różnych powodów nie mogą sprawować opieki. W tych trudnych czasach jest to także szansa na pozyskanie do opieki zdrowych kobiet, które z powodu pandemii utraciły lub za chwilę utracą pracę, a są gotowe podjąć ją w opiece długoterminowej – wylicza Elżbieta Szałkiewicz.

A jaki plan ma resort? Jak zaznacza Józefa Szczurek-Żelazko, COVID-19 wpłynął negatywnie na zakłady

opieki długoterminowej i DPS-y w wielu krajach świata. W niektórych państwach, zdaniem wiceminister, obserwowano dramatyczne obrazki – podopieczni zakładów opieki długoterminowej zakażeni koronawirusem nie byli przekazywani do placówek medycznych i poddawani intensywnemu leczeniu, co często wiązało się z podejmowaniem trudnych decyzji o zaniechaniu leczenia. Zdaniem Józefy Szczurek-Żelazko w Polsce z taką sytuacją nie mieliśmy do czynienia, a w przypadku wykrycia zakażenia reakcja służb była natychmiastowa – pacjenci wymagający intensywnego leczenia byli hospitalizowani w placówkach jednoimiennych, personel był badany, a same placówki podlegały dezynfekcji, tak by podopieczni mogli wrócić do bezpiecznego środowiska.

Wiceminister zdrowia przyznaje jednak, że COVID-29



Fot. Gustavo Fring, pexels.com

przyspieszy zapewne prace nad deinstytucjonalizacją opieki długoterminowej. Obecnie w ministerstwie trwają prace nad projektami ukierunkowanymi nad strategią pozwalającą na wzmocnienie opieki długoterminowej w warunkach domowych, w środowisku, w którym osoba potrzebująca opieki mieszka. Finansowanie dla tych projektów mogłoby pochodzić z funduszy UE. Resort zdrowia deklaruje, że chce wzmocnić w środowisku pacjenta zarówno opiekę medyczno-pielęgniarską, jak również opiekę socjalną. Nie oznacza to jednak marginalizacji opieki stacjonarnej. Ta, zdaniem wiceminister Szczurek-Żelazko, powinna zostać przewartościowana, tak by do ZOL-i będących podmiotami leczniczymi trafiały osoby potrzebujące realnej, całodobowej opieki medycznej.

Fizjoterapia online. Czy to działa?

Dr n. o zdrowiu Magdalena Ptak

Adiunkt w Zakładzie Rehabilitacji Medycznej i Fizjoterapii Klinicznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

Zadając sobie tytułowe pytanie, jako fizjoterapeutka uroginekologiczna miałam gotową odpowiedź - fizjoterapia online absolutnie NIE działa. Z mojego punktu widzenia byłaby to niepełna, powierzchowna, pozbawiona wnikliwej diagnostyki zabawa w fizjoterapię, która jakieś skutki może i by przyniosła, ale w sumie nie wiadomo jakie. Forma kontaktu jaka jest nam, fizjoterapeutom dna miednicy, potrzebna, jest nie do zrealizowania w czasie pandemii koronawirusa. Dlaczego?



Fot. Zerbor - stock.adobe.com

Nie ma nic ważniejszego, niż dobry wywiad i obserwacja pacjenta. W wywiadzie skupiamy się nie tylko nad tym, co pacjent mówi, ale także jak się zachowuje jego ciało. Nierzadko są to drobne, niepozorne ruchy, których widoczność na komunikatorze mogłaby być znikoma. Sporo widzimy w oddechu, w postawie ciała, którą ciężko prawidłowo ocenić w małym komputerowym okienku. A to przecież czasem te drobne niuanse pomagają nam wpaść na trop przyczyny zaburzeń u chorego. Zachowanie pacjenta jest dla nas wskazówką do dalszej pracy. Diagnostyka? Jak my, „uroginekologiczni”, możemy zrobić diagnostykę w tej formie? Gdzie badanie ultrasonograficzne, gdzie elektromiografia powierzchniowa, gdzie badania palpacyjne i obserwacja kroczu, przepony i innych obszarów w zadanych testach funkcjonalnych? Ale, czy tak naprawdę całkowicie możemy skreślić tę metodę na potrzeby fizjoterapii uroginekologicznej? Oczywiście, że nie! Odpowiedzią mogą być inne działy fizjoterapii, które już na takich formach bazują.

Jak bezpiecznie, mądrze i wartościowo można wykorzystać łącze internetowe? Na przykład, gdy pacjent jest nam już znany, mamy wcześniej gruntownie wykonaną diagnostykę i chcemy rozpocząć bądź kontynuować terapię. Jeśli tylko wystarczy nam pomysłów na słowny opis ćwiczenia czy miejsca na jego fizyczne wykonanie, to pozostaje jedynie obserwacja i korekcja (znów słow-

na), aby pacjent mógł z powodzeniem ćwiczyć w domu. **Pewnym wyjściem jest również metoda „pół na pół”**, kiedy wywiad i wstępna obserwacja są poczynione poprzez łączenie online, zaordynowanie prostych, bezpiecznych ćwiczeń, które nie zaszkodzą, przeszkolenie w codziennych czynnościach, a następnie umówienie drugiej części wizyty, która dojdzie do skutku w możliwym terminie. Ta opcja jest ciekawym wyjściem, kiedy samopoczucie pacjenta jest na tyle złe, że postępowanie fizjoterapeutyczne jest mu potrzebne, a jednocześnie nasza wiedza i doświadczenie na tyle bogate, że czujemy się pewnie i wiemy, jak wstępnie pomóc. Dostępna wówczas jest nie tylko autoterapia, lecz także terapia prowadzona przez przeszkoloną rodzinę, np. w fizjoterapii neurologicznej. Z takich metod korzystają kraje, w których odległości pomiędzy miastami są na tyle duże, że forma online jest szybsza, tańsza, łatwiejsza, a przede wszystkim możliwa do przeprowadzenia. **Dobrym przykładem telerehabilitacji funkcjonującej od kilku lat jest fizjoterapia kardiologiczna.** Około 25 proc. pacjentów, po tzw. incydentach sercowych, korzysta z tej formy, z domu, kontaktując się ze specjalistą za każdym razem, kiedy rozpoczyna się kolejny trening. Warto podkreślić, iż są to pacjenci pod stałą kontrolą, a więc i postępy rehabilitacji są monitorowane.

Jest to również sposób na tzw. cięcie kosztów. Nie należy odbierać tego określenia wyłącznie negatywnie! Czasem lepiej zrobić ćwiczenia w takiej formie, niż nie zrobić ich w ogóle. W tę konwencję wpisują się zajęcia dla grup dyspanseryjnych, prowadzone regularnie dla wcześniej zbadanych i zakwalifikowanych pacjentów, czy szkoleniowe filmy zaadresowane do tych, którzy nagle pozostali bez pomocy z powodu pandemii. Dobrym przykładem są filmy instruktażowe dla pacjentów onkologicznych.

Fizjoterapia online jest ciekawym uzupełnieniem naszego postępowania w gabinecie. W czasach pandemii stanowiła jedyną dostępną formę kontaktu z pacjentem. Czy pacjenci byli mentalnie i sprzętowo na to gotowi? Czy dysponowali przyborami i przyrządami, jakie my posiadamy? Tutaj każdy z fizjoterapeutów odpowie sobie sam na to pytanie.

Podsumowując, świadczenie usług medycznych za pomocą zdalnego prowadzenia pacjenta nadal niesie ze sobą ogromną odpowiedzialność, która wynika z wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Nie ma tu miejsca na błahę podejście do tematu w stylu „zrobię sobie webinar” jako formę łatwego zarobkowania czy wykorzystywania pandemii do robienia reklamy swojej działalności. Po drugiej stronie ekranu komputera znajduje się prawdziwy człowiek, który potrzebuje profesjonalnej pomocy, również online.

Tworzenie prawa pod dyktando koronawirusa

Violetta Madeja



Fot. skora-fotoprojekt - stock.adobe.com

Ostatnie miesiące, zdominowane przez pandemię koronawirusa SARS-CoV-2, przyniosły diametralne zmiany w dostępie do systemu ochrony zdrowia. Z jednej strony trudna sytuacja epidemiczna wymusiła gwałtowne przyspieszenie w obszarze informatyzacji systemu, z drugiej jednak zaciągnęła hamulec dla trwających procesów refundacyjnych.

Ostatnia, marcowa lista leków refundowanych nie przyniosła znaczących zmian dla chorych zmagających się z nietrzymaniem moczu. Pacjenci z zespołem pęcherza nadreaktywnego nie doczekali się wdrożenia II linii leczenia farmakologicznego (mirabegron) ani zniesienia obowiązku wykonania badania urodynamicznego w przypadku ordynacji tolterodyny (I linia).

W piśmie z połowy kwietnia, wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, odpowiadając na interpelację poselską Tomasza Kostusia, dał nadzieję, że nie wszystko jest jeszcze stracone, bowiem na wniosek podmiotu odpowiedzialnego w resorcie zdrowia odwieszono proces refundacyjny dla mirabegronu.

„Aktualnie uchwała Komisji Ekonomicznej [negatywna - przyp. red.] oraz całość dokumentacji zostały przekazane do Ministra Zdrowia celem podjęcia pozytywnej

bądź negatywnej decyzji w zakresie objęcia refundacją leku Betmiga we wnioskowanym wskazaniu” - podkreślił wiceminister Miłkowski.

Kiedy nastąpią zmiany w wykazach refundacyjnych? Pomimo starań ze strony organizacji branżowych, wszystko wskazuje na to, że najwcześniej nowe listy refundacyjne obowiązywać będą dopiero od 1 września br. Zamrożenie procesu refundacyjnego i rezygnacja z ogłoszenia aktualizacji list - majowej oraz lipcowej - to efekt trwającej od połowy marca pandemii koronawirusa SARS-CoV-2.

Cyfryzacja włączyła piąty bieg

Jednocześnie trwająca pandemia znacząco przyspieszyła transformację cyfrową całego systemu ochrony zdrowia. Ostatecznie Narodowy Fundusz Zdrowia opublikował komunikat dotyczący wystawiania, potwierdzania i realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (np. środki absorpcyjne). Pacjenci w dobie COVID-19 zyskali możliwość uzyskania zlecenia na wyroby medyczne w ramach teleporady. Cały proces odbywa się za pośrednictwem e-zleceń (e-ZWM), które pacjenci otrzymują po pozytywnej weryfikacji w formie e-mail lub SMS.

W przypadku dostarczenia wyrobu medycznego za pośrednictwem firmy kurierskiej, NFZ dopuścił możliwość niepotwierdzania odbioru przez pacjenta - zgodnie z wytycznymi na czas pandemii potwierdzenia dostawy dokonuje osoba dostarczająca przesyłkę, a apteka lub sklep ortopedyczny zachowuje dokument potwierdzający dostawę.



Fot. Plo Si - stock.adobe.com

Prolongata dla starych wzorów

Złagodzenie wymagań dotyczących e-zlecenia to nie jedyny ułkon ze strony NFZ w stronę pacjentów i lekarzy. Pod koniec marca centrala Funduszu zdecydowała, że w czasie pandemii honorowane będą stare wzory zleceń na wyroby medyczne. Dotyczy to zarówno zwykłych zleceń wystawianych okazjonalnie, jak również zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne przysługujących comiesięcznie. Pacjenci, którzy otrzymają zlecenia na wyroby medyczne w tradycyjnej, papierowej formie, mogą je potwierdzać w dowolnym wojewódzkim oddziale NFZ, przesyłając jego skan e-mailem bądź faksem.

NFZ szykuje ułatwienia dla realizatorów zleceń

Pandemia koronawirusa nie zahibernowała również nowych działań NFZ. Na początku maja, prezes Funduszu Adam Niedzielski zdecydował o powołaniu zespołu ekspertów, którzy opracują koncepcję zmian mających na celu usprawnienie współpracy między NFZ a świadczeniodawcami w obszarze zaopatrzenia w wyroby medyczne. Ważnym zadaniem dla powołanego zespołu będzie również wypracowanie koncepcji budowy centralnego rejestru wyrobów medycznych. Tym samym NFZ chce ujednolicić sposób weryfikowa-

nia i akceptowania przez oddziały wojewódzkie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne (w obszarze informacji o asortymencie wyrobów medycznych), poprawić jakość przekazywanych danych rozliczeniowych przez świadczeniodawców, a także ograniczyć pojawiające się wątpliwości dotyczące właściwej kwalifikacji danego wy-

robu medycznego. Zmiany mają również umożliwić rozliczanie świadczeń (w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne) z jednym, właściwym dla świadczeniodawcy realizującego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oddziałem wojewódzkim NFZ, a nie - jak dotychczas - z kilkoma oddziałami wojewódzkimi NFZ. Inicjatywa prezesa Adama Niedzielskiego to odpowiedź na postulaty, jakie zgłosili farmaceuci. Ich zdaniem, konieczne jest uporządkowanie i ujednolicenie procedur dla aptek, które dotychczas były zobligowane do podpisywania umów na realizację zleceń na środki pomocnicze z każdym oddziałem NFZ odrębnie. W efekcie wiele placówek, uznając to za uciążliwe, nie realizowało zleceń

z „obcych” dla nich oddziałów wojewódzkich NFZ.

Po receptę do apteki

Specustawą COVID-ową wprowadzono również ważne zmiany do Prawa farmaceutycznego. Od 1 kwietnia zaczęły obowiązywać zapisy, które zmieniły zasady wystawiania recept farmaceutycznych w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjenta. Zgodnie z nowym brzmieniem przepisów, pacjenci mogą oczekiwać od farmaceuty wystawienia recepty farmaceutycznej w sytuacji każdego zagrożenia zdrowia, a nie - jak wynikało z dotychczasowego brzmienia - tylko nagłego. Dzięki temu aptekarze zyskali możliwość wystawienia recepty w przypadku zaistnienia takiej konieczności, np. kiedy pacjentowi skończyły się leki i nie ma możliwości udania się do lekarza specjalisty w celu kontynuacji terapii.

Na podstawie recepty farmaceutycznej pacjenci będą mogli uzyskać lek na maksymalnie 180 dni terapii (w przypadku wystawienia e-recepty farmaceutycznej) lub 120 dni, gdy farmaceuta nie ma dostępu do platformy P1 i musi wypisać receptę papierową. Dodatkowo, obok tradycyjnie umieszczanych danych pacjenta, na recepcie farmaceutycznej musi znaleźć się szczegółowo opisane uzasadnienie wydania leku. Sama recepta wypisana przez farmaceutę wydawana jest ze 100 proc. odpłatnością.

MoliCare®

Higiena przy
nietrzymaniu moczu

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



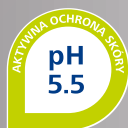
100%

DYSKREJCJI
KOMFORTU
BEZPIECZEŃSTWA

Przyjazne
dla skóry

Aloe Vera

**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.

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

**WYBIERZ IDEALNE ROZWIĄZANIE DLA CIEBIE –
ZAMÓW DARMOWY PRODUKT DO TESTOWANIA.**

HARTMANN





ŚWIATOWY TYDZIEŃ KONTYNENCJI 2020

#WCW2020 #ContinenceMatters

SOLIDARNI W PANDEMII DEBATY ONLINE

15-19 CZERWCA 2020
OD PONIEDZIAŁKU DO PIĄTKU
W GODZ. 11:00-13:00

ZAREJESTRUJ SIĘ, BIERZ UDZIAŁ W CZACIE
I GŁOSOWANIACH

www.wcw2020.pl