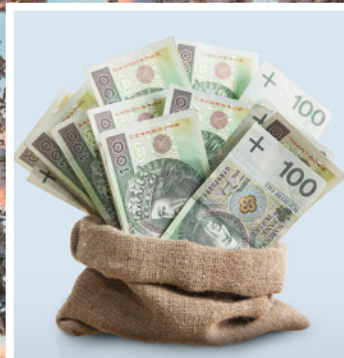


WYROBY MEDYCZNE

**Utylizacja środków
chłonnych coraz bardziej
kosztowna**

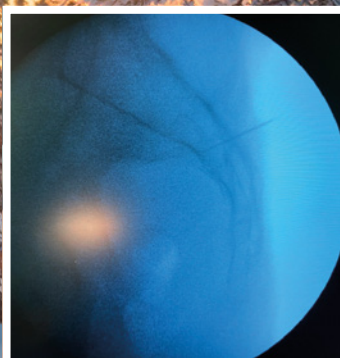
NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Szkolna toaleta - koszmar
dzieciństwa czy szansa na
właściwe warunki sanitarne?**



WYWIAD

**Świadomość pacjentów
to klucz do sukcesu
w uroonkologii**



LECZENIE

**Neuromodulacja krzyżowa
technologicznym
rozwinięciem akupunktury**



LEGISLACJA

**Koniec roku bez
wyczekiwanych zmian
w refundacji leków**

Uwaga na inflację

Od 1 grudnia zaczęły obowiązywać nowe limity finansowe na środki absorpcyjne i cewniki urologiczne. To długo wyczekiwana zmiana i dobra wiadomość dla pacjentów. Niestety, radość i poczucie, że państwo pamięta również o osobach zmagających się z inkontynencją, nie trwała długo. Tylko w bieżącym roku producenci wyrobów medycznych już kilkakrotnie podnieśli ceny na swoje produkty, tłumacząc te decyzje wzrostem kosztów surowców, logistyki czy wynagrodzenia pracowników.

To wszystko można ubrać w słowo „inflacja”. Polska, nie po raz pierwszy, znowu się wyróżnia na tle Europy. Tym razem mamy jeden z najwyższych wskaźników inflacji, którą prezes Narodowego Banku Polskiego tłumaczy właśnie wzrostem cen surowców na świecie. Zapomniał jednak wspomnieć, że posiada szereg narzędzi umożliwiających jej skuteczne powstrzymywanie. Mam tutaj głównie na myśli stopy procentowe, jak i siłę naszej złotówki w stosunku do innych walut. Niestety, patrząc wstecz można zauważyć w polityce prof. Adama Glapińskiego dążenie jedynie do krótkoterminowych celów. Wśród nich warto wymienić m.in. maksymalizowanie zysku rocznego NBP poprzez osłabianie kursu złotego, który transferowany jest następnie na pokrycie deficytu budżetu państwa, występującego nawet w latach bardzo dobrej koniunktury. Mamy także utrzymywanie stóp procentowych na historycznych minimach,

w efekcie czego wielu Polaków zaczęło wycofywać gotówkę z depozytów bankowych i inwestować np. w nieruchomości, co z kolei doprowadziło do rekordowych cen mieszkań itd.

Dlaczego o tym piszę? Czasami warto sobie uzmysłowić jak bardzo nasza sytuacja zdrowotna jest zależna od polityki osób niekoniecznie na co dzień mających dużo wspólnego np. z refundacją wyrobów medycznych. Starsi z nas doskonale pamiętają „karnawał Gierka” z lat 70. ubiegłego wieku, a następnie „kaca z szalejącą inflacją” lat 80., którego skutecznym potrafiła wyleczyć dopiero „terapia szokowa” wicepremiera Leszka Balcerowicza, solidarnie kontynuowana przez kolejne rządy. Wtedy, jak pamiętamy, polityka zdrowotna zazwyczaj ustępowała wyższemu celom, z których jednym była właśnie walka z inflacją. Czy naprawdę chcemy powtórki z przeszłości?

Grudzień jest tradycyjnie dobrym miesiącem na podsumowanie, ale też na refleksje. Może warto spojrzeć na nasze oczekiwania w perspektywie nie kilku miesięcy czy roku, ale co najmniej dekady? Dlatego, oprócz tradycyjnego zdrowia, życzę wszystkim Czytelnikom takich decyzji, które nie przyniosą może spektakularnych efektów tu i teraz, ale dadzą poczucie stabilizacji i dobrej perspektywy na kolejnych wiele lat.

Tomasz Michałek



SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Utylizacja środków chłonnych coraz bardziej kosztowna 4

WYWIAD

Świadomość pacjentów to klucz do sukcesu w uroonkologii 6

LECZENIE

Neuromodulacja krzyżowa technologicznym rozwinięciem akupunktury 10

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 12

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Czy zapowiadane zmiany standardów opieki nad pacjentem z NTM przyniosą oczekiwaną poprawę? 13

Fizjoterapia dysfunkcji dna miednicy u młodych kobiet 16

Szkolna toaleta - koszmar dzieciństwa czy szansa na właściwe warunki sanitarne? 18

LEGISLACJA

Koniec roku bez wyczekiwanych zmian w refundacji leków 21

Szanowni Państwo,

W ostatnim w tym roku wydaniu Kwartalnika NTM polecamy Waszej szczególnej uwadze wywiad z onkologiem klinicznym z Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, dr. hab. Jakubem Kucharzem (str. 6), którego nasz red. nac. Tomasz Michałek pyta m.in. o narastający tzw. dług zdrowotny w uroonkologii oraz oczekiwane przez pacjentów i lekarzy zmiany w programach leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego. Znajdziecie w nim odpowiedzi na wiele nurtujących Was pytań dotyczących aktualnej dostępności nowoczesnych terapii i perspektyw refundacji leków, na które czekają m.in. chorzy na raka nerki. Przeczytajcie ten wywiad z uwagą, ponieważ są w nim również praktyczne wskazówki, na co zwrócić szczególną uwagę, decydując się na wybór ośrodka, któremu powierzyć diagnostykę i leczenie swoich schorzeń.

Zaręczam, że wielu pacjentów nie ma świadomości, co dzieje się ze zużytymi środkami chłonnymi w szpitalach i zakładach opieki długoterminowej i jak bardzo wzrastają koszty utylizacji tych odpadów. Postanowiliśmy to sprawdzić, pytając o to w placówkach zapewniających opiekę swoim podopiecznym. Z artykułu „Utylizacja środków chłonnych coraz bardziej kosztowna” (str. 4) dowiecie się również, w jaki sposób próbuje się ograniczyć ilość wytwarzanych odpadów i jakie rozwiązania technologiczne stosują producenci, aby ograniczyć zanieczyszczenie środowiska. Czy wiecie, dlaczego szkolne toalety nie cieszą się dobrą opinią wśród uczniów i ich rodziców? Jakie zastrzeżenia najczęściej zgłaszają? O tym dowiecie się z artykułu red. Violetty Madei „Szkolna toaleta - koszmar dzieciństwa czy szansa na właściwe warunki sanitarne?” (str. 18). Ale żeby nie było tak pesymistycznie, dodam, że w czasach powszechnej biedy oświatowej są samorządy terytorialne, które nie tylko dbają o utrzymanie podległych im szkół i znajdujących się w nich sanitariatów w należytym stanie technicznym, wykonując na bieżąco remonty i modernizacje, ale dbają przy tym o ekologię.

Polecamy Wam również artykuł dr Elżbiety Szwałkiewicz, wieloletniej konsultant krajowej przy Ministrze Zdrowia w dziedzinie pielęgniarstwa osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, która podjęła się wnikliwej analizy polskich standardów opieki nad pacjentami wymagającymi na co dzień opieki. Jakie płyną wnioski z tej analizy? O tym przeczytacie w artykule „Czy zapowiadane zmiany standardów opieki nad pacjentem z NTM przyniosą oczekiwaną poprawę?” (str. 13).

Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i nadchodzącego Nowego 2022 Roku życzymy Wam przede wszystkim dużo zdrowia. Nie tracie nadziei, że prędzej czy później skończy się pandemia i wróci normalność. Bądźcie dla siebie dobrzy!

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: dr Jan Adamowicz, Violetta Madeja, dr Magdalena Ptak, dr Elżbieta Szwałkiewicz;
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: 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

Utylizacja środków chłonnych coraz bardziej kosztowna

Violetta Madeja

Utylizacja zużytych wyrobów medycznych spędza sen z powiek większości osób zarządzających placówkami ochrony zdrowia oraz opieki długoterminowej. Jak pogodzić ekonomię z dbałością o środowisko? Odpowiedzią na to wyzwanie jest zwrócenie uwagi na proekologiczne rozwiązania w produkcji środków chłonnych i ich efektywne wykorzystywanie w placówkach. Takie rozwiązania pozwalają na ograniczenie odpadów w całym łańcuchu życia produktu.

Odpady generowane przez placówki medyczne to zazwyczaj odpady komunalne i odpady medyczne – do obu tych grup trafiają zużyte wyroby medyczne wykorzystywane podczas opieki nad pacjentami z NTM. Ich klasyfikacja oraz koszt utylizacji stanowią istotną pozycję w budżecie placówek.

– Rzeczywiście, odbiór zużytych środków chłonnych stanowi istotny punkt w budżecie placówek takich jak nasza. Ostatnie podwyżki związane z wywozem odpadów komunalnych, do których trafiają zużyte środki chłonne, dodatkowo pogłębiły to zjawisko. Niestety w sytuacji, gdy te ostatnie – jako medyczny odpad niebezpieczny – muszą być utylizowane przez wyspecjalizowaną firmę, wówczas koszty te są kolosalne – przyznaje Wacław Kerpert, prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Organizatorów i Menadżerów Pomocy Społecznej i Ochrony Zdrowia, dyrektor Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego „Dom Rodzinny” w Nowym Dworze Mazowieckim.

Potwierdza to Grażyna Śmiarowska, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej, kierująca Zakładem Pielęgnacyjno-Opiekuńczym im. Ks. J. Popiełuszki w Toruniu, w którym na co dzień przebywa 140 podopiecznych. W jej placówce tylko w 2020 r. koszt utylizacji zużytych wyrobów medycznych poszybował w górę o kilkanaście procent, a jednym z powodów tego wzrostu była pandemia COVID-19.

– W przypadku zakażenia musieliśmy oddawać środki chłonne jako odpad medyczny, niebezpieczny. W ubiegłym roku koszty utylizacji sięgnęły kilkudziesięciu tysięcy złotych – mówi Grażyna Śmiarowska.

Na problem z utylizacją odpadów medycznych zwraca uwagę również Marta Masłowska-Sobczak z firmy Paul Hartmann. Jej zdaniem definicja odpadów medycznych

jest szeroka i często placówki mają kłopot z ich właściwym klasyfikowaniem. W efekcie system wydaje się być nie do końca szczelny.

– Spore ryzyko stwarza też przewożenie odpadów na duże odległości: placówki często wybierają najtańsze, a niekoniecznie najbliższe miejsce utylizacji, biorąc pod uwagę cenę za usługę, a nierzadko pomijając bezpieczeństwo obywateli i środowiska – ocenia Marta Masłowska-Sobczak.

Utylizacja odpadów medycznych

Firmy zajmujące się odbiorem odpadów zwracają uwagę, że wysoki koszt ich neutralizacji jest ściśle związany z zaawansowanymi technologiami wykorzystywanymi w tym procesie. Dodatkowo obciążeniem są również rosnące ceny związane z logistyką – począwszy od odbioru, poprzez transport, aż po unieszkodliwienie. W efekcie koszt utylizacji odpadów medycznych jest o wiele większy niż deponowania na wysypiskach.

– Jedyną dopuszczoną metodą unieszkodliwiania odpadów medycznych i weterynaryjnych jest termiczne przekształcenie tzw. metodą D-10. Odpady do momentu ich podania do instalacji do termicznego przekształcania odpadów (ITPO) są przechowywane w specjalnie do tego celu przygotowanych magazynach, pozwalających utrzymywać temperaturę poniżej 10 °C, Unieszkodliwianie odpadów odbywa się w temperaturach od 650 do nawet 1150 °C. W komorze dopalania utrzymywana jest temperatura na poziomie min. 1140 °C

(min. 2 sek.). Cały proces jest kontrolowany pod względem uzyskiwanych parametrów termicznych i chemicznych – tłumaczy Olga Bińczak z firmy Remondis Medison specjalizującej się w unieszkodliwianiu odpadów medycznych. Okazuje się jednak, że podczas utylizacji odpadów można również odzyskać część energii oraz ciepła. A dzięki oczyszczeniu spalin jakość emitowanych gazów jest lepsza niż w przypadku przydomowych kopciuchów!

– Po procesie spalania pozostaje żużel, który przekazywany jest do specjalistycznych firm zajmujących się jego utylizacją. Odpad zmniejsza swoją masę o 90 proc.! Efektem ubocznym procesu jest produkcja pary technologicznej, która może być wykorzystywana między innymi w ciepłowniach lub elektrociepłowniach. Taki system działa w naszej instalacji w Rzeszowie, gdzie od stycznia do października 2021 poddaliśmy

unieszkodliwieniu 2500 Mg i wyprodukowaliśmy 23 000 GJ energii cieplnej – chwali się przedstawicielka firmy.

Kluczem optymalizacja wykorzystania i segregacja

Zarówno producenci, jak i ostateczni odbiorcy wyrobów medycznych zajmujący się pacjentami, podkreślają, że jednym ze sposobów ograniczenia ilości wytwarzanych odpadów jest właściwe wykorzystanie i optymalizacja zużycia produktów.

Ważna staje się również szeroka gama produktów. – Grupa TZMO posiada szerokie portfolio wyrobów chłonnych przeznaczonych dla osób z NTM. Pacjent lub opiekun osoby z NTM ma możliwość dopasowania produktu nie tylko do stopnia NTM, ale także do stylu życia i potrzeb, co jest istotne pod względem efektywnego wykorzystania takiego wyrobu. Dobierając właściwy rozmiar i odpowiednią konstrukcję produktu, zapewniona zostanie jego właściwa chłonność, a tym samym poczucie komfortu pacjenta. W ten sposób optymalne wykorzystanie wyrobu chłonnego przekłada się na wygodę użytkownika, oszczędność pieniędzy, ale także, o czym nie wszyscy pamiętają, pozwala konsumentom zmniejszyć ilość generowanych odpadów – wyjaśnia Agnieszka Górna, dyrektor ds. produkcji i innowacji w TZMO S.A.

– W naszej placówce staramy się na każdym kroku optymalizować zużycie środków chłonnych. W tym celu wdrożyliśmy standard korzystania z nich. Ponadto pacjentów, którzy w ciągu dnia mogą korzystać z toalet, staramy się zachęcać do załatwiania tam czynności fizjologicznych. Wprowadzamy również elementy treningu pęcherza, co pozwala nam na optymalne wykorzystanie środków chłonnych. Natomiast z cewników, które utylizujemy jako odpad medyczny, staramy się korzystać jedynie w ostateczności – mówi Grażyna Śmiarowska.

Olga Bińczak dodaje, że ważna jest również sama segregacja wytwarzanych odpadów. W placówkach takich jak domy opieki, szpitale oraz w gospodarstwach domowych normalnym stanem rzeczy jest powstawanie odpadów ze środków absorpcyjnych, które standardowo kwalifikowane są jako odpad medyczny. Przed ich segregacją personel powinien zaczerpnąć wiedzy na temat stanu zdrowia pacjenta, który takie materiały zużywa i w przypadku choroby zakaźnej utylizować je jako medyczny odpad niebezpieczny.

– W praktyce jednak sytuacja wygląda zgoła odmiennie. Większość placówek, w których powstają tego typu odpady, wyrzuca je do śmieci komunalnych – wskazuje Olga Bińczak.

Ekologiczna produkcja...

Producenci środków chłonnych zwracają uwagę na jeszcze jeden aspekt związany z ochroną środowiska – produkcję wyrobów medycznych w duchu zrównoważonego rozwoju, zgodną z koncepcją gospodarki obiegu zamkniętego. Celem jest ograniczanie odpadów w całym procesie „życia” produktów – od produkcji po utylizację.

– Doskonalenie procesów produkcyjnych na stałe wpisane jest

w kulturę organizacyjną Grupy TZMO. Starannie analizując cykl życia wyrobu, podejmujemy odpowiednie działania, aby na wszystkich etapach minimalizować negatywny wpływ na środowisko. Szczególnie istotne jest zapobieganie u źródła, jeszcze na etapie projektowania. W ciągu ostatniego roku udało nam się zaoszczędzić około 170 ton surowca potrzebnego do produkcji majtek chłonnych Seni Active – wyjaśnia Agnieszka Górna.

W podobnym duchu produkowane są wyroby marki TENA. – Zielona droga ma miejsce już na etapie pozyskiwania surowców do naszych produktów. Celuloza, jeden z najistotniejszych składników środków chłonnych, pochodzi w 95 proc. z certyfikowanych plantacji drzewnych (certyfikaty FSC, PEFC). Jesteśmy także pierwszą i jedyną firmą w Europie produkującą wysokiej jakości miazgę celulozową ze słomy. Nowa celuloza jest tak samo miękka, odporna na rozdarcie i wysoce chłonna jak tradycyjna celuloza z włókien drzewnych – wyjaśnia Patryk Sucharda, Public & Regulatory Affairs Manager w Essity.

To jednak nie jedyne rozwiązanie przyjęte przez producentów. Firmy przyjmują bowiem niezwykle ambitny plan redukcji odpadów produkcyjnych. – Po 2030 r. w procesie produkcji wszystkie stałe odpady produkcyjne mają zostać odzyskane i nic nie powinno trafić na wysypisko. W 2020 r. osiągnęliśmy wskaźnik odzysku w wysokości 65 proc. – chwali się Patryk Sucharda.

– Organizacje Grupy TZMO łączą swoje wysiłki w Programie TZMO drive to ZERO WASTE. Celem tego Programu jest osiągnięcie zera odpadów poprodukcyjnych przekazywanych na składowiska odpadów do 2025 r. Jedną z dróg realizacji jest recykling. Dzięki posiadanym instalacjom, tylko w spółce Plastica odzyskanych zostało około 1200 ton surowców, a 7500 ton tworzywo otrzymało „drugie życie”, stanowiąc surowiec wykorzystywany np. do produkcji doniczek do uprawy roślin, zgodnie z koncepcją upcyclingu – podsumowuje Agnieszka Górna

... i nowe rozwiązania

Chcąc lepiej chronić środowisko, firmy starają się również szukać alternatywy dla konwencjonalnych produktów lub rozwiązań umożliwiających efektywniejsze wykorzystanie środków chłonnych. Jednym z produktów przyszłości mają być pieluchomajtki z czujnikami, które poinformują opiekuna osoby niesamodzielnej o konieczności wymiany wypełnionego produktu. Firmy analizują również wprowadzanie alternatywnych rozwiązań. Przykładem jest bielizna chłonna wielokrotnego użytku (można ją prać) dla osób z lekkim nietrzymaniem moczu.

– W ten sposób produkt chłonny można ponownie użyć, ograniczając zanieczyszczenie środowiska. Na świecie trwają co prawda badania nad maszynami zdolnymi odzyskiwać materiał ze użytych środków chłonnych, jednak na ich zastosowanie w życiu codziennym będziemy musieli jeszcze poczekać – podsumowuje Patryk Sucharda.



Fot. Wojciech Sobiech - stock.adobe.com

Świadomość pacjentów to klucz do sukcesu w uroonkologii

O narastającym długu zdrowotnym w uroonkologii oraz oczekiwanych przez pacjentów i lekarzy zmianach w programach leczenia nowotworów układu moczowo-płciowego, z dr. hab. n. med. Jakubem Kucharzem, onkologiem klinicznym z Kliniki Nowotworów Układu Moczowego Narodowego Instytutu Onkologii w Warszawie, rozmawia Tomasz Michałek.

Czy może Pan wyjaśnić naszym czytelnikom, co kryje się pod nazwą „uroonkologia”?

Uroonkologia to pojęcie szerokie, to już prawie podspecjalizacja na styku urologii i onkologii, gdzie spotykają się specjaliści onkologii klinicznej, urologii, radioterapii, którzy zajmują się leczeniem nowotworów układu moczowo-płciowego. Mam tu na myśli układ moczowy u mężczyzn i u kobiet, a także nowotwory układu płciowego u mężczyzn, gdyż u kobiet leczeniem nowotworów układu rozrodczego zajmują się ginekologzy-onkologzy.

Przez cały ostatni rok słyszymy ostrzeżenia o narastającym długu zdrowotnym. Czy w uroonkologii zauważył Pan symptomy tego zjawiska?

Tak. Trafiają do nas pacjenci z bardziej zaawansowanymi nowotworami, w zasadzie w każdej lokalizacji, jaką się zajmujemy. Są to pacjenci, którzy z jakiegoś powodu nie zgłaszali się do swoich

wodowało m.in. odroczenie konsultacji i zabiegów. Widzimy już efekt tego zjawiska w praktyce, w naszej codziennej pracy.

A w której grupie pacjentów sytuacja jest szczególnie niebezpieczna?

Niebezpieczna jest w każdej grupie, bo w każdej zdarzają się pacjenci z bardziej agresywnymi i mniej agresywnymi nowotworami. Myślę, że taką grupą, u której widzimy bardzo wyraźny wzrost przypadków zaawansowanych, są na przykład pacjenci z nowotworami jądra, czyli młodzi mężczyźni, u których ta choroba potrafi mieć dużą dynamikę. Widzimy pacjentów, którzy byli zdalnie konsultowani w POZ z powodu kaszlu, a z powodu wstydu nie zgłaszaali, że mają guz jądra. Otrzymywali leczenie na infekcję dróg oddechowych, które rzecz jasna było nieskuteczne. Ostatecznie trafiali do nas z zaawansowa-

ną chorobą, wtedy okazywało się, że to nie infekcja dróg oddechowych była odpowiedzialna za objawy, lecz rozsiany proces nowotworowy ze zmianami przerzutowymi w płucach.

Widzimy też pacjentów z rakiem pęcherza moczowego oraz z zaawansowanymi nowotworami nerek. To też jest duży problem. W przypadku raka stercza jest bar-

dzo różnie, bo wiemy, że z jednej strony rak stercza potrafi być chorobą bardzo powolną, indolentną, która rozwija się przez wiele lat i często przez wiele lat nie wymaga leczenia. Natomiast na drugim biegunie tej skali są pacjenci, którzy mają choroby o dużej dynamice, u których wcześniej w przebiegu choroby występują przerzuty odległe. Nadal widzimy oczywiście pacjentów z chorobą we wczesnym stopniu zaawansowania, która pewnie była już obecna te kilka czy kilkanaście miesięcy temu i ci chorzy niekoniecznie wymagają od razu leczenia, no ale widzimy też chorych w stanie bardzo zaawansowanym.

Przejdźmy zatem do dostępności leczenia dla chorych na poszczególne nowotwory. Zaczniemy od raka nerki. Tutaj w pierwszej linii leczenia mamy immunoterapię. Kiedy należy ją wdrożyć i jak to się ma do aktualnej dostępności tego leczenia w Polsce?

Immunoterapia w przypadku raka jasnokomórkowego, czyli tego najczęściej rozpoznawanego, jest standardem w leczeniu pierwszej linii. Na pewno powinna być standardem w leczeniu pacjentów z grupy z rokowaniem pośrednim i niekorzystnym. W przypadku chorych z grupy z rokowaniem korzystnym nadal trwają dys-

”

W przypadku raka pęcherza moczowego immunoterapię stosujemy w inny sposób. W tym „krajobrazie” leczenia znajduje się ona w innych miejscach. Otóż, podstawą leczenia pierwszej linii w przypadku raka pęcherza moczowego nadal jest samodzielna chemioterapia.

kusje, czy konieczne jest leczenie zawierające immunoterapię w pierwszej linii. W opinii ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej wystarczająca wydaje się monoterapia inhibitorem kinazy tyrozynowej. Nie mamy dotychczas danych z badań klinicznych, które potwierdzałyby korzyść z immunoterapii w pierwszej linii w odniesieniu do czasu przeżycia całkowitego u tych chorych. Ci pacjenci bardzo długo dobrze odpowiadają na monoterapię i w naszej opinii takie leczenie w tej grupie chorych jest wystarczające, z możliwością oczywiście zastosowania innych terapii jako sekwencji leczenia. Nie wykorzystujemy wszystkich metod w leczeniu pierwszej linii, lecz rozkładamy je na długi dystans.

Jak wygląda dostępność do leczenia? Źle. W zasadzie leczenie o tzw. najwyższym stopniu rekomendacji możemy zaoferować tylko pacjentom z grupy z rokowaniem korzystnym, u których możemy stosować inhibitory kinazy tyrozynowej, natomiast immunoterapia w pierwszej linii nie jest dostępna w żadnej grupie rokowniczej.

A które osoby należą do najwyższej grupy ryzyka w tym konkretnym nowotworze?

Oceniamy ryzyko na początku leczenia, posługując się skalami prognostycznymi. Oceniany jest szereg parametrów i w zależności od tego, jak wiele tych czynników określających rokowanie u pacjenta stwierdzamy, kwalifikujemy go do grupy o rokowaniu korzystnym, pośrednim albo niekorzystnym. Grupą pacjentów, która ma bardzo niekorzystne rokowanie, są chorzy, u których stwierdza się obecność komponenty sarkomantycznej w utkaniu nowotworu. I wiemy, że to są chorzy, u których przebieg choroby jest agresywny, szybki. Wiemy też, że tacy chorzy powinni bezwzględnie otrzymywać immunoterapię.

I rozumiem, że w tego typu sytuacji byłoby najlepiej wdrożyć tę immunoterapię możliwie jak najszybciej?

Absolutnie tak.

Czy rak pęcherza tak samo dobrze odpowiada na leczenie immunoterapią jak rak nerki?

W przypadku raka pęcherza moczowego immunoterapię stosujemy w inny sposób. W tym „krajobrazie” leczenia znajduje się ona w innych miejscach. Otóż, podstawą leczenia pierwszej linii w przypadku raka pęcherza moczowego nadal jest samodzielna chemioterapia. Nie wykazano dotychczas w badaniach klinicznych, żeby dodanie immunoterapii do chemioterapii w pierwszej linii poprawiało rokowania pacjentów. Natomiast immunoterapia na pew-

no swoje miejsce znajduje w tzw. leczeniu podtrzymującym. Jeżeli zastosujemy chemioterapię pierwszej linii i uzyskujemy kontrolę choroby, czyli co najmniej jej stabilizację pod wpływem chemioterapii, to zastosowanie immunoterapii w ciągu 4-10 tygodni po zakończeniu chemioterapii pozwala wyraźnie wydłużyć czas przeżycia całkowitego tych chorych. I to również jest w wytycznych międzynarodowych uznawane za standard leczenia.

A kto powinien szczególnie się obawiać tego nowotworu?

Przede wszystkim palacze tytoniu. Palenie jest głównym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka pęcherza moczowego. Do tego możemy dodać również ekspozycję



dr hab. n. med. Jakub Kucharz

Fot. Archiwum dr hab. Jakuba Kuchara

zawodową na czynniki toksyczne czy przebyłą radioterapię w obszarze miednicy. To są czynniki, o których powinniśmy pamiętać, myśląc o raku urotelialnym pęcherza moczowego. Należy jednak pamiętać, że jest to nowotwór wybitnie tytoniozależny.

Jakie nowe leki dla chorych na raka nerki i pęcherza są obecnie w procesie refundacji i co Pan o nich sądzi?

W przypadku raka nerkowokomórkowego w procesie refundacji znajdują się skojarzenia inhibitorów kinazy tyrozynowej z lekami immunokompetentnymi i podwójna immunoterapia. Optymalne wykorzystanie poszczególnych terapii zależy od profilu pacjenta i charakterystyki jego choroby. Na pewno wszystkie te opcje terapeutyczne powinny być dostępne. Tylko wtedy, kiedy mamy wybór

między kilkoma terapiami, możemy, jako klinicyści, podejmować próbę personalizacji leczenia. Na podstawie wspomnianych już cech klinicznych pacjenta, jego choroby oraz chorób współistniejących, mamy wówczas wybór

leczenia, które potencjalnie może przynieść największą korzyść przy jak najmniejszym obciążeniu działaniem niepożądanym w danej sytuacji.

Kiedy Pana zdaniem te leki powinny być dostępne w ramach refundacji?

Jak najszybciej. Jako środowisko specjalistów spodziewamy się, że nastąpi to w marcu 2022 roku.

A co w dalszej przyszłości? Czy są jakieś perspektywy pojawienia się nowych leków w kolejnych liniach leczenia tych nowotworów?

W przypadku raka nerkowokomórkowego zaproponowaliśmy zupełnie nowe brzmienie programu lekowego, który - co warto podkreślić - został przygotowany przez ekspertów. Nie jest to program „posklejany” z wniosków refundacyjnych podmiotów odpowiedzialnych. I myślę, że wprowadzenie go w takiej formie, jaką zaproponowaliśmy, powinno w bardzo dużym stopniu odpowiedzieć na nasze oczekiwania i spowoduje, że będziemy mieli możliwość nowoczesnego, wieloliniowego leczenia chorych na raka nerkowokomórkowego. Myślę, że ten program w takim wydaniu spełni nasze oczekiwania. Natomiast oczywiście musimy pamiętać o tym, że onkologia jest niezwykle dynamiczną specjalizacją. Bardzo szybko pojawiają się kolejne terapie. Wiadomo, że im bardziej złożone leczenie stosujemy na początku, tym

trudniejszy jest wybór leczenia w kolejnych liniach, więc tym bardziej potrzebne są nowe terapie. To, na co powinien być położony nacisk, to pewnego rodzaju „dobudowywanie klocków” do tej układanki, jaką jest program lekowy. Czyli nie czekajmy kolejne x lat na stworzenie nowego programu, tylko na bieżąco, jeżeli będziemy widzieli, że pojawia się terapia, która w istotny sposób wpływa na rokowania naszych pacjentów, dobudowujemy do tego programu lekowego kolejne fragmenty.

Przejdźmy do nowotworów strictly męskich. Proponuję zacząć od raka jądra. Jak Pan ocenia aktualną sytuację chorych na to schorzenie?

W przypadku nowotworów jądra możliwości leczenia są bardzo dobre, ponieważ jest to nowotwór wybitnie chemiowrażliwy. W leczeniu systemowym chemioterapią, którą możemy zastosować, jest standardem od wielu lat. To, co jest niezmiernie ważne, to żeby pacjent z nowotworem jądra lub z nowotworem, który jest chemiowyleczal-

ny trafiał do ośrodka, który ma doświadczenie w leczeniu takich chorych. To nie powinny być ośrodki małe, które leczą kilku pacjentów rocznie. To muszą być ośrodki, w których takich pacjentów leczonych jest wielu. Ośrodki, które mają doświadczenie w prowadzeniu chemioterapii. Chemioterapia w nowotworach jądra w pewien sposób rządzi się swoimi prawami. Musi być odpowiednio intensywna, nie możemy sobie pozwalać na opóźnienia w leczeniu, i to jest niezmiernie istotna kwestia. Oczywiście, bardzo ważny jest obecny na miejscu zespół interdyscyplinarny, żebyśmy pacjenta mogli kierować do konsultacji pod kątem na przykład resekcji zmian przetrwałych po chemioterapii, żeby był sprawny przepływ informacji, sprawny przepływ pacjentów między specjalistami różnych dziedzin - lekarzy, którzy są włączeni w to leczenie.

ny trafiał do ośrodka, który ma doświadczenie w leczeniu takich chorych. To nie powinny być ośrodki małe, które leczą kilku pacjentów rocznie. To muszą być ośrodki, w których takich pacjentów leczonych jest wielu. Ośrodki, które mają doświadczenie w prowadzeniu chemioterapii. Chemioterapia w nowotworach jądra w pewien sposób rządzi się swoimi prawami. Musi być odpowiednio intensywna, nie możemy sobie pozwalać na opóźnienia w leczeniu, i to jest niezmiernie istotna kwestia. Oczywiście, bardzo ważny jest obecny na miejscu zespół interdyscyplinarny, żebyśmy pacjenta mogli kierować do konsultacji pod kątem na przykład resekcji zmian przetrwałych po chemioterapii, żeby był sprawny przepływ informacji, sprawny przepływ pacjentów między specjalistami różnych dziedzin - lekarzy, którzy są włączeni w to leczenie.

Czyli powinniśmy zwracać uwagę na doświadczenie ośrodka oraz na kwalifikacje i doświadczenie specjalistów. Czy coś jeszcze jest ważne w tym schorzeniu, o czym warto pamiętać?

Bardzo ważna jest świadomość pacjentów. Można powiedzieć, że to klucz, bo od tego zaczyna się historia naszych chorych, że są świadomi tego, że coś się zaczyna dziać. Bardzo ważne jest to, żeby pacjenci przełamali barierę wstydu, żeby zgłaszali się do lekarza jak najwcześniej, jeżeli zaniepokoją ich jakieś symptomy...

Jakie?

Przede wszystkim powiększenie jądra - niebolesne, jednostronne, niemające związku z urazem. Oczywiście, trzeba pamiętać też o czynnikach ryzyka. Bardzo istotnym jest wnetrostwo, czyli niezstąpienie jądra w dzieciństwie. Panowie, którzy mieli tego typu problem w dzieciństwie, powinni być świadomi, że jest to czynnik ryzyka zachorowania na raka jądra. Bardzo istotna jest też świadomość lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, bo nadal chorzy w pierwszej kolejności kierują się do lekarzy POZ, zanim pojawią się u urologa czy onkologa. Ważne, żeby lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, który zobaczy pacjenta z powiększeniem jądra, pomyślał w pierwszym rzędzie o tym, że jest to najczęstszy nowotwór w tej grupie wiekowej i natychmiast skierował takiego pacjenta do urologa bądź do onkologa.

Została nam jeszcze do omówienia prostata. Dane epidemiologiczne prognozują wzrost zachorowań mężczyzn na ten nowotwór. Czy zauważył Pan to już w swoim gabinecie?

W moim przypadku to dosyć trudne pytanie, dlatego że my, z racji profilu miejsca, w którym pracujemy, pacjentów chorych na raka stercza mamy bardzo wielu od zawsze. Natomiast niewątpliwie dane z ostatnich lat wskazują na wzrost zachorowań. Jest to zapewne też konsekwencją tego, że świadomość pacjentów jest nieco większa. Pacjenci badają się, są kierowani do diagnostyki, później w konsekwencji do leczenia. Z jednej strony to jest zapewne wzrost faktycznie bezwzględny, ale też wpływa na ten wzrost skuteczniejsze diagnozowanie, co wynika z większej chęci pacjentów do zgłaszania się do urologa i oceny, w jakim stanie zdrowotnym jest ich gruczoł krokowy.

I z Pana perspektywy nawet pandemia nie zahamowała tego trendu?

Pandemia na pewno zahamowała ten trend. Co do tego nie mam wątpliwości. Natomiast do nas chorzy są kierowani z wielu ośrodków z całej Polski, dlatego ciężko jest mi mówić, żebyśmy widzieli jakiś znaczący spadek rozpoznania w tym względzie.

Rząd zainicjował niedawno nowy program profilaktyczny 40 PLUS, w ramach którego oferowane są między innymi

darmowe badania PSA dla mężczyzn. Czy Pana zdaniem to dobra inicjatywa?

Oznaczenie stężenia PSA jako badanie przesiewowe się nie sprawdza. Wiemy też, że do skutecznego rozpoznania raka stercza samo badanie PSA nie wystarcza. Niezbędne jest badanie *per rectum*. Dlatego nie powinno być budowane takie poczucie, że pacjent na pewno jest zdrowy w momencie, kiedy będzie oznaczone stężenie PSA i będzie ono prawidłowe. Wynik w granicach normy to jest bardzo szerokie pojęcie w przypadku stężenia PSA. Bo innego stężenia PSA spodziewamy się u czterdziestolatka, a innego u siedemdziesięciolatka. Nadal te wyniki mogą być w normie, ale wysoka norma u siedemdziesięciolatka będzie zupełnie inaczej dla nas wyglądała niż wysoka norma u czterdziestolatka. Więc ważny jest też kontekst i to, jak się na ten wynik spojrzy.

Ostatnia lista leków refundowanych nie przyniosła pacjentom z zaawansowanym rakiem stercza oczekiwanych zmian. Nie poszerzono m.in. programu o pacjentów tzw. M0, czyli z zaawansowanym rakiem prostaty, opornych na kastrację, ale jeszcze przed przerzutami, chociaż

w procesie refundacyjnym mamy aż trzy nowoczesne leki: apalutamid, darolutamid i enzalutamid. Czy Pana zdaniem jest szansa na pozytywną zmianę już od 1 stycznia 2022 roku? Pytam, bo tym razem, inaczej niż w poprzednich latach, Ministerstwo Zdrowia zadziałało proaktywnie i rozłożyło

w czasie proces rerefundacji

tysięcy leków, tak aby nie było znowu kumulacji na przełomie roku. Możemy być optymistami czy raczej nie? Spodziewam się zmian dopiero w marcu. Muszę jednak dodać, że moim zdaniem wdrożenie nowego, autorskiego programu lekowego dla raka nerki jest niewątpliwie dużo większym wyzwaniem dla Ministra Zdrowia niż poszerzenie programu lekowego w zaawansowanym raku stercza o tych kilkuset pacjentów rocznie w M0.

Czyli w raku stercza jest większa szansa niż w raku nerki, żeby to można było przyspieszyć?

Na pewno, gdyż program „nerkowy” jest tworzony od początku. Więc to wymaga naprawdę dużej pracy i dużych zmian.

O ile lat jesteście opóźnieni?

Refundacyjnie jesteśmy 3-4 lata za wytycznymi.

Neuromodulacja krzyżowa technologicznym rozwinięciem akupunktury

dr hab. Jan Adamowicz, FEBU
adiunkt Kliniki Urologii i Andrologii CM UMK w Bydgoszczy

Neuromodulacja krzyżowa jest nowoczesną formą leczenia zaburzeń czynności dróg moczowych, która w kwietniu 2019 roku uzyskała w Polsce refundację. Stopniowo, mimo ograniczeń związanych z trwającą pandemią, ta innowacyjna terapia jest u nas rozpowszechniana i coraz więcej pacjentów, a także lekarzy, poszukuje informacji dotyczących tej technologii.



Prawidłowe funkcjonowanie układu moczowego zależy od zdolności pęcherza do niskociśnieniowego gromadzenia moczu i jego skutecznego wydalania pod wpływem skurczu mięśnia wypieracza. Jednocześnie niezbędna jest czynnościowa synchronizacja pracy pęcherza moczowego z kompleksem zwieracza cewki moczowej. Wszystkie te procesy są precyzyjnie kontrolowane przez autonomiczny układ nerwowy, który zbudowany jest z dwóch komponentów - układu współczulnego i układu przywspółczulnego.

Układ współczulny reguluje fazę gromadzenia moczu, natomiast układ przywspółczulny odpowiada za opróżnianie pęcherza moczowego. Unerwienie przywspółczulne dróg moczowych przebiega w nerwach krzyżowych, od których odchodzą odgałęzienia bezpośrednio docierające do dróg moczowych. Nerwy krzyżowe są właśnie punktem uchwytu terapii neuromodulacji krzyżowej, której zadaniem jest kontrolowane modulowanie impulsów nerwowych poprzez wytwarzane pole elektryczne. Miejscem dostępu do nerwów krzyżowych są otwory w kości krzyżowej, które były już wykorzystywane przez medycynę Dalekiego Wschodu do zabiegów akupunktury w terapii zaburzeń dróg moczowych. W tej sytuacji można określić neuro-

modulację krzyżową jako technologiczne rozwinięcie akupunktury, gdzie zastąpiono mechaniczne pobudzanie układu nerkowego igłami stymulacją elektryczną.

Poszukiwanie skutecznej techniki metodą prób i błędów

Pierwsze doniesienia, w których koncepcyjnie postulowano była możliwość zastosowania prądu elektrycznego do terapii zaburzeń dróg moczowych, pochodzą z końca XIX wieku. Następnie, na lata 60. XX wieku, przypada okres badań doświadczalnych, które skupiały się na próbach kontroli czynności pęcherza moczowego przy pomocy elektrod wszczepianych do ściany pęcherza moczowego. Rezultaty tych badań nie były zadowalające z uwagi na zdecentralizowane unerwienie tego narządu. Z tego powodu podjęto próby bezpośredniej stymulacji ośrodków regulujących aktywność dróg moczowych w rdzeniu kręgowym.

Wyniki tych badań potwierdziły częściową skuteczność, jednak eksperymentalne metody wymagały ingerencji w centralny układ nerwowy i z tego powodu zostały uznane za zbyt inwazyjne.

W następnej kolejności podjęto próbę oddziaływania na nerwy krzyżowe, biegnące w miednicy. Ta strategia okazała się najbardziej skuteczna i na bazie wyników przeprowadzonych badań sformułowano koncepcję neuromodulacji krzyżowej. W efekcie amerykańska firma Medtronic opracowała system Interstim do neuromodulacji krzyżowej, który uzyskał wymaganą certyfikację i został wprowadzony do użytku klinicznego na początku lat 90. ubiegłego wieku. Obecnie na rynku dostępna jest już trzecia forma rozwojowa systemu Interstim. Terapia okazała się bardzo skuteczna i szybko odniosła sukces w urologii. Z uwagi na wieloletnią już obecność w praktyce klinicznej, dostępne są wyniki badań z długimi okresami obserwacji, które potwierdzają efektywność tej metody.

Dwa etapy personalizowanej terapii

Terapia neuromodulacji krzyżowej składa się z dwóch etapów. Po zakwalifikowaniu u pacjenta wykonuje się fazę testową, podczas której elektroda podłączana jest do

77 faktów o (nie)trzymaniu moczu, o których pora mówić otwarcie

Stworzyliśmy specjalny poradnik, w którym krok po kroku przedstawiamy przyczyny, objawy, formy profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu.

Podpowiadamy także, jak rozmawiać o chorobie z bliskimi. A przede wszystkim – jak mądrze i świadomie zadbać o swoje zdrowie.



Zamów bezpłatnie na: kontynentkobiet.pl

Zapisz się na bezpłatne webinary na: kontynentkobiet.pl



Partner:
seni
Lady

zewnętrznego neuromodulatora. W fazie testowej neuromodulator noszony jest na wygodnym pasku. Implantacja elektrody odbywa się w znieczuleniu ogólnym lub miejscowym, zależnie od preferencji pacjenta. Elektroda, poprzez otwory krzyżowe, umieszczana jest stycznie do przebiegu nerwów krzyżowej, tak aby generowane pole elektryczne obejmowało włókna nerwowe. W przypadku zadowalającej odpowiedzi terapeutycznej przystępuje się do implantacji docelowego neuromodulatora – podskórnie, na wysokości kości biodrowej.

Dwuetaповy przebieg terapii wynika z trudności jednoznacznego określenia skuteczności u danego pacjenta. Lekarz kwalifikujący ocenia jedynie prawdopodobieństwo skuteczności terapii, które musi zostać dopiero potwierdzone w trakcie fazy testowej. Neuromodulacja krzyżowa to zaawansowana technologicznie forma leczenia z dokładnie wystandaryzowaną procedurą przeprowadzania, która gwarantuje bezpieczeństwo pacjentowi. Po wszczęciu neuromodulatora każdy pacjent jest indywidualnie szkolony z obsługi tego urządzenia. Neuromodulacja krzyżowa jest terapią personalizowaną, ponieważ parametry są dostosowywane przez pacjenta do stopnia nasilenia objawów.

Jakie są wskazania do neuromodulacji krzyżowej?

Podstawowym wskazaniem jest zespół pęcherza nadre-

aktywnego. W przypadku braku poprawy po leczeniu farmakologicznym należy rozważyć zastosowanie tej terapii niezależnie od wieku pacjenta. Potwierdzono, że neuromodulacja krzyżowa jest równie skuteczna we wszystkich grupach wiekowych. Jej skuteczność często zestawia się z podawaniem do ściany pęcherza moczowego toksyny botulinowej. Niemniej wyniki prac badawczych wskazują na wyraźną przewagę neuromodulacji krzyżowej, która pozwala lepiej ograniczyć parcia naglące i zmniejszyć częstotliwość mikcji.

Dodatkowymi wskazaniami do neuromodulacji są określone zaburzenia opróżniania pęcherza moczowego i pęcherz neurogeny. W przypadku upośledzonego opróżniania pęcherza moczowego neuromodulacja krzyżowa jest często jedyną formą terapii, którą można zaproponować pacjentowi.

W Polsce stopniowo coraz więcej pacjentów jest leczonych przy pomocy neuromodulacji krzyżowej. W naszym ośrodku dotychczas przeprowadzono najwięcej tych zabiegów (według stanu na listopad 2021 r.), a jej skuteczność szacujemy w granicach 70 proc.

Z perspektywy lekarza, neuromodulacja krzyżowa jest leczeniem, które daje dużą satysfakcję zawodową. Bardzo często pacjenci po rozpoczęciu terapii informują nas, że po raz pierwszy od wielu lat odczuli ulgę w dolegliwościach i mogą normalnie funkcjonować.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bydgoszcz	Klinika Urologii Ogólnej i Onkologicznej, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza	ul. Marii Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz	tel. 52 585 45 00 tel. 52 585 40 45 www.jurasza.umk.pl	prof. dr hab. n. med. Tomasz Drewa
Chorzów	Śląskie Centrum Urologii „Urovita”	ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów	tel. 32 111 42 42 www.urovita.pl	dr n. med. Andrzej Szurkowski
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	prof. 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. Lindley'a 4 02-005 Warszawa	tel. 22 502 17 02 www.klinikaurologii.edu.pl	prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski

Czy zapowiadane zmiany standardów opieki nad pacjentem z NTM przyniosą oczekiwaną poprawę?

dr Elżbieta Szwałkiewicz

pielęgniarka, mgr prawa, dr nauk o zdrowiu, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym” w latach 2014-2020, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych w latach 2000-2013



Fot. M. Schuppich - stock.adobe.com

Obiektywna ocena polskich standardów opieki, uwzględniająca także perspektywę osób cierpiących na NTM, wymaga cofnięcia się do źródeł takiego, a nie innego podejścia państwa do wspierania osób w trudnej sytuacji życiowej. W przypadku osób z NTM jest to niezbędne, gdyż społeczna skala zjawiska oraz różnorodność przyczyn, perspektyw leczenia, deficytów funkcjonalnych i metod ich kompensowania, kryteriów dostępności do społecznego wsparcia oraz ponoszonych całościowych kosztów, uniemożliwia wskazanie prostej recepty na spełnienie oczekiwań milionów interesariuszy. Dodatkowo, przy ocenie ich perspektyw, uczucie zagubienia pogłębia duża ilość strategicznych dokumentów stanowiących prawną podstawę do przyszłych decyzji, mających poprawić standard życia osób z deficytami funkcjonalnymi oraz świadczeniodawców i ich opieku-

nów. Chodzi tu o brak szczegółów będących przełącznikiem teorii na praktykę.

Podział kompetencji w świetle prawa, potrzeb i realnych możliwości państwa

W preambule do Konstytucji RP zapisana jest zasada pomocniczości państwa (subsydiarności), poprzez którą należy interpretować każdy zapis prawa. Zasada ta stanowi, że władza powinna mieć znaczenie pomocnicze, wspierające w stosunku do działań obywateli, którzy ją ustanowili. Konstytucja RP m.in. wytycza koncepcję naszej polityki społecznej, a polski model opieki określany jest jako hierarchiczny model kompensacyjny. W ujęciu realnym oznacza to, że nie można ingerować w sprawy, z którymi poszczególne osoby są w stanie poradzić sobie same, lecz jedynie tam, gdzie pomoc jest niezbędna.

Ograniczoną zdolność do samoopieki należy tu postrzegać zarówno w perspektywie samodzielności życiowej - biologicznej, społecznej, jak i finansowej.

Zgodnie z Konstytucją każdy obywatel ma prawo do zabezpieczenia społecznego w razie niezdolności do pracy ze względu na chorobę lub inwalidztwo oraz po osiągnięciu wieku emerytalnego (art. 67). Mamy też prawo do ochrony zdrowia, co oznacza równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 68), a władze publiczne udzielają pomocy osobom niepełnosprawnym w zabezpieczaniu egzystencji (art. 69). Jako społeczeństwo uznaliśmy, że władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom z niepełnosprawnościami i osobom w podeszłym wieku. Ta podstawowa koncepcja funkcjonowania państwa została uszczegółowiona w dziesiątkach aktów prawnych, od ustaw po rozporządzenia, ustalających politykę społeczną, w tym system opieki zdrowotnej oraz pomocy społecznej. Obszarem tym zarządzają dwa odrębne resorty [od 1999 roku - przyp. red.], które tworzą infrastrukturę wsparcia i obowiązujące w niej standardy postępowania.

Ustawa o działalności leczniczej oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych regulują takie kwestie jak profilaktyka chorób i niepełnosprawności, wykrywanie chorób, ratowanie życia, leczenie, pielęgnowanie chorych osób niesamodzielnych, ale także zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów leczniczych. Ponadto ustawy te określają zakres, warunki, zasady i tryb udzielania świadczeń zdrowotnych. W tym zawarte są również regulacje dotyczące refundacji zakupu sprzętu medycznego i środków pomocniczych zabezpieczających osoby z inkontynencją. Natomiast system pomocy społecznej, regulowany ustawą o pomocy społecznej, ma umożliwiać osobom i rodzinom przezwyciężenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są w stanie pokonać, wykorzystując własne środki, możliwości i uprawnienia. Chodzi tu o wspieranie ich wysiłków zmierzających do zaspokojenia podstawowych potrzeb życiowych w warunkach odpowiadających godności człowieka. W znacznej mierze dotyczy to osób borykających się z chorobami przewlekłymi, ciężkimi urazami lub deficytami sędziwego wieku. Ponadto, pomocowe działania systemowe na rzecz osób z niepełnosprawnościami potwierdzonymi formalnym orzeczeniem realizuje Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON).

Jakie są perspektywy?

W bieżącym roku rząd przyjął „Strategię na rzecz osób z niepełnosprawnościami 2021-2030”. Wiele osób z NTM jest objętych wsparciem w powyższych systemach, takim jak nieodpłatna opieka zdrowotna, pomoc finansowa, rzeczowa i usługi opiekuńcze. Niestety, pod-

noszona od lat potrzeba koordynacji międzyresortowej jest pomijana w kolejnych zmianach legislacyjnych. W reakcji na demonstrowane przez kolejne grupy społeczne niezadowolone i narastające oczekiwania poprawy standardu życia rząd uchwalił w 2017 roku strategię rozwoju państwa [Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.) - przyp. red.]. Wśród wytyczonych celów strategicznych uwzględnił także poprawę dostępności do usług, w tym społecznych i zdrowotnych. Także polityka społeczna wobec osób starszych do roku 2030 ukierunkowana została na promowanie aktywności życiowej oraz na zabezpieczenie zdrowotne i socjalne starych ludzi. Nowe perspektywy polityki społecznej kierowanej do wszystkich kategorii wiekowych polskich obywateli są szeroko dyskutowane i rozpoznawalne pod znakiem „plus”. Mimo że jest to wartość dodana do tego, co już osiągnęliśmy jako społeczeństwo, proponowane i wdrażane przez rząd kolejne programy pomocowe budzą kontrowersje i są w mediach szeroko kontestowane jako zbędne wydatki społeczne.

Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej przedstawiło „Strategię rozwoju (lata 2021-2040) usług opiekuńczych” i system jej realizacji od 2041 roku. Zawiera ona ciekawe propozycje rozwiązań dotyczących milionów osób w różnych kryzysach życiowych, w tym osób z niepełnosprawnością funkcjonalną skutkującą niesamodzielnością życiową. Pojawiły się w niej zapisy dotyczące funkcjonowania opieki długoterminowej, jej rozwoju i modelu stabilnych źródeł finansowania. Zmiana standardów opieki stacjonarnej i planowane środowiskowe centra opieki są zapowiedzią realizacji artykułowanych i dyskutowanych od wielu lat oczekiwań społecznych. W drugim etapie realizacji „Strategii...” ma dojść do deinstytucjonalizacji w postaci stabilnego i trwałego systemu realizacji usług społecznych w środowisku zamieszkania, co ochroni wiele osób od konieczności korzystania z usług stacjonarnych.

Podobnie w sektorze ochrony zdrowia rząd w projekcie strategicznego rozwoju systemu ochrony zdrowia „Zdrowa Przyszłość” zaakcentował deinstytucjonalizację i zaplanował zniesienie limitów w wybranych grupach świadczeń, rozwój opieki domowej i środowiskowej oraz szersze wykorzystanie rozwiązań telemedycznych. Położono tu akcent nie tylko na przedłużanie życia, ale także na jego jakość.

Co jest słabością dokumentów strategicznych?

Oprócz zapewnienia odpowiedniej opieki medycznej, poprawiającej zdrowotność obywateli, dużą rangę powinno się nadać profesjonalnemu kompensowaniu utraconej sprawności i powszechnemu dostępowi do nowoczesnych technologii. Jest to zadanie międzyresortowe, multidyscyplinarne i multibranżowe. Tego niestety nie zauważa się w żadnym z ostatnio prezentowanych doku-

mentów. Każdy z nich dotyczy segmentu rzeczywistości i jeżeli jest mowa o koordynacji, to tylko w obrębie danego resortu. Uzasadniony niepokój budzi dotkliwy już teraz brak kadr medycznych i opiekuńczych w placówkach stacjonarnych, co może podważyć urzeczywistnienie planowanej w obu resortach deinstytucjonalizacji. Niezaplanowanie ponadresortowej koordynacji środowiskową opieką nad osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi skazuje planowane strategie na porażkę. Od kilku lat próbuje się rozwiązać ten problem, tworząc różne formy dziennego, półstacjonarnego wsparcia i opieki domowej. Niestety są one tworzone odrębnie dla obu resortów, a ich rodzaj, liczba i usytuowanie geograficzne są dalece niewystarczające oraz zbyt niedoszacowane, by mogły wpłynąć na zwiększenie zainteresowania zawodami medycznymi i opiekuńczymi.

Decydenci mają już świadomość, że nieograniczony dostęp do szerokiego spektrum interdyscyplinarnych usług środowiskowych może wpłynąć na rzeczywistą poprawę standardu życia większości osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, ale nie mają pomysłu, jak poradzić sobie z brakiem profesjonalnej kadry opiekuńczej. Jak na razie tylko w projekcie strategii usług społecznych pojawiła się zapowiedź wprowadzenia nowego zawodu - specjalisty ds. opieki. Planuje się tworzenie lokalnych i regionalnych centrów wsparcia kompetencji opiekunów, zakłada nadanie określonych kompetencji zawodowych, ustanowienie stopni specjalizacji oraz określenie minimalnych wynagrodzeń, co ma pozwolić na zmianę wizerunkową zawodu opiekuna. Natomiast w resorcie ochrony zdrowia dokonała się tylko niekorzystna zmiana w roli zawodowej opiekuna medycznego - dodano mu zadania zawodowe wykraczające poza podstawową pielęgnację i opiekę oraz ograniczono dopuszczalne formy kształcenia tylko do kształcenia w dziennych szkołach z jednoczesnym wydłużeniem czasu nauki do 1,5 roku. Tym samym wyeliminowano główną grupę zainteresowanych tym zawodem, tj. kobiety powyżej 30 lat, które chcą lub już pracują na rynku opiekuńczym i które muszą zdobyć kwalifikacje. Forma kwalifikacyjnych kursów zawodowych była dla nich optymalną propozycją, gdyż z powodu niskiego standardu materialnego nie mogą one przerwać pracy na czas nauki.

Obecnie nie ma żadnych przesłanek, by spodziewać się większego zainteresowania młodzieży świadczeniem usług opiekuńczych i pielęgnacją chorych. Nawet jeżeli zamiast opiekunami będą nazywać się specjalistami ds. opieki.

Przyjęte strategie zdecydowanie poprawią sytuację osób samodzielnych życiowo, natomiast sytuacja osób całkowicie zależnych od opieki zewnętrznej, w tym osób z NTM i ich opiekunów, w mojej opinii nie ulegnie poprawie.

Piśmiennictwo u Autorki.

TENA®

Robisz wszystko, aby chronić swoich bliskich

My robimy wszystko, aby chronić ich skórę



Jeśli opiekujesz się osobą starszą wiesz, że jej skóra jest bardzo wrażliwa i wolniej się goi, zwłaszcza przy **nietrzymaniu moczu**.

Wypróbuj produkty chłonne i kosmetyki **TENA ProSkin**, które **wspierają zdrowie skóry**. Dzięki nim skóra będzie sucha, czysta i zabezpieczona.

TENA. Najlepsza opieka dla Twoich bliskich.

Zamów próbki na www.tena.pl

Fizjoterapia dysfunkcji dna miednicy u młodych kobiet

dr Magdalena Ptak, fizjoterapeutka uroinekologiczna
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie



Fot. ty - stock.adobe.com

Wydawałoby się, że dysfunkcje dna miednicy dominują u kobiet będących co najmniej po porodzie. Nic bardziej mylnego. Przed oczami mam ciągle, trafiające do mojego gabinetu, wszystkie młode, zgrabne, często wysportowane dziewczyny, których dno miednicy głównie bywa nadmiernie napięte. Jak to możliwe? Po prostu nie umiemy odpuszczać! Pierwszy sygnał jest podczas rozmowy telefonicznej. Słysząc napięcie w głosie, kiedy pacjentka opisuje swoje dolegliwości. W trakcie wejścia do gabinetu, kiedy podajemy sobie dłonie, już wiem z dużą pewnością, że w badaniu elektromiograficznym mięśni dna miednicy będzie tzw. podwyższony tonus mięśniowy. A wywiad często potwierdza moje przypuszczenia.

Z jakimi problemami zgłaszają się pacjentki do gabinetu fizjoterapii dna miednicy?

Zdarza się, że pacjentka dzwoni do gabinetu, chcąc umówić się na wizytę, ponieważ ma problemy podczas współżycia. Może ono być dla niej czasowo lub stale bolesne. Bolesność może występować zmiennie w różnych rejonach miednicy i może zależeć od fazy cyklu. W tym konkretnym przypadku opisana została dyspareunia. Idąc dalej, pacjentka może zadeklarować, że w trakcie współżycia pojawiają się tak bolesne skurcze, że uniemożliwiają penetrację. A może nawet wprowadzenie czegokolwiek dopochwowo (tamponów, globulek) nie jest również możliwe? Czy mamy do czynienia z pochwicą? Często kobiety rezygnują w ogóle z życia intymnego,

ponieważ w ciągu dnia odczuwają dziwne wrażenia w postaci pieczenia, palenia, bólu, świądu w obszarze krocza, odbytu, cewki moczowej, u wejścia do pochwy. Skarżą się na bieliznę (sic!), badają w kierunku nawracających infekcji, bezskutecznie szukając przyczyny. Nierzadko trafiają finalnie do psychiatry, a przecież mamy do czynienia z wulwodynią.

W gabinecie możemy również przyjąć pacjentki, u których inaczej objawia się nadmierne napięcie tego obszaru. Funkcjonalnie mięśniowe dno miednicy powinno podierać narządy miednicy mniejszej: pęcherz z cewką, pochwę i odbytnicę. Tak się dzieje, kiedy tonus jest prawidłowy. Brak umiejętności rozluźnienia może wpływać na zaleganie moczu czy stolca. Grupy zawodowe, które najczęściej przyjmuję z tym problemem, to: nauczycielki, kasjerki, pielęgniarki, położne i młode lekarki. Zaleganie

toalety, co może mylnie być nazywane pęcherzem nadreaktywnym.

Jak można pomóc pacjentkom z dysfunkcjami dna miednicy?

Prawidłowy tonus mięśniowy ma, o czym świadczą przywołane wcześniej przykłady, ogromne znaczenie. To w gabinecie fizjoterapii dna miednicy, wykorzystując badanie palpacyjne, elektromiografię powierzchniową z biofeedbackiem, badanie USG z sonofeedbackiem, ocenę ciśnieniową obszaru anorektalnego czy ocenę elastyczności struktur miednicy, możemy przeprowadzić gruntowną diagnostykę i wdrożyć postępowanie fizjoterapeutyczne. Tutaj dobieramy korzystną aktywność fizyczną, zalecamy ćwiczenia celowane, pracujemy z samą miednicą różnymi technikami, metodami, wśród których



Fot. M. Schuppich - stock.adobe.com

stolca z kolei prowadzi do zaparć, a od nich już nie jest daleko do pozornego nietrzymania stolca, jakim jest enkopreza, zaostrzenia choroby hemoroidalnej, wystąpienia szczeliny odbytu czy zaburzeń statyki. Zaleganie moczu może wpłynąć na częstsze występowanie infekcji, ale również na nietrzymanie moczu.

Skąd taki problem, skoro mówimy o nadmiernie napiętych mięśniach? To są również mięśnie „zmęczone”, mało elastyczne, które w momencie kaszlnięcia, kichnięcia czy podskoku nie mają swojej naturalnej umiejętności funkcjonalnego skurczu chroniącego przed wyciekami. Mamy tu do czynienia z nietrzymaniem moczu o charakterze wysiłkowym. A pewne napięcie emocjonalne, o którym wspominałam na początku artykułu, które charakterystycznie przekłada się na napięcie mięśni całego ciała, wpływa na wystąpienie potrzeby ciągłego chodzenia do

warto podkreślić terapię manualną. Szukamy fizjoterapeutycznych metod rozluźnienia, takich jak techniki relaksacyjne, techniki oddechowe, praca z postawą ciała. Możliwości postępowania jest wiele, więc warto po nie sięgać. Ważną kwestią jest współpraca ze specjalistami. Psychoterapeuta, psychiatra, urolog, ginekolog, proktolog to nasi partnerzy, bez których czasem trudno pacjentkę wyprowadzić „na prostą”. Wielokrotnie trafiają do mojego gabinetu dziewczyny, które przeszły przez dodatkowe „piekło” bezsensownych, inwazyjnych, niepotrzebnych badań.

Zawodowo, w Nowym Roku, życzę sobie i naszym, nie tylko młodym, pacjentkom, aby taka współpraca specjalistów była możliwa. Poza tym, byśmy wszyscy mieli umiejętność zwolnienia i odpuszczenia szeroko pojętego napięcia.

Szkolna toaleta - koszmar dzieciństwa czy szansa na właściwe warunki sanitarne?

Violetta Madeja



Fot. ChiccoDodiFC - stock.adobe.com

Czysta i przyjazna dzieciom szkolna toaleta to podstawa wypracowania właściwych nawyków higienicznych. Niestety nadal w wielu placówkach szkolnych węzły sanitarne dalece odbiegają od ideału. Samorządy nadzorujące szkoły robią coraz więcej, jednak dla lepszej przyszłości młodszego pokolenia potrzeba większej troski o jakość szkolnych toalet.

Ostatnie lata pokazały, że szkolne toalety nadal nie cieszą się dobrą opinią wśród dzieci i ich rodziców. W badaniu przeprowadzonym w 2018 roku w ramach programu „Wzorowa Łazienka” [organizowanego przez znaną markę środków czystości - przyp. red.] 40 proc. uczestniczących w ankiecie rodziców wskazało, że ich dzieci skarżyły się na niedogodności związane z korzystaniem ze szkolnej toalety. W efekcie co szósty rodzic (16 proc.) wskazał, że jego pociecha unika korzystania ze szkolnego sanitariatu z powodu jego złego stanu lub niewłaściwego wyposażenia.

Na jakie problemy skarżą się najmłodsi? Zdecydowana większość wskazuje na braki m.in. papieru toaletowego (62 proc.), ręczników (44 proc.), czy mydła (35 proc.). Dla wielu uczniów problemem jest również stan techniczny toalet - brak sprawnych zamków w kabinach (25 proc.), niedziałające spłuczki (12 proc.) czy niedopasowane wyposażenie do wzrostu dziecka (2 proc.). Szkolna toaleta dla wielu użytkowników staje się więc jednym z problematycznych elementów szkoły. A tak być nie powinno. - *Każdemu z nas można zadać pytanie: jakie znaczenie ma dla nas łazienka, w której chcemy przebywać? Jeżeli jest czysta, funkcjonalna, uwzględnia potrzeby różnych użytkowników, w tym osób z niepełnosprawnością, to automatycznie przenosimy się na inny standard higieny. To miejsce wymusza określone zachowania, ale jest też przyjazne, uczy dobrych wzorców* - podkreśla Justyna Zborowska z firmy Geberit. - *Pamiętajmy też, że łazienka, pod okiem nauczyciela, to świetne miejsce do zabawy, nauki, pokaza-*

nia zjawisk fizycznych, czy zrozumienia naszego otoczenia. Skąd się bierze woda w kranie? Czym jest kanalizacja, instalacja wodna? Do czego służy syfon? Czy łazienka może pachnieć świeżym powietrzem? Łazienka ma ogromny potencjał edukacyjny! - przekonuje Justyna Zborowska.

Teoria vs praktyka

Powstaje jednak pytanie, czy szkoły i samorządy, którym te szkoły podlegają, inwestują w infrastrukturę sanitarną? Jak przebiega kontrola ich stanu technicznego? Skala ma tu znaczenie. Jak podkreśla Marzena Wojewódzka z biura prasowego Urzędu Miasta st. Warszawy, utrzymanie w należytym stanie technicznym budynków i obiektów oświatowych oraz znajdujących się na ich terenie toalet i sanitariatów należy do zadań samorządu terytorialnego. W przypadku stołecznej aglomeracji urzędnikom trudno jest jednak wskazać, jakie fundusze trafiają na ich coroczną modernizację.

- *Wykonywane kontrole stanu BHP, jak również okresowe przeglądy (roczne i pięcioletnie) stanu technicznego budynków wykazują na bieżąco istniejące potrzeby remontowe w tym zakresie. Na podstawie zdiagnozowanych potrzeb, zgodnie z obowiązującymi przepisami, dyrektorzy warszawskich przedszkoli, szkół i placówek oświatowych podejmują działania dotyczące poprawy stanu technicznego zarządzanych i administrowanych przez siebie budynków* - mówi Marzena Wojewódzka.

Tyle teorii, ale praktyka okazuje się jednak dużo bardziej skomplikowana. W ocenie Justyny Zborowskiej istotną rolę odgrywa w tym wypadku dyrekcja placówki, a także zdolności do pozyskiwania przez nią funduszy zewnętrznych.

- *Wiem, że im dłużej odkładany jest remont, tym większą bombę może stanowić* - ocenia Justyna Zborowska. Stąd też pomysł na projekt, w którym 12 wolontariuszy z Grupy Geberit z Niemiec, Austrii i Szwajcarii oraz 12-osobowa ekipa budowlana wyremontowali łazienki o łącznej powierzchni 300 mkw. w Szkole Podstawowej nr 166 im. Żwirki i Wigury w Warszawie. Akcji towarzyszyły również lekcje, podczas których uczniowie mieli szansę zwiększyć swoją świadomość ekologiczną.

- *Remont w tej szkole objął wymianę wszystkich elementów instalacji sanitarnej, które nie były ruszane od ponad 70 lat. Zwracaliśmy szczególną uwagę, by dostosować wyposażenie do potrzeb dzieci, dlatego też postawiliśmy na nowoczesne pomieszczenia z wygodnymi natryskami. Projektując wnętrza, inspirowaliśmy się pracami uczniów stworzonymi*

w konkursie plastycznym, które pokazały nam, jak wygląda według nich łazienka marzeń - mówi Agnieszka Stefańska, architekt zaangażowana w realizację projektu.

Nie taki samorząd skąpy

Marek Wójcik, ekspert od lat związany z samorządami i działający w Związku Miast Polskich, zwraca uwagę, że w wielu szkołach warunki sanitarne są lepsze od tych, które zapewnia dzieciom dom rodzinny.

- *Proszę zwrócić uwagę, że lokalne samorządy po przejściu zadań oświatowych zrobiły bardzo dużo, również w kontekście inwestycji w infrastrukturę sanitarną placówek. Nadal mamy jednak poczucie ogromu pracy, jaką należy wykonać, aby nieustannie modernizować szkoły* - ocenia Marek Wójcik.

Jednocześnie przyznaje, że funkcjonują też placówki, gdzie potrzeba inwestycji jest ogromna, i tam często dyrekcje próbują pozyskiwać pozasamorządowe źródła finansowania. - *Szczególnie jest to widoczne w szkołach, które po reformie oświatowej przeprowadzonej przez rząd, musiały ponownie powiększyć swoją bazę. Najdotkliwiej odczuły to mniejsze szkoły, które z placówek sześcioklasowych musiały zmienić się w ośmioklasowe. W efekcie w wielu miejscach samorządy wspólnie z dyrekcjami szkół musia-*

ły poszerzać nie tylko bazę edukacyjną w postaci klas, ale również bazę sanitarną. Niestety likwidacja gimnazjów spowodowała, że szczególnie w tych najmniejszych placówkach często brakowało miejsca i liczba toalet jest nadal nie-satysfakcjonująca - podkreśla ekspert ze Związku Miast Polskich.

Są jednak samorządy, które nie tylko finansują modernizację szkolnych sanitariatów, ale również szukają rozwiązań proekologicznych. Jednym z nich są podwarszawskie Marki, gdzie w 2019 roku oddano do użytku Mareckie Centrum Edukacyjno-Rekreacyjne. Obiekt zarządzany przez miejską spółkę jest jedynym w Polsce ekologicznym i „zeroenergetycznym” budynkiem użyteczności publicznej, za co uhonorowany został złotą statuetką w ogólnopolskim konkursie „Budowa Roku 2019”.

- *Mareckie Centrum Edukacyjno-Rekreacyjne jest dwuskrzydłowym, nowym obiektem, pełniącym funkcje edukacyjne, sportowe i kulturalne. W części szkolnej (budynek A) mamy 16 toalet: damskich, męskich, dla osób z niepełnosprawnościami, dla nauczycieli i dla pozostałego personelu. W części kulturalno-sportowej dysponujemy 7 toaletami - na każdej kondygnacji znajduje się jedna toaleta dla osób*



z niepełnosprawnościami. W części szkolnej mamy również zróżnicowaną wysokość pisuarów, dostosowaną do wieku młodych ludzi. Wszystkie łazienki zostały wykonane z certyfikowanych materiałów. Warto podkreślić, że dbamy o ekologię – w kranach zainstalowane są perlatory [nakładki na baterie łazienkowe – przyp. red.], dzięki którym zużycie wody jest niższe niż w tradycyjnych łazienkach – chwalą się twórcy MCER.

To jednak nie jedyna „toaletowa” inwestycja Marek. Niedawno w tym podwarszawskim mieście wyremontowano dawną siedzibę Szkoły Podstawowej nr 4. – Jednym z elementów zlecenia była renowacja łazienek, polegająca na wymianie lub uzupełnieniu białego montażu, ceramiki sanitarnej oraz odmalowaniu takich miejsc. Nie wyobrażalibyśmy sobie przeprowadzenia prac bez remontu łazienek – zapewniają przedstawiciele Mareckich Inwestycji Miejskich.

Polski Ład receptą na toalety?

Myśląc o finansowaniu toaletowych inwestycji w szkołach, warto pamiętać o potencjalnej perspektywie, jaką ma dać samorządom Polski Ład. W ramach rządowego

projektu część z 1 mld zł przewidzianego na modernizację szkół będzie mogła trafić na remonty łazienek.

– Musimy jednak pamiętać, że za chwilę demografia nas przytłoczy. Zwracam uwagę, że odwrócenie negatywnego demograficznego trendu będzie niezwykle trudne i wymagać będzie perspektywy wręcz kilkudziesięcioletniej. Powstaje zatem pytanie, czy jest sens inwestowania w szeroko rozumianą rozbudowę szkół w momencie, gdy za chwilę dzieci korzystających z nich będzie zdecydowanie mniej? Moim zdaniem bardziej racjonalne byłaby rozbudowa, modernizacja

i ulepszanie istniejącej już infrastruktury oświatowej – komentuje Marek Wójcik.

Eksperti wskazują również na inny, pandemiczny aspekt związany bezpośrednio z jakością toalet. – W czasie pandemii nie możemy sobie pozwolić, aby dzieci omijały łazienki szerokim łukiem. Wręcz przeciwnie – nawyk mycia rąk to podstawa, ale nie dziwię się, że uczniowie nie chcą wchodzić do starych, zniszczonych i popsutych łazienek. My, dorośli, też omijamy takie miejsca. Problem zaczyna się, gdy dzieci nie tylko nie myją rąk, ale też wstrzymują się od toalety – podsumowuje Justyna Zborowska.

”

W czasie pandemii nie możemy sobie pozwolić, aby dzieci omijały łazienki szerokim łukiem. Wręcz przeciwnie – nawyk mycia rąk to podstawa.

Koniec roku bez wyczekiwanых zmian w refundacji leków

Violetta Madeja

Ostatni kwartał 2021 roku to czas wdrożenia istotnych zmian w refundacji wyrobów, medycznych wydawniczych na zlecenie. Niestety, w obszarze refundowanego leczenia farmakologicznego pacjenci z NTM nie doczekali się realizacji deklaracji przez resort zdrowia.

Osoby zmagające się z nietrzymaniem moczu nie kryją rozgoryczenia związanego z brakiem decyzji Ministerstwa Zdrowia w sprawie refundacji kolejnych molekuł.

– Niestety, w kwestii zmian w refundacji leków dla pacjentów z NTM, praktycznie nic nie drgnęło. Nadal nie mamy decyzji w sprawie finansowania nowoczesnych leków w ramach II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Nie zapadły również żadne decyzje dotyczące zmian i rozszerzenia programu lekowego dla chorych na raka prostaty – mówi Elżbieta Żukowska ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Jednocześnie przekonuje, że reprezentowana przez nią organizacja nie ustaje w działaniach na rzecz poprawy dostępu pacjentów do nowoczesnego leczenia.

– Nasze stowarzyszenie aktywnie działa w tej sprawie. Wysłałyśmy pisma z prośbą o interwencję do parlamentarzystów, którzy konsekwentnie od wielu lat nas wspierają. Słowa podziękowania należą się pośłom ze wszystkich klubów, ze szczególnym uwzględnieniem najliczniejszej grupy, którą reprezentują parlamentarzyści z Koalicji Obywatelskiej oraz Lewicy. Niemniej z przykrością stwierdzam, że ministerstwo pozostaje głuche na nasze postulaty – ocenia Elżbieta Żukowska. I dodaje: – Oczywiście nie rezygnujemy i nadal będziemy przypominać Ministrowi Zdrowia nasze postulaty.

Członkowie stowarzyszenia zdecydowali się również osobiście zaapelować do ministra zdrowia Adama Niedzielskiego. Zarząd Główny „UroConti” przygotował i udostępnił członkom list, który po uzupełnieniu imieniem i nazwiskiem pacjenci mogą wysłać bezpośrednio na adres resortu zdrowia. Dotychczas pod tak sformułowanym apelem podpisało się już ponad 200 członków „UroConti”.

Bez zmian w farmakoterapii raka prostaty

Zapowiedzianych przez MZ w okresie wakacji zmian w programie lekowym „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C-61)” nie doczekali się również pacjenci onkologiczni. Bogusław Olawski, przewodniczący Sekcji Prostaty Stowarzyszenia „UroConti”, nie kryje rozgoryczenia. Zwłaszcza że przedstawiciele resortu zdrowia deklarowali, iż zmiany w programie nastąpią po wakacjach.

– Pomimo wieloletnich starań naszej sekcji, pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, u których nie wystąpiły jeszcze przerzuty (tzw. pacjenci M0) w dalszym ciągu nie zostali objęci dostępem do refundowanych leków: Erleada (apalutamid), Nubequa (darolutamid) i Xtandi (enzalutamid). Ponadto w przypadku pacjentów, u których pojawiły się przerzuty, nadal utrzymany został zakaz leczenia sekwencyjnego. Listopadowe wykazy to ostatnia lista refundacyjna, która mogłaby wprowadzić zmiany w programie lekowym w tym roku. Jesteśmy bardzo zawiedzeni, że ministerstwo w dalszym ciągu nie zdecydowało się zapewnić pacjentom przed przerzutami dostępu do



Fot. Tierney - stock.adobe.com

odpowiedniego leczenia. Tym bardziej że zapewniano nas, iż na koniec wakacji lub wczesną jesienią będą podejmowane dyskusje z producentami wymienionych przeze mnie leków na temat rozszerzenia programu o pacjentów bez przerzutów – poinformował Kwartalnik NTM Bogusław Olawski.

Dodał, że pacjenci nie ustają w apelach o poszerzenie programu lekowego B.56 „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego” o grupę pacjentów, u których nie wystąpiły jeszcze przerzuty. – *Liczymy, że negocjacje zostaną dokończone możliwie jak najszybciej, aby pacjenci pozostający obecnie poza programem, a u których ryzyko przerzutów jest wysokie, mogli być włączeni do programu lekowego, zanim ich stan zdrowotny się pogorszy* – przekonywał.

Radioterapeuta poprowadzi chorego z rakiem prostaty

Okazuje się jednak, że w październiku Narodowy Fundusz Zdrowia zaproponował ważne zmiany w sposobie realizacji programu B.56 „Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C-61)”. Chodzi o rozszerzenie kompetencji radioterapeutów i umożliwienie im prowadzenia pacjentów z zaawansowanym nowotworem prostaty, które przewidziano w zarządzeniu prezesa NFZ nr 167/2021 z 12 października tego roku.

Zdaniem dr. n. med. Piotra Wojcieszka z Narodowego Instytutu Onkologii w Gliwicach, przewodniczącego Polskiego Towarzystwa Brachyterapii, rozszerzenie programu lekowego o dostęp lekarzy ze specjalizacją radioterapia onkologiczna ma sens. Szczególnie że radioterapeuta-onkolog zajmuje się leczeniem raka gruczołu krokowego we wszystkich stopniach zaawansowania. – *Jesteśmy przy chorym od leczenia guza pierwotnego, aż do napromieniania rozsiewu choroby oraz radioterapii paliatywnej i przeciwbólowej, również w połączeniu z leczeniem hormonalnym* – mówi dr Piotr Wojcieszek.

Okazuje się jednak, że zaproponowany przez NFZ zapis w zarządzeniu ma również swoje ograniczenia. Warunkuje bowiem dopuszczenie radioterapeutów-onkologów poprzez „udokumentowane wykorzystanie chemioterapii (docetaksel) w leczeniu chorych na zaawansowanego raka gruczołu krokowego – w przypadku realizacji programu przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radioterapii onkologicznej”.

– *Prawdopodobnie oznacza to prowadzenie chorych po wyzerpaniu możliwości chemioterapii. Jest to zapis nielogiczny i szkodliwy dla chorych. Istnieją przesłanki naukowe wskazujące na wyższą skuteczność hormonoterapii II linii przed chemioterapią. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że to radioterapeuci prowadzą kontrole chorych po leczeniu promieniami. Dzięki temu mogą odpowiednio wcześnie zareagować, zmieniając leczenie w przypadku rozpoznania kastracyjnie opornego raka stercza, co przeloży się na wydłużenie życia chorych* – ocenia dr Piotr Wojcieszek. Jak dodaje, jego zdaniem zapis warunkujący stosowanie programu B.56 przez radioterapeutów-onkologów powinien zostać usunięty.

Bezpłatne leki od 70. roku życia?

Niestety ten kwartał nie przyniósł też rozstrzygnięcia senackiej inicjatywy dotyczącej udostępnienia bezpłatnych leków od 70., a nie 75. roku życia. Projekt zmiany ustawy trafił z Senatu do Sejmu w trakcie wakacji, niestety od tamtej pory nie otrzymał numeru druku sejmowego, przez co nie jest procedowany. Do pomysłu senatorów odniosło się jednak Ministerstwo Zdrowia, które podkreśliło, że jeśli znajdzie fundusze w budżecie, wówczas przygotuje własny projekt regulacji.

O jakich kwotach mowa? Szacunki wskazują, że skutki finansowe projektowanej zmiany mogą wynieść od 210,7 mln zł w 2021 r. do 804,3 mln zł w roku 2025. W sumie na ten cel w budżecie do 2025 roku powinno zostać zarezerwowane dodatkowe 3,2 mld zł, co stanowiłoby wzrost wydatków na leki dla seniorów z poziomu ok. 8,324 mld zł do ok. 11,494 mld zł.

Historyczna zmiana

Z pewnością osłoda dla części chorych z NTM będzie zmiana w sposobie rozliczania refundowanych wyrobów medycznych, która 1 grudnia zostanie wprowadzona dzięki nowelizacji rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

– *Cieszymy się, że Ministerstwo Zdrowia od 1 grudnia zmieni zasady dostępności do refundowanych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. To ważny i potrzebny krok, na który czeka wielu pacjentów zmagających się z NTM* – komentuje Elżbieta Żukowska.

Co się zmieni? Przypomnijmy, że opublikowany 15 września dokument zmienił po raz pierwszy od 22 lat (!) limity cenowe w refundacji środków absorpcyjnych. Od grudnia wyniosą one odpowiednio: 1,70 zł za sztukę dla pieluchomajtek, majtek chłonnych i pieluch anatomicznych (przy limicie ilościowym do 90 sztuk miesięcznie) oraz 1 zł dla wkładów anatomicznych (urologicznych) i podkładów. Ponadto ustalono, że wkłady anatomiczne i podkłady powinny mieć minimalną chłonność na poziomie 250 ml. Ujednolicono również zasady współpłacenia dla wszystkich pacjentów, wprowadzając 30-procentową odpłatność dla chorych onkologicznie (była to tzw. grupa P.100).

Oprócz zmian w limitach środków chłonnych od 1 grudnia z budżetu państwa finansowane będą cewniki hydrofilowe. Rozporządzenie wprowadza trzy limity finansowania: 5,35 zł za 1 sztukę dla cewnika hydrofilowego gotowego do użycia, 2,60 zł za 1 sztukę dla cewnika hydrofilowego aktywowanego wodą oraz 0,80 zł za 1 sztukę dla cewnika niepowlekanego. Cewniki te będą refundowane w 100% dzieciom i młodzieży do 18. roku życia z zachowaniem limitu ilościowego w wysokości 180 sztuk w ramach jednego zlecenia. Dla dorosłych pacjentów wprowadzono takie same warunki limitowe, ale z 30-procentową odpłatnością.

HARTMANN



„Dziękuję.
Czuję się
dobrze”

ZAMÓW
bezpłatne
próbki



Opiekujesz się bliskim
ze schorzeniem nietrzymania moczu?

Poznaj nowoczesne pieluchomajtki
MoliCare® Premium Elastic
z elastycznymi panelami bocznymi,
które zapewniają wygodę użytkowania
pacjentowi i opiekunowi.

**CENTRUM
WSPARCIA
SENIORÓW**

Bezpłatna infolinia

800 26 96 36

lub +48 532 085 395 (koszt połączenia
wg standardowych
stawek operatora)
+48 42 22 52 752

www.hartmann.pl



ntm.pl

Szukasz informacji o inkontynencji?

Odwiedź zmodernizowaną stronę ntm.pl
i skorzystaj z ponad 20-letniej bazy wiedzy



www.ntm.pl