KWARTALNIK
NTM
ISSN 1733-2826 Nr 4(83) 2022 cena: 9,50 zł (w tym 5% VAT)

WYROBY MEDYCZNE

Zmiany w refundacji środków chłonnych nikogo w pełni nie satysfakcjonują

LECZENIE

Zaangażowanie zespołu specjalistów poprawia wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami dna miednicy

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

W opiece długoterminowej nic się nie zmienia

LEGISLACJA

Legislacyjna gorączka końcówki roku

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

NTM to powszechny problem u osób starszych i z niepełnosprawnością

Jest źle, ale może być lepiej

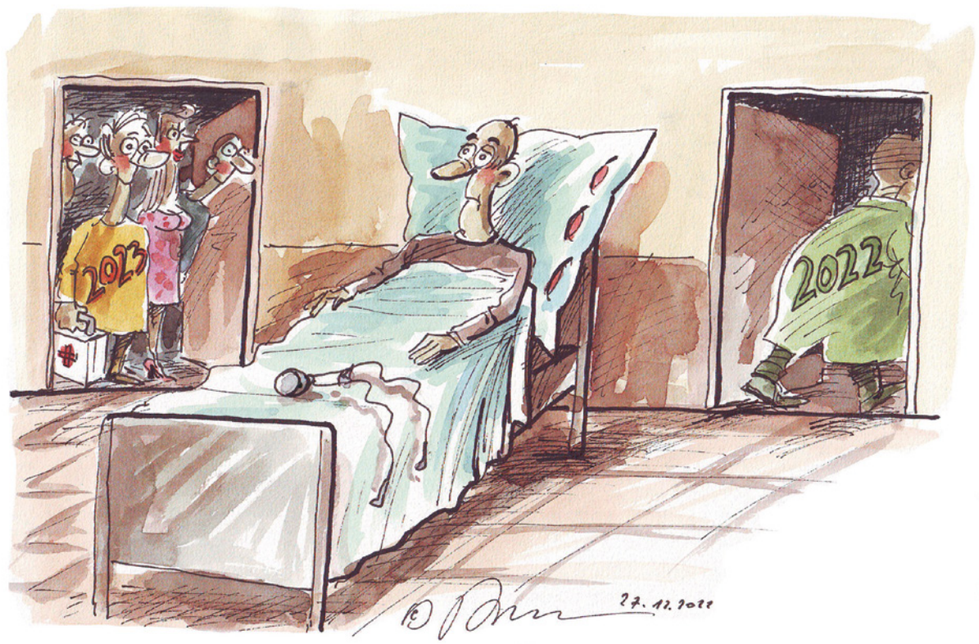
Rok 2022 żegnamy w minorowych nastrojach. Wybuch wojny w Ukrainie, jej dramatyczny przebieg, wielka fala uchodźców, gwałtowny wzrost kosztów życia i narastający konflikt wewnątrz naszego rządu spowodowały, że perspektywy na przyszłość nie wyglądają optymistycznie. Do tego należy dodać kilka niezrozumiałych decyzji, które będą odczuwalne szczególnie przez osoby zmagające się z zaburzeniami kontynencji. Pomimo deklaracji ministra zdrowia, że zmiany, które zaczną obowiązywać od Nowego Roku w zaopatrzeniu w refundowane wyroby medyczne na zlecenie, przyniosą nam korzyści, nie zauważyłem entuzjazmu wśród samych pacjentów. Dotyczy to zarówno osób z wyłonioną stomią, jak również tych zaopatrujących się w środki absorpcyjne. Po długich konsultacjach społecznych nikt z interesariuszy nie deklaruje publicznie satysfakcji z wprowadzonych zmian. Kolejny rok powinien dać nam odpowiedź, kto tak naprawdę będzie ich beneficjentem. Warto przypomnieć, że po ostatniej zmianie rozporządzenia, jaka miała miejsce 1 grudnia ubiegłego roku, najbardziej poszkodowaną grupą okazała się społeczność pacjentów onkologicznych. Celowo pomijam kobiety, które cierpiąc na czystą postać wysiłkowego NTM, nadal pozostają poza refundacją.

Wracając jeszcze do pacjentów onkologicznych, należy odnotować zapowiedź kompleksowej zmiany programu lekowego w leczeniu zaawansowanego raka prostaty. Co kryje nowy dokument, który ma zacząć obowiązywać w przyszłym roku? Tego nie wiemy, ponieważ nadal czekamy na jego upublicznienie. Przypomina to trochę procedowanie w sprawie objęcia refundacją operacji robotycznych, które niespodziewanie na początku tego roku przyspieszyły, z pominięciem rzetelnej wyceny i konsultacji społecznych. Można rzec, że to nic nowego, a wręcz typowe postępowanie tego rządu. Tylko czy powinniśmy akceptować taką formę uprawiania polityki? Jeżeli to zrobimy, to za jakiś czas okaże się, że konsultacje społeczne są zbędne, bo tylko przedłużają proces legislacyjny, a rząd i tak wie najlepiej, czego potrzebujemy.

Tak stało się w wieloletnim procesie refundacyjnym leku mirabegron, stosowanego przez pacjentów w II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Drugi wniosek refundacyjny po 4-letnim procesie refundacyjnym osiągnął swój finał, niestety niekorzystny dla pacjentów. Dlaczego tak się stało? Minister tłumaczy to czynnikami ekonomicznymi, co może wróżyć nadchodzący wielkimi krokami kryzys gospodarczy. Bo jak inaczej można by interpretować tę decyzję, wierząc deklaracjom producenta, że otrzymaliśmy najlepsze warunki finansowe w Europie, a i tak finalnie okazało się, że nie stać nas na jego refundację.

Skąd zatem mój optymizm zawarty w tytule? Przede wszystkim z wiary w Polaków. Już nie raz udowodniliśmy, że potrafimy wychodzić z kłopotów, nawet jeżeli sami do nich się przyczyniliśmy. Poza tym świat nie stoi w miejscu i tam, gdzie zabierają nam nadzieję na lepszą przyszłość, powstają inne możliwości. W jedną z nich pacjenci uwierzyli ponad trzy lata temu i właśnie się zmaterializowała. Dlatego bądźmy optymistami, czego sobie i wszystkim naszym Czytelnikom życzę z całego serca.

Tomasz Michałek



SPIS TREŚCI

WYROBY MEDYCZNE

Zmiany w refundacji środków chłonnych nikogo w pełni nie satysfakcjonują 4

LECZENIE

Zaangażowanie zespołu specjalistów poprawia wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami dna miednicy 6

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

W opiece długoterminowej nic się nie zmienia. To już nie kryzys, lecz początek zapaści 11

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Nietrzymanie moczu to powszechny problem wśród osób starszych i z niepełnosprawnością 14

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 17

LEGISLACJA

Legislacyjna gorączka końcówki roku 18

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Maja Marklowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: Violetta Madeja, Maja Marklowska-Tomar;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** © iStockphoto, © Adobe Stock;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 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: 2000 egzemplarzy.

Prenumerata: Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)
Kontakt: 22 279 49 12, ntm@ntm.pl

Partner wydania: astellas

Szanowni Państwo,

Przed nami 2023 rok. Każdy z nas zastanawia się, jaki będzie ten nowy rok. Czy będzie pełen dobrych, czy może złych wydarzeń? Ile korzystnych, a ile niekorzystnych zmian wniesie do naszego życia? Czy będziemy mogli zaliczyć go do udanych i wspominać go z rozrzewnieniem, czy wręcz przeciwnie – będziemy chcieli o nim jak najszybciej zapomnieć? Ile planów uda nam się zrealizować, a które będą musiały zostać odłożone „na później"?

W artykule „Legislacyjna gorączka końcówki roku" (s. 18) red. Violetta Madeja nie pozostawia złudzeń. „Rząd planuje zamach na pieniądze ze składek zdrowotnych" – alarmuje. I wyjaśnia, że chodzi o przerzucenie z budżetu państwa na NFZ obowiązku finansowania kosztownych programów i terapii, w tym leczenia hemofilii i AIDS, bezpłatnych leków dla osób w wieku 75+ oraz kobiet w ciąży (program Ciąża Plus), wysokospecjalistycznych procedur, a także systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Być może nikt by przeciwko temu nie protestował, gdyby nie to, że NFZ nie dostanie na realizację tych wszystkich zadań ani złotówki. Trudno więc nazwać tę zmianę korzystną dla pacjentów. Do tego Ministerstwo Zdrowia podjęło decyzję o nierefundowaniu mirabegronu w II linii leczenia pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego…

Czy wiecie, że problem nietrzymania moczu dotyka nawet 9 na 10 osób przebywających w placówkach opieki długoterminowej? Często towarzyszy chorobom Alzheimera i Parkinsona, zapaleniu pęcherza moczowego, przerostowi prostaty czy udarowi mózgu. Bywa także objawem niewydolności krążenia czy kamicy nerkowej. W grupie największego ryzyka NTM są też chorzy na stwardnienie rozsiane, o czym przeczytacie w artykule „Nietrzymanie moczu to powszechny problem osób starszych i z niepełnosprawnością" (s. 14).

A kto będzie się nami opiekował, kiedy staniemy się niesamodzielni, skoro już teraz sytuacja kadrowa w opiece długoterminowej jest dramatyczna? Pod względem liczby osób zatrudnionych w tym sektorze Polska zajmuje w Unii Europejskiej przedostatnie miejsce (na ostatnim jest Grecja). Spośród 244 tys. aktywnych zawodowo pielęgniarek kwalifikacje do pracy w opiece długoterminowej posiada około 120 tys., ale chętnych do pracy w tym sektorze jest coraz mniej. – W Polsce nie funkcjonuje system opiekuńczy dla pacjentów niesamodzielnych – oceniła Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, która była jednym z prelegentów dwudniowej (24-25 listopada) konferencji „Opieka długoterminowa w Polsce – dzisiaj i jutro". Polecamy Państwa uwadze relację z tego wydarzenia (s. 11).

Czytelników, którzy chcą poszerzyć swoją wiedzę na temat dysfunkcji w obrębie dna miednicy, zachęcamy do przeczytania artykułu „Zaangażowanie zespołu specjalistów w leczenie pacjentów z zaburzeniami dna miednicy poprawia jego wyniki". O jakich specjalistów chodzi? Nie chcąc zdradzać szczegółów, poprzestanę na stwierdzeniu, że nie tylko o lekarzy.

Maja Marklowska-Tomar

Zmiany w refundacji środków chłonnych nikogo w pełni nie satysfakcjonują

Violetta Madeja

Fot. MOZCO Mat Szymański - Adobe Stock

1 stycznia wchodzi w życie znowelizowane rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, które nie tylko w radykalny sposób zmienia zasady refundacji środków chłonnych, ale również wprowadza - oczekiwany przez branżę i pacjentów - ich podział. Resort zdrowia tylko częściowo wsłuchał się jednak w argumentację strony społecznej, która przekonuje, że w klasyfikacji refundacyjnej środków chłonnych powinno się brać pod uwagę zdecydowanie więcej cech wpływających na ich jakość.

Pacjenci nie są zadowoleni z opublikowanego rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Zdaniem Elżbiety Żukowskiej z zarządu Stowarzyszenia Osób NTM „UroConti" ich największe obawy budzą kryteria, które mają decydować o poziomach refundacji dla wybranych produktów chłonnych. - *Przyjęcie w rozporządzeniu wyłącznie kryterium chłonności jest błędem, który w przyszłości odbije się na jakości życia wielu grup pacjentów* - ocenia Elżbieta Żukowska. I dodaje: - *Szczególnie mocno odczują to pacjenci niesamodzielni, leżący, znajdujący się w DPS-ach czy szpitalach, gdzie personel w sposób naturalny będzie wybierał produkty o największych chłonnościach, niedopasowane do fizjonomii. Obawiamy się, że znacznie zredukuje to i tak już ograniczoną mobilność pacjentów, kluczową dla utrzymania ich zdrowia. Inna grupa to pacjenci onkologiczni, którzy oczekiwali rekompensaty po ostatnich niekorzystnych zmianach z grudnia 2021 roku. Niestety nie doczekaliśmy się ich w tym rozporządzeniu. Pojawienie się nowej, wyższej grupy limitowej dla pieluchomajtek i majtek chłonnych o najwyższej chłonności to zdecydowanie za mało przy galopującej inflacji i rosnącym współpłaceniu, które coraz bardziej odczuwamy.*

Producenci dostrzegają dobrą wolę

Zdaniem Patryka Suchardy, Public Affairs and Regulatory Managera w Essity Polska, zmiany wprowadzone nowelizacją rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie generalnie przyniosły korzystne zmiany dla pacjentów. Pokrzywdzeni będą mogli się czuć tylko chorzy z umiarkowanym nietrzymaniem moczu.

Arkadiusz Grądkowski, prezes Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, ma podobną opinię. - *W przypadku środków chłonnych dostrzegamy dobrą wolę ministerstwa i częściowe wsłuchanie się w głos branży i ekspertów. W porównaniu do pierwotnej wersji projektu z lipca br. widać starania resortu mające na celu zapewnienie pacjentom zaopatrzenia zgodnego z obecnie obowiązującymi standardami. Zapisy znajdujące się w rozporządzeniu, w przeciwieństwie do ich pierwotnej wersji w projekcie, uwzględniają zarówno różnorodność kategorii środków chłonnych, jak i niezwykle istotną kwestię, jaką jest mobilność pacjenta. Zapewniają również bardziej racjonalny i efektywny podział limitów finansowania ze względu na kategorie wyrobów medycznych* - mówi.

Jednocześnie przyznaje rację pacjentom i wskazuje, że przyjęty w rozporządzeniu parametr chłonności nie jest rozwiązaniem optymalnym. - *Wprowadzenie parametru chłonności obniżyło limit pieluchomajtek i majtek chłonnych przeznaczonych dla dzieci z niefizjologicznym nietrzymaniem moczu z 1,70 zł do 1 zł. W opinii Izby POLMED odsetek „zleceń dziecięcych" jest na tyle niewielki, że pozostawienie limitu na poziomie 1,70 zł nie zachwiałoby z pewnością budżetem NFZ* - podkreśla Arkadiusz Grądkowski.

Nie tylko chłonność

Zdaniem przedstawicieli producentów oparcie modelu finansowania wyrobów chłonnych o kryterium chłonności oprócz reperkusji dla dzieci może jednocześnie generować szereg problemów i długofalowe negatywne skutki, których próba rozwiązywania będzie prowadzić do dalszych komplikacji.

- *Z pewnością Ministerstwo Zdrowia, przy przygotowywaniu zmian dla produktów chłonnych, kierowało się intencją obniżenia dopłat pacjentów, ale niestety kierowało się też niewłaściwym przekonaniem, że najważniejszym kryterium wpływającym na cenę produktu jest jego chłonność* - ocenia Arkadiusz Grądkowski. Dodaje, że finalnie zaproponowany system finansowania może stać w sprzeczności z trendem, który zwraca uwagę decydentów na zwiększenie mobilności pacjentów. - *Niestety w związku z tym bardzo szybko może stać się nieprzystosowany do realiów rynkowych, jak również do potrzeb i oczekiwań pacjentów* - ocenia prezes POLMED-u.

O tym, że postęp technologiczny w branży wyrobów medycznych jest niezwykle dynamiczny, świadczy szereg nowych produktów, jakie w ostatnich latach weszły do użytku. Jak przekonują ich producenci, chłonność produktów przestała być ich stałą cechą, a o jakości zaczęły decydować również inne aspekty.

- *Chłonność w naszym odczuciu powinna być jednym z kilku kryteriów jakościowych, które wpływają na poziom refundacji. Musimy pamiętać, że główną cechą pieluch jest ograniczenie wycieku, które można osiągnąć chłonnością, kształtem środka chłonnego, a także innowacją produktu wpływającą na jego uszczelnienie* - przekonuje Patryk Sucharda. Dodaje, że dobrej jakości produkt spełnia swoją funkcję, tj. chroni przed wyciekiem i pozostawia suchą skórę bez zwiększania jego chłonności. Co więcej, na całym świecie wraz z rozwojem produktów i jednoczesnym dążeniem do optymalizowania kosztów produkcji, co jest związane ze zmniejszeniem ilości wykorzystywanego absorbentu, zarysowuje się tendencja do zmniejszenia chłonności i większej dbałości o inne elementy środka chłonnego. W innych krajach Europy, na co zwraca uwagę Patryk Sucharda, podstawowymi kryteriami branymi pod uwagę są nie tylko chłonność, ale również czas wchłaniania, posiadanie superabsorbentu, który wiąże nie tylko wilgoć, ale również niweluje przykry zapach moczu, czy oddychalność produktu. - *Co z tego, że pielucha ma chłonność 2000-3000 ml, kiedy jej czas wchłaniania jest słaby i zanim mocz zostanie związany przez absorbent, jego część się wyleje, a pacjent odparzy sobie skórę? Zachowanie suchej i zdrowej skóry powinno być kluczowe z punktu widzenia kosztów leczenia zakażeń układu moczowego, zakażeń skóry czy odleżyn wynikających z ekspozycji skóry na drażniące działanie moczu. Stosowanie prostych produktów, których główną cechą jest duża chłonność, sprawia, że zazwyczaj nie mają one innych funkcji, ważnych np. w opiece długoterminowej* - ocenia Patryk Sucharda.

Branża oczekuje dialogu…

Na wdrożone zmiany w finansowaniu środków chłonnych branża patrzy, jak na nowe otwarcie i nie kryje, że to początek dialogu nad zmianami w sposobie refundacji wyrobów medycznych.

Arkadiusz Grądkowski przyznał, że kierowana przez niego organizacja liczy na dalszą modyfikację modelu finansowania środków chłonnych i wspólne wypracowanie optymalnego rozwiązania w tym zakresie. - *Nowe rozwiązania powinny być wypracowane przez zespół składający się z przedstawicieli wszystkich stron zaangażowanych w proces zaopatrzenia pacjenta w wyroby chłonne, tj. reprezentantów decydenta (Ministerstwo Zdrowia), płatnika (NFZ), branży (Izba POLMED), ekspertów klinicznych i organizacji pacjenckich* - przekonuje prezes POLMED.

… i zrozumienia

Jednocześnie przedstawiciele producentów produktów chłonnych zaprotestowali wobec stwierdzenia, jakie resort zdrowia pozwolił sobie umieścić w uzasadnieniu do rozporządzenia. W dokumencie napisano bowiem, że „ceny (m.in. środków chłonnych - przyp. red.) utrzymywane są na wysokim poziomie prawdopodobnie właśnie ze względu na refundację tych wyrobów. Ceny tych wyrobów bez refundacji są dużo niższe, praktycznie często równe kosztowi dopłaty pacjenta do wyrobu. Niestety praktyka utrzymywania wysokich cen wyrobów chłonnych w refundacji odnosi się także do pozostałych wyrobów."

- *Jest to stwierdzenie nieprawdziwe i wysoko krzywdzące dla branży. Wzrost kosztów wyrobów medycznych jest związany z aktualną sytuacją geopolityczną. Niestety wyroby medyczne są produktami wysoce surowcozależnymi. Wzrost ceny produktu końcowego jest bezpośrednim wynikiem wzrostu cen surowców, które w ciągu ostatnich dwóch lat zwiększyły swoją wartość od kilkudziesięciu do kilkuset procent* - tłumaczy Arkadiusz Grądkowski.

Natomiast Patryk Sucharda wylicza, że przykładowe koszty surowców, z których wytwarza się środki chłonne, wzrosły od 30 proc. (w przypadku cen polipropylenu), poprzez 60 proc. (w przypadku cen pulpy celulozowej, która jest głównym składnikiem środków chłonnych), aż po 150 proc. (wzrost cen sody kaustycznej).

Zaangażowanie zespołu specjalistów poprawia wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami dna miednicy

Violetta Madeja

Fot. sutlafk - iStockphoto

Dysfunkcje w obrębie dna miednicy wymagają multidyscyplinarnego podejścia. Jak wskazują eksperci - od samego początku pacjenci powinni być objęci kompleksową opieką, którą sprawować powinni nad nimi nie tylko lekarze różnych specjalności, ale także fizjoterapeuci i psycholodzy. Takie podejście daje gwarancję lepszych efektów terapii.

Lekarze, fizjoterapeuci, a także psycholodzy zgodnie przyznają, że w przypadku zaburzeń dna miednicy współpraca specjalistów patrzących na pacjenta z wielu perspektyw jest bardzo potrzebna i przynosi same korzyści. Zdaniem urologa, dr. n. med. Andrzeja Przybyły, zaangażowanie całego zespołu gwarantuje pacjentom nie tylko zdecydowanie lepsze efekty leczenia, ale również komfort i poprawę jakości życia.
- *W leczenie dysfunkcji dna miednicy powinien być zaangażowany zespół specjalistów. Badania dowodzą, że wtedy uzyskujemy najlepsze efekty terapii. Prym wiedzie tutaj współpraca ginekologa (w przypadku kobiet) lub urologa (u mężczyzn) z wyszkolonym fizjoterapeutą. Niekiedy dołączony zostać powinien psycholog/psychoterapeuta. Najlepiej, jeśli ci wszyscy specjaliści pracują w tym samym ośrodku, co gwarantuje kontakt między nimi i optimum wygody i jakości leczenia dla pacjenta* - podkreśla dr Andrzej Przybyła.

Kiedy pojawiają się pierwsze problemy

W rozmowie z Kwartalnikiem NTM dr hab. n. med. Paweł Miotła, ginekolog z II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zwraca uwagę, że pierwsze objawy zaburzeń ze strony struktur dna miednicy mogą pojawić się w bardzo młodym wieku.
- *Pierwszą rzeczą, jaką najczęściej obserwujemy u młodych pacjentek, są zaburzenia czynnościowe ze strony układu moczowego. Zazwyczaj dotyczą one fazy gromadzenia moczu i charakteryzują się takimi objawami jak: parcia naglące, częstomocz czy pierwsze objawy nietrzymania moczu. Warto podkreślić, że objawy te nie muszą dotyczyć pacjentek, które są po przebytej ciąży czy porodzie siłami natury. W swojej praktyce klinicznej spotkałem się z pacjentkami w wieku 20–25 lat, które nie były w ciąży, w wywiadzie nic nie wskazywało na duży wysiłek fizyczny, jaki podejmują w związku na przykład z pracą, a skarżą się z powodu objawów wskazujących na częstomocz czy gubienie moczu w sytuacjach trudnych do zdefiniowania* - mówi dr hab. Paweł Miotła.
W badaniu ankietowym przeprowadzonym na grupie studentek z Holandii wykazano, że zaburzenia związane z fazą gromadzenia moczu zgłaszało od 5 do 10 proc. z nich. - *Oczywiście, im pacjentka starsza i jej wywiad położniczy jest bardziej obciążony, to ryzyko pojawienia się tego typu zaburzeń wzrasta.*
Już w przypadku pacjentek, u których obserwujemy pierwsze symptomy dysfunkcji dna miednicy, zasadnym byłoby wdrożenie wielospecjalistycznej współpracy - podkreśla dr hab. Paweł Miotła.
Jego zdaniem to najlepszy moment, by oprócz ewentualnego leczenia wdrożyć zmiany w stylu życia. - *W przypadku pacjentek otyłych zredukowanie masy ciała o 10 proc. pozwala o blisko połowę zmniejszyć objawy ze strony układu moczowo-płciowego. Na tym etapie pacjentka powinna być również skonsultowana przez fizjoterapeutę i objęta opieką fizjoterapeutyczną. Właściwie prowadzona fizjoterapia i ćwiczenia dają bowiem najlepsze efekty w postaci ograniczenia rozwoju choroby na wczesnym etapie. Dają też szansę na uniknięcie poważnych konsekwencji choroby, w tym również leczenia zabiegowego* - tłumaczy. Zwraca także uwagę, że dzięki współpracy z fizjoterapeutą u wielu pacjentek, u których interwencja zabiegowa jest nieunikniona, udaje się odwlec w czasie konieczność jej podjęcia.

Warto sięgać po konsylia

- *Wracając do kwestii współpracy z innymi specjalistami, to zdecydowanie należy wskazać na urologów, ale również chirurgów oraz proktologów* - mówi Paweł Miotła. I dodaje: - *W praktyce klinicznej, mówiąc o dysfunkcji dna miednicy, możemy mieć do czynienia z całą gamą problemów. W obrębie układu moczowego możemy mieć bowiem ciało obce (kamica), czy u pacjentki mogą istnieć niezdiagnozowane wcześniej wady rozwojowe, które powodują objawy w postaci NTM. Bardzo często również my, ginekolodzy, jesteśmy proszeni przez urologów o pomoc i konsultacje dotyczące statyki pochwy czy macicy.*
Specjalista podkreśla, że warto pamiętać, iż bardzo często dysfunkcja dna miednicy nie oznacza jednego izolowanego problemu, a patologie mogą współwystępować. - *Jeżeli pacjentka ma problem w postaci NTM czy zaburzenia statyki narządu płciowego, to niejednokrotnie może z nimi współwystępować problem z utrzymywaniem stolca. To nie musi być sytuacja, w której ta utrata jest masywna. Bardzo często objawem jest zabrudzenie bielizny. W takich sytuacjach warto pamiętać o tym, aby taką pacjentkę na etapie diagnozy zapytać o ewentualne objawy i w przypadku ich potwierdzenia w kolejnych krokach skonsultować z chirurgiem lub proktologiem, którzy ocenią zachowanie ciągłości zwieraczy i ich funkcjonalną sprawność* - przypomina ginekolog.

Fot. Ivan-balvan - iStockphoto

Zwraca również uwagę, że w krajach bardziej zaawansowanych takie zespoły funkcjonują i nie są one ograniczone wyłącznie do ginekologa czy urologa oraz fizjoterapeuty. Zazwyczaj obejmują one kilku specjalistów, którzy na problem leczenia dysfunkcji dna miednicy patrzą z wielu perspektyw.

Nie tylko lekarze

Potwierdza to również fizjoterapeutka Kinga Religa-Popiołek, dla której interdyscyplinarne podejście do pacjentów i ich dolegliwości wpisuje się w światowe trendy rozwoju medycyny - niezależnie od tego, jakiego leczenia wymaga pacjent. Jej zdaniem właściwie dobrany zespół powinien składać się z lekarza specjalisty, a czasem kilku (np. urolog i proktolog), fizjoterapeuty, często psychologa/psychoterapeuty oraz dietetyka.
- *Zdarza się, że zespół zostaje uzupełniony o dodatkowego specjalistę, na przykład pielęgniarkę, co uzależnione jest od indywidualnych potrzeb pacjenta. W efekcie kompleksowego leczenia z zaangażowaniem specjalistów różnych dziedzin, gdzie ma miejsce sprawna wymiana informacji i spostrzeżeń, pacjent ma szansę otrzymać najlepszą pomoc w moż-*

Fot. tetmc - iStockphoto

liwie jak najkrótszym czasie - podkreśla fizjoterapeutka. Zwraca również uwagę, że sposób prowadzenia pacjenta zawsze musi być podporządkowany jego potrzebom i uzależniony od nich. Zdarzają się sytuacje, kiedy pacjent w pierwszej kolejności potrzebuje konsultacji z lekarzem specjalistą, by wdrożyć niezbędną farmakoterapię, a następnie kierowany jest do fizjoterapeuty. - *Innym razem istnieje konieczność równoległej współpracy lekarza specjalisty i fizjoterapeuty, na przykład kiedy pacjent został zakwalifikowany do zabiegu chirurgicznego. Wtedy to fizjoterapeuta ma za zadanie przygotować pacjenta do operacji. W tym czasie lekarz specjalista nadzoruje stan chorego, następnie wykonuje zabieg i z powrotem kieruje do fizjoterapeuty na rehabilitację pooperacyjną* - przekonuje Kinga Religa-Popiołek, potwierdzając, że nie ma jednej recepty na problemy w obrębie dna miednicy.

Psycholog da wsparcie przed i po leczeniu

Coraz częściej mówi się o tym, że obok sfery fizycznej pacjentów niezwykle ważnym aspektem jest także sfera psychiczna. A w przypadku wstydliwych schorzeń, jakimi jest nietrzymanie moczu czy nietrzymanie kału, często to właśnie przez „głowę" wiedzie droga do rozpoczęcia leczenia problemu fizycznego. Zdaniem Aleksandry Tomaszek, psychologa i psychotraumatologa, w takich sytuacjach bardzo istotne staje się psychiczne wsparcie pacjenta zmagającego się z chorobą, i to bez względu na to, czy nietrzymanie moczu jest wynikiem choroby onkologicznej, czy innej dysfunkcji.

- *Wiemy, że z NTM zmagają się nie tylko osoby starsze, ale również młode kobiety. Stąd też dotarcie do każdej z tych grup, a także wsparcie ich w procesie leczenia, musi zostać właściwie dobrane* - podkreśla Aleksandra Tomaszek. Według niej również dobrze zmotywowany i przygotowany do leczenia pacjent, dla którego problem intymny, z jakim się zmaga, nie będzie barierą do rozmowy z lekarzem, będzie zawsze osiągał lepsze wyniki leczenia niż ten, który nie będzie chciał współpracować z lekarzem czy pielęgniarką, a dodatkowo będzie wypierał problem, jaki się u niego pojawił.

Obecność psychologa w zespole jest, jak zauważa Aleksandra Tomaszek, ważna z jeszcze jednego powodu.

- *O chorobach onkologicznych mówi się coraz więcej, przez co przestają być one tematem tabu. Natomiast nietrzymanie moczu nie jest tematem, który tak silnie istnieje w przestrzeni publicznej. Stąd też często niechęć pacjentów do mówienia o swoim problemie* - mówi. Jej zdaniem już pokazanie chorym, że nie są osamotnieni w swoim problemie, pozwala na znalezienie nici porozumienia i zapewnia lepsze efekty osiągane podczas wdrażanego leczenia.

Często zdarza się również, że wsparcia potrzebują pacjenci z NTM, którzy z sukcesem zakończyli leczenie,

Kobieco i dyskretnie
z nową bielizną chłonną
seni® Lady PANTS

Zamów bezpłatną próbkę na **seni.pl**

- W delikatnym brzoskwiniowym kolorze
- Poczucie suchości
- Kontrola zapachu
- Idealne dopasowanie

Na lekkie i średnie nietrzymanie moczu

np. poddali się zabiegowi neuromodulacji, który znacznie poprawił ich stan. Jak wskazuje dr hab. Paweł Miotła, wsparcie psychologa może okazać się istotne nie tylko na etapie diagnozy, kiedy pacjentka musi przezwyciężyć poczucie wstydu i przełamać się, by o swoich kłopotach powiedzieć lekarzowi. - *W przypadku części pacjentów, którzy przez jakiś czas borykają się z problemem nietrzymania moczu, a są już skutecznie leczeni, nadal mogą występować objawy związane z mimowolną utratą moczu i jej efektami w postaci nieprzyjemnego zapachu. W przypadku takich psychogennych zaburzeń wsparcie psychologa, czy nawet interwencja psychiatry, który zaordynuje leki przeciwlękowe, wydaje się uzasadniona i pomocna* - ocenia ginekolog.

Okiem klinicysty

dr hab. n. med. Bartosz Dybowski
Oddział Urologii Szpitala Kolejowego w Pruszkowie
Przewodniczący Oddziału Mazowieckiego Polskiego Towarzystwa Urologicznego

Schorzenia miednicy obejmują zaburzenia dotyczące czterech układów: moczowego, rozrodczego, pokarmowego i nerwowego. Osobnym zagadnieniem są zespoły bólowe, które czasem trudno przypisać do jednego z wymienionych układów. Działanie wielodyscyplinarne zazwyczaj nie jest niezbędne. Nietrzymaniem moczu zajmują się skutecznie urolodzy, obniżeniem i wypadaniem narządu rodnego ginekolodzy, a chirurdzy-proktolodzy obejmują swoją opieką pacjentów z czynnościowymi i strukturalnymi schorzeniami odbytu. Korzystając z tego intuicyjnego podziału, większość chorych trafia do lekarzy właściwej specjalności i uzyskuje odpowiednią pomoc. Rzadziej zdarzają się sytuacje wymuszające współpracę kilku specjalistów - to przede wszystkim problemy wynikające ze znacznego osłabienia lub uszkodzenia funkcji podporowej dna miednicy skutkujące wypadaniem narządu rodnego wraz z towarzyszącymi mu objawami ze strony sąsiednich układów. Do tej grupy można również zaliczyć pacjentki z przetrwałymi lub nawrotowymi objawami po przebytej wcześniej interwencji chirurgicznej, a także z powikłaniami po operacjach. Czynnikiem wikłającym może być również otyłość olbrzymia, choroba układu nerwowego lub wady wrodzone.

Doświadczenia z Wielkiej Brytanii, gdzie działanie wielodyscyplinarne zostało ujęte w wytycznych National Institute for Health and Care Excellence, wskazują, że podczas spotkań zespołów wielodyscyplinarnych powołanych w ośrodkach trzeciego poziomu referencyjności 20 proc. konsultacji kończyło się zmianą wstępnej decyzji terapeutycznej. Część pacjentek pierwotnie kierowanych do ginekologów trafiała na operację do oddziału urologicznego i odwrotnie. W około 40 proc. spotkań obecny był chirurg-proktolog, natomiast nie opisuje się udziału neurologów czy chirurgów innej podspecjalności, tj. specjalistów chirurgii bariatrycznej. Wynika to z małej liczby pacjentek wymagających tego typu konsultacji. Niemniej miały one zawsze zagwarantowany łatwy dostęp do konsultacji lekarzy tych specjalności w razie potrzeby.

Zespół wielodyscyplinarny to nie tylko lekarze, ale również przedstawiciele innych zawodów medycznych. W przypadku poważnych schorzeń dna miednicy dostęp do opieki fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa i seksuologa jest równie ważny. Zgodnie z praktyką pacjentka może być kierowana na konsylium zarówno przez urologów, jak i ginekologów. Nie ma ścisłych kryteriów, które pacjentki powinny być konsultowane w ten sposób, zapewne głównym wskazaniem jest obecność objawów ze strony kilku układów. Tworzony podczas posiedzenia konsylium plan leczenia czasem ogranicza się do wyboru metody operacji i ośrodka, który ją przeprowadzi, czasem planowane jest postępowanie wieloetapowe, obejmujące kilka zabiegów oraz opiekę fizjoterapeuty/dietetyka/psychologa.

Nieco odrębnym zagadnieniem są zespoły bólowe, które mogą współistnieć z zaburzeniami statyki, ale często są samodzielnym schorzeniem o trudnej do ustalenia etiologii. W tym przypadku skład zespołu musi być powiększony o radiologa, anestezjologa, często neurologa i psychiatrę. Nie można wykluczyć etiologii naczyniowej. Tu z kolei pojawia się rola radiologów interwencyjnych…

Podsumowując: poważne, złożone, wieloobjawowe choroby dna miednicy to niewątpliwie obszar medycyny wymagający współpracy specjalistów różnych dziedzin. Im jest ona bliższa, tym większa szansa na uzyskanie najlepszych wyników leczenia.

W opiece długoterminowej nic się nie zmienia. To już nie kryzys, lecz początek zapaści

Maja Marklowska-Tomar

Fot. appledesign - iStockphoto

- *Rząd Prawa i Sprawiedliwości oddał opiekę długoterminową walkowerem* - tak podsumował ostatnie 7 lat sprawowania władzy przez Zjednoczoną Prawicę prof. Piotr Błędowski, dziekan Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Szkoły Głównej Handlowej, podczas konferencji „Opieka długoterminowa w Polsce - dzisiaj i jutro". Zorganizowała ją w dniach 24-25 listopada w Warszawie Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym". Mimo zaproszenia, nie pojawili się na niej przedstawiciele żadnego z resortów odpowiedzialnych za system opieki nad osobami starszymi, niesamodzielnymi i niepełnosprawnymi. Nie było również nikogo z NFZ.

Deklaracje zamiast spójnej polityki rządu

W opinii prof. Piotra Błędowskiego, na korzyść rządu może przemawiać jedynie podjęcie dyskusji dotyczącej deinstytucjonalizacji opieki długoterminowej oraz podniesienie świadczeń pieniężnych, na które rządzący powołują się w licznych odpowiedziach na interpelacje poselskie. Jednak porażek jest znacznie więcej. - *Brakuje realnych działań w kierunku deinstytucjonalizacji. Nie ma działań zabezpieczających przed sytuacjami krytycznymi ani kontynuacji działań związanych z protestem rodziców dzieci z niepełnosprawnościami. Nie podjęto również działań w kierunku samej budowy systemu opieki długoterminowej* - wyliczał prof. Błędowski.

Brak spójnej polityki rządu połączył środowiska, które jeszcze niedawno miały różne wizje dotyczące tego, jak ma wyglądać deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej w Polsce. Jeszcze rok temu, w trakcie trzeciej edycji konferencji, uwidocznił się w tej kwestii wyraźny spór między uczestnikami reprezentującymi domy pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe działające na rzecz rozwoju opieki środowiskowej. W tym roku, w obliczu rozczarowania polityką resortów zdrowia oraz rodziny i polityki społecznej, stanowiska obu środowisk zaczęły się zbliżać.

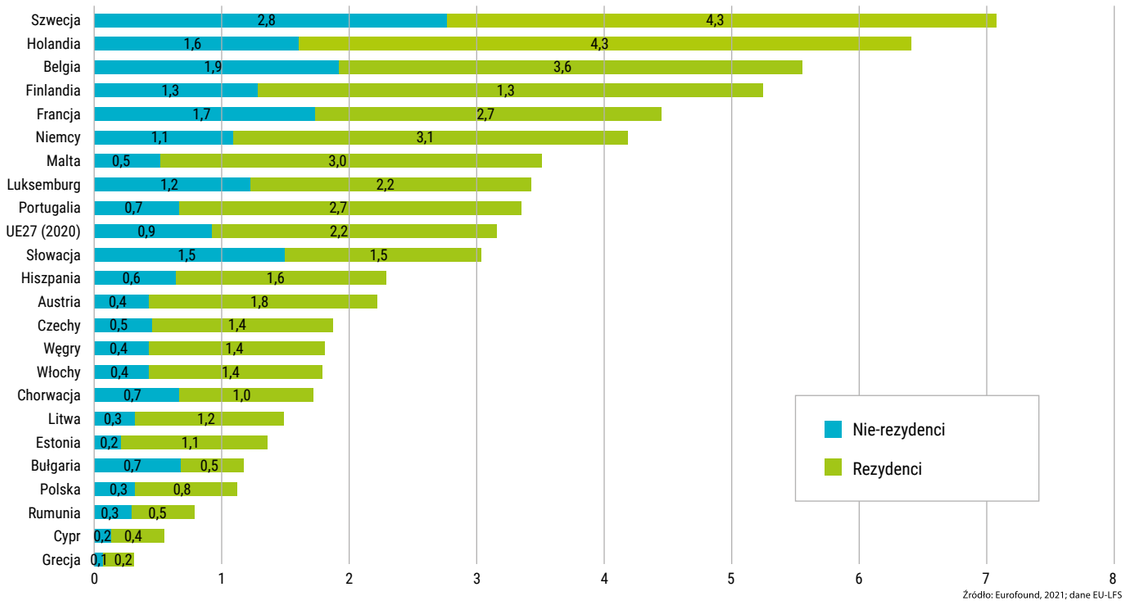
Dramatyczna sytuacja kadrowa. Gorzej jest tylko w Grecji

Z danych przedstawionych przez dr. Pawła Łuczaka, adiunkta w Katedrze Pracy i Polityki Społecznej Uniwersytetu Ekonomicznego w Poznaniu, rysuje się dramatyczna sytuacja opieki długoterminowej w Polsce. Wystarczy przeanalizować udział osób zatrudnionych w sektorze opieki długoterminowej wśród wszystkich pracujących w krajach Unii Europejskiej. - *W Skandynawii odsetek ten wynosi 7,1 proc. Polska zajmuje czwarte miejsce od końca z wynikiem 1,1 proc.* - stwierdził dr Paweł Łuczak.

Jeszcze gorzej wypadamy w zestawieniu dotyczącym liczby osób zatrudnionych w opiece długoterminowej - Polska zajęła w nim przedostatnie miejsce. Gorzej niż u nas jest tylko w Grecji.

Z informacji przedstawionych przez Zofię Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, wynika, że mamy w Polsce tylko 244 tys. aktywnych zawodowo pielęgniarek i 28 tys. położnych. Kwalifikacje do pracy w opiece długoterminowej posiada około 120 tys. pielęgniarek, ale

Wykres 1. Udział osób pracujących w sektorze opieki długoterminowej wśród wszystkich pracujących w krajach UE, 2019 (%)



Źródło: Eurofound, 2021; dane EU-LFS

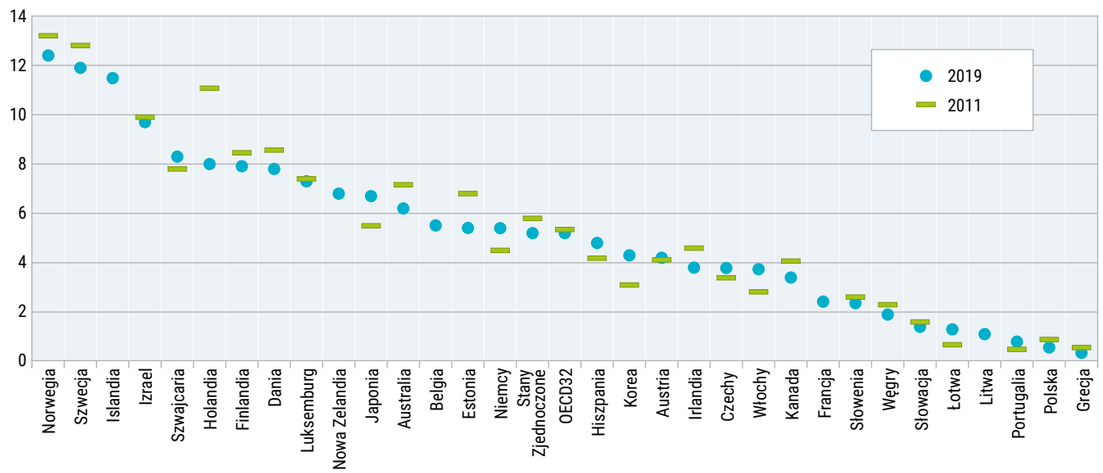
chętnych do pracy w tym sektorze jest coraz mniej, bo pielęgniarki wolą zatrudnić się w szpitalach.

– *W tym roku wydano 6200 praw wykonywania zawodu absolwentom kierunku pielęgniarstwo i położnictwo różnych uczelni. Pracę w zawodzie podjęło tylko 60 proc. z nich. Co roku z zawodu odchodzi ok. 10 tys. pielęgniarek i położnych. Aby zasypać lukę pokoleniową, która narasta od lat, taka sama liczba powinna wchodzić do zawodu. Niestety tak się nie dzieje* - stwierdziła Zofia Małas.

Zdaniem dr. Pawła Łuczaka powinniśmy kształcić dwa razy więcej pielęgniarek niż ma to ma miejsce obecnie. W przeciwnym razie czeka nas już zapaść. Już teraz, jak wynika z danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, na 1000 mieszkańców naszego kraju przypada tylko 5 pielęgniarek, podczas gdy średnia europejska wynosi prawie 10.

Szczególnie dramatyczna sytuacja jest w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej. - *Nie dostaliśmy wzrostu kontraktu na wyższe wynagrodzenia, które zaczęły obowiązywać od 1 lipca 2022 r. Nie rozumiemy takiej polityki rządu. Przecież kadra pielęgniarska i opiekuńcza to jest dobro, to jest majątek narodowy, a my ten majątek właśnie trwonimy* - oceniła Grażyna Aksamit, prezes Krajowego Związku Podmiotów Leczniczych z Rzeszowa.

Wykres 2. Osoby pracujące w sektorze opieki długoterminowej w przeliczeniu na 100 osób w wieku 65 lat i więcej, 2011 i 2019



Źródło: Llena-Nozal, Rocard & Sillitti (2022)

- *W Polsce nie funkcjonuje system opiekuńczy dla pacjentów niesamodzielnych. Widzimy to z perspektywy lekarzy rodzinnych* - dodała Agnieszka Jankowska-Zduńczyk, prezes Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce.

W opinii Pauliny Matysiak, wiceprzewodniczącej sejmowej Komisji Polityki Senioralnej z Koalicyjnego Klubu Poselskiego Lewicy, dramatyczna sytuacja w opiece długoterminowej to efekt braku koordynacji międzyresortowej. - *Rząd chciałby zrzucić odpowiedzialność za opiekę na rodziny* - oceniła.

Plusy i minusy polskiego systemu refundacji wyrobów medycznych

Zdaniem uczestników konferencji, którzy wzięli udział w głosowaniu, dostęp do refundowanego sprzętu wspomagającego opiekę długoterminową jest niewystarczający, aby realizować opiekę na oczekiwanym przez świadczeniobiorców poziomie (38,1 proc. wskazań vs 3,2 proc. że jest wystarczający) i powinien być proporcjonalnie zwiększany wraz z wyższym stopniem orzeczonej niesamodzielności (44,4 proc. odpowiedzi). 9,5 proc. głosujących wskazało, że byłby bardziej powszechny, gdyby zniesiono refundację i pozostawiono regulacje wolnemu rynkowi, a zdaniem 4,8 proc. osób powinien obejmować wyłącznie osoby z najcięższym stopniem niesamodzielności.

Cyprian Sokołowski z BRANDvital - firmy prowadzącej m.in. sieć sklepów medycznych oraz wypożyczalnię sprzętu rehabilitacyjnego i medycznego, uważa, że obowiązujący w Polsce system refundacji wyrobów medycznych jest jak matrix. Jednak jest jeden pozytywny wyjątek, na który zwrócił uwagę Patryk Sucharda, wiceprzewodniczący Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED. Są nim wyroby medyczne wydawane na zlecenie.

- *Patrząc na inne kraje europejskie, mogę powiedzieć, że mamy jeden z lepszych systemów refundacyjnych na zlecenie. Jest to system dostosowany do tego, aby innowacyjne wyroby medyczne bardzo szybko znajdowały się na naszym rynku* - ocenił Patryk Sucharda, wyraźnie zastrzegając, że nie odnosi się do kwestii finansowania. - *Dzisiaj producent jest w stanie wprowadzić innowacyjny produkt do naszego systemu w ciągu trzech-czterech miesięcy, jeżeli jest już stworzona dla niego kategoria. Jeśli trzeba stworzyć nową kategorię, co ostatnio dzieje się dosyć często, to zwykle trwa to rok czy dwa lata. Polska należy do krajów, w których jest dostępność do najbardziej innowacyjnych wyrobów medycznych klasy pierwszej w Europie. Na naszym rynku refundacyjnym na zlecenie naprawdę mamy nowości. Minusem jest to, że połowę kosztów tych nowości zazwyczaj ponosi pacjent* - dodał.

Pozytywnie ocenił również wprowadzenie limitów refundacyjnych, które zaczną obowiązywać od 1 stycznia 2023 r. Trzeba sobie jednak zdawać sprawę, że producenci muszą się mierzyć z niespotykanym od kilkudziesięciu lat wzrostem cen na surowce. Przykładem są m.in. wyroby chłonne - wzrost cen poszczególnych surowców niezbędnych do ich produkcji znacznie przekroczył już poziom inflacji.

Nie jesteśmy gotowi, by się starzeć

W trakcie debat wielokrotnie słychać było, że polskie społeczeństwo nadal nie zdaje sobie sprawy ze skali kryzysu, w jakim tkwi opieka długoterminowa i jak bardzo będzie to odczuwalne w kolejnych latach. W opinii Magdaleny Osińskiej-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym", jesteśmy społeczeństwem niegotowym do etapu starzenia się. - *Jeżeli to się szybko nie zmieni to wszyscy zapłacimy wysoką cenę. Dotyczy to w szczególności osób najuboższych oraz zamieszkałych w małych miasteczkach i wsiach* - podsumowała.

Swojego rozgoryczenia postawą kolejnych rządów nie kryła Helena Kładko z Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, która sama, będąc dotknięta tą chorobą, od wielu lat sprawuje wraz z mężem opiekę nad córką, która również ma SM. - *Co przychodzi kolejna ekipa, to nie ma żadnej ciągłości działań, tylko tak jakby od nowa odkrywała Amerykę. Że jesteśmy chorzy, że potrzebujemy w zależności od stopnia niepełnosprawności takich, a nie innych form pomocy. Z perspektywy wielu ostatnich lat mogę powiedzieć, że niewiele się zmieniło. Może nieco łatwiejszy jest dostęp do rehabilitacji w domu, choć to zależy od regionu, w jakim mieszkamy. Nasze protesty w Sejmie i poza nim spowodowały, że może dostępność do środków ortopedycznych uległa niewielkiej zmianie, bo osoby z I grupą inwalidzką, wbrew rządzącym, zostały dostrzeżone i nie trzeba już czekać trzy czy nawet pięć lat na zmianę wózka inwalidzkiego czy chodzika. Zmieniły się również limity na środki chłonne, co z tego jednak, skoro dofinansowanie do ich zakupu nie uległo zmianie? Jak my, chorzy, mamy patrzeć perspektywicznie i optymistycznie w przyszłość, kiedy nic nie ulega zmianie? Z każdej strony napotykamy bariery i blokuje nas system. Pozostaje jedynie mieć nadzieję, że może inny rząd wprowadzi jakieś pozytywne rozwiązania dla nas, niepełnosprawnych* - stwierdziła.

Czy opieka długoterminowa stanie się priorytetem dla nowej ekipy rządowej, jeśli dzisiejsza opozycja przejmie władzę po przyszłorocznych wyborach parlamentarnych? Taką deklarację złożyła uczestnicząca w konferencji poseł Marzena Okła-Drewnowicz, wiceprzewodnicząca Platformy Obywatelskiej, która zaprosiła uczestników konferencji na spotkanie z klubem Koalicji Obywatelskiej po Nowym Roku. Paulina Matysiak z Klubu Lewicy (Partia Razem) wprawdzie również zadeklarowała gotowość współpracy, jednak nie przedstawiła żadnych konkretów. A Polska 2050 Szymona Hołowni i Polskie Stronnictwo Ludowe kolejny raz nie były nawet w stanie wytypować przedstawicieli swoich ugrupowań do merytorycznej dyskusji o przyszłości opieki długoterminowej w Polsce. Czy opozycja ma zatem pomysł na opiekę długoterminową w Polsce?

Nietrzymanie moczu to powszechny problem wśród osób starszych i z niepełnosprawnością

Maja Marklowska-Tomar

Fot. SeventyFour - iStockphoto

Według Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) częstotliwość występowania nietrzymania moczu wynosi średnio od 25 do 45 proc. u kobiet i od 1 do 39 proc. u mężczyzn. Odsetek ten znacznie zwiększa się u osób starszych i niepełnosprawnych.

U kobiet jedną z najczęstszych przyczyn NTM jest nadmierne rozciągnięcie mięśni dna miednicy, natomiast w przypadku mężczyzn - radykalna prostatektomia, czyli chirurgiczne usunięcie gruczołu krokowego z powodu raka tego narządu. Do czynników ryzyka NTM zalicza się również nadwagę i otyłość, palenie papierosów, wiek, przebyte ciąże i porody oraz genetykę.

Nietrzymanie moczu nie jest chorobą, lecz objawem różnych chorób

Nietrzymanie moczu oznacza niezależny od woli wyciek moczu przez cewkę moczową. Może mieć różne nasilenie (małe, średnie lub duże) oraz różne rodzaje. Do najczęściej występujących należą:

- wysiłkowe NTM,
- nietrzymanie moczu z parcia (tzw. pęcherz nadaktywny),
- mieszane NTM - połączenie wysiłkowego NTM i pęcherza nadaktywnego.

- *Nietrzymanie moczu jest określeniem objawu, a nie rozpoznaniem choroby. Objaw ten może być spowodowany różnymi chorobami* - tłumaczy prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz, kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Wydziału Medycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Międzyleskim Szpitalu Specjalistycznym w Warszawie.

Nietrzymanie moczu może być jednym z objawów chorób dna miednicy - wielowarstwowej struktury złożonej z mięśni, więzadeł i powięzi, z którą związane są strukturalnie i funkcjonalnie: dolny odcinek układu moczowego, czyli pęcherz i cewka moczowa, macica, pochwa, odbytnica i esica. Nieprawidłowości tej struktury wpływają na czynność dolnych dróg moczowych, dróg rozrodczych, przewodu pokarmowego, a także funkcje seksualne.

> Z powodu chorób dna miednicy cierpi w Polsce około 30 procent kobiet po 18. roku życia, 50 proc. po 50.-60. roku życia oraz 70 proc. po 65. roku życia. W sumie jest to około 2,5 mln kobiet w Polsce.

Rozpiętość i skala objawów w przypadku nieprawidłowości dna miednicy są bardzo różne - od częstomoczu dziennego czy wybudzania się w nocy z powodu uczucia parcia na pęcherz (nokturia), po wypadanie narządów (np. pęcherza, macicy, jelit). Nokturia często prowadzi do bezsenności, zaburzeń nastroju, depresji, problemów w kontaktach seksualnych, infekcji skórnych okolic intymnych itd. U starszych kobiet, z powodu częstego wstawania do toalety, pojawia się ryzyko złamań nocnych (np. szyjki kości udowej) i innych urazów.

NTM dotyka nawet 9 na 10 osób niesamodzielnych i z niepełnosprawnością

W grupie największego ryzyka NTM są osoby starsze, niesamodzielne i z niepełnosprawnością. Potwierdzają to statystyki, z których wynika, że nietrzymanie moczu występuje u niemal 90 proc. osób przebywających w placówkach pomocy społecznej. NTM często towarzyszy chorobom Alzheimera i Parkinsona, zapaleniu pęcherza moczowego, przerostowi prostaty czy udarowi mózgu. Bywa także objawem niewydolności krążenia czy kamicy nerkowej.

> NTM znacznie utrudnia codzienne funkcjonowanie. Powoduje dyskomfort, pogorszenie nastroju, a nawet wykluczenie z życia społecznego.

Jak wynika z danych Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, 9 na 10 chorych na tę przewlekłą chorobę neurologiczną o podłożu autoimmunologicznym ma zaburzenia czynności pęcherza moczowego. W Polsce na SM choruje ponad 50 tys. osób. Jest to schorzenie diagnozowane najczęściej u młodych dorosłych. Charakteryzuje się obecnością w ośrodkowym układzie nerwowym licznych nieprawidłowych ognisk,

REKLAMA

w których dochodzi do uszkodzenia tkanki nerwowej, w tym osłonki włókien nerwowych, tzw. mieliny (dlatego ogniska te nazywa się demielinizacyjnymi). W uszkodzonych obszarach obserwuje się zmiany zapalne oraz bliznowate (stwardnienia, stąd nazwa choroby). Mielina oprócz funkcji ochronnej dla neuronów, ułatwia też przekazywanie impulsów („informacji") w obrębie ośrodkowego układu nerwowego, stąd jej uszkodzenie prowadzi do zróżnicowanych objawów, w zależności od umiejscowienia zmian.

Przyczyną zaburzeń czynności pęcherza moczowego jest najczęściej zajęcie procesem chorobowym rdzenia kręgowego. Objawiają się one zaburzeniami gromadzenia moczu (konieczność częstego oddawania moczu, parcie naglące, mikcje nocne, nietrzymanie moczu) oraz zaburzeniami opróżniania pęcherza (charakterystyczny słaby, przerywany strumień moczu; pęcherz nie opróżnia się całkowicie, co prowadzi do częstych infekcji układu moczowego).

- *W przypadku choroby neurologicznej, jaką jest SM, koordynacja pracy dolnych dróg moczowych może być zaburzona na różnych etapach i w różny sposób. Zaburzenia koordynacji pracy pęcherza, cewki moczowej i dna miednicy prowadzą do różnego rodzaju objawów, określanych mianem pęcherza neurogennego* - podkreśla w rozmowie z Kwartalnikiem NTM Dominika Czarnota-Szałkowska, sekretarz generalna Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego.

Neurogenna dysfunkcja pęcherza moczowego może mieć postać:

- nadczynności mięśnia wypieracza wtórnej do odhamowania odruchu z mięśnia wypieracza,
- niedoczynności mięśnia wypieracza,
- utrudnienia odpływu moczu wtórnego do dyssynergii zwieraczowo-wypieraczowej (podczas oddawania moczu mięsień wypieracza napina się, ale jednocześnie napina się dno miednicy zamiast, jak w prawidłowych warunkach, być rozluźnione),
- kombinacji ww. objawów.

- *Powikłania wynikające z tych zaburzeń obejmują infekcje dróg moczowych, kamicę pęcherzową, rzadziej wodonercze i niewydolność nerek. W przebiegu choroby neurologicznej objawy mogą się zmieniać wraz z postępowaniem zmian w układzie nerwowym. W przypadku złożonych objawów konieczna jest pełna diagnostyka urologiczna, w tym badania urodynamiczne pęcherza moczowego* - dodaje Dominika Czarnota-Szałkowska.

Webinary i materiały edukacyjne dla kobiet z problemem NTM

Na pytanie, jak Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego wspiera swoich podopiecznych dotkniętych problemem nietrzymania moczu, Dominika Czarnota-Szałkowska odpowiada: - *Jako Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego doskonale zdajemy sobie sprawę z wpływu, jaki zaburzenia urologiczne i towarzyszące im często zaburzenia seksualne mają na codzienne funkcjonowanie i komfort życia pacjentów chorujących na SM. Przez lata zabiegaliśmy o zwiększenie limitów na środki chłonne, mając na uwadze, że jest to znaczący wydatek, szczególnie dla osób, które przeszły już na świadczenia rentowe i których dochody są często bardzo niskie.*

Ponieważ problem zaburzeń czynności pęcherza moczowego w szczególny sposób dotyczy kobiet, które według danych PTSM stanowią 70 proc. chorych na stwardnienie rozsiane, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego opracowało dla nich i zrealizowało w 2021 r. projekt edukacyjny „Zaburzenia urologiczne i seksualne u kobiet ze stwardnieniem rozsianym". W ramach projektu odbyła się seria webinarów z uroginekologiem, ginekologiem, urofizjoterapeutką i psychoterapeutką-seksuolożką. - *Zależało nam na interaktywnym charakterze wykładów, stąd w ich trakcie uczestniczki mogły przesyłać pytania na chacie i otrzymać od razu odpowiedź od naszych specjalistek* - relacjonuje Dominika Czarnota-Szałkowska.

Na podstawie tych spotkań powstała broszura, która wraz z nagraniami webinarów jest dostępna na stronie PTSR pod adresem https://ptsr.org.pl/wydawnictwa. Warto również zajrzeć na strony: https://ptsr.org.pl/strona/153,zaburzenia-pracy-pecherza-moczowego-i-jelit oraz https://ptsr.org.pl/strona/149,zaburzenia-funkcji-seksualnych.

Jak można ulżyć osobom dotkniętym nietrzymaniem moczu?

Nietrzymanie moczu powinno być zdiagnozowane w oparciu o rodzaj, częstość oddawania moczu i stopień zaawansowania. Znając powód inkontynencji, zespół terapeutyczny, w którego skład oprócz lekarza powinien wejść fizjoterapeuta, może zaplanować i zastosować odpowiednie leczenie. Powinno być ono uzależnione od formy nietrzymania moczu.

W przypadku nadaktywności pęcherza, która jest jedną z form NTM, zaleca się pacjentowi zmianę stylu życia, redukcję masy ciała, unikanie palenia papierosów i picia kawy. - *Jeśli to nie wystarcza, zalecamy terapię farmakologiczną. Trzecią linią leczenia jest leczenie zabiegowe – iniekcja dopęcherzowa toksyny botulinowej lub neuromodulacja krzyżowa, która polega na umieszczeniu elektrody wzdłuż nerwu krzyżowego trzeciego. Do elektrody podłączamy modulator, który aktywuje nerw poprzez zmianę częstotliwości i natężenia prądu. Modulator można wyłączyć, np. na okres ciąży. Po około 5 latach, kiedy bateria przestaje działać, możemy ją łatwo wymienić. Około 80 procent naszych pacjentek z nadaktywnością pęcherza moczowego opornego na leczenie farmakologiczne zyskuje w ten sposób nową jakość życia* - mówi prof. Ewa Barcz.

Wysiłkowe nietrzymanie moczu (WNM), które jest najczęstszą formą NTM, wymaga innego postępowania. Jak podkreślają eksperci, w łagodnych przypadkach WNM można zastosować zachowawczą formę leczenia, którą jest fizjoterapia. - *Można również stosować na przykład specjalne tampony podcewkowe, które w niektórych przypadkach bardzo dobrze się sprawdzają. Główną metodą jest jednak działanie operacyjne. W niepowikłanych przypadkach wysiłkowego nietrzymania moczu daje ono efekt pełnego wyleczenia u 94-96 proc. pacjentek* - podkreśla prof. Ewa Barcz.

Bardzo często, dla wzmocnienia efektu leczenia nietrzymania moczu, łączy się farmakoterapię i fizjoterapię urologiczną/uroginekologiczną. Jak podkreśla dr n. med. Andrzej Przybyła, urolog z Centrum Medycznego MCC w Warszawie, fizjoterapia stosowana w nietrzymaniu moczu, zwłaszcza o podłożu wysiłkowym, obejmuje:

- ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy, tzw. ćwiczenia Kegla, polegające na świadomym napinaniu i rozluźnianiu mięśni dna miednicy w celu zwiększenia włókna mięśniowego;
- elektrostymulację, polegającą na pobudzaniu konkretnych mięśni odpowiedzialnych za trzymanie moczu bodźcami elektrycznymi (wskazana jest u osób ciężko chorych i otyłych);
- biofeedback, czyli biologiczne sprzężenie zwrotne, polegające na nauce świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy z użyciem specjalnego sprzętu do rejestracji zmian, co daje możliwość kontroli i wzmocnienia działań (wpływa na szybkość odzyskania sprawności u osób po udarze mózgu, długotrwałym unieruchomieniu czy w stanach zaburzonej korelacji mięśniowej);
- trening pęcherza i kontrolę mikcji (oddawanie moczu na żądanie) - wypracowanie przyzwyczajeń i odruchów, które umożliwiają kontrolę oddawania moczu poprzez hamowanie skurczów mięśnia wypieracza;
- zapobieganie i redukcję zaparć.

- *Wiele kobiet i mężczyzn w wieku senioralnym wstydzi się problemu nietrzymania moczu. Tymczasem inkontynencji można z powodzeniem zapobiegać i – jeśli trzeba – skutecznie ją leczyć* - podsumowuje dr Andrzej Przybyła. Dodaje, że w program zapobiegania i leczenia trzeba angażować również rodziny osób dotkniętych NTM. - *Bliscy mogą być dużym wsparciem nie tylko dla pacjenta, ale i zespołu terapeutycznego* - podsumowuje.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

MIASTO	PLACÓWKA	ADRES	KONTAKT	KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU
Bielsko-Biała	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej	Al. Armii Krajowej 101 43-316 Bielsko-Biała	tel. 33 810 23 52 www.hospital.com.pl	lek. med. Krzysztof Pliszek
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
Jastrzębie-Zdrój	Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju	Al. Jana Pawła II 7 44-330 Jastrzębie-Zdrój	tel. 32 478 44 20 www.wss2.pl	dr n. med. Agata Witosińska-Walica
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	Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie	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

Legislacyjna gorączka końcówki roku

Violetta Madeja

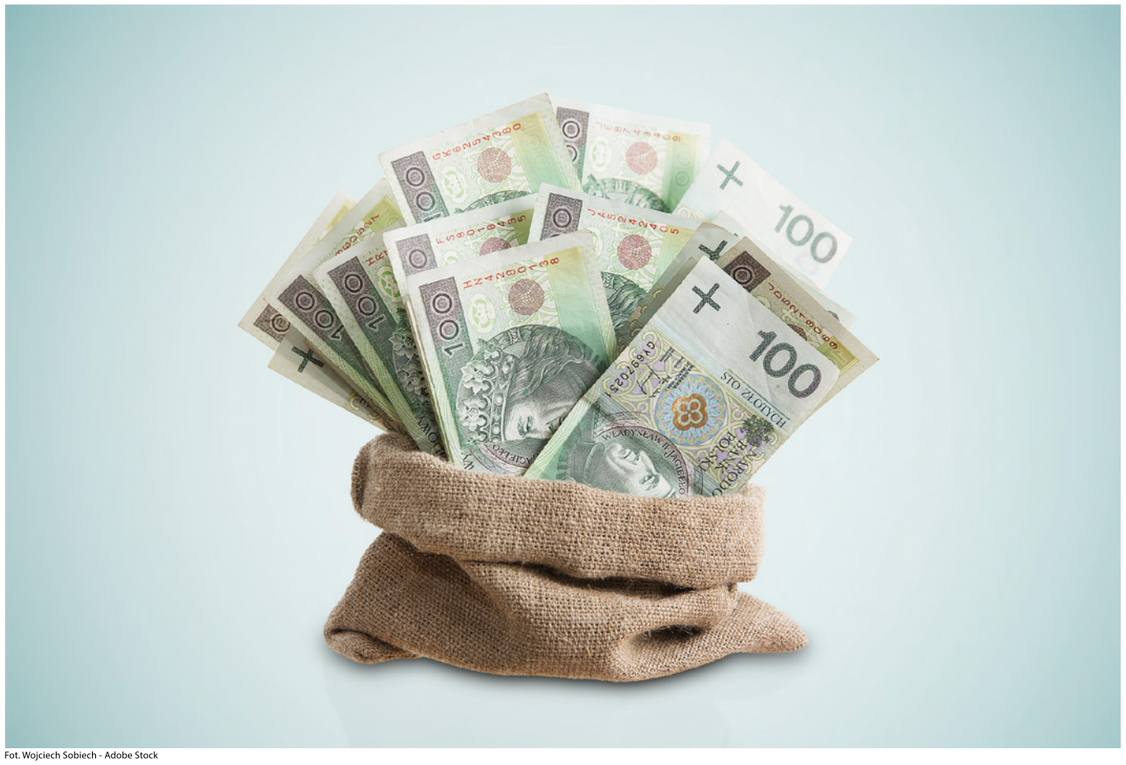
Fot. M. Schuppich - Adobe Stock

Ostatnie miesiące tego roku nie należały do spokojnych, rząd zaskoczył bowiem zmianami, których efektem będzie zdecydowane cięcie wydatków na system ochrony zdrowia. Z drugiej natomiast strony flagowe projekty, wśród których jest Krajowa Sieć Onkologii, zaliczą istotne opóźnienie.

Rząd planuje zamach na pieniądze ze składek zdrowotnych. W przyjętej przez Sejm, ale zawetowanej przez Senat nowelizacji ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty resort zdrowia zaproponował przeniesienie finansowania wybranych programów (leczenia hemofilii i AIDS), bezpłatnych leków 75+ oraz ciąża+ a także świadczeń wysokospecjalistycznych z budżetu państwa do Narodowego Funduszu Zdrowia. Dodatkowo to z budżetu NFZ realizowany ma być zakup szczepionek niezbędnych do realizacji programu szczepień obowiązkowych, a także funkcjonowanie systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.
Nie byłoby w tym nic niepokojącego, gdyby nie fakt, że publiczny płatnik nie otrzyma dodatkowego finansowania ani celowej dotacji na pokrycie kosztów przerzuconych z budżetu państwa. Co więcej, ustawa zakłada „wyzerowanie" funduszu zapasowego. Zgodnie z jej zapisami zgromadzone na funduszu zapasowym środki zostaną jednorazowo przekazane do Funduszu Przeciwdziałania COVID-19. Jest to szczególnie bulwersujące z uwagi na przyjętą w trakcie ustaleń międzyresortowych poprawkę resortu finansów, które zażądało wprowadzenia zapisu, że środki pochodzące z NFZ w ramach Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 będą m.in. wydatkowane na zadania związane z ochroną zdrowia i szczepieniami przeciwko COVID-19. W pierwotnej wersji resort zdrowia chciał, by środki NFZ w ramach funduszu covidowego były wydawane wyłącznie na cele zdrowotne. Jednak ostatecznie uległo Ministerstwu Finansów, które oczekiwało wprowadzenia zapisu pozwalającego na bardziej elastyczne wydatkowanie tych środków.
– Oczywiście rząd zakłada, że transfer środków z NFZ do Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 będzie możliwy pod warunkiem wydatkowania środków na zadania związane z ochroną zdrowia. Nie mamy jednak pewności, jak te zadania będą interpretowane i czy np. nie będą to środki przekazywane szpitalom na pokrycie rosnących kosztów energii elektrycznej - mówi Wojciech Wiśniewski, ekspert ds. ochrony zdrowia Federacji Przedsiębiorców Polskich. Dodaje, że dotychczas z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 finansowano tak egzotyczne zakupy jak pralnico-wirówka czy szafa suszarnicza dla Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej. A kilka miesięcy temu zdecydowano o wypłaceniu z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 tzw. dodatków węglowych.
– Pojawienie się tych propozycji brzmi bardzo niepokojąco. Moim zdaniem pacjenci stracą na tym pomyśle – zarówno ci, którzy leczą się w ramach programów finansowanych z budżetu państwa, jak również wszyscy pacjenci, którzy korzystają ze świadczeń finansowanych z budżetu NFZ - oceniła Dorota Korycińska z Ogólnopolskiej Federacji Onkologicznej. Jej zdaniem skandalem jest również brak konsultacji publicznych i pośpieszne prace nad zmianą legislacyjną, która według różnych szacunków uszczupli środki NFZ w ciągu najbliższych trzech lat o kwotę od 21 mld do 37 mld złotych.

Co z refundacją wyrobów stomijnych na zlecenie?

W połowie listopada w Dzienniku Ustaw opublikowano znowelizowane rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. W dokumencie wprowadzono wiele zmian, których głównym celem miało być zmniejszenie zaangażowania finansowania ze strony pacjentów. W porównaniu z pierwotnymi zapisami, które przedstawiono w projekcie rozporządzenia, zmianie uległy przede wszystkim te dotyczące refundacji wyrobów stomijnych.
„Ministerstwo Zdrowia po raz pierwszy od 20 lat podwyższyło limity refundacyjne, co przy stale rosnącej inflacji jest szczególnie ważne dla pacjentów stomijnych. Ponadto został przydzielony podwójny limit refundacyjny dla nowo wyłonionej stomii, której stan ulega wielu zmianom w pierwszym okresie po wyłonieniu" - czytamy w opinii Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED.
Co więcej, utrzymano system finansowania w formie miesięcznego ryczałtu kwotowego bez konieczności dopłaty pacjentów do worków i płytek oraz podzielono wyroby stomijne na dwie kategorie. Do pierwszej kategorii zaliczono worki, płytki, worki do zbiórki moczu (urostomia) i wyroby do irygacji (kolostomia) z limitem do 450 zł w przypadku ileostomii, kolostomii i innych stomii i przetok oraz z limitem do 530 zł w przypadku urostomii. Druga kategoria obejmie inne wyroby stomijne (pasty, pudry, paski, półpierścienie, pierścienie o właściwościach uszczelniających lub gojących, produkty do usuwania sprzętu stomijnego lub do ochrony skóry wokół stomii lub środki zagęszczające luźną treść jelitową) z limitem do 120 zł – w tym wypadku obowiązywał będzie jednak 20-procentowy udział pacjenta w limicie, którego wcześniej nie było.



Fot. Wojciech Sobiech - Adobe Stock

Zmiany w refundacji worków do zbiórki moczu

Ponadto w rozporządzeniu ujednolicono zasady refundacji worków do zbiórki moczu, a także wprowadzono osobną kategorię wyrobów refundowanych, która obejmie paski albo pas do mocowania worków do zbiórki moczu w limicie 25 zł za zestaw lub za 1 sztukę raz na 6 miesięcy. Te produkty będą refundowane pacjentom, którzy cierpią na choroby wymagające cewnikowania pęcherza moczowego, choroby wymagające stosowania cewników zewnętrznych, nadpęcherzowe odprowadzenie moczu, nefrostomię. Dodatkowo wprowadzono możliwość zamiennej refundacji worków urostomijnych do 12 sztuk w przypadku nefrostomii, z osobnym limitem, co było odpowiedzią na potrzeby pacjentów z nefrostomią i przeciekaniem moczu wokół drenu.
W rozporządzeniu dodatkowo zmniejszono współpłacenie za cewniki hydrofilowe do 20 proc. w populacji osób dorosłych.

Jakie zmiany czekają refundację środków chłonnych?

W odniesieniu do środków chłonnych nowe rozporządzenie uszczegóławia kategorię wyrobów chłonnych podlegających refundacji, a także wprowadza dodatkowy, wyższy limit 2,3 zł z 30-procentowym udziałem własnym na wyroby chłonne powyżej 1700 g w kategorii majtki chłonne i pieluchomajki. Decyzją resortu zdrowia w przypadku limitu 1 zł podniesiono minimalną chłonność produktów do 450 g, natomiast limit 1,7 zł będzie obejmował wyroby o minimalnej chłonności 1000 g w przypadku majtek chłonnych oraz 1400 g w przypadku pieluch anatomicznych i pieluchomajtek.
- *Zmiany te mają na celu zmniejszenie różnic w dopłatach pacjentów potrzebujących wyrobów wysokochłonnych, takich jak majtki chłonne i pieluchomajtki, co wiąże się z potrzebami pacjentów mobilnych ze średnim i ciężkim nietrzymaniem moczu, ale także pacjentów niesamodzielnych, z ciężkim i bardzo ciężkim nietrzymaniem moczu. Obecnie ceny takich wyrobów wahają się między ok. 3 a 6 zł, zależnie od producenta. Ci pacjenci dopłacają znacznie więcej do sztuki niż pacjenci z lekkim nietrzymaniem moczu* - wyjaśnia resort zdrowia.

Będą zmiany w refundacji leków

Pisząc ten artykuł, redakcja nie znała jeszcze projektu listy refundacyjnej, która ma obowiązywać od stycznia 2023 roku. Jak jednak informował pod koniec października wiceminister zdrowia Maciej Miłkowski, w resorcie prowadzonych jest 10 postępowań dotyczących objęcia refundacją i ustalenia ceny dla czterech preparatów (patrz tabela).
- *11 stycznia 2022 roku Minister Zdrowia zawiesił postępowanie o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu dla leku Xtandi (enzalutamid) na wniosek firmy Astellas w zakresie wskazania „oporny na kastrację rak gruczołu krokowego po stosowaniu chemioterapii z udziałem docetakselu oraz octanu abirateronu”*- podkreślił Maciej Miłkowski w odpowiedzi na interpelację poselską Katarzyny Osos. W efekcie resort nie podjął dalszych kroków związanych z podjęciem decyzji refundacyjnej. Wiceminister dodał, że w związku z czterema nowymi cząsteczko-wskazaniami, które znajdują się w procesie refundacyjnym, a także sygnałami, jakie docierają do Ministerstwa Zdrowia od klinicystów, resort zdrowia wie o potrzebie modyfikacji aktualnych zapisów programu lekowego B.56. „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego (ICD-10 C61)”. Wstępny projekt zmian w tym programie lekowym przekazany został 19 września do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, jej eksperci pracują już nad zaproponowanymi zmianami, oceniając je pod kątem zasadności i zgodności z wytycznymi HTA.
- *Mając to na uwadze, ewentualnych zmian programu lekowego B.56 spodziewać się można najwcześniej 1 marca 2023 roku* - stwierdził wiceminister Maciej Miłkowski.

Nazwa leku	Substancja czynna	Postać, opakowanie, kod GTIN	Wskazanie	Etap procedowania wniosku
Lynparza	Olaparyb	Tabletki powlekane, 100 mg 56 tabl., kod GTIN 05000456031325	Leczenie w przerzutowym, opornym na kastrację raku gruczołu krokowego z obecnymi mutacjami w genach BRCA1/2, pacjenci, którzy doznali progresji w trakcie terapii lekami hormonalnymi nowej generacji	W trakcie negocjacji
Lynparza	Olaparyb	Tabletki powlekane, 150 mg, 56 tabl., kod GTIN 05000456031318		
Erleada	Apalutamid	Tabletki powlekane, 60 mg, 120 tabl., kod GTIN:05413868117059	Wrażliwy na hormonoterapię rak gruczołu krokowego z przerzutami w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej	W oczekiwaniu na rozstrzygnięcie Ministra
Xtandi	Enzalutamid	Kapsułka, miękka, 40 mg, 112, kaps., kod GTIN 05909991080938	Wrażliwy na hormonoterapię rak gruczołu krokowego z przerzutami w skojarzeniu z terapią supresji androgenowej	W trakcie negocjacji
Xtandi	Enzalutamid	Tabletki powlekane, 40 mg, 112, tabl., kod GTIN 05909991415242		
Xtandi	Enzalutamid	Kapsułka, miękka, 40 mg, 112, kaps., kod GTIN 05909991080938	Oporny na kastrację rak gruczołu krokowego po stosowaniu chemioterapii z udziałem docetakselu oraz octanu abirateronu	Zawieszony na wniosek Strony (od 2022-01-11)
Xtandi	Enzalutamid	Tabletki powlekane, 40 mg, 112, tabl., kod GTIN 05909991415242		
Cabazitaxel Ever Pharma	Kabazytaksel	Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml, 1, fiolka 6 ml, kod GTIN 05909991452735	W skojarzeniu z prednizonem lub prednizolonem do leczenia pacjentów dorosłych z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego z przerzutami, leczonych wcześniej schematem chemioterapii zawierającym docetaksel	Oczekuje na AOTMiT
Cabazitaxel Ever Pharma	Kabazytaksel	Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml, 1, fiolka 5 ml, kod GTIN 05909991452728		
Cabazitaxel Ever Pharma	Kabazytaksel	Koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml, 1, fiolka 4,5 ml, kod GTIN 05909991452742		

Nie będzie refundacji dla II linii leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego

Niestety pacjenci z OAB nie dostali świątecznego prezentu, bowiem Minister Zdrowia decyzją z 21 listopada utrzymał w mocy zaskarżoną przez firmę Astellas decyzję dotyczącą nierefundowania mirabegronu w II linii farmakologicznego leczenia zespołu pęcherza nadreaktywnego. Tym samym zakończyła się kolejna tura batalii o finansowanie nowoczesnego leczenia OAB.
Pacjenci nie kryją swojego rozczarowania, szczególnie że powodem negatywnej decyzji Ministra Zdrowia miały być kwestie ekonomiczne, natomiast podmiot odpowiedzialny w piśmie przesłanym do Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” zapewniał, że zaproponowane płatnikowi warunki były najkorzystniejsze nie tylko w skali całej Europy, ale również świata.
- *Zaproponowane warunki finansowania leku Betmiga były atrakcyjne nie tylko w porównaniu z krajami Unii Europejskiej o wyższych współczynnikach ekonomicznych (PKB per capita), ale także w porównaniu z krajami o zbliżonym lub nawet niższym w stosunku do Polski PKB per capita, takimi jak m.in. Litwa, Łotwa, Słowacja, Rumunia, Bułgaria, Słowenia, Grecja i Węgry* - wskazał podmiot odpowiedzialny. Co więcej, Astellas poinformował pacjentów, że nie zamierza dalej występować o refundację m.in. dlatego, że dwie próby zakończyły się fiaskiem.
Stowarzyszenie „UroConti” ma również poważne zastrzeżenia do całego procesu refundacyjnego, który w jego ocenie nie był przejrzysty. - *Zarząd stowarzyszenia już od kilku lat apelował do Ministra Zdrowia o zorganizowanie spotkania w szerszym gronie interesariuszy (pacjenci, lekarze, przedstawiciele producenta leku oraz re-*

REKLAMA

JESTEŚMY SOLIDARNI Z UKRAINĄ

ZWERYFIKOWANE ZBIÓRKI

Zbiórka pieniężna
Polska Akcja Humanitarna

Zbiórka na pomoc bezpośrednią (żywność i inne formy wsparcia) dla ludzi, którzy muszą uciekać ze swoich domów.
Wsparcie obejmie osoby pozostające na Ukrainie i uchodźców w Polsce

www.siepomaga.pl/pah-ukraina

Zbiórka pieniężna
Polski Czerwony Krzyż

Pozyskane środki będą przeznaczone w pierwszej kolejności m.in. na zakup żywności, materiałów opatrunkowych oraz zabezpieczenie innych priorytetowych potrzeb.

www.pck.pl/na-pomoc-ukrainie/

Zbiórka pieniężna
Caritas Polska

Zebrane środki zostaną wykorzystane do zakupu artykułów pierwszej potrzeby oraz wsparcie psychologiczne dla pokrzywdzonych w wyniku wojny.

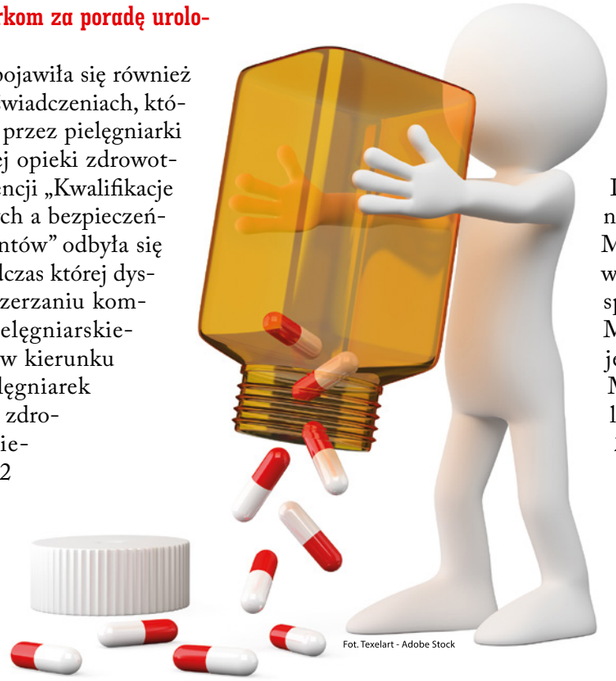
www.caritas.pl/ukraina/

Więcej zbiórek i informacji znajduje się na stronie: www.pomagamukrainie.gov.pl

sortu zdrowia) w celu zapoznania się z faktycznymi przyczynami blokowania wydania decyzji oraz wypracowania rozwiązania umożliwiającego refundację w II linii leczenia OAB. Propozycja „okrągłego stołu" z udziałem wszystkich interesariuszy wielokrotnie pojawiła się w pismach kierowanych do Ministra Zdrowia, niestety nigdy nie spotkała się z pozytywną reakcją drugiej strony. Również sam minister zdrowia nie zdecydował się na bezpośrednie spotkanie z członkami „UroConti" - ubolewają pacjenci. Ich zdaniem taką postawę resortu zdrowia trudno jest zrozumieć i zamierzają wnioskować o odtajnienie protokołów negocjacyjnych.

NFZ zapłaci pielęgniarkom za poradę urologiczną

Pod koniec listopada pojawiła się również informacja o nowych świadczeniach, które mają być udzielane przez pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej. W trakcie konferencji „Kwalifikacje pielęgniarek i położnych a bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów" odbyła się debata systemowa, podczas której dyskutowano m.in. o poszerzaniu kompetencji personelu pielęgniarskiego. Jednym z kroków w kierunku wzmocnienia roli pielęgniarek w podstawowej opiece zdrowotnej jest umożliwienie im od 1 lipca 2022 roku wykonywania samodzielnego badania pacjenta w ramach „Programu profilaktyki chorób układu krążenia (CHUK)". Jak jednak zdradził Maciej Karaszewski, zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej w centrali NFZ, w planach Narodowego Funduszu Zdrowia jest również wprowadzenie świadczeń pielęgniarskich, które będą rozliczane w systemie "fee for service". Mają one dotyczyć leczenia ran przewlekłych, porad stomijnych oraz porad urologicznych.



Fot. Texelart - Adobe Stock

Krajowa Sieć Onkologiczna tuż, tuż

Na początku grudnia na stronie Rządowego Centrum Legislacji przedstawiono projekt ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej wraz z uwagami, jakie do niego zgłoszono w trakcie konsultacji społecznych oraz projektami aktów wykonawczych. Prace nadal trwają, choć w projekcie termin wejścia w życie tej ustawy określono na 1 stycznia 2023 roku. Wyjątkiem mają być zapisy dotyczące podmiotów, które nie zostaną zakwalifikowane do sieci. Takie placówki nie będą udzielać świadczeń onkologicznych realizowanych w ramach kontraktów z NFZ od 1 października 2023 roku.

Ważną zmianą ma być również wprowadzenie infolinii onkologicznej, która ma pomóc pacjentom w kontakcie z placówkami oraz wspierać ich w procesie organizowania opieki. W pełnym wymiarze, pozwalającym m.in. na umówienie pierwszorazowej wizyty, infolinia ruszy jednak dopiero 1 stycznia 2024 roku.

Eksperci zwracają uwagę, że biorąc pod uwagę to, na jakim etapie prac legislacyjnych znajduje się projekt, jest mało prawdopodobne, że uda się utrzymać założony w projekcie harmonogram przyjęcia znajdujących się w nim rozwiązań.

Będą zmiany w opiece długoterminowej

Do wykazu prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów trafił projekt nowelizacji ustawy o pomocy społecznej. W planach Rady Ministrów jest przyjęcie projektu nadzorowanego przez Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej do końca 2022 roku lub w pierwszym kwartale 2023 roku.

Projekt nowelizacji ustawy o pomocy społecznej przewiduje wprowadzenie regulacji umożliwiającej świadczenie usługi wsparcia krótkoterminowego przez domy pomocy społecznej dla osób, które ze względu na wiek, chorobę lub niepełnosprawność potrzebują tego rodzaju pomocy. W opinii autorów tego rozwiązania pozwoli to na pełniejsze wykorzystanie potencjału zarówno lokalowego (infrastruktury), jak i kadrowego domów pomocy społecznej, jednocześnie pozostając w zgodzie z ideą deinstytucjonalizacji usług społecznych.

Istotną zmianą jest również wprowadzenie rejestru zgłoszeń o zdarzeniach nadzwyczajnych, takich jak wypadki, samouszkodzenia, obrażenia ciała, a także pozostałe zdarzenia związane z zagrożeniem życia lub zdrowia mieszkańców domów pomocy społecznej lub osób, które się nimi opiekują. Celem rejestru jest ich nadzorowanie takich zdarzeń, podejmowanie działań następczych oraz przekazywanie informacji właściwym organom.

Centrum Medyczne MCC

Medical Continence Centers

JEDNO MIEJSCE – PEŁNA OPIEKA
Kompleksowe wsparcie dla osób z inkontynencją

Nowo otwarta placówka medyczna w Warszawie specjalizująca się w zakresie:

- **uroginekologii**
- **urologii czynnościowej**
- **fizjoterapii uroginekologicznej**
- **rehabilitacji urologicznej i onkologicznej**

Zapisy dostępne poprzez portal **znanylekarz.pl**

lub pod nr tel.: **22 770 78 00**

DIAGNOSTYKA › LECZENIE › REHABILITACJA

www.centrumkontynencji.pl

wizytówka Google