

RAPORT

**Radykalna prostatektomia
w Polsce - porównanie
metod leczenia**

LECZENIE



**Neuromodulacja - czas
na wsparcie pacjentów
z nietrzymaniem stolca**



SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ



**Czy „kompleksowość”
w opiece długoterminowej
zbuduje jakość?**

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

**Ból miednicy i krocza
u mężczyzn**



SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ



**Jak zorganizować
kompleksową opiekę nad
osobami starszymi?**

Mobilni i samodzielni

Każdy z nas chciałby żyć długo i zdrowo. Niestety nie każdemu jest to pisane. Według naukowców nasze życie jest zapisane w naszych genach, które dziedziczymy po przodkach. Tutaj niewiele więc możemy zrobić.

Możemy natomiast mieć znaczący wpływ na to, jak będziemy się starzeć. Fundamentem jest oczywiście profilaktyka. Z tym, jak wiemy, u większości z nas nie jest najlepiej. Również państwo traktuje ten obszar mało priorytetowo, chociaż werbalnie często możemy usłyszeć, jak jest ona ważna.

To, na co szczególnie zwracają uwagę seniorzy, to samodzielność. Chcą ją zachować jak najdłużej, unikając w ten sposób konieczności bycia ciężarem dla bliskich, czy dla systemu opieki.

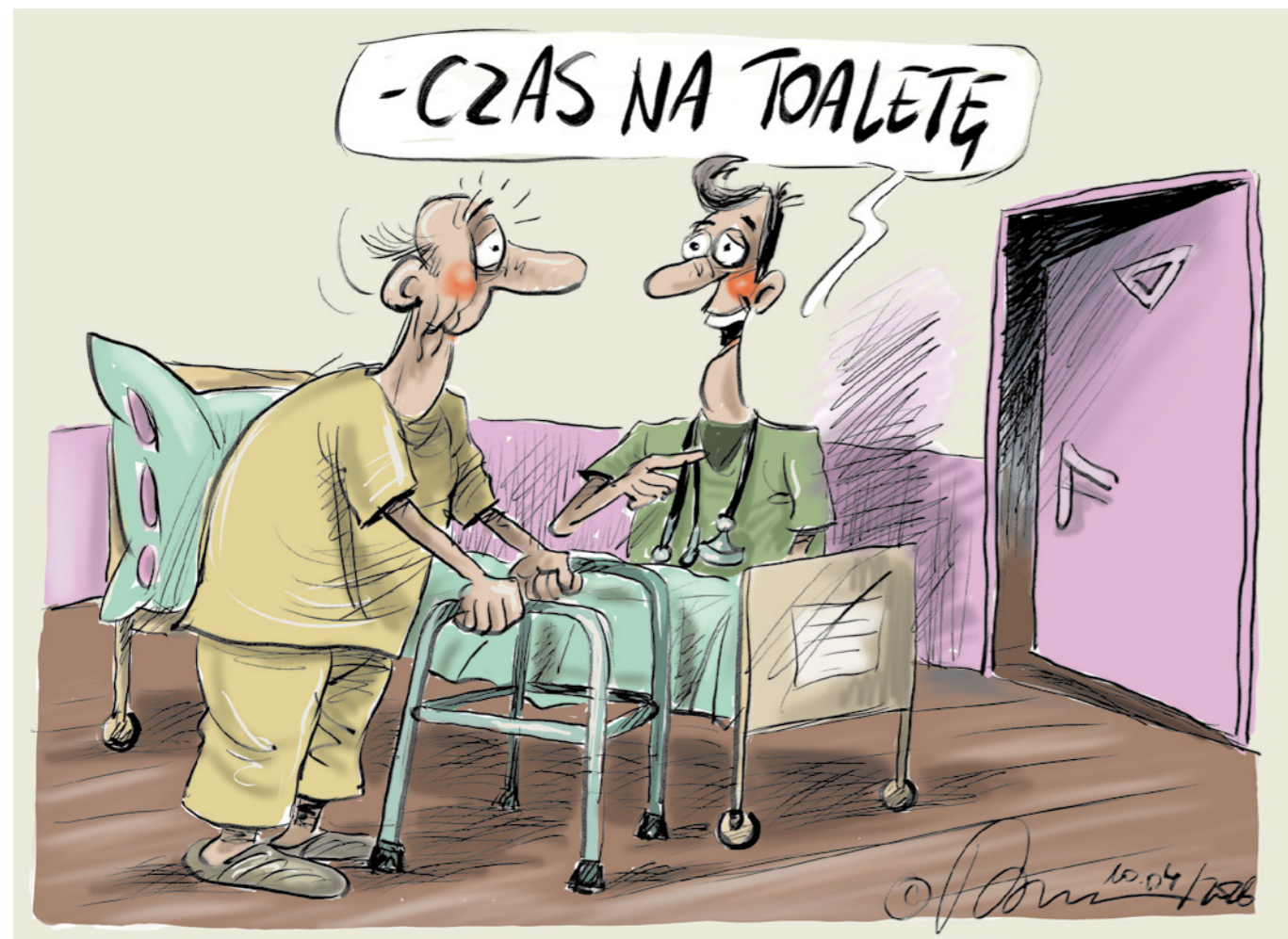
Można ją utrzymać, będąc jak najdłużej mobilnym. Na ten aspekt zwracają szczególną uwagę geriatrzy i fizjoterapeuci. To w tych dwóch grupach możemy znaleźć najwięcej sojuszników i motywatorów, bo często wystarczy odpowiednia motywacja, żeby się nie poddać i jak najdłużej podtrzymać sprawność funkcjonalną. Bez niej nasza

starość, a wraz z nią kolejne dolegliwości i choroby, będą tylko narastać.

Starość oznacza również rosnące ryzyko utraty kontroli nad kontynencją. Możemy temu zapobiegać lub ograniczać jego skutki tak długo, jak będziemy aktywni. Dotyczy to nie tylko osób korzystających ze specjalistycznej fizjoterapii. Aktywność warto zachować jak najdłużej, również poprzez samotoaletowanie, czy używanie środków absorpcyjnych przeznaczonych dla osób mobilnych.

Żeby tak się stało, potrzebujemy szerszej edukacji nie tylko seniorów, ale również ich bliskich, którzy często pełnią rolę nieformalnych opiekunów. Tę wiedzę należy szerzyć również wśród personelu medycznego, ponieważ nie każda pielęgniarka i nie każdy opiekun medyczny jest przekonany do motywowania pacjenta do aktywności. Dla wielu z nich łatwiej jest zmienić pieluchomajtki i złożyć nowe, niż poświęcić więcej czasu na pomoc w doświadczeniu seniora do toalety. Trzeba potem jeszcze wrócić.

Tomasz Michalek



SPIS TREŚCI

RAPORT

Radykalna prostatektomia w Polsce - porównanie stosowanych metod leczenia 4

LECZENIE

Neuromodulacja nerwów krzyżowych - czas na wsparcie pacjentów z nietrzymaniem stolca 7

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania neuromodulacji krzyżowej 9

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Czy „kompleksowość” w opiece długoterminowej zbuduje jakość? 10

Brakuje geriatrów, oddziałów geriatrycznych i pomysłu, jak zorganizować kompleksową opiekę nad osobami starszymi 17

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Ból miednicy i krocza u mężczyzn 23

LEGISLACJA

Profilaktyka w cieniu kryzysu finansowego w ochronie zdrowia 25

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek; **Redaktor prowadzący:** Maja Markłowska-Tomar; **Sekretarz redakcji:** Karolina Ciepiela
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnosiowej, II Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi;
Zespół redakcyjny: Marta Jakubiak, Anna Jarosz, Marta Markiewicz-Melon, Maja Markłowska-Tomar, Katarzyna Michalczyk, Kinga Religa-Popiołek;

Zdjęcia: ©Adobe Stock, ©iStockphoto LP;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. Adama Mickiewicza 9 lok. 4U, 01-517 Warszawa, e-mail: ntm@ntm.pl

Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza: OCI Sp. z o.o.

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

Szanowni Państwo,

Najpierw Senat ogłosił rok 2025 Rokiem Profilaktyki Zdrowotnej. W tym roku w jego ślady poszedł Sejm. Posłowie chcą wzmocnienia działań prewencyjnych, promocji zdrowego stylu życia oraz budowania kultury wczesnego reagowania na problemy zdrowotne. W tym samym czasie Narodowy Fundusz Zdrowia, w związku z katastrofalną już i ciągle pogarszającą się sytuacją finansową, nerwowo poszukuje oszczędności w systemie. Zapowiada ostre cięcia wycen tzn. nadwykoniań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i diagnostyce, która jest przecież fundamentem wczesnego wykrywania chorób. „NFZ chce po wyczerpaniu środków w ramach podpisanej umowy za kolejne świadczenia realizowane już w formie nadwykonania płacić 40 proc. pierwotnej wartości. Zmianie uległby także sposób rozliczania - płatności za nadwykonania miałyby być realizowane nie na koniec kwartału, jak ma to obecnie miejsce, ale na koniec danego roku” - relacjonuje red. Marta Markiewicz-Melon („Profilaktyka w cieniu kryzysu finansowego w ochronie zdrowia”, s. 25).

Gdzie w tym wszystkim logika? - zapytacie. My też mamy problem z jej znalezieniem...

W tym wydaniu Kwartalnika NTM pod lupę wzięliśmy opiekę długoterminową i geriatricę. Opiece długoterminowej postanowiliśmy przyjrzeć się bliżej ze względu na niepokojące sygnały docierające do naszej redakcji z placówek, które się w niej specjalizują i które mają wiele obaw dotyczących nowych zapisów kontraktowania świadczeń w tym sektorze („Czy „kompleksowość” w opiece długoterminowej zbuduje jakość?”, s. 10). A w geriatrici też nie widać żadnego znaczącego postępu, mimo że nasze społeczeństwo starzeje się chyba najszybciej w Europie. W artykule o wymownym tytule „Brakuje geriatrów, oddziałów geriatrycznych i pomysłu, jak zorganizować kompleksową opiekę nad osobami starszymi” (s. 17) opisujemy, jak wygląda obecnie opieka nad osobami starszymi w naszym kraju. - Tak naprawdę filarem opieki nad pacjentem geriatrycznym w Polsce jest obecnie opieka jego bliskich. Bez rodziny system by sobie nie poradził - podkreśla w rozmowie z red. Martą Jakubiak dr Katarzyna Klimiuk, która na co dzień kieruje Oddziałem Geriatrii w SPPZOZ w Choroszczy.

Zachęcamy także do przeczytania artykułu, w którym prezentujemy najważniejsze wnioski z raportu „Radykalna prostatektomia - analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ” (s. 4). Dogłębnej analizie poddano ponad 31 tysięcy pierwszorazowych zabiegów radykalnej prostatektomii wykonanych w latach 2022-2025. To pouczająca lektura pokazująca, która z trzech stosowanych technik radykalnego leczenia chorych na raka prostaty powoduje najmniej powikłań i jest najbezpieczniejsza.

Maja Markłowska-Tomar

Radykalna prostatektomia w Polsce - porównanie stosowanych metod leczenia

Maja Markłowska-Tomar



Fot. Chinmapong - iStockphoto.com

Czy sposób usunięcia gruczołu krokowego wpływa na ryzyko nietrzymania moczu, konieczność reoperacji i bezpieczeństwo okołoperacyjne? Raport „Radykalna prostatektomia - analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ” z 2025 r., w którym uwzględniono ponad 31 tysięcy pierwszorazowych zabiegów radykalnej prostatektomii wykonanych w latach 2022-2025, pozwala po raz pierwszy na tak szeroką ocenę rzeczywistych wyników leczenia w polskim systemie publicznym. Wnioski mają znaczenie nie tylko dla pacjentów, ale również dla organizacji opieki urologicznej w Polsce.

Narodowy Fundusz Zdrowia porównał trzy techniki radykalnej prostatektomii: klasyczną operację otwartą, zabieg laparoskopowy oraz operację z użyciem robota chirurgicznego. Przeanalizowano nie tylko długość pobytu w szpitalu, ale przede wszystkim ryzyko powikłań, w tym nietrzymania moczu, konieczności ponownej operacji czy przetoczenia krwi. Wyniki pokazują wyraźne różnice między porównywanymi metodami.

Trzy sposoby operacji - czym się różnią?

Radykalna prostatektomia, czyli całkowite usunięcie gruczołu krokowego z powodu raka, może być wykonana na trzema technikami:

- ORP - operacja klasyczna, z otwarciem powłok brzusznych,
- LRP - operacja laparoskopowa, przez kilka niewielkich nacięć,
- RARP - operacja w asyście systemu robotowego (chirurg steruje ramionami robota z konsoli).

W komentarzu otwierającym raport lek. Michał Dziegielewski, pełnomocnik prezesa NFZ, podkreślił, że włączenie chirurgii robotowej do koszyka świadczeń gwarantowanych w 2022 r. było momentem przełomowym dla urologii onkologicznej w Polsce. „Mimo stosunkowo krótkiego czasu od wprowadzenia świadczenia, postęp - szczególnie przy wskazaniach urologicznych - dokonał się bardzo szybko. Obecnie większość przypadków raka

gruczołu krokowego operowana jest tą metodą” - napisał. Potwierdzają to dane przytoczone w raporcie. Wynika z nich, że spośród 13,6 tys. radykalnych prostatektomii wykonanych w Polsce w 2024 r. aż 9,6 tys. (około 70 proc.) przeprowadzono z użyciem robota chirurgicznego. W całej analizowanej populacji w latach 2022-2025 zabiegi robotowe stanowiły 62 proc., laparoskopowe 28 proc., a otwarte 10 proc.

Krótszy pobyt w szpitalu

Czas hospitalizacji różnił się istotnie w zależności od metody:

- Operacja klasyczna - średnio 6,9 dnia
- Operacja laparoskopowa - 5 dni
- Operacja robotowa - 3,8 dnia

Po uwzględnieniu wieku pacjentów, chorób współistniejących i doświadczenia ośrodka okazało się, że operacja robotowa skraca pobyt w szpitalu średnio o 2,6 dnia względem operacji otwartej i o 0,8 dnia względem laparoskopii.

Ryzyko przetoczenia krwi - największe różnice

Jednym z najbardziej wyraźnych wskaźników bezpieczeństwa była konieczność transfuzji:

- Operacja klasyczna - 15,3 proc. pacjentów
- Operacja laparoskopowa - 5,9 proc.
- Operacja robotowa - 2,7 proc.

Po analizie statystycznej potwierdzono, że operacja robotowa wiąże się z ponad 75 proc. mniejszym ryzykiem przetoczenia krwi niż operacja otwarta. To jeden z najbardziej jednoznacznych wyników raportu.

Nietrzymanie moczu - co pokazują dane refundacyjne?

NFZ przeanalizował refundację wyrobów medycznych i leków stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu w ciągu 180 dni po operacji.

Odsetek pacjentów wymagających takiej refundacji wynosił:

- Operacja klasyczna - 56 proc.
- Operacja laparoskopowa - 60,4 proc.
- Operacja robotowa - 47,1 proc.

Po uwzględnieniu czynników takich jak wiek i choroby współistniejące, operacja robotowa wiązała się z najniższym ryzykiem problemów wymagających dalszego leczenia, choć i tak niemal co drugi pacjent po jej wykonaniu wymagał zastosowania refundowanych środków pomocniczych związanych z nietrzymaniem moczu. Warto jednak podkreślić, że analiza opierała się na danych refundacyjnych - nie obejmowała bezpośredniej oceny klinicznej stopnia nietrzymania moczu.

Ryzyko ponownej operacji (rehospitalizacji zabiegowej)

To jeden z kluczowych parametrów dla pacjentów. Dla „typowego” chorego (67 lat, bez chorób współistnie-

jących, operowanego w ośrodku z dużym doświadczeniem) ryzyko ponownej hospitalizacji zabiegowej w ciągu 180 dni wynosiło:

- Operacja klasyczna - 5,6 proc.
- Operacja laparoskopowa - 4,4 proc.
- Operacja robotowa - 3,6 proc.

Oznacza to, że na 1000 operacji:

- po metodzie otwartej około 56 pacjentów wymagało ponownej operacji,
- po laparoskopii - 44,
- po operacji robotowej - 36.

Operacja w asyście robota chirurgicznego wiązała się z niższym o 38 proc. ryzykiem reoperacji niż operacja metodą klasyczną oraz o 19 proc. mniejszym niż operacja wykonana techniką laparoskopową. Wyniki mogą być o tyle niemiernodajne, że do operacji klasycznej mogli być kwalifikowani pacjenci wymagający bardziej rozległego zabiegu, którego nie można byłoby wykonać metodą laparoskopową czy robotyczną.

Rehospitalizacja w ciągu 30 dni

Jeśli chodzi o powrót do szpitala z jakiegokolwiek powodu w ciągu miesiąca, porównanie trzech metod leczenia operacyjnego raka gruczołu krokowego przedstawia się następująco:

- Operacja klasyczna - 7,1 proc.
- Operacja laparoskopowa - 8,2 proc.
- Operacja robotowa - 6,7 proc.

Różnice między operacją otwartą a robotową nie były istotne statystycznie, natomiast laparoscopia wiązała się z wyższym ryzykiem rehospitalizacji niż operacja z użyciem systemu robotowego.

A co z zaburzeniami erekcji?

Raport NFZ nie zawierał bezpośrednich danych dotyczących zaburzeń potencji po operacji. Analiza opierała się wyłącznie na danych sprawozdawczych i refundacyjnych. W przeglądzie literatury przywołanym w raporcie wskazano jednak, że w metaanalizach operacja robotowa bywa wiązana z mniejszym ryzykiem utraty funkcji seksualnych, choć dane długoterminowe nie zawsze są jednoznaczne.

Dlaczego operacja robotowa wypada lepiej?

Autorzy raportu podkreślają, że pacjenci operowani w asyście robota byli przeciętnie młodsi i rzadziej obciążeni chorobami współistniejącymi. Jednak nawet po uwzględnieniu tych czynników w modelach statystycznych, metoda robotowa wiązała się z:

- krótszą hospitalizacją,
- mniejszym ryzykiem transfuzji,
- mniejszym ryzykiem ponownej operacji,
- niższym odsetkiem refundacji świadczeń związanych z nietrzymaniem moczu.

Dodatkowo operacje robotowe częściej wykonywane były w najbardziej doświadczonych ośrodkach (ponad 150 zabiegów rocznie), co również wpływa na bezpieczeństwo i efekty leczenia.

Wnioski dla pacjenta

Z danych NFZ wynika, że spośród trzech analizowanych metod najrzadziej z powikłaniami wiąże się operacja robotowa (RARP), największe ryzyko transfuzji i dłuższej hospitalizacji dotyczy operacji otwartej

(ORP), natomiast laparoscopia (LRP) zajmuje pozycję pośrednią, choć w części wskaźników wypada słabiej niż operacja z użyciem robota.

Nie oznacza to, że jedna metoda jest najlepsza dla każdego chorego. Wybór techniki powinien zależeć od stopnia zaawansowania nowotworu, stanu ogólnego pacjenta oraz doświadczenia ośrodka. Jednak z perspektywy bezpieczeństwa krótkoterminowego - w świetle największej dotąd analizy polskich danych - to chirurgia robotowa wypada najkorzystniej.

Co warto wiedzieć przed operacją prostaty?

1. Nie ma jednej metody najlepszej dla każdego pacjenta

O wyborze sposobu operacji powinny decydować:

- stopień zaawansowania nowotworu,
- stan ogólny chorego,
- doświadczenie zespołu operacyjnego,
- dostępność technologii w danym ośrodku.

2. Nie tylko metoda ma znaczenie

Choć raport NFZ pokazuje różnice między operacją otwartą, laparoskopową i robotową, na ryzyko powikłań wpływają również:

- wiek pacjenta,
- choroby współistniejące,
- doświadczenie ośrodka wykonującego zabieg.

Starszy wiek i większa liczba chorób przewlekłych zwiększają ryzyko powikłań - niezależnie od wybranej metody.

3. Dlaczego doświadczenie ośrodka jest ważne?

NFZ podzielił szpitale według liczby wykonywanych prostatektomii rocznie:

- poniżej 50 zabiegów,
- 50-150 zabiegów,

- powyżej 150 zabiegów.

W ośrodkach wykonujących ponad 150 operacji rocznie obserwowano:

- krótszy czas hospitalizacji,
- mniejsze ryzyko transfuzji.

Im większe doświadczenie zespołu, tym zwykle lepsze wyniki okołoperacyjne.

4. Nietrzymanie moczu - co oznaczają dane?

Raport nie badał bezpośrednio stopnia nietrzymania moczu. Analizowano refundację wyrobów medycznych i leków (np. wkładek, pieluchomajtek, leków).

Oznacza to, że:

- dane pokazują, ilu pacjentów potrzebowało wsparcia terapeutycznego,
- nie mówią, jak ciężkie były objawy,
- nie uwzględniają pacjentów, którzy nie korzystali z refundacji.

Raport NFZ nie zawierał danych dotyczących zaburzeń potencji po operacji. Nie analizowano także jakości życia ani długoterminowych wyników onkologicznych. Nie przeanalizowano również stanu zdrowia pacjentów przed operacją.

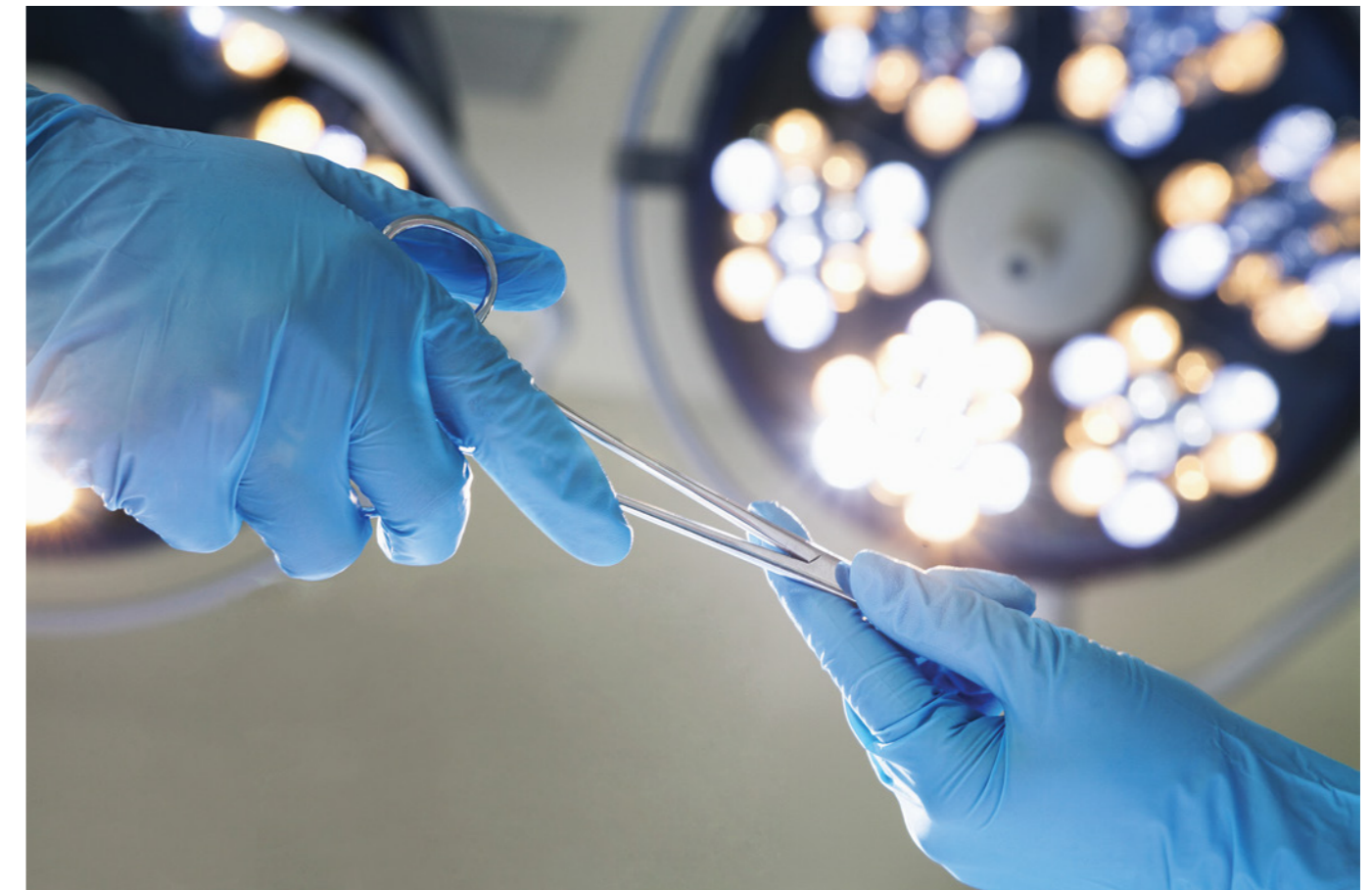
Kluczowe wskaźniki bezpieczeństwa radykalnej prostatektomii (dane NFZ za lata 2022-2025)

| WSKAŹNIK | ORP (otwarta) | LRP (laparoskopowa) | RARP (robotowa) | WNIOSKI |
|---|---------------|---------------------|-----------------|--------------------------------------|
| Udział w populacji | 10% | 28% | 62% | Metoda robotowa dominuje w Polsce |
| Średni czas hospitalizacji | 6,9 dnia | 5,0 dnia | 3,8 dnia | Najkrótsza hospitalizacja - RARP |
| Przetoczenie krwi | 15,3% | 5,9% | 2,7% | Najniższe ryzyko - RARP |
| Rehospitalizacja zabiegowa (180 dni) | 6,5% | 5,0% | 3,9% | Najmniejsze ryzyko reoperacji - RARP |
| Rehospitalizacja ogółem (30 dni) | 7,8% | 9,0% | 7,2% | LRP - najwyższy odsetek |
| Refundacja świadczeń związanych z NTM (180 dni) | 56,0% | 60,4% | 47,1% | Najniższe ryzyko - RARP |
| Zgon (30 dni) | 0,17% | 0,11% | 0,07% | Różnice nieistotne statystycznie |

Źródło: Raport Narodowego Funduszu Zdrowia „Radykalna prostatektomia - analiza porównawcza metod na podstawie danych NFZ”, Warszawa, lipiec 2025.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych - czas na wsparcie pacjentów z nietrzymaniem stolca

Katarzyna Michalczuk



Fot. xixinxing - stock.adobe.com

Nietrzymanie kału bywa określane mianem „silent disease” - cichej choroby. Nie dlatego, że jej skutki są nieistotne, lecz dlatego, że pacjenci rzadko zgłaszają problem i często przez długi czas próbują radzić sobie z nim samodzielnie. Wstyd, dyskomfort i obawa przed niezrozumieniem sprawiają, że do lekarza trafiają zwykle dopiero wtedy, gdy objawy zaczynają istotnie ograniczać codzienne funkcjonowanie. Pierwszym etapem terapii - zarówno w nietrzymaniu moczu, jak i stolca - jest postępowanie zachowawcze: zmiana stylu życia, farmakoterapia oraz fizjoterapia dna miednicy prowadzona przez wyspecjalizowanych fizjoterapeutów. U części pacjentów przynosi ono poprawę, jednak w cięższych przypadkach konieczne staje się leczenie zabiegowe.

Neuromodulacja nerwów krzyżowych skuteczna nie tylko w leczeniu nietrzymania moczu

Jedną z metod o ugruntowanej pozycji w praktyce klinicznej jest neuromodulacja nerwów krzyżowych. W Polsce kojarzona jest ona przede wszystkim z leczeniem nietrzymania moczu i w tym wskazaniu podlega refundacji. Tymczasem zgodnie z aktualną wiedzą me-

dyczną zakres jej zastosowania obejmuje również leczenie nietrzymania kału oraz tzw. podwójnej inkontynencji, czyli współistniejącego nietrzymania moczu i stolca. Obowiązujące przepisy sprawiają, że pacjenci z podwójną inkontynencją mogą korzystać z tej terapii w ramach finansowania ze środków publicznych, ponieważ jednym z rozpoznań pozostaje nietrzymanie moczu. Os-

by z izolowanym nietrzymaniem kału pozostają jednak poza systemem refundacyjnym, mimo że skuteczność i bezpieczeństwo neuromodulacji w tym wskazaniu potwierdzają badania kliniczne oraz wieloletnia praktyka.

– Podwójna inkontynencja, czyli jednoczesne nietrzymanie moczu i stolca, jest istotnym, a nadal zbyt rzadko dostrzeganym problemem zdrowotnym i społecznym. Wyraźnie pogarsza jakość życia, wpływa na zdrowie psychiczne, codzienne funkcjonowanie i aktywność społeczną, a także prawdopodobnie wiąże się z dodatkowymi kosztami opieki. Trzeba jednak uczciwie zaznaczyć, że w przeciwieństwie do izolowanego nietrzymania moczu lub stolca, nie dysponujemy dziś dużymi, nowoczesnymi analizami, które pre-

jące kryteria kwalifikacji odnoszą się przede wszystkim do pacjentów z nadreaktywnością pęcherza moczowego lub niedoczynnnością mięśnia wypieracza. W praktyce oznacza to, że pacjenci z nietrzymaniem stolca nie mają równie jasno określonej ścieżki finansowania tej terapii. Z perspektywy chorych warto więc rozważyć poszerzenie dostępu do neuromodulacji krzyżowej również w tym wskazaniu, zwłaszcza u pacjentów starannie kwalifikowanych, u których leczenie zachowawcze okazało się nieskuteczne – mówi dr Michał Późniak.

O rozszerzenie refundacji neuromodulacji nerwów krzyżowych o leczenie nietrzymania kału od lat zabiega Stowarzyszenie „UroConti”, reprezentujące pacjentów

ze schorzeniami dna miednicy. W 2025 roku konsultant krajowy w dziedzinie chirurgii ogólnej zadeklarował podjęcie działań w tym zakresie. Na obecnym etapie nie przełożyło się to jednak na rozpoczęcie formalnej procedury rozszerzenia refundacji.

– Nietrzymanie kału to problem, który w istotny sposób ogranicza codzienne funkcjonowanie i wpływa na jakość życia pacjentów. Neuromodulacja krzyżowa jest metodą o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie, fi-

nansowaną w wielu krajach europejskich i pozaeuropejskich jako element standardowego postępowania terapeutycznego – podkreśla Janusz Borzyński, przewodniczący Sekcji Neurourologii Stowarzyszenia „UroConti”. – Z perspektywy systemowej mówimy o terapii dedykowanej ściśle określonej grupie chorych, kwalifikowanej w sposób dwuetapowy i kontrolowany, co zapewnia racjonalne wykorzystanie środków publicznych. Brak refundacji w leczeniu izolowanego nietrzymania kału stanowi dziś wyraźną lukę w katalogu świadczeń gwarantowanych – zwłaszcza że w przypadku podwójnej inkontynencji pacjent może skorzystać z tej samej procedury w ramach finansowania publicznego, ponieważ jednym ze wskazań pozostaje nietrzymanie moczu. Powoduje to sytuację, w której dostęp do terapii zależy od formalnego zakresu rozpoznania, a nie od zasadności klinicznej jej zastosowania. Należy podkreślić, że częstotliwość występowania nietrzymania kału ocenia się na około 2–5% wśród osób dorosłych. Z uwagi na to, że wielu chorych nie



Fot. anatoly_gleb - stockadobe.com

czyjnie wyceniałyby koszt samej podwójnej inkontynencji dla systemu ochrony zdrowia – mówi dr n. med. i n. o zdr. Michał Późniak z Kliniki Urologii Ogólnej i Onkologicznej Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. – Dostępne badania pokazują, że pacjenci z podwójną inkontynencją osiągają gorsze wyniki w zakresie zdrowia fizycznego i psychicznego, doświadczają większego stresu, częściej zgłaszają objawy depresyjne oraz większe obciążenie psychospołeczne niż osoby bez inkontynencji lub z samym nietrzymaniem moczu. Oznacza to, że jest to problem nie tylko medyczny, ale również psychologiczny i społeczny – podkreśla specjalista.

Wyrównać dostęp do leczenia finansowanego przez NFZ

W ocenie dr. Michała Późniaka największym problemem jest obecnie ograniczony dostęp do leczenia.

– W Polsce neuromodulacja krzyżowa jest świadczeniem gwarantowanym i ma ustalone taryfy, jednak obowiązują

zglasza się z tym problemem do lekarza, rzeczywista liczba osób dotkniętych tym schorzeniem może być wyższa. Można jednak z dużym prawdopodobieństwem przyjąć, że objęcie refundacją leczenia metodą neuromodulacji nie spowoduje istotnego obciążenia budżetu NFZ. Tymczasem brak środków finansowych bywa często wskazywany przez Ministerstwo Zdrowia jako powód ograniczeń w dostępie do terapii refundowanych – mówi Janusz Borzyński. Stowarzyszenie „UroConti” podjęło już działania w tym kierunku i dysponuje przygotowaną dokumentacją.

– Formalne zainicjowanie procesu refundacyjnego wymaga jednak zaangażowania konsultanta krajowego, który posiada kompetencje do złożenia stosownego wniosku. Ze swojej strony deklarujemy pełną gotowość do współpracy i wsparcia tego procesu – przekonuje Janusz Borzyński.

Rozszerzenie finansowania neuromodulacji w leczeniu nietrzymania kału byłoby realnym krokiem w stronę nowoczesnej, opartej na dowodach medycyny oraz wyrazem troski o pacjentów, dla których dostęp do tej terapii pozostaje dziś ograniczony.

Placówki szpitalne przygotowane do wykonywania zabiegów neuromodulacji krzyżowej

| MIASTO | PLACÓWKA | ADRES | KONTAKT | KIEROWNIK KLINIKI / ODDZIAŁU |
|------------------|--|---|--|--|
| Biała Podlaska | Oddział Urologiczny, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej | ul. Terebelska 57/65 21-500 Biała Podlaska | tel. 83 414 75 66 www.szpitalbp.pl | lek. med. Krzysztof Pękala |
| 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 | dr n. med. Jacek Wilkosz |
| Płońsk | Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku | ul. H. Sienkiewicza 7 09-100 Płońsk | tel. 23 661 34 00 www.szpitalplonsk.pl | lek. med. Witold Achciński |
| Siedlce | Oddział Urologii i Onkologii Urologicznej, Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o. | ul. Księcia Józefa Poniatowskiego 26 08-110 Siedlce | tel. 25 640 35 12 www.szpital.siedlce.pl | dr n. med. Piotr Kania |
| Szczecin | Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony | ul. Arkońska 4 71-455 Szczecin | tel. 91 813 96 20 www.spwsz.szczecin.pl | dr hab. n. med. Artur Lemiński |
| 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 | 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 | I Klinika Położnictwa i Ginekologii CMKP, Centrum Medyczne „Żelazna” | ul. Żelazna 90 01-004 Warszawa | tel. 22 255 98 07 www.szpitalzelazna.pl | prof. CMKP dr hab. n. med. Grzegorz Szewczyk |
| Warszawa | Klinika Położnictwa i Ginekologii, Instytut Matki i Dziecka w Warszawie | ul. Kasprzaka 17A 01-211 Warszawa | tel. 22 327 70 19 www.imid.med.pl | prof. dr hab. n. med. Tadeusz Issat |
| 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 |
| Wrocław | Oddział Ginekologiczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji we Wrocławiu | ul. Ołbińska 32 50-233 Wrocław | tel. 882 132 856 tel. 882 132 802 www.spzozmswia.wroclaw.pl | dr n. med. Maciej Zalewski |

Czy „kompleksowość” w opiece długoterminowej zbuduje jakość?

Anna Jarosz



Fot. successphoto - stock.adobe.com

Opieka długoterminowa w Polsce jest świadczona przez różne podmioty stacjonarne i domowe, publiczne i niepubliczne. Obejmuje ona całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej i szeroko rozumianej opieki pielęgniarzkiej nad osobami przewlekle chorymi lub niesamodzielnymi, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Tymczasem Ministerstwo Zdrowia, mocą rozporządzenia, chce premiować w kryteriach konkursowych placówki, które będą miały do dyspozycji swoich podopiecznych łatwy dostęp do konkretnych oddziałów szpitalnych. Posunięcie to ma zapewnić kompleksowość działań w opiece długoterminowej.

Eksperci zajmujący się od lat opieką długoterminową z niepokojem przyjęli decyzję o nowych zapisach kontraktowania świadczeń w tym sektorze, ponieważ uważają, że zamiast budować wyższą jakość i dostępność świadczeń w opiece długoterminowej, paradoksalnie może dojść do ich obniżenia. Co więcej, poprzez przekształcanie za środki z KPO niektórych oddziałów w szpitalach powiatowych w zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) lub zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO) obniża się szanse niepublicznych placówek opiekuńczych na pozyskanie kontraktu z NFZ, bo nie mają one zaplecza szpitalnego. A wracając do definicji, opieka długoterminowa jest dedykowana osobom, które nie wy-

magają hospitalizacji, osobom, które zakończyły proces leczenia czy specjalistycznej rehabilitacji. Poza tym pacjenci placówek opieki długoterminowej, jak wszyscy obywatele kraju, mają, w razie potrzeby, dostęp do badań specjalistycznych, konsultacji lekarskich czy pobytu w szpitalu. O co zatem chodzi? Zapytaliśmy o zdanie na ten temat osoby, które od lat pracują w opiece długoterminowej.

Trzeba rozmawiać i słuchać

– Wprowadzenie dodatkowych punktów w kryteriach konkursowych dla placówek długoterminowych, które mają „zaplecze” szpitalne, nie jest zrozumiałe – mówi Lilia

seni®

Razem z mamą wybrałyśmy
Seni Active
majtki chłonne
na nietrzymanie moczu

NOWE
OPAKOWANIA,
TA SAMA JAKOŚĆ




POLSKI
PRODUKT



Na noc

Zamów próbkę na seni.pl



Seni - produkty chłonne na nietrzymanie moczu. Producent i podmiot prowadzący reklamę Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA.

To jest wyrób medyczny. Używaj go zgodnie z instrukcją używania lub etykietą.

Kimber-Dziwisz, konsultant wojewódzka w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej w województwie mazowieckim. – Już w 1998 roku uczestniczyłam w budowaniu podstaw opieki długoterminowej, kiedy to Polska włączyła się do projektu Banku Światowego wspierania opieki długoterminowej i opieki hospicyjnej. Celem programu było uwolnienie szpitali od pacjentów, u których zakończono już leczenie, ale oni sami nadal wymagali świadczeń pielęgniarstwo-opiekuńczych, bo nie byli samodzielni i w pełni sprawni. Z lepszymi bądź gorszymi rezultatami model ten funkcjonował i po drodze zmieniał się z korzyścią dla pacjenta. Przede wszystkim mogliśmy poszerzyć zakres świadczeń np. przez włączenie żywienia dojelitowego i pozajelitowego czy wentylacji mechanicznej. Kom-

pleksowość rozumieliśmy jako pełnoprofilową opiekę w warunkach domowych lub w stacjonarnych placówkach. Gdy rodzina stawiała się niewydolna w opiece nad bliskim niesamodzielnym, lekarz POZ mógł wystawić skierowanie do placówki. I odwrotnie, kiedy w zakładzie opieki długoterminowej pacjent na tyle wrócił do siły, a rodzina miała czas na przygotowanie najbliższego otoczenia, mógł wrócić do domu, bo to jest środowisko, w którym najlepiej będzie się rehabilitował. W swojej blisko trzydziestoletniej pracy w opiece długoterminowej nie przypominam sobie sytuacji, żeby nie można było umieścić w szpitalu pacjenta będącego pod opieką długoterminową, jeśli zachodziła taka potrzeba, np. gdy poja-



Fot. Jane - stock.adobe.com

wiło się nagłe zachorowanie. W szpitalach nie było problemu z umieszczeniem naszych podopiecznych, bo dodatkowo wiadano, że po zakończeniu leczenia pacjent będzie ponownie przewieziony do ZOL-u lub ZPO. Obecnie zdarza się, że pacjenta zabranego z domu, nawet jeśli był pod długoterminową opieką domową, rodzina nie chce lub nie może odebrać ze szpitala. Hospitalizacja się przedłuża, a koszty rosną.

Propozycja nowego rozporządzenia i inne rozumienie kompleksowości opieki długoterminowej zaskoczyły nie tylko konsultantów, ale i świadczeniodawców, którzy podkreślają, że nie daje równych szans podmiotom.

– Na Mazowszu mamy ponad 7,5 tys. świadczeniobiorców korzystających z opieki długoterminowej stacjonarnej – dodaje Lilia Kimber-Dziwisz. – Znacząca część tych

zakładów, oferująca profesjonalne świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze, to zakłady niepubliczne. Spełniają one wszystkie wymogi formalne i świadczą usługi na bardzo wysokim poziomie. Nie widzę powodu, dla którego te placówki miałyby mieć gorsze warunki do kontraktowania świadczeń z NFZ. Nie wiem też, skąd troska o potrzebę lepszego dostępu do badań laboratoryjnych, prześwietleń, konsultacji itp. Przecież to wszystko było realizowane, gdy zachodziła taka potrzeba. Opieka długoterminowa to przede wszystkim opieka pielęgnacyjna i opiekuńcza. Dlaczego zatem placówka, która ma „za ścianą” oddział wewnętrzny czy chirurgiczny, ma otrzymać więcej punktów konkursowych niż placówka, która nie ma takiego zaplecza?

Nasza rozmówczyni nie ukrywa, że patrząc przez pryzmat placówki, którą kieruje, powinna zacierać ręce, bo jej ośrodek działa w ramach szpitala specjalistycznego. Sprawia to, że nie musi się martwić o wysokość kontraktu z NFZ. Jednak jako konsultant wojewódzki dostrzega nierówne traktowanie podmiotów świadczących te same usługi. Nieracjonalny system kontraktowania może doprowadzić do zamknięcia niektórych placówek. Jednocześnie nie kwestionuje pomysłu tworzenia ze środków KPO placówek opieki długoterminowej w szpitalach powiatowych, jeśli takowych nie ma na terenie danego powiatu.

– Obawiam się, że jeśli w powiecie funkcjonuje dobrze pracujący niepubliczny zakład opieki długoterminowej i powstanie nowy, przyszpitalny, to ten pierwszy będzie miał mniejsze szanse na dobry kontrakt z NFZ – mówi Lilia Kimber-Dziwisz. – Chciałabym się mylić w tej sprawie, ale placówka przyszpitalna będzie miała lepszy start. Wydaje się, że nowe rozporządzenie jest napisane pod tworzące się przyszpitalne ośrodki opieki długoterminowej. Wejście w życie nowego rozporządzenia jest jak wyłączenie bezpiecznika, który dawał pacjentom szerszą ofertę opieki długoterminowej, często bliżej domu. Wiele ośrodków opieki długoterminowej funkcjonuje na zasadzie „szepianej reklamy”. Pacjenci czy też ich rodziny polecają sobie placówki publiczne i niepubliczne, które rzeczywiście oferują kompleksową opiekę. Tam składają dokumenty z prośbą o umieszczenie bliskiego. Placówki nie-

publiczne mogą na tym sporo stracić, np. poprzez zmniejszenie kontraktu z NFZ.

Wiele placówek opieki długoterminowej ma kontrakty ważne do 2027-2028 roku. Do tego czasu są bezpieczne. Rozliczanie nowego rozporządzenia zacznie się za kilka lat, a jak się zakończy – nie wiadomo. W bardzo wielu krajach zabiega się o to, aby pacjenta wymagającego opieki długoterminowej wyłączyć ze struktur szpitalnych. Szkoli się opiekunów medycznych, którzy mają znaleźć zatrudnienie w domowej opiece długoterminowej, mają być wsparciem dla opiekunów nieformalnych.

– Nie jest tajemnicą, że w wielu szpitalach powiatowych zamyka się niektóre oddziały z powodu znacznych niedoborów kadrowych – mówi konsultantka. – Czy utworzenie oddziału opieki długoterminowej spowoduje, że personelu przybędzie? Obawiam się, że nie. Być może niepubliczne zakłady opieki długoterminowej poradzą sobie, ale odbędzie się to kosztem podopiecznych i ich rodzin. Jeśli przejdą na usługi komercyjne, niewiele osób będzie na nie stać, a przecież już dziś koszty pobytu w wielu zakładach są bardzo wysokie. To spowoduje ograniczenie dostępu do świadczeń opieki długoterminowej, a przecież chyba nie o to nam chodzi. Pomysł wprowadzenia dodatkowej punktacji konkursowej był krytykowany przez osoby, które od wielu lat pracują w opiece długoterminowej, ale naszych uwag nie uwzględniono. Szkoda, bo zawsze warto korzystać z doświadczeń ekspertów. I jeszcze jedna uwaga: nie pokuszono się o analizę częstotliwości korzystania z hospitalizacji, porad specjalistycznych, czy badań przez osoby znajdujące się pod opieką długoterminową. Według szacunków to zaledwie 5, może 10 procent. Czy jest to powód do stawiania na głowie systemu, który nieźle funkcjonował? Oczywiście, można wiele jeszcze poprawić, ale aby tak się stało, trzeba rozmawiać i słuchać. Jestem optymistką, ale nie wróżę podniesienia jakości świadczeń opieki długoterminowej i jej kompleksowości w oparciu o nowe rozporządzenie. Poza tym nikt nie wziął pod uwagę faktu, że pacjenci opieki długoterminowej to nie tylko seniorzy i ludzie z demencją. To także osoby po urazach, wypadkach, udarach. To osoby, które wymagają szczególnej troski, często przez wiele, wiele lat. Bywa, że decydenci mają swoją wizję jakiegoś proble-



Fot. SeventyFour - istockphoto.com

mu, ale praktycy na co dzień widzą niespójności w przepisach, różne ograniczenia i przeszkody. Radzą sobie, ale chyba nie o to nam chodzi. Dlatego powtórzę – trzeba rozmawiać i słuchać.

Wykorzystajmy to, co już mamy

– O potrzebie kompleksowości działań w opiece długoterminowej rozmawiamy od kilku lat – mówi Magdalena Osińska-Kurzywilk, prezes Koalicji „Na pomoc niesamodzielnym”. – Mówiąc o kompleksowości, rozumiemy przez to całościowe, zintegrowane i ciągłe podejście do osoby wymagającej wsparcia przez dłuższy czas. I tu trzeba wspomnieć o potrzebie koordynacji działań we wszystkich

formach opieki długoterminowej. Trudno myśleć o kompleksowości działań czy opieki, jeżeli jest problem w samej koordynacji wszystkich działań, zaczynając od Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. To samo widzimy w regionach podczas świadczenia usług w ramach opieki długoterminowej. Jako praktyk z problemami kompleksowości spotykam się na co dzień. Pracując w środowisku domowym pacjentów, widzę, że nie tylko pacjenci, ale także ich bliscy (opiekunowie nieformalni) nie wiedzą i nie otrzymują rzetelnej informacji, gdzie udać się po wsparcie. Takich informacji nie ma także w przychodniach opieki podstawowej, MOPR-ach czy GOPS-ach.

Utrzymanie pacjenta w środowisku domowym jest uznawane za najtańszą i najbardziej racjonalną ekonomicznie formę opieki długoterminowej. Potwierdzają to zarówno polskie analizy systemowe, jak i badania międzynarodowe prowadzone w krajach Unii Europejskiej

oraz przez organizacje takie jak OECD czy WHO. Opieka środowiskowa pozwala ograniczyć koszty infrastrukturalne, zmniejsza liczbę hospitalizacji oraz redukuje ryzyko powikłań typowych dla opieki instytucjonalnej, takich jak zakażenia szpitalne czy przyspieszona utrata sprawności funkcjonalnej.

Poza aspektem ekonomicznym ogromne znaczenie ma wymiar psychospołeczny. Pacjent przebywający w domu funkcjonuje w znanym sobie otoczeniu, ma poczucie bezpieczeństwa, podtrzymuje relacje rodzinne i społeczne, co istotnie wpływa na jakość życia. W wielu krajach rozwiniętych system opieki długoterminowej opiera

w większym stopniu charakter ekonomiczno-organizacyjny - jako forma wsparcia placówek borykających się z problemami finansowymi, a nie realne dążenie do podniesienia jakości świadczeń dla pacjentów niesamodzielnych.

Istotną rolę w systemie pełnią zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) oraz zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Są one przeznaczone dla osób, które zakończyły leczenie szpitalne i rehabilitację, lecz nadal wymagają opieki pielęgnacyjnej, nadzoru medycznego oraz pomocy w czynnościach dnia codziennego. Standardowo pacjent powinien zostać przyjęty do takiej placówki na

okres około trzech miesięcy. Po tym czasie przeprowadza się ocenę funkcjonalną (najczęściej przy użyciu Barthel Index), która pozwala określić poziom samodzielności chorego i podjąć decyzję o dalszym postępowaniu: przedłużeniu pobytu lub powrocie do środowiska domowego z odpowiednim wsparciem. Nie bez znaczenia pozostaje również aspekt finansowy jednostek samorządu terytorialnego. Gminy i powiaty już obecnie funkcjonują przy ograniczonych budżetach i często sygnalizują trudności

w realizacji istniejących zadań z zakresu pomocy społecznej i ochrony zdrowia. Nakładanie na nie dodatkowych obowiązków bez adekwatnego finansowania może prowadzić do destabilizacji lokalnych systemów wsparcia. Podsumowując, aby wykorzystać istniejącą bazę i dążyć do koordynacji usług regionalnie, opieka długoterminowa powinna być organizowana zgodnie z zasadą adekwatności miejsca do potrzeb pacjenta. Szpital nie jest właściwym środowiskiem dla osób, które nie wymagają już leczenia ostrego, ale wsparcia pielęgnacyjnego i funkcjonalnego. Najbardziej racjonalnym kierunkiem rozwoju systemu pozostaje wzmocnienie opieki domowej, w tym pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej oraz placówek takich jak ZOL i ZPO, przy jednoczesnym zapewnieniu stabilnego finansowania i regularnej oceny funkcjonalnej pacjentów.



Fot. Natalli_Mis - istockphoto.com

się właśnie na modelu community-based care, czyli na wsparciu środowiskowym, a instytucjonalizacja stanowi ostateczność.

W tym kontekście koncepcja umiejscowienia opieki długoterminowej w szpitalach powiatowych budzi uzasadnione wątpliwości. Szpital jest placówką przeznaczoną do diagnostyki i leczenia ostrych stanów chorobowych. Pacjenci wymagający opieki długoterminowej to osoby, które zakończyły proces leczenia i rehabilitacji, jednak nie odzyskały pełnej samodzielności i potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Umieszczanie ich w strukturach szpitalnych nie odpowiada charakterowi ich potrzeb zdrowotnych, a dodatkowo generuje znacznie wyższe koszty systemowe.

Można odnieść wrażenie, że próby lokowania opieki długoterminowej w szpitalach powiatowych mają

Potrzebny jest spójny system

- O potrzebie kompleksowości w opiece długoterminowej mówi się od dawna - przypomina Grażyna Śmiarowska, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej. - Przyznaję, że jest we mnie sporo goryczy z powodu treści zapisanych w nowym rozporządzeniu dotyczącym opieki długoterminowej. Nie powstało ono w celu poprawienia jakości świadczeń w opiece długoterminowej, ale po to, aby poszukać sposobów na poprawę sytuacji ekonomicznej szpitali powiatowych. Korzystając ze środków unijnych, szpitale powiatowe będą miały możliwość przekształcenia nierentownych oddziałów w oddziały czy zakłady opieki długoterminowej. Byłam zaproszona do grona, które miało ocenić projekt rozporządzenia przygotowanego przez Ministerstwo Zdrowia. Po zapoznaniu się z treścią rozporządzenia zrodziło się pytanie: dlaczego sytuacja szpitali powiatowych ma być ratowana kosztem opieki długoterminowej? Założeniem opieki długoterminowej jest objęcie opieką pacjentów po zakończonym procesie leczenia, którzy wymagają profesjonalnej długoterminowej pielęgnacji, opieki czy rehabilitacji przeciwdziałającej skutkom częściowego lub całkowitego unieruchomienia. Celem tych działań jest przywrócenie, zrehabilitowanie lub utrzymanie utraczonych funkcji.

- Z rozporządzenia wynika, że podmioty, które będą miały w swojej strukturze oddziały opieki długoterminowej i do dyspozycji poradnie specjalistyczne oraz różne oddziały będą wyżej oceniane niż placówki, bez takiego zaplecza - dodaje Grażyna Śmiarowska. - Jako ciekawostkę dodam, że w pierwszym projekcie rozporządzenia zakłady opieki długoterminowej miały mieć do dyspozycji także rezonans magnetyczny. Konsekwencją takiego rozumienia kompleksowości w opiece długoterminowej będzie przeniesienie tej formy opieki do szpitali. A nie o to chodzi. Na podstawie wieloletniego doświadczenia zawodowego wiem, że pacjenci w opiece długoterminowej chcą być jak najbliżej domu lub w domu. Ich opiekunowie nieformalni są zagubieni w systemie, czują się wyczerpani, bezradni, bo nie wiedzą, gdzie szukać wsparcia. Umieszczanie pacjentów wymagających opieki długoterminowej w placówkach przyszpitalnych nie wpłynie na podniesienie kompleksowości opieki.

Jak podkreśla Grażyna Śmiarowska, nie od dziś wiadomo, że najskuteczniejsze w powrocie do względnej samodzielności jest wsparcie rodziny lub innych bliskich osób. - A zatem dajmy opiekunom nieformalnym narzędzia, które pozwolą im wywiązywać się z tego zadania. Potrzebny jest spójny model opieki długoterminowej, wsparcie systemowe, które nieformalnego opiekuna bezkolizyjnie przeprowadzi przez wszystkie zawiłości pozyskiwania sprzętu, dodatków, refundacji itd. Do tego nie jest potrzebne zaplecze szpitalne, bo - powtórzę - pacjentem opieki długoterminowej jest osoba po zakończonym procesie leczenia i rehabilitacji. W opiece długoterminowej opiekuna nieformalnego i formalnego nie zastąpi maszyna czy wyspecjalizowana technologia. Po-

trzebny jest człowiek reagujący na potrzeby podopiecznego. Praca opiekuna jest ciężka, obciąża psychicznie i fizycznie, dość szybko prowadzi do wypalenia zawodowego. To też trzeba brać pod uwagę i skupić się na promowaniu tych zawodów. Nie jest tajemnicą, że w szpitalach brakuje personelu, więc kto będzie się zajmował pacjentami oddziałów opieki długoterminowej?

Dzisiaj opieka nad osobami niesamodzielnymi jest rozproszona między różnymi jej formami. Są domy pomocy społecznej (DPS), zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL), zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO), pielęgniarstwo opieki długoterminowa domowa (PODD), pomoc społeczna, w tym opieka środowiskowa, ale każde świadczenie realizowane jest w oderwaniu od innych. Nie ma między nimi komunikacji i to także nie służy kompleksowości opieki nad osobami niesamodzielnymi i podnoszeniu jakości usług przez nie świadczonych. Jest także wiele niespójności ustawowych, które nie pozwalają na wzajemną współpracę.

Przestańmy gadać, róbmy więcej

- Kompleksowość w opiece długoterminowej wpływa w znaczący sposób na jakość usług. Pod jednym warunkiem, że opieka realizowana przez różne podmioty będzie spójna, a podmioty będą ze sobą współpracowały i się komunikowały - mówi Mariola Łodzińska, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. - W mojej ocenie opieka długoterminowa potrzebuje zmian, ale takich, które będą wprowadzały wyższą jakość usług poprzez koncentrowanie się na potrzebach osoby niesamodzielnej. To jest czas, aby do opieki długoterminowej wprowadzić wymogi dotyczące zatrudniania opiekunów medycznych, których w opiece instytucjonalnej chyba najbardziej brakuje. Nawet w długoterminowej opiece domowej nie zawsze najbardziej potrzebna jest specjalistyczna pielęgniarstwo opieki medycznej i warto rozważyć wprowadzenie opiekuna medycznego. Wiele czynności pielęgnacyjno-opiekuńczych może wykonać opiekun medyczny. Rolą pielęgniarki może być zlecenie i nadzorowanie jego pracy i tego, co dzieje się z podopiecznym. Dążymy do tego, aby pielęgniarka mogła decydować o skierowaniu pacjenta na zabiegi do fizjoterapeuty. O kompleksowości opieki długoterminowej wiele się mówi, ale wciąż brakuje elementów, które można skleić w całość. Jako specjaliści zajmujący się opieką długoterminową nie możemy zweryfikować informacji, czy pacjent, który np. opuścił szpital i był kierowany do opieki długoterminowej, już tą opieką został objęty. Cały szeroko rozumiany zespół terapeutyczny musi być w kontakcie, jeśli opieka ma być kompleksowa i na wysokim poziomie. Kompleksowość to także rozmowa o tym, co pacjentowi jest potrzebne, aby ustalić plan opieki nad nim. To bardzo kuleje. Najdotkliwiej odczuwają to opiekunowie nieformalni, którzy nie wiedzą, do kogo się zwrócić, gdzie szukać pomocy w sytuacjach awaryjnych czy nagłych, ale także w tych codziennych.

O kompleksowości i interdyscyplinarności wiele się mówi, ale nie idą za tym konkretne działania. Rodzą się różne ciekawe pomysły, ale nie ma działań, aby wdrożyć je w życie.

– Obecnie każdy podmiot porusza się w ramach swoich kompetencji. To rodzi wiele problemów dla podopiecznych i ich nieformalnych opiekunów. Aby coś załatwić, krążą od instytucji do instytucji. To najlepiej świadczy o jakości naszej „kompleksowości” – mówi Mariola Łodzińska.

Rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia umożliwiające przekształcenie niektórych oddziałów w szpitalach powiatowych w zakłady opieki długoterminowej spotkało się z krytyką wielu osób.

– W mojej opinii, biorąc pod uwagę rosnące potrzeby w zakresie opieki długoterminowej, nie jest to najgorszy pomysł, ale mam wrażenie, że chyba bardziej chodzi tu o wydanie pieniędzy z KPO, a nie o rozsądne i przemyślane planowanie kompleksowej opieki długoterminowej. Dodam, że w rozdysponowaniu środków z KPO nie wzięto pod uwagę dofinansowania domowej opieki długoterminowej, która jest najlepszą formą takich usług. Przez lata podkreślano potrzebę deinstytucjonalizacji, czyli wyprowadzenia pacjentów niesamodzielnych ze szpitali. Obecnie idziemy w innym kierunku, więc można myśleć, że to forma dofinansowania szpitali powiatowych, których sytuacja finansowa jest trudna. Nie bierze się pod uwagę, że najtańszą i najbezpieczniejszą formą opieki jest opieka domowa. Specjalnych nakładów na tę opiekę nie ma. A przecież w domu pacjent czuje się najbardziej komfortowo, więc skoro myślimy o podniesieniu jakości usług, powinniśmy to uwzględnić – mówi Mariola Łodzińska. – W naszej, pielęgniarskiej ocenie, umieszczanie pacjentów niesamodzielnych jakby z automatu w oddziałach szpitalnych nie musi działać na ich korzyść. W wielu szpitalach nie respektuje się norm zatrudnienia pielęgniarek m.in. z uwagi na brak przepisów, które dotyczą opieki długoterminowej i tym samym ogranicza się ich zatrudnianie, wobec czego brakuje personelu, co może w efekcie przekładać się na jakość opieki. Nie przekonuje także argument o łatwiejszym dostępie do badań laboratoryjnych, diagnostyki czy specjalistycznych konsultacji, bo większość pacjentów nie potrzebuje na co dzień takiej formy opieki. Więcej uwagi trzeba poświęcić zapobieganiu odleżynom, właściwej higienie, odpowiedniemu odżywianiu itd. Środki z KPO są dostępne zwykle przez 3–5 lat. Nie są dane na zarwsze. Co zatem stanie się ze szpitalnymi oddziałami długoterminowymi, gdy czas realizacji się zakończy? Czy przy trudnej sytuacji finansowej NFZ będą zabezpieczone środki, aby kontraktować świadczenia w tym zakresie, czy odbędzie się to kosztem innych podmiotów? Szpital powiatowy nie udźwignie tych kosztów. O tym też trzeba pamiętać. Już tworzyliśmy Dzielne Domy Opieki Medycznej (DDOM). Po wyczerpaniu się środków unijnych wiele z tych domów zamknięto. Nie chciałabym, aby nowy projekt podzielił losy DDOM-ów. Lepiej inwestować w to, co

już istnieje, rozwijać i wspomagać. Trzeba rozważyć, co jest tańsze, co jest korzystniejsze nie tylko dla systemu, ale także samych zainteresowanych. Dlaczego nie zainwestujemy w koordynatorów, którzy – na wzór opieki onkologicznej – będą prowadzili samego pacjenta czy jego opiekuna nieformalnego przez kolejne szczeble dobrego zorganizowania opieki, aby stała się ona rzeczywiście kompleksowa i skoordynowana? Od lat debatujemy o potrzebie zmian w opiece długoterminowej, ale niewiele robimy. Przestańmy gadać, zacznijmy działać, aby było lepiej.

Równe szanse dla wszystkich

Zakłady, które świadczą opiekę długoterminową, niezależnie od tego, czy są placówkami publicznymi czy niepublicznymi, oczekują, że w konkursach na kontraktowanie świadczeń finansowanych przez NFZ będą miały równe szanse.

– Jesteśmy za przeprowadzaniem konkursów na świadczenia finansowane przez NFZ. Jednak muszą się one odbywać na jasnych i klarownych zasadach, tych samych dla wszystkich – mówi Andrzej Lejczak, prezes Krajowej Izby Domów Opieki. – Krajowy Plan Odbudowy przewiduje znaczące wsparcie finansowe dla szpitali powiatowych, skupiając się głównie na modernizacji infrastruktury, rozwoju opieki długoterminowej oraz geriatry. W Polsce jest zaledwie 559 aktywnych zawodowo geriatrów, więc stworzenie oddziałów geriatrycznych będzie trudne lub wręcz niemożliwe. Przekształcanie nierentownych oddziałów w szpitalach powiatowych w placówki opieki długoterminowej budzi też spore emocje wśród ekspertów, ponieważ opieka długoterminowa jest dedykowana osobom niesamodzielnym, ale tym, które nie wymagają opieki w warunkach szpitalnych. Poza tym ZOL-e, które powstaną w miejsce zlikwidowanych oddziałów, nie staną się rentowne, nawet jeśli kontrakty z NFZ będą pozyskiwały na preferencyjnych warunkach. To nadal będą małe oddziały na 30–40 łóżek, więc nadal będą ciągnęły szpitale w dół. Wśród członków naszej Izby (jest ich 304) mamy małe ZOL-e, które mają 20–30 łóżek objętych kontraktami z NFZ i 20–30 łóżek komercyjnych. Zabiegają o rozbudowę miejsc kontraktowanych, ale obawiają się, że na nowych warunkach kontraktowych nie będzie to możliwe. Konkursy muszą być przeprowadzane rzetelnie, bez preferencji dla którejś ze stron. Samo przekształcenie oddziału np. ginekologicznego w zakład opieki długoterminowej nie podniesie rentowności przedsięwzięcia, bo to można uzyskać, mając do dyspozycji 60–80 łóżek. 80 łóżek to też mała placówka, ale na tyle duża, aby zmniejszyć koszty jej funkcjonowania. Przy małej liczbie łóżek nie ma to, z ekonomicznego punktu widzenia, większego sensu. Jeśli w konkursach będzie się preferowało oddziały opieki długoterminowej działające przy szpitalach, zahamujemy rozwój placówek niepublicznych, które dobrze działają i chcą zachować konkurencyjność. Generalnie zmniejszy się dostępność opieki długoterminowej.

Brakuje geriatrów, oddziałów geriatrycznych i pomysłu, jak zorganizować kompleksową opiekę nad osobami starszymi

Marta Jakubiak



Fot. appledesign - istockphoto.com

Opieka geriatryczna w Polsce raczkuje. Nie chodzi o kompetencje specjalistów, ale o rozwiązania systemowe. Wprawdzie coś drgnęło, jednak wciąż pozostaje bardzo wiele do zrobienia. Ustawa z 17 sierpnia 2023 r. o szczególnej opiece geriatrycznej dawała nadzieję, że polscy seniorzy w końcu będą właściwie „zaopiekowani”, a ich opiekunowie zyskają nieco wytchnienia. Cele wprowadzenia tego aktu prawnego mogły budzić wiarę w zmiany systemowe, bowiem zapowiadały perspektywę wprowadzenia m.in. kompleksowej oceny geriatrycznej pacjenta, wsparcia psychologicznego oraz rehabilitacji dla osób, które ukończyły 75. rok życia. Miały powstać Centra Zdrowia 75+ z szerokim zakresem świadczeń – od diagnostyki po rehabilitację – i stać się ośrodkami skoordynowanej opieki medycznej. W planach było także zwiększenie liczby oddziałów geriatrycznych.

Jak po dwóch latach od wejścia w życie ustawy wygląda w Polsce opieka geriatryczna? Zapytaliśmy o to osoby, które na co dzień pracują z pacjentami w wieku podeszłym i z własnej praktyki wiedzą, jak działa system. Okazuje się, że nadal nie ma wystarczającej liczby kadr medycznych specjalizujących się w geriatry, opieka długoterminowa jest rozproszona i nie zaspokaja potrzeb, a pacjenci geriatryczni w dużej mierze zdani są na operatywność i determinację swoich opiekunów.

Mamy za mało geriatrów

W 2024 r. w Polsce było 559 geriatrów, co daje 1,5 geriatry na 100 tys. osób. W niektórych regionach lekarzy

tej specjalności nie ma wcale, co przekłada się na jakość opieki nad seniorami. W naszym kraju działają 122 placówki udzielające świadczeń geriatrycznych, a w roku 2025 – jak wynika z raportu Fundacji WHC – średni czas oczekiwania na wizytę do geriatry wyniósł 3,2 miesiąca. Tymczasem dane Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) pokazują, że polskie społeczeństwo szybko się starzeje – ponad 7,55 miliona osób (ponad 20 proc. populacji) ma co najmniej 65 lat. Od wielu lat mówi się już wręcz o srebrnym tsunami.

– Seniorzy w Polsce leczeni są przez wielu specjalistów, bo lekarzy geriatrów jest zdecydowanie za mało. Oczywiście nie każdy senior wymaga opieki geriatrycznej, ale z pewnością

osoby w wieku podeszłym z wielochorobowością i wielolekowością powinny być pod opieką takiego specjalisty - mówi prof. Barbara Bień, konsultant w dziedzinie geriatry dla województwa podlaskiego, kierownik Kliniki Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku w latach 1996-2021.

Dlaczego tak ważna jest rola geriatry w systemie? Ponieważ ten specjalista patrzy na pacjenta holistycznie, selekcjonuje i filtruje problemy - określa priorytety w postę-



Fot. Ridofranz - istockphoto.com

powaniu terapeutycznym, wskazując te, które wymagają natychmiastowej reakcji. Dokonuje weryfikacji leków zaleconych przez lekarzy innych specjalności, jak kardiolog, diabetolog, endokrynolog, ortopeda czy neurolog. - Jeżeli pacjent ma zaburzenia pamięci lub zgłasza problemy w tym zakresie, potrafimy ocenić, w jakim stopniu problem dotyczy wyłącznie samej pamięci czy też jest objawem innych funkcji korowych, diagnozujemy, czy pacjentowi grozi otępienie, a może już je ma. Za pomocą kolejnych procedur geriatra jest w stanie oszacować albo z dużym prawdopodobieństwem wskazać przyczynę otępienia. Jeżeli pacjent czuje się bardzo samotny, jest wycofany, apatyczny bądź skarży się na wiele niepowiązanych ze sobą dolegliwości, na przykład mówi, że boli go wszystko, to wiemy, że tak naprawdę problem tkwi w zaburzeniach emocjonalnych, że możemy mieć do czynienia z depresją. Po kilku tygodniach od wdrożenia odpowiedniego leczenia w przypadku takich osób często widoczny jest efekt, zdarza się też, że poprawia się u nich pamięć - opowiada prof. Barbara Bień.

Podobne doświadczenia i ocenę systemowych rozwiązań ma dr n. med. Katarzyna Klimiuk, która na co dzień kieruje Oddziałem Geriatrii w SPPZOZ w Choroszczy. - To, co mamy obecnie, jest absolutnie niewystarczające -

w kontekście zapotrzebowania na usługi geriatryczne dla pacjenta, ale też, jeśli chodzi o systemowe możliwości opieki nad pacjentem geriatrycznym i wspomnienie opiekuna. Powinno nas, geriatrów, być co najmniej pięciokrotnie więcej, także oddziałów geriatrycznych na terenie Polski. Jeżeli są jakieś miejsca dla takich pacjentów, to pojedyncze łóżka w oddziałach internistycznych. Oddziałów geriatrycznych jest tak mało, że można powiedzieć, że praktycznie ich nie ma. Wciąż zbyt mało jest także poradni geriatrycznych, więc nie zabezpieczają one potrzeb - zauważa. Pacjent geriatryczny ma wiele chorób, a co za tym idzie - wymaga dużych nakładów finansowych i różnorodnego leczenia, nie jest więc „ekonomiczny” dla podmiotu leczniczego.

- Nie otwiera się nowych oddziałów geriatrycznych, bo będą generować koszty. Lepiej zatrudnić urologa, żeby zrobić procedurę, ortopedę, kardiologa inwazyjnego... Za udzielanymi przez nich świadczeniami idą konkretne pieniądze. Tu widzę dużą ułomność systemu, bo płaci się za procedurę, a nie za pacjenta. Myśląc o geriatryi, trzeba całkowicie odwrócić myślenie. Jeżeli pacjenta objęlibyśmy opieką geriatryczną, to nie byłby on rehospitalizowany, nie powracał kolejny raz na internę. To są olbrzymie koszty. W polskim systemie opieki zdrowotnej nie rozumie się takiego myślenia. Idziemy nie w tę stronę - diagnozuje dr Katarzyna Klimiuk. I dodaje, że już wiele lat temu policzono, że pacjent geriatryczny, który jest pacjentem z wielochorobowością i wielolekowością, ale „opracowanym” całościowo w oddziale geriatrycznym, w kontekście czasowym kosztuje system znacznie mniej niż pacjent, który co chwilę trafia na SOR z zaostrzeniem chorób, jak niewydolność serca, POChP czy majaczenie w otępieniu.

Brak dobrych rozwiązań systemowych to dla budżetu także inne koszty. Bliscy pacjenta geriatrycznego, którzy opiekują się nim, często biorą zwolnienia, są przemęczeni, mniej efektywni w pracy, często cierpi na tym ich życie rodzinne.

- Tak naprawdę filarem opieki nad pacjentem geriatrycznym w Polsce jest obecnie opieka jego bliskich. Bez rodzinny system by sobie nie poradził - podkreśla dr Katarzyna Klimiuk i dodaje, że potrzebne jest zespołowe działanie, gdzie geriatra jest koordynatorem nadzorującym opiekę nad takim pacjentem. W składzie takiego systemowego zespołu powinni być także: pielęgniarka, fizjoterapeuta,

psycholog i rodzina pacjenta. Projekt Centrów Zdrowia 75+ ocenia jako świetny w kontekście logistycznym, opiekuńczym i leczniczym, wykraczający poza opiekę szpitalną do opieki środowiskowej. Póki co takich centrów na mapie Polski trudno szukać. A koniecznie należałoby zaangażować do tego zespołu opiekę długoterminową i ośrodki, które by ją sprawowały, czyli oddziały dzienne dla seniorów. - Proszę sobie wyobrazić, że Białystok, kilkuset tysięczne miasto, ma jeden dzienny oddział geriatryczny. Potrzebne jest dziesięć takich oddziałów. W tę stronę powinniśmy iść, żeby odbarzczać opiekuna, oferując szczególnie pacjentowi z zaburzeniami pamięci rehabilitację poznawczą. Ale to, o czym mówię, wymaga przeorganizowania istniejącego obecnie systemu - zauważa.

Niechciana specjalizacja i deficytowe świadczenia

Dlaczego jest tak niewielu geriatrów? Jak twierdzi prof. Barbara Bień, specjalizacja jest trudna i mało satysfakcjonująca. Młodzi lekarze chcą robić coś spektakularnego - operować, poprawić funkcjonowanie narządu, urodę, uzdrawiać, być kardiologiem, endokrynologiem, pediatrą. Wybierają specjalizację wąską, ale przynoszącą bardziej satysfakcjonujący efekt terapeutyczny. - W wieku podeszłym natura przeszkadza mieć takie efekty, bo idziemy w jednym kierunku, a śmierć jest naturalnym zakończeniem życia. Możemy jedynie poprawiać funkcjonowanie, i to w takim zakresie, w jakim dany stan jest odwracalny. W przypadku pacjentów geriatrycznych problem jest przewlekły i każdy kolejny go dopełnia, a im więcej problemów jednoczesowych, tym mniej efektywne jest leczenie - zauważa prof. Barbara Bień.

- Mówi się, że geriatrya jest priorytetową specjalizacją, ale ja nie widzę argumentów, by zachęcić młodego studenta albo stażystę, żeby wybrał geriatryę. To smutne - podkreśla dr Katarzyna Klimiuk. Uzależnienie wynagrodzenia lekarza od wyceny realizowanych przez niego procedur prowadzi do znacznej dysproporcji w trakcie wyboru specjalizacji. Może będą nas leczyć jedynie ortopedzi, neurochirurdzy i kardiologowie?

Każdy geriatra na skonsultowanie swojego pacjenta ma około godziny, więc dla menadżerów opieki zdrowotnej jest to niezbyt atrakcyjne świadczenie, bo w ciągu 8 godzin pracy przyjmie on 8 pacjentów, podczas gdy lekarz POZ przeznaczający na pacjenta 15 minut odbędzie takich konsultacji zdecydowanie więcej. Świadczenia geriatryczne stają się więc zupełnie nieopłacalne i w strukturze placówki medycznej niechętnie widziane przez osoby odpowiedzialne za budżet. - Czas oczekiwania do naszej poradni to osiem miesięcy. Brakuje specjalistów, a do tego około 20 proc. pacjentów nie przychodzi na umówioną wizytę kontrolną. Nie można się do nich dodzwonić, przypomnieć im o ustalonym terminie, nie odbierają telefonu, bo boją się oszustwa albo go nie słyszą - opowiada prof. Barbara Bień, która obecnie praktykuje w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Dr Katarzyna Klimiuk kieruje 20-łóżkowym Oddziałem Geriatrii w SPPZOZ w Choroszczy. Pracują w nim lekarze geriatry, specjalista chorób wewnętrznych i neurolog, pielęgniarki, dwóch psychologów (nie są na wyłączność, bo są zatrudnieni również w innym oddziale), jest sprzęt rehabilitacyjny i dwóch fizjoterapeutów, którzy pacjentów usprawniają i uruchamiają. Jest też opiekun socjalny i arteterapeuta prowadzący terapie zajęciowe dedykowane pacjentom z zaburzeniami funkcji poznawczych w stopniu łagodnym i umiarkowanym. - To się sprawdza. Pacjenci nabierają ochoty na życie, bo widzą efekt swojego wysiłku. To całościowa praca wielu specjalistów, która przynosi efekty - ocenia specjalistka.

Seniorzy na takim oddziale przebywają średnio około 10 dni. Co dalej, kiedy wyjdą ze szpitala? W domu, nawet pod najlepszą opieką bliskich, nigdy nie będą mieć takich luksusów. - Na oddział pacjenci trafiają głównie na diagnostykę otępienia, zaburzeń zachowania, a także z powodu wielochorobowości i wielolekowości. Wymagają rewizji leków, analizy i ustalenia priorytetów terapeutycznych. To są najczęstsze przyczyny hospitalizacji - wyjaśnia dr Katarzyna Klimiuk.

Wielochorobowość, wielolekowość oraz zaburzenia poznawcze wpisane są w życie większości osób po 80. roku życia. - O seniorze mówi się już w przypadku osób 65+, ale pacjent, który ma 65 lat i jedną chorobę, nie wymaga opieki geriatrycznej. On potrzebuje konsultacji specjalistycznej i badań profilaktycznych, aby zapobiec rozwinięciu się chorób przewlekłych - zauważa specjalistka.

Prof. Barbara Bień także podkreśla, że „zrobienie porządku” w lekach jest konieczne w przypadku wielu osób starszych, a geriatrycy są w tym zakresie bardzo kompetentni. - Średnia liczba aktywnie leczonych narządów u pacjenta geriatrycznego w średnim wieku 82,5 roku, bo taki był średni wiek moich pacjentów w oddziale geriatrycznym, wynosiła ponad pięć chorób: depresja, nadciśnienie, cukrzyca, choroba zwyrodnieniowa, migotanie przedsionków - opowiada. - Jeżeli pacjent otrzymuje więcej niż pięć różnych preparatów, należy do tak zwanej kategorii ryzyka polifarmakoterapii, czyli każdy dodatkowy lek to około siedmioprocentowy wzrost ryzyka upadku, ponieważ wiele leków to również wiele działań niepożądanych - przypomina specjalistka. Czasem pacjenci przychodzą z listą ponad 20 leków przepisanych przez różnych specjalistów. Geriatra jest w stanie zweryfikować zalecenia i mądrze ograniczyć przyjmowane farmaceutyki.

Geriatra czy lekarz rodzinny?

Problem jest złożony, ale wybór oczywisty. - Skoro jest mało specjalistów, to do geriatry powinni być w pierwszej kolejności kierowani pacjenci w późnej starości, czyli po 75. roku życia, choć w krajach zachodnich mówi się, że po 80. roku życia, i dodatkowo osoby, które wykazują objawy jednoczesowo z kilku narządów: fizyczne, emocjonalne i somatyczne. Póź-

na starość byłaby dobrym wskazaniem - uważa prof. Barbara Bień. Podkreśla, że konsultacje geriatryczne nie mogą być częste, maksymalnie raz na trzy miesiące, bo geriatra to specjalista, który ma koordynować i doradzać pacjentowi, jego rodzinie i lekarzowi rodzinnemu. Senior powinien na co dzień pozostawać pod opieką POZ.



- Lekarze POZ bezwzględnie są podstawą. Do nich pacjent dociera najszybciej. Bardzo dużo robią samodzielnie, niemniej coraz więcej jest pacjentów geriatrycznych, którzy wymagają naszej pomocy. I tu niezbędna byłaby opieka koordynowana - sugeruje dr Katarzyna Klimiuk. Lekarz rodzinny kieruje pacjentów do specjalisty, ale brakuje koordynacji i szybkiej ścieżki poprowadzenia pacjenta przez system, gdzie senior może zostać zapisany na wizytę do specjalisty w krótszym terminie. Ponieważ choroby są u niego już zdiagnozowane, nie ma szans dostać się do obecnie funkcjonującej opieki koordynowanej.

Lekarze rodzinni są przygotowani, by prowadzić pacjenta w podeszłym wieku, ale w praktyce nie są w stanie tego zrobić, bo taki chory wymaga czasu, którego oni nie mają. - Scedowanie całościowej opieki geriatrycznej na lekarza rodzinnego byłoby dla niego zbyt dużym obciążeniem. On nie oceni testami psychometrycznymi, motorycznymi i fizykalnymi. Nie ma na to czasu, ma 15 minut na przyjęcie pacjenta - zauważa dr Katarzyna Klimiuk.

Lekarze POZ nie zastąpią geriatrów, ale są niezbędni i powinni być szeroko szkoleni z zakresu geriatry, ponieważ wśród ich pacjentów będzie coraz więcej osób w późnej starości, czyli takich, które wymagają szczególnego podejścia i mają specjalne potrzeby, i to nie tylko medyczne potrzeby zdrowotne, ale także rehabilitacyjne i socjalne.

Przedłużeniem kompetencji lekarza rodzinnego jest pielęgniarka środowiskowa. To łącznik pomiędzy pacjentem a gabinetem lekarskim. Może ona odpowiednio wcześniej

zauważyć i zgłosić pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, bo ten często nie wie, czy niedomaganie to po prostu starość, czy też symptom pogorszenia zdrowia. Niestety, taki potencjał pielęgniarek środowiskowych nie jest wykorzystywany, bo w praktyce najczęściej są one wykorzystywane instrumentalnie - do mierzenia ciśnienia, glikemii czy pobrania krwi.

Prof. Barbara Bień docenia rolę lekarzy rodzinnych i podkreśla, że dzięki nim pacjent jest bardziej niezależny, bo oni są wszędzie. - I choć jest ich być może także zbyt mało, to oni są i na wsi, i w mieście. Proszę zwrócić uwagę, że geriatra jest dostępny wyłącznie w mieście, a przecież ludzie starsi mieszkają w obu tych obszarach - zauważa. Wyjazd na konsultację do ośrodka oddalonego o kilkanaście, czasem kilkadziesiąt kilometrów, często jest nie lada wyprawą chociażby dlatego, że wiele osób starszych ma gorszą motorykę, zmienne samopoczucie i w dniu zaplanowanej wizyty

może źle się poczuć i nie będzie w stanie na wizytę dojechać. POZ ma w swoich kompetencjach wizyty domowe, dlatego w prowadzeniu opieki nad pacjentem geriatrycznym jest niezbędny.

Byłoby idealnie, gdyby lekarze rodzinni po pierwsze, byli lepiej przygotowani z zakresu geriatry, a po drugie, żeby wizyty u geriatry były ograniczone wyłącznie do diagnostyki i strategicznego planowania - według wskazań, że lepiej odbyć ich w roku więcej, a potem, jeżeli problem jest trwały, lecz stabilny, pacjenci wracaliby pod opiekę POZ i zwalniali miejsce dla innych. - Obecnie pacjenci przewlekłe leczeni w geriatryi po prostu korkują system i nie ma miejsca dla tych, u których problem zaistniał i należałoby skonsultować ich natychmiast - w ciągu tygodnia albo dwóch - zauważa prof. Barbara Bień.

Kto zmieni system?

Dr Katarzyna Klimiuk podkreśla, że jest pełna podziwu dla oddolnych inicjatyw, które upominają się o działania naprawcze. - My, lekarze, w swoich zamkniętych strukturach, schematach, czasami jesteśmy na tyle pochłonięci obowiązkami, że nie jesteśmy w stanie nabrać siły sprawczej, choć mentalnie wspieramy wiele inicjatyw. Nie potrafimy sprawić, byśmy byli słyszani - ocenia. I dodaje, że w ramach oddolnej inicjatywy specjaliści geriatryi postanowili spotkać się na ogólnopolskiej konferencji „Geriatrya w systemie i w praktyce” (22-23 maja 2026 w Lipowym Moście), aby debatować o tym, jak skutecznie odpowiedzieć na potrzeby starzejącej się populacji i jak przedłożyć postulaty

środowiska na konkretne rozwiązania organizacyjne.

- Chcemy zastanowić się, co zrobić, żeby przekonać ludzi odpowiedzialnych za kształtowanie systemu ochrony zdrowia, że warto i trzeba zainwestować w geriatryę - dla udoskonalenia systemu, ale też po to, żeby młodzi ludzie chętniej zdecydowali się ją wybrać. Społeczeństwo się starzeje, będziemy jeszcze bardziej potrzebni, a rola geriatryi w systemie ochrony zdrowia nabiera kluczowego znaczenia - podkreśla dr Katarzyna Klimiuk. W wydarzeniu udział wezmą nie tylko geriatry, ale również przedstawiciele innych specjalizacji medycznych, eksperci polityki senioralnej oraz reprezentanci instytucji odpowiedzialnych za kształtowanie systemu ochrony zdrowia.

- Decyzje zapadają zawsze w ministerstwie. Jeżeli ministerstwo chce, to słucha praktyków i zmienia system, bo ani pani redaktor, ani ja nie zmienimy przepisów - podkreśla prof. Barbara Bień. Jednocześnie zwraca uwagę, że w działaniach systemowych bardzo ważna jest także edukacja społeczeństwa. - Pacjenci powinni wiedzieć, że należy pogodzić się z pewnymi dysfunkcjami, bo proces starzenia wiąże się z deficytami w funkcjonowaniu, ale powinni jednocześnie umieć rozpoznać, co dekompensuje się nagle, odróżniać tąpnięcia zdrowotne od choroby, rozpoznać czynnik sprawczy, by na przykład majaczenia wywołanego zakażeniem układu moczowego nie traktować jak psychozy. Trzeba uwrażliwiać opiekunów na symptomy zwiastujące konkretne dysfunkcje wpisane w późną starość, że kiedy pacjent mówi, że wszystko go boli, to prawdopodobnie ma depresję. Wiedza w tym zakresie jest znikoma, bo w przestrzeni publicznej nie mówi się o chorobach wieku podeszłego. Potrzebne są kampanie edukacyjne, które uświadomią, jakie symptomy mogą świadczyć o zaczynających się zaburzeniach pamięci czy utracie słuchu - ocenia specjalistka.

Choć nie można liczyć na wyleczenie chorób przewlekłych wpisanych w późną starość, to z pewnością można mówić o medycynie prewencyjnej również w odniesieniu do pacjentów geriatrycznych, bo można spowolnić postęp wielu schorzeń, a co za tym idzie - poprawić jakość życia seniorów i ich bliskich.

Opieka długoterminowa

W Polsce opieka długoterminowa realizowana w placówkach opieki zdrowotnej zaistniała w systemie po reformie przeprowadzonej w 1999 r. Była skierowana do osób przewlekłe chorych i niesamodzielnych, które zakończyły proces leczenia i rehabilitacji, lecz wymagały nadal świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, nadzoru lekarskiego, rehabilitacji przeciwdziałającej skutkom długotrwałego unieruchomienia. Obecnie realizowana jest w środowisku domowym przez pielęgniarki opieki długoterminowej domowej, a także instytucjonalnie: w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładach opiekuńczo-leczniczych. Grupy wiekowe pacjentów objęte opieką długoterminową są różne.



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

- Opieka długoterminowa obecnie definiowana realizowana jest w dwóch niezależnych sektorach: w sektorze służby zdrowia i w sektorze pomocy społecznej - wyjaśnia Grażyna Śmiarowska, prezes Polskiego Towarzystwa Opieki Długoterminowej (PTOD). I jak zauważa, sektory te systemowo nie współpracują ze sobą. W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych dostępność jest mocno ograniczona, ponieważ takich placówek jest niewystarczająca liczba.

- Trzeba pamiętać, że jako społeczeństwo się starzejemy, w związku z czym osób wymagających świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych będzie coraz więcej - mówi.

Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa, która funkcjonuje w systemie ochrony zdrowia, nie współpracuje z sektorem pomocy społecznej. Senior albo jego opiekunowie sami muszą odnaleźć się w niuansach dostępności świadczeń. Jeżeli są w miarę zaradni, to skorzystają z jednego i z drugiego wsparcia. - W miarę procesu starzenia stajemy się coraz częściej zależni od pomocy innych. Czeka nas ogromne wyzwanie - jak dotrzeć do informacji? Jest ona rozproszona, niezrozumiała i wymaga dużej aktywności osób wspierających. Tym bardziej dla opiekuna osoby starszej, gdy jest to równolatek - mąż lub żona. Proszę pamiętać, że wraz z wiekiem ograniczeń jest coraz więcej, szczególnie tych poznawczych - tłumaczy prezes PTOD. Brakuje systemowej informacji ogólnej, kogoś, do kogo można pójść i zwrócić się z prośbą o pomoc w rozwiązaniu konkretnego problemu. Szpitale zajmują się wyłącznie leczeniem. Z chwilą, kiedy kończy się hospitalizacja, a rodzina zabiera pacjenta do domu, nikt nie jest zainteresowany informacją, czy rodzina jest wydolna opiekuńczo. W przypadku świadczeń opiekuńczych realizowanych przez sektor pomocy społecznej ustalane są zasady ich realizacji na podstawie wywiadu środowiskowego.

Jak zauważa Grażyna Śmiarowska, lekarze POZ wykonują ważną pracę i są zaangażowani w prowadzenie pacjenta geriatrycznego, ale nie mają narzędzi np. by ocenić wydolność opiekuńczą rodziny. - Jeżeli przyjdzie osoba starsza i powie, że nie daje rady albo lekarz sam podczas wizyty domowej zobaczy warunki, w jakich żyje pacjent, to może skierować go do pomocy społecznej, do DPS-u lub ZOL-u, w zależności od stanu zdrowia. Wystawi skierowanie. Ono jednak nie rozwiązuje problemu, bo kolejki są kilkumiesięczne - podkreśla przewodnicząca PTOD.

W systemie nie ma obszaru, by na ten czas doraźnie zorganizować opiekę nad seniorem. - Są organizacje pozarządowe, które zajmują się wsparciem seniorów i tam można uzyskać informacje, jakie są możliwości pomocy, ale systemowo te trzy sektory, czyli służba zdrowia, pomoc społeczna i NGO [organizacje pozarządowe - przyp. red.], nie widzą siebie nawzajem. Jeżeli ktoś wie, że z pomocy takiej organizacji może skorzystać, to tam trafi, ale ogromna większość osób nie ma o tym pojęcia. Widziałam kilka fantastycznych pomysłów, żeby w miarę jeszcze sprawnym seniorem się zająć, np. w dziennych ośrodkach terapeutycznych, gdzie można

być wśród ludzi i czegoś się jeszcze nauczyć. Gorzej jest, gdy problem dotyczy osoby leżącej, unieruchomionej lub z chorobą otępienną - zauważa Grażyna Śmiarowska.

Brakuje nam koordynacji i wsparcia. Potrzebny jest taki element, który z urzędu dokona oceny warunków zdrowotnych i środowiskowych seniora i zdecyduje, jaka forma pomocy i wsparcia jest mu potrzebna. Mówi się, że opieka w domu jest najlepsza, bo tam seniorzy czują się najlepiej. - Państwo powinno być wdzięczne tym rodzinom, które biorą na siebie ciężar opieki domowej i powinno wesprzeć je w każdy możliwy sposób, żeby osoba, która wymaga wsparcia, mogła zostać w domu, bo to jest z korzyścią dla seniora i dla systemu - podkreśla Grażyna Śmiarowska.

Osób zagubionych i zmęczonych codziennymi obowiązkami związanymi z opieką nad pacjentem geriatrycznym jest naprawdę dużo. I często czują się bezradne. Istnieje trochę form wsparcia, ale nie wiadomo, gdzie i z jakiej pomocy można skorzystać. Panuje bałagan.

- Poprzedni rząd zajmował się opieką długoterminową niewiele, obecny wprowadza propozycje zmian, ale trochę się obawiam o ich kierunek. Podejmowane są działania, które mają charakter spektakularny, jak asystent osoby niepełnosprawnej czy świadczenie wspierające, które oczywiście są bardzo dobre i pomagają, ale one nie rozwiązują problemów. Nam jest potrzebny system!!! Nawet jeżeli ktoś dostanie więcej pieniędzy na opiekę nad osobą niesamodzielną, to i tak boryka się z szeregiem innych problemów. My jako PTOD angażujemy się w sprawy systemowe, apelujemy, konsultujemy, jednakże z marnym efektem. Pacjenci geriatryczni nie są medialni i atrakcyjni jako potencjalni wyborcy - zauważa Grażyna Śmiarowska, która przez ponad 20 lat pracowała z pacjentami z chorobą Alzheimera i patrzyła na dramaty ludzi, którzy zwracali się do niej o pomoc. - Widziałam, jak po latach, bo to choroba wieloletnia, postępująca, degeneracyjna, przychodzili opiekunowie, którzy sami wymagali natchemiatowej pomocy. Nasze wołanie, że oni także potrzebują wsparcia, wciąż pozostaje niesłyszalnym apelem. Niewiele się dzieje w tym zakresie. Jestem już na takim etapie, że nie wiem, jak działać, żeby ktoś nas usłyszał. Jest już projekt ustawy o chorobach otępiennych, więc może coś się zmieni - opowiada z rozgoryczeniem, ale i nadzieją.

Na razie system wsparcia nie istnieje. - Zdjęcie z opiekunów obowiązku poszukiwania właściwych ścieżek pomocy przy tych wszystkich zadaniach, które mają na co dzień, byłoby ogromnym ułatwieniem. Rodziny robią wszystko, co mogą zrobić, ale i tak gdzieś z tyłu głowy zawsze pozostaje, że może można byłoby zrobić więcej albo lepiej. Oni zasługują na pomoc państwa. Nauczono nas, że musimy sobie sami radzić, więc ludzie podejmują się trudnej opieki nad bliskimi. Chciałabym, żeby istniała koordynacja pomiędzy lekarzem geriatrą, lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej i opieką długoterminową, żeby w tych sektorach była współpraca. Myślę, że wtedy dla wszystkich byłoby lepiej - i dla systemu, i dla ludzi - podsumowuje Grażyna Śmiarowska.

Ból miednicy i krocza u mężczyzn

mgr Kinga Religa-Popiołek, fizjoterapeutka urologiczna



Fot. New Africa - stock.adobe.com

Ból miednicy i krocza u mężczyzn stanowi istotny problem kliniczny w praktyce urologicznej oraz fizjoterapeutycznej. W wielu przypadkach objawy mają charakter przewlekły i wynikają z interakcji czynników urologicznych, neurologicznych, mięśniowo-powięziowych oraz psychospołecznych. Najczęściej występującą jednostką chorobową związaną z tymi dolegliwościami jest przewlekłe zapalenie prostaty/przewlekły zespół bólowy miednicy (chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome - CP/CPPS).

Przewlekły ból miednicy u mężczyzn definiuje się jako ból lub dyskomfort zlokalizowany w obrębie miednicy, krocza, okolicy nadłonowej, prącia, jąder lub odbytu, utrzymujący się przez co najmniej 3 miesiące w ciągu ostatnich 6 miesięcy, często współistniejący z objawami ze strony dolnych dróg moczowych lub zaburzeniami funkcji seksualnych. Najczęściej stosowaną definicją kliniczną jest definicja przewlekłego zapalenia prostaty/przewlekłego zespołu bólowego miednicy (CP/CPPS), która opisuje przewlekły ból w obrębie narządów miednicy bez obecności wykrywalnej infekcji bakteryjnej prostaty. Schorzenie to zaliczane jest do zespołów bólowych o wieloczynnikowej etiologii i nie w pełni poznanej patogenezie.

Epidemiologia

Przewlekłe zespoły bólowe miednicy stanowią istotny problem zdrowotny u mężczyzn na całym świecie. Szacuje się, że objawy zapalenia prostaty lub przewlekłego zespołu bólowego miednicy występują u około 2-10 proc. mężczyzn. Niektóre badania wskazują, że nawet około 10 proc. mężczyzn doświadcza objawów bólowych w obrębie miednicy w ciągu życia. Choroba najczęściej dotyczy mężczyzn w wieku poniżej 50 lat i jest jedną z najczęstszych przyczyn konsultacji w poradniach urologicznych. Do czynników ryzyka zalicza się między innymi palenie tytoniu, siedzący tryb życia, przewlekły stres, zaburzenia czynności przewodu pokarmowego oraz zaburzenia psychospołeczne.

Patofizjologia i centralna sensytyzacja

Patofizjologia przewlekłego bólu miednicy u mężczyzn jest złożona i wieloczynnikowa. W patogenezie choroby mogą uczestniczyć procesy zapalne, zaburzenia funkcji układu nerwowego, dysfunkcja mięśni dna miednicy oraz czynniki psychospołeczne.

Jednym z istotnych mechanizmów powstawania i utrzymywania się bólu jest centralna sensytyzacja, czyli zwiększona wrażliwość ośrodkowego układu nerwowego na bodźce bólowe. W wyniku długotrwałej stymulacji receptorów nocycyptywnych dochodzi do zmian w przetwarzaniu informacji bólowej w rdzeniu kręgowym i strukturach mózgu, co prowadzi do obniżenia progu bólowego oraz utrzymywania się bólu mimo braku aktywnego procesu zapalnego.

Badania wskazują, że u pacjentów z CP/CPPS obserwuje się zaburzenia modulacji bólu oraz nadwrażliwość somatyczną w obrębie miednicy i innych regionów ciała. Mechanizm ten może tłumaczyć występowanie objawów bólowych w wielu lokalizacjach oraz ich przewlekły charakter. Dodatkowo w patogenezie choroby istotną rolę odgrywa dysfunkcja mięśni dna miednicy, która objawia się zwiększonym napięciem mięśniowym, obecnością punktów spustowych oraz zaburzeniami relaksacji mięśni podczas mikcji i defekacji.

Objawy kliniczne

Objawy zespołów bólowych miednicy u mężczyzn są zróżnicowane i mogą obejmować zarówno dolegliwości bólowe, jak i objawy ze strony układu moczowego oraz funkcji seksualnych. Ból może pojawiać się w obrębie krocza, okolicy nadłonowej, jądrach, prąciu, odbycie i dolnej części grzbietu. Zaburzenia z dolnych dróg moczowych mogą obejmować:

- częstomocz,
- parcia naglące,
- trudności w rozpoczęciu mikcji oraz
- osłabienie strumienia moczu.

Zaburzenia funkcji seksualnej mogą manifestować się poprzez obniżenie libido, osłabienie erekcji oraz bolesny wytrysk. Objawy te często prowadzą do istotnego pogorszenia jakości życia pacjentów oraz mogą być związane z występowaniem zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Diagnostyka

Rozpoznanie przewlekłego bólu miednicy u mężczyzn jest diagnozą z wykluczenia i wymaga kompleksowej oceny klinicznej.

Podstawą diagnostyki jest dokładny wywiad dotyczący m.in. charakteru i lokalizacji bólu, czasu trwania objawów, objawów mikcyjnych oraz zaburzeń seksualnych. Natomiast badanie fizykalne powinno obejmować m.in. badanie zewnętrzne (np. ocenę ruchomości kręgosłupa,

miednicy i kończyn dolnych, ocenę mięśni obręczy biodrowej itd.) oraz badanie wewnętrzne (per rectum - przez odbyt) w celu oceny m.in. funkcjonalności mięśni dna miednicy, ich napięcia oraz istnienia punktów spustowych.

W diagnostyce przewlekłego bólu miednicy pomocne okazują się być również modele klasyfikacyjne, takie jak klasyfikacja National Institutes of Health (NIH) oraz system fenotypowania UPOINT(S), który klasyfikuje pacjentów na podstawie dominujących objawów klinicznych. W diagnostyce wykorzystuje się również badania laboratoryjne moczu i nasienia, ultrasonografię prostaty, badania urodynamiczne i badania obrazowe w celu wykluczenia innych przyczyn bólu.

Leczenie

W leczeniu przewlekłego bólu miednicy stosuje się farmakoterapię, dobierając ją na podstawie fenotypu pacjenta. Mogą to być antybiotyki, alfa-blokery, niesteroidowe leki przeciwzapalne oraz leki modulujące ból neuropatyczny.

Nieodłącznym elementem leczenia powinna być również fizjoterapia urologiczna, która jest ważnym elementem leczenia pacjentów z przewlekłym bólem miednicy, szczególnie w przypadku współistniejącej dysfunkcji mięśni dna miednicy. Celem fizjoterapii są m.in.:

- normalizacja napięcia mięśni dna miednicy,
- poprawa koordynacji mięśniowej,
- redukcja bólu oraz
- poprawa funkcji mikcyjnych i seksualnych.

Metody fizjoterapeutyczne najczęściej obejmują terapię manualną mięśni dna miednicy, techniki powięziowe oraz terapię punktów spustowych. Ponadto konieczny może okazać się trening mięśni dna miednicy i ćwiczenia relaksacyjne z wykorzystaniem terapii EMG biofeedback. Badania wskazują, że odpowiednio prowadzona fizjoterapia może prowadzić do istotnej redukcji objawów bólowych i poprawy jakości życia pacjentów.

Niezwykle ważna jest również edukacja pacjenta m.in. na temat modyfikacji stylu życia, w tym odpowiedniej diety, regularnej aktywności fizycznej, higieny pracy i snu.

Podsumowanie

Ból miednicy i krocza u mężczyzn jest złożonym problemem klinicznym o wieloczynnikowej etiologii. W patogenezie choroby istotną rolę odgrywają mechanizmy neurogenne, w tym centralna sensytyzacja, a także dysfunkcja mięśni dna miednicy. Diagnostyka wymaga wykluczenia innych przyczyn bólu oraz kompleksowej oceny klinicznej, a leczenie powinno mieć charakter multidyscyplinarny, obejmujący farmakoterapię, fizjoterapię urologiczną oraz psychoterapię.

Piśmiennictwo u Autorki

Profilaktyka w cieniu kryzysu finansowego w ochronie zdrowia

Marta Markiewicz-Melon



Fot. I.M.R. - stock.adobe.com

Sejm zdecydował o ustanowieniu roku 2026 Rokiem Profilaktyki Zdrowotnej. Posłowie chcą wzmocnienia działań prewencyjnych, promocji zdrowego stylu życia oraz budowania kultury wczesnego reagowania na problemy zdrowotne. W tym samym czasie z powodu trudnej sytuacji finansowej Narodowy Fundusz Zdrowia szuka oszczędności w systemie, zapowiadając cięcia wycen nadwykonań w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i diagnostyce, która jest fundamentem wczesnego wykrycia choroby.

Skuteczna profilaktyka zdrowia, promocja zdrowego stylu życia, ale również zachęcanie obywateli z różnych grup wiekowych, instytucji publicznych, środowisk medycznych do aktywnego uczestnictwa w działaniach promujących badania profilaktyczne - takie cele nakreślili sobie posłowie, ustanawiając rok 2026 Rokiem Profilaktyki Zdrowotnej. W połowie lutego - z inicjatywy wicemarszałek Sejmu Moniki Wielichowskiej i Instytutu Rozwoju Onkologii OncoFuture - zorganizowano w Sejmie konferencję „Wyzwanie profilaktyki onkologicznej 2026 - zwiększamy zgłaszalność, generujemy zyski”. W trakcie spotkania omówiono znaczenie wzmocnienia roli profilaktyki w trzech

istotnych obszarach: raku piersi, raku jelita grubego oraz raku szyjki macicy.

Obecny na konferencji prof. Paweł Koczkodaj, kierownik Pracowni Prewencji Pierwotnej i Polityki Zdrowotnej w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie, zwrócił uwagę na niepokojące statystyki zgłaszalności do programów przesiewowych. Według danych Narodowego Funduszu Zdrowia (stan na 1 lutego 2026 r.) spośród wszystkich uprawnionych do korzystania z tych programów uczestniczy w nich odpowiednio 32,3 proc. w raku piersi, 15,43 proc. w raku jelita grubego i 12,35 proc. w raku szyjki macicy.

Zdaniem ekspertów Polskiego Towarzystwa Onkologicznego w zakresie profilaktyki onkologicznej konieczne jest wzmocnienie działań mogących przynieść szybki efekt. Wśród obszarów łatwych do zmian wskazano m.in. usprawnienie systemu zaproszeń i przypomnień, lepsze wykorzystanie narzędzi cyfrowych, regionalne zarządzanie działaniami - szczególnie na obszarach, gdzie wskaźniki uczestnictwa Polek i Polaków są najniższe.

O profilaktyce schorzeń dna miednicy pamiętano również 20 lutego - tego dnia na całym świecie obchodzono Międzynarodowy Dzień Uroinekologii. Z tej okazji World Federation of Incontinence and Pelvic Problems (www.wfipp.org) przygotowała szereg materiałów edukacyjnych, za pośrednictwem których podnosi świadomość społeczeństwa na temat uroinekologii, pokazuje możliwości leczenia schorzeń dna miednicy, a jednocześnie wspiera pacjentów, zachęcając do otwartych rozmów o ich problemach.

Rak prostaty - czy jest szansa na poprawę opieki?

O planach resortu zdrowia związanych ze wzmocnieniem profilaktyki i opieki nad pacjentami z rakiem prostaty oraz pęcherza moczowego dowiedzieliśmy się z odpowiedzi na interpelację poselską Marcina Józefaciuka. Według wiceministra zdrowia Tomasza Maciejewskiego pacjenci mogą obecnie korzystać z badań w ramach programu Moje Zdrowie oraz pilotażowego programu badań przesiewowych dla mężczyzn, jaki prowadzi Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu.

- Ewentualne wdrożenie nowego programu badań przesiewowych wymaga dysponowania solidnymi, jednoznacznymi dowodami naukowymi potwierdzającymi skuteczność takich badań w poprawie rokowań pacjentów oraz ich opłacalność zdrowotno-ekonomiczną. Równoległe (...) trwają prace związane z wdrażaniem modelu unitów urologicznych [w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej - przyp. red.], które mają na celu kompleksową i koordynowaną opiekę nad pacjentami z nowotworami urologicznymi - zapewnił wiceminister Tomasz Maciejewski. Przypomniał również, że Krajowa Sieć Onkologiczna ma wprowadzić wystandaryzowane „ścieżki pacjenta”, które mają objąć najważniejsze nowotwory, w tym również raka pęcherza moczowego oraz raka gruczołu krokowego. - Ich głównym celem jest wspieranie podejmowania decyzji klinicznych, racjonalizacja procesu leczenia oraz zapewnienie pacjentom najwyższej jakości opieki zdrowotnej, zgodnej z aktualnym stanem wiedzy medycznej - przypomniał wiceminister zdrowia.

Co nowego w refundacji?

W pierwszym kwartale 2026 r. resort zdrowia przygotował 243 decyzje w sprawie kontynuacji refundacji oraz pozytywne decyzje refundacyjne dla 16 nowych terapii - 14 onkologicznych i 2 nieonkologicznych. Kwietniowe wykazy leków refundowanych nie przyniosły jednak istotnych zmian dla chorych zmagających się z rakiem prostaty. Trwający proces refundacyjny dla leku Lutetium (177Lu-PSMA-617) nie został rozstrzygnięty, mimo że po raz kolejny lek ten trafił na listę TOP 10 ONKO 2026, którą przygotowują eksperci Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej. Wyznacza ona priorytety refundacyjne dla Polski.

- Postępowanie refundacyjne i negocjacje dotyczące tej terapii trwają. Zaproponowaliśmy, jako ministerstwo, dobrą i kompromisową ofertę firmie dostarczającej terapię. Z troski o pacjenta jesteśmy gotowi rozważyć objęcie refundacją tego leku i liczymy, że firma, która również deklaruje troskę o pacjenta, naszą ofertę przyjmie - zapewniła podczas konferencji prasowej w gmachu Ministerstwa Zdrowia wiceminister Katarzyna Kacperczyk.

Pacjenci z rakiem pęcherza pełni obaw

Brak rozstrzygnięcia negocjacji refundacyjnych zaniepokoiło szczególnie pacjentów mierzących się z rakiem pęcherza. Ta grupa czeka bowiem na efekty procesu refundacyjnego dla terapii skojarzonej enfortumabem wedotyny i pembrolizumabem (EV+P) w pierwszej linii leczenia raka urotelialnego.

- Z informacji pozyskanych przez nas bezpośrednio od podmiotów odpowiedzialnych wynika, że proces ten znalazł się w krytycznym impasie (...). Szczególny niepokój budzi fakt wydania w ostatnim czasie negatywnych rozstrzygnięć, które odmawiają kontynuowania negocjacji, pomimo istotnej skuteczności klinicznej - napisały we wspólnym piśmie do wiceminister Katarzyny Kacperczyk trzy organizacje pacjentów: Fundacja Wygramy Zdrowie, Stowarzyszenie Onkologiczne Sanitas oraz Stowarzyszenie „UroConti”. Pacjenci wskazali również, że z tych samych źródeł wiedzą, że od listopada 2025 r. urzędnicy ministerstwa nie znaleźli czasu na merytoryczne spotkanie, w trakcie którego wypracowane byłyby warunki finansowe akceptowalne dla publicznego płatnika. To, czego najbardziej obawiają się, to ryzyko umorzenia postępowania oraz konieczność rozpoczęcia całego procesu od nowa.

Strona społeczna zaapelowała do wiceminister zdrowia o wyznaczenie terminów spotkań z przedstawicielami podmiotów odpowiedzialnych. Pacjenci domagają się również transparentności w dialogu oraz wypracowania rozwiązań systemowych, które pozwoliłyby na priorytetowe potraktowanie tej grupy chorych, przy jednoczesnym kontrolowaniu wpływu refundacji nowego schematu na budżet publicznego płatnika.

NFZ szuka oszczędności

Cieniem na przyszłość systemu ochrony zdrowia kładzie się pogarszająca się sytuacja finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia. W ostatnich tygodniach płatnik przygotował propozycję zmian w zakresie płatności za świadczenia wykonane ponad przewidziany kontrakt placówki medycznej - tzw. nadwykonania. Jak tłumaczy się NFZ, nowa propozycja ma pozwolić na utrzymanie równowagi pomiędzy wpływami a kosztami założonymi w planie finansowym na dany rok.

- Największy udział w świadczeniach nie-limitowanych mają świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na przestrzeni lat liczba świadczeń w tym zakresie wzrosła niewiele, bo o 20 proc., natomiast ich wartość poszybowała o 152 proc. Kupujemy więc tylko nieco więcej świadczeń za ogromne pieniądze - wskazał Filip Nowak, prezes NFZ. Jednocześnie zapewnił, że płatnik nie chce wracać do limitów, dlatego zaproponowano, by w przypadku nadwykonań w diagnostyce kosztochłonnej w takich obszarach jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, gastroscopia i kolonoskopia przyjąć nowe zasady rozliczania. NFZ chce po wyczerpaniu środków w ramach podpisanej umowy za kolejne świadczenia realizowane już w formie nadwykonania płacić 40 proc. pierwotnej wartości. Zmianie uległby także sposób rozliczania - płatności za nadwykonania miałyby być realizowane nie na koniec kwartału, jak ma to obecnie miejsce, ale na koniec danego roku.

Pacjenci nie chcą płacić zdrowiem

Sprzeciw wobec zaproponowanej formy rozliczeń nadwykonań zgłosili dyrektorzy szpitali powiatowych zrzeszeni w Ogólnopolskim Związku Pracodawców Szpitali Powiatowych (OZPSP). W piśmie do prezesa NFZ wskazali, że przyjęcie limitu na poziomie 40 proc. finansowania świadczeń ponadlimitowych uderzy w pacjentów, szpitale powiatowe, a także będzie długofalowo wpływać na stabilność systemu ochrony zdrowia.

Zdaniem prezesa OZPSP Waldemara Malinowskiego przyjęcie rozwiązania oznacza przywrócenie limitów i sprawi, że szpitale będą wstrzymywały wykonywanie badań po wyczerpaniu się kontraktów. Związek zaapelował o zapewnienie finansowania badań diagnostycznych w ramach AOS na poziomie pokrywającym rzeczywiste koszty, a także dostosowanie wartości kontraktów do realnych potrzeb pacjentów.



Przeciwko ograniczeniom w finansowaniu nadwykonań wystąpili również pacjenci. Podczas konferencji „Cięcia w NFZ i ich wpływ na zdrowie pacjentów” szeroka reprezentacja środowiska pacjentów zaapelowała do rządu o szukanie pieniędzy dla pogrążającego się w deficycie Narodowego Funduszu Zdrowia. Zdaniem Joanny Frątczak-Kazany, wicedyrektorki Onkofundacji Alivia, nie można dopuścić do sytuacji, w której rząd szukać będzie oszczędności po stronie pacjentów wymagających świadczeń zdrowotnych. Przedstawiciele pacjentów przyznali, że trudna sytuacja finansowa NFZ nie jest zaskoczeniem, bo problem ten został zasygnalizowany już jesienią 2024 r. przez ekspertów Federacji Przedsiębiorców Polskich. Niestety dopiero na jesieni 2025 r. w resorcie zdrowia zaczęto szukać rozwiązań, które mogłyby pomóc we wdrożeniu systemowych oszczędności.

- W fundacji na co dzień dodajemy pacjentom odwagi. Teraz apelujemy do rządzących o odwagę. Wiemy, że zaniebdania są wieloletnie, ale będziemy was wspierać! Oczekujemy po prostu solidaryzmu - podkreśliła przedstawicielka Alivii.

ntm.pl



**Szukasz informacji
o inkontynencji?**

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



www.ntm.pl



UroConti



Choroby dna miednicy mogą stać się również Twoim problemem, dlatego rozlicz swój PIT z nami!

POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAZUJĄC SWOJE

1,5%

**Stowarzyszenie „UroConti”
numer KRS: 0000276415**

Nasze oddziały: Bydgoszcz · Gdańsk · Kraków · Łódź · Lublin · Poznań · Warszawa · Wrocław

Więcej informacji o tym jak przekazać 1,5% na www.uroconti.pl