Kwartalnik NTM

ISSN 1733-2826

nr 1 (20) 2007
cena: 9.50 zł
(w tym 0% VAT)

CO NAM PRZYNIESIE USTAWA PIELĘGNACYJNA?

BIOMATERIAŁY W UROGINEKOLOGII

Pracownie uodynamiczne w Małopolsce

Leczenie z użyciem taśm - woj. łódzkie

Co ważniejsze: szpital czy pacjent?

W kolejnych miesiącach będziemy coraz częściej słyszeć o powstającej ustawie pielęgnacyjnej. Osoby starsze, często przewlekle chore i niepełnosprawne, bardzo jej potrzebują. Jeżeli będzie promowała opiekę domową połączoną z rehabilitacją, to z pewnością należy życzyć sobie, aby jej twórcy doprowadzili ten projekt do legislacyjnego finału.

Niestety jest to jeden z nielicznych projektów, o którym można powiedzieć, że reformuje nasz system. Pogoń za ratowaniem kolejnych szpitali ministrów zdrowia, którzy często traktują tę posadę jako chwilową przerwę w pełnieniu funkcji kierowniczych w szpitalach właśnie, zaczyna doprowadzać nas na skraj absurdu. Wiele się słyszy jak wielkim problemem jest zadłużenie szpitali i korupcja źle wynagradzanych lekarzy. Jednocześnie coraz częściej dowiadujemy się, że jedynym panaceum na to wszystko jest zwiększenie budżetu na ochronę zdrowia.

Strategia polegająca na wyciąganiu z kieszeni podatników coraz większych pieniędzy, nie poprawi sytuacji pacjentów. Zahamuje jedynie na chwilę dalszą zapaść tego systemu. Rząd wyraźnie obawia się odważnych reform polegających na głębokich zmianach systemowych. Widać to przy refundacji leków oraz zaopatrzeniu w wyroby medyczne. Zamiast jak najszybciej zaprojektować i wdrożyć system informatyczny kontrolujący wypisywanie leków refundowanych, rząd oferuje jedynie coraz więcej generyków, pozbawiając Polaków dostępu do leków nowoczesnych. W wyrobach medycznych mamy podobną strategię chowania głowy w piasek. Brak woli zmiany w zasadach refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, nabija kieszenie nieuczciwym dystrybutorom. Wykorzystują oni fatalnie skonstruowane przepisy, sprowadzając masowo po horrendalnych marżach na koszt państwa, wątpliwej jakości produkty ze wschodu z wątpliwą korzyścią dla pacjenta.

Dlaczego kolejne polskie rządy tak obawiają się wprowadzenia zasady podążania pieniędzy za pacjentem? Dlaczego sztucznie utrzymują przy życiu szpitale, do których pacjenci przychodzą tylko dlatego, że jest tam jeszcze limit, a w szpitalu w którym chcieliby naprawdę się leczyć, limit już się skończył? Tylko konkurencja między szpitalami, a także między dzisiaj nieistniejącymi funduszami realizującymi w naszym imieniu opłaty za nasze leczenie, może doprowadzić do podniesienia jakości świadczeń medycznych. Takie zmiany zagwarantują również realne, długoterminowe perspektywy wzrostu wynagrodzenia lekarzy, szczególnie tych najlepszych. Jeżeli osoby odpowiedzialne za politykę zdrowotną tego nie zrozumieją, dalej będziemy pasjonować się jedynie aferami i rachowaniem lekarzy opuszczających nasz kraj.

Tomasz Michałek

Spis treści 1 (20) 2007

USTAWA PIELĘGNACYJNA 4-8
Perspektywy rozwoju w Polsce systemu społecznego wsparcia osób niesamodzielnych E. Szwałkiewicz
Czekając na opiekę M. Banaszak
Ubezpieczenie pielęgnacyjne - z jakim zaopatrzeniem w srodki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne? lek. T. Bochenek

Naturalne biomateriały w uroginekologii dr J. Tomaszewski 9
Trzymaj się drogowskazów M. Banaszak 12

Chorobliwe poczucie niechcianego wstydu prof. T. Tołłoczko 13
Refundacja pieluch w Republice Czeskiej 14
Niezbędne minimum M. Kowalewska, R. Jackiewicz 15
PFRON dofinansowuje zakup środków wchłaniających 15

WYWIAD 16-17
Właściwy priorytet - wywiad z B. Zacharskim z Izby POLMED
Koszyk świadczeń powinien wiele uporządkować - wywiad z posłanką M. Stryjską

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE
Protezy powietrzne w rankingu wojewódzkich oddziałów NFZ 18
Rola rehabilitacji domowej J. Góralczyk 19
APARATY SŁUCHOWE Duże dysproporcje w regionach 19

Pracownie urodynamiczne w Małopolsce 20
Operacje z użyciem taśm w woj. łódzkim 21

LISTY 22

Kwartalnik NTM

Redaktor Naczelny: Tomasz Michałek
Sekretarz Redakcji: Magdalena Kowalewska
Z-ca Sekretarza Redakcji: Joanna Kanabrocka
Komitet redakcyjny:
dr med. Piotr Dobroński, dr med. Piotr Radziszewski
Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie
Zespół redakcyjny: Joanna Barańska,
Karolina Ciepiela, Elżbieta Mamos, Iza Marcisz
Komentatorzy: Józef Góralczyk,
Elżbieta Szwałkiewicz, Maria Weber
Zdjęcia: Dominik Skurzak;
Rysunek: Dariusz Pietrzak
Dyrektor ds. produkcji: Stanisław Mazur
Opracowanie graficzne: Dariusz Bochniak
Adres redakcji:
ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa
tel.: (22) 46 36 400, fax: (22) 533 62 93
e-mail: ntm@ntm.pl, magdalena.kowalewska@ntm.pl

Infolinia: 0 801 800 038
www.ntm.pl

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów.
Nakład 4000 egzemplarzy.

Program Prospołeczny „NTM - Normalnie Żyć"

Wydawca:
Studio PR
Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

Do Czytelników

Oddajemy do Państwa rąk pierwszy numer Kwartalnika w 2007 r. Tematem przewodnim tego wydania jest ustawa o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, nad którą trwają obecnie prace w Ministerstwie Zdrowia. Celem ustawy jest stworzenie systemu wsparcia dla osób starszych i niesamodzielnych, który w sposób dostateczny zaspokoi potrzeby tych osób m.in. w zakresie higieny ciała, bezpieczeństwa socjalnego czy w prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Elżbieta Szwałkiewicz, krajowy konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, przedstawia w swoim artykule założenia ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Do jej rozważań dołączają się Marta Banaszak oraz Tomasz Bochenek, przedstawiając możliwe rozwiązania na podstawie doświadczeń innych krajów oraz dotyczące zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

W dziale dotyczącym leczenia przedstawiamy artykuł dr. J. Tomaszewskiego na temat biomateriałów stosowanych w uroginekologii, a także rekomendacje PTG dotyczące postępowania z pacjentkami, u których wystąpiło nietrzymanie moczu.

Polecamy również Państwu artykuł prof. Tadeusza Tołłoczko, wieloletniego rektora Akademii Medycznej w Warszawie, na temat poczucia wstydu, który bardzo często towarzyszy dolegliwości NTM.

Ze względu na aktualną potrzebę zmian w zaopatrzeniu w refundowane środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne, kontynuujemy na łamach naszego pisma dyskusję na ten temat. Przedstawiamy Państwu propozycję Rady Naukowej ds. Problemu NTM dotyczącą zmian w rozporządzeniu ministra zdrowia na temat zasad refundacji środków wchłaniających. Publikujemy także wywiady z Bogdanem Zacharskim z Izby Gospodarczej POLMED, a także z posłanką PiS Małgorzatą Stryjską.

W numerze również ranking oddziałów NFZ pod względem zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, analiza zabiegów operacyjnych NTM z użyciem taśm dokonywanych w województwie łódzkim, wykaz pracowni urodynamicznych w Małopolsce, a także listy od pacjentów wraz z odpowiedziami naszych konsultantów medycznych. Serdecznie zapraszamy do lektury!

Magdalena Kowalewska

Honory dla Profesora

Profesor Tadeusz Tołłoczko, wieloletni rektor Akademii Medycznej w Warszawie, członek Rady Naukowej ds. Problemu NTM, otrzymał tytuł doktora honoris causa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Panie Profesorze, serdecznie gratulujemy!

Perspektywy rozwoju w Polsce systemu społecznego wsparcia osób niesamodzielnych

Elżbieta Szwałkiewicz
Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

W Polsce, podobnie jak w innych krajach, obserwujemy systematycznie rosnącą przeciętną długość życia. Populacja powyżej 65 roku życia, która obecnie przekroczyła 4 miliony, według GUS ma być podwojona do roku 2030. Przybywa także ludzi w podeszłym wieku. Do 2010 r liczba osób powyżej 85 lat wzrośnie do pięciuset tysięcy, a w 2030 r. dojdzie do prawie ośmiuset tysięcy. Rośnie także skuteczność medycyny w leczeniu chorób i urazów, co skutkuje narastającą liczbą osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Jak wynika z badań statystycznych, ponad 1/3 dorosłych Polaków (13,9 mln osób) deklaruje występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych, trwających co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania chorób przewlekłych rośnie wraz z wiekiem. I tak w grupie wiekowej 60-latków, blisko 73% choruje na co najmniej jedną chorobę przewlekłą, a w grupie osób powyżej 70 roku życia ponad 84%. Starości często towarzyszy wielochorobowość i ograniczona samodzielność połączona z niskim standardem materialnym.

Tak istotne zmiany demograficzne i epidemiologiczne mają wpływ zarówno na system świadczeń społecznych nadzorowanych przez państwo, jak też na rynek dóbr i usług nabywanych przez ludzi starych i niesamodzielnych w celu zaspokojenia ich potrzeb i zabezpieczenia egzystencji w godziwych warunkach. Przeprowadzone analizy potwierdziły, że obecny stan prawny nie zabezpiecza tym osobom, w sposób dostateczny, zaspakajania podstawowych potrzeb w zakresie odżywiania, poruszania się, higieny ciała, bezpieczeństwa socjalnego oraz prowadzeniu gospodarstwa domowego.

Społeczna skala wyżej opisanych zjawisk i niewydolność systemu spowodowały, że Rząd Polski uznał za jeden z priorytetów swego działania stworzenie systemu wsparcia zabezpieczającego potrzeby starzejącego się społeczeństwa. Ponieważ każdy człowiek jest zagrożony utratą zdrowia i samodzielności, uznano, wzorem innych państw, potrzebę ubezpieczenia ryzyka niesamodzielności, podobnie jak ubezpieczono już ryzyko choroby. Aktualnie w Ministerstwie Zdrowia trwają prace nad projektem ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, która będzie podstawowym źródłem finansowania opieki długoterminowej i przyczyni się do szybkiego rozwoju rynku usług na rzecz osób niesamodzielnych.

Ustawa określi m.in.: zasady ubezpieczenia pielęgnacyjnego, warunki udzielania i zakres świadczeń, zasady i tryb finansowania tych świadczeń, zadania władz publicznych w zakresie równego dostępu do tych świadczeń oraz zasady funkcjonowania, organizację i zadania podmiotów realizujących ubezpieczenie pielęgnacyjne, a także zasady sprawowania nadzoru i kontroli.

Wydolność systemu ochrony zdrowia i pomocy społecznej zależeć będzie od stworzenia jednolitego systemu orzecznictwa o poziomie niezdolności do samodzielnej egzystencji, który by kwalifikował do uzyskania określonych świadczeń z ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Przyjęto trzy stopnie niesamodzielności warunkujące zakres i czas trwania pomocy.

Założenia do ustawy opierają się na dwóch podstawowych zasadach: prymatu pielęgnacji domowej nad opieką stacjonarną oraz pierwszeństwa profilaktyki i rehabilitacji przed pielęgnacją. Oznacza to, że każda osoba przed orzeczeniem niesamodzielności powinna być objęta programem rehabilitacyjnym ukierunkowanym na wyprowadzenie z niesamodzielności oraz powinna być podjęta próba zorganizowania opieki w miejscu zamieszkania. Przy opracowywaniu założeń do ubezpieczenia pielęgnacyjnego podkreślano, że powinno ono być oparte na zasadzie solidarności społecznej oraz mieć charakter powszechny i obowiązkowy. Obowiązkowi ubezpieczenia powinny podlegać wszystkie osoby objęte ubezpieczeniem zdrowotnym. Powstały ze składek ubezpieczeniowych fundusz pielęgnacyjny zarządzany będzie przez struktury podobne do struktur Narodowego Funduszu Zdrowia. W założeniach do ustawy pielęgnacyjnej, w katalogu świadczeń, zaproponowano m.in.: usługi pielęgnacyjne w miejscu zamieszkania i w domach opieki, szkolenia dla opiekunów nieprofesjonalnych, usługi wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego i wspomagającego pielęgnowanie, refundację kosztów zakupu sprzętu pielęgnacyjnego oraz środków pomocniczych niezbędnych w pielęgnacji (w zakresie nie objętym refundacją ze środków NFZ), pielęgnację całodobową w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej, pielęgnację i opiekę półstacjonarną (dzienną lub nocną), programy prewencyjne i rehabilitacyjne. Za ideę nadrzędną uznano kompensowanie utraconej sprawności. Stąd wywodzi się obowiązek działania wszystkich podmiotów ubezpieczenia na rzecz ograniczania skutków utraconej sprawności w celu zapobiegania pogłębianiu się niesamodzielności.

Ustawa o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym będzie miała wpływ nie tylko na poprawę bezpieczeństwa i jakości życia osób niesamodzielnych, ale także wytyczy nowe drogi rozwoju dla pielęgniarstwa oraz przyczyni się do powstania nowych zawo-

dów opiekuńczych, a to wpłynie na ograniczenie bezrobocia wśród kobiet.

Ponieważ zaspokajanie potrzeb człowieka niesamodzielnego różni się zasadniczo od realizacji świadczeń leczniczych na jego rzecz, niezbędne jest przyjęcie koncepcji pielęgnowania, która byłaby wspólna dla wszystkich profesjonalistów niosących pomoc osobie niesamodzielnej. To zadecyduje o skutecznej kompensacji utraconej sprawności i zwiększeniu zakresu niezależności, co jest najbardziej pożądanym stanem wszystkich ludzi.

Szczególną uwagę zwraca się na zawody opiekuńcze, które będą stanowić podstawową kadrę. Nie ulega wątpliwości, że w Polsce zawód opiekunki, istniejący zaledwie jako nazwa w kilku aktach prawnych, funkcjonuje w sposób pozostawiający wiele do życzenia. Uznano za pilne podjęcie działań na rzecz profesjonalizacji zawodu opiekunki oraz poprawy jakości opieki nad osobami przewlekle chorymi, niepełnosprawnymi i w podeszłym wieku. W Ministerstwie Zdrowia rozpoczęte zostały prace ukierunkowane na wpisanie do ustawy o zawodach medycznych zawodu opiekunki. Należy spodziewać się, że w wyniku tych prac zostanie określony nie tylko zakres zadań, kompetencji i odpowiedzialności, ale także zasady etyczne obowiązujące w każdym działaniu na rzecz osób chorych i niesamodzielnych.

Niezbędne będzie także opracowanie ramowych programów kursu kwalifikacyjnego dla opiekunek i kursów specjalistycznych, w podstawowych zakresach, np.:

- podstawowej pielęgnacji,
- podnoszenia i przemieszczania osób z dysfunkcją narządu ruchu,
- profilaktyki odleżyn,
- pielęgnowania osób z nietrzymaniem moczu,
- komunikowania i wspierania procesu leczenia,
- dokumentowania czynności opiekuńczych.

Żeby zabezpieczyć jednolity poziom jakości usług opiekuńczych poza przekazaniem wiedzy i wykształceniem umiejętności, opiekunki powinny mieć do dyspozycji przewodnik zawierający opis koncepcji pielęgnowania, metody, zasady i instrukcje wykonywania poszczególnych procedur pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

W związku z tym niezbędne jest nie tylko ustawowe określenie gwarantowanego koszyka świadczeń, ale ich standaryzacja ze zwróceniem uwagi na różnicę pielęgnacyjnych realizacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych jako świadczeń samodzielnych oraz jako świadczeń towarzyszących świadczeniom leczniczym. Będą wyliczone koszty poszczególnych procedur opiekuńczych i terapeutycznych oraz koszty osobowe i rzeczowe osobodnia opieki stacjonarnej. Przełoży się to zarówno na wysokość składki ubezpieczeniowej jak i na stawki jakie kasa pielęgnacyjna będzie wypłacała świadczeniodawcom za zrealizowanie opieki.

Niezbędne jest opracowanie wzorów obowiązującej dokumentacji pielęgnacji i opieki. Istotne jest także opisanie zasad nadzoru nad jakością pielęgnacji i opieki, wraz z wypracowaniem narzędzi do nadzoru i oceny jakości, jednolitych dla całego kraju.

Okres przygotowawczy do wdrożenia ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym będzie obfitował w liczne spotkania oraz szkolenia liderów, organizatorów i wykładowców kursów dla opiekunek.

Wprowadzenie ubezpieczenia pielęgnacyjnego ustali warunki gwarantujące bezpieczeństwo wszystkich podmiotów uczestniczących w systemie, a więc płatnika, świadczeniodawcy i świadczeniobiorcy.

Z uwagi na znaczenie społeczne i skalę problemów związanych z organizowaniem opieki nad prawie milionową grupą osób przewlekle chorych i niesamodzielnych, należy spodziewać się, że projekt ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym będzie przedmiotem ożywionej dyskusji obywatelskiej, medialnej oraz debaty parlamentarnej.

Ponieważ temat jest nowy poniżej podaję podstawowe pojęcia związane z niesamodzielnością, które pomogą w bardziej precyzyjnym wyrażaniu własnych poglądów na temat wprowadzenia ubezpieczenia pielęgnacyjnego. ■

Świadczenie pielęgnacyjne - pomoc w niezbędnych, regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego, tzw. podstawowa pielęgnacja, w zakresie:
* higieny osobistej (mycie ciała, higiena jamy ustnej, czesanie, golenie, higiena osobista w związku z wydalaniem)
* żywienia (przygotowanie pokarmów do spożycia, jedzenie i picie)
* poruszania się (opuszczanie i wracanie do łóżka, ubieranie i rozbieranie, wstawanie i chodzenie, chodzenie po schodach, wychodzenie z mieszkania i wracanie do niego).

Świadczenie pielęgnacyjne rzeczowe - środki pomocnicze i wyroby medyczne oraz sprzęt wspomagający codzienną aktywność i pielęgnację.

Świadczenie towarzyszące pielęgnacji - zakwaterowanie i wyżywienie w zakładzie opieki zdrowotnej lub domu pomocy społecznej (opieka całodobowa lub całodzienna).

Świadczenie opiekuńcze - towarzyszenie i pomoc w niezbędnych regularnie powtarzanych czynnościach dnia codziennego w zakresie prowadzenia gospodarstwa domowego i bezpieczeństwa oraz podtrzymania aktywności społecznej (zakupy, gotowanie, sprzątanie mieszkania, zmywanie, wymiana i pranie bielizny oraz odzieży, ogrzewanie, towarzyszenie do urzędów, przychodni, sklepów itp.).

Pielęgnacja - odnosi się do oddziaływania na ciało.

Opieka - odnosi się do oddziaływania na otoczenie w celu zachowania bezpieczeństwa.

Opieka długoterminowa - to działania opiekuńcze, pielęgnacyjne i terapeutyczne, świadczone w dłuższym okresie czasu lub stale osobom, które w związku z chorobą lub urazem są niepełnosprawne i niezdolne do samodzielnej egzystencji.

Niesamodzielność - jest stanem długotrwałego lub trwałego uzależnienia od pomocy innych, w zakresie codziennej aktywności życiowej. Niesamodzielność - to długotrwała lub trwała zależność od pomocy innych osób, o różnym stopniu nasilenia. Pojęcie niesamodzielności w kontekście założeń do ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym odnosi się jedynie do podstawowych potrzeb człowieka. Niesamodzielność może być: umiarkowana, znaczna i całkowita.

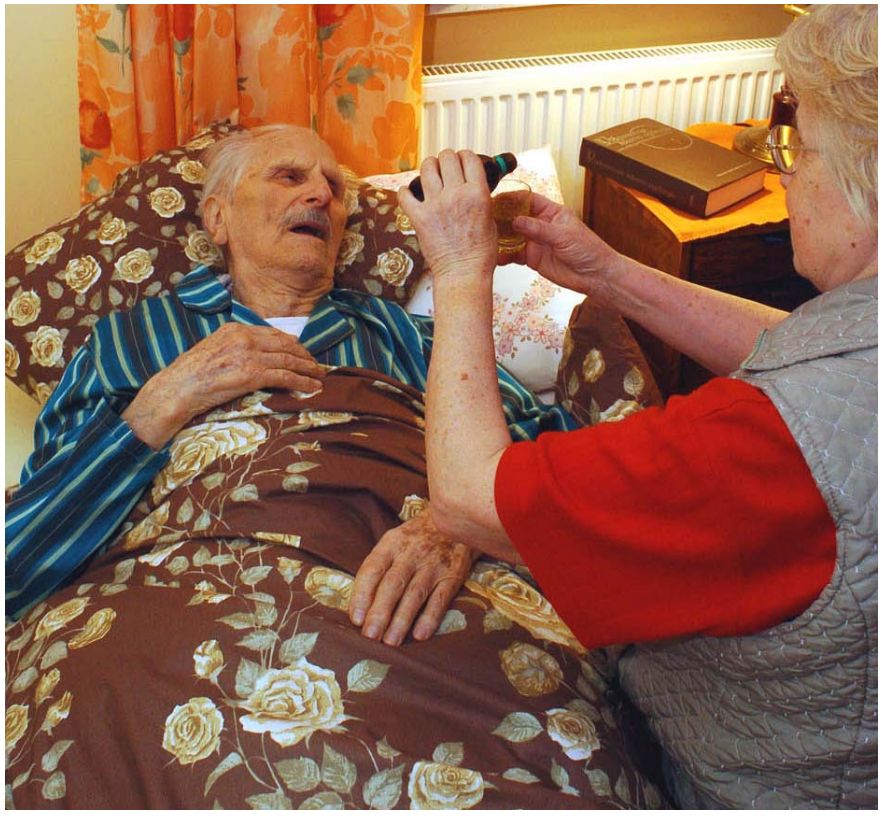
Osoba niesamodzielna - to osoba, która z powodu, choroby, urazu, wady wrodzonej lub wieku, w okresie dłuższym niż 6 miesięcy jest niezdolna do samodzielnego funkcjonowania w codziennym życiu. Osoba niesamodzielna z powodu ograniczonej zdolności do samoopieki wymaga codziennej pomocy osoby drugiej w utrzymaniu bezpiecznych warunków życia, a szczególnie w zakresie podstawowej pielęgnacji i prowadzenia gospodarstwa domowego.

Podstawowa pielęgnacja - obejmuje wspomaganie osoby niesamodzielnej w zachowaniu kontroli nad życiem oraz w codziennych czynnościach fizjologicznych niezbędnych do utrzymania zdrowia i funkcjonowania społecznego.

Prace nad ustawą o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym

Czekając na opiekę

Marta Banaszak



Wzrost przeciętnej długości życia, proces starzenia się społeczeństw oraz przemiany w strukturze i funkcjonowaniu rodziny wyznaczają organizatorom życia społecznego nowe zadania. W krajach Europy Zachodniej potrzeby osób, które z racji wieku, chorób, urazów czy wad wrodzonych nie są w stanie samodzielnie egzystować, są od lat uwzględniane w polityce społecznej i zdrowotnej. Polska pod tym względem jest na razie na etapie raczkowania. Rozwój rynku usług na rzecz osób niesamodzielnych, czyli świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, opieki długoterminowej oraz dostęp do nich ma zapewnić ustawa o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. W Ministerstwie Zdrowia trwają aktualnie prace nad jej projektem.

Sytuacja osób niesamodzielnych z racji wieku, chorób, urazów czy wad wrodzonych jest w Polsce bardzo trudna. Brak spójnego systemu zapewniającego pomoc sprawia, że opieka nad taką osobą pozostaje rozproszona między poszczególnymi sektorami życia publicznego. Z jednej strony mamy niewydolny w tym zakresie system opieki zdrowotnej, z drugiej również nieprzystosowany do faktycznych potrzeb osób niesamodzielnych system opieki społecznej. Brak określonych zasad udzielania pomocy osobom niesamodzielnym oraz niewystarczająca współpraca między wspomnianymi sektorami, odbijają się negatywnie nie tylko na pacjencie, ale również jego rodzinie. Rodzina natomiast starając się sprostać wybranym oczekiwaniom bliskiej osoby, czuje się osamotniona i często bezradna. W efekcie pomoc niesiona osobie niesamodzielnej w polskiej rzeczywistości ma charakter zazwyczaj nieformalny i jest fragmentaryczna, niepełna, chaotyczna i nie uwzględnia wszystkich jej potrzeb.

Stworzenie jednolitego i efektywnego systemu opieki nad osobą niesamodzielną ma zapewnić opracowywana obecnie w Ministerstwie Zdrowia ustawa o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym. Celem pracujących nad jej brzmieniem specjalistów jest stworzenie zapisów, które w sposób czytelny będą określały między innymi zasady ubezpieczenia pielęgnacyjnego, a także zakres, tryb finansowania oraz dostęp do wybranych usług przysługujących i świadczonych na rzecz osób niesamodzielnych.

Zadanie nie jest proste. Potwierdzają to między innymi specjaliści z innych krajów europejskich, w których mimo, że system opieki nad osobami niesamodzielnymi funkcjonuje już od lat, wciąż wymaga aktualizacji i dostosowania do obecnych potrzeb osób starszych, niesamodzielnych.

- Opieka nad osobami starszymi jest obecnie zbyt fragmentaryczna. Związek między decydentami a ich podejściem do opieki nad osobami starszymi jest bardzo niewielki - twierdzi doktor Kai Leichsenring z Europejskiego Centrum Pomocy Społecznej, koordynator badań PROCARE. - Zmienić to może stworzenie lepszej sieci komunikacyjnej między głównymi organizacjami opieki społeczno-medycznej, specjalistami i politykami, między innymi poprzez tworzenie lokalnych i regionalnych forów ułatwiających wymianę koncepcji oraz dyskusję nad metodami adaptacji nowych strategicznych celów.

Jak dodaje dr Kai Leichsenring, planowanie wspólnego dla krajów UE systemu opieki nad osobami starszymi i niesamodzielnymi jest tym trudniejsze, że w różnych krajach zadania te powierzane są różnym instytucjom.

- W krajach unijnych brakuje jednego podmiotu odpowiedzialnego za opracowywanie, wdrażanie i opłacanie polityki opieki długoterminowej - dodaje dr Kai Leichsenring. - Na przykład w Austrii działania te leżą w gestii przede wszystkim władz regionalnych, a w Finlandii Ministerstwa Zdrowia. W jednych więc krajach za opiekę nad osobami niesamodzielnymi odpowiadają władze centralne, w drugich - władze samorządowe.

Konieczna zmiana profilu

Przez to, że jeszcze nigdy dotąd polskie prawodawstwo nie było tak blisko jak obecnie uporządkowania zasad opieki nad osobami niesamodzielnymi, wszyscy wiążą z zapowiadaną ustawą wielkie nadzieje. Problem jednak w tym, że bez odpowiednio prowadzonych przygotowań do wprowadzenia jej w życie, trudno oczekiwać przełomu w zakresie poprawy dostępu pacjentów do świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych czy opieki długoterminowej. Zarówno w systemie opieki zdrowotnej jak i społecznej, obserwuje się w Polsce braki kadrowe (brakuje pielęgniarek, profesjonalnych opiekunów posiadających kwalifikacje w zakresie opieki długoterminowej) oraz problemy lokalowe.

- Baza łóżkowa jaką dysponujemy obecnie na oddziałach i w placówkach rehabilitacyjnych odpowiada mniej więcej jednej trzeciej faktycznego zapotrzebowania na ten rodzaj świadczeń - wyjaśnia Irena Błońska, dyrektor Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, przez kilka lat prowadząca Zakład Opiekuńczo-Leczniczy i Rehabilitacji Medycznej w Poznaniu. - Problem w tym, że placówki medyczne nie są zainteresowane świadczeniem usług rehabilitacyjnych ze względu na ich wycenę. Zmienić to może tworzona sieć szpitali. Zbyt niskie obłożenie łóżek zmusi wręcz dyrektorów do zmiany profilu całej placówki medycznej lub wybranych oddziałów na takie, na które jest największe zapotrzebowanie. A brakuje obecnie przede wszystkim łóżek długoterminowych oraz rehabilitacyjnych, które są niezbędne do wdrożenia w życie jednego z nadrzędnych założeń opracowywanej ustawy, mówiącego o pierwszeństwie profilaktyki i rehabilitacji przed pielęgnacją. Skoro każda osoba przed orzeczeniem niesamodzielności ma być objęta programem rehabilitacyjnym w celu podjęcia próby wyprowadzenia jej z niesamodzielności, potrzebny jest przystosowany do tego rodzaju zadań personel oraz miejsce.

Nie ma jak w domu

Innym oprócz pierwszeństwa profilaktyki i rehabilitacji przed pielęgnacją założeniem opracowywanej ustawy o powszechnym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym, jest prymat pielęgnacji domowej nad opieką stacjonarną. Zasada ta sprawdziła się już i jest nadal podtrzymywana w wybranych krajach europejskich, w których od lat obowiązuje hasło „opieka w domu, nie domy opiekuńcze" będące wyznacznikiem oficjalnej polityki państwa.

- Wsparcie ze strony rodziny jest postrzegane jako wynik zmian demograficznych i socjoekonomicznych we współczesnym społeczeństwie, podczas gdy jego potrzeba ze strony starzejącej się populacji wydaje się rosnąć - twierdzi profesor Emily Grundy, z Centrum Studiów nad Populacją, London School of Hygiene and Tropical Medicine. - Z najnowszych badań europejskich wynika, że możliwość opieki nad osobami starszymi, niesamodzielnymi w ramach wspólnot rodzinnych powiększy się w kolejnych 20-30 latach.

Wspomniane badania dowodzą, że w następnym ćwierćwieczu większy odsetek osób starszych będzie prawdopodobnie wciąż posiadało dzieci niż jakiekolwiek poprzednie pokolenia.

- Istnieją dowody na to, że dzieci te będą pomagać starzejącym się rodzicom - dodaje profesor Emily Grundy.

Przykładem państw, które stosują zasadę „opieka w domu, nie domy opiekuńcze", są między innymi Finlandia, Norwegia oraz Szwecja i Holandia. Pomoc domowa jest we wspomnianych krajach oferowana przez władze komunalne i obejmuje szeroki zakres świadczeń związanych z higieną osobistą, pomocą w prowadzeniu gospodarstwa domowego, a także udzielaniem wsparcia rodzinie osoby niesamodzielnej. Osoby wymagające opieki, która nie może być z różnych przyczyn zapewniona w środowisku domowym, mogą korzystać z opieki półstacjonarnej w domach dziennego pobytu i zakładach pielęgnacyjnych.

Wciąż dużym zainteresowaniem wśród osób starszych, samotnych, coraz mniej samodzielnych cieszą się w Europie Zachodniej domy, w których pensjonariusze mają własne mieszkania, ale są jednocześnie objęci opieką pielęgniarską, mają zagwarantowane posiłki i inną niezbędną im pomoc. Dla przykładu: w Niemczech mieszkania w takich domach mają charakter komunalny - po opuszczeniu ich przez dotychczasowych lokatorów, są one udostępniane innym osobom spełniającym określone kryteria, na przykład wiekowe. Pobyt w takim domu jest współfinansowany przez lokatora - dla przykładu w Finlandii opłaty za opiekę długoterminową nie mogą przekroczyć 80 procent miesięcznych dochodów pacjenta.

Domy opieki dla osób niesamodzielnych między innymi w Szwecji umożliwiają pacjentom również pobyt tymczasowy. W praktyce oznacza to, że taka osoba mieszka w domu opieki na przykład co drugi tydzień, na przemian z własnym domem. Rozwiązanie to ma być swojego rodzaju kompromisem chroniącym przed oddawaniem osób starszych i niesamodzielnych na stałe do tego typu placówek.

Mimo tak dobrej organizacji systemu dziennej opieki nad osobami niesamodzielnymi sprawowanej przez opiekunów, pracowników socjalnych czy pielęgniarki, nadal duże znaczenie ma zaangażowanie się w tego typu działania członków rodziny pacjenta. W Szwecji władze komunalne mogą nawet zatrudnić świadczących pomoc krewnych i wypłacą im wynagrodzenie. Możliwe jest także otrzymywanie przez 60 dni w roku specjalnego zasiłku z tytułu opieki nad osobą niesamodzielną, będącą członkiem rodziny lub przyjacielem. ■

Ubezpieczenie pielęgnacyjne - z jakim zaopatrzeniem w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne?

lek. Tomasz Bochenek, MPH
Instytut Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Idea utworzenia w Polsce nowego rodzaju ubezpieczenia, jakim ma być ubezpieczenie pielęgnacyjne, pojawiła się już wiele miesięcy temu. Nadal trwają prace nad ustawą, która powoła je do istnienia. Według planów rządowych ma to nastąpić prawdopodobnie już od 1 stycznia 2008r. Opinii publicznej nawet w ogólnym zarysie nie są jeszcze znane konkretne rozwiązania, które przyniesie nowa ustawa. Patrząc na kalendarz można dojść do wniosku, że nie będzie zbyt wiele czasu na społeczną dyskusję nad jej projektem wtedy, gdy zostanie on ujawniony. Warto zastanowić się już teraz, co ubezpieczenie pielęgnacyjne może zmienić w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne (wyroby medyczne).

Po pierwsze - kogo zmiany będą dotyczyć? Odbiorcą świadczeń pielęgnacyjnych będą najprawdopodobniej pacjenci spełniający kryterium niesamodzielności, a więc braku możliwości codziennego funkcjonowania w sposób niezależny od innych osób i przez odpowiednio długi okres czasu. Nie wiadomo, czy wymagany będzie określony minimalny okres opłacania składek, uprawniający do otrzymywania świadczeń pielęgnacyjnych. Gdyby był wymagany na przykład co najmniej roczny okres opłacania składek, w znaczny sposób ograniczona zostałaby ilość odbiorców świadczeń pielęgnacyjnych w pierwszym okresie obowiązywania ustawy. Oprócz pacjentów, na nowej ustawie powinni skorzystać także przedstawiciele zawodów i instytucji związanych z opieką zdrowotną, pielęgnacją osób starszych i niepełnosprawnych, a także z zaopatrzeniem w wyroby medyczne.

Po drugie - jakiego rodzaju świadczeń będzie dotyczyć ustawa pielęgnacyjna? Należy przypuszczać, że zakres świadczeń pielęgnacyjnych będzie raczej szeroki, kompleksowy i zawierał on będzie między innymi zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do pielęgnacji niesamodzielnego pacjenta. Przypuszczalnie zaopatrzenie pielęgnacyjne w praktyce dotyczyć będzie osób, którym zaopatrzenie w refundowane wyroby medyczne już przysługuje w oparciu o ustawę o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Tak więc uprawnienia z tytułu ubezpieczenia w ramach NFZ będą sumować się u większości pacjentów objętych ustawą pielęgnacyjną z uprawnieniami nowymi, przyniesionymi przez tę ustawę. Wydaje się, że korzystnym rozwiązaniem byłoby przyjęcie zasady wybiórczego uzupełniania zaopatrzenia NFZ-owskiego przez zaopatrzenie przysługujące z tytułu ubezpieczenia pielęgnacyjnego. Ustawa, a raczej jej rozporządzenia wykonawcze, powinny precyzyjnie określać, które wyroby medyczne posiadające związek z pielęgnacją przysługują pacjentom i na jakich zasadach. Częściowo lub w pełni refundowane powinny zostać niektóre wyroby medyczne, obecne nie ujęte w wykazach refundacyjnych gruntownie nie zmienianych już od wielu lat. Ustawa powinna także określić zasady dodatkowego finansowania tych środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych, które już obecnie refundowane są wprawdzie przez NFZ lecz wysokość refundacji lub ilości przysługujących wyrobów okazują się niewystarczające dla wielu pacjentów pozbawionych możliwości samodzielnego funkcjonowania. Przy dokonywaniu tego rodzaju ustaleń niezbędna będzie dokładna analiza potrzeb pacjentów i obecnego stanu rynku zaopatrzenia w wyroby medyczne oraz szerokie konsultacje społeczne.

Po trzecie - jaki będzie sposób finansowania wyrobów medycznych w oparciu o ustawę ubezpieczeniową? Wydaje się niewłaściwym, aby finansowanie odbywało się poprzez przyznawanie pacjentom lub ich opiekunom określonych sum pieniędzy bez możliwości dokładnej weryfikacji, czy rzeczywiście zostaną one wydane na oznaczony cel. Finansowanie w oparciu o umowy zawierane pomiędzy placówkami zajmującymi się dystrybucją wyrobów medycznych a instytucjami ubezpieczenia pielęgnacyjnego jest możliwe do wyobrażenia. Należałoby wykorzystać w tym zakresie sprawdzone i najlepsze doświadczenia kas chorych oraz NFZ z ostatnich lat. Być może, słuszne byłoby wykorzystanie istniejącego już NFZ-owskiego systemu refundacji zaopatrzenia w wyroby medyczne, przynajmniej do czasu, gdy ta instytucja przestanie zachowywać monopolistyczną pozycję na rynku powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

W tak pionierskim i poważnym przedsięwzięciu, jakim jest wprowadzanie w Polsce nowego ubezpieczenia dającego w zamierzeniu lepszą opiekę osobom niepełnosprawnym i starszym, błędem byłoby niewykorzystanie doświadczeń tych krajów, które podobny rodzaj ubezpieczenia wprowadziły już wcześniej. Najbliższe są nam pod tym względem Niemcy, gdzie ubezpieczenia pielęgnacyjne pojawiły się ponad 10 lat temu. Wśród wielu wniosków, które wyciągane są tam obecnie, należy przytoczyć konieczność zapewnienia od samego początku odpowiedniej dbałości o jakość świadczeń pielęgnacyjnych. Samo wprowadzenie nowych instytucji na rynek ubezpieczeniowy i przeznaczenie dodatkowych pieniędzy na świadczenia pielęgnacyjne nie rozwiąże problemu zapewnienia godnej i skutecznej opieki nad rosnącą rzeszą pacjentów, którzy z przyczyn zdrowotnych pozbawieni są możliwości samodzielnego sprawowania opieki nad sobą. ■

AKTUALNOŚCI

Uroton refundowany

Uroton - lek będący generycznym chlorowodorkiem oksybutyniny stosowanym w przypadkach nadreaktywności pęcherza - został wpisany na listę leków refundowanych ministra zdrowia. Refundacja w wysokości 70% dotyczy tylko osób ze stwardnieniem rozsianym. (SM). Na liście nadal brakuje leków przeznaczonych dla osób z idiopatycznym pęcherzem nadreaktywnym czy też dla osób z pęcherzem nadreaktywnym w przebiegu innych niż SM chochorób neurologicznych.

AM

Naturalne biomateriały w uroginekologii

Dr Jacek Tomaszewski
II Katedra i Klinika Ginekologii Operacyjnej AM w Lublinie

Klasyczne metody chirurgiczne stosowane w leczeniu zaburzeń statyki narządu płciowego opierają się na technikach wykorzystujących jako chirurgiczny materiał wzmacniający, własne, biologicznie niepełnowartościowe powięzie pacjentki. To postępowanie cechuje niedostateczna efektywność kliniczna, która wynika najprawdopodobniej z uszkodzenia lub zaburzeń struktury i wytrzymałości biomechanicznej tkanki łącznej powięzi przepony moczowo-płciowej kobiety z defektem statyki.

Od ponad dekady w uroginekologii mają zastosowanie nowoczesne, wysoce efektywne techniki zabiegowe oparte na operacyjnej rekonstrukcji lub wytworzeniu sztucznych więzadeł i/lub struktur powięziowych przepony moczowo-płciowej. Pozwala to na odtworzenie prawidłowej anatomii i funkcji narządów miednicy mniejszej kobiety i uzyskanie bardzo dobrych odległych wyników leczenia.

W uroginekologii operacyjnej do wzmocnienia i/lub odtworzenia powięzi i więzadeł używa się materiałów chirurgicznych pochodzenia syntetycznego lub naturalnego. Do grupy implantów naturalnych zalicza się materiały autologiczne (pobierane z ciała pacjentki), allogeniczne (inaczej heterogeniczne, pobierane z ciała innego pacjenta) oraz ksenogeniczne (pobierane od dawcy innego gatunku).

Alloplastyczne lub naturalne (autologiczne, allogeniczne, ksenogeniczne) implanty tworzą „rusztowanie" dla przerastającej je tkanki włóknistej (tabela). Skuteczność operacji z zastosowaniem siatek i taśm zawieszających zależy od reakcji włóknienia wywoływanej przez wszczepiony w tkankę materiał protezujący.

Materiały uzyskane z tkanek własnych pacjentki

Autologiczne pasma powięziowe pobierane są od pacjentki w pierwszym etapie operacji rekonstrukcyjnej. Implantowana w inne miejsce tkanka własna pacjentki nie daje zazwyczaj nasilonej reakcji typu „około ciała obcego". Przeszczepy autologicznych płatów powięziowych są dobrze tolerowane przez organizm pacjenta. Proces gojenia przebiega szybko, nawet w przypadku umieszczenia implantu w potencjalnie zakażonym polu operacyjnym. Ze względu na ryzyko powikłania w postaci przepukliny w miejscu pobrania tkanki autologicznej wielkość płata powięziowego jest ograniczona.

W uroginekologii grafty (płaty żywej tkanki, zawiesiny żywych komórek, etc.) stosowane są raczej w operacjach slingowych lub jako materiał do iniekcji okołocewkowych, niż rozległych zabiegach rekonstrukcyjnych.

Materiały pochodzące ze zwłok (allogeniczne, heterologiczne)

Pozyskiwane ze zwłok implanty allogeniczne preparowane są w specjalistycznych bankach tkanek. Materiały biologiczne pobierane ze zwłok (np. skóra, powięzie, opona twarda) powinny być pobrane i opracowane w ciągu najpóźniej 13-24 godzin od zgonu. Preparatyka laboratoryjna płatów, poprzedzona pobraniem posiewów bakteriologicznych, wykonywana jest w aseptycznych warunkach w niskiej temperaturze. Materiał musi być wolny od urazów czy ran oraz pozbawiony owłosienia. Zaawansowane technologicznie procedury laboratoryjne pozwalają na usunięcie frakcji komórkowych odpowiadających za antygenowość graftu, niszczą wirusy, bakterie i pozostałości kwasów nukleinowych, dezaktywują priony, a także umożliwiają wieloletnie przechowywanie.

Zagrożenia przy materiałach heterologicznych

W przypadku technik operacyjnych z zastosowaniem materiału ze zwłok istnieje niebezpieczeństwo odrzucenia przeszczepu związane z niekontrolowaną odpowiedzią immunologiczną biorcy. Drugim zagrożeniem jest możliwość infekcji związanej z przeniesieniem białek wirusowych HIV, HBV, HCV, wścieklizny, a także prionów (choroba Creutzfelda-Jacoba, choroba Kuru, rodzinna śmiertelna bezsenność), kiły, chorób nowotworowych i kolagenoz naczyniowych. Z tego powodu ważne jest, by materiał tkankowy nie został pobrany od osób przypadkowych.

Ryzyko zakażenia wirusem HIV poprzez implantację jest niskie i wynosi 1:8 000 000. Jest ono zdecydowanie mniejsze niż ryzyko zakażenia chorobą poprzez transfuzję krwi. Ryzyko przeniesienia choroby Creutzfelda-

Biomateriały stosowane w uroginekologii

NATURALNE

Autologiczne
- Mięśnie (*m. gracilis, m.rectus, m.piramidalis, m.levator ani, m.bulbo-cavernosus)*
- Więzadła
- Powięzie
- Tkanka tłuszczowa
- Elementy ściany pochwy
- Skóra
- Chondrocyty chrząstki ucha

Allogeniczne
- Pasma powięziowe *f.lata* lub *f.m. rectus* uzyskane ze zwłok (Faslata, Tutoplast)
- Liofilizofana dura mater (Lyodura)
- Bezkomórkowa skóra ludzka (Alloderm, Repliform, Dermaplant, Duraderm, Urogen, LifeCell)

Ksenogeniczne
- Macierz kolagenowa podśluzówkowej warstwy jelita cienkiego świni (SIS)
- Bezkomórkowa skóra świńska (Pelvicol, InteXen)
- Macierz kolagenowa warstwy podśluzówkowej pęcherza moczowego świni (Zenoderm)
- Bydlęcy kolagen typu I (Contigen)
- Bydlęce pericardium (Veritas)

SYNTETYCZNE

Włókna (siatki, taśmy)
- Polytertafluoroetylen (PFTE)- (Gore-Tex, Mycromesh Plus)
- Polipropylen (Prolen, Marlex)
- Polyester
- Dakron
- Nylon
- Silastic (silikon)
- Polietylen

Iniekcje okołocewkowe
- Teflon
- Silikon
- Mikrogranulki z wulkanizowanej gumy silikonowej (Macroplastique)
- Mikrogranulki węglowe (Durasphere)
- Żel poliakrylamidowy
- Hydroksyapatyt wapniowy (Coaptite)
- Dekstranomer z kwasem hialuronowym (Zuidex. Deflux)

Jacoba poprzez użycie graftu pozyskanego ze skóry dawcy wynosi 1:3 500 000 i wzrasta u chorych, u których implantowano płaty opony twardej. Nie bez znaczenia jest również wysoki koszt takiego leczenia.

Efektywność stosowania implantów auto- oraz heterogenicznych

Implanty mogą ulegać w organizmie częściowej lub całkowitej biodegradacji i/lub resorbcji. Fakt ten limituje odległą skuteczność kliniczną operacji z użyciem materiałów pochodzenia naturalnego.

W porównaniu do materiałów syntetycznych grafty naturalne wykazują zazwyczaj słabszą wytrzymałość biomechaniczną *in vivo*, ale rzadziej obserwuje się po ich zastosowaniu powikłania typowe dla protez z tworzyw sztucznych. Wyjściowy moduł wytrzymałości biomechanicznej płatów uzyskanych od pacjenta oraz implantów heterogenicznych jest zbliżony i zależy od jego wieku, płci i uwarunkowań genetycznych.

W miarę upływu czasu, który minął od zabiegu operacyjnego, wartość współczynnika sztywności oraz wytrzymałość na rozerwanie auto- i allograftu może zostać zmniejszona nawet o 60-89%.

W przypadku kobiet, u których zastosowano tkankę autologiczną odnotowano 13% niepowodzeń po pierwotnej operacji podwieszającej środkową część cewki moczowej. Odsetek kobiet, u których nastąpił nawrót dolegliwości po zabiegach z użyciem pasm powięziowych ze zwłok lub implantów ksenogenicznych wynosił odpowiednio 36% i 46%.

W przypadku płatów autogenicznych u kobiet z genetycznie lub metabolicznie uwarunkowanym defektem wytrzymałości tkanki łącznej, należy spodziewać się postępującej degradacji implantu i nawrotu dolegliwości w miarę upływu czasu od jego wszycia.

Gorsze wyniki odległe, dotyczące poprawy kontroli nad trzymaniem moczu czy efektywności zabiegów rekonstrukcjnych po zastosowaniu liofilizowanych pasm powięziowych ze zwłok, związane są prawdopodobnie ze skomplikowanymi metodami dotyczącymi ich pozyskiwania, przygotowania, sterylizacji, konserwacji i przechowywania. Procedury te naruszają zarazem integralność struktury powięzi.

Inną przyczyną niepowodzeń jest krytyczne osłabienie wytrzymałości biomechanicznej taśm allogenicznych i ksenogenicznych spowodowane zjawiskiem remodelingu tkankowego (liza) lub ich złą integracją z tkankami gospodarza. Zdarzają się również przypadki braku aktywności migracyjnej komórek tkanki łącznej i naczyń krwionośnych biorcy do obszaru pola operacyjnego.

Biomateriały ksenogeniczne (macierze kolagenowe)

Macierz pozakomórkowa (ECM, ang. *extracellular matrix*) jest kompleksem wielu białek strukturalnych i czynnościowych. ECM obecna jest we wszystkich tkankach, jednak jej skład i układ przestrzenny jest narządowo specyficzny. ECM odpowiada za wytrzymałość biomechaniczną tkanki oraz zdolność do jej regeneracji po uszkodzeniu Odsetkowa zawartość elementów ECM jest mniejsza w narządach miąższowych, a wyższa w tkance łącznej, zwłaszcza w skórze, więzadłach i ścięgnach.

Obca gatunkowo (ksenogeniczna), pozyskiwana od zwierząt macierz kolagenowa może być użyta jako materiał chirurgiczny mający szerokie zastosowanie w technikach zabiegowych związanych z zastępowaniem lub rekonstrukcją osłabionych lub uszkodzonych tkanek ustroju ludzkiego. Najczęściej stosuje się ECM uzyskaną ze skóry człowieka (Alloderm), skóry świni (Pelvicol, InteXen), warstwy podśluzówkowej jelita cienkiego świni (Stratasis) i pęcherza moczowego (Zenoderm) świni oraz kolagenu typu I (Contigen) uzyskanego od bydląt. Prowadzone są badania nad zastosowaniem płatów kolagenowych pozyskiwanych z osierdzia, zastawek serca, błony podstawowej i podścieliska wątroby oraz ścięgna Achillesa.

Amerykańskie i europejskie agencje rządowe niezwykle rygorystycznie kontrolują producentów macierzy kolagenowych pod kątem źródła pochodzenia tkanek, kalendarza szczepień zwierząt hodowlanych, źródeł pożywienia, miejsca uboju oraz badań diagnostycznych w kierunku identyfikacji w tkankach białek wirusowych i prionów. Niezwykle drobiazgowe testy laboratoryjne, a także dane z badań klinicznych wykazały pełne bezpieczeństwo użycia ksenogenicznych matryc kolagenowych, co zaowocowało dopuszczeniem ich do zastosowania u ludzi.

W Polsce najczęściej używanymi w procedurach uroginekologicznych implantami ksenogenicznymi są macierze oparte na trójwymiarowej strukturze kolagenu skóry i warstwy podśluzówkowej jelita świni.

Pelvicol to bezkomórkowy kompleks kolagenu z włóknami elastynowymi, uzyskany ze skóry świńskiej. Technologicznie zaawansowany proces produkcji pozwolił na uzyskanie trójwymiarowego implantu strukturalnie podobnego do kolagenu człowieka, który ustrój ludzki rozpoznaje jako przeszczep autologiczny i nie stymuluje reakcji immunologicznej typu „odrzucenia przeszczepu". Pelvicol jest materiałem trudno wchłanialnym. Jego cechą charakterystyczną, w odróżnieniu od innych substancji ksenogenicznych (Zenoderm, InteXen), jest odporność na działanie systemu enzymatycznego kolagenaz, - a co za tym idzie - duża wytrzymałość na biodegradację oraz niepożądane odczyny w postaci zwapnienia.

Bezkomórkowy świński kolagen jest szeroko stosowany w urologii rekonstrukcyjnej pęcherza moczowego i prącia, w leczeniu operacyjnym przepuklin oraz w uroginekologii. Potwierdzono wysoką efektywność technik operacyjnych z użyciem macierzy kolagenowej, zwłaszcza w leczeniu zaburzeń statyki narządu rodnego, operacjach rekonstrukcyjnych pochwy oraz wysiłkowego NTM u kobiet. Typowe dla operacji uroginekologicznych wczesne i odległe powikłania pooperacyjne u pacjentek, którym implantowano matrycę kolagenową, obserwuje się niezwykle rzadko.

Small Intestinal Submucosa (SIS) jest naturalnym biomateriałem chirurgicznym uzyskanym z warstwy podśluzówkowej jelita cienkiego świni. SIS pobudza tkankowo specyficzną odpowiedź organizmu polegającą na aktywacji mechanizmów odpowiedzialnych za procesy naprawcze. W przypadku implantacji SIS do bogato unaczynionych tkanek gospodarza dochodzi do istotnych zmian w strukturze implantu. Trójwymiarowa budowa matrycy SIS stanowi idealne rusztowanie dla wrastających komórek tkanki łącznej, nabłonka i naczyń.

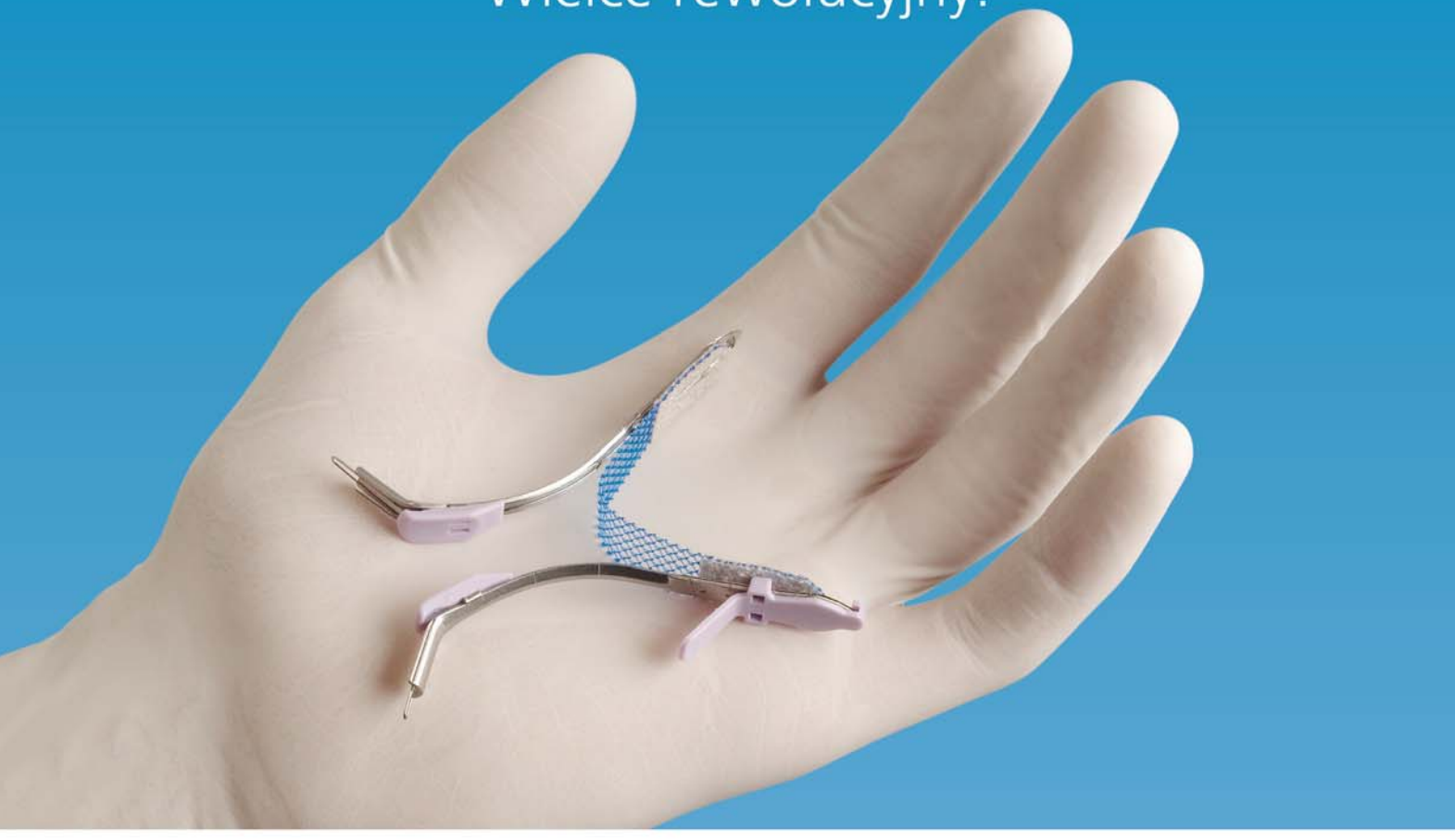
Co prawda początkowo wytrzymałość płata SIS zmniejsza się nawet o 45% (10 dni po implantacji), ale po upływie miesiąca jest już zbliżona do wartości typowych dla tkanek biorcy, a po 2 latach zdecydowanie je przewyższa pod względem odporności na rozerwanie. Dynamiczny proces rewaskularyzacji graftu przez naczynia krwionośne gospodarza zapobiega infekcjom, martwicy serowatej i otorbieniu implantu przez tkankę łączną. W procedurach uroginekologicznych SIS stosowany jest w slingach i operacjach w obrębie przepony moczowo-płciowej.

Naturalne biomateriały w Polsce

W odróżnieniu od USA, gdzie na rynku dostępnych jest kilka typów graftów heterogenicznych, w naszym kraju stosowanie tego typu materiałów jest sporadyczne i przeważnie ograniczone do procedur neurochirurgicznych. Niewielka liczba wyspecjalizowanych banków tkanek oraz wysokie koszty implantów ograniczają szerokie zastosowanie tych biomateriałów w uroginekologii rekonstrukcyjnej w Polsce.

Bezkomórkowe implanty ksenogeniczne są nowym, wysoce obiecującym materiałem chirurgicznym o szerokich perspektywach zastosowania w procedurach operacyjnych w uroginekologii. Niestety, wysokie koszty implantów, ponad trzykrotnie przewyższające koszty standardowych zestawów opartych na taśmach lub siatkach polipropylenowych, ograniczają szerokie zastosowanie tych biomateriałów chirurgicznych w Polsce. ■

Mniejszy niż Twoja dłoń.
Wielce rewolucyjny.



Rodzina produktów TVT GYNECARE to ponad 10 lat innowacji technicznych w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu.[1,2]

Mniej inwazyjny – omija krytyczne miejsca i narządy

- Zachowuje bezpieczną odległość od jelita oraz większych naczyń lub nerwów
- Wymagane minimalne nacięcie – tylko 1 nacięcie w linii strzałkowej (1-1,5 cm) zaczynając 1 cm pod zewnętrznym ujściem cewki moczowej

Mniej preparowania

- Dwa niewielkie odpreparowania tkanki okołocewkowej (ok. 1cm długości)

Mniej znieczulenia

- System GYNECARE TVT SECUR można stosować w znieczuleniu miejscowym

Mniej bólu pooperacyjnego

- Minimalnie inwazyjny zabieg z korzyścią dla pacjentki
- Odpowiednie narzędzie i technika wejścia omija główne pęczki nerwowe, zmniejszając potencjalne ryzyko bólu kończyny
- Eliminuje dyskomfort pacjentki związany z istnieniem wyjść skórnych

Mniej skomplikowany – łatwiejsza procedura zabiegu

- System GYNECARE TVT SECUR opracowano z myślą o ograniczeniu czynności wykonywanych w czasie zabiegu

WSKAZANIA: GYNECARE TVT Secur jest przeznaczony do leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu (WNM) u kobiet, spowodowanego nadmierną ruchomością cewki moczowej i/lub niewydolnością jej zwieracza wewnętrznego.

PRZECIWWSKAZANIA: Podobnie jak wszystkie chirurgiczne operacje podwieszające, zabieg ten nie powinien być przeprowadzany u pacjentek ciężarnych. Ponadto, zabiegu tego nie należy wykonywać u pacjentek w okresie wzrostu oraz kobiet planujących ciążę, ponieważ siatka polipropylenowa PROLENE* nie jest wystarczająco rozciągliwa.

Bibliografia: 1. Ulmsten U, Henriksson L, Johnson P, Varhos G. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 1996;7:81-86.
2. Ulmsten U. TVT – Tension-free vaginal tape. An ambulatory surgical procedure under local anesthesia for treatment of female stress urinary incontinence. *Riv It Biol Med*. 1997;17:40-43.

NOWOŚĆ

Gynecare System TVT SECUR*

Beznapięciowe leczenie nietrzymania moczu

Technologia, której możesz zaufać

ETHICON Women's Health & Urology, oddział ETHICON, INC., firma JOHNSON & JOHNSON © 2006 ETHICON, INC. *Znak handlowy TVTS002PL

Johnson&Johnson Poland Sp.z o.o., ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa, tel. 022 668 00 64, fax. 022 668 00 55, www.Gynecare.com

Trzymaj się drogowskazów

Marta Banaszak

Lektura Rekomendacji Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet napawa optymizmem. Wynika z niej jednoznacznie, że wspomnianą dolegliwość można skutecznie leczyć. Kluczem do sukcesu jest jednak wnikliwe i nierzadko czasochłonne szukanie przyczyn choroby. I właśnie na tym etapie zaczynają się zazwyczaj kłopoty dla pacjenta.

Ze względu na wciąż niewystarczające zainteresowanie lekarzy problemem nietrzymania moczu, pacjent poddawany jest przypadkowym terapiom, w myśl zasady - jeśli wybrana metoda okaże się nieskuteczna, wprowadzi się inną.

- Bez rzetelnie przeprowadzonej diagnostyki trudno mówić o skuteczności leczenia nietrzymania moczu. W innym razie można pacjentce raczej zaszkodzić niż pomóc. Najbardziej dotkliwe skutki zbyt pochopnej decyzji co do wyboru metody leczenia dotyczą leczenia operacyjnego - twierdzi profesor Marek Spaczyński, Kierownik Katedry Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, były prezes Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, sygnatariusz Rekomendacji PTG w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet.

Niezbędny dzienniczek

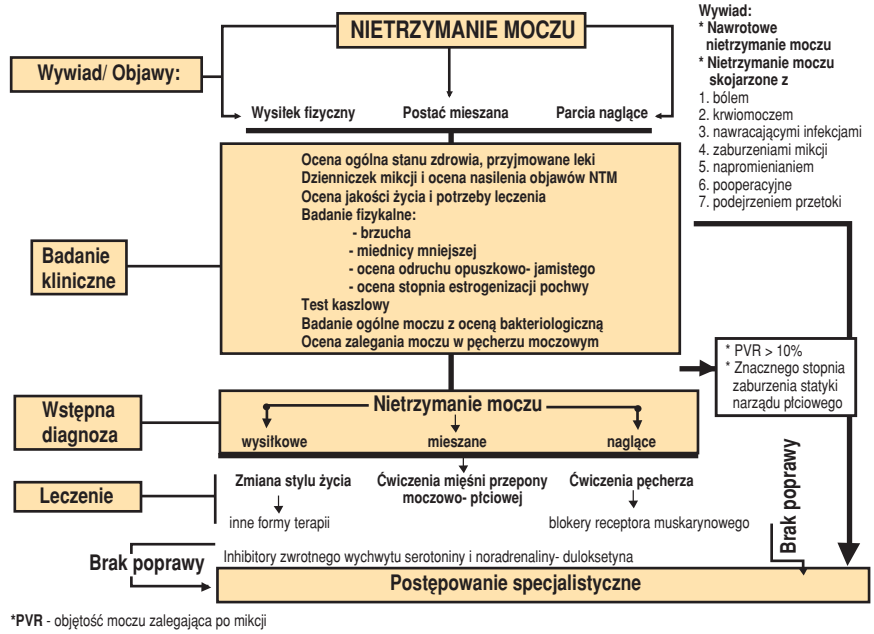
Rekomendacja PTG w sprawie diagnostyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet jest drogowskazem zarówno dla lekarza, jak i pacjentek. Zawarty jest w nim schemat działań jakie należy po kolei podejmować w celu znalezienia najbardziej efektywnego rozwiązania problemu. Mimo, że na pozór są one skomplikowane, przy bliższej ich analizie okazuje się, że dotyczą podstawowych i często niedocenianych przez lekarzy działań diagnostycznych. Należą do nich między innymi wnikliwy wywiad lekarski obejmujący swoimi pytaniami przebyte i współistniejące u pacjentki choroby, przyjmowane leki, ocenę jakości życia, a także badanie fizykalne brzucha, miednicy mniejszej, badanie ogólne moczu oraz test kaszlowy.

Aby etap wstępnej diagnostyki okazał się skutecznym, konieczna jest ścisła współpraca i zaangażowanie pacjentki. Podstawowym zadaniem jakie powinna wykonywać jest systematyczne prowadzenie dzienniczka mikcji.

Warto podkreślić, że wspomniany etap wstępnej diagnostyki nietrzymania moczu zalecanej przez PTG obejmuje działania nie wymagające dużych nakładów finansowych, specjalistycznego sprzętu medycznego czy ponadprzeciętnych umiejętności lekarza. Mimo to postawienie wstępnej diagnozy oraz określenie dalszego postępowania medycznego zabiera pacjentkom wciąż wiele czasu, oddalając je tym samym od możliwości rozpoczęcia leczenia.

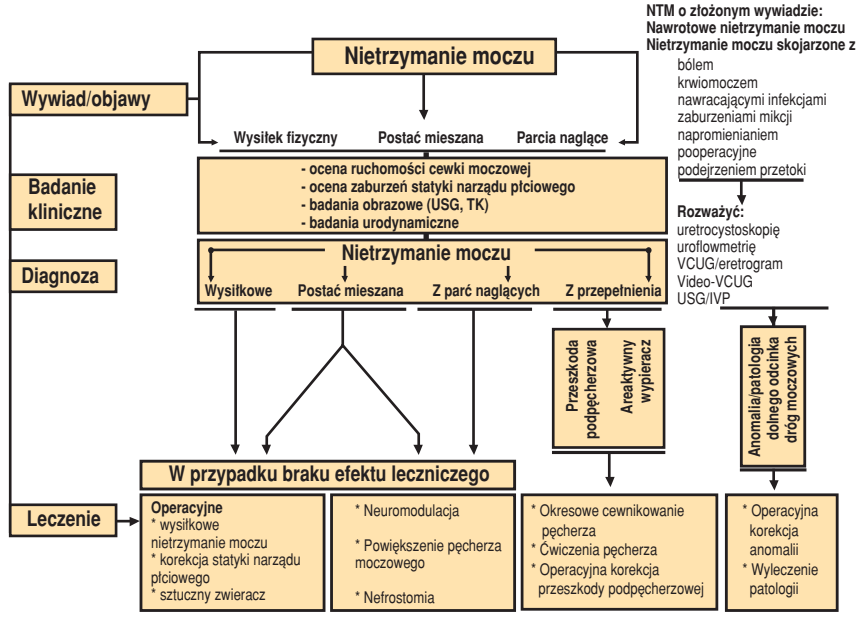
Zgodnie z Rekomendacją PTG specjalistyczne badania i wprowadzanie indywidualnie dobranej, w zależności od rodzaju nietrzymania moczu terapii, stanowią kolejny etap postępowania medycznego. Obejmuje on między innymi badanie urodynamiczne, badanie ultrasonograficzne, ocenę ruchomości cewki moczowej oraz zaburzenia statyki narządu płciowego. Ta specjalistyczna diagnostyka nie jest jednak stosowana w odniesieniu do wszystkich pacjentek, u których zawiodło poprzednio wdrożone postępowanie oraz u pacjentek przed planowanym zabiegiem operacyjnym. ■

Postępowanie wstępne w przypadku NTM u kobiet



*PVR - objętość moczu zalegająca po mikcji

Postępowanie specjalistyczne w przypadku NTM u kobiet



PVR - objętość moczu zalegająca po mikcji, **VCUG** - cystouretrografia mikcyjna, **IVP** - urografia

Chorobliwe poczucie niechcianego wstydu

Prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko

Życie uczy, a lektura naszego kwartalnika udowadnia, że najczęstszym a równocześnie bardzo groźnym powikłaniem NTM jest wyzwalanie poczucia wstydu, w stopniu, który nazwać można „chorobliwym poczuciem niechcianego wstydu". W każdym artykule omawiającym kliniczne aspekty NTM, oraz we wszystkich niemal listach Czytelników do Redakcji, problem ten ukazuje się jako poważne dla chorych zagrożenie pomimo, że w znamiennie dużej liczbie przypadków można powikłaniu temu zapobiec, wyleczyć lub je poprawić.

Wprawdzie nikt nie chce i nie lubi mówić, i „chwalić się" swoimi schorzeniami, to jednak dolegliwości ujawniające się w postaci krępujących objawów szczególnie często powodują negatywne skutki emocjonalne i psychologiczne. Wpływają one negatywnie na życie zawodowe, towarzyskie, jak również na ekonomiczne i społeczne aspekty jakości życia.

Zastanawia jednak, dlaczego tak często chorzy z poczucia wstydu nie ujawniają lekarzowi w istocie swej przecież chorobowej przypadłości, jaką jest NTM. To właśnie przez w zasadzie niechciane poczucie wstydu chorzy zupełnie niepotrzebnie latami cierpią.

Wstydliwość

Wstydliwość jest najbardziej ludzką z ludzkich cech. Wstyd jest osobliwością bardzo złożoną przekraczającą pojęcie stanu emocjonalnego wyrażającego poczucie własnej niedoskonałości, ułomności. Niekiedy wiąże się nawet z poczuciem niezawinionej winy, mniejszej wartości. Ujawniać się może w wyniku przeżycia życiowej porażki, ograniczeń w wykonywaniu codziennych życiowych obowiązków lub braku kontroli nad sobą samym i swymi przywarami (np. alkoholizm), słabostkami i fizycznymi ułomnościami. Jest rzeczą bardzo znamienną, ze ekspresja poczucia wstydu jest tym silniejsza, im mniejsza jest akceptacja ujawniającej się własnej niedoskonałości. Tak więc poczucie wstydu może być przesadnie intensywne i zupełnie nieadekwatne do skutków jakie dana cecha oceniana jako niedoskonałość wywołuje. Są przecież osoby, które wstydzą się np. łysiny.

Jednak należy sobie zawsze uświadamiać, że każdy człowiek z tytułu swej przyrodzonej ludzkiej niedoskonałości z natury rzeczy posiada różne ograniczenia i wady, których istnienie może zaakceptować, do których może się zaadaptować, albo je nawet korygować. Do bardzo powszechnych i oczywistych wad i niedoskonałości człowieka należy np. krótkowzroczność. Wada ta jest najbardziej oczywistym przykładem możliwości jej zarówno pełnej akceptacji jak i korekcji.

Powszechność występowania tej niedoskonałości i łatwość jej korekcji sprawia, że jest ona w pełni akceptowalna i nie wyzwala poczucia wstydu. Jednakże pomimo powszechnego występowania w mniejszym stopniu akceptowana jest głuchota. Korekta tej wady jest jednak na ogół trudniej osiągalna i w sposób znamienny zaburza, lub wręcz uniemożliwia zdolność bezpośredniego porozumiewania się z otoczeniem.

Poczucie wstydu jest także, a raczej czasami bywa, stanem emocjonalnym wynikającym ze świadomości popełnienia jakiegoś czynu prawnie, a zwłaszcza moralnie niedozwolonego. Ale również i w tym przypadku jest ono skutkiem świadomego odczucia własnej ułomności, a nawet winy z tytułu przekroczenia przyjętych norm i zasad.

Wielkie jest poczucie wstydu z tytułu poniesionych własnych klęsk i porażek. Nawet tych niezawinionych. Czasami wstydzimy się również z powodu niespełnienia podjętych zadań i obowiązków, oraz niewykorzystania danych nam przez los uzdolnień, szans i możliwości. Wstydzimy się nieumiejętności sterowania własnym życiem, nieumiejętności panowania nad własnymi słabościami. To wszystko wyzwala poczucie mniejszej wobec innych wartości, oraz strach przed brakiem społecznej lub towarzyskiej akceptacji i śmieszności. Dominuje zwykle obawa nieszczerego współczucia, albo też mniej lub bardziej ukrywanej pogardy. Wszyscy, a więc i chorzy, przecież świadomi jesteśmy, że nawet rzeczywiste współczucie po dłuższym okresie trwania choroby zamienia się często w zniecierpliwienie, rozdrażnienie, zniechęcenie, a ze strony chorego w coraz wyraźniej ujawnia się żal, a nawet zazdrość wyrażająca się rosnącymi wymaganiami, żądaniami i pretensjami.

My wszyscy jako ludzie jesteśmy ułomni i ograniczeni. Wszyscy na ogół bezboleśnie godzimy się z faktem, że nie zostaliśmy obdarzeni jakimś talentem np. muzycznym, malarskim, literackim, sportowym. Reprezentować jednak możemy za to inne wartości, które sprawiają, że nadajemy jednak swemu życiu niedostrzegalną przez innych wartość i sens. Nawet w takich przypadkach nie ma więc potrzeby czuć się jednostką mniej lub mało wartościową. Nie można wobec samego siebie być zbyt krytycznym. Trzeba tylko umieć dostrzec i chcieć uznać swoją ludzką „ułomną normalność", że pomimo niedoskonałości i czasami braku pożądanych właściwości jesteśmy normalnymi ludźmi wcale nie gorszymi od innych.

Wstyd jako objaw pozytywny

Istnieją sytuacje, w których poczucie wstydu jest objawem pozytywnym i korzystnym. Wstydzić się bowiem należy wówczas, gdy nie dokładamy żadnych ani starań, ani wysiłku by posiadane ułomności i niedoskonałości przezwyciężać, lub je co najmniej korygować. Popełniamy wówczas wobec siebie samych grzech zaniechania. Wstyd może być, więc pojęciem bardzo pozytywnym. Istnieje pojęcie „kultury wstydu". Jakże często mówi się: „wstydź się" w celu zapobieżenia niegodnemu postępowaniu. To brak „kultury wstydu" i przyzwoitości cechuje wszelkiego rodzaju aferzystów, oszustów i malwersantów. Tak więc wstyd może więc być też uczuciem pozytywnym. W takich przypadkach wstyd pełni wówczas rolę naturalnego sygnału zapobiegającego złu.

Przeciwieństwem pozytywnego poczucia wstydu jest bezwstyd. Jest to sytuacja, w której ktoś nie wstydzi się tego, czego wstydzić się powinien. Tak więc wstydzić się należy tylko swego bezwstydu. Bezwstyd pojawia się wówczas, gdy człowiek traci poczucie, dobra, piękna, godności. Jest jawnym wypowiedzeniem się po stronie zła. Wraz z bezwstydem w parze ze sobą idzie hipokryzja, będąca z kolei kłamliwym wypowiedzeniem się po stronie dobra.

Chorobliwa osobliwość

Wstyd może jednak też być zjawiskiem chorobliwym - uniemożliwiającym, lub też nawet wprost paraliżującym nasze działania poprzez dewaluację naszej samooceny i poczucia wartości, oraz pewności siebie. Wstyd staje się wówczas jednym z najbardziej destrukcyjnych uczuć. Może bowiem prowadzić nawet do utraty poczucia godności własnej. Naturalnym mechanizmem obronnym staje się wówczas zamykanie się w sobie i zerwanie łączności z środowiskiem prowadzącym do autoalienacji i pełnej izolacji.

Jakość życia

Aczkolwiek pojęcie jakości życia jest wieloznaczne i wielozakresowe, to jednak w odniesieniu do poruszanego tematu wyraża ono stopień satysfakcji i zadowolenia z niego. Jakość życia i poczucie jakości ży-

cia - jako pojęcia odmienne - w znamiennie dużym stopniu uwarunkowane są zdrowiem. Tak więc nawet w przypadku choroby lub jej powikłania, należy dążyć do poprawy jakości życia usuwając wszelkie czynniki wpływające negatywnie na odczuwanie jakości naszego życia. W odniesieniu do NTM czynnikiem wybitnie pogarszającym odczuwanie jakości życia, oraz wymierne jego parametry i jest niechciane poczucie chorobliwego wstydu. Nasze zarówno fizjologiczne jak i patologiczne problemy zdrowotne nigdy jednak nie mogą być oceniane w kategoriach cudzej lub własnej winy lub kary, lecz jako moralny, naukowy, psychologiczny, społeczny, ekonomiczny i czysto lekarski dylemat do rozwiązania. I taka jest właśnie misja i cel czytanego obecnie kwartalnika.

Przyjmuje się, że pojęcie jakości (łac. *qualitas*) zostało po raz pierwszy zdefiniowane przez Platona. W zrozumieniu filozoficznym wyrażać ono miało „stopień doskonałości". Pojęcie „jakość" charakteryzować mogą zarówno cechy obiektywne - mierzalne w jednostkach np. centymetr, gram, sekunda, forma, stan, oraz subiektywne, a także zależne od percepcji faktów i zjawisk, od stosowaniu osobistych kryteriów oceny wartości, również w oparciu o osobiste upodobania i uprzedzenia.

Zadania wobec poczucia niechcianego wstydu

Każda choroba przewlekła, a zwłaszcza „wstydliwa" stopniowo pogarsza samopoczucie chorego. Jednym z zasadniczych czynników sprawczych tego zjawiska jest uświadamianie sobie realnego zagrożenia utraty poczucia niezależności oraz samowystarczalności.

Tego niechcianego, chorobliwego wstydu ze wszech miar należy się pozbyć, ponieważ jest on zawsze i niepotrzebny i nieadekwatny do stwierdzanej niedoskonałości, lub nawet ułomności.

Zadaniem lekarza jest nie tylko zapobiegać i leczyć choroby. Nie tylko zapobiegać kalectwu, nie tylko walczyć o życie i walczyć ze śmiercią, ale pobudzać chęć chorego do walki o zdrowie i życie, pobudzać jego chęć do życia.

Dlatego też zasadniczym zadaniem lekarza na każdym etapie lekarskiej opieki nad chorym z NTM jest nie dopuścić do takiego stanu, by zakłopotanie stopniowo przerodziło się w złość i wstyd, a lęk stopniowo przeistaczał się w rozpacz i bezradność. Lekarz musi nie tylko diagnozować i leczyć chorego. Takie postępowanie może być wystarczające w weterynarii. Do humanistycznych obowiązków lekarza należy wpajać choremu przekonanie, że jego zdrowotne dolegliwości są, lub mogą być przy jego współpracy odwracalne lub złagodzone w stopniu umożliwiającym niekiedy nawet normalne funkcjonowanie.

Należy pomóc choremu odnaleźć takie domeny życia i tak je zorganizować, by mógł on nie tylko normalnie egzystować i zaradnie funkcjonować, ale nawet mieć możliwość pełnej osobistej samorealizacji. Jakże często przyczyną wstydu jest niewiedza. Zasadnicza rolę w takich przypadkach odgrywa zdolność lekarza do przekonywania i zdobywania zaufania.

W kontakcie z chorym najmniejszą nawet poprawę i ustępowanie dolegliwości i objawów choroby przypisywać należy nie tylko sobie i zastosowanemu leczeniu, lecz właśnie choremu. Rezygnować nawet należy z ujawnienia własnego poczucia rzeczywistej satysfakcji ze skutecznie zastosowanego procesu diagnostyczno terapeutycznego. Chorzy bardzo często nie akceptują i wstydzą się możliwości uciążliwych nieraz powikłań. Dlatego należy sprawiać, aby odczuwali oni radość z drobnych nawet, ale własnych sukcesów i mieć świadomość, że są one skutkiem jego determinacji, wysiłku woli i zmagań z chorobą. Taka metoda działania przekona chorego i zachęci do dalszego wysiłku, bowiem niewielka nawet poprawę potraktuje on jako zwiastun późniejszego sukcesu. ■

Ś R O D K I W C H Ł A N I A J Ą C E

Refundacja pieluch w Republice Czeskiej

■ Od bieżącego numeru *Kwartalnika* przedstawiamy rozwiązania refundacji środków wchłaniających stosowane w wybranych krajach. Rozpoczynamy od Czech - kraju podobnego do Polski pod względem współczesnej historii oraz poziomu dochodu narodowego.

W obu krajach istnieje refundacja środków wchłaniających dla osób z NTM. Podstawowa różnica to wskazania medyczne uprawniające do refundacji: w Czechach jest to nietrzymanie moczu, w Polsce - nowotwory i choroby układu nerwowego. Rodzaje refundowanych środków wchłaniających są podobne - w Czechach lista produktów poszerzona jest o majtki chłonne.

Miesięczne limity cenowe oraz ilościowe są dwa razy większe u naszych południowych sąsiadów niż u nas. Pacjent w Czechach prawie wszystkie produkty może otrzymać ze 100% refundacją, w Polsce natomiast za dopłatą w wysokości 30% (wyjątek stanowią pacjenci z nowotworem, którym przysługuje stuprocentowa refundacja).

MK

Refundacja środków wchłaniających: Czechy vs. Polska

	CZECHY	POLSKA
Liczba mieszkańców	10 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu, z podziałem na stopnie (lekkie, średnie, ciężkie NTM)	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, podkładów i majtek chłonących	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładów
Ilość refundowanych sztuk / m-c	do 150 szt.	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	w zależności od stopnia NTM (lekkie, średnie, ciężkie) odpowiednio: 550, 900, 1400 CZK (ok. 72, 117, 182 zł)	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70 %) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta	0% dla wszystkich stopni NTM (wyjątek: 30% dla podkładów)	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych wskazaniach medycznych

Niezbędne minimum

Magdalena Kowalewska, współpraca: Rafał Jackiewicz

W marcu b.r. do Ministra Zdrowia wpłynął nowy apel Rady Naukowej ds. Problemu NTM dotyczący zmian w zasadach zaopatrzenia w refundowane środki wchłaniające: pieluchy, pieluchomajtki, podkłady oraz wkłady anatomiczne. Jak twierdzą autorzy apelu jest to niezbędne minimum, przybliżające nas do standardów obowiązujących od wielu lat w takich krajach jak Czechy, Słowacja czy Węgry.

Propozycja Rady uwzględnia wiele aspektów związanych z opieką osób cierpiących na nietrzymanie moczu. Są to: wytyczne światowych instytucji zajmujących się tematyką NTM (International Continence Society oraz International Consultations on Incontinence), opinie ekspertów w dziedzinie pielęgnacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych, tryb życia pacjenta oraz specyfika samych środków wchłaniających.

Polska, w zestawieniu z innymi krajami Unii Europejskiej, znajduje się na końcu pod względem jakości opieki nad osobami z nietrzymaniem moczu. Propozycja Rady jest pewnego rodzaju kompromisem pomiędzy ograniczeniami finansowymi budżetu państwa a rzeczywistymi potrzebami pacjentów.

Rada Naukowa ds. Problemu NTM to czołowi polscy eksperci, mający w swojej praktyce kontakt z pacjentami cierpiącymi na nietrzymanie moczu. W skład Rady wchodzą: prof. A. Borkowski, prof. A. Członkowska, prof. T. Rechberger i prof. T. Tołłoczko.

Na łamach Kwartalnika NTM rozpoczynamy otwartą dyskusję na temat propozycji Rady. Zapraszamy do udziału w tej dyskusji!

Propozycje Rady Naukowej ds. Problemu NTM:

1. ujednolicenie wskazań medycznych uprawniających do przyznawania refundowanych środków wchłaniających poprzez wprowadzenie zapisu „neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu“,
2. rozróżnienie na ciężkie, średnie i lekkie nietrzymanie moczu,
3. przyporządkowanie stopniom NTM określonych rodzajów refundowanych środków wchłaniających oraz ich miesięcznej ilości
   ciężkie NTM - 90 szt. pieluchomajtek / pieluch anatomicznych / podkładów,
   średnie NTM - 90 szt. pieluch anatomicznych lub zamiennie 60 szt. pieluchomajtek / podkładów,
   lekkie NTM - 60 szt. pieluch anatomicznych / wkładów anatomicznych,
4. wprowadzenie 70% refundacji dla wszystkich rodzajów środków wchłaniających,
5. upoważnienie lekarzy ginekologów do wypisywania zleceń na refundowane środki wchłaniające.

Prof. dr hab. Tomasz Rechberger
Przewodniczący Sekcji Uroginekologii PTG

Wprowadzenie ginekologów na listę lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń pozwoli na znaczne uproszczenie procedur związanych z zapisywaniem środków zabezpieczających osobom, które ich rzeczywiście potrzebują.

Znacznie więcej kobiet z takimi problemami trafia do ginekologów niż do urologów czy chirurgów. Ponadto środki absorbcyjne są również nieodzowne w sytuacji kiedy zawodzi leczenie operacyjne (dotyczy to ok. 10% przypadków), a nie mamy możliwości technicznych dalszej ewentualnej korekcji chirurgicznej. Pamiętajmy również o powikłaniach poradiacyjnych związanych z terapią nowotworów miednicy mniejszej, gdzie zastosowanie dawek maksymalnych w granicach 80-85 Gy może powodować powstawanie przetok, z których ewentualnym zamknięciem musimy się wstrzymać przez okres min. 12 m-cy. Pamiętajmy też o pacjentkach oczekujących na zabiegi korekcyjne, które też muszą być w jakiś konkretny sposób zabezpieczone. To są wszystko przykłady, gdzie pacjentka znacznie częściej trafia do ginekologa, a nie do lekarzy innych specjalizacji.

Elżbieta Buczkowska
Prezes Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych

Wykaz osób upoważnionych do wystawiania zleceń na refundowane środki wchłaniające powinien być poszerzony również o pielęgniarki. One wiedzą najlepiej co jest najodpowiedniejsze dla pacjentów, którzy mają problemy z nietrzymaniem moczu, albo różnego rodzaju dysfunkcjami związanymi z układem wydalniczym. Dotyczy to opieki zarówno długoterminowej jak i domowej. Ważne jest, żeby przypisać pielęgniarkom możliwość wypisywania recept na te artykuły. Pielęgniarki położne pielęgnują i to one odpowiadają za ewentualne powikłania u pacjentów, dlatego ta zmiana byłaby pomocna w ich pracy, a wyraźnie zyskaliby na tym pacjenci.

■

R A D Z I M Y

PFRON dofinansowuje zakup środków wchłaniających

Osoby cierpiące na NTM mogą starać się o dofinansowanie na zakup środków wchłaniających ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Pomoc można uzyskać za pośrednictwem Miejskich Ośrodków Pomocy Społecznej. Jednak aby uzyskać dofinansowanie trzeba spełniać określone kryteria.

Warunkiem ubiegania się o dofinansowanie jest złożenie we właściwej ze względu na miejsce zamieszkania filii MOPS stosownego wniosku wraz z wymaganą dokumentacją tj.: aktualnym orzeczeniem o niepełnosprawności oraz fakturą (może być z odroczonym terminem płatności) z adnotacją NFZ o wysokości dopłaty z jego środków.

O dofinansowanie mogą się ubiegać osoby niepełnosprawne, których średni miesięczny dochód netto za rok podatkowy poprzedzający rok, w którym składany jest wniosek, nie przekracza kwoty:

- 50% przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
- 65% przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

W 2006 r. przeciętne wynagrodzenie w gospodarce narodowej wyniosło 2 477,23 zł brutto (źródło: Główny Urząd Statystyczny).

Wysokość dofinansowania ze środków PFRON wynosi:

- do 100% kwoty udziału własnego osoby niepełnosprawnej w limicie ceny ustalonym na podstawie odrębnych przepisów, jeżeli taki udział jest wymagany,
- do 150% sumy kwoty limitu, o którym mowa powyżej, wyznaczonego przez NFZ oraz wymaganego udziału własnego osoby niepełnosprawnej w zakupie tych środków, jeżeli cena zakupu jest wyższa niż ustalony limit.

Osoby, którym nie przysługuje refundacja (tj. osoby, u których NTM nie wystąpiło w wyniku zmian nowotworowych, zespołów otępiennych, chorób układu nerwowego czy wad rozwojowych) nie mogą starać się o dofinansowanie ze środków PFRON-u. Przepisy te reguluje rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dn. 25 czerwca 2002 r.

JK

Właściwy priorytet

O refundacji zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze z Bogdanem Zacharskim, Pełnomocnikiem Zarządu Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, rozmawia Magdalena Kowalewska

- Izba POLMED przeprowadziła analizę rynku zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, badając m.in. plany finansowe oraz podział środków finansowych NFZ na poszczególne grupy produktów. Na podstawie czego i w jakim celu powstała ta analiza?

- Obecnie prowadzonych jest wiele debat o ochronie zdrowia. Izba POLMED, aby być kompetentnym partnerem w takich dyskusjach, sięgnęła po dane Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Głównego Urzędu Statystycznego. Analiza, o której rozmawiamy, to efekt badania tych danych, poszukiwania prawidłowości, reguł oraz możliwości usprawnień systemu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

- Jakie są najważniejsze wnioski z analizy?

- Refundacja zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze stanowi w Polsce średnio 1,3% budżetu NFZ. Stosunek wydatków na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze do wydatków na refundację leków to 1:14.

W ciągu ostatnich lat wzrost wydatków NFZ na refundację cen leków jest jednocześnie wyraźnie większy niż na sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze. Aktualny plan finansowy NFZ na rok 2007 przewiduje zmniejszenie udziału wydatków na zaopatrzenie do najniższego od trzech lat poziomu 1,19%.

Tymczasem według statystyk w Polsce 10-12% populacji stanowią osoby niepełnosprawne. Pojawia się więc pytanie o właściwe proporcje pomiędzy kwotą refundacji wydatków na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w stosunku do całego budżetu NFZ, a także wydatków na leki.

- Izba Polmed twierdzi, że te relacje są niewłaściwe...

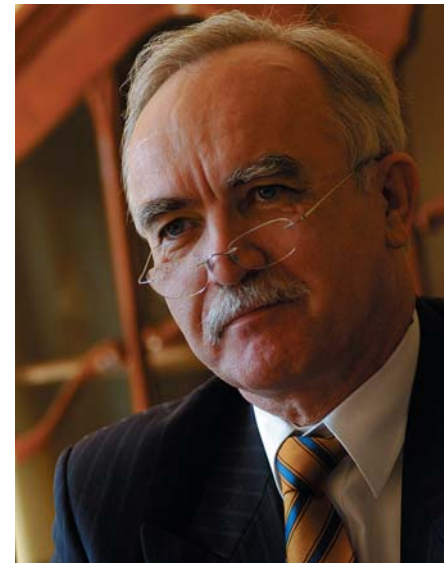
- Wydaje się, że w Polsce obecna sytuacja spowodowana jest niskim priorytetem przyznanym zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Porównując Polskę do innych krajów Unii Europejskiej widać wielką dysproporcję. W Czechach na przykład, wydatki państwa na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze na 1 mieszkańca są 6-7 razy większe niż u nas. Nie ma mowy żebyśmy odnosili się do państw bogatszych, ponieważ ta dysproporcja jest w tym przypadku jeszcze większa. Natomiast stosunek wydatków na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze do wydatków na refundację leków w krajach „starej" Unii wynosi średnio 1:5.

- Jakie więc rozwiązanie proponujecie?

- Poszukiwanie rozwiązania inspirowane jest autentycznym pytaniem osoby niepełnosprawnej, które brzmi: „czy lepiej jest mnie dobrze zaopatrzyć i umożliwić bycie aktywnym zawodowo, czy płacić mi świadczenia społeczne?". Łączne wydatki na ochronę zdrowia publicznego są mniejsze od całkowitych świadczeń społecznych, czyli m.in. różnego rodzaju rent czy zasiłków chorobowych. Można powiedzieć, że część tych świadczeń społecznych jest de facto miarą nieefektywności systemu ochrony zdrowia. W 2003 r. roku na renty i różne zasiłki wydatkowano ponad 38 miliardów złotych Oznacza to też, że gdyby system ochrony zdrowia, a w nim system zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze był sprawniejszy, to pewna część wydatków socjalnych nie zostałaby poniesiona. Oszczędność 1% w tym zakresie oznacza 380 mln zł więcej na dofinansowanie zaopatrzenia, czyli wzrost o 75%!

Celem systemu zaopatrzenia, ale i rehabilitacji, winno być uaktywnianie życiowe i zawodowe osób niepełnosprawnych, aby jak najczęściej stawały się one podatnikami, a jak najrzadziej pozostawały klientami systemu pomocy społecznej.

Jako reprezentanci producentów i dystrybutorów wyrobów medycznych jesteśmy świadomi możliwości technologii medycznych i stopnia pomocy jaką może ona stanowić dla osób niepełnosprawnych,



przyczyniając się do szybszej i pełniejszej aktywizacji osób niepełnosprawnych.

- Biorąc pod uwagę ograniczone możliwości budżetu zdrowia, jak ocenia Pan szansę zmiany sytuacji w zaopatrzeniu przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych w Polsce?

- Zwiększenie wydatków ze środków publicznych na refundację środków pomocniczych i przedmiotów ortopedycznych do minimum 2% budżetu NFZ, powinno wpłynąć na wyraźną poprawę jakości zaopatrzenia osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych i jednoczesne obniżenie kosztów powodowanych w systemie ochrony zdrowia w innych grupach świadczeń oraz w systemie opieki społecznej w zakresie zasiłków chorobowych i rent. Zmiany takie są możliwe - pod warunkiem dostrzeżenia i uznania znaczenia osób niepełnosprawnych oraz nadania ich sprawom wyższego priorytetu.

Liczby opisujące sytuację w innych krajach wskazują, że ta grupa pacjentów i ta grupa świadczeń uzyskała w nich znacznie wyższy priorytet niż u nas. Widocznie doszły one do wniosku, że jest to korzystne zarówno społecznie, jak i ekonomicznie. Może warto spróbować zastosować takie podejście i w Polsce?

■

Koszyk świadczeń powinien wiele uporządkować

Z posłanką Małgorzatą Stryjską, wiceprzewodniczącą Sejmowej Komisji Zdrowia, rozmawiają Tomasz Michałek oraz Magdalena Kowalewska

- W lutym 2005 r. miało miejsce pierwsze w historii posiedzenie sejmowej komisji zdrowia poświęcone nietrzymaniu moczu. Rząd zobowiązał się, że w ciągu 3-4 miesięcy przedstawi propozycje, które miałyby uporządkować system opieki i leczenia osób z tym problemem. Komisja Zdrowia Sejmu IV kadencji takiej odpowiedzi nie uzyskała...

- Posiedzenie Sejmowej Komisji Zdrowia, o którym mówimy miało miejsce pod koniec IV kadencji Sejmu RP, więc tamta Komisja Zdrowia nie miała właściwie szansy otrzymać raportu zawierającego ewentualne propozycje zmian, które miałyby uporządkować system opieki i leczenia osób z tym problemem zdrowotnym. W międzyczasie odbyły się wybory parlamentarne. Komisje sejmowe nie kontynuują prac poprzednich, nawet gdy praca nad projektem ustawy jest już na ukończeniu. Nowa komisja to nowi posłowie, którzy ustalają plan pracy dla komisji.

Obecny rząd ma latem tego roku przedstawić propozycję koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Uważam, że właśnie „koszyk" wszystko uporządkuje. Określi, co się nam jako pacjentom i chorym należy, i w jakim zakresie. Przedstawienie zawartości koszyka świadczeń to sprawa priorytetowa.

- Obecne rozporządzenia z 2004 r. są kopiami rozporządzeń sprzed kilku lat, nawet z 1997 r. Kolejne nowelizacje nic nie zmieniały, były powieleniem poprzednich. Czy nie odnosi Pani takiego wrażenia, że refundacja przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych jest traktowana trochę przez kolejne ministerstwa i rządy jako taka nieistotna sprawa, ponieważ wszyscy ministrowie zdrowia skupiają się na oddłużaniu szpitali i refundacji leków?

- W opiece zdrowotnej każde świadczenie na swoją wagę. Ustawa o wyrobach medycznych była nowelizowana w poprzedniej kadencji. Świadczy to o tym, że zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze ma swoją wagę i jest zauważane.

- Czy problem refundacji wyrobów medycznych często się pojawia na posiedzeniach sejmowej komisji zdrowia czy też nie?

- W tej kadencji sejmu nie zgłaszano żadnego problemu, który wymagałby interwencji ze strony posłów. Kilka lat temu był problem z refundacją pieluchomajtek i wtedy posłowie interweniowali. W ostatnim okresie nie docierały do mnie sygnały o problemach w tym zakresie świadczeń opieki zdrowotnej.

- Czyli sugeruje Pani, że organizacje nagłaśniające ten problem nie do końca właściwie go adresują?

- Uważam, że wszyscy czekają na określenie zawartości koszyka świadczeń gwarantowanych, co rozwiąże problem zarówno wielu procedur medycznych, leków refundowanych jak i zaopatrzenia w wyroby medyczne. Na razie są tylko sygnały bardzo ogólne, co będzie się znajdować w „koszyku" i w jakich proporcjach. „Koszyk" rozwiąże wiele dotychczasowych problemów, ponieważ przedstawi jasno co nam, nam wszystkim, a nie tylko wybrańcom, należy się. Pokaże także w jakich proporcjach w ramach świadczeń zdrowotnych będzie refundacja. Wiadomo już teraz, że nie na wszystko co jest najnowsze, najnowocześniejsze, najlepsze starczy pieniędzy. Priorytetowa jest dziedzina pediatrii, okres ciąży i połogu, ratownictwo medyczne, onkologia i kardiologia, czyli te świadczenia, gdzie jest bezpośrednie zagrożenie życia, gdzie pomoc jest potrzebna szybko, bez zbędnego czekania, gdzie nie można limitować świadczeń. W pozostałych dziedzinach będziemy mieć jasno określone na co pozostała suma pieniędzy starczy. Ustali to grupa ekspertów, wysokiej klasy specjalistów ze wszystkich dziedzin medycyny.

- Jakie nadzieje wiąże Pani z uchwaleniem w Polsce ustawy pielęgnacyjnej?

- W Polsce, tak samo jak w innych krajach Europy, widoczny staje się problem - nasze społeczeństwo starzeje się. Proporcjonalnie w naszym kraju przybywa osób starszych, wymagających pomocy i opieki. Wprowadzenie dodatkowego ubezpieczenia pielęgnacyjnego ma spowodować zapewnienie opieki pielęgnacyjnej ludziom jej potrzebującym we własnych domach lub w zakładach opiekuńczo pielęgnacyjnych. Ustawa wprowadzająca takie ubezpieczenie miałaby wejść w życie w 2009r.

- Ustawa ma obejmować opieką osoby przewlekle chore i niepełnosprawne.

- Niekoniecznie osoby chore, ale też i niedołężne. Mogą to być ludzie niepełnosprawni ze względu na chorobę, ale również i ze względu na wiek. Ustawa ta jest jednym z priorytetów tego rządu. Trzeba rozwiązywać po kolei wszystkie ważne problemy nurtujące nasze społeczeństwo. Sieć szpitali, koszyk gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej, rejestr usług medycznych to fundamenty, które musimy jeszcze postawić. Obecnie nowelizujemy ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawę o ubezpieczeniach obowiązkowych. W ramach OC każdy w umowie z firmą ubezpieczeniową ma zagwarantowane opłacenie leczenia osób

pokrzywdzonych w razie wypadku komunikacyjnego. Uchwalenie ustawy, nad którą obecnie pracujemy, zrekompensowałoby Narodowemu Funduszowi Zdrowia koszty świadczeń, za które płaci, a powinny płacić firmy ubezpieczeniowe. Więcej pieniędzy pozostanie na inne świadczenia, także więcej pieniędzy będzie na pokrycie zaopatrzenia w wyroby medyczne i środki pomocnicze. Konsultacje społeczne związane z ustawą o sieci szpitali właśnie dobiegły końca, koszyk świadczeń latem i wreszcie byłaby kolej na ustawę pielęgnacyjną.

- Izba Polmed twierdzi, że w Polsce proporcje wydatków refundacyjnych na wyroby medyczne vs leki są olbrzymie, bo aż 1do 14. Natomiast w pozostałych krajach Unii Europejskiej te proporcje wynoszą 1 do 5.

- Proporcjonalnie zbyt dużo wydajemy na refundację leków, w efekcie nie starcza na pozostałe, także ważne świadczenia.

- Przy okazji wprowadzenia systemu otwartego na zaopatrzenie w refundowane wyroby medyczne wprowadzono kontrolę polegającą na tym, że każdy pacjent, który otrzymuje wniosek na określony przedmiot ortopedyczny albo środek pomocniczy musi uzyskać potwierdzenie z NFZ. Potwierdzenie to jest przepustką do uzyskania refundacji na dany sprzęt. W ten sposób NFZ broni się przed nadużyciami. Co zrobić żeby można było zacząć kontrolować wydatki na leki?

- Na Opolszczyźnie wprowadzono rejestr usług, także rejestr przepisywanych leków i to znacznie obniżyło koszty. Posłowie z tego regionu twierdzą, że dzięki temu rejestrowi wiele spraw zostało wyjaśnionych. Uważam, że jeżeli zrealizujemy wszystkie nasze zamiary co do „koszyka", rejestru usług oraz sieci szpitali, to w przyszłości będziemy mogli porozmawiać inaczej, bardziej konkretnie. ■

Protezy powietrzne w rankingu wojewódzkich oddziałów NFZ

Rafał Jackiewicz

Zamieszczony obok ranking wojewódzkich oddziałów NFZ pod względem organizacji zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne uzupełniliśmy o nową rubrykę, którą jest okres oczekiwania na realizację wniosku na aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego, czyli CPAP-y, określane w polskiej terminologii urzędniczej jako protezy powietrzne.

Prawie we wszystkich oddziałach NFZ zlecenia na aparaty do bezdechu sennego realizowane są na bieżąco. Jedynie w dwóch województwach tj. łódzkim i zachodniopomorskim czas oczekiwania jest dłuższy - odpowiednio 4 i 2 miesiące

CPAP-y (ang. *continiuous positive airway pressure*) to urządzenia zapewniające ciągłą wentylację płuc podczas snu. Słup powietrza, który powstaje w drogach oddechowych zapobiega zapadaniu się miękkich części gardła i podniebienia. Pacjent ma nałożoną na twarz maskę z elastyczną rurą, przez którą tłoczony jest do górnych dróg oddechowych tlen pod niskim ciśnieniem, co umożliwia swobodny oddech.

Większość niebezpieczeństw i zaburzeń dotyczy nieprawidłowego oddychania w nocy, a zwane jest bezdechami. Bezdech to zatrzymanie oddychania w czasie snu, trwające najczęściej od kilkunastu do kilkudziesięciu sekund. W czasie bezdechu dochodzi do szybkiego obniżenia się poziomu tlenu we krwi.

Obturacyjnemu bezdechowi sennemu (OBS) nierozerwalnie towarzyszy chrapanie, które dotyczy niemal 100 % chorych.. Samo chrapanie nie oznacza natomiast choroby, ponieważ jest zjawiskiem częstym i niemal powszechnym - dotyczy około 30% mężczyzn i 15% kobiet w średnim wieku. Jednak chrapanie głośne i nieregularne, w pozycji siedzącej oraz w czasie krótkiej drzemki - sugerują chorobę.

Jeśli mowa o objawach to ogólnie można je podzielić na dzienne i nocne. Do tych pierwszych zaliczamy: uczucie zmęczenia po przebudzeniu, nadmierna drażliwość, bóle głowy, nadmierna senność, wysychanie śluzówek jamy ustnej, bóle gardła, osłabienie funkcji poznawczych. Jeśli chodzi o objawy nocne to w ich zakres wchodzą: wymienione wcześniej chrapanie, bezdechy, częste przebudzenia, niespokojny sen, trudności w zasypianiu, pobudzenie ruchowe podczas snu, częste oddawanie moczu w godzinach nocnych, nadmierną potliwość.

O tym jak ważny jest w naszym życiu sen, będący czasem odpoczynku dla naszego organizmu świadczą wyniki badań. Eksperymentalny brak snu prowadzi do zaburzeń w funkcjonowaniu większości organów, a zwłaszcza mózgu. Długotrwałe pozbawienie snu może prowadzić nawet do śmierci. Dlatego bardzo ważnym zagadnieniem jest zdrowy sen. Organizm chorego na bezdech broni się przed uduszeniem poprzez wybudzenie ze snu, które przywraca oddychanie. Systematycznie pojawiające się niedotlenienie jest powodem głównych dolegliwości i powikłań choroby, zaś towarzyszące bezdechom wybudzenia ze snu skutkują zmęczeniem i nadmierną sennością w czasie dnia. OBS może być przyczyną wielu poważnych chorób szczególnie z dziedziny sercowo-naczyniowych, jak i ośrodkowego układu nerwowego. Kilka z nich to: nadciśnienie tętnicze i zmiana rytmu pracy serca, niedotlenienie serca powodujące chorobę wieńcową oraz zawały, zaburzenia stężenia cukru i cholesterolu we krwi, udar mózgu, senność i stałe zmęczenie, zasypianie w ciągu dnia.

W Polsce OBS dotyczy około 4% mężczyzn oraz 2% kobiet. Te dane są jednak mocno przybliżone z uwagi na znikomy poziom świadomości społecznej. Można założyć, że dolegliwość ta dotyka 8% mężczyzn oraz 3% kobiet. ■

Ranking wojewódzkich oddziałów NFZ - organizacja zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne

(kolejność w rankingu wg liczby mieszkańców przypadających na jeden punkt ewidencyjny)

	1. Liczba mieszkańców na 1 punkt ewidencyjny (w tys.)	2. Liczba punktów ewidencyjnych	3. Liczba mieszkańców (w tys.)	4. Liczba podmiotów realizujących wnioski	5. Czas podpisania umowy z podmiotami realizującymi wnioski	6. Okres oczekiwania na realizację wniosku na a) AS	b) PM	c) PO	d) WS	e) CPAP
Lubuskie	49	21	1024	62	nb	8 mc*	nb	nb**	nb	nb
Opolskie	73	15	1088	77	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Małopolskie	129	25	3223	291	1 mc	nb	nb	nb	nb	nb
Podkarpackie	304	7	2126	174	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Podlaskie	307	4	1228	72	do 30 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Świętokrzyskie	331	4	1325	264	ok .14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Śląskie	348	14	4866	712	nb	nb	nb	nb	nb	nb
Warmińsko-mazurskie	489	3	1466	118	do 30 dni	12 mc	nb	nb***	nb	nb
Kujawsko-pomorskie	525	4	2101	78	nb	5 mc****	nb	nb*****	nb	nb
Łódzkie	531	5	2653	152	14-21 dni	9 mc	nb	nb******	nb	4 mc
Lubelskie	559	4	2235	214	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Wielkopolskie	559	6	3355	208	14 dni	1 mc	nb	nb	nb	nb
Mazowieckie	633	8	5067	215	14 dni	nb	nb	nb	nb	nb
Dolnośląskie	745	4	2978	154	14 dni	6 mc	nb	nb*******	nb	nb
Zachodniopomorskie	867	2	1733	119	14 dni	do 8 mc********	nb	nb*********	nb	2 mc
Pomorskie	2192	1	2192	133	nb	6 mc	nb	nb**********	nb	nb

AS - aparat słuchowy; PM - pieluchy i pieluchomajtki; PO - przedmioty ortopedyczne; WS - worki stomijne, CPAP - aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego; nb - na bieżąco; * dzieci - nb, osoby czynne zawodowo - 3 mc; ** wózki inwalidzkie, indywidualne przedmioty pionizujące - 3 mc; *** wózki inwalidzkie - 6 mc; **** dzieci - nb; ***** niektóre przedmioty - 3 mc; ****** niektóre przedmioty - 4 mc; ******* wózki inwalidzkie dla dorosłych - 6 mc; ******** dzieci i osoby czynne zawodowo - 3 mc; ********* wózki inwalidzkie - 1 mc; ********** wózki inwalidzkie - ok. 6 mc, indywidualne przedmioty pionizujące - do 3 lat.

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Rola rehabilitacji domowej

Józef Góralczyk
Wiceprezes Oddziału Krakowskiego Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem

Rehabilitacja domowa jest to forma rehabilitacji, którą ludzie z Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem Oddział Krakowski starają się wdrażać od ponad 25 lat. Propagatorem tej metody od początku istnienia oddziału jest wybitny specjalista z zakresu rehabilitacji - prof. dr hab. med. Adam Pąchalski. Jako wieloletni prezes Krakowskiego Oddziału TWK zachęcał swoich współpracowników do propagowania oraz stosowania tej formy rehabilitacji twierdząc, że jest to najtańsza forma leczenia, najskuteczniejsza i bardzo efektywna, ponieważ w bardzo krótkim czasie po urazie neurologicznym eliminuje w znacznym zakresie jego skutek.

Stosowanie rehabilitacji domowej ma szczególne uzasadnienie w przypadkach:
- szybko postępującej choroby stwardnienie rozsiane (SM),
- ciężkich stanów neurologicznych (wylewów i zawałów mózgu),
- ciężkich wypadków w tym komunikacyjnych z poważnymi uszkodzeniami neurologicznymi.

Jak podałem powyżej zabiegi te dotyczą ciężkich stanów chorobowych, w których leczenie osiągnie sukces tylko wtedy, kiedy będzie długotrwałe, systematyczne i kompleksowe.

Rozumiejąc tę zasadę Krakowski Oddział TWK dwanaście lat temu zorganizował poradnię, w której kompleksowe leczenie odgrywa zasadniczą rolę. Pacjent po okresie leczenia szpitalnego trafia do naszej poradni gdzie - w zależności od stanu choroby - zespół lekarzy i specjalistów (psycholog, neurolog, logopeda, i rehabilitant) ustalają zakres leczenia, którego realizacja następuje natychmiast równolegle z zastosowaniem wszystkich koniecznych zabiegów powodujących poprawę zdrowia pacjenta. Ważną częścią tego leczenia jest rehabilitacja, którą rehabilitant, mając ustalony program realizuje w domu pacjenta. Dlaczego w ten sposób? - ponieważ rehabilitantowi łatwiej dojechać jest do domu chorego. Czas rozpoczęcia rehabilitacji bardzo często decyduje o jej powodzeniu, chory znajdujący się w środowisku bliskich mu osób, psychicznie łatwiej realizuje i podejmuje proces rehabilitacji, a rodzina, która bierze udział w rehabilitacji bliskiej osoby uczy się sposobu jej prowadzenia mogąc w przyszłości współuczestniczyć w jej realizacji.

Obecna oferta służby zdrowia w zakresie leczenia ciężkich stanów neurologicznych proponuje następujące usługi:
- dostęp do lekarza każdej specjalizacji, w których kolejki oczekiwania na wizytę wynoszą od kilku tygodni do kilku miesięcy,
- dostęp do rehabilitacji w szpitalach czy centrach rehabilitacji, gdzie czas oczekiwania wynosi od roku do kilku lat.

Koszt takiej rehabilitacji jest nieporównywalnie wyższy od rehabilitacji domowej. Poza kosztem zakwaterowania, wyżywienia dochodzi bowiem koszt wyposażenia i utrzymania sal rehabilitacyjnych.

APARATY SŁUCHOWE

Duże dysproporcje w regionach

Ostatnio pisaliśmy o problemach osób niedosłyszących związanych z refundacją aparatów słuchowych. Poruszyliśmy kwestię braku refundacji dwóch aparatów dla osób nieaktywnych zawodowo. Tym razem chcielibyśmy zwrócić uwagę na inny problem.

Pomiędzy poszczególnymi regionami zachodzą duże dysproporcje dotyczące realizacji zleceń na aparaty słuchowe. Poniżej przedstawiamy dane dotyczące realizacji zleceń na aparaty słuchowe w 2006 r., które uzyskaliśmy z oddziałów NFZ.

Niektóre z zaprezentowanych poniżej liczb wydają nam się niepokojące. Spójrzmy przykładowo na województwo warmińsko-mazurskie, gdzie mieszka blisko 1,5 mln ludzi. W ubiegłym roku zrealizowano tam niecałe 1,5 tys. zleceń na aparaty słuchowe. Liczba mieszkańców przypadających na jeden wniosek wynosi zatem ok. 1000 osób, podczas gdy średnia krajowa to 391. Wątpliwości budzą także liczby z innych oddziałów NFZ. Pod względem wartości zrealizowanych zleceń najgorzej wypadają województwa: warmińsko-mazurskie, pomorskie, łódzkie i zachodniopomorskie.

Realizacja zleceń na aparaty słuchowe w 2006 r.

województwo	l.potwierdzonych zleceń	l. mieszkańców na 1 wniosek	wartość zrealizowanych zleceń	wartość zrealizowanych zleceń na 1 mieszk.	l. mieszkańców
dolnośląskie	7 015	425	5 000 000	1,68	2 978 000
kujawsko-pomorskie	4 514	465	3 077 932	1,46	2 101 000
lubelskie	4 795	466	2 926 710	1,31	2 235 000
lubuskie	2 051	499	1 798 703	1,76	1 024 000
łódzkie	12 765	208	3 107 060	1,17	2 653 000
małopolskie	11 379	283	5 848 268	1,81	3 223 000
mazowieckie	11 768	431	6 823 909	1,35	5 067 000
opolskie	3 068	355	1 969 530	1,81	1 088 000
podkarpackie	5 299	401	3 052 829	1,44	2 126 000
podlaskie	1 990	617	2 094 296	1,71	1 228 000
pomorskie	4 140	529	2 476 030	1,13	2 192 000
śląskie	12 192	399	7 447 423	1,53	4 866 000
świętokrzyskie	4 465	297	2 203 937	1,66	1 325 000
warmińsko-mazurskie	1 438	1 019	1 214 920	0,83	1 466 000
wielkopolskie	9 231	363	6 069 765	1,81	3 355 000
zachodniopomorskie	2 765	627	2 122 986	1,23	1 733 000
ŚREDNIA	**6 180**	**391**	**3 577 144**	**1,48**	**2 416 250**

Opr. Joanna Kanabrocka na podstawie danych z oddziałów wojewódzkich NFZ

Pracownie urodynamiczne w Małopolsce

Rok 2007 na naszej mapce pracowni urodynamicznych rozpoczynamy od województwa małopolskiego. Badanie można tu wykonać w trzech placówkach. Wszystkie zlokalizowane są w Krakowie. Placówki te wykonują badanie urodynamiczne w ramach kontraktu z NFZ.

Województwo małopolskie zamieszkuje 3 266 tys. osób (dane GUS), co powoduje, że na jedną placówkę przypada ponad milion mieszkańców. W prezentowanych przez nas dotychczas województwach ta liczba waha się między 400 tys. a 650 tys. Najlepsza sytuacja jest w woj. mazowieckim (5 157 tys. mieszkańców), gdzie badanie urodynamiczne można wykonać w trzynastu placówkach (jedna przypada na ok. 396 tys. mieszkańców).

W następnym numerze *Kwartalnika NTM* zaprezentujemy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie woj. śląskiego. Aktualna mapka placówek z całego kraju dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

Jeśli mają Państwo jakiekolwiek sugestie dotyczące listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: karolina.ciepiela@ntm.pl

Szpital Uniwersytecki - Oddział Kliniczny Kliniki Urologii, Kraków, ul. Grzegórzecka 18

Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie - Prokocimiu - Oddział Urologiczny, Kraków, ul. Wielicka 265

NZOZ Centrum Diagnostyczno-Lecznicze SCANMED, Kraków, Al. Pokoju 2a

CENTRUM MEDYCZNE WOLA

NZOZ CENTRUM MEDYCZNE WOLA
Warszawa, ul. Ciołka 30
tel. 22 - 837 83 07

PEŁNOPROFILOWA PRACOWNIA URODYNAMICZNA
DIAGNOSTYKA I LECZENIE NIETRZYMANIA MOCZU

Kierownik pracowni - dr n. med. Piotr Radziszewski

badania wykonywane w ramach kontraktu
z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz odpłatnie

konsultacje specjalistów

placówka przystosowana dla osób niepełnosprawnych

Rola rehabilitacji domowej

Ponadto służba zdrowia oferuje rehabilitację domową, ale jedynie w bardzo ograniczonym zakresie i tylko w niewielkiej odległości od swojej siedziby. W przypadku organizacji pozarządowych takich jak np. nasze Towarzystwo, odległość osoby chorej od siedziby nie ma żadnego znaczenia, bo nadrzędnym celem jest chęć pomocy osobie potrzebującej. Waro wiedzieć również, że rehabilitacja domowa realizowana bez przekonania o jej wartości jedynie na siłę, bo tak sobie życzą urzędnicy NFZ, nigdy nie będzie spełniała swojego zadania.

W przypadku ciężkich stanów neurologicznych, ustąpienie porażeń mięśni, afazji zależy od szybkiego zastosowania leczenia farmakologicznego oraz prowadzenia jak najszybszej, ciągłej i długotrwałej rehabilitacji. Niezastosowanie tych form leczenia jest powodem nieodwracalnych zmian w stanie zdrowia pacjenta powodując eliminację człowieka z życia zawodowego, społecznego, a bardzo często i rodzinnego. Efektem końcowym jest pobyt takiej osoby w domu pomocy społecznej.

Realizacja programu rehabilitacji domowej daje ogromną nadzieję i szansę wyzdrowienia pacjentom, którzy w tym programie się znajdą. Nie jest jednak ani efektowna, ani korzystna finansowo dla instytucji podejmujących takie wyzwanie.

Urzędnicy w Warszawie nie widzą różnicy pomiędzy rehabilitacją klasyczną a rehabilitacją domową. Należy więc wnioskować, że Narodowy Fundusz Zdrowia i jednostki mające obowiązek realizacji programu rehabilitacji domowej nie są nim zainteresowane. I tak setki osób niepełnosprawnych, dla których rehabilitacja jest konieczna jak powietrze, będzie jej pozbawiona. Całkowita niewydolność jednostek służby zdrowia oraz ignorancja urzędników Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia spowoduje, że bardzo duża część naszego społeczeństwa zostanie odesłana w niebyt. Dzisiaj zwalcza się rehabilitację domową prowadzoną od wielu lat w organizacjach pozarządowych zamiast uczyć się od nich jak należy ją prowadzić. ■

Operacje z użyciem taśm w woj. łódzkim

Joanna Kanabrocka

W cyklu prezentacji placówek wykonujących operacje z użyciem taśm przedstawiamy wykaz szpitali przeprowadzających te zabiegi w województwie łódzkim. O skomentowanie sytuacji leczenia operacyjnego NTM w regionie poprosiliśmy konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie urologii prof. Józefa Matycha:

- W makroregionie łódzkim u pacjentek z nietrzymaniem moczu zabiegi operacyjne wykonuje się w 16 ośrodkach zarówno urologicznych jak i ginekologicznych. Na ogólną liczbę 400 wykonywanych zabiegów, w 2006 roku, w/w procedury NFZ-u realizowano w 7 oddziałach urologicznych i w 9 ginekologicznych. W województwie łódzkim pracownią urodynamiczną dysponuje: 5 ośrodków urologicznych i 3 ginekologiczne. Z 400 zabiegów z zastosowaniem taśm w nietrzymaniu moczu około 300 zabiegów wykonywano w oddziałach ginekologicznych. (...) Pacjentki z województwa łódzkiego nie mają trudności z dostępem do świadczeń medycznych związanych z diagnostyką i leczeniem nietrzymania moczu. Okres oczekiwania na hospitalizację wynosi około 2-3 tygodni. (...)

Nazwa szpitala	Adres	Oddział	L. wykonanych zabiegów w 2005	L. wykonanych zabiegów w 2006	L. wykonanych zabiegów w 2007	Czas oczekiwania na zabieg refundowany	Wykonywanie zabiegu płatnego
Wojewódzki Szpital Specjal.	Pabianicka 62 Łódź	urol.	40-50	40-50	ok. 50	ok. 1 tydz.	jest taka możliwość
MSWiA Poliklinika Szpital	Północna 42 Łódź	gin./ urol.	ok. 20	ok. 10	nie ma planów	2-2,5 mies.	brak danych
Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki	Rzgowska 281/289 Łódź	gin.	150	160	min. 160 lub więcej	nie ma	tylko refundowane
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital	Wileńska 37 Łódź	gin.	ok. 70	ok. 70	ok. 70	ok. 3-4 mies.	tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Specjal.	Wólczańska 195 Łódź	urol.	ok. 5	ok. 5	ok. 5	ok. 1 tydz.	tylko refundowane
Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2	Żeromskiego 113 Łódź	urol.	13	15	nie ma planów	ok. 3-4 mies.	tylko refundowane
Szpital Wojewódzki	Czaplińiecka 123 Bełchatów	urol.	10	5	ok. 23	1-2 mies.	tylko refundowane
SPZOZ	Warszawska 62 Łask	gin.	nie było	4	nie ma planów	nie ma	tylko refundowane
Szpital Rejonowy	Partyzantów 30 Opoczno	gin.	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych	brak danych
SPZOZ	Jana Pawła II 68 Pabianice	gin.	ok. 15	ok. 15	nie ma planów	ok. 2 tyg.	od niedawna zabieg jest możliwy
Szpital Wojewódzki	Rakowska 15 Piotrków Tryb.	gin.	ok. 5	ok. 2-3	nie ma planów	do 1 tyg.	tylko refundowane
Szpital Rejonowy	Roosevelta 3 Piotrków Tryb.	urol.	ok. 7	ok. 7	ok. 7	do 2 tyg.	tylko refundowane
SPZOZ	Armii Krajowej 7 Sieradz	urol.	ok. 10-15	ok. 10-15	nie ma planów	kilka dni	tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Zespolony	Rybickiego 1 Skierniewice	urol.	ok. 20	ok. 20	ok. 20	ok. 2-3 tyg.	tylko refundowane
Szpital Rejonowy	Jana Pawła II 35 Tomaszów Maz.	urol.	ok. 7-8	ok. 10	nie ma planów	1-2 tyg.	tylko refundowane
SPZOZ	Warszawska 104 Wieruszów	gin.	ok. 35	ok. 35	ok. 70	2-3 dni	tylko refundowane
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny	Parzęczewska 35 Zgierz	urol.	ok. 6	ok. 6	ok. 6	1-2 tyg.	tylko refundowane

Opr.: Na podstawie informacji z poszczególnych ośrodków

Czy iść do ginekologa?

Nie potrafię zdiagnozować u siebie ewentualnej choroby nietrzymania moczu. Nie czuję bowiem, by następował wypływ moczu. Nie umiem określić sytuacji, w których dochodziłoby do niekontrolowanego wycieku moczu (śmiech, kaszel czy wysiłek), nie oddaję często moczu, nie czuję parcia na pęcherz. Jednak mam problem - w zasadzie nie obywam się bez wkładek Carefree, niekiedy zmieniam dwa razy dziennie, gdyż są wprawdzie nie mokre, ale żółte i wilgotne. Po całym dniu czuję się "nieświeżo". Bezpieczniej czuję się w spódnicach, gdyż spodnie po dwóch dniach po prostu w kroku brzydko pachną (bez wkładek są na jeden raz). Oczywiście dbam o higienę, codziennie stosuję płyny do higieny intymnej. Dodam, że mam w zasadzie ten problem od zawsze, tzn. od okresu dojrzewania. Nie miałam żadnych zabiegów ginekologicznych, nie rodziłam dzieci, nie skończyłam jeszcze 40 lat, jestem szczupła. Nigdy nie rozmawiałam na ten temat z ginekologiem, może powinnam? Czy powinnam zasugerować lekarzowi, że podejrzewam u siebie chorobę nietrzymania moczu? Wizyta u ginekologa sama w sobie jest dość krępująca, chciałabym więc przed poruszeniem kłopotliwego tematu upewnić się, czy jest sens.

Alina

Oczywiście, że rozmowa z ginekologiem na ten temat ma sens! Opis sytuacji powinien ukierunkować postępowanie, a dokładne badanie uroginekologiczne powinno pozwolić na postawienie rozpoznania rodzaju nietrzymania moczu i jego leczenie.

Mam 15 lat

Mam 15 lat i odkąd sięgam pamięcią mam problem z NTM. Jednak wcześniej nie widziałam co to jest i myślałam, że to w jakiś sposób zależy od mojej woli. Z powodu NTM nierzadko miałam problemy. Nigdy o tym jednak nie mówiłam, był to mój sekret i zapewne nie powiedziałbym o tym nikomu gdyby nie to co się zdarzyło w szkole. Z powodu śmiechu nie utrzymałam moczu. Nie było to po raz pierwszy, ale nigdy nie miało takiego natężenia ani nie było wywołane takim delikatnym śmiechem. Powiedziałam o tym mojej matce - pielęgniarce. Na stronie www.ntm.pl dowiedziałam się o badaniu urodynamicznym. Dziś pluję sobie w brodę, że nie powiedziałam o tym nikomu, bo skoro można to leczyć, to nie musiałam się aż tak męczyć i odbierać sobie radość życia. Jak długo czeka się na wynik badania? Jak często występuje mój rodzaj NTM - popuszczanie w czasie śmiechu, kichania, wysiłków?

Kasia

Nietrzymanie moczu w trakcie śmiechu to tzw. gigling incontinence (szczególna postać nadreaktywności pęcherza), występuje u młodych dziewcząt i na ogół ustępuje w wieku 18-20 lat. Natomiast objawy popuszczania moczu przy kaszlu i kichaniu mogą (choć nie muszą) świadczyć o wysiłkowym nietrzymaniu moczu, ale znane są przypadki takich objawów u pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym.

W Pani przypadku proponuję zgłoszenie się do urologa lub ginekologa, wykonanie podstawowych badań (badanie ogólne moczu, posiew, badanie USG) i wdrożenie leczenia lekami antycholinergicznymi (Vesicare, Detrusitol, Ditropan). Jeśli po ok miesiącu leczenia nie będzie pozytywnych wyników wówczas dopiero należy wykonać badanie urodynamiczne.

„Małe" nietrzymanie moczu

Mam 22 lata i jestem chłopakiem. Mój problem polega na tym, że zdarza się mi małe nietrzymanie moczu. Pojawia się ono najczęściej w momencie siadania, kucania itp. Zdarza się to nawet od razu po załatwieniu. Są to niewielkie ilości moczu (dosłownie parę kropel) ale jest to bardzo uciążliwe. Nie wiem czy to może mieć jakiś wpływ (mam wrażenie że ma) ale mam problemy z wypróżnianiem. Czasem nawet w granicach tygodnia i wtedy czuje, że mam tak jakby parcie w brzuchu. Poza tym też często mam uczucie, że mam pełen pęcherz, ale okazuje się, że jest prawie pusty i wtedy też zdarza się to nietrzymanie. Mało tego, nawet jak się załatwię to cały czas coś się zbiera w cewce moczowej.

Grzegorz

Wymaga Pan konsultacji i zbadania przez urologa, a być może dodatkowych badań. Objawy które Pan zgłasza nie są specyficzne dla jednego schorzenia. Pierwszy z nich jest to tylko tzw. wykapywanie po mikcji (oddaniu moczu), czyli wypływanie moczu pozostającego w cewce. Można go leczyć tzw. dojeniem (wymasowywaniem) moczu z cewki po oddaniu moczu. Objaw ten jednak może być częścią obrazu klinicznego zarówno anatomicznej bądź czynnościowej przeszkody podpęcherzowej (tu skuteczne bywają leki z grupy tzw. alfablokerów np. tamsulosyna, Omnic) jak i nadreaktywanego pęcherza (leczenie to leki antymuskarynowe np. solifenacyna Vesicare), na co może wskazywać obecność parć na pęcherz/stolec.

Czy alkohol może powodować NTM?

Mój chłopak ma 24 lata i ostatnio już dwa razy zdarzyło mu się, po wypiciu dużej ilości alkoholu, zmoczyć w nocy. Mówi, że nic nie czuł. To już dwa razy, więc się przeraziliśmy. Co robić? Powiem jeszcze, że przy tym palił papierosy, a on z reguły nie pali, bo nie może. Zaraz po zapaleniu papierosa przez chwilę wygląda jak obłąkany, oczy mu się zmieniają i ma nawet problem z chodzeniem po linii prostej. To trwa kilka sekund i przechodzi. Proszę pomóżcie. Do kogo się zwrócić? Czy to choroba?

Monika

Alkohol powoduje stłumienie funkcji ośrodkowego układu nerwowego (mózgu). To właśnie kontrola sprawowana przez mózg powoduje, że jesteśmy w stanie odroczyć oddawanie moczu w momencie odczuwania parcia na pęcherz. Po przyjęciu dużej ilości alkoholu ta kontrola znacznie się osłabia i wówczas pęcherz moczowy funkcjonuje tak jak u małego dziecka, tzn. po osiągnięciu pewnej pojemności opróżnia się, a mózg nie jest w stanie temu zapobiec. Dodatkowo nikotyna ma działanie stymulujące na receptory w pęcherzu odpowiadające za jego skurcz.

Tak więc nie jest to choroba, a radą jest ograniczenie spożycia alkoholu i niepalenie, co ma niebagatelne znaczenie dla naszego zdrowia.

Przekazywane treści mają charakter informacyjny i nie mogą być traktowane jako porada lekarska.

Na listy odpowiadali dr Piotr Dobroński oraz dr Piotr Radziszewski z Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie.

Odpowiedzi na Państwa listy publikujemy również na stronie internetowej **www.ntm.pl**

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik NTM

STUDIO PR,
ul. Ciołka 13, 01-445 Warszawa

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

.....

.....

.....

Tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

- Wyrażam zgodę na zamieszczenie i przetwarzanie moich danych w bazie adresowej Studia PR. Dane podlegają ochronie zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)
- Upoważniam firmę Studio PR do wystawienia faktury VAT bez mojego podpisu

STEMPEL DZIENNY

PODPIS

OPŁATA

Dowód pokwitowanie dla odbiorcy

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy
STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA
l.k. nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842
WP PLN 38,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)
nazwa zleceniodawcy
nazwa zleceniodawcy cd.
tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“
tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata:

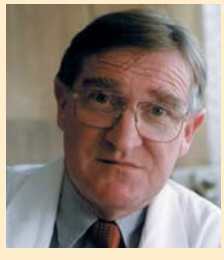
Zagraniczna prenumerata roczna Kwartalnika NTM - cena: 25 EUR / 20 USD

www.ntm.pl

INFOLINIA 0 801 800 038

Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia 0 801 800 038, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu. Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 8.00 - 20.00 oraz w soboty w godz. 8.00-16.00. Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



Prof. dr hab. med. Andrzej Borkowski
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Prof. dr hab. med. Anna Członkowska
Kierownik II Kliniki Neurologicznej w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Prof. dr hab. med. Tomasz Rechberger
Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Akademii Medycznej w Lublinie

Prof. dr hab. med. Tadeusz Tołłoczko
1974 - 1999 Kierownik II Kliniki Chirurgicznej I Wydziału Lekarskiego oraz Kliniki Naczyń i Transplantologii Akademii Medycznej w Warszawie

KONSULTANT MEDYCZNY DS. WSPÓŁPRACY ZAGRANICZNEJ
dr med. Piotr Radziszewski
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

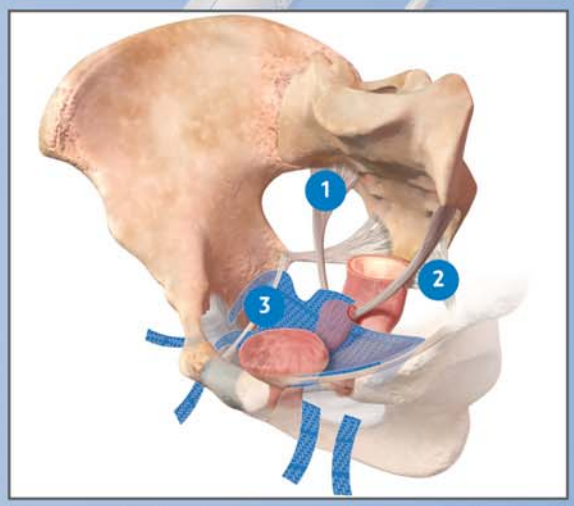
KONSULTANT MEDYCZNY
dr med. Piotr Dobroński
Katedra i Klinika Urologii Akademii Medycznej w Warszawie

Gynecare PROLIFT*

Systemy rekonstrukcji dna miednicy

Optymalna technika umożliwiająca dostęp do kluczowych punktów anatomicznych

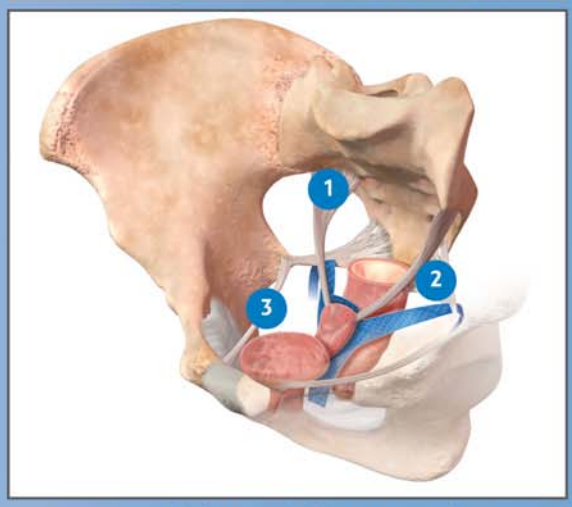
Położenie siatki do rekonstrukcji przedniej



Dwa pasy siatki umieszczone są - poprzez otwór zasłonowy - na łuku ścięgnistym powięzi miednicy

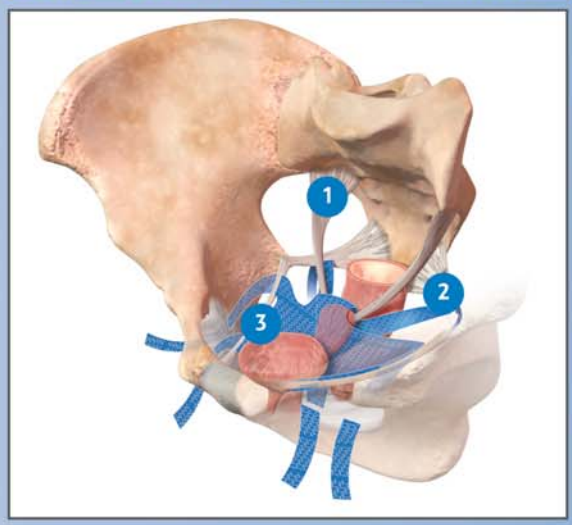
1. Więzadło krzyżowo-maciczne
2. Więzadło krzyżowo-kolcowe
3. Łuk ścięgnisty powięzi miedniczej

Położenie siatki do rekonstrukcji tylnej



Jeden pas siatki przeprowadzony został przez więzadło krzyżowo-kolcowe

Położenie siatki do rekonstrukcji całkowitej



Połączenie elementów rekonstrukcji przedniej i tylnej

Innowacyjny kształt wszczepianej siatki oraz jej rozmiar zapewniają optymalne pokrycie ubytku

WSKAZANIA: Zastosowanie systemów całkowitej, przedniej i tylnej rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT wskazane jest w przypadku operacyjnego leczenia obniżenia i wypadania narządów rodnych, do wzmacniania i długotrwałej stabilizacji struktur powięziowych dna miednicy oraz w przypadku leczenia innych ubytków powięziowych, jako mechaniczna podpora i mostowanie. **PRZECIWWSKAZANIA:** W przypadku zastosowania siatki GYNEMESH PS u dzieci, kobiet w ciąży lub kobiet planujących ciążę chirurg musi być świadomy, że materiał ten nie będzie w sposób istotny rozciągał się w trakcie wzrostu pacjenta. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** Możliwe działania niepożądane są typowe dla chirurgicznie wszczepianych materiałów, włącznie z możliwością wystąpienia infekcji, reakcji zapalnej, zrostów, przetoki, nadżerki, odrzucenia i bliznowacenia na skutek kurczenia się implantu. W trakcie przechodzenia prowadnicy GYNECARE PROLIFT może dojść do przedziurawienia lub rozdarcia naczyń, nerwów, pęcherza, cewki moczowej lub jelita, co może wymagać interwencji chirurgicznej. **UWAGA:** Niestosowanie się do instrukcji oraz nieprzestrzeganie uwag i ostrzeżeń może prowadzić do poważnego urazu pacjenta. **Dodatkowe informacje o produkcie znajdują się w ulotce dołączonej do opakowania.** Zalecane i dostępne są szkolenia w zakresie zastosowania systemów rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT. W celu zorganizowania takiego szkolenia należy skontaktować się z lokalnym przedstawicielem firmy. Aby uzyskać więcej informacji na temat zabiegu z GYNECARE PROLIFT należy zapoznać się z zalecaną techniką operacyjną systemów do rekonstrukcji dna miednicy GYNECARE PROLIFT

JOHNSON & JOHNSON Poland Sp.z o.o., ul. Szyszkowa 20, 02-285 Warszawa, tel.022 668 00 64, fax.022 668 00 55, **www.Gynecare.com**

*Znak handlowy