

Kwartalnik **NTM**

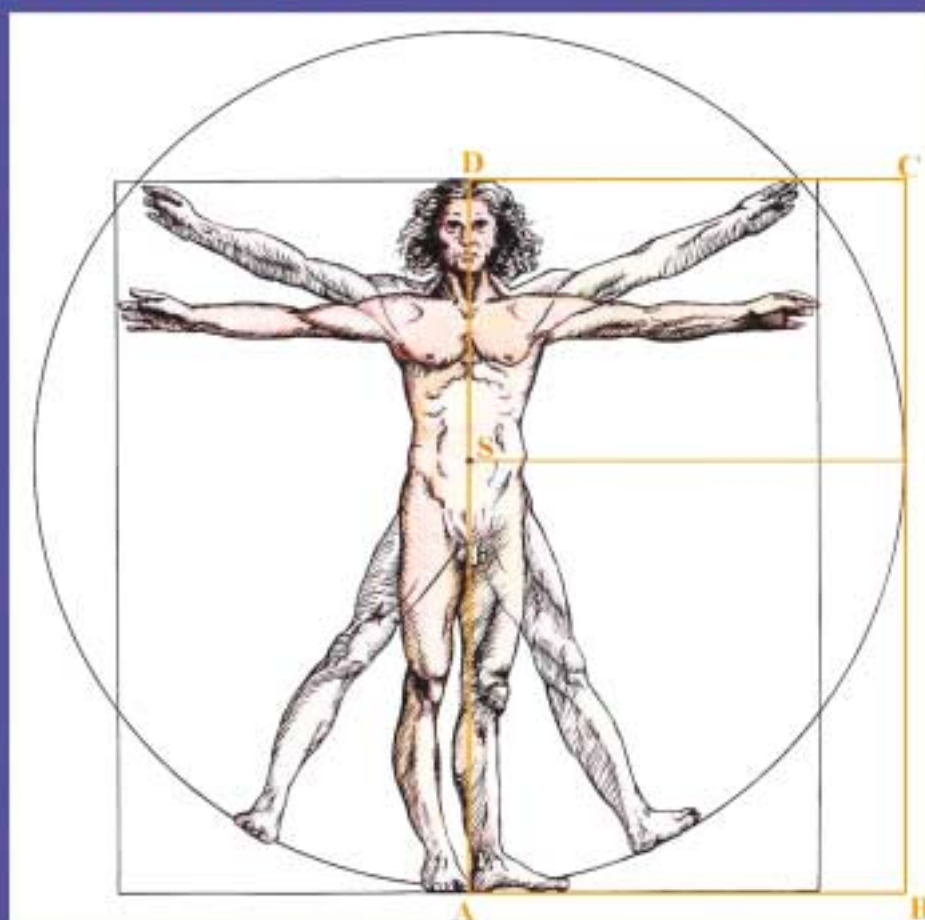
ISSN 1733-2826

nr 1 (32) 2010

cena: 9.50 zł (w tym 0% VAT)

S
T
Y
L

Ż
Y
C
I
A



A

N
T
M



- Gdzie są kolejki? - refundacja NFZ •
- Profesjonalna diagnostyka i leczenie w MSWiA w Warszawie •
 - Operacje z użyciem taśm w woj. opolskim •
 - Pracownie urodynamiczne na Kujawach i Pomorzu •

Potrzebny Balcerowicz od zdrowia

Ile jeszcze publicznych pieniędzy zostanie wydanych, zanim zostaną podjęte poważne, przemyślane decyzje dotyczące zmian w systemie ochrony zdrowia? Ostatni rok jednoznacznie pokazał, że dłużej egzystować w ten sposób się nie da. Mnożymy ustawy, rozporządzenia, zarządzenia, a efekty są coraz gorsze. Minister Ewa Kopacz podkreśla, że w trakcie jej urzędowania do systemu wpłynęło dodatkowe 14 mld zł. Warto być może zapytać, dlaczego w takim razie, sytuacja w ochronie zdrowia jest coraz gorsza? Odpowiedź jest raczej jednoznaczna. System jest nieefektywny i niesprawiedliwy. Nie można go już zmieniać. Należy go zastąpić nowym, zbudowanym od podstaw.

Doprowadziliśmy się do sytuacji – w końcu to my wszyscy wybieramy naszych polityków – w której samochód osobowy znajduje się pod zdecydowanie lepszą opieką niż jego właściciel. Dlaczego tak się dzieje? Z prostej przyczyny – system ubezpieczeń samochodowych jest dużo bardziej racjonalny i skuteczny niż system ubezpieczeń zdrowotnych.

Czy ktokolwiek kto odprowadza samochód po wypadku do warsztatu powinien się obawiać, że skończył się limit na naprawy, tak jak kończą się limity w szpitalach? Rzecz jasna, że nie. Skoro właściciel opłacił składkę, to jest klientem pożądanym w każdym warsztacie samochodowym. Tak jak warsztat zabiega o klienta, tak samo ubezpieczyciel stara się przekonać do siebie jakością usług i ceną. Dlaczego tak się dzieje? Z banalnie prostej przyczyny. W ubezpieczeniach komunikacyjnych funkcjonuje pojęcie konkurencji rynkowej, a pieniądze idą za samochodem.

Jeżeli nasz samochód nie musi być naprawiany, właściciel dba o niego, przyjeżdża na przeglądy, nie szarżuje na drodze i nie powoduje wypadków, w nagrodę otrzymuje od ubezpieczyciela na następny rok zniżkę z informacją, że jeżeli nadal będzie tak o samochód dbał, to w następnych latach otrzyma jeszcze większy upust. Czy polski system ubezpieczeń zdrowotnych nagradza nasze starania o utrzymanie dobrego stanu zdrowia? Pytanie – rzecz jasna retoryczne. Każdy doskonale wie, że nasze składki nie zależą od żadnej profilaktyki lecz wyłącznie od wysokości zarobków.



Ktokolwiek zostanie ministrem zdrowia, przy obecnej skali biurokracji i bieżących obowiązkach, nie będzie w stanie stworzyć nowego systemu. Chyba, że będzie nazywał się Leszek Balcerowicz, a my wszyscy cofniemy się do roku 1989. Czy to oznacza, że nie ma już nadziei? Nadziei może nie ma, ale pozostaje przekonanie, że prędzej czy później doprowadzimy się na skraj przepaści. A wtedy czeka nas skok do nowego i lepszego, miejmy nadzieję, jutra. Czego sobie i wszystkim Czytelnikom życzę.

TOMASZ MICHAŁEK

*Cokolwiek zamierzasz zrobić,
o czymkolwiek marzysz,
zaczynij działać.*

*Śmiałość zawiera w sobie geniusz, siłę i magię.
(Johann Wolfgang Goethe)*

Zaczął się, a właściwie w chwili wydawania numeru Kwartalnika trwa już całkiem długo, Nowy 2010 Rok. Będzie on bezspornie czasem działań ważne jest aby te działania były mądre i rozsądne i aby były. AOTM wydała w ub. roku opinię na temat refundacji leków antycholinergicznych u pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym. Nie wnikając w jej szczegóły merytoryczne i nie oceniając jej pod tym kątem, należy stwierdzić że są to pierwsze takie działania czynników oficjalnych od 20 lat. Od czegoś trzeba zacząć. Na pewno od razu nie uda nam się uzyskać sytuacji takiej jak w większości krajów Unii, gdzie leki antycholinergiczne, produkty wchłaniające

i skomplikowane terapie zaburzeń mikcji są refundowane, ale ważne jest, że zmiany się rozpoczęły, zmiany na lepsze. Problem NTM został dostrzeżony, zauważono że jest to choroba społeczna (jak by nie patrzeć dotyczy ponad 10 % mieszkańców Polski). Niestety nadal trudno tym tematem zainteresować Ministerstwo Zdrowia. W ubiegłym roku brałem udział w kilku spotkaniach poświęconych nietrzymaniu moczu, na które byli zaproszeni przedstawiciele Ministerstwa. Scenariusz zawsze był podobny: potwierdzali przybycie, a w ostatniej chwili, już w dniu spotkania inne ważne sprawy uniemożliwiały im przybycie.

Mówiąc o nietrzymaniu moczu, przełamujemy ostatnie tabu. Oczywiście, problem brzydko pachnie, jest nazywany „problemem”, ale mam wrażenie, że przez nasze działania Pacjenci zaczynają coraz śmielej mówić o swoim schorzeniu, domagają się leczenia, coraz rzadziej spotyka się Pacjentów, którym ktoś powiedział „...w tym wieku nietrzymania moczu się nie leczy”.

Przypomnijmy sobie sytuację sprzed prawie dziesięciu lat - pojedyncze ośrodki leczące operacyjnie nietrzymanie moczu, jedna (góra dwie) pracownie urodynamiczne w województwie. Czas oczekiwania na zabieg operacyjny dwa lata. Marzyliśmy o zmianach, działaliśmy i uzyskaliśmy bardzo dobry efekt. Mam nadzieję, że za kolejnych dziesięć lat będę mógł napisać: „...opieka nad pacjentami z nietrzymaniem moczu w Polsce nie odbiega od tej w innych krajach Europy”.

DR HAB. MED. PIOTR RADZISZEWSKI

Spis treści 1 (32) 2010

STYL ŻYCIA A NTM

Jak sami szkodzimy swojemu pęcherzowi J. Kamińska 4-6

LECZENIE NTM

NTM u zwierząt dr S. Lew, prof. M. Majewski 7

Polityka państwa w leczeniu OAB J. Kamińska 8

PIELĘGNACJA I PROFILAKTYKA

Opieka nad pacjentem z urostomią A. Kubiak 9-10

Co z tą opieką długoterminową E. Szwałkiewicz 11-12

Ćwiczenia po porodzie M. Koszła 13-14

OPINIE

Komentarz T. Bochenek 14

GDZIE LECZYĆ NTM

Profesjonalna diagnostyka i leczenie w MSWiA J. Kamińska 15

ORGANIZACJE

Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji M. Kowalewska 16

PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE

I ŚRODKI POMOCNICZE

Pacjencie uzbroj się w cierpliwość A. Sulka 17-18

Duńczycy refundują środki wchłaniające bez limitu 18

Gdzie są kolejki? – refundacja NFZ 19

Operacje z użyciem taśm w woj. opolskim 20

Badania urodynamiczne – woj. kujawsko-pomorskie 21

STRONA PACJENTA 22

Redaktor naczelny: Tomasz Michalek, **Redaktor wydania:** Joanna Kamińska

Sekretarz redakcji: Karolina Ciepela, **Komitet redakcyjny:** dr med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie, dr hab. med. Piotr Radziszewski - Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, **Zespół redakcyjny:** Marta Banaszak, Magdalena Kowalewska, Anna Sulka, Katarzyna Walewska,

Komentatorzy: Tomasz Bochenek, Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska

Korekta: Marzena Michalek, **Zdjęcia:** Dominik Skurzak, **Rysunki:** Dariusz Pietrzak, **Dyrektor ds. produkcji:** Stanisław Mazur

Adres redakcji: ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 463 64 01, fax: (22) 533 62 93

e-mail: ntm@ntm.pl, joanna.kaminska@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 3000 egzemplarzy.

Wydawca: Studio PR
Realizacja wydawnicza:
Warsaw Voice SA

O ddajemy w Państwa ręce pierwszy w 2010 roku numer Kwartalnika NTM. Tym razem wiodącym tematem będzie szeroko rozumiany wpływ stylu życia na pojawienie się lub nasilenie NTM. Czy za problem nietrzymania moczu można choć po części winić otyłość, brak aktywności fizycznej, nieodpowiednie odżywianie, brak higieny, czy zażywanie niektórych leków? Spróbujemy znaleźć odpowiedzi na pytanie w jaki sposób sami szkodzimy swojemu pęcherzowi.

Pewnie nie jeden z nas zastanawiał się nad tym, czy zwierzęta również mogą mieć nietrzymanie moczu. Owszem, mogą. NTM nie jest tylko i wyłącznie domeną ludzką. Jeśli chcecie dowiedzieć się więcej na ten temat zapraszamy do lektury artykułu dr Sylwii Lew i prof. Mariusza Majewskiego.

W dziale dotyczącym leczenia NTM tym razem skoncentrujemy się na farmakologii. Przeanalizujemy politykę naszego państwa wobec osób z pęcherzem nadreaktywnym (OAB).

Gorąco zachęcamy również do zapoznania się z tekstem o opiece nad pacjentem z urostomią. Autorka – Anna Kubiak, pielęgniarka urologiczna i specjalistka stomijna po kolei i bardzo szczegółowo przedstawiła wszystkie etapy opieki nad pacjentem z urostomią – począwszy od przygotowania do operacji, poprzez wczesną opiekę pooperacyjną w szpitalu, skończywszy na opiece domowej. Wracamy także do tematu opieki długoterminowej. Elżbieta Szwałkiewicz, Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa niepełnosprawnych i przewlekłe choroby podsumowuje i ocenia obecną sytuację opieki długoterminowej w Polsce.

W ramach wspierania profilaktyki NTM rozwijamy cykl poświęcony ćwiczeniom mięśni dna miednicy. W poprzednim numerze skoncentrowaliśmy się na ćwiczeniach adresowanych do kobiet w ciąży, tym razem będziemy zachęcać do ćwiczenia świeżo upieczone mamy.

Kontynuujemy również cykl prezentujący rekomendowane placówki (ginekologiczne i urologiczne), które specjalizują się w leczeniu NTM. Teraz przybliżamy Państwu Klinikę Położnictwa, Chorób Kobietych i Ginekologii Onkologicznej wchodzącą w skład Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie. Zaś w cyklu prezentującym różne organizacje pacjenckie zaprezentujemy Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji.

W dziale poświęconym legislacji tradycyjnie zamieszczamy tekst analizujący aktualną sytuację prawną w dziedzinie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Prezentujemy także zmodyfikowaną tabelę zawierającą podstawowe informacje o dostępności do zaopatrzenia w poszczególne OW NFZ. Nowością jest również strona pacjenta, na której tym razem zamiast listów zamieściliśmy fragment przedruku forum internetowego funkcjonującego na stronie internetowej www.ntm.pl.

Zapraszamy także do lektury stałych rubryk: refundacji środków wchłaniających za granicą (Dania), operacji z użyciem taśm (woj. opolskie) i pracowni urodynamicznych (woj. kujawsko-pomorskie).

Joanna Kamińska

Jak sami szkodzimy swojemu pęcherzowi

JOANNA KAMIŃSKA

Wśród najczęstszych przyczyn powstania problemu nietrzymania moczu wymienia się m.in. osłabienie mięśni dna miednicy spowodowane przebytym porodem, zmiany hormonalne w okresie menopauzy, przebyte infekcje i choroby oraz zaawansowany wiek. Wszystkie te przyczyny mają jeden wspólny mianownik – nie mamy wpływu na ich występowanie. Tymczasem istnieje szereg zależnych od nas czynników, które mogą przyczynić się do powstania lub zintensyfikowania NTM.

Często sami jesteśmy sobie winni. Prowadzenie nieodpowiedniego stylu życia – spożywanie nadmiernej ilości niektórych napojów (np. kawy czy alkoholu), palenie papierosów, otyłość, brak higieny, czy nadmierny wysiłek mogą mieć istotny wpływ na pojawienie się i rozwój NTM. Złymi nawykami bardziej lub mniej świadomie szkodzimy swojemu pęcherzowi.

Zbędne kilogramy

W Polsce otyłość odnotowuje się aż u 2/3 kobiet w okresie menopauzy, ogółem dotyka ona ok. 20 proc. społeczeństwa. Zdecydowana większość przypadków spowodowana jest prowadzeniem nieodpowiedniego trybu życia – złym odżywianiem, kaloryczną dietą, brakiem ruchu itp.

A zatem często sami przyczyniamy się do odkładania zbędnych kilogramów.

Otyłość stanowi udowodniony czynnik ryzyka rozwoju NTM, szczególnie typu wysiłkowego. Nadmierna waga sprzyja zarówno pojawieniu się NTM, jak i nasileniu tej dolegliwości. Aż u 25 proc. kobiet cierpiących na nietrzymanie moczu wskaźnik masy ciała (BMI – body mass index) wynosi ponad 30 kg/m² (nadwaga to BMI 25–29,9 kg/m²). Otyłe pacjentki 4,2–krotnie częściej zapadają na wysiłkowe NTM i 2,2–krotnie częściej na nadreaktywność wypieracza.

Zbyt duży ciężar ciała napiera na pęcherz i powoduje obciążenie mięśni brzusznych i mięśni dna miednicy. Zbędne kilogramy zwiększają ciśnienie śródbrzuszne i wewnętrzne pęcherzowe, obciążają przeponę miednicy oraz osłabiają struktury mięśni dna miednicy.

Niewłaściwa dieta bywa również przyczyną przewlekłych zaparć, a te z kolei mogą wpływać na problemy z trzymaniem moczu.

Nadmierny wysiłek lub brak aktywności

Otyłość często sprzyja ograniczeniu aktywności fizycznej. Zupełny brak ruchu może być zaś przyczyną problemów

z NTM. Niski poziom aktywności powoduje niedoczynność lub zanik mięśni dna miednicy, a to z kolei u kobiet przyczynia się do zwiększenia masy ciała, obniżenia napięcia rodowego i nadmiernej ruchomości cewki moczowej.

Zarówno brak aktywności fizycznej, jak i nadmierny wysiłek mogą mieć negatywny wpływ na mechanizm trzymania moczu. Powszechnie wiadomo, że uprawianie pewnych sportów (siłowych i wytrzymałościowych) zwłaszcza dla kobiet może mieć istotny wpływ na wystąpienie NTM. Do szczególnie niebezpiecznych dyscyplin zalicza się podnoszenie ciężarów, skoki spadochronowe, rzut młotem, skoki na trampolinie, a nawet tenis i biegi. Również ciężka praca fizyczna może predysponować kobiety do wystąpienia NTM.

Zatem – ćwiczyć, czy nie ćwiczyć? Jak najbardziej ćwiczyć, ale w sposób umiarkowany i umiarkowany, tak żeby ta aktywność nie obróciła się przeciwko nam.

*Mgr Małgorzata Terek,
fizjoterapeutka, Zakład
Rehabilitacji Świętokrzyskiego
Centrum Onkologii w Kielcach*

Wysiłkowe nietrzymanie moczu może być spowodowane różnymi czynnikami. Zalicza się do nich między innymi otyłość. Według Bump R. wartości BMI powyżej 30 kg/m² wykazują dodatnią korelację z występowaniem wysiłkowego nietrzymania moczu.

Niektórzy autorzy uważają, że wyższa wartość wskaźnika BMI związana jest ze zwiększoną ilością tkanki tłuszczowej powłok ciała, co zwiększa ciśnienie śródbrzuszne. Inna teoria wpływu otyłości na nietrzymanie moczu wyjaśnia, że przerost mięśnia tkanką tłuszczową obniża jego wartość funkcjonalną przez odkładanie się części tkanki tłuszczowej w mięśniach i tkance łącznej przepony–moczowo pęcherzowej.

Otyłości sprzyja ograniczenie aktywności fizycznej. Informacje na temat roli regularnej aktywności fizycznej są rozległe i nie ma potrzeby przekonywać kogokolwiek do ćwiczeń. Aktywność ruchowa pełni rolę integracyjną w budowie i kreowaniu modelu tzw. „zdrowego stylu życia”. Mimo dużej edukacji, wiedzy na ten temat, kobiety niechętnie podejmują aktywność fizyczną, szybko się zniechęcają i rezygnują.



Wiąże się to z dużymi i szybkimi oczekiwaniami korzyści wynikających z aktywności ruchowej. Warunkiem osiągnięcia sukcesu treningu dna miednicy jest konsekwentne łączenie pracy mięśni dna miednicy z innymi partiami ciała (kręgosłupem, kończynami górnymi i dolnymi). Trening należy wkomponować w aktywność życia codziennego, w różne formy rekreacji.

Kobiety wyczynowo uprawiające sport poddawane są stałym przeciążeniom układu kostno – stawowego i mięśniowego. Zmiany położenia narządów rodnych są odległym następstwem niewydolności dna miednicy, osłabienia aparatu podporowego i zawieszającego oraz zaburzeń ciśnienia śródbrzusznego. Objawiają się one uczuciem parcia i ucisku ku dołowi, częstym oddawaniem moczu, nietrzymaniem moczu i zaparciami.

Kawa, alkohol i inne drażniące produkty spożywcze

Istotne znaczenie ma nie tylko to ile, ale ważne jest także to co jemy i pijemy. Wiele produktów działa moczopędnie, a dodatkowo podrażnia nasz pęcherz.

Alkohol oraz napoje zawierające kofeinę, np. kawa lub herbata mają działanie moczopędne i wywołują potrzebę częstego oddawania moczu. Przy okazji mogą również silnie podrażniać pęcherz moczowy. Nawet kawa bezkofeinowa oraz herbaty zielone i ziołowe (z wyjątkiem mięty i rumianku) mogą spowodować jego podrażnienie.

Niektóre produkty spożywcze mają niskie pH, dlatego aby zredukować ich drażniące działania, wymagają przyjmowania dużej ilości płynów. A to z kolei powoduje konieczność częstego oddawania moczu. Do najpopularniejszych produktów moczopędnych należą: kawa, herbata, alkohol (zwłaszcza piwo), napoje gazowane, arbuzy, melony, truskawki, świeże ogórki i cykorii.

Istnieje szereg produktów, które powodują wzdęcia jelit i tą drogą pośrednio wpływają na pęcherz moczowy uciskając i podrażniając go. Takie działanie mają np. napoje gazowane, a także inne produkty wzdymające np. kapusta, kalafior, groch, świeże ogórki, gruszki, czy pieczywo razowe.

Niektórzy specjaliści uważają również, że napoje gazowane ze względu na zawartość dwutlenku węgla i sztucznych środków słodzących oraz kwaśne soki owocowe i cytrusy np. cytryny, grejpfruty i pomarańcze pełnią rolę „podrażniaczy” dla pęcherza. Jednak zdania na ten temat są podzielone.

Przeciwnicy tej teorii argumentują, że CO₂ już na poziomie żołądka zaczyna się rozkładać, nie dostaje się więc do krwi i nie może podrażniać pęcherza. Podobnie sytuacja wygląda z kwaśnymi sokami owocowymi, które po doustnym zażyciu są trawione, neutralizowane i zobojętniane, więc nie powinny oddziaływać na pęcherz. Wszyscy zgadzają się jednak co do tego, że drażniaco na pęcherz działają substancje chemiczne, które się nie trawią i po wchłonięciu do krwi oraz późniejszym wydaleniu przez nerki mogą dostawać się do pęcherza i podrażniać go.

Nikotyna zabija nie tylko płuca

Palenie tytoniu ma szkodliwy wpływ nie tylko na płuca i układ oddechowy, ale może również przyczynić się do powstania NTM. Nałogowe palenie papierosów bardzo często powoduje przewlekły kaszel, który zwiększa ciśnienie śródbrzuszne. Poza nagłymi wzrostami ciśnienia wewnątrz pęcherzowego w trakcie kaszlu, nikotyna

ma również działanie antyestrogenowe. Substancje zawarte w papierosach działają też bezpośrednio na mięśnie wypieracza, powodując ich skurcz. Choroby płuc, takie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc, bezdech nocny, czy chroniczny kaszel mają wpływ na zaburzenie produkcji kolagenu, co osłabia strukturę dna miednicy.

Leki i ich skutki uboczne

Wśród innych przyczyn nietrzymania moczu można wymienić także przyjmowanie dużej ilości leków np. moczopędnych lub uspokajających. Działania uboczne wielu środków farmaceutycznych powodują nieprawidłowe funkcjonowanie pęcherza i cewki moczowej. Jest to jedna z najczęstszych przyczyn przejściowego nietrzymania moczu.

Niektóre leki powodują zatrzymanie moczu i jego wyciekanie z powodu przepełnienia. Wiele psychotropowych, przeciwdepresyjnych i narkotycznych leków przeciwbólowych prowadzi do zatrzymania moczu. Podczas ich stosowania często dochodzi do zaparć, a to sprzyja występowaniu NTM. ➡



⇒ Z kolei leki o działaniu uspokajającym powodują rozluźnienie cewki moczowej i osłabiają mechanizm jej zamykania, co w rezultacie powoduje niekontrolowany wyciek moczu. Antyestrogeny poprzez zmniejszenie unaczynienia cewki moczowej, a także upośledzenie tzw. słuzówkowego mechanizmu uszczelniającego przyczyniają się do powstania NTM. Niektóre grupy leków (inhibitory ACE (konwertaza angiotensyny)) mogą również wywoływać kaszel, tym samym sprzyjając wysiłkowemu nietrzymaniu moczu.

Leki mogą powodować nie tylko wysiłkowe NTM, ale także nietrzymanie moczu z parć nagłych. Środki, które powodują wzrost produkcji moczu (diuretyki) mogą prowadzić do niestabilności pęcherza moczowego, a tym samym wywoływać parcia nagłe i nietrzymanie moczu. Objawy niepożądane leków moczopędnych, tj. często-mocz i parcia nagłe imitują kliniczny obraz nadreaktywności pęcherza.

Dr n. med. Katarzyna Jankiewicz, II Klinika Ginekologii AM w Lublinie:

Znane są podstawowe przyczyny wysiłkowego NTM oraz OAB i wiele publikacji naukowych potwierdza ich współudział w powstawaniu NTM (porody, ciężka praca fizyczna, wysokie BMI, niski poziom higieny, hipostrogenizm itd.).

Natomiast co do kolejnych czynników – podejrzewanych o wpływ na funkcjonowanie dróg moczowych (nikotyna, leki, alkohol, kofeina, substancje chemiczne, napoje gazowane szczególnie z dodatkiem słodzików) – nie do końca sprecyzowano ich znaczenie. Dane pochodzące z medycznych baz naukowych są skąpe, niejednoznaczne, a niejednokrotnie nawet sprzeczne. Dla większości z tych substancji nie znaleziono molekularnych podstaw działania na dolne drogi moczowe. Prawdopodobnie nie mają one wpływu na pojawienie się wysiłkowego NTM lub OAB, co najwyżej nasilają ich objawy. Np. nikotyna czy preparaty z grupy blokerów konwertazy angiotensyny powodując przewlekły kaszel nasilają wysiłkowe nietrzymanie moczu. Podobnie jak leki o działaniu alfa-adrenolitycznym, które poprzez relaksację zwieracza cewki moczowej mogą dawać objawy NTM podczas ich stosowania.

W badaniach na zwierzętach udowodniono również, że syntetyczne substancje słodzące zwiększają siłę skurczu mięśnia wypieracza pęcherza moczowego, co w konsekwencji może prowadzić do pojawienia się lub nasilenia parć nagłych. Dodatkowo nikotyna działając entyestrogenowo może nasilać efekty hipostroge-

nizmu dolnych dróg moczowych i w ten sposób nasilać wysiłkowe nietrzymanie moczu, jednakże przegląd piśmiennictwa medycznego nie pozwala odpowiedzieć na pytanie czy rezygnacja z palenia tytoniu powoduje pozytywne efekty w układzie moczowo-płciowym.

Natomiast wykluczenie lub zmniejszenie spożycia kofeiny wg większości autorów przynosi poprawę u pacjentów cierpiących na NTM. Natomiast nie zaleca się nigdy zmniejszania podaży płynów – o ile nie jest ona nadmierna, gdyż takie działanie wiąże się ze zwiększeniem ryzyka zaparć, zakażeń dróg moczowych i odwodnienia.

Czynniki takie jak leki, alkohol, kofeina mogą niewątpliwie wywoływać określone patologie funkcjonowania dolnych dróg moczowych:

- Functional incontinence – czynnościowe nietrzymanie moczu, w którym przyczyna zaburzeń leży poza układem moczowym np. uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego /OUN/ lub efekt działania na OUN leków uspokajających, nasennych, przeciwdepresyjnych, antycholinergiczných, przeciwhistaminowych lub neuroleptyków.

- Overflow incontinence – nietrzymanie moczu z przepełnienia, które m.in. powodować mogą leki upośledzające kurczliwość pęcherza (leki antycholinergiczne starszych generacji, przeciwdepresyjne, beta-adrenergiczne, blokery kanału wapniowego, neuroleptyki), czy też przeszkoda podpęcherzowa (np. przerost gruczołu krokowego, wypadanie narządu rodnego) lub uszkodzenie układu nerwowego.

- Zaburzenie funkcjonowania dróg moczowych pod postacią NTM określane jako transient incontinence – przejściowe nietrzymanie moczu – w większości przypadków odwracalne po usunięciu czynnika je wywołującego (np. nadmierna diureza w przypadku nadmiernej podaży płynów, kofeiny, zażywania leków moczopędnych; stany zaburzonej świadomości przy zażywaniu leków psychotropowych lub alkoholu, które zmniejszają ośrodkową kontrolę nad oddawaniem moczu; infekcje, podrażnienie dróg moczowych przez substancje chemiczne lub leki).

Higiena też ważna

Niedostateczna dbałość o higienę intymną często bywa przyczyną różnego rodzaju infekcji, rezultatem których może być powstanie nietrzymania moczu. Z kolei u osób już dotkniętych tym problemem niewłaściwa pielęgnacja miejsc intymnych lub jej zupełny brak prowadzi do jeszcze większych kłopotów.

Dla każdego regularne mycie miejsc, które mają bezpośredni kontakt z moczem powinno stanowić codzienny rytuał. Osoby borykające się z NTM powinny taki zabieg higieniczny wykonywać po każdej wizycie

w toalecie. Bieżąca woda, albo w jej zastępstwie nawilżane chusteczki do higieny intymnej, to najlepszy przyjaciel w walce z różnymi potencjalnymi infekcjami dróg moczowych. Dodatkowo istnieje szereg specjalnych środków kosmetycznych przeznaczonych do pielęgnacji podrażnionej skóry miejsc intymnych.

Równie ważny jak sama higiena jest rodzaj i jakość bielizny osobistej. Przede wszystkim powinna być ona czysta. Materiały wykonane ze sztucznych włókien nie pozwalają skórze oddychać doprowadzając tym samym do jej podrażnienia. Również niewłaściwie dobrany jej krój (np. stringi) lub rozmiar może przyczynić się do przenoszenia bakterii w okolice cewki moczowej.

Mgr Beata Piłarska, Oddział Urologii Szpitala im. J. Biziela w Bydgoszczy:

Niedostateczna dbałość o higienę intymną może nasilić objawy dyzuryczne, czyli bolesne parcie na mocz, częste oddawanie moczu, pieczenie przy oddawaniu moczu itp. Może więc zintensyfikować problem nietrzymania moczu, szczególnie kiedy mówimy o popuszczaniu moczu z parcia. Jeśli pacjent na wskutek stanu zapalnego (wywołanego niewłaściwą higieną intymną) odczuwa dyskomfort podczas mikcji z pewnością niewłaściwie opróżni pęcherz moczowy (ma zaleganie moczu), można więc u niego obserwować nasilenie objawów związanych z każdą postacią nietrzymania moczu.

Z drugiej strony pacjenci cierpiący z powodu popuszczania moczu często przesadnie starają się utrzymać czystość i poczucie świeżości – używają niewłaściwych środków higienicznych, często zapachowych, które mogą wywoływać podrażnienia. Stosowanie różnego rodzaju środków chłonnych (czasami własnego pomysłu) doprowadzać może do odparzenia i maceracji skóry krocza.

Jak zatem widać, czynników którymi sami szkodzimy swojemu pęcherzowi jest wiele. Starajmy się zatem, w miarę możliwości, ograniczać spożywanie niewłaściwych produktów oraz wykonywanie niewskazanych czynności, prowadząc jednocześnie odpowiedni tryb życia. Zasadniczo nie mamy większego wpływu na pojawienie się dolegliwości nietrzymania moczu, możemy jednak znacznie zmniejszyć ryzyko jej wystąpienia oraz zminimalizować intensywność tego problemu. Kierujmy się zatem w życiu starą maksymą „po pierwsze – nie szkodzić”, a nasz pęcherz zapewne odpłaci się nam za odpowiednią troskę i dbałość.

Nietrzymanie moczu u zwierząt

DR N. WET. SYLWIA LEW, WYDZIAŁ MEDYCYNY WETERYNARYJNEJ

PROF. DR HAB. MARIUSZ MAJEWSKI, WYDZIAŁ NAUK MEDYCZNYCH UNIwersYTET WARMIŃSKO-MAZURSKI W OLSZTYNIE

Zaburzenia w oddawaniu moczu u zwierząt są częstą przyczyną konsultacji u lekarza weterynarii. Większość przypadków dotyczy psów, choć problemy z prawidłowym trzymaniem moczu zdarzają się również u kotów.

Nietrzymanie moczu wynika z niesprawności jednej lub kilku składowych mechanizmów gromadzenia moczu. NTM nie jest odrębną jednostką chorobową, lecz objawem różnorodnych patologii w obrębie dolnych dróg moczowych. Mogą to być patologie zarówno strukturalne, jak i czynnościowe.

Do przyczyn zaburzeń oddawania moczu można zaliczyć uszkodzenie obwodowego neuronu ruchowego (najczęściej w następstwie urazu, uszkodzenie kręgosłupa w odcinku od L1 do tyłu), uszkodzenie ośrodkowego neuronu ruchowego (uszkodzenie w odcinku most mózgu – neuromer L7) oraz dyssynergię odruchów (uszkodzenie szlaku siatkowo-rdzeniowego i/lub uszkodzenie zwojów kręzkowych). U młodych zwierząt nietrzymanie moczu może być związane z wadami rozwojowymi układu moczopłciowego. Najczęściej występują moczowody ektopowe, których ujście znajduje się w okolicy szyi pęcherza moczowego, w cewce moczowej lub w pochwie.

Rasami predysponowanymi do ektopii moczowodu są: labradory, syberian husky, nowofundlandy, teriery oraz psy myśliwskie. Ektopia częściej stwierdzana jest u suk, u których w odróżnieniu od kotek, przemieszczony moczowód biegnie śródściennie. Objaw nietrzymania moczu może wywołać zwężenie przedsionkowo-pochwowe, przetrwały moczownik, niedorozwój pęcherza moczowego oraz tzw. pęcherz miedniczny, czyli doogonowe przesunięcie szyi pęcherza, a nawet śródmiedniczne położenie całego pęcherza. Najczęściej wrodzoną niewydolność zwieracza cewki moczowej stwierdza się u psów ras dużych, a wyciek moczu obserwuje się głównie w pozycji leżącej. Przyczyną wycieku u młodych psów mogą być zaburzenia neurologiczne tj. tylny rozszczep kręgosłupa, czy kręgosłup połowiczny. Przyczyną mimowolnego moczenia może być także atonia pęcherza moczowego, nadreaktywność mięśnia wypieracza oraz czynniki emocjonalne

(radość, strach, stres). Często przyczyny nabytej niewydolności zwieracza cewki moczowej nie są znane, dlatego też problem taki określa się mianem wieloczynnikowego. Czynniki te obejmują napięcie cewki moczowej, jej długość, położenie szyi pęcherza, masę ciała i rasę, status hormonalny oraz otyłość. Do niedawna sądzono, że jedną z głównych przyczyn nietrzymania moczu suk po sterylizacji jest obniżony poziom estrogenów. Jednak w praktyce leczenie przypadków nietrzymania moczu estrogenami często nie przynosi spodziewanego rezultatu. Hormony płciowe są jednym z wielu czynników wpływających na pracę mięśniówki pęcherza moczowego, a ich niedobór może nasilać objawy nietrzymania moczu, a nie wywoływać je.

Diagnostyka nietrzymania moczu u zwierząt jest trudniejsza niż u ludzi, najczęściej lekarz weterynarii ma kontakt z subiektywną oceną opiekuna cierpiącego zwierzęcia. W tych przypadkach konieczne jest przeprowadzenie bardzo dokładnego badania klinicznego ze szczególnym uwzględnieniem układu moczopłciowego oraz badania neurologicznego. Większość badań dodatkowych wykonywanych przy schorzeniach z objawami nietrzymania moczu u zwierząt jest taka sama jak u ludzi (badania moczu, krwi oraz badania obrazowe). Niestety medycyna weterynaryjna w Polsce nie dysponuje jeszcze aparatami do wykonywania badań urodynamicznych. Badania te pozwalają najlepiej zdiagnozować przyczyny czynnościowych zaburzeń mikcji i są standardowo wykonywane w przypadku diagnostyki nietrzymania moczu u ludzi.

W medycynie weterynaryjnej wśród leków stosowanych w schorzeniach przebiegających z nietrzymaniem moczu można wymienić leki sympatykomimetyczne (agoniści receptorów α -adrenergicznych, takie jak efedryna, pseudoefedryna czy fenylpropanolamina), leki hormonalne (estrogeny, analogi GnRH), blokery receptorów muskarynowych (chlorek oksybutyny, dicyklomina), imipramina (oprócz działania na receptory muskarynowe, wpływa na receptory

α i β) oraz leki o działaniu antycholinergicznym (tolterodyna). W przypadku braku efektu leczenie farmakologiczne można rozważyć korygujący zabieg chirurgiczny tzw. zabieg Holta, bądź iniekcje kolagenu lub teflonu w dogłową część cewki moczowej oraz iniekcje toksyny botulinowej w ścianę pęcherza moczowego. Mimo szerokiej gamy preparatów farmakologicznych stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu, brak jest zadowalających efektów terapeutycznych. Wzrost objawów niepożądanych w przypadku ciągłego przyjmowania leków skłania do szukania nowych rozwiązań w leczeniu tego schorzenia. Długotrwałe leczenie estrogenami powoduje zmiany behawioralne, wyłysienia oraz zahamowania czynności szpiku kostnego lub wystąpienia objawów rui. Stosowaniu agonistów receptorów α -adrenergicznych powoduje brak łaknienia, nadpobudliwość, tachykardię, wykwyty na skórze i zaburzenia żołądkowe. Natomiast stosowanie leków antycholinergiczych pociąga za sobą ryzyko wymiotów, niedrożności jelit oraz zatrzymania moczu. Dodatkową wadą stosowania wyżej wymienionych leków jest częstotliwość ich podawania, stanowiąca zasadniczy problem dla zwierząt i właścicieli. Leczenie nietrzymania moczu u zwierząt stanowi nie rzadko wyzwanie dla lekarza weterynarii, nie tylko z powodu braku dokładnego rozpoznania przyczyny prowadzącej do wystąpienia objawów, ale również z powodu niesystematyczności właścicieli w podawaniu leków. ■



Polityka państwa w leczeniu OAB – gdzie jest Polska?

JOANNA KAMIŃSKA

Zespół pęcherza nadreaktywnego (overactive bladder, OAB) obejmuje zespół objawów, do których należą: parcia naglące, częstomocz, nietrzymanie moczu z parcia oraz konieczność oddawania moczu w nocy. Objawy te mogą występować pojedynczo lub wspólnie i nie są spowodowane innymi zmianami w obrębie dolnych dróg moczowych, tj.: zakażenia, kamica, nowotwory, czy przeszkoda podpęcherzowa. Częstość występowania OAB u mężczyzn wynosi 10–26%, a u kobiet 8–42%, rośnie z wiekiem i często współistnieje z innymi zaburzeniami dolnych dróg moczowych.

Leczenie pęcherza nadreaktywnego opiera się w głównej mierze o farmakoterapię, której skuteczność sięga nawet 90%. Stosuje się tutaj leki z grupy antycholinergiczných (leki antymuskarynowe) o działaniu rozkurczającym na pęcherz moczowy. Na polskim rynku dostępnych jest pięć substancji aktywnych: dwa nowej generacji – darifenacyna i solifenacyna, jeden będący modyfikacją tolterodyny – fesoterodyna oraz oksybutynina i tolterodyna – leki starszej generacji z większą ilością skutków ubocznych. W przypadku przeciwwskazań do stosowania leków antycholinergiczných lub braku ich skuteczności stosuje się neurotoksyny (toksyna butolinowa, resiniferatosyna, kapsaicyna), które modulują czynność pęcherza.

Refundacja w Polsce

Niestety mimo dostępności wielu preparatów oraz wysokiej skuteczności farmakologii pęcherza nadreaktywnego wiele osób nie podejmuje leczenia, ponieważ po prostu ich na to nie stać. Miesięczna kuracja to koszt często przekraczający kwotę 200 zł. Niestety nowoczesne leki innowacyjne, takie jak darifenacyna, solifenacyna oraz fesoterodyna nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Bardzo zastrzeżonej refundacji (70% w stwierdzeniu rozsianym) podlegają tylko, posiadające wiele skutków ubocznych, preparaty oksybutyniny.

W Polsce tylko osoby cierpiące na wysiłkową postać NTM mogą liczyć na bezpłatną pomoc ze strony państwa, zabiegi operacyjne podlegają bowiem całkowitej refundacji. Jednak operacje zazwyczaj wykonywane są w zaawansowanym stopniu nietrzymania moczu. Wszelkie formy leczenia zachowawczego (np. elektrostymulacja, biofeedback, czy stożki dopochwowe) stosowane w przypadku lekkiego i średniego stopnia NTM nie podlegają refundacji.

Niestety nikt nie prowadzi statystyk, dlatego dokładna liczba osób cierpiących na poszczegól-

ne rodzaje i stopnie NTM nie jest znana. Wiadomo jednak, że łączna liczba pacjentów z OAB oraz z lekkim lub średnim stopniem wysiłkowego NTM (czyli tych, których leczenie nie podlega refundacji) jest zdecydowanie wyższe od liczby osób kwalifikujących się do refundowanego zabiegu operacyjnego. A zatem większość osób z nietrzymaniem moczu nie może liczyć na żadną pomoc ze strony naszego państwa.

Refundacja w innych krajach

Jest wiele państw, które oferują pomoc nie tylko wybranym grupom pacjentów z NTM. Kraje, z których możemy brać przykład to np. Holandia, Szwecja, czy USA. Polityka tych państw względem pacjentów z OAB daje im możliwość podjęcia leczenia i normalnej egzystencji. W krajach tych substancje stosowane w leczeniu farmakologicznego leczenia pęcherza nadreaktywnego podlegają refundacji. W Holandii dopłata pacjenta wynosi od 0 do 40–50%, zaś w Szwecji pacjent nie może zapłacić za leki więcej niż 180 Euro rocznie. Warto dodać, że Szwecja jako jeden z niewielu krajów refunduje również duloksetynę, która stosowana jest w farmakologicznym leczeniu wysiłkowego NTM.

Patrząc na politykę tych państw względem pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym Polska niestety jest daleko w tyle. Ciągłe czekamy na to aż nasi politycy zrozumieją, że znacznie tańsze dla budżetu państwa jest wyleczenie pacjenta z OAB niż bezowocne leczenie go nieskutecznymi preparatami i pokrywanie kosztów związanych z rozwojem choroby.

Światło w tunelu?

Rada Konsultacyjna Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM) wydała niedawno rekomendację w sprawie finansowania ze środków publicznych dwóch substancji stosowanych w leczeniu pęcherza nadreaktywnego: bursztynianu solifenacyny (Vesicare®) i wodorowinianu tolterodyny (Uroflow®). Rada Konsultacyjna wydała pozytywną opinię, a tym samym dała „zielone światło” do wpisania tych substancji na listę leków refundowanych. Rekomendacja AOTM jest jednym z warunków koniecznych do wpisu na listę refundacyjną.

Rada postawiła jednak jeden warunek – musi zostać utworzona wspólna grupa terapeutyczna obejmująca leki stosowane w leczeniu objawowego pęcherza nadreaktywnego. Stworzona gru-

pa farmakoterapeutyczna obejmowałaby leki działające rozkurczowo na drogi moczowe. Analiza wpływu na budżet państwa wykazała, że finansowanie tylko jednego preparatu z grupy leków antymuskarynowych wiązałoby się z dodatkowymi kosztami, zaś w przypadku objęcia refundacją wszystkich leków z grupy antycholinolityków koszty ponoszone przez państwo byłyby relatywnie niższe.

To dobra wiadomość dla wszystkich cierpiących na OAB, ponieważ obecnie żaden z leków stosowanych w tym wskazaniu nie jest finansowany ze środków publicznych. Rekomendacja AOTM otworzyła furtkę do współfinansowania przez państwo w/w leków. Następny krok należy do Ministerstwa Zdrowia.

Jest jednak „ale”

Czytając powyższy fragment można odnieść wrażenie, że w końcu w kwestii refundacji leków na pęcherz nadreaktywny coś drgnęło. Owszem, ale w związku z rekomendacją AOTM pojawiają się liczne pytania. Dlaczego Rada Konsultacyjna zaliczyła Uroflow® (generyk (czyli lek odtwórczy) tolterodyny o zdecydowanie gorszych wynikach badań klinicznych) do tej samej grupy co leki innowacyjne najnowszej generacji, np. Vesicare® (solifenacyna), Toviaz® (fesoterodyna), czy Emselex® (darifenacyna)? Skuteczność tolterodyny (leku starej generacji) jest zdecydowanie gorsza, a objawy uboczne częstsze niż w przypadku solifenacyny, co potwierdziło np. badanie porównawcze STAR. Zakwalifikowanie Uroflow® (tolterodyna) do tej grupy leków to ewidentny błąd. I tu pojawia się kolejne pytanie: czy Agencja Oceny Technologii Medycznych zaliczając ten specyfik do grupy leków najnowszej generacji nie wprowadza pacjentów celowo w błąd? Bowiem jeżeli Uroflow® będzie stanowił bazę dla refundacji jako najtańszy lek w danej grupie, to faktyczna cena pozostałych leków z tej grupy (obecnie znacznie droższych) będzie dla pacjenta niewiele niższa (średnio tylko o ok. 10 zł). W tej sytuacji rodzi się podejrzenie, że stworzenie takiej grupy refundowanych innowacyjnych leków stosowanych w leczeniu OAB może być tylko pozornym zabiegiem, który ma zamknąć wszystkim usta, nie wprowadzając jednak faktycznie większych zmian dla kieszeni pacjenta.

Z niecierpliwością czekamy na dalszy rozwój wydarzeń i liczymy, że w najbliższym czasie terapia lekami antycholinergicznymi nowej generacji będzie w Polsce refundowana podobnie jak refunduje się środki absorpcyjne i leczenie operacyjne wysiłkowego NTM.

Opieka nad pacjentem z urostomią

ANNA KUBIAK

MGR PIELĘGNIARSTWA, SPECJALISTKA STOMIJNA

Słowo stomia pochodzi z języka greckiego i oznacza otwór. Stomia w medycynie oznacza celowo wykonane połączenie światła narządu z powierzchnią ciała. Urostomia jest to przetoka moczowo – skórna, czyli połączenie układu moczowego ze skórą. Celem, jaki chcemy uzyskać wytwarzając urostomię, jest zapewnienie swobodnego odpływu moczu z dróg moczowych.

Jeżeli pęcherz moczowy nie spełnia swojej funkcji lub musi zostać usunięty (np. z powodu nowotworu lub urazu), wykonuje się albo rekonstrukcję dróg moczowych (szczelny zbiornik lub pęcherz jelitowy) albo tzw. odprowadzenie nieszczelne, czyli urostomię.

Najczęstszą przyczyną wylonienia urostomii są nowotwory złośliwe pęcherza moczowego. Stanowią one 2–3% wszystkich złośliwych nowotworów występujących u ludzi i spotyka się je trzykrotnie (w Polsce 4 krotnie – przyp. red.) częściej u mężczyzn niż u kobiet. Wycięcie pęcherza moczowego wraz wylonieniem stomii, najczęściej tzw. sposobem Bricker’a, wykonuje się podczas jednej operacji.

Opieka nad pacjentem z urostomią obejmuje następujące etapy: okres przedoperacyjny, śródoperacyjny oraz okres pooperacyjny. Ten ostatni obejmuje pobyt pacjenta w szpitalu oraz okres po wypisaniu go do domu.

I. Okres przedoperacyjny

Jest to czas, w którym przygotowujemy pacjenta do zabiegu zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Przygotowanie emocjonalne pacjenta do operacji ma wpływ na jego późniejszą akceptację urostomii. Rozmowa powinna być przeprowadzona w sposób zrozumiały dla pacjenta. Obecnie wzrasta oczekiwanie chorych na pełną informację o swojej chorobie i rozpoznaniu. Przeprowadzona rozmowa musi być dopasowana do poziomu i osobowości chorego. Najważniejszym elementem jest nawiązanie kontaktu emocjonalnego z pacjentem. W niektórych przypadkach nie wystarczy sama rozmowa lekarza z pacjentem. Czasem należy poprosić o współpracę rodzinę, czy też skorzystać z pomocy psychologa.

Pozytywną rolę w akceptacji przez pacjenta nowej sytuacji życiowej mogą spełnić wolontariusze stomijni (są to osoby z urostomią, którzy tak jak nikt potrafią wczuć się w sytuację chorego człowieka oczekującego na operację).

Przygotowanie fizyczne polega na oczyszczeniu jelita przed zabiegiem (obecnie uważa się że do wytworzenia urostomii sp Bricker’a (jelito kręte) nie jest konieczne przygotowanie jelit – przyp. red.). Zabiegi te są uciążliwe dla pacjenta i są znacznie lepiej akceptowane przez chorych właściwie poinformowanych o celu zabiegu i korzyści jakie ze sobą noszą. Istotny jest również nieskrępowany dostęp do łazienki szpitalnej oraz zachowanie intymności. Niektórzy chorzy znoszą źle mechaniczne przygotowanie jelita, dlatego ważne jest monitorowanie w tym okresie parametrów hemodynamicznych.

Bardzo istotną sprawą jest wyznaczenie miejsca na brzuchu, gdzie ma być wyloniona urostomia. Czynność tą przed operacją powinien wykonywać zespół – pielęgniarka stomijna i lekarz operujący. Przy wyznaczaniu lokalizacji urostomii należy przestrzegać kilku zasad: miejsce stomii powinno być widoczne dla chorego (nie w fałdach skórnych), w obrębie zdrowej skóry, oddalone o co najmniej cztery centymetry od rany głównej. Miejsce przyszłej urostomii oznaczamy w trzech pozycjach: stojącej, siedzącej i leżącej. Należy wziąć pod uwagę dodatkowe choroby pacjenta takie jak np. osłabienie wzroku, ograniczona ruchomość kończyn, czy otyłość. Wyznaczanie urostomii powinno się odbywać w odpowiednich warunkach – w sali opatrunkowej, z zachowaniem intymności, bez pośpiechu. Jest to niezwykle ważna czynność, często decydująca o prawidłowości prze-



prowadzonej operacji i o przyszłym komforcie życia pacjenta.

W wielu oddziałach pielęgniarka stomijna zapoznaje pacjenta z rodzajem sprzętu stomijnego jeszcze przed zabiegiem. Sprzęt stomijny powinien być łatwy w obsłudze, być szczelny, biologicznie obojętny i estetycznie wykonany. W Polsce są dostępne worki urostomijne czterech firm, wszystkie te firmy dysponują bezpłatnymi informacyjnymi połączeniami telefonicznymi. Dostępne są również liczne produkty do pielęgnacji stomii.

II. Okres śródoperacyjny

W tym okresie decydującą rolę odgrywa chirurg, który powinien wylonąć urostomię zgodnie z obowiązującymi zasadami. Po wykonaniu urostomii na stole operacyjnym zakłada się worek stomijny. Powinien być on przezroczysty, co umożliwi obserwację wylonionego jelita w pierwszych dobach po operacji bez konieczności zdejmowania sprzętu stomijnego.

III Okres pooperacyjny

Opieka pooperacyjna obejmuje okres pobytu pacjenta w szpitalu oraz okres po wypisaniu pacjenta do domu.

1. Okres opieki szpitalnej

Okres opieki szpitalnej obejmuje wczesną opiekę (od momentu operacji do pionizacji pacjenta) oraz późną (od pionizacji do wypisania pacjenta ze szpitala).

a. Wczesny okres pooperacyjny

Chorem z urostomią w okresie pooperacyjnym powinien zająć się zespół specjalistów: pielęgniarka stomijna, lekarz operujący i psycholog.

Dużą rolę w okresie opieki szpitalnej spełnia chirurg, który powinien poinformować pacjenta o rodzaju wykonanej stomii, a także wesprzeć go psychicznie w tym trudnym okresie. Większość pacjentów oczekuje informacji dotyczącej choroby, rodzaju przeprowadzonej operacji oraz rokowaniach od lekarza prowadzącego.

We wczesnym okresie pooperacyjnym wszelkie czynności przy urostomii wyko-

⇒ nuje pielęgniarka opatrunkowa lub przeszkolona pielęgniarka stomijna. Jest to pierwsza osoba, która uczy pacjenta zasad pielęgnacji urostomii oraz doboru odpowiedniego sprzętu. Rola pielęgniarki stomijnej w przygotowaniu pacjenta do życia z urostomią jest nie do przecenienia. Jest to osoba przygotowana fachowo do pracy z pacjentem z urostomią. Przeważnie spędza przy pacjencie dużo więcej czasu niż chirurg i od jej wiedzy oraz cech osobowościowych w dużej mierze zależy, jak będzie przebiegał proces adaptacji chorego do nowej sytuacji życiowej. Pielęgniarka stomijna jest przygotowana do opieki nad pacjentem stomijnym od strony samej pielęgnacji stomii, jak i strony psychoterapeutycznej. Niestety często w naszych warunkach opieka psychologa jest trudna do zrealizowania. Dobra pielęgniarka stomijna potrafi wskazać choremu dobre strony jego życia, namówić pacjenta do rozwijania swoich zainteresowań i pasji.

Pielęgniarka stomijna współpracuje z lekarzem prowadzącym chorego i oglądając codziennie urostomię może zwrócić uwagę na istotne powikłania pooperacyjne. Jednym z poważniejszych powikłań pooperacyjnych jest martwica urostomii.

We wczesnym okresie pooperacyjnym pacjent obserwuje biernie czynności pielęgnacyjne wokół urostomii. Pielęgniarka uczy, jak pielęgnować skórę wokół urostomii. Skóry nie należy przemywać spirytusem, najlepsza do przemywania jest woda z mydłem. Odczyn mydła powinien być kwaśny, podobnie jak odczyn skóry. Do pielęgnacji skóry wokół urostomii stosuje się również specjalne kosmetyki stomijne.

Wczesny okres pooperacyjny jest trudny dla pacjenta i w tym czasie dużą rolę może spełnić dobry terapeuta lub też odwiedzająca go najbliższa rodzina oraz przyjaciele.

b. Późny okres pooperacyjny

Kiedy pacjent zaczyna wstawać z łóżka, co obecnie następuje dość szybko, zwykle na drugi dzień po zabiegu, rozpoczyna się nauka obsługi urostomii. Naukę tę należy prowadzić przy zachowaniu warunków intymności, aby pacjent nie czuł się skrępowany obecnością innych osób. Również wtedy dobiera się sprzęt stomijny najwłaściwszy dla danego pacjenta.

Ważne jest zapoznanie pacjenta w miarę możliwości z wszystkimi rodzajami sprzętu stomijnego i pomoc w dokonaniu właściwego wyboru. Przed wyjściem ze szpitala pacjent powinien otrzymać „wypawkę” zawierającą sprzęt stomijny firmy, którą sobie wybrał, a także informację o sposobie zaopatrywania się w ten sprzęt. Warto też zachęcić pacjenta do korzystania z najbliższej Poradni Stomijnej. Powinien również zostać poinstruowany na temat diety, która zawiera wszystkie niezbędne składniki odżywcze i zasadniczo nie różni się istotnie od diety osoby zdrowej. Należy jednak obserwować reakcję organizmu na określone produkty żywnościowe i modyfikować dietę indywidualnie.

2. Opieka domowa

Pierwsze tygodnie w domu po wyjściu ze szpitala są dla pacjenta trudne. Chorzy odczuwają lęk przed odtrąceniem przez rodzinę, przyjaciół, znajomych. Kluczowe znaczenie w psychicznym powrocie pacjenta do zdrowia ma wsparcie rodziny i przyjaciół. W opiece domowej nad pacjentem z urostomią bierze udział pielęgniarka stomijna, która odwiedza pacjenta w domu. Powinna reagować na problemy pacjenta, nie może być nadopiekuńcza, ważne jest zmobilizowanie pacjenta do aktywności życiowej. W wyjątkowych sytuacjach, kiedy pacjent jest niepełnosprawny ruchowo bądź psychicznie, czynności higieniczne przy urostomii wykonuje

rodzina. Pozostali pacjenci powinni po wyjściu ze szpitala być przygotowani do samoopieki.

Pielęgniarka stomijna i lekarz powinni przed wyjściem pacjenta ze szpitala poinformować go o istnieniu grup wsparcia, jakim jest m.in. Polskie Towarzystwo Opieki nad Chorymi ze Stomią (POL-ILKO). W Polsce istnieją telefony zaufania, w tym bezpłatne linie informacyjne dla pacjentów ze stomią. Dostępne są również strony internetowe dla tych osób. Grupy wsparcia mają bezcenny wpływ na powrót pacjenta – „stomika” do czynnego życia.

Na pomyślny okres rekonwalescencji pacjenta po pobycie szpitalnym może też mieć wpływ lekarz rodzinny, okazujący zrozumienie i pomoc w codziennych problemach zdrowotnych pacjenta ze stomią.

Niestety, istnieje niewielka grupa pacjentów, która mimo wysiłków całego zespołu terapeutycznego nie potrafi oswoić się z nową sytuacją życiową, nie umie zaadaptować się do urostomii. Tacy pacjenci popadają w depresję, miewają myśli samobójcze. W tych przypadkach potrzebna jest długofalowa psychoterapia oraz leczenie psychiatryczne. Z drugiej strony jest duża grupa pacjentów, których adaptacja do stomii jest bardzo dobra.

Pacjent ze urostomią, który jest otoczony profesjonalną, zespołową opieką we wszystkich okresach swojej choroby, ma szansę na osiągnięcie wysokiej jakości życia po zabiegu. Wydaje się, że w opiece nad pacjentem ze stomią nie ma elementów ważniejszych i mniej ważnych.

Najlepiej przeprowadzona operacja, jeśli nie jest uzupełniona fachową edukacją pacjenta dotyczącą zarówno sfery pielęgnacyjnej, jak i emocjonalnej, może doprowadzić do takiej sytuacji, w której mimo doskonałego wyniku leczenia chirurgicznego choroby podstawowej jakość życia pacjenta po zabiegu będzie niska. ■



Co z tą opieką długoterminową?

ELŻBIETA SZWAŹKIEWICZ

KRAJOWY KONSULTANT W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA

NIEPEŁNOSPRAWNYCH I PRZEWLEKLE CHORYCH

W ostatnich kilku miesiącach przez Polskę przetoczyła się fala niepokoju wśród świadczeniodawców i pacjentów opieki długoterminowej. Świadczeniodawcy natrafili na mur nie do pokonania – Narodowy Fundusz Zdrowia, który jednocześnie jest płatnikiem, gwarantem świadczeń zdrowotnych oraz kreatorem polityki w obszarze opieki długoterminowej. Ten potrójny monopol powoduje, że NFZ ma świadomość i mentalność dyktatora.

Bezsilność świadczeniodawców wobec wielu narzucanych na ich zakłady absurdalnych wymogów wyraża się w rosnącej lawinowo korespondencji do Ministra Zdrowia. Kadra zakładu opiekuńczo-leczniczego (ZOL), zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego (ZPO), pielęgniarzki domowej opieki długoterminowej, tzw. pielęgniarzki zadaniowej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) oraz pielęgniarzki realizujące swe zadania w domach pomocy społecznej obciążane są ciągłymi zmianami wymogów i warunków podnoszących koszty ich działania przy jednoczesnym utrzymywaniu niebywałego wręcz niedoszacowania stawki płaconej przez NFZ za wykonywane przez nie świadczenia (ponad 60%). W efekcie doprowadzono do niemal całkowitego wyczerpania ich zasobów biologicznych i psychicznych.

Można by zadać pytanie, czy o to chodzi decydującym by opieka długoterminowa przestała istnieć. Z pewnością nie, gdyż opieka długoterminowa nadaje sens sukcesom medycyny ratującej i przedłużającej życie ludzkie. Należy sądzić, że głównym powodem zaistniałego zamętu jest brak środków finansowych odpowiednich do rzeczywistych potrzeb i kosztów. W tym kontekście nie sposób zrozumieć dlaczego NFZ narzuca zakładom opieki długoterminowej i świadczeniodawcom wymogi trudne do osiągnięcia, zdecydowanie podnoszące koszty, a przy tym nie mające wpływu na jakość pielęgnacji.

W oparciu o dane z różnych zakładów realizujących stacjonarną opiekę długoterminową oraz o swoje własne doświadczenie uważam, że za kwotę poniżej 180 zł za osobodzień opieki nad pacjentem mającym 0

pkt w Skali Barthel oraz 150 zł za osobodzień opieki nad pacjentem mającym do 40 pkt w Skali Barthel, świadczeniodawca nie jest w stanie wykonać zadania narzuconego przez NFZ określonego umową. Kwoty te dotyczą kosztów pielęgnacji i nie odnoszą się do kosztów leczenia. Ponieważ na zakłady opieki długoterminowej przerzucono koszty leczenia, to rzeczywisty koszt osobodnia opieki i leczenia tych osób, często z wielochorobowością, wynosi łącznie z kosztami leczenia średnio 200 zł. Jest to niewielka kwota w porównaniu z kosztem pobytu tego samego pacjenta na oddziale intensywnej terapii – około 3000 za osobodzień.

Tym czasem NFZ bez odnoszenia się do średnich kosztów jednostronnie ustalił, że za osobodzień opieki stacjonarnej zapłaci 70 zł, a za pacjenta, który ma 0 pkt w Skali Barthel uznał pacjenta żywionego przez gastrostomię lub sondę czym wywołał prawdziwą burzę wśród profesjonalistów. Jest to doskonały przykład jak ciężko chorego człowieka na siłę, nie oglądając się na skutki, dopasowuje się do systemu, a przecież powinno być odwrotnie.

Kim naprawdę jest człowiek oceniony na poziomie 0 pkt w Skali Barthel, która jest standaryzowanym narzędziem badawczym?

Oto jego opis:

Spożywanie posiłków: 0 – nie jest w stanie samodzielnie jeść

Przemieszczanie się z łóżka na krzesło i z powrotem, siadanie: 0 – nie jest w stanie zachować równowagi przy siedzeniu

Utrzymywanie higieny osobistej: 0 – potrzebuje pomocy przy czynnościach osobistych

Korzystanie z toalety: 0 – nie jest w stanie samodzielnie korzystać z WC

Mycie, kąpiel całego ciała: 0 – nie jest w stanie samodzielnie się umyć

Poruszanie się po powierzchniach płaskich: 0 – nie porusza się lub pokonuje dystans do 50 metrów

Wchodzenie i schodzenie po schodach: 0 – nie jest w stanie



Ubieranie się i rozbieranie: 0 – nie jest w stanie samodzielnie się ubrać i rozebrać
Kontrolowanie stolców / zwieracza odbytu: 0 – nie panuje nad oddawaniem stolca lub potrzebuje lewatyw

Kontrolowanie moczu / zwieracza pęcherza moczowego: 0 – nie panuje nad oddawaniem moczu lub jest cewnikowany

Nie trudno zauważyć, że nie ocenia się tu zdolności do przełykania. NFZ dokonał bezprawnej manipulacji na tej Skali uznając zdolność do przełykania jako sprawność w jedzeniu na poziomie 5 pkt. Tym samym pacjenta, którego trzeba karmić uznano za sprawnego w jedzeniu.

Potrzeba opieki długoterminowej jest spowodowana chorobą, urazem lub wiekiem, bardzo często te przyczyny występują łącznie. Wśród pacjentów ZOL, ZPO i DPS najczęstszą przyczyną niesamodzielności są poważne deficyty neurologiczne. Do tych pacjentów zaliczam także pacjentów w stanie wegetatywnym. Nie wiadomo dlaczego NFZ uznał, że pielęgnacja osób w stanie wegetatywnym wymaga zatrudnienia przez ZOL/ZPO lekarza anestezjologa, pielęgniarzek anestezjologicznych i rehabilitantów w wymiarze 1 etat na 4 pacjentów, czyli w wymiarze zdecydowanie wyższym niż to jest wymagane na oddziałach rehabilitacyjnych.

Średni czas trwania standardowego zakresu podstawowej pielęgnacji osoby, która ma 0 pkt w Skali Barthel wynosi 240 minut indywidualnej opieki na dobę. Należy jednak uwzględnić czynniki utrudniające (wpływają na wydłużenie czasu opieki około 25 %), takie jak: agresja, bolesne rany, ➔

KOSZTY ODDZIAŁU PIELĘGNACYJNO – OPIEKUŃCZEGO W SKALI MIESIĄCA NA 35 PACJENTÓW

⇒ odleżyny, konieczność prowokacji wydalania (zakładanie czopków, lewatywa, stymulacja pęcherza), konieczność ciągłego odsysania, trudności w połykaniu.

Gorąca dyskusja toczy się wokół pytania co jest istotą opieki długoterminowej? Uważam, że jest zapotrzebowanie na stałą opiekę pielęgniarską.

W opiece pielęgniarskiej, poza podstawową pielęgnacją, którą może i powinien wykonywać medyczny personel pomocniczy oraz specjalistyczną pielęgnacją zastrzeżoną dla kompetencji pielęgniarek, należy wyróżnić jako stałe pielęgniarskie działania świadczenia związane z procesem leczenia, m.in. wykonywanie zleceń lekarskich, czyli podawanie leków, wlewy kroplowe, opatrunki, dokonywanie pomiarów, obserwacji i podstawowych badań diagnostycznych. Tym samym pojęcie „świadczenie pielęgniarskie” nie jest tożsame z pojęciem „pielęgnacja”.

Obserwuję, że poważnym problemem jest brak wyodrębnienia w aktach prawnych obszaru opieki długoterminowej oraz definicji pojęć z tym związanych. Powszechnie nie rozróżnia się pielęgnacji podstawowej obejmującej higienę ciała, odżywianie, wydalanie i przemieszczanie, które może być wykonywane bez specjalnych wymogów od pielęgnacji specjalistycznej. Pielęgnacja specjalistyczna obejmuje np. karmienie przez sondę, gastrostomię, jejunostomię, żywienie pozajelitowe, pielęgnację ciała z odleżynami i innymi ranami przewlekłymi, przemieszczanie pacjenta z zaawansowaną osteoporozą, pielęgnowanie pacjenta pod respiratorem, konieczność systematycznego odsysania.

Do problemów dyskutowanych głównie w gronie decydentów należy kwestia kryteriów kwalifikacyjnych do opieki długoterminowej. Jak scharakteryzować pacjenta opieki domowej, DPS, ZOL i ZPO? Obecnie we wszystkich tych miejscach przebywają osoby z tymi samymi problemami, a o tym gdzie trafia chora osoba niesamodzielna decydują kryteria pozamedyczne.

Proponuję by drzwi do systemu opieki długoterminowej otwierała niezdolność do samodzielnej egzystencji, czyli niesamodzielność, która powstała w związku z urazem, chorobą lub wiekiem. O tym gdzie osoba w systemie opieki długoterminowej trafi powinny decydować następujące kryteria:

– potrzeba stałej pielęgnacji dziennej – osoba kwalifikuje się do opieki w domu, świadczonej przez rodzinę i w formie usług opiekuńczych podstawowych oraz usług opiekuńczych specjalistycznych,

Lp.	Wyszczególnienie	koszt w skali miesiąca w zł	koszt 1 osobodnia
1.	wynagrodzenia pielęgniarek (łącznie z anestezjologicznymi) - brutto z kosztami pracodawcy (5000 zł/etat x 30 etatów)	150 000,00	142,86
2.	lekarz - 7000 zł/m-c - 1 etat przeliczeniowy	7 000,00	6,67
3.	anestezjolog i inni konsultanci - etat częstkowy	3 000,00	2,86
4.	fizjoterapeuci - 8,75 etatu z kosztami pracodawcy (4-400/etat)	38 500,00	36,67
5.	logopeda, terapeuta zajęciowy - 1/2 etatu (4 400 zł/etat) z kosztami pracodawcy	2 200,00	2,10
6.	psycholog - 1/2etatu (4 400 zł/etat)	2 200,00	2,10
7.	badania laboratoryjne	1 400,00	1,33
8.	transport medyczny	1 500,00	1,43
9.	leki	15 500,00	14,76
10.	środki jednorazowego użytku	7 000,00	6,67
11.	pieluchomajtki	6 720,00	6,40
12.	pozostałe usługi medyczne - np. utylizacja odpadów medycznych, sterylizacja, itp.	900,00	0,86
13.	szkolenia pracowników	200,00	0,19
14.	badania lekarskie pracowników	80,00	0,08
15.	odzież ochronna	1 000,00	0,95
Całkowite koszty bezpośrednie medyczne		237 200,00	225,90
liczba osobodni		1 050,00	

– potrzeba pielęgnacji całodobowej – osoba kwalifikuje się do opieki w DPS,

– potrzeba systematycznych dziennych świadczeń pielęgniarskich – osoba kwalifikuje się do pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej,

– potrzeba całodobowej opieki pielęgniarskiej – osoba kwalifikuje się do ZOL oraz ZPO (stan zdrowia ocenia lekarz)

Mimo, że w dyskusji polityków, decydentów i świadczeniodawców jest wiele punktów zapalnych to jednak najistotniejsza jest sprawa drastycznie ograniczonych środków i przerzucenie całego ryzyka niedoszacowania stawki na świadczeniodawców i pacjentów.

Poniżej przedstawiam średnie koszty oddziału pielęgnacyjno – opiekuńczego w skali miesiąca na 35 pacjentów umożliwiając zainteresowanym porównanie własnej sytuacji i zabranie głosu w dyskusji. Niestety mimo, że od pewnego czasu Ministerstwo Zdrowia pochyla się nad wszystkimi wyżej zasygnalizowanymi kwestiami, to z przykrością informuję czytelników, że do tej chwili nie ma żadnych oficjalnych decyzji, które pozwoliłyby poprawić sytuację świadczeniodawców i pacjentów w opiece długoterminowej.

Źródło: opracowanie autora

Ćwiczenia po porodzie

MGR FIZJOTERAPII MICHAŁ KOSZLA

Stan mamy po porodzie jest szczególny. Z jednej strony połów stanowi pewne ograniczenie. Mama jest zmęczona po porodzie, ma odchody połogowe, obkurcza się jej macica, co wiąże się z bólem, rozpoczyna się laktacja, wahania nastrojów. Z drugiej strony natura tak wyposaża młodą mamę, że wszystkie jej tkanki mają ogromną zdolność regeneracyjną. Bardzo szybko goją się wszelkie rany, a nawet wchłaniają się hemoroidy, które u pacjentów poza okresem połogowym byłyby wskazaniem do leczenia operacyjnego. Zatem nie wszystkie szeroko stosowane normy zdrowotne można odnosić do kobiety w połoju, co dotyczy w szczególności ćwiczeń po porodzie.

Cel ćwiczeń po porodzie

Usprawnianie połogowe ma na celu wspomaganie naturalnych procesów zachodzących w ciele mamy. Konkretniej chodzi tu o powrót do sylwetki sprzed ciąży, zwalczanie bólu i innych fizycznych dolegliwości poporodowych.

Nie można jednak zapomnieć o tym, że nieodpowiednie ćwiczenia po porodzie mogą zaburzyć ten proces. Stąd wielu ginekologów odradza ćwiczenia w pierwszych 6 tygodniach po porodzie, bojąc się, że ich pacjentki będą zbyt forsować się, co może grozić wieloma komplikacjami. Zatem osiągnięcie celu będzie możliwe wtedy, jeśli mądrze wykorzystamy ogromne możliwości, jakie daje nam stan po porodzie, utrzymując się wpływ hormonów na tkanki. Ciało młodej mamy łatwo poddaje się obciążeniom, zmienia się pod ich wpływem, stąd tak ważne jest to, aby usprawnianie było dostosowane do możliwości konkretnej mamy. Szczególnie należy pamiętać o tym, aby owe zmiany nie były niekorzystne.

Gotowe zestawy ćwiczeń

Dość często bywa tak, że mamy zachęcają się do korzystania z gotowych zestawów ćwiczeń. Należy jednak zadać sobie pytanie, czy każda młoda mama powinna wykonywać te same ćwiczenia, jeżeli porody przebiegają bardzo różnie, a dolegliwości poporodowe bywają również odmienne. W dodatku wykonywanie kilka dni po porodzie 20–30 ćwiczeń, jak jest to proponowane

w gotowych zestawach, jest u przeważającej ilości mam niemożliwe, z powodu braku czasu i energii. Mamy niezwykle rzadko korzystają więc z takich zestawów, a nawet jeżeli, to przeważnie po kilku dniach zarzucają je. Jest niezwykle mało publikacji dotyczących usprawniania po porodzie a te, które są, nie zawsze wydają się wiarygodne. Wykonywanie proponowanych gotowych zestawów ćwiczeń może być niekiedy szkodliwe. Zwłaszcza dotyczy to ćwiczeń opisanych w ulotkach preparatów dla dzieci. Niektóre propozycje skrajnie prowadzą nawet do rozciągania mięśni dna miednicy, co grozi obniżeniem narządów i nietrzymaniem moczu. Ich szkodliwość może również polegać na nasileniu niektórych dolegliwości bólowych.

Do najbardziej nadwyrężonych po porodzie mięśni należą tzw. mięśnie Kegla. I tu również gotowe zestawy nie do końca wychodzą naprzeciw potrzebom pań, proponując zamiast ćwiczeń mięśni dna miednicy na przykład ściskanie kolan, co nie zwiększa sprawności dna miednicy, a niestety utwierdza w błędnym przekonaniu młodą mamę, że usprawnia wspomniane mięśnie.

Co zatem można zrobić aby jak najszybciej wrócić do sprawności po porodzie?

Tu warto rozpocząć przygotowanie jeszcze w ciąży (a nawet przed nią). Warto korzystać z wszelkich aktywności ruchowych – w ciąży na przykład z aerobiku dla ciężarnych. Kobiety, które dbają o sprawność przed i w ciąży, szybciej odzyskują sprawność, rzadko cierpią na dolegliwości, częściej prawidłowo wykonują ćwiczenia mięśni Kegla, a terapie łatwiej jest dostosować do ćwiczenia po połogowe.

Nie bez znaczenia jest też udział w szkoleniu. Takie przygotowanie pozwoli uniknąć niewskazanych wysiłków w ciąży. Ponadto wpłynie to na skrócenie porodu, poprawi jego przebieg, a to z kolei sprawi, że mama będzie w lepszym stanie po porodzie i szybciej wróci do formy. Ważne jest też przygotowanie na to, co czeka młodych rodziców po porodzie. Zaoszczędzi to czas



Joanna Kamińska

i energię, które można spożytkować na odpoczynek lub usprawnianie. Chodzi tu zwłaszcza o ergonomię przy opiece nad dzieckiem, o którą należy zadbać jeszcze przed porodem, gdyż krótko po nim nie będzie na to czasu.

Niektóre ćwiczenia można wykonywać bez kontroli terapeuty, choć ich zakres jest mocno ograniczony. Ćwiczeniami na pierwsze godziny po porodzie powinny być ćwiczenia krążeniowe. Pozwalają one uniknąć przykrych dolegliwości związanych ze wstawaniem z łóżka – zapobiegają one zawrotom głowy i są przy tym bezpieczne. Warto tu wspomnieć, że układ krążenia po porodzie musi dostosować się do nowych warunków (spadek ciśnienia w jamie brzusznej), a do tego czasu może dojść do puchnięcia kończyn. Ponadto miejsce po odklejonym łożysku krwawi, organizm broni się przed tym zwiększając krzepliwość krwi. Tu ćwiczenia krążeniowe znów odgrywają rolę – zapobiegają zakrzepowemu zapaleniu żył (co zdarza się jednak niezwykle rzadko).

Ćwiczenia te spełnią swoją funkcję pod warunkiem, że będą prawidłowo wykonywane – a więc zginając stopy lub zaciskając dłonie należy ułożyć je w skrajnych pozycjach i utrzymać napięcie przez kilka sekund – mocno prostując i zginając na przemian. Po 20 powtórzeniach należy wykonywać wolne krążenia stopami/dłoniąmi (również po 20 powtórzeniach). Po ćwiczeniach krążeniowych warto wykonać ćwiczenia oddechowe – wraz z unoszeniem rąk wdech, opuszczając ręce wydech. Po cesarskim cięciu dłonie można unieść tylko do wysokości ramion.

W drugiej dobie po porodzie wraca czucie w obrębie dna miednicy – i tu można ➔

Rok 2009 – rewolucji nie było

Tomasz Bochenek

■ Rozpoczął się nie tak dawno nowy rok. Kończy on pierwszą dekadę nowego tysiąclecia, co w sposób szczególny skłania do podsumowań i prognoz. W systemie opieki zdrowotnej ubiegły rok nie przyniósł rewolucji. Może to i dobrze, bo w mijającej dekadzie mieliśmy już jedną i to chyba wystarczy. Polegała ona na zlikwidowaniu niezbyt lubianych kas chorych i zastąpieniu ich przez NFZ. Rewolucję zafundował nam pewien bardzo energiczny Minister Zdrowia, który był tak pewny siebie i przekonywujący, że oczarował nie tylko swoich politycznych kolegów ale także większość społeczeństwa. Zaufanie, jakie udało mu się wówczas wzbudzić było niemal bezgraniczne, choć szybko się okazało, że samo utworzenie NFZ nie przyniosło Polakom oczekiwanego poziomu zadowolenia ze służby zdrowia. Minister powrócił do leczenia pacjentów, a społeczeństwo zostało z nierozwiązanymi problemami. Być może, powodem niepowodzenia tamtej rewolucji była niezbyt fortunnie wybrana data jej wdrożenia – dokładnie w Prima Aprilis 2003 r.

Jakich więc problemów nie rozwiązano w 2009 roku? Nadal mamy w Polsce jedną jedyną instytucję finansującą publiczne świadczenia zdrowotne. Wykorzystuje ona w pełni swoją unikalną pozycję, bo i dla-

go miałoby się dziać inaczej? Konkurencji pomiędzy ubezpieczycielami i wynikające z niej kokietowania i schlebiania nie doświadczyli polscy pacjenci ani w czasach funkcjonującego przed 1999 rokiem radzieckiego systemu Siemaszki, ani potem za Kas Chorych, ani obecnie za czasów NFZ. Nazwy się zmieniają a monopol (ściślej ujmując: monopson – forma rynku, na którym istnieje tylko jeden odbiorca (przedsiębiorstwo pośredniczące w handlu) oraz wielu dostawców pewnego towaru lub usługi (przyp. red.) po stronie masowego nabywcy usług zdrowotnych pozostaje i ma się dobrze – często w przeciwieństwie do pacjentów. W takim systemie, na dodatek niezwykle upolitycznionym, zbyt wiele zależy od przypadku lub dobrej woli pojedynczych urzędników, a nie od autentycznej, uzasadnionej racjonalnie troski i walki o pacjenta, płacącego niemałe już przecież składki ubezpieczeniowe. Opieranie nadziei na przyjazny pacjentowi system opieki zdrowotnej wyłącznie o dobrą wolę i uczciwość urzędników to zbyt mało. Nie może więc dziwić nonszalancja decydentów i bezduszość wymyślanych przez nich przepisów, które zbyt często są niepotrzebnie dotkliwe dla osób niepełnosprawnych. W 2009 roku nic pod tym względem się nie

zmieniło a i w 2010 roku pewnie nie zmieni się również. Urzędnik NFZ lub MZ nie musi szczególnie intensywnie myśleć o tym aby tworzone przez niego przepisy były znośne dla niepełnosprawnego pacjenta, ponieważ tak naprawdę związek pomiędzy efektami jego urzędniczej pracy a losem zawodowym jest bardzo odległy.

Nie popadajmy jednak w skrajny pesymizm. Rewolucji w 2009 roku nie było ale system opieki zdrowotnej ewoluuje i to czasem w dobrym kierunku. Mniej było w służbie zdrowia afer korupcyjnych, przy założeniu, że ich wykrywalność nie spadła. Wdrażanie koszyka świadczeń gwarantowanych może pomóc w doprecyzowaniu tego, co konkretnie należy się pacjentowi w trakcie leczenia, a więc także tego, czego może on wymagać. Działalność Agencji Oceny Technologii Medycznych rodzi nadzieje na rozsądne wdrażanie nowych leków i wyrobów medycznych. Oby nas więc nie przytłoczyła niepewność o przychody NFZ, pogłębiająca się luka pokoleniowa wśród lekarzy, utrzymująca się od kilku lat tendencja spadkowa udziału procentowego wydatków na wyroby medyczne w ogólnych kosztach świadczeń NFZ lub trwające marginalizowanie problematyki zaopatrzenia osób niepełnosprawnych w niezbędne im wyroby medyczne. Jeżeli możemy, zmieniamy ewolucyjnie rzeczywistość, także w bieżącym roku, bo na rewolucję liczyć raczej nie możemy.

⇒ rozpocząć ćwiczenia mięśni Kegla. Bez wątpienia wcześniejsze przygotowanie ułatwi usprawnianie wspomnianych mięśni. Bardzo istotne jest to, aby przy próbie napinania tych mięśni unikać napinania innych partii mięśniowych, co może okazać się szkodliwe. Na początku ćwiczenia te sprawiają kłopot, gdyż mięśnie Kegla po porodzie są bardzo słabe, a i czucie w tej okolicy jest ograniczone. Aby nie tracić czasu, warto je usprawniać podczas karmienia piersią. Zaleca się klika serii szybszych napięć oraz klika długich napięć, wszystko na miarę możliwości.

Poporodowa profilaktyka NTM

Poporodowa profilaktyka NTM jest znana od tysięcy lat i była powszechna w niektórych plemionach. Dziś wiele krajów europejskich profilaktykę NTM na-

zuca systemowo. Otóż pacjentki, które zrezygnują z oceny sprawności mięśni dna miednicy po porodzie (i fizjoterapii), tracą uprawnienia do operacji dna miednicy (obniżenia narządów NTM) na koszt ubezpieczyciela.

Tymczasem NTM po porodzie dotyczy 13 do 24% kobiet. Jeżeli nie ustąpi do końca połogu, pacjentka powinna zgłosić się na fizjoterapię dna miednicy – oczywiście po wykluczeniu przeciwwskazań przez ginekologa. Nie zmienia to faktu, że pacjentki, u których NTM ustąpi samoistnie lub po włączeniu terapii hormonalnej, powinny pozostać pod kontrolą specjalisty celem oceny siły i sprawności mięśni dna miednicy. Dotyczy to zwłaszcza pacjentek po porodzie z nacięciem krocza, gdyż ból w obrębie krocza może istotnie zaburzyć czynność wspomnianych mięśni. A to może manifestować się nietrzymaniem moczu dopiero po kilku/kilkunastu miesiącach po porodzie.

Po cesarskim cięciu mięśnie dna miedni-

cy można napiąć znacznie łatwiej, ale to nie oznacza, że nie ma konieczności usprawniania ich. NTM po II cesarskim cięciu występuje według niektórych statystyk tak samo często jak po II porodzie drogami natury. Natomiast po menopauzie NTM występuje tak samo często po uprzednim porodzie drogami natury jak po cesarskim cięciu.

Dalsze usprawnianie po porodzie wymaga oceny specjalisty, indywidualnego doboru ćwiczeń. Spora część ginekologów odradza ćwiczenia pacjentkom w połogu bojąc się, że będą ćwiczyły bez nadzoru. Nawet właściwe ćwiczenia wykonywane nieprawidłowo mogą zaszkodzić – dotyczy to zwłaszcza zestawów „ulotkowych”. Doświadczony specjalista może jednak mądrze wykorzystać wpływ hormonów na ciało młodej mamy i przyspieszyć jej powrót do pełnej sprawności i dobrej figury.

KLINIKA POŁOŻNICTWA, CHORÓB KOBIECYCH I GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ; CENTRALNY SZPITAL KLINICZNY MSWiA W WARSZAWIE

Profesjonalna diagnostyka i leczenie w MSWiA w Warszawie

JOANNA KAMIŃSKA

W ramach cyklu prezentującego placówki ginekologiczne i urologiczne specjalizujące się w leczeniu NTM, tym razem przybliżamy Państwu Klinikę Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej wchodzącą w skład Centralnego Szpitala Klinicznego MSWiA w Warszawie.

Lekarze

Od 2006 roku Kliniką kieruje prof. dr hab. Artur Jakimiuk, członek licznych towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (od 2003r. Członek Prezydium Zarządu), Polskiego Towarzystwa Biochemicznego, Polskiego Towarzystwa Endokrynologicznego oraz International Society of Gynecological Endocrinology. Profesor Jakimiuk jest również kierownikiem licznych grantów badawczych.

W chwili obecnej personel medyczny kliniki tworzy: 2 lekarzy z tytułem profesora, 3 z tytułem doktora oraz 2 będących w trakcie realizacji przewodu doktorskiego, a także 15 lekarzy specjalistów oraz 9 w trakcie specjalizacji.

Leczenie

Wśród procedur ginekologicznych, w których specjalizuje się klinika poza urologią znajdują się również: ginekologia operacyjna (w tym leczenie schorzeń onkologicznych), zabiegi diagnostyczne, zabiegi endoskopowe (laparoscopia i histeroscopia) oraz nieinwazyjne leczenie mięśniaków macicy metodą embolizacji.

W skład kliniki wchodzi trzy oddziały: ginekologia, patologia ciąży i położnictwo. Dysponują one łączną liczbą 50 łóżek (ginekologia – 15). Klinika jest wyposażona m.in. w aparat do badań urodynamicznych i dwa aparaty zestawu sprzętu do laparoskopii. Na sam oddział ginekologii trafia miesięcznie około 80 pacjentek zakwalifikowanych do operacji oraz 25 pacjentek na etapie diagnostyki lub leczenia NTM.

Zgodnie ze standardami przed zakwalifikowaniem do leczenia na oddziale wykonuje się profesjonalną diagnostykę NTM. – *Posiadamy własną pracownię urodynamiczną, któ-*



ną pacjentki cenią za komfort i wyizolowanie od oddziału dziennego – mówi kierownik Kliniki, prof. Artur Jakimiuk. – W porozumieniu z kliniką urologii szpitala, planowany jest zakup jeszcze bardziej nowoczesnego sprzętu diagnostycznego, co pozwoli na efektywniejsze rozpoznawanie problemów nietrzymania moczu u pacjentek – dodaje. Diagnostyka nietrzymania moczu prowadzona jest na bieżąco w porozumieniu z lekarzami z polikliniki przyszpitalnej nie będącej podjednostką oddziału.

Nietrzymanie moczu leczy się tutaj zarówno operacyjnie, jak i zachowawczo (farmakoterapia). Jednak podstawową formą leczenia NTM jest leczenie operacyjne. Klinika nie posiada poradni, a więc trafiają tu kierowane przez lekarzy ambulatoryjnych pacjentki, którym pomóc może jedynie leczenie operacyjne. Okres oczekiwania na zabieg operacyjny wynosi dwa tygodnie. Na podstawie badania urodynamicznego rocznie do leczenia operacyjnego wysiłkowego nietrzymania moczu kwalifikowanych jest około 100 pacjentek. Zabiegi najczęściej wykonuje się metodą TVT-O, stanowią one ok. 90% zabiegów na NTM. Na oddział przyjmowane są pacjentki z całej Polski, także te, u których wcześniejsze leczenie nie przyniosło efektu lub nastąpiły powikłania.

Jednak nie tylko pacjentki z wysiłkową formą nietrzymania moczu są leczone w klinice. Pomoc mogą uzyskać także kobiety cierpiące na pęcherz nadreaktywny, czy wypadanie narządów rodnych. W momencie rozpoznania w badaniu urodynamicznym pęcherza nadreaktywnego pacjentki kwalifikowane są do farmakoterapii, zaś w przypadku wypadania bądź obniżenia narządu rodowego w klinice przeprowadzane są wszystkie rodzaje operacji od histerektomii przezpochwowej do operacji taśmowych. Leczenie operacyjne wypadania narządu rodowego (w tym korekcja przedniej i tylnej ścian pochwy) metodami z zastosowa-

niem materiałów syntetycznych (prolift) jest wykonywane równie, a nawet częściej niż operacje w wysiłkowym NTM – około 15 zabiegów miesięcznie. W przypadku rozpoznanego pęcherza neurogennego pacjentki przekazywane są pod opiekę specjalistów w obrębie szpitala MSWiA.

Klinika prowadzi również specjalny Program leczenia nietrzymania moczu. Uczestniczki tego Programu biorą udział w badaniach klinicznych dotyczących wysiłkowego NTM. Więcej informacji o Programie można uzyskać pod nr. telefonu (22) 508 11 20 (w godz. 8 – 14). Również pacjentki, które nie spełniają kryteriów włączenia do badania zostają pod opieką oddziału i są – w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu – leczone operacyjnie w normalnej kolejności.

Doświadczenie personelu i jakość posiadanego sprzętu to podstawa w osiągnięciu pozytywnych wyników leczenia. Jednak dla pacjentek przebywających w klinice ważna jest także atmosfera panująca na oddziale, a tu z pewnością jest się czym pochwalić. Mimo codziennego wykonywania tej niełatwej pracy personelowi dopisuje optymizm i dobre samopoczucie. – *Jesteśmy zgrani i lubiani – mówią sami o sobie – a stres związany z codziennymi obowiązkami w oddziale, rozładowujemy grając w piłkarzyki i spotykając się po godzinach pracy.*

Działalność edukacyjna

Klinika współpracuje z licznymi ośrodkami naukowymi i medycznymi zarówno krajowymi, jak i zagranicznymi, m.in.: Akademią Medyczną im. Feliksa Skubiszewskiego w Lublinie, Wojskowym Instytutem Medycznym CSK MON w Warszawie, Polską Akademią Nauk, Fetal Medicine Foundation w Londynie oraz Cedars-Sinai Medical Center na Uniwersytecie Kalifornijskim w Los Angeles.



Klinika Położnictwa,
Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej;
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA;
Ul. Wołoska 137, 02-507 Warszawa
Tel.: (22) 508 11 20
Kierownik Kliniki: prof. Artur Jakimiuk

Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji

Wyrównywanie szans i integracja społeczna

MAGDALENA KOWALEWSKA



Integracja jest procesem tworzenia się jednej całości z kilku części. Integracją można nazwać również proces dostosowywania się wzajemnego ludzi, dopasowywania swoich zachowań do zasad spójnej grupy. Właśnie ten proces scalania społeczeństwa, podzielonego niestety wciąż na sprawnych i niepełnosprawnych, jest celem Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji. Stowarzyszenie propaguje i urzeczywistnia w społeczeństwie integrację osób niepełnosprawnych, opartą na współpracy i partnerstwie. Misją Stowarzyszenia jest poprawa ogólnej sytuacji osób niepełnosprawnych, komfortu ich życia oraz zwrócenie uwagi na problemy, z którymi muszą się borykać. Stowarzyszenie Przyjaciół Integracji działa na rzecz wyrównywania szans oraz sprawnego funkcjonowania niepełnosprawnych w życiu codziennym. Ideą Stowarzyszenia jest spowodowanie, by integracja osób niepełnosprawnych ze społeczeństwem stała się normalnością. Brak pełnej sprawności fizycznej lub psychicznej dotyczy dużej grupy społeczeństwa polskiego i niestety niepełnosprawność spowodowana wypadkiem lub chorobą może dotknąć każdego. Nie można więc nie dostrzegać problemów i przeszkód, zarówno tych psychicznych,

jak i fizycznych, jakie muszą pokonywać codziennie niepełnosprawni. Stowarzyszenie stara się sprostać potrzebom niepełnosprawnych, obalić mity i negatywne stereotypy związane z niepełnosprawnością.

Inicjatorem i zarazem Prezesem Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji jest poruszający się na wózku Piotr Pawłowski, twórca czasopisma „Integracja”. Stowarzyszenie powstało w 1995 r. posiada status organizacji pożytku publicznego. Działania Stowarzyszenia dynamicznie wspiera Fundacja Integracja. Współpraca ta zwiększa skuteczność oddziaływania na postawy społeczne. Fundacja udziela również nieodpłatnie wsparcia osobom indywidualnym.

Działania Stowarzyszenia Przyjaciół Integracji są bardzo szeroko rozwinięte. Osoby szukające informacji związanych z niepełnosprawnością mogą je uzyskać telefonicznie dzwoniąc pod numer Infolinii „Integracja” – 0801 801 015. Specjaliści udzielają kompleksowych informacji i porad prawno-socjalnych. Ze wsparcia Infolinii skorzystało już ponad 8 tys. osób niepełnosprawnych, przedstawicieli organizacji działających na ich rzecz oraz pracodawców.

Kolejnym aspektem działania organizacji jest ułatwienie dostępu do pracy osobom z niepełnosprawnością. Tym zajmują się „Centra Integracja” działające w: Warszawie, Krakowie, Gdyni, Katowicach i Zielonej Górze. „Centra Integracja” aktywizują osoby z niepełnosprawnością i pomagają im, dzięki czemu osoby te mogą sprawnie funkcjonować na rynku pracy. Poradę specjalistów, prawników, doradców zawodowych, psychologów mogą uzyskać osoby z każdym rodzajem niepełnosprawności.

Stowarzyszenie wydaje również dwumiesięcznik „Integracja”, który jest największym polskim pismem skierowanym do środowiska osób z niepełnosprawnością, ich rodzin oraz do osób pracujących i działających na ich rzecz. Aktualnie wydawane jest ono w nakładzie 50 tys. egzemplarzy. Profesjonalny zespół redakcyjny opisuje i analizuje polską rzeczywistość i ukazuje problem niepełnosprawności na jej tle. Poruszane są tu zagadnienia z dziedziny prawa, zdrowia, edukacji, zatrudnienia, psychologii, kultury oraz aktywizacji osób z niepełnosprawnością. „Integrację” roz-

prowadzają nieodpłatnie szkoły, biblioteki, sanatoria, ośrodki pomocy społecznej oraz organizacje pozarządowe skupione w „Paczce Integracji”. Nieodpłatnie rozprowadzane są również poradniki dla osób z niepełnosprawnością. Do tej pory ukazało się 25 takich publikacji, w których można znaleźć informacje praktyczne z zakresu prawa, pracy i pomocy społecznej.

Poza tym Stowarzyszenie prowadzi portale internetowe www.niepełnosprawni.pl oraz integracja.org. Jest również organizatorem wielu kampanii społecznych, plebiscytów, konkursów, wystaw i konferencji dotyczących niepełnosprawności i uwrażliwiających obywateli na problemy niepełnosprawnych.



W roku 2010 ustanowionym zgodnie z Decyzją Parlamentu i Rady UE Europejskim Rokiem Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym organizacja planuje przeprowadzenie drugiej edycji konkursu „Polska bez barier” oraz dziesiątej edycji konkursu „Człowiek bez barier”. Z-ca dyrektora ds. marketingu i PR Stowarzyszenia, Dorota Starzyńska dodaje, że – W maju przedstawiciele Stowarzyszenia wezmą udział w Paradzie Schumana. Z tej okazji przygotowane będą multimedialne prezentacje dotyczące niepełnosprawności skierowane w szczególności do dzieci i młodzieży. Stowarzyszenie będzie również współorganizatorem Targów Murator Expo, na których poprowadzi konferencję otwierającą, podejmującą problem odczuwania świata przez osobę niepełnosprawną, istnienia przeszkód architektonicznych. Pod koniec roku odbędzie się zaś wielka gala integracji społecznej, na którą zaproszony został Przewodniczący Parlamentu Europejskiego, Jerzy Buzek. Wszystkie te działania, jak podkreśla Dorota Starzyńska odbędą się pod egidą Europejskiego Roku Walki z Ubóstwem i Wykluczeniem Społecznym. ■

Pacjencie uzbrój się w cierpliwość!

ANNA SULKA

Plan finansowy NFZ na 2010 rok przewiduje ograniczenie finansowania zaopatrzenia dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych o ponad 17 mln zł. Narodowy Fundusz Zdrowia tłumaczy, że cięcia w wydatkach na świadczenia zdrowotne zostały wymuszone przez zły stan polskiej gospodarki i zbyt małe wpływy ze składki zdrowotnej. Wbrew zapewnieniom NFZ, niedofinansowanie zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego nie jest zjawiskiem nowym, wymuszonym przez niesprzyjające okoliczności. Udział wydatków na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze w łącznych kosztach świadczeń zdrowotnych NFZ od 2007 r. systematycznie spada. W konsekwencji, jak wynika z danych ze stycznia br., średni czas oczekiwania na zaopatrzenie w aparat słuchowy w województwie kujawsko-pomorskim wynosi osiem miesięcy (ponad 3800 oczekujących), w województwie dolnośląskim ponad pięć miesięcy (niespełna 3000 oczekujących), natomiast pacjenci z lubuskiego mogą czekać na realizację zlecenia nawet rok (ponad 1200 oczekujących). – NFZ wydaje się nie dostrzegać problemu. Tłumaczy, że planowane środki finansowe na dany rok kalendarzowy wynikają z rzeczywistej realizacji tych świadczeń w roku ubiegłym. Zdaniem urzędników wykonanie planu finansowego za okres 11 miesięcy 2009 r. wykazuje, że przyjęte założenia są słuszne – mówi Prezes Stowarzyszenia Osób z NTM „Uro-Conti”, Maria Zdeb.

Wkrótce w kolejce po zaopatrzenie mogą ustawiać się również pacjenci z nowotworami, czy z postępującymi chorobami układu nerwowego (z pęcherzem neurogennym). A wszystko za sprawą Zarządzenia Prezesa NFZ, które reguluje warunki zawierania i realizacji umów dotyczących zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi. Zgodnie z nowymi przepisami wojewódzkie oddziały NFZ, w przypadku braku środków finansowych, mogą tworzyć ewidencję zleceń oczekujących na potwierdzenie. Podobny zapis obowiązywał już w latach ubiegłych, jednak nigdy wcześniej nie dotyczył środków pomocniczych wydawanych co miesiąc czyli min. pieluchomajtek, wkładek urologicznych czy worków do zbiórki moczu. Trudno wy-

obrazić sobie sytuację, w której osoby cierpiące na nietrzymanie moczu czy pacjenci ze stomią, czekają kilka miesięcy na przysługujące im zaopatrzenie. Niedostateczna higiena przy tego typu dolegliwościach to niemal pewne zakażenia i odleżyny. Krótkowzroczna polityka Narodowego Funduszu Zdrowia prędzej czy później zaowocuje wzrostem liczby pacjentów wymagających długiej hospitalizacji, bądź stałej opieki pielęgniarskiej.

Według danych napływających do redakcji Kwartalnika NTM z wojewódzkich oddziałów NFZ wnioski na zaopatrzenie w środki pomocnicze przysługujące comiesięcznie do końca stycznia br. realizowane były na bieżąco. Warto jednak pamiętać, że zapis umożliwiający „kolejkowanie” zleceń na zaopatrzenie cykliczne wszedł w życie dopiero 1 stycznia 2010 roku. Konsekwencje nowego rozwiązania poznamy zapewne za kilka miesięcy. Miejmy nadzieję, że nie powtórzy się scenariusz, który obserwujemy obecnie w zaopatrzeniu w aparaty słuchowe.

W grudniu ubiegłego roku Zarząd Główny Stowarzyszenia Osób z NTM „Uro-Conti” skierował do Prezesa Paszkiewicza oraz Minister Kopacz pisma, w których wyraził sprzeciw wobec planów ratowania finansów płatnika kosztem osób niepełnosprawnych. Zarząd zaapelował jednocześnie o zmianę przepisów regulujących warunki realizacji świadczeń z zakresu zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego. Protest

Stowarzyszenia spotkał się jednak z całkowitą ignorancją urzędników. – Czujemy się mocno rozgorzyczeni – mówi Prezes Stowarzyszenia – Resort Zdrowia dał nam wyraźny sygnał, że w pełni akceptuje obecny stan rzeczy i nie zamierza ingerować w kompetencje NFZ – oburza się Maria Zdeb.

To nie pierwsza wpadka Narodowego Funduszu Zdrowia, która uderza w osoby niepełnosprawne i przewlekle chore. W styczniu 2009 r. na mocy Zarządzenia Prezesa NFZ (89/2008/DSOZ) w życie wszedł następujący zapis: „według daty odbioru obliczany będzie okres użytkowania, po którym przysługuje ponowne zaopatrzenie”. Kwestia ta od początku budziła wiele kontrowersji w środowiskach osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Literalna wykładnia powyższego przepisu wymuszała naruszenie Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia w sprawie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Zgodnie z zarządzeniem NFZ w przypadku odbioru zaopatrzenia w dniu 31 stycznia, kolejny termin jego realizacji przysługiwał po 30 dniach, czyli w zależności od roku 3 lub 4 marca. W ten sposób pozbawiano pacjenta zaopatrzenia w miesiącu lutym. Istniało jednocześnie ryzyko, że niektóre oddziały NFZ potraktują przepis ten jeszcze bardziej dosłownie, uniemożliwiając realizację wniosku w miesiącach, w których występuje 30 dni.

Warto zwrócić uwagę, że w gestii prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia leżą jed- ➔



➔ nie uprawnienia wykonawcze. Zarządzenie Prezesa ma za zadanie niejako „doprecyzować” rozporządzenie Ministerstwa Zdrowia. Co ciekawe rozporządzenie dot. zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, nie zostało de facto znulizowane od ponad 10 lat, nie zmieniły się zarówno limity jak i kryteria przyznawania zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego. Tymczasem przepisy wykonawcze regulujące warunki realizacji ww. świadczeń z roku na rok stają się coraz bardziej restrykcyjne, a dostęp do nich mocno ograniczony.

Potrzeby pacjentów wymagających zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego zostały całkowicie zepchnięte na margines. Doskonale obrazuje to sytuacja, która miała miejsce podczas IV Konferencji – spotkania liderów organizacji pacjentów, zorganizowanej przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej z okazji Światowego Dnia Choro- go. Organizatorzy imprezy stworzyli uczestnikom możliwość zabrania głosu w debacie, wymiany poglądów, a także osobistej rozmowy z zaproszonymi gośćmi m.in. przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia

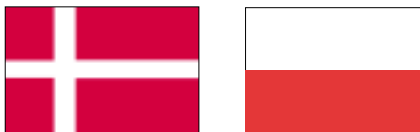
oraz Narodowego Funduszu Zdrowia. Tyle jeśli chodzi o założenia, w rzeczywistości część organizacji pacjenckich została całkowicie pominięta bądź czas, który został im przyznany, uniemożliwił jakąkolwiek dyskusję. Przedstawicielki Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”, które wzięły udział w konferencji są mocno rozczarowane. – Nasz udział w debacie został mocno ograniczony. Mialiśmy jedynie kilka minut na zadanie pytania. Oczekiwaliśmy konkretnej deklaracji ze strony Resortu Zdrowia – czy zamierza łączyć działy w budżecie służby zdrowia kosztem osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych, oraz czy jest szansa na zwiększenie limitów na środki wchłaniające. Odpowiedź Ministra Twardowskiego, a także lekceważenie z jakim odniósł się do problemów pacjentów z nietrzymaniem moczu całkowicie nas zaskoczyła. Twierdzenie, że problem ten dotyczy jedynie osób po 75 roku życia całkowicie mija się z prawdą – podsumowuje Maria Zdeb, Prezes Stowarzyszenia. W rzeczywistości każda choroba nowotworowa w obrębie układu nerwowego, dolnego odcinka przewodu pokarmowego, czy dolnego odcinka moczowo-płciowego może dopro-

wadzić w konsekwencji do wystąpienia nietrzymania moczu. Problem ten dotyka również kobiety w ciąży oraz po porodzie. – Słuchając Ministra Twardowskiego, słuchałam przede wszystkim wypowiedzi lekarza, dlatego z niedowierzaniem przyjął tłumaczenie, że pacjentom z nietrzymaniem moczu, tak jak wszystkim osobom po 75 roku życia, należy się zasilek pielęgnacyjny oraz wsparcie pomocy społecznej i z tych środków mogą zakupić sobie pieluchomajtki – ze smutkiem dodaje Prezes Stowarzyszenia „UroConti”.

Niestety wiele wskazuje na to, że w najbliższym czasie w dziedzinie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nic się nie zmieni. Minister Twardowski podczas posiedzenia Parlamentarnego Zespołu ds. Osób Niepełnosprawnych, które odbyło się 19 lutego br. zapowiedział, że dopóki NFZ nie wygospodaruje dodatkowych środków finansowych, to żadnych istotnych zmian w rozporządzeniu nie będzie. A w chwili obecnej nic nie wskazuje na to żeby miały pojawić się jakiekolwiek nadprogramowe środki. Niepełnosprawni muszą więc uzbroić się w cierpliwość. ■

Refundacja środków wchłaniających w innych krajach

Duńczycy refundują środki wchłaniające bez limitów



■ Kolejnym krajem, którego rozwiązania w zakresie refundacji środków wchłaniających podglądamy, jest Dania.

Środki absorpcyjne dla osób z NTM są w Danii refundowane, ale – tak jak w większości europejskich krajów – wskazaniem medycznym uprawniającym do ich otrzymania jest nietrzymanie moczu (w Polsce za kryterium nadal uznaje się nowotwory i choroby układu nerwowego).

Duński pacjent ma prawo nabyć potrzebne mu środki absorpcyjne ze stuprocentową refundacją. Polski musi natomiast zapłacić 30% ceny (z wyjątkiem osób cierpiących na wybrane nowotwory, dla których produkty wchłaniające są refundowane w 100%). Dania może pochwalić się również brakiem limitów zarówno cenowych, jak i ilościowych. Potrzebne zaopatrzenie można odebrać w ośrodku zdrowia lub zamówić dostawę bezpośrednio do domu pacjenta. I w tym zakresie Polska pozostaje niestety nadal daleko w tyle. **KC**

Refundacja środków wchłaniających: Dania vs. Polska

	DANIA	POLSKA
Liczba mieszkańców	5,4 mln	38 mln
Refundacja środków wchłaniających	tak	tak
Wskazania medyczne do przyznania refundacji	nietrzymanie moczu	choroby nowotworowe, upośledzenie umysłowe, zespoły ośpiewne, choroby układu nerwowego, wady rozwojowe
Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu	przy lekkim, średnim i ciężkim stopniu NTM refundacja pieluchomajtek, majtek chłonnych, pieluch anatomicznych, wkładów i podkładow	dla w/w kryteriów chorobowych refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Ilość refundowanych sztuk / m-c	bez limitu	do 60 szt.
Limit cenowy / m-c	brak	w zależności od wysokości refundacji (100% lub 70 %) odpowiednio: 77 lub 90 zł
Współpłacenie przez pacjenta wskazaniami medycznymi	0%	0% przy nowotworach lub 30% przy pozostałych

Gdzie są kolejki? – refundacja NFZ

JOANNA KAMIŃSKA

Poniżej prezentujemy zestawienie danych dotyczących zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne w wojewódzkich oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest to zmodyfikowana wersja rankingu oddziałów NFZ, który zamieszczaliśmy od wielu lat. Nowy kształt tabeli ma zapewnić większą przejrzystość i umożliwić wszystkim osobom zainteresowanym możliwość sprawdzenia tego jak długo w danym OW NFZ wynosi okres oczekiwania na dany przedmiot ortopedyczny lub środek pomocniczy, oraz jak dużo osób w danej chwili oczekuje w kolejce. Prezentowane w tabeli dane pochodzą z poszczególnych OW NFZ.

Ostatnio bardzo dużo słyszymy o nadużyciach w zaopatrzeniu w przedmioty or-

topedyczne i środki pomocnicze. Odpowiedź na pytanie czy takie nadużycia faktycznie mają miejsce nie jest łatwa i wymaga analizy wielu czynników. Niestety brak jest należytej kontroli rynku przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych.

Dane o dostępności do poszczególnych przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych nie są nigdzie oficjalnie zamieszczane, a pacjenci nie wiedzą jak długo muszą czekać na potwierdzenie swojego zlecenia. Wiele oddziałów NFZ umożliwia świadczeniobiorcom wgląd do kolejki oczekujących na poszczególne świadczenia. Niestety pacjent oczekujący na potwierdzenie zlecenia nie ma możliwości takiego wglądu.

Na bieżąco będziemy śledzić zwłaszcza zaopatrzenie w środki pomocnicze przy-

sługujące comiesięcznie (m.in. pieluchy i pieluchomajtki). Zarządzenie Prezesa NFZ z 29 października 2009 umożliwiło bowiem od 1 stycznia 2010 kolejowanie tych zleceń. Zgodnie z nowym prawem wojewódzkie oddziały NFZ w przypadku braku środków finansowych będą mogły tworzyć ewidencję zleceń oczekujących na potwierdzenie. Po raz pierwszy dotyczy to również środków pomocniczych wydawanych co miesiąc. Obecnie wszystkie zlecenia realizowane są na bieżąco, ale pamiętajmy, że to dopiero pierwsze miesiące obowiązywania nowego zarządzenia.

Mamy nadzieję, że nowa formuła tabeli będzie dla Państwa interesująca, a przedstawione dane okażą się bardziej pomocne i praktyczne.

Dostępność do zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne – stan na styczeń 2010

Województwo	PM		WS		AS		CPAP		PO		WI		L. punktów ewiden.
	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	Czas oczekiwania	Liczba osób oczekujących	
Dolnośląskie	nb	–	nb	–	5,5 ms.*	2938	nb	–	nb	–	5,5 ms.*	738	5
Kujawsko-pomorskie	nb	–	nb	–	8 ms.	3848	7 ms.	31	do 6 ms.	2286	6 ms.	836	4
Lubelskie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	4
Lubuskie	nb	–	nb	–	do 1 r.**	1256	nb	–	nb	–	nb	–	20
Łódzkie	nb	–	nb	–	do 6 ms.	2778	do 3 ms.	50	do 3 ms.	1463	do 3 ms.	340	4
Małopolskie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	23
Mazowieckie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	6
Opolskie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	16
Podkarpackie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	9
Podlaskie	nb	–	nb	–	4 ms.	806	nb	–	4 ms.	400	4 ms.	265	5
Pomorskie	nb	–	nb	–	do 1 ms.	150	nb	–	do 1 ms.	3	do 1 ms.	25	1
Śląskie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	18
Świętokrzyskie	nb	–	nb	–	pow. 3 ms.*	774	nb	–	nb	–	pow. 3 ms.*	212	5
Warmińsko-mazurskie	nb	–	nb	–	6 ms.	1294	nb	–	6 ms.***	75	6 ms.	219	5
Wielkopolskie	nb	–	nb	–	2 ms.	3059	nb	–	1 ms.	700	1 ms.	217	7
Zachodniopomorskie	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	nb	–	2

PM – pieluchy i pieluchomajtki; WS – worki stomijne; AS – aparaty słuchowe; CPAP – aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego; PO – przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich; WI – wózki inwalidzkie; nb – na bieżąco.

* dzieci – na bieżąco; ** dzieci – na bieżąco, osoby czynne zawodowo – do 1 miesiąca; *** kolejki tylko na wysokie sznurówki (przy dysfunkcji stąpiej).

Opr. K. Ciepiela na podstawie danych z oddziałów NFZ

Operacje z użyciem taśm w woj. opolskim

KATARZYNA WALEWSKA

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM przyjrzymy się bliżej operacyjnemu leczeniu nietrzymania moczu w województwie opolskim. Jest to już ostatni z 16 analizowanych przez nas regionów.

Z uzyskanych danych wynika, że sytuacja w regionie nie wygląda dobrze. Niewiele jest placówek, w których pacjentki mogą poddać się operacyjnemu leczeniu nietrzymania moczu.

Z reguły placówki przeprowadzające zabiegi operacyjne na NTM to publiczne szpitale. W większości z nich operacje wykonywane są na oddziałach ginekologicznych. Wynika to z faktu, że nietrzymanie moczu dotyka w głównej mierze kobiet, a one w pierwszej kolejności zgłaszają się z tym problemem właśnie do lekarzy ginekologów. Obecnie ginekolodzy wykonują zdecydowanie więcej tego typu zabiegów. Ubolewają nad tym lekarze urolodzy, którzy także specjalizują się w leczeniu NTM. Warto podkreślić, że oddziały urologiczne są również w pełni wyposażone w odpowiedni sprzęt i materiały niezbędne do wykonania tego typu zabiegów. Zasadniczo różnica w liczbie operacji przeprowadzanych na oddziałach urologicznych i ginekologicznych wynika z niewielkiej liczby pacjentek zdecydowanych na wizytę u urologa.

Pomimo niewielkiej liczby placówek specjalizujących się w operacyjnym leczeniu NTM w regionie, czas oczekiwania na zabieg jest stosunkowo krótki, nie przekracza 3 tygodni. Z rozmów z lekarzami wynika, że obecnie nie ma długich kolejek

osób oczekujących na zabieg, a operacje wykonywane są na bieżąco.

Operacyjne leczenie nietrzymania moczu metodą TVT/TOT jest w pełni refundowane z Narodowego Funduszu Zdrowia, jednakże są placówki, w których wykonuje się zabiegi na nietrzymanie moczu w oparciu o starsze metody leczenia, bez użycia taśm, ponieważ koszty zabiegów nowoczesnymi technikami są zbyt wysokie. Warto podkreślić, że niektóre placówki umożliwiają pacjentkom nie objętym

ubezpieczeniem możliwość wykonania zabiegu płatnego (koszt ok. 3 tys. zł).

Przedstawione w poniższej tabeli dane na temat liczby przeprowadzanych zabiegów operacyjnych na NTM z użyciem taśm nie odzwierciedla w pełni aktualnej sytuacji jaka panuje w województwie opolskim, ponieważ nie wszystkie placówki zdecydowały się udzielić informacji niezbędnych do umieszczenia ich na prezentowanej liście.



NAZWA SZPITALA	ODDZIAŁ	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2008	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2009	L. ZABIEGÓW WYKONANYCH W 2010	CZAS OCZEKIWANIA NA ZABIEGI REF.	ZABIEGI PŁATNE TAK/NIE
SPZOZ w Kędzierzynie-Koźlu ul. 24 Kwietnia 5	Gin.-Pot.	ok.40	ok.35	ok.50	na bieżąco	NIE
Szpital Rejonowy w Krapkowicach ul. Kozielska 1	Gin.-Pot.	ok.30-40	ok.30-40	6	ok. 2-3 tyg.	NIE
SPZOZ – Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu Al. Wincentego Witosa 26	Urol.	ok.20	ok.20	ok.20	ok. 2-3 tyg.	NIE
Szpital Ginekologiczno-Położniczy i Noworodków SSZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu ul. Reymonta 8	Gin.	ok.30-40	ok.30-40	ok.30-40	ok. 3 tyg.	TAK

Źródło: opracowanie własne

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM przedstawiamy listę placówek, w których można wykonać badanie urodynamiczne na terenie województwa kujawsko-pomorskiego.

We wspomnianym regionie pełne badanie urodynamiczne wykonuje osiem placówek. Biorąc pod uwagę zaludnienie województwa (2 069,7 tys. mieszkańców) na jedną pracownię przypada ponad 258 tys. pacjentów. Oznacza to, że województwo kujawsko-pomorskie jest w czołówce pod względem dostępności diagnostyki nietrzymania moczu. Korzystniej wypada jedynie województwo podlaskie.

Biorąc pod uwagę archiwalne dane z 2005 roku (kiedy to po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w regionie), sytuacja w województwie kujawsko-pomorskim, na przestrzeni ostatnich czterech lat uległa znacznej poprawie. Do swojej oferty pełne badanie urodynamiczne wprowadziły trzy kolejne placówki. W najbliższych miesiącach otwarcie pracowni badań urodynamicznych zapowiada też Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu.

W następnym numerze Kwartalnika zaprezentujemy wykaz placówek wykonujących badanie urodynamiczne w województwie lubelskim.

Pełna lista placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępna jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących listy pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl

Badania urodynamiczne w woj. kujawsko-pomorskim

ANNA SULKA



Woj. kujawsko-pomorskie

Bydgoszcz

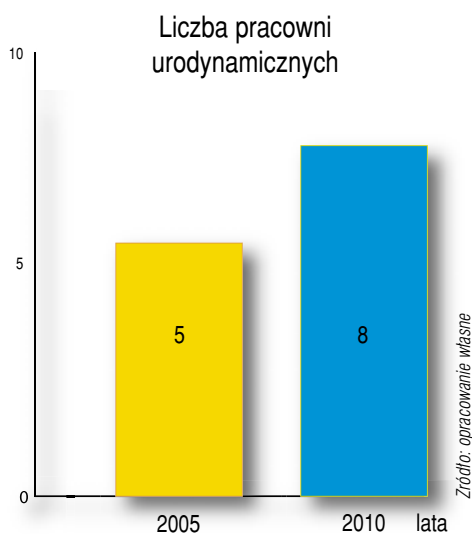
1. 10-ty Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ; 85-681 Bydgoszcz, ul. Powstańców Warszawy 5
2. Centrum Onkologii im. Prof. Łukaszczyka – Oddział Urologii Onkologicznej; 85-796 Bydgoszcz, ul. I. Romanowskiej 2
3. Szpital Uniwersytecki im. dr A. Jurasza – Katedra i Klinika Urologii; 85-094 Bydgoszcz, ul. M. Skłodowskiej-Curie 9
4. Szpital Uniwersytecki im. dr J. Biziela – Oddział Urologii i Urologii Onkologicznej z Pododdziałem Chemioterapii; 85-168 Bydgoszcz, ul. Ujejskiego 75

Toruń

1. NZOZ "Nasz Lekarz" Praktyka Grupowa Lekarzy Rodzinnych z Przychodnią Specjalistyczną; 87-100 Toruń, ul. Szeroka 30/Szczytna 1
2. Szpital Specjalistyczny "MATOPAT" NZOZ; 87-100 Toruń, ul. Starczykowa 8/10
3. Wojewódzki Szpital Dziecięcy z Zespołem Poradni Specjalistycznych – Oddział Chirurgii Dziecięcej; 87-100 Toruń, ul. Konstytucji 3 Maja 42

Włocławek

1. Szpital Specjalistyczny „Barska”; 87-800 Włocławek, ul. Barska 13





Forum

Tym razem zamiast tradycyjnych listów prezentujemy Państwu przedruk fragmentu FORUM internetowego, które od kilku miesięcy funkcjonuje na stronie internetowej www.ntm.pl. Cieszymy się, że forma ta spotkała się z Państwa zainteresowaniem. Serdecznie zapraszamy do czynnego uczestnictwa w Forum – to Państwo jesteście jego twórcami i tylko od Was zależy, co będzie ono zawierało. Zapraszamy!

Teresa

„Mam na imię Teresa, lat 53. Jestem z małej miejscowości. (...) Nie mam skąd czerpać wiedzy o NTM. Jedyne źródło jest Internet i dzięki Bogu, że chociaż tyle mam. Na nietrzymanie moczu cierpię od 30 lat, czyli odkąd urodziła się moja córka. Nikt mi wówczas nie powiedział, że skutkiem porodu może być właśnie NTM. Na początku choroba mi przeszkadzała, ale później stwierdziłam, że chyba tak już może być. Tyle lat z tym żyję, że jest mi już wszystko jedno. Nie spotykam się z ludźmi, wstydę się komukolwiek opowiedzieć o problemie, bo zaraz cała wieś będzie o tym mówiła i wytykała mnie palcami. Mąż kupuje mi pieluchy jak jeździ do pracy do miasta, żeby we wsi nie widzieli po co mi to... Z mężem nie współżycie już od lat. Dzieci wyjechały do miasta na studia i tam zostały. Nie mam komu o tym opowiedzieć, a jedyny lekarz, u którego byłam z tą dolegliwością to parę lat temu ginekolog, który stwierdził że to normalne w tym wieku i dał mi wniosek na pieluchy. Nie mogę nawet pójść na mszę do kościoła, bo zaraz boję się, że ktoś coś zauważy lub poczuje ode mnie zapach moczu. Ta choroba niszczy mi życie. Właściwie to ono skończyło się już dla mnie. Nie mam więcej sił by żyć. Gdy znalazłam tą stronę ucieszyłam się, że skoro jest taka strona, to może nie tylko ja cierpię. Przepraszam za tak długi wywód, ale to jest jedyne miejsce gdzie mogę o tym opowiedzieć.”

MEMBER

„Kochana Pani Tereso! Jak ja dobrze wiem o czym pani pisze! Ja borykałam się z tym problemem od porodu 2-go dziecka, czyli 18 lat. Na początku nie było tak źle, ale z czasem było coraz gorzej. Jestem osobą z natury bardzo ruchliwą, lubiącą sportowy tryb życia, a takie ży-

cie z nietrzymaniem moczu było do kitu. Zamykałam się pomału w domu, nie chodziłam na imprezy, popadałam w przygnębienie i złość! Chodziłam do ginekologów, urologów i wszyscy gadali jakieś duperele – zapisywali leki, które oprócz opóźniania portfela nic nie dawały. Przeczytałam o operacjach na w/w dolegliwości i postanowiłam wziąć sprawy w swoje ręce. Najpierw skierowanie na badania urodynamiczne, które stwierdzą z jakim rodzajem nietrzymania moczu mamy do czynienia. Potem zabieg operacyjny. Niestety pierwszy – 1,5 roku temu nie dał rezultatów, bo zrobiono źle urodynamicę, ale teraz jestem po 2 innej metodzie i jak na razie jestem zadowolona. Nie chcę jednak zapeszać, bo lekarz mówił, że będzie poprawa, ale nie całkowite wyleczenie. Jednak namawiam na nią wszystkie cierpiące panie bo wiem, że to nie życie takie życie!!!! Wystarczy skierowanie od ginekologa na badania urodynamiczne. (...) 3 dni w szpitalu i po krzyku! Nie dajcie sobie wmawiać, że nie ma wyjścia. Ja mam to szczęście, że mieszkam w dużym mieście i tu takie zabiegi wykonuje każdy szpital do wyboru. Warto się bić o swoje i nie dać się zbywać byle czym. (...) Życzę powodzenia!”

danuta57

„Ja też mieszkam w dużym mieście i co z tego jak urodziły, do których chodziłam (było ich 4-ech) faszzerowali mnie różnymi lekami, które nic nie pomagały, a o badaniach nie chcieli słyszeć. Też mówili, że to przypadłość starszego wieku (jestem po 50-ce). Ginekolog twierdził, że po stronie ginekologicznej jest w porządku. Neurolog dał mi skierowanie na rezonans kręgosłupa lędźwiowego. Czwarty urolog zlitował się i dał mi na urodynamicę. Ale mnie powiedziano, że badanie trwa 1 godzinę, a nie leży się w szpitalu, że to nie boli. Jeżeli miałaś robioną, to napisz mi czy to prawda, że nie boli.”

MEMBER

„Witam! Jeszcze raz powtarzam nie dajcie się zbyć!!!!!! Urodynamiczka to jedyne adekwatne badanie, po którym można stwierdzić jaki rodzaj nietrzymania moczu występuje. Od tego zależy dalsze leczenie operacyjne lub farmakologiczne. Badanie trwa ok. +/- 20 min. i da się wytrzymać. Miałam 2 takie badania i żyję. Ginekologicznie u mnie też wszystko ok., to sprawa

cewki moczowej, zwieracza itp. Też mam 50 i żaden lekarz nie powiedział mi, że w tym wieku tak ma być! Oczywiście jest to przypadek, z którą borykałam się dość długo, ale udało się. Zabieg operacyjny wrócił mi chęć do życia.”

Teresa

„Bardzo się cieszę, że jest nas tutaj coraz więcej. Dzięki temu jest mi różniej, bo mogę wreszcie opowiedzieć komuś o swoich problemach i ten ktoś doskonale mnie zrozumie...”

strider

„Jeśli chodzi o problemy psychiczne związane z NTM, to chyba każdy z nas może napisać na ten temat książkę. Ja jakoś nauczyłam się z tym żyć, jednak mam za sobą dość ciężkie okresy kiedy było mi bardzo trudno zaakceptować swoją przypadłość.

Przykre jest, gdy niektóre osoby piszą, że mają problemy ze zrobieniem badań lub zaopatrzeniem w środki higieniczne. Polska to niestety nadal ciemnogród jeśli chodzi o niektóre schorzenia.”

danuta57

„Niestety ale tak jest, że często występują problemy z otrzymaniem zlecenia na środki wchłaniające. Sama miałam taki przypadek. Urolog powiedział mi, że on nie może bo nie leżałam w szpitalu, że to lekarz rodzinny. A on, że nie ma kodu na nietrzymanie moczu. Ale się uparłam i otrzymałam od neurologa i teraz już poszłam do rodzinnego i niestety musiał wypisać bo podałam kod. Ale jeżeli chodzi o to schorzenie to uważam, że lekarze niezbyt poważnie traktują kobiety. Przeważnie urodziły to mężczyźni. Prywatnie pewnie inaczej podchodzi do tego schorzenia. Jest mi trudno już wytrzymać, zwłaszcza, że pracuję ale muszę się dowiedzieć co mi jest i próbować się wyleczyć. Ale faktycznie czasami psychicznie trudno wytrzymać. Pozdrawiam wszystkich. Walczcie kobiety o swoje.”

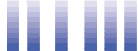
Gdzie leczyć NTM?

infolinia 0 801 800 038

(całkowity koszt połączenia 0,29 zł + VAT)

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę! (4 kolejne numery)

Kwartalnik 

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

OPLATA

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR
nazwa odbiorcy cd.	
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA	
I.k.	nr rachunku odbiorcy
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2	
	W P P L N 3 8 , 0 0
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	
Oplata:	

www.ntm.pl

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM:



**Prof. dr hab. med.
Włodzimierz
Baranowski**
Kierownik Kliniki
Ginekologii
i Ginekologii
Onkologicznej
Centralnego Szpitala
Klinicznego MON
Wojskowego Instytutu
Medycznego



**Prof. dr hab. med.
Andrzej Borkowski**
Kierownik Katedry
i Kliniki Urologii
Ogólnej, Onkologicznej
i Czynnościowej
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego



**Prof. dr hab. med.
Tomasz Rechberger**
Kierownik II Katedry
i Kliniki Ginekologii
Uniwersytetu
Medycznego
w Lublinie



**dr hab. med.
Piotr Radziszewski**
Katedra i Klinika Urolo-
gii
Ogólnej, Onkologicznej
i Czynnościowej
Warszawskiego
Uniwersytetu
Medycznego

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. 9.00 – 17.00
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29zł plus VAT.



**KONSULTANT
MEDYCZNY
dr med.
Piotr Dobroński**
Oddział
Urologii
Szpitala Bielańskiego
w Warszawie

Chcesz wiedzieć więcej?

Już teraz zamów najpopularniejsze publikacje o NTM!



Książki można zamówić drogą elektroniczną
Szczegóły na www.ntm.pl

Atrakcyjne ceny!

