ISSN 1733-2826

KWARTALNIK

NTM

Nr 2 (45) 2013

cena: 9,50 zł (w tym 5% VAT)

REFUNDACJA

Rozporządzenie MZ - kiedy nowelizacja?

LECZENIE

Neuromodulacja - wskazania do terapii

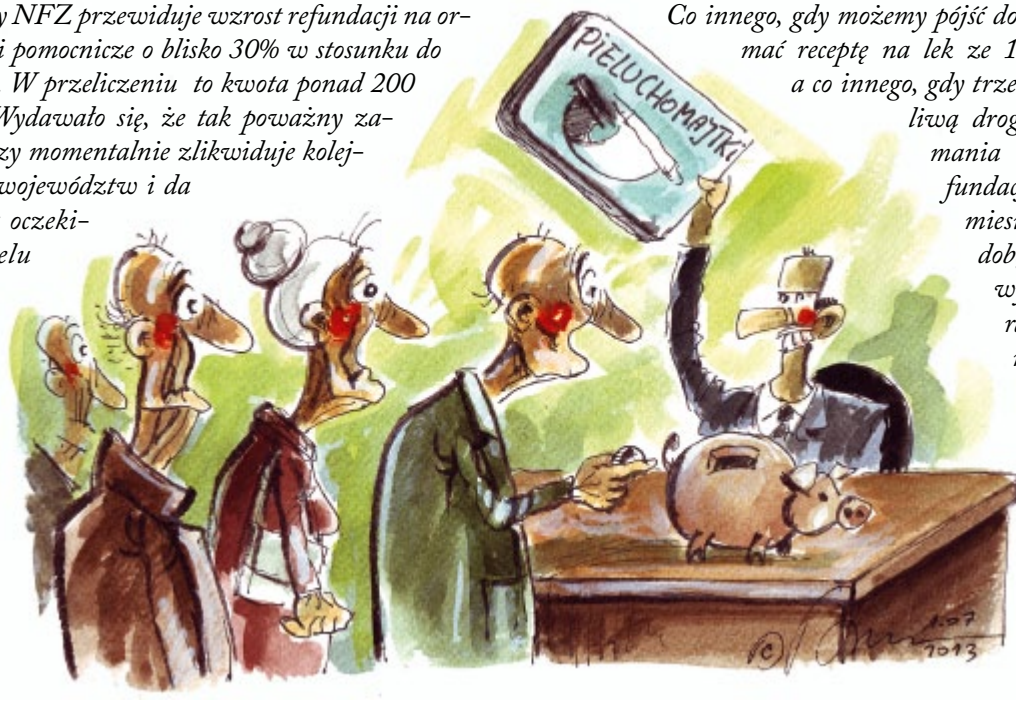
PROFILAKTYKA

Właściwe odżywianie u osób z NTM

PROFIL PACJENTA
- wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej

Środki pomocnicze to nie leki

Ustawa refundacyjna przyniosła budżetowi NFZ oszczędności w 2012 roku na poziomie 2 mld zł. Wiele osób niepełnosprawnych, przewlekle chorych oraz opiekujących się nimi bliskich miało nadzieję, że tak wielkie oszczędności w jednym segmencie spowodują wreszcie odczuwalne zmiany w innym. Nadzieje tym większe, że jeszcze w zeszłym roku, podczas dyskusji w Sejmie nad tegorocznym planem finansowym NFZ, wszyscy podkreślali jak istotne jest podniesienie wydatków na refundację ortopedii i środków pomocniczych, od wielu lat mocno niedoszacowanych. I tak się stało. Tegoroczny plan finansowy NFZ przewiduje wzrost refundacji na ortopedię i środki pomocnicze o blisko 30% w stosunku do roku ubiegłego. W przeliczeniu to kwota ponad 200 mln złotych. Wydawało się, że tak poważny zastrzyk pieniędzy momentalnie zlikwiduje kolejki w połowie województw i da przestrzeń na oczekiwane od wielu lat zmiany w zasadach refundacji.



Niestety, tak się nie stało. Kolejki nadal nie zostały zlikwidowane. Refundacja na całość zaopatrzenia wzrosła tylko o 6%, a na środki absorpcyjne, pochłaniające największą jej część – tylko o 3%. Co się więc stało z ogromną kwotą, którą przyznano na rok 2013? Na to pytanie odpowiedzieć może jedynie NFZ lub Ministerstwo Zdrowia. Jednak żadna z tych instytucji nie kwapi się z wyjaśnieniem.

Żywię pewne obawy, że „sukces" z refundacją leków tak mocno zamieszał w głowach kreatorów polityki zdrowotnej w Polsce, że będą próbowali powtórzyć go również w tym obszarze. Szkopuł w tym, że nie można porównywać sytuacji w refundacji leków do zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Tam, przez wiele lat, budżet na wydatki rósł w sposób niekontrolowany. W ortopedii i środkach pomocniczych sytuacja jest zgoła odmienna. Od 2004 roku obowiązuje system oparty na kontroli każdego pojedynczego zlecenia wypisanego przez uprawnionego do tego lekarza. Bez zgody punktu ewidencyjnego wojewódzkiego oddziału NFZ nie ma możliwości otrzymania refundacji na ani jedną pieluchę czy aparat słuchowy.

Śmieszą mnie apele, które słyszę od lat, nawołujące do bardziej restrykcyjnej polityki wobec osób zaopatrujących się w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w celu ograniczenia nadużyć. Przy tak skonstruowanym systemie kontroli oraz konieczności współpłacenia za większość produktów, nie bardzo rozumiem o jakich nadużyciach jest mowa. Co innego, gdy możemy pójść do lekarza i otrzymać receptę na lek ze 100% refundacją, a co innego, gdy trzeba przejść uciążliwą drogę w celu otrzymania częściowej refundacji na 60 pieluch miesięcznie (dwie na dobę) w limicie cenowym, który ostatni raz został zmieniony kilkanaście lat temu. Co ciekawe, ówczesna zmiana nie oznaczała wzrostu limitu. Wręcz przeciwnie, limit cenowy na pieluchomajtki został wtedy zmniejszony z 2,5 zł do 1,5 zł za sztukę, czyli aż o 40%, a refundacja zredukowana ze 100% do 70%! Przez ten okres wartość polskiej gospodarki wzrosła o kilkadziesiąt procent, podobnie jak ceny celulozy.

Gdzie zatem jest tu przestrzeń na redukcję ceny lub limitu ilościowego? Moim zdaniem nie ma. Chyba, że polski rząd chce skazać Polaków na powrót do pieluch tetrowych, co nie będzie żadną oszczędnością w dłuższej perspektywie. Po prostu zamiast 43% środków przeznaczonych w Polsce na ochronę zdrowia, jakie już wydajemy na leczenie szpitalne, będziemy wydawać jeszcze więcej, co umocni naszą pozycję na pierwszym miejscu w niechlubnym rankingu wydatków na służbę zdrowia w Europie.

Tomasz Michałek

Z wielką przyjemnością informujemy, że nasz konsultant medyczny, Piotr Dobroński w marcu bieżącego roku uzyskał tytuł doktora habilitowanego. W imieniu redakcji Kwartalnika NTM serdecznie gratulujemy uzyskania habilitacji i życzymy sukcesów w dalszej pracy naukowej.

SPIS TREŚCI

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY
Profil pacjenta - wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej 4-5

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA
Jakość życia opiekunów nieformalnych we Włoszech 6-7
Jak pomóc osobom niesamodzielnym i ich opiekunom 7-8

LECZENIE NTM
Neuromodulacja - wskazania do terapii 8-9
Kompleksowa rehabilitacja uroginekologiczna - leczenie NTM oraz objawów towarzyszących 10-12
Badanie urodynamiczne w woj. lubuskim 12

REHABILITACJA I PROFILAKTYKA
Właściwe odżywianie u osób starszych z nietrzymaniem moczu 13-14
Pilates kontra NTM - cz. IV. Ćwiczenia 14-16

REFUNDACJA
Będą zamiany w refundacji środków pomocniczych 17

GDZIE LECZYĆ NTM
Operacje z użyciem taśm w woj. zachodniopomorskim 18
Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej UM im. Piastów Śląskich we Wrocławiu 19

ORGANIZACJE
Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych 20-21
Kujawsko-Pomorski oddział „UroConti" zaprasza do wspólnej edukacji, rehabilitacji i zabawy 21-22

ORTOPEDIA I ŚRODKI POMOCNICZE
Dostęp do zaopatrzenia 22

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Katarzyna Walewska;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiela;
Komitet redakcyjny: prof. dr hab. n. med. Piotr Radziszewski - Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr hab. n. med. Piotr Dobroński - Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego w Warszawie;
Zespół redakcyjny: Magdalena Kowalewska, Magdalena Potoczek, Anna Sulka;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** Chroma Stock;
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak

Adres redakcji: ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 279 49 07, faks: (22) 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

Infolinia:
801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)
www.ntm.pl

Wydawca: Studio PR
Realizacja Wydawnicza: Omni Consumer Info Sp. z o.o.
Druk: Kunke Poligrafia

Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń oraz zastrzega sobie prawo skracania tekstów i zmiany ich tytułów. Nakład: 2000 egzemplarzy.
Zdjęcie na okładce: Photogenica Sp. z o.o.

Szanowni Państwo,

Oddając w Państwa ręce drugi tegoroczny numer Kwartalnika NTM głęboko wierzyłam, że na jego łamach będę mogła podzielić się z Państwem dobrymi wiadomościami dla osób korzystających z zaopatrzenia w środki absorpcyjne refundowane z budżetu Państwa. Niestety, pomimo, że za nami ponad połowa roku, zmian w systemie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jak nie było tak nie ma. Niepokojąc się tą sytuacją, w imieniu redakcji Kwartalnika NTM poprosiliśmy Ministerstwo Zdrowia o zajęcie stanowiska w tej sprawie. Niestety, wymijająca odpowiedź rzecznika prasowego nie rozwiała naszych wątpliwości. Dlatego przez wzgląd na to, jak ważną kwestią jest nowelizacja rozporządzenia ministerstwa zdrowia i zmiany systemowe dla osób cierpiących na nietrzymanie moczu, w bieżącym wydaniu dużo uwagi poświęcamy tej problematyce.

Czasu na nowelizację pozostało coraz mniej, a zniecierpliwienie środowiska pacjentów rośnie z każdym miesiącem. O tym co myślą o obecnej sytuacji przedstawiciele Stowarzyszenia „UroConti" i jak odnoszą się do obietnic resortu zdrowia, przeczytają Państwo w artykule Anny Sulki „Będą zmiany w refundacji środków pomocniczych". Zbliżająca się nowelizacja przepisów to również odpowiedni moment, by pochylić się nad właściwymi rozwiązaniami dla pacjentów. Epidemiologia nietrzymania moczu wskazuje bowiem, że NTM dotyka osób w różnym wieku, z różnym stopniem sprawności i samodzielności, dlatego różne i indywidualne powinno być również podejście do pacjenta z NTM. Postulują to autorzy raportu „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej", w którym zaprezentowano rozwiązania uwzględniające różne profile osób z NTM.

Poza kwestią legislacyjną nie zapominamy o profilaktyce i leczeniu. Letnie, wakacyjne dni sprzyjają wzmożonym spacerom, gimnastyce i zdrowszemu odżywianiu. O tym co warto spożywać, w jakich ilościach, i jaka jest właściwa dieta dla osób z nietrzymaniem moczu dowiedzą się Państwo z artykułu specjalisty geriatrii dr Zyty Wojszel. Po zdrowym posiłku czas na trochę ruchu. O tym, że warto ćwiczyć mięśnie Kegla po raz kolejny przekonuje nas fizjoterapeutka Magdalena Potoczek, tym razem zgłębiając tajniki rozgrzewki w pozycji stojącej i ćwiczenia w klękach.

Na zakończenie dwie różne organizacje, ale jakże podobne w efektach. Polskie Stowarzyszenie Opiekunów oraz kujawsko-pomorski oddział Stowarzyszenia „UroConti" to doskonałe przykłady, że wspólny cel jednoczy.

Życzę ciekawej lektury w letnie popołudnia.

Katarzyna Walewska

Nowe spojrzenie na refundację zaopatrzenia dla osób z NTM

Anna Sulka

Pod auspicjami Międzynarodowej Federacji na Rzecz Pacjentów z Nietrzymaniem Moczu (World Federation of Incontinent Patients) powstał raport *Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej*. Niniejsze opracowanie jest próbą odpowiedzi na wnioski zawarte w jego pierwszej edycji, opublikowanej w ubiegłym roku. Autorzy chcieli uzmysłowić czytelnikom, że aby opracować ścieżki leczenia, profilaktyki oraz zaopatrzenia dopasowane do specyficznych potrzeb osoby z nietrzymaniem moczu należy wziąć pod uwagę szereg czynników, które charakteryzują różne grupy pacjentów dotkniętych tą przykrą dolegliwością. Klasyfikacja chorych na NTM, według kluczowych kryteriów i podział ich na względnie jednorodne grupy, ma na celu ułatwienie decydentom wdrożenia zintegrowanego programu wspierającego osoby z nietrzymaniem moczu, a specjalistom i opinii publicznej umożliwienie spojrzenia na problem NTM z szerszej perspektywy.

Chorują osoby w różnym wieku, o odmiennej sytuacji społeczno-ekonomicznej czy też poziomie samodzielności. Czynniki te determinują zarówno ich potrzeby jak i możliwości. Podejście do pacjenta z NTM, zaproponowane w opracowaniu, uwzględnia takie czynniki jak: mechanizm powstawania NTM, samodzielność pacjenta, natężenie nietrzymania moczu czy skutki społeczne i ekonomiczne dla danej grupy pacjentów i budżetu państwa wynikające z zachorowania na NTM. Autorzy podkreślają, że wszystkie te czynniki powinny zostać uwzględnione podczas opracowywania nowelizacji rozporządzenia regulującego zaopatrzenie w środki absorbcyjne, a także przy tworzeniu programów terapeutycznych oraz profilaktyki. Nie da się bowiem rozważać takich kwestii jak optymalna ilość refundowanych środków wchłaniających, rodzaj refundowanych produktów, kryterium chorobowe uprawniające do ich nabycia, lista specjalistów uprawnionych do wypisywania zlecenia na zaopatrzenie tego typu czy zakres refundacji poszczególnych form leczenia, nie zastanawiając się wcześniej kim właściwie są pacjenci z NTM. Czy są osobami starszymi, a może w wieku średnim? Schorowanymi bądź nie cierpiącymi na żadne dolegliwości współistniejące? Czy są aktywni zawodowo, samodzielni? Każda z tych cech determinuje odmienne potrzeby i oczekiwania zarówno jeśli chodzi o leczenie, jak i utrzymanie higieny osobistej.

Autorzy sugerują, że obecnie obowiązujące regulacje prawne dotyczące diagnostyki, leczenia oraz zaopatrzenia higienicznego chorych na nietrzymanie moczu ograniczają pacjentom możliwość szybkiego wyleczenia oraz zachowania odpowiedniej higieny, wykluczając część chorych z grona beneficjentów publicznych pieniędzy. Osobom z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, pęcherzem neurogennym czy zespołem pęcherza nadreaktywnego w ogóle nie przysługuje dofinansowanie środków wchłaniających, w przeciwieństwie do osób chorych np. na nowotwór. Obowiązujący system całkowicie pomija również fakt, że duża grupa pacjentów mogłaby uzyskać częściowe lub całkowite wyleczenie stosując zachowawcze metody leczenia NTM (gimnastyka mięśni Kegla) - ta forma leczenia w ogóle nie jest refundowana.

Wnioski i rekomendacje zaprezentowane w raporcie *Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej* przybliżymy Państwu w kolejnych odsłonach niniejszego cyklu.

W tabeli obok prezentujemy główne założenia, którymi kierowali się autorzy raportu przy opracowaniu profilu pacjenta cierpiącego na nietrzymanie moczu.

TABELA I: PROFILE OSÓB CIERPIĄCYCH NA NIETRZYMANIE MOCZU

RODZAJ NTM / PRZYCZYNA NTM	CHOROBY / DOLEGLIWOŚCI WSPÓŁISTNIEJĄCE	NATĘŻENIE NTM / DEDYKOWANE PRODUKTY CHŁONNE	REFUNDACJA ŚRODKÓW ABSORPCYJNYCH	STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI	CECHY ŚRODKÓW POMOCNICZYCH ZGODNE ZE STANDARDEM ISO 15261
PRZEJŚCIOWE NTM	Brak (najczęściej związane z urodzeniem dziecka bądź przebytym małoinwazyjnym zabiegiem chirurgicznym), infekcje dróg moczowych	Lekkie Do 20g gubionego moczu / podpaski	Brak refundacji	Pełny, niezależny (nie wymaga opiekuna), samodzielny, brak ryzyka odleżyn, zdolny do pracy, aktywny zawodowo	Wydajność chłonna, redukcja przykrego zapachu, produkt do samoobsługi, nieograniczona możliwość ponownego mocowania, kształt anatomiczny, różne poziomy absorpcji, instrukcja dla użytkownika, dostępny w różnych rozmiarach, oddychający materiał, wkład absorpcyjny (celuloza + absorbent), barierki chroniące przed przeciekaniem, wyrób medyczny powinien spełniać wymagania Unii Europejskiej (CE), w przypadku użytkowników niesamodzielnych produkt powinien uwzględniać potrzeby opiekuna
WYSIŁKOWE NIETRZYMANIE MOCZU	Brak	Lekkie Do 20g gubionego moczu / podpaski	Brak refundacji	Niezależny (nie wymaga opiekuna), samodzielny, brak ryzyka odleżyn, zdolny do pracy, powrót do aktywności zawodowej	
		Średnie 20g-150g gubionego moczu / wkłady anatomiczne (urologiczne) / pieluchy anatomiczne	Refundacja 3 szt. / dobę		
		Ciężkie > 150g gubionego moczu / pieluchy anatomiczne / pieluchomajtki	Refundacja 4 szt. / dobę		
PĘCHERZ NEUROGENNY	Uszkodzenia rdzenia kręgowego / choroby rdzenia kręgowego i ośrodkowego układu nerwowego / cukrzyca / urazy jatrogenne / otępienie / zanik wieloukładowy / choroba Parkinsona / choroba Alzheimera / stwardnienie rozsiane	Lekkie Do 20g gubionego moczu / podpaski	Brak refundacji	Niezależny bądź częściowy zależny (często wymaga opiekuna) bądź całkowicie zależny, ryzyko odleżyn, kłopoty z pamięcią, częściowo aktywny bądź nieaktywny zawodowo	
		Średnie 20g-150g gubionego moczu / wkłady anatomiczne (urologiczne) / pieluchy anatomiczne	Refundacja 3 szt. / dobę		
		Ciężkie > 150g gubionego moczu / pieluchy anatomiczne / pieluchomajtki	Refundacja 4 szt. / dobę		
NTM Z PARĆ NAGLĄCYCH / ZESPÓŁ PĘCHERZA NADREAKTYWNEGO	Brak	Lekkie Do 20g gubionego moczu / podpaski	Brak refundacji	Niezależny (nie wymaga opiekuna), samodzielny, brak ryzyka odleżyn, zdolny do pracy, powrót do aktywności zawodowej	
		Średnie 20g-150g gubionego moczu / wkłady anatomiczne (urologiczne) / pieluchy anatomiczne	Refundacja 3 szt. / dobę		
		Ciężkie > 150g gubionego moczu / pieluchy anatomiczne / pieluchomajtki	Refundacja 4 szt. / dobę		
NTM ZWIĄZANE Z WIEKIEM	Ograniczenie funkcji motorycznych, osłabienie mięśni, zaburzenia ukrwienia narządów miednicy, choroby wieku starczego, przyjmowane leki, otępienie	Średnie 20g-150g gubionego moczu / wkłady anatomiczne (urologiczne) / pieluchy anatomiczne	Refundacja 3 szt. / dobę	Zależny (wymaga opiekuna), kłopoty z pamięcią, zburzenia świadomości, niesamodzielny (problemy z dojściem do toalety), ryzyko odleżyn, nieaktywny zawodowo, często pensjonariusz domu opieki	
		Ciężkie > 150g gubionego moczu / pieluchy anatomiczne / pieluchomajtki	Refundacja 4 szt. / dobę		

Źródło: Raport „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej"

W roli opiekuna cz. II

Jakość życia opiekunów nieformalnych we Włoszech

(na podstawie raportu Eurocarers o jakości życia opiekunów i ich podopiecznych)

Katarzyna Walewska

W poprzednim numerze Kwartalnika NTM prezentowaliśmy Państwu artykuł poświęcony raportowi opracowanemu przez organizację Eurocarers o jakości życia opiekunów i ich podopiecznych. Wówczas uwagę skupiliśmy na zaprezentowaniu ogólnych wyników badań, cytując kluczowe wypowiedzi obrazujące jakość życia opiekunów osób niesamodzielnych. Artykułem w bieżącym wydaniu rozpoczniemy prezentację wyników badań w poszczególnych krajach, które brały w nich udział: Włochy, Słowacja, Szwecja, Holandia.

Włochy

Na początek krótka charakterystyka przeciętnego opiekuna rodzinnego we Włoszech. Jak wynika z przeprowadzonego badania, przez wzgląd na charakter opieki nad osobą niesamodzielną i wiążącą się z nią pomoc w codziennych czynnościach fizjologicznych, ściśle związanych z intymnością chorego, rolę opiekunów nieformalnych przekazuje się we Włoszech najczęściej płci żeńskiej (100% badanych opiekunów to kobiety, w tym 92% stanowią córki, natomiast 8% żony osób niesamodzielnych). Wśród nich 77% to kobiety w wieku poniżej 65 lat. Niezwykle ciekawym wnioskiem wynikającym z raportu jest status zawodowy opiekunek. Warto zwrócić uwagę, że aż 31% z nich stanowią kobiety pracujące w pełnym wymiarze czasowym, 23% przebywa na emeryturze, a 15% pełni rolę gospodyń domowych. Z raportu wynika również, że aż 92% opiekunek zamieszkuje na co dzień z osobą niesamodzielną.

Osoby niesamodzielne objęte badaniem stanowią w przeważającej mierze również kobiety - aż 77%, mężczyźni 23%, głównie w wieku powyżej 75 roku życia (83% badanych). U 62% niesamodzielnych obserwowano ciężkie kłopoty z pamięcią i zaburzeniem funkcji poznawczych, które w efekcie wymuszają na opiekunach sprawowanie ciągłej opieki nad nimi.

Zdając sobie sprawę z trudu jaki niesie za sobą opieka nad niesamodzielnym członkiem rodziny, autorzy badania skierowali do opiekunów pytanie odnośnie motywów, które zdeterminowały ich do podjęcia decyzji, by stać się opiekunem nieformalnym. Cztery główne powody, dla których badani zdecydowali się podjąć opiekę to: poczucie obowiązku, zależność międzypokoleniowa, poczucie wzajemności oraz miłość. Niestety, nie wszyscy opiekunowie kierowali się miłością i wzajemnością, czasem na ich decyzję wpłynęło poczucie obowiązku wobec starszych członków rodziny, jak również brak alternatyw w powierzeniu opieki innym członkom rodziny czy profesjonalnym opiekunom. *Głównym powodem, dla którego jestem opiekunem mojej matki jest to, że mieszka ze mną. Jestem jedynakiem. Moja matka była bardzo młoda, kiedy mój ojciec zmarł. Miałam 18. Mama zawsze mieszkała ze mną, ponieważ nie była w stanie utrzymać się samodzielnie. W sytuacji, gdy moja mama zaczęła wymagać specjalistycznej opieki, mój mąż i ja zdecydowaliśmy, że zajmiemy się nią, tak jak ona zajmowała się mną, kiedy była młodsza* - mówi jedna z opiekunek.

Jak wynika z raportu, wśród włoskich opiekunów ponad połowa badanych sprawuje opiekę nad bliskim już od ponad 3 lat, a niektórzy z opiekunów nawet blisko 10 lat. W swojej codziennej pracy są odpowiedzialni za szereg podstawowych czynności tj.: karmienie, ubieranie, mycie,

sprzątanie, zmianę bielizny oraz środków absorpcyjnych. Ponadto muszą się borykać z szeregiem innych czynności tj.: pozyskiwaniem zasiłków opiekuńczych, otrzymaniem refundacji na środki wchłaniające dla podopiecznych oraz zapewnieniem profesjonalnego wsparcia psychologicznego. Cały szereg czynności sprawia, że opieka nad niesamodzielnym wiąże się z ogromnym zaangażowaniem i poświęceniem. Największe trudności jakie napotykają w opiece nad bliskimi włoscy opiekunowie to zmęczenie fizyczne, demencja podopiecznych, trudności związane z higieną osób cierpiących na nietrzymanie moczu, niska jakość niektórych artykułów higienicznych oraz ich wysoki koszt. Jak wynika z raportu, nietrzymanie moczu u podopiecznych ma ogromny wpływ na sytuację finansową włoskich opiekunów. Większość z nich deklarowała, że zakup artykułów higienicznych dla niesamodzielnych członków rodziny znacząco przewyższa koszty ich refundacji (obecna refundacja środków absorpcyjnych we Włoszech to 120 sztuk pieluchomajtek/pieluch anatomicznych lub 150 sztuk podkładów), natomiast średni koszt paczki środków wchłaniających to ok. 28-30 euro.
Autorzy badania pytając o jakość życia i relacje społeczne wskazują również, że głównym ograniczeniem dla opiekunów jest brak swobody i wolności. Większość z opiekunów skarży się, że jest zmuszona zaplanować cały swój dzień pod kątem opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny. Wielu z nich unika spotkań ze znajomymi, nie zaprasza gości, gdyż wstydzi się nieprzyjemnych zapachów jakie towarzyszą osobie cierpiącej na nietrzymanie moczu. Takie zachowania często doprowadzają do izolacji społecznej, co w konsekwencji wpływa na złe samopoczucie opiekunów oraz warunki sprawowania właściwej opieki nad niesamodzielnym członkiem rodziny. Opiekun jest przemęczony, rozdrażniony i brak mu cierpliwości do wykonywania codziennych czynności przy podopiecznym. *Chcę zjeść kolację z przyjaciółmi, ale niestety nie mogę się ruszyć się z domu. Choćbym chciała, to nie mogę zlecić zmiany mamie środków absorpcyjnych mojemu mężowi ani synowi, to czynność bardzo intymna, więc muszę wykonać ją sama. Ogromnie wypływa to na moje życie towarzyskie. Troska o moją mamę nie pozwala mi mieć wolnego czasu dla siebie* - cytują wypowiedź jednej z opiekunek autorzy badania.
Przedstawione powyżej doświadczenia opiekunów pokazują jak ciężka i pełna wyrzeczeń jest codzienna praca opiekuna. O tym jak sytuacja opiekunów wygląda w pozostałych krajach, czym różnią się standardy opieki oraz jakie są jej charakterystyczne aspekty, będziemy prezentować Państwu w kolejnych numerach Kwartalnika NTM.

Jak pomóc osobom niesamodzielnym i ich opiekunom?

Konferencja Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej

Anna Sulka

W dniu 14 maja br. w gmachu Sejmu RP Komisja Rodziny i Polityki Społecznej Senatu RP zorganizowała konferencję nt. pomocy osobom niesamodzielnym. Podczas spotkania zaprezentowano projekt ustawy, będący owocem 5-letnich prac grupy parlamentarzystów i ekspertów pod przewodnictwem senatora Mieczysława Augustyna.
Z uwagi na polską rzeczywistość demograficzną, temat ten wymaga szerokiej debaty i szczegółowego opracowania. W oparciu o roczniki statystyczne, szacuje się, że w Polsce mamy 1 200 000 osób dorosłych, niezdolnych do samodzielnej egzystencji, zależnych od stałej opieki, polegającej na pomocy w zaspakajaniu podstawowych potrzeb życiowych (higiena ciała, odżywianie, wydalanie, mobilność, komunikowanie się, prowadzenie gospodarstwa domowego). Ponad 900 000 osób z tej grupy korzysta albo z opieki świadczonej przez firmy prywatne nigdzie nie rejestrowanej, bądź z opieki nieformalnej świadczonej przez osoby bliskie, najczęściej członków rodziny. Dzieje się tak, ponieważ dostępność publicznego wsparcia jest znacząco ograniczona, potrzebujący nie są otaczani odpowiednią opieką instytucjonalną, a ceny komercyjnych usług opiekuńczych są bardzo wysokie - niemożliwe do udźwignięcia przez przeciętną rodzinę. Taka sytuacja sprzyja rozwijaniu się szarej strefy. Bliscy, którzy nie mogą podołać opiece

Fot. Katarzyna Walewska

nad niesamodzielnym członkiem rodziny, a nie stać ich na zatrudnienie profesjonalnego, odpowiednio wykwalifikowanego opiekuna, często zatrudniają do pomocy całkowicie przypadkową osobę, nie rejestrując tego faktu. Dlatego nowe regulacje mają nie tylko podnieść jakość opieki, zagwarantować wsparcie instytucjonalne osobom niesamodzielnym oraz ich rodzinom, ale także być bodźcem dla rozwoju rynku usług opiekuńczych dającego legalne, stabilne zatrudnienie. Szacuje się, iż wprowadzenie proponowanej rewolucji może stworzyć w Polsce 200 tys. nowych miejsc pracy. Zasady, którymi kierowali się autorzy projektu (autonomia i podmiotowość osób niesamodzielnych, współdziałanie i uzupełnianie się systemów i podmiotów, centralna rola rodziny w procesie opieki, równy dostęp do świadczeń, równa konkurencja i traktowanie świadczeniodawców) mają sprzyjać utrzymaniu harmonii między potrzebami osób niesamodzielnych i ich opiekunów a możliwościami systemu opieki długoterminowej.

Prezentowany projekt ustawy zakłada wprowadzenie tzw. czeku opiekuńczego refundowanego przez państwo. Bonem będzie dysponowała osoba niesamodzielna lub jej bezpośredni opiekun. W ten sposób pieniądze zostaną wydawane w optymalny sposób, na najbardziej potrzebne i z góry określone świadczenia. Wartość czeku zależy od stopnia niesamodzielności danej osoby. Przy pierwszym, najcięższym stopniu, wysokość bonu ma wynosić 1 tys. zł miesięcznie. Przy drugim - 850 zł, natomiast przy najlżejszym - 650 zł. W przypadku, gdy opiekę nad osobą niesamodzielną zdecyduje się sprawować krewny, będzie mu przysługiwać refundacja określonych kosztów oraz możliwość skorzystania z rocznego bezpłatnego urlopu. W tym czasie jego składki na ubezpieczenie emerytalne zostaną opłacone z budżetu państwa.

Według przedstawionego planu, ustawa ma być wprowadzona w III etapach. W latach 2014-16 objęłaby osoby o I stopniu niesamodzielności, w latach 2017-18 osoby z II stopniem niesamodzielności, zaś od 2019 r. również osoby z orzeczeniem o III stopniu niesamodzielności.

Obecnie projekt ustawy analizowany jest w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwie Zdrowia i w biurze legislacyjnym Senatu.

Stanowisko resortu Pracy i Polityki Społecznej wobec projektu ustawy o pomocy niesamodzielnym zaprezentował podczas konferencji sam minister Władysław Kosiniak-Kamysz, zdaniem którego obecne wyzwania demograficzne determinują przeprowadzenie niezbędnych i szerokich zmian na rzecz pomocy osobom niesamodzielnym. Podkreślił również, że prezentowany podczas konferencji projekt ustawy został poddany ocenie zarówno ministerstwu pracy, jak i resortowi zdrowia. Zdaniem Ministra dyskusja nad projektem jest konkretną rozmową na temat rozwiązań, które miałyby wprowadzić zmiany w obowiązującym systemie opieki. Minister zadeklarował również szerokie wsparcie dla wypracowania najlepszych rozwiązań niosących za sobą zmiany w opiece długoterminowej oraz pomocy osobom niesamodzielnym.

NEUROMODULACJA - wskazania do terapii

dr n. med. Mariusz Blewniewski
Oddział Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej
II Klinika Urologii UM w Łodzi

Pierwsze zabiegi neuromodulacji, wykonane w latach 80-tych przez Tanagho i Schmidta, potwierdziły skuteczność tej metody w leczeniu nadreaktywności pęcherza oraz nietrzymaniu kału. Do tej pory wykonano 150 tysięcy takich zabiegów na całym świecie. Procedura ta polega na stymulacji prądem elektrycznym aktywności w obrębie jednego szlaku nerwowego, co prowadzi do modyfikacji istniejących dróg przewodzenia i odruchów. Neuromodulacja wpływa m. in. na odruch miedniczno-współczulny, miedniczno-somatyczny, miedniczno-miedniczy. Stymulacja nerwów krzyżowych na poziomie S3 indukuje czynność wypieracza oraz zwieracza cewki moczowej przez co odgrywa aferentną rolę w pęcherzu nadaktywnym (OAB) i zatrzymaniu moczu. Wytyczne EAU zalecają stosowanie neurostymulacji jako specjalistycznego leczenia po niepowodzeniu leczenia pierwszego rzutu u kobiet z nadaktywnością pęcherza moczowego, śródmiąższowym zapaleniem pęcherza, utrudnionym wydalaniem moczu bez przeszkody podpęcherzowej oraz niedostateczną aktywnością wypieracza.

Na diagnostykę i kwalifikację do zabiegu neuromodulacji składa się wywiad lekarski, badanie przedmiotowe, dziennik mikcji oraz badanie urodynamiczne. Dodatkowo ocena funkcji dna miednicy mniejszej, badanie moczu z posiewem, ultrasonografia, cystoskopia, badanie neurologiczne i badania obrazowe.

Wywiad lekarski pozwala poznać czynniki etiologiczne, wykluczyć czynniki neurologiczne, cukrzycę oraz schorzenia dolnych dróg moczowych (kamica pęcherza moczowego, rak pęcherza moczowego). Należy również brać pod uwagę wiek chorego, okres trwania choroby, funkcję jelit i sprawność seksualną.

Dziennik mikcji natomiast daje informacje czy parciu towarzyszy gubienie moczu, wyciek moczu występuje przy

kaszlu, kichaniu, wysiłku fizycznym.
Badanie urodynamiczne również jest ważnym elementem rozpoznania. Pozwala na wykrycie innych przyczyn dolegliwości. Nie ma potrzeby wykonywania badania urodynamicznego po implantacji.
Dodatkowa ocena stanu chorego powinna zawierać ocenę neurologiczną, uszkodzenia peryferyjne, uszkodzenia metaboliczne oraz centralnego układu nerwowego. W ocenie uszkodzeń obwodowych należy zwrócić uwagę na przeszłość operacyjną w obrębie miednicy mniejszej, porody drogą pochwową, wypadnięcie dysku międzykręgowego. W przypadku zmian metabolicznych zwracamy uwagę na niedobór witamin, cukrzycę oraz polineuropatię poalkoholową. Schorzenia w centralnym układzie nerwowym to stwardnienie rozsiane i choroba Parkinsona. Dodatkowa ocena stanu zdrowia opiera się na badaniach obrazowych (MRI, PET).
Wskazaniami do neuromodulacji są nadaktywność wypieracza, nietrzymanie moczu z parcia, nietrzymanie o typie mieszanym, zespół bolesnej miednicy, zaleganie moczu bez przeszkody podpęcherzowej oraz nietrzymanie moczu u mężczyzn. Stosowana jest także u chorych z nietrzymaniem stolca i zaparciami.

1. Nadreaktywność wypieracza

Kwalifikacja do zabiegu neuromodulacji następuje w przypadku niepowodzenia leczenia początkowego, jak biofeedback, farmakoterapia lub zewnętrzna elektrostymulacja, po wykluczeniu innych przyczyn występowania parć naglących jak zapalenie pęcherza, kamica pęcherza moczowego. Przed kwalifikacją należy wykonać badanie urodynamiczne potwierdzające rozpoznanie.

2. Nietrzymanie moczu o typie mieszanym u kobiet

Kwalifikacja jak w przypadku nadreaktywności pęcherza po wykluczeniu patologii dolnych dróg moczowych, wypadania narządów miednicy mniejszej. Należy rozważyć wykonanie uretrocystoskopii i badania urodynamicznego. Leczenie rozpoczynamy od najbardziej uciążliwych objawów chorobowych.

3. Zaleganie moczu po mikcji lub zatrzymanie moczu bez przeszkody podpęcherzowej

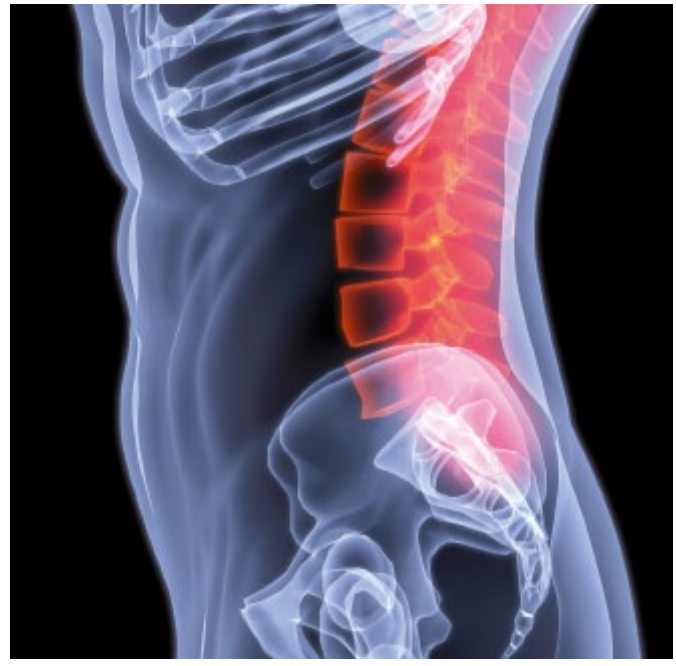
Kwalifikacja chorych, którzy nie tolerują samocewnikowania lub założonego cewnika do pęcherza na stałe. Przyczynami są niewydolność wypieracza pęcherza moczowego, niemożność relaksacji zwieracza lub mięśni dna miednicy mniejszej. Kwalifikacja powinna zawierać badanie urodynamiczne.

4. Nietrzymanie moczu u mężczyzn

Nietrzymanie moczu z parcia z powodu nadreaktywności wypieracza pęcherza moczowego. Należy wykonać badanie urodynamiczne, badania obrazowe ewentualnie uretrocystoskopię.

5. Nietrzymanie kału

Po przeprowadzonym wywiadzie i potwierdzeniu schorzenia należy wykonać badania czynnościowe i obrazowe jelita grubego. Po potwierdzeniu diagnozy niewydolności zwieracza stosuje się leczenie zachowawcze (dieta, nawyki dotyczące wypróżnienia, farmakoterapia), a przy braku powodzenia jedną z metod leczenia jest neuromodulacja poprzedzona testem neuromodulacji. Zabieg można zastosować także w neurogennym nietrzymaniu kału (nadkrzyżowe zmiany rdzenia kręgowego, zaburzenia nadmostowe).



Przeciwskazaniami do tego typu zabiegu są m.in. wysiłkowe nietrzymanie moczu, chorzy poniżej 16 roku życia, ciężkie anomalie anatomiczne, urazy rdzenia kręgowego, postępujące choroby neurologiczne oraz ciąża.
Skuteczność procedury na podstawie 150 tysięcy wszczepionych stymulatorów wynosi 75% w przypadkach nietrzymania moczu z parcia, 77% w przypadkach zalegania moczu, 66% w zespole bolesnej miednicy.

Piśmiennictwo u autora

Od redakcji:

Neuromodulacja korzeni krzyżowych jako metoda leczenia nietrzymania moczu stosowana jest w Europie od początku lat 90-tych. Na całym świecie z implantacji systemu InterStim skorzystało już 85 tys. pacjentów. Niestety obecnie w Polsce nie przeprowadza się tego typu zabiegów. Pacjenci chcący skorzystać z tej metody leczenia zmuszeni są wyjeżdżać na terapie poza granice kraju.
Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti" w styczniu 2011 roku za pośrednictwem konsultanta krajowego w dziedzinie urologii złożyło oficjalny wniosek do Ministerstwa Zdrowia o refundację neuromodulacji krzyżowej w Polsce. Wniosek trafił do Agencji Ocen Technologii Medycznych, gdzie do dziś oczekuje na rekomendację.

Kompleksowa rehabilitacja uroginekologiczna - leczenie NTM oraz objawów towarzyszących

mgr fizjoterapii Piotr Basista
H&B Clinic - klinika rehabilitacji NTM, Warszawa

Wstęp

Pacjentki cierpiące z powodu nietrzymania moczu poza samą dolegliwością odczuwają również szereg innych objawów towarzyszących. Są to objawy równie wstydliwe, potęgujące zamknięcie się pacjentek i ich izolację od otoczenia. To z kolei sprawia, że objawy te są lekceważone przez chorych, pacjentki nie zgłaszają z nimi do specjalistów, zwykle nie są one kojarzone z istniejącym problemem nietrzymania moczu. Dlatego bardzo ważnym jest, aby w wywiadzie z pacjentką uwzględnić pytania, które pozwolą wykryć ewentualne objawy towarzyszące występowaniu nietrzymania moczu.

Anatomia i funkcje dna miednicy

Dno miednicy zamyka tułów od dołu. Pełni ono szereg funkcji związanych z narządami miednicy, na które wpływa. Dno miednicy powiązane jest bezpośrednio z pęcherzem, cewką moczową, pochwą, macicą oraz odbytnicą. Warunkuje ono w znacznej części prawidłowe działanie tych narządów oraz podpiera je, zapewniając prawidłowe anatomiczne ustawienie.

Dno miednicy pełni więc funkcje podporowe oraz zamykająco-otwierające - otwierając lub zamykając cewkę moczową, ujście pochwy oraz odbytnicę. Odpowiada przez to za: trzymanie moczu, stolca oraz prawidłowe funkcje seksualne.

Prawidłowe funkcjonowanie dna miednicy jest warunkowane poprzez sprawne działanie mięśni dna miednicy, prawidłowe połączenie dna miednicy z układem nerwowym oraz nieuszkodzone systemy biernego podtrzymywania narządów dna miednicy, czyli powięzi oraz więzadła, na których „zamocowane" są narządy dna miednicy (pęcherz, pochwa i macica oraz odbytnica).

Jeśli jeden z wyżej wymienionych elementów nie działa prawidłowo mogą pojawić się objawy niewydolności dna miednicy. Anatomia sprawia więc, że dno miednicy jako jeden element odpowiada za wiele funkcji, których prawidłowe działanie w wyniku uszkodzenia może być jednocześnie zaburzone.

Przyczyny dysfunkcji dna miednicy

Najczęściej za zaburzenia funkcjonowania dna miednicy odpowiedzialne są urazy dna miednicy powstające w wyniku porodu, operacji lub kilku nakładających się na siebie mikrourazów na skutek działania czynników ryzyka, którymi są:

- przewlekły kaszel,
- zaparcia,
- nieprawidłowa postawa ciała (garbienie się),
- mikcja i/lub defekacja poprzez silne parcie bez rozluźniania dna miednicy (np.: pod presją czasu),
- otyłość,
- ciężka praca fizyczna,
- bezruch.

Urazy mogą dotyczyć samych mięśni lub/i ich unerwienia, które jest odpowiedzialne za prawidłowe funkcjonowanie mięśni.

Nie tylko nietrzymanie moczu

Najpopularniejszym objawem zaburzeń funkcjonowania

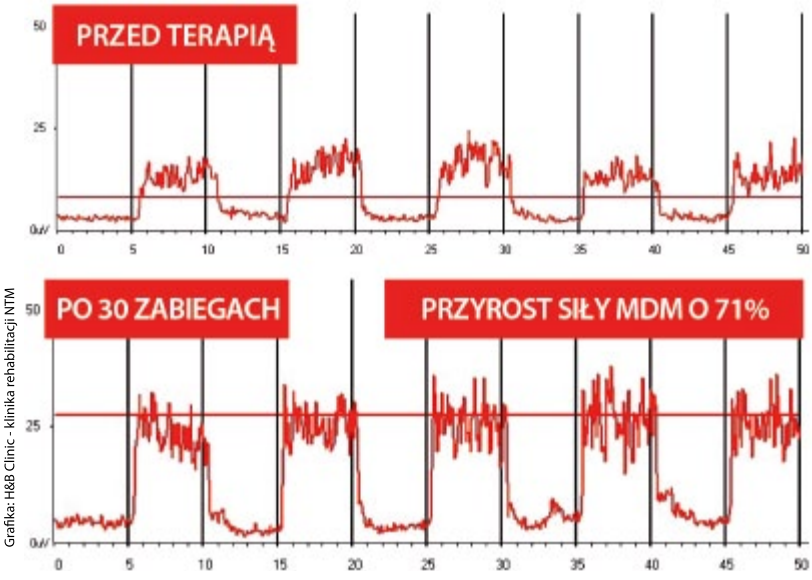
dna miednicy jest nietrzymanie moczu. Ma ono kilka rodzajów, może pojawiać się w postaci parć naglących, wysiłkowego nietrzymania lub w postaci mieszanej. Jednakże nie jest to zwykle jedyny objaw zaburzeń dna miednicy, którego funkcjonowanie wpływa jednocześnie na pozostałe elementy położone bardzo blisko siebie tj. pochwa i macica, odbytnica. Zaburzenia funkcjonowania dna miednicy, mogą więc wpływać na dysfunkcje pozostałych narządów. Poniżej prezentuję objawy wynikające z dysfunkcji dna miednicy w stosunku do pozostałych narządów, znajdujących się w jej obrębie.

Zaburzenia statyki narządów

Wynikają z utraty funkcji podporowej dna miednicy, jak również z uszkodzeń elementów więzadłowych, na których są zawieszone: pęcherz, pochwa, macica, odbytnica. Prawidłowo funkcjonujące mięśnie dna miednicy powodują, że połączenia więzadłowe są w minimalnym stopniu napięte, gdyż większość ciężaru spoczywa na mięśniach, jeśli mięśnie zawodzą z jakiegoś powodu dochodzi do powolnego rozciągania się więzadeł i obniżania narządów dna miednicy, które mogą powodować, wypadanie pochwy i macicy, wpuklanie się pęcherza do pochwy, jelita grubego do pochwy, czy zaburzanie transportu moczu i stolca.

Pacjent będzie odczuwał następujące objawy:

- uczucie ciała obcego w pochwie (kulki w pochwie),
- tarcie w pochwie,
- uczucie wysuwania/obniżania się pochwy,
- wpuklanie się pęcherza/jelita do pochwy,
- trudności w oddaniu moczu/stolca (konieczność manualnego odprowadzenia wypadniętych narządów na swoje miejsce).



Grafika: H&B Clinic - klinika rehabilitacji NTM

Zaburzenia funkcji jelit

Niewydolne dno miednicy powoduje zaburzenie funkcji zwieraczowych, jak również zmianę kąta odbytnicy na bardziej ostry, co utrudnia transport stolca, powodując tym samym jego zalegania.

Pacjentka może zgłaszać następujące objawy:

- oddawanie stolca wielokrotnie w ciągu dnia,
- oddawanie stolca rzadziej niż raz na 2-3 dni,
- luźną konsystencję stolca lub bardzo twardą,
- konieczność silnego parcia,
- zaparcia,
- trudności z kontrolowaniem odchodzenia gazów,
- uczucie niepełnego opróżnienia jelita,
- gubienie luźnego stolca,
- gubienie twardego stolca.

Zaburzenia funkcji seksualnych

Unerwienie dna miednicy ma istotny wpływ na jakość życia seksualnego. Uszkodzone unerwienie będzie powodowało przeszkodę w przesyłaniu impulsów nerwowych warunkujących prawidłowe czucie i nawilżenie w obrębie narządów płciowych. Również mechanizm orgazmu będzie zaburzony, gdyż impulsy nerwowe, konieczne do tego procesu nie będą w stanie swobodnie przebiegać do i z rdzenia kręgowego, jak również do mózgu, gdzie odczucia te są interpretowane jako przyjemność.

W związku z tym pacjentki mogą odczuwać następujące objawy:

- suchość w pochwie,
- brak odczuwania w pochwie podczas stosunków,
- uczucie zbyt luźnej lub zbyt szerokiej pochwy,
- uczucie nadmiernego napięcia w pochwie / zbyt wąskiej pochwy,
- ból podczas stosunku, popuszczanie moczu podczas stosunku,
- zaburzenia czucia w obrębie zewnętrznych narządów płciowych,
- zaburzenia orgazmu.

Kompleksowe leczenie dysfunkcji dna miednicy

Dysfunkcje dna miednicy leczy się za pomocą rehabilitacji. Kompleksowe usprawnianie dna miednicy powinno obejmować bardzo dokładny wywiad pozwalający ustalić najbardziej możliwe przyczyny dysfunkcji oraz jak najlepiej udokumentować stan początkowy pacjentki. Następnie na podstawie zebranych danych fizjoterapeuta dobiera odpowiedni zestaw zabiegów, na który mogą się składać: elektrostymulacje mięśni dna miednicy, ćwiczenia biofeed-

back z wizualizacją pracy mięśni na ekranie, elektrostymulacje uszkodzonego unerwienia, masaże z terapią manualną kręgosłupa, leczenie ciepłem, instruktarze domowych ćwiczeń, eliminacja czynników ryzyka. Zabiegi standardowo odbywają się 3 razy w tygodniu w gabinecie oraz codziennie samodzielnie w domu pacjentki.
Każdy przypadek jest inny i wymaga indywidualnego podejścia. Przeprowadzane zabiegi mogą przynosić szybką poprawę w przeciągu tygodni, jak również w przypadkach kiedy uszkodzenia są poważniejsze - po kliku miesiącach, a nawet latach. W związku z powyższym bardzo ważne jest monitorowanie postępów rehabilitacji, poprzez badania kontrolne pozwalające unaocznić pacjentkom postępy rehabilitacji, zwłaszcza jeśli początkowo są one nie odczuwalne. Ważne jest, aby nie utracić motywacji pacjentki, która jest bardzo istotnym elementem rehabilitacji, gdyż wpływa na jakość samodzielnie wykonywanych ćwiczeń oraz systematyczność rehabilitacji, zarówno tej samodzielnej wykonywanej w domu, jak również tej w gabinecie.

Szanse na wyleczenie

W związku z tym, iż jest to terapia w większości przypadków długotrwała, bardzo ważna jest systematyczność i motywacja, które zwiększają szanse na wyleczenie. Część przypadków ze względu na duże uszkodzenia, oprócz rehabilitacji, będzie również wymagała zabiegu operacyjnego. Jednakże zarówno przed zabiegiem, jak i po zabiegu operacyjnym, powinna być wykonywana rehabilitacja, ponieważ pozwala ona naturalnie odbudowywać uszkodzone struktury oraz przywracać utracone funkcje.

Podsumowanie

Aby kompleksowo leczyć pacjentki z nietrzymaniem moczu należy w wywiadzie, badaniu oraz terapii wziąć pod uwagę również inne objawy jakie nietrzymaniu moczu mogą towarzyszyć i które wynikają z dysfunkcji dna miednicy. Mając na uwadze objawy dodatkowe możemy prowadzić leczenie w pełnym zakresie, jednocześnie skuteczniej wpływając na problem nietrzymania moczu. Dzięki kompleksowemu podejściu możemy maksymalnie poprawić komfort życia pacjentki i wyleczyć zarówno nietrzymanie moczu, jak i inne objawy, których pacjentka może nie łączyć z dysfunkcjami dna miednicy. Sama świadomość pacjentki, o tym że równolegle zajmujemy się jej innymi dolegliwościami, sprawi że będzie pozytywniej nastawiona do terapii oraz życia, ponieważ pojawi się nadzieja na zażegnanie wszystkich intymnych problemów. Takie nastawienie z pewnością przełoży się na lepsze efekty terapeutyczne.

Badanie urodynamiczne w woj. lubuskim

W najnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowni urodynamicznych z województwa lubuskiego. Według zebranych danych (stan na 05.2013) w Lubuskiem badanie urodynamiczne wykonuje obecnie 8 placówek. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie, liczba pracowni urodynamicznych wzrosła o dwie.
W większości z placówek badanie można wykonać na bieżąco. Badanie jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dla osób nieubezpieczonych koszt badania to wydatek ok. 600 zł.
Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl.
Ewentualne uwagi i sugestie prosimy zgłaszać na adres: ntm@ntm.pl.

Drezdenko

1. Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o., Szpital Powiatowy w Drezdenku; 66-530 Drezdenko, ul. Piłsudskiego 8

Gorzów Wielkopolski

1. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wielkopolskim; 66-400 Gorzów Wielkopolski, ul. Dekerta 1

Sulęcin

1. Szpital Powiatowy im. dr H. Jordana; 69-200 Sulęcin, ul. W. Witosa 4

Zielona Góra

1. NSZOZ „UROLOG"; 65-001 Zielona Góra, ul. A. Krzywoń 2
2. URO-MEDIC Centrum Urologii Laserowej; 65-534 Zielona Góra, ul. A. Krzywoń 4d
3. ALDEMED Centrum Medyczne; 65-048 Zielona Góra, ul. Niepodległości 1
4. Szpital Wojewódzki SP ZOZ im. Karola Marcinkowskiego; 65-046 Zielona Góra, ul. Zyty 26 (tylko dzieci)
5. Agia Medica NZOZ Specjalistyczna Przychodnia Lekarska; 65-001 Zielona Góra, ul. Wyszyńskiego 99

Źródło: opracowanie własne na podstawie informacji uzyskanych w placówkach oraz danych zamieszczonych na ich stronach internetowych

Właściwe odżywianie u osób starszych z nietrzymaniem moczu

dr hab. n. med. Zyta Beata Wojszel
Klinika Geriatrii UMB

Prawidłowe żywienie to dostarczanie organizmowi odpowiedniej ilości niezbędnych mu do funkcjonowania składników, w optymalnej ilości, która zapobiega z jednej strony otyłości, z drugiej niedożywieniu i stanom niedoborowym. Odżywianie ma również istotne znaczenie w profilaktyce i terapii szeregu schorzeń, w tym nietrzymania moczu (NTM). Wiąże się to wówczas z zaleceniami modyfikacji dietetycznych, wzbogacania diety o niektóre składniki lub stosowania diet eliminacyjnych. Niektóre z zasad właściwego żywienia są zasadami uniwersalnymi w starości. Jeżeli stan odżywienia danej osoby jest prawidłowy (nie mamy do czynienia z niedożywieniem białkowo-kalorycznym lub otyłością) to zapotrzebowanie kaloryczne wynosi średnio 20-25 kcal/kg/dzień. Przy obliczaniu zapotrzebowania energetycznego zaleca się uwzględnianie także aktywności fizycznej starszej osoby. Zapotrzebowanie na białko u osób dorosłych wynosi 0.8g/kg m.c./dzień. W przypadku osób starszych rośnie ono i wynosi 1.0-1.2g/kg m.c./dzień. Zapotrzebowanie to jest jeszcze większe, gdy mamy do czynienia z ranami przewlekłymi (odleżyny, troficzne owrzodzenia podudzi) czy utratą białka przez przewód pokarmowy. Węglowodany złożone powinny stanowić 45-65% dziennego zapotrzebowania energetycznego. Z uwagi na zwiększone ryzyko cukrzycy i choroby sercowo-naczyniowej u osób starszych często występują wskazania do diety ubogotłuszczowej, ale czasem wiąże się to z trudnościami w pokryciu zapotrzebowania energetycznego. Prawidłowe żywienie powinno uwzględnić także odpowiednią zawartość w diecie błonnika (25-30g/dz.), sodu (1,5g/dz.), a także zwiększone zapotrzebowanie na niektóre witaminy i minerały (wapń, witaminę D, B6, B12, kwas foliowy - często wskazana jest ich suplementacja). Zawsze wskazane jest utrzymywanie odpowiedniej aktywności ruchowej.

Właściwe odżywianie stanowi ważny element wspomagania postępowania terapeutycznego w nietrzymaniu moczu. Wśród zaleceń należy pamiętać szczególnie o odpowiedniej ilości wypijanych płynów oraz diecie zapobiegającej zaparciom, zakażeniom układu moczowego i przeciwdziałającej nadwadze.

Odpowiednia ilość wypijanych napojów

Zapotrzebowanie na wodę można obliczyć na podstawie formuły: 1ml/kcal przyjętego pożywienia, lub też 30ml/kg m.c./dz. W przypadku osób starszych najczęściej mamy do czynienia z niedostateczną objętością przyjmowanych płynów. Z jednej strony wynika to ze zmian zachodzących w procesie starzenia w zakresie mechanizmów regulujących pragnienie. Powodują one, iż pragnienie jest nieadekwatne do sytuacji. Z drugiej strony starsze osoby z nietrzymaniem moczu starają się ograniczać przyjmowane płyny, gdyż powodować to będzie zmniejszenie konieczności oddawania moczu, a tym samym częstości incydentów NTM. Bardzo ważne jest jednak, aby osoba z nietrzymaniem moczu przyjmowała odpowiednią ilość płynów. Odgrywa to rolę w przeciwdziałaniu zaparciom stolca i zmniejszeniu ryzyka infekcji układu moczowego. Płyny powinny być przyjmowane często, w małych ilościach w ciągu dnia. Jeśli problemem są incydenty nietrzymania moczu w nocy, to warto ograniczyć ilość płynów przyjmowanych przez snem. Przy ustaleniu odpowiedniego schematu przyjmowania płynów w ciągu doby może pomóc prowadzenie dziennika mikcyjnego. Ograniczyć należy także płyny działające moczopędnie i drażniące pęcherz moczowy (mocna kawa, herbata, kakao, czekolada, cola, napoje alkoholowe).

Zmniejszenie nadwagi

Przeciwdziałanie nadwadze stanowi ważny element profilaktyki i leczenia NTM. W przypadku osób starszych ograniczeniom kaloryczności posiłków powinna towarzyszyć odpowiednia aktywność fizyczna. Jedynie wtedy unikniemy niepożądanego skutku ograniczeń dietetycznych jakim jest sarkopenia - ubytek masy mięśniowej, z którym wiąże się z kolei ryzyko upadków i złamań. Ostrożność zaleceń dotyczy szczególnie osób w późnej starości, po 75 roku życia - jak wskazują wyniki badań, w ich przy-

padku, nawet zamierzona utrata masy ciała może zwiększać ryzyko niekorzystnych następstw. Ubytek masy ciała nie powinien być większy niż 8-10% w ciągu 6 miesięcy, a deficyt energetyczny nie większy niż 500-1000 kcal/dzień. Dieta powinna być zbilansowana i urozmaicona, zawierać odpowiednią ilość białka (1,0g/kg m.c.) oraz wzbogacona w multiwitaminy i suplementy składników mineralnych (1500mg wapnia, 1000IU witaminy D na dzień).

Powinno się unikać produktów zawierających duże ilości tłuszczów nasyconych, węglowodanów prostych (słodyczy, słodkich napojów - zwłaszcza gazowanych).

Zapewnienie regularnych wypróżnień

Zaparcia stolca stanowią niedoceniany czynnik ryzyka NTM. W skrajnych sytuacjach możemy mieć do czynienia z tak zwanym kałowym zatkaniem odbytnicy (bardzo częsty problem u osób obłożnie chorych i mieszkańców domów pomocy), które paradoksalnie sprzyja zarówno nietrzymaniu moczu, jak i nietrzymaniu stolca. W takiej sytuacji w pierwszej kolejności musimy wdrożyć odpowiednie postępowanie pielęgnacyjne, a czasem farmakoterapię. Zawsze jednak istotnym elementem postępowania jest właściwa dieta - odpowiednia ilość przyjmowanych płynów, zawartość błonnika pokarmowego. Ten ostatni zawarty jest w dużych ilościach w produktach pochodzenia roślinnego - warzywach, owocach, produktach zbożowych. Zależnie od sytuacji zdrowotnej i osobniczej tolerancji konkretnych produktów dieta powinna zawierać pełnoziarniste produkty zbożowe, otręby pszenne, jabłka, suszone śliwki, morele, siemię lniane. Pomocne mogą być również produkty nabiałowe, takie jak naturalne jogurty i kwaśne mleko, ale starsze osoby nie zawsze dobrze tolerują produkty mleczne z uwagi na często stwierdzany niedobór laktazy.

Zapobieganie zakażeniom układu moczowego

Wraz z wiekiem rośnie ryzyko infekcji układu moczowego u kobiet i mężczyzn, które mogą być przyczyną wystąpienia NTM, ale także nasilać już istniejący problem. W zapobieganiu infekcjom układu moczowego ważne jest przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów, gdyż sprzyja to mechanicznemu usuwaniu bakterii z dróg moczowych. Ważne jest także utrzymanie odpowiedniej higieny intymnej.

W diecie warto uwzględnić produkty na bazie żurawiny - soki, herbatki, preparaty żurawinowe. Zawierają one proantycyjany, związki utrzymujące środowisko niekorzystne dla rozwoju bakterii w drogach moczowych. Ponieważ jednak w niektórych schorzeniach mogą występować przeciwwskazania do spożywania żurawiny (np. osteoporoza), należy w tej kwestii poradzić się lekarza. Profilaktyce zakażeń sprzyja właściwe leczenie cukrzycy, w tym przestrzeganie diety cukrzycowej. Obecność cukru w moczu (mamy z tym do czynienia gdy jego poziom we krwi przekroczy granicę 180-200 mg%) stanowi bowiem pożywkę dla bakterii.

Pilates kontra NTM - cz.IV. Ćwiczenia

mgr Magdalena Potoczek, fizjoterapeuta/instruktor Pilates
NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

W poprzednich numerach Kwartalnika NTM przedstawialiśmy podstawowe zasady oraz kilka ćwiczeń metody Pilates, zmodyfikowanych na potrzeby treningu dla osób z NTM. W bieżącym numerze zaprezentowana zostanie kolejna porcja ćwiczeń bazujących na tym systemie. Będzie to rozgrzewka w pozycji stojącej i część główna, czyli ćwiczenia w klękach. Potrzebna nam będzie cienka mata lub koc (ćwiczenia należy wykonywać na twardym podłożu) oraz mała piłeczka gumowa (średnica ok. 18 cm).

Rozgrzewka - ćwiczenia miednicy w pozycji stojącej

Ćwiczenia te, bardzo podobne do wcześniej opisanych ćwiczeń miednicy na piłce rehabilitacyjnej, mogą być wykonywane jako forma rozgrzewki przed ćwiczeniami głównymi, bardziej wymagającymi. Rozruszają stawy, rozgrzeją mięśnie i delikatnie zaangażują do pracy dno miednicy. Wykonując je pamiętaj o zasadzie oddechu, płynności ruchów i koncentracji uwagi, a także o ustawieniu prawidłowej pozycji wyjściowej i równomiernym rozłożeniu ciężaru ciała na obie stopy w pozycji stojącej.

Wersja 1 - Huśtanie biodrami w przód i tył

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Stań ze stopami rozstawionymi na szerokość bioder i bar-

dzo delikatnie ugnij nogi w kolanach. Dłonie oprzyj po bokach miednicy. Brodę ściągnij lekko ku dołowi, rozluźnij i opuść barki. Myśl o wydłużaniu kręgosłupa na całej jego długości (chcesz rosnąć ku górze). Uważaj, aby nie wypychać w przód żeber. Kręgosłup ma być w neutralnej pozycji z zachowaniem naturalnych krzywizn. Ćwiczenie zaczynamy i kończymy w tej pozycji.

Akcja:
Nabierz powietrza nosem, a następnie z wydechem ustami podwiń kość ogonową pod siebie (wyobraź sobie, że chcesz „podkulić ogon"). Postaraj się poczuć delikatną pracę mięśni dna miednicy, brzucha i pośladków. Z kolejnym wdechem nosem powróć do pozycji wyjściowej.

Wersja 2 - Huśtanie biodrami w prawo i lewo

Pozycja wyjściowa i końcowa:
jw.

Akcja:
Nabierz powietrza nosem, a następnie z wydechem ustami wysuń biodro w bok i ku górze. Z wdechem nosem wróć do pozycji wyjściowej i powtórz ruch na drugą stronę. To ćwiczenie możesz wykonywać też nieco szybciej, bez momentu zatrzymania ruchu pośrodku, tj. płynnie kołysać miednicą w prawo i lewo.

Wersja 3 - Krążenia biodrami

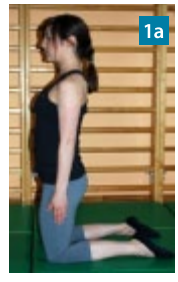
Pozycja wyjściowa i końcowa:
jw.

Akcja:
Wykonuj po 10 krążeń biodrami w każdą stronę. Staraj się aby nie poruszała się górna część ciała i wyobrażaj sobie, że chcesz namalować biodrami duże koła na podłodze.

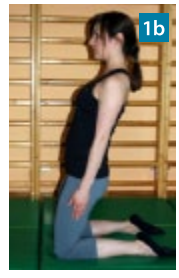
Część główna - Ćwiczenia w klękach

1. Odchylanie tułowia do tyłu

Pozycja wyjściowa i końcowa:
Klęk prosty obunóż, ręce wyciągnięte wzdłuż ciała. Kolana rozstawione są na szerokość bioder, lub nieco szerzej jeżeli trudno jest utrzymać równowagę (zdj. 1a).

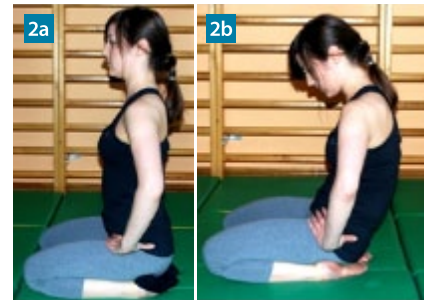


Akcja:
Zrób wdech nosem i wraz ze spokojnym długim wydechem ustami odchyl delikatnie ciało do tyłu lekko napinając mięśnie dna miednicy i wyciągając proste ręce przed siebie (ręce możesz zostawić też wzdłuż ciała). Z kolejnym wdechem nosem powróć do pozycji wyjściowej. Nie odchylaj się bardzo daleko - ruch jest minimalny (zdj. 1b).



2. Rolowanie miednicy w siadzie klęcznym

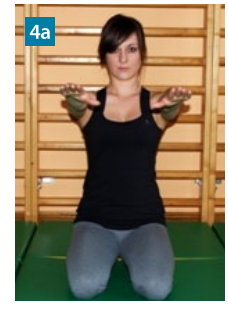
Pozycja wyjściowa i końcowa:
Siad klęczny (siad na piętach) z szeroko rozstawionymi kolanami. Ręce oparte po obu stronach na miednicy, plecy proste, barki luźne, lekko ściągnięte łopatki (zdj. 2a).



Akcja:
Nabierz powietrza nosem, a następnie z wydechem ustami przechyl miednicę do tyłu zaokrąglając całe plecy i chowając głowę z jednoczesnym napięciem mięśni dna miednicy. Z wdechem nosem powróć do pozycji wyjściowej kręg po kręgu rolując kręgosłup od miednicy aż do głowy (zdj. 2b). Ćwiczenie można również wykonać poprzez ruch samej miednicy - bez zaokrąglania całych pleców (zdj. 3a i 3b).

3. Rytmiczne siadanie na piętach

Pozycja wyjściowa i końcowa:
Siad klęczny (siad na piętach) z szeroko rozstawionymi kolanami. Ręce wyciągnięte przed siebie w poziomie, grzbiety dłoni skierowane do sufitu (zdj. 4a).



Akcja:
Nabierz powietrza nosem, następnie zrób spokojny i długi wydech ustami jednocześnie unosząc biodra i przechodząc do klęku prostego. Wypchnij miednicę lekko do przodu, napnij mięśnie pośladkowe i mięśnie dna miednicy.
W czasie ruchu unoszenia się opuszczaj wolno ręce i wysuń je lekko za pośladki odwracając dłonie kciukami na zewnątrz. Z kolejnym wdechem powróć do pozycji wyjściowej (zdj. 4b, 4c, 4d).

4. Wypychanie miednicy

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Siad płotkarski ze zgiętymi nogami. Jedna ręka oparta jest obok nogi wykrocznej (tej, która jest z przodu), a druga opiera się na miednicy przy nodze zakrocznej (tej, która jest z tyłu) - zdj. 5a.

Akcja:

Zrób spokojny i głęboki wdech nosem, z wydechem ustami wypchnij lekko biodro nogi zakrocznej w przód. Wykonuj płynne ruchy biodrem w przód i w tył razem ze świadomym oddechem. Powtórz 10 razy i zmień stronę (zdj. 5b, 5c, 5d, 5e).

5. Koci grzbiet z pracą dna miednicy

Wersja 1

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Klęk podparty w taki sposób, że ciało opiera się na dłoniach i kolanach. Dłonie rozstawione są na szerokość barków i wyraźnie pod nimi, natomiast kolana na szerokość bioder pod stawami biodrowymi. Plecy ustawione równolegle do podłogi, głowa w przedłużeniu kręgosłupa (nie jest ani zwieszona w dół, ani zadarta w górę) - zdj. 6a.

Akcja:

Zrób spokojny i głęboki wdech ustami, z wydechem wypchnij mocno grzbiet w stronę sufitu (koci grzbiet) - w ruchu tym zbliżaj do siebie miednicę i głowę napinając świadomie mięśnie dna miednicy. Z kolejnym wdechem nosem powróć do pozycji wyjściowej (zdj. 6b).

Wersja 2)

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Jw. z tym, że między kolanami umieszczona jest mała piłeczka (zdj. 7a).

Akcja:

Jw. Teraz w trakcie wypychania grzbietu jednocześnie ściskaj piłeczkę lekko między kolanami (zdj. 7b).

6. The Swimming - Pływanie: wersja uproszczona

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Jw. bez piłeczki (zdj. 8a).

Akcja:

Zrób spokojny i głęboki wdech nosem, z wydechem ustami wysuń do tyłu prawą nogę przesuwając stopą po podłożu. Jednocześnie unieś lewą rękę i wyciągnij ją przed siebie, kciuk kierując ku górze. Powróć do pozycji wyjściowej i powtórz ćwiczenie na przeciwną stronę. Wykonaj po 10 powtórzeń na obie strony (zdj. 8b).

Podsumowanie i uwagi do treningu

Ćwiczenia rozpocznij rozgrzewką w pozycji stojącej i ćwiczeniami oddechowymi. Ćwiczenia główne wykonuj po 10 powtórzeń w serii i łącz je z tymi opisanymi w poprzednim numerze Kwartalnika NTM. W danym dniu wybierz sobie 4-5 ćwiczeń, nie wykonuj wszystkich jednorazowo. W kolejnym numerze poznamy następne modyfikacje ćwiczeń Pilatesa, które uzupełnią Twój program rehabilitacyjny. Ćwiczenia te nie tylko wzmocnią mięśnie dna miednicy, ale poprawią Twoją ogólną kondycję. Pamiętaj, że przed wprowadzeniem ćwiczeń zawsze warto skonsultować się ze swoim lekarzem lub fizjoterapeutą.

Zdjęcia: Magdalena Potoczek

Będą zmiany w refundacji środków pomocniczych

Z końcem roku koszyki świadczeń gwarantowanych tracą moc obowiązującą

Anna Sulka

Resort zdrowia ma już niewiele czasu, by skonsultować i uchwalić zawartość nowych koszyków gwarantowanych procedur medycznych. Z końcem roku rozporządzenia, regulujące za jakie świadczenia płaci NFZ, przestają obowiązywać. Aby płatnik mógł się odpowiednio przygotować do tej zmiany, nowe regulacje powinny zostać opublikowane nie później niż w lipcu br.

Na nowelizację czeka również rozporządzenie regulujące zasady refundacji zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego dla osób niepełnosprawnych i przewlekle chorych. Pacjenci obawiają się, że resort zdrowia znów nie zdąży zająć się wszystkimi rozporządzeniami i część dokumentów zostanie skopiowana i uchwalona pod nową nazwą, nie wnosząc żadnych zmian. Taka sytuacja miała miejsce w 2009 r. kiedy to na mocy ustawy koszykowej Minister Kopacz miała obowiązek przygotowania 13 rozporządzeń określających wykazy świadczeń zdrowotnych finansowanych, bądź współfinansowanych w ramach publicznej opieki zdrowotnej.

Nie jest jeszcze znany dokładny termin przekazania do konsultacji społecznych projektu rozporządzenia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie - poinformował Kwartalnik NTM Krzysztof Bąk, Rzecznik Prasowy Ministra Zdrowia. Jednocześnie zapewnił, że znowelizowany dokument, odpowiadający w możliwie najwyższym stopniu aktualnemu zapotrzebowaniu społecznemu na zaopatrzenie w te wyroby, zacznie obowiązywać z początkiem 2014 r.

Mniej entuzjastycznie wypowiadają się na ten temat główni zainteresowani - pacjenci. *Niepełnosprawni od 14 lat czekają na zmiany. W tym czasie kolejne rządy podpisywały rozmaite deklaracje i konwencje o prawach osób niepełnosprawnych. Kolejni ministrowie zdrowia podkreślali jak bardzo leży im na sercu los osób niepełnosprawnych. Nic z tego niestety nie wynika. Bez wyrobów pomocniczych i ortopedycznych, które pomagają nam niwelować nasze dysfunkcje, jesteśmy bezradni, nie mamy możliwości normalnego funkcjonowania w społeczeństwie* - mówi Józef Góralczyk z Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych i dodaje: *Im szybciej uruchomimy i zaopatrzymy osobę np. po wypadku komunikacyjnym w protezę tym lepsze mamy efekty. Wczesne zaprotezowanie umożliwia wykorzystanie wciąż zachowanych stereotypów ruchowym i sprawny powrót takiej osoby do społeczeństwa. Zwlekanie w takim przypadku może doprowadzić do poważnych powikłań np. przykurczy.*

Przedstawicielowi MSOON wtóruje Anna Sarbak ze Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti": *Brak jakichkolwiek sygnałów ze strony resortu w kwestii nowelizacji rozporządzenia regulującego dostęp do zaopatrzenia pomocniczego i ortopedycznego powoduje, że z coraz większym niepokojem spoglądamy w przyszłość. Pomimo wielokrotnych zapewnień resortu dotyczących finalizowania prac nad nowelizacją rozporządzania, nadal nie otrzymaliśmy projektu do konsultacji. Do końca roku pozostaje coraz mniej czasu, dlatego obawiamy się, że konsultacje społeczne będą przeprowadzone w bardzo krótkim czasie, a tak długo wyczekiwane przez nas zmiany – symboliczne.*

Niepokój organizacji pacjenckich wzbudza również brak szerokich konsultacji społecznych z zainteresowanymi stronami. *Jesteśmy rozczarowani, że resort zdrowia nie zaprezentował stronie społecznej efektu prac zespołu do spraw opracowania założeń merytorycznych dla zmian legislacyjnych w zakresie zaopatrzenia w wyroby medyczne, który zakończył swoją działalność w grudniu ub.r. Mieliśmy nadzieję, że nowelizacja dokumentu tak ważnego dla ponad 3 mln. niepełnosprawnych w Polsce zostanie poprzedzona staranną analizą i szeroką debatą publiczną* - mówi Barbara Woźniak ze Stowarzyszenia „UroConti".

Operacje z użyciem taśm w woj. zachodniopomorskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa zachodniopomorskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.
Prezentowane poniżej dane powstały w oparciu o informacje uzyskane z zachodniopomorskiego oddziału NFZ. Od początku 2012 r. do 30 stycznia 2013 r. w województwie zachodniopomorskim przeprowadzono 573 zabiegi w nietrzymaniu moczu i na szyi pęcherza moczowego u kobiet, finansowane przez NFZ. Z grupy tej, 535 kobiet zoperowano w oddziałach położnictwa i ginekologii, a 7 w oddziale urologii. Największym doświadczeniem w tym zakresie dysponują: Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie, Regionalny Szpital w Kołobrzegu oraz 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których w 2012 roku przeprowadzono refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych:

Nazwa placówki	Adres	Oddział
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego	ul. Unii Lubelskiej 1, 71-252 Szczecin	ginekologiczny
Regionalny Szpital w Kołobrzegu	ul. Łopuskiego 31, 78-100 Kołobrzeg	ginekologiczny
109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ	ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 2 w Szczecinie	Al. Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111 Szczecin	urologiczny
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej „ZDROJE"	ul. Mączna 4, 70-780 Szczecin	ginekologiczny
Prywatna Lecznica Chirurgiczna w Koszalinie PRAXIS	Aleja Armii Krajowej 7, 75-200 Koszalin	ginekologiczny
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uromed	ul. Głowackiego 7, 75-402 Koszalin	ginekologiczny
Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Koszalinie	ul. T. Chałubińskiego 7, 75-581 Koszalin	ginekologiczny
Szpital Powiatowy w Pyrzycach	ul. Jana Pawła II 2, 74-200 Pyrzyce	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Barlinku	ul. Szpitalna 10, 74-320 Barlinek	ginekologiczny
Szpital Powiatowy w Szczecinku	ul. Kościuszki 38, 78-400 Szczecinek	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Sławnie	ul. I Pułku Ułanów 9, 76-100 Sławno	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Dębnie	ul. Kościuszki 58, 74-400 Dębno	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Połczyn Zdrój	ul. Gwardii Ludowej 5, 78-320 Połczyn-Zdrój	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Białogardzie	ul. Chopina 29, 78-200 Białogard	ginekologiczny
SP ZOZ Szpital Powiatowy im. Heliodora Święcickiego w Kamieniu Pomorskim	ul. Szpitalna 10, 72-400 Kamień Pomorski	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim	ul. Wojska Polskiego 27, 73-110 Stargard Szczeciński	ginekologiczny
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszcznie	ul. Niedziałkowskiego 4A, 73-200 Choszczno	ginekologiczny
Szpital Powiatowy w Wałczu	ul. 12 Lutego 9, 78-600 Wałcz	ginekologiczny
Szpital im. Jana Pawła II Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Gryfinie	ul. Parkowa 5, 74-100 Gryfino	ginekologiczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z zachodniopomorskiego oddziału NFZ

Klinika i Katedra Urologii i Onkologii Urologicznej Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Magdalena Kowalewska

Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej we Wrocławiu jest obecnie jedną z 22 klinik zlokalizowanych przy Akademickim Szpitalu Klinicznym im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Mieści się przy ul. Borowskiej 213, funkcjonując w ramach Oddziału Klinicznego Urologii szpitala. Kierownikiem jej jest prof. dr hab. Romuald Zdrojowy, posiadający ogromne doświadczenie naukowo-badawcze w dziedzinie urologii.

Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej powstała 61 lat temu w Szpitalu pod wezwaniem Wszystkich Świętych na bazie oddziału urologicznego. Kierownictwo nad nią objął wówczas doświadczony prof. Florian Nowacki. Dzięki jego zabiegom i inicjatywie, placówka stała się największym w Polsce ośrodkiem urologicznym. Po zmianie nazwy szpitala na Wojewódzki Szpital Zespolony im J. Babińskiego, Klinika funkcjonowała przy Placu 1 Maja (obecnie Placu Jana Pawła II) do 2006 roku. W tym czasie została włączona w strukturę Akademickiego Szpitala Klinicznego i przeniesiona na ul. Borowską. Klinika wykształciła wielu znakomitych specjalistów, którzy objęli kierownicze stanowiska w innych placówkach urologicznych.

Klinika Urologii i Onkologii Urologicznej zajmuje się kompleksową diagnostyką i leczeniem w zakresie kamicy dróg moczowych i nowotworów układu moczowo-płciowego.

W ramach działalności medycznej, Klinika wykonuje również unikatowe procedury medyczne, takie jak: operacje laparoskopowe: nefrektomia, adrenalectomia, prostatectomia radykalna, plastyka wodonercza, ureterolithotomia czy żylaki powrózka nasiennego.

W Klinice Urologii i Onkologii Urologicznej realizowany jest obecnie grant dotyczący bezpłatnych badań diagnostycznych mięśni dna miednicy. Badania te rozpoczęły się niedawno, w marcu bieżącego roku, a ich planowane zakończenie przewidziane jest na koniec 2014 roku. Projekt realizowany jest dzięki finansom naukowym, które przyznane zostały zaś ze środków Narodowego Centrum Nauki, co umożliwiło między innymi zakup aparatury naukowo-badawczej. *Projekt uzyskał pozytywną recenzję ze względu na swoje nowatorstwo oraz możliwość przełożenia wyników na aspekty związane z terapią pacjentek z wysiłkowym nietrzymaniem moczu. Znaczącą rolę w przyznaniu finansowania tego projektu odegrało doświadczenie naukowo-badawcze opiekuna naukowego, którym jest prof. dr hab. Romuald Zdrojowy oraz osób merytorycznie i organizacyjnie wspierających badania, czyli dr. Tomasza Halskiego i dr. hab. Janusza Dembowskiego oraz mgr Lucyny Słupskiej* - zaznacza kierownik projektu, mgr Kuba Ptaszkowski z Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

W założeniach projektu zaplanowane jest przebadanie 100 pacjentek będących w okresie menopauzalnym lub pomenopauzalnym. W badaniach uczestniczyć mogą kobiety z występującymi epizodami nietrzymania moczu, jak również bez takich objawów. *Do końca czerwca planujemy przebadać około 30 kobiet, które zgłosiły już chęć uczestniczenia w tym projekcie. Planujemy zaangażować kolejne placówki medyczne w celu rozpowszechniania badań. Będą to przychodnie oraz gabinety ginekologiczne lub urologiczne* - dodaje Kuba Ptaszkowski.

Bardzo ważną częścią badań prowadzonych w ramach projektu jest ocena stanu mięśni dna miednicy pacjentek za pomocą elektromiografii powierzchniowej. Dzięki temu uzyskać można informację dotyczącą aktywności bioelektrycznej mięśni dna miednicy. *Ponadto na podstawie przeprowadzonego wywiadu oraz tego badania, uczestniczkom projektu zostaną udzielone informacje o tym, jaka powinna być profilaktyka oraz leczenie nietrzymania moczu* - wyjaśnia kierownik projektu. Badania prowadzone są przez fizjoterapeutów, co pozwoli na fachowe przekazanie wiadomości na temat leczenia zachowawczego wysiłkowego nietrzymania

moczu. Każda kobieta zostanie poinstruowana w jaki sposób wykonywać ćwiczenia mięśni dna miednicy, tak aby były one skuteczne. Ponadto pacjentkom zostanie dobrany indywidualny trening tych mięśni. Co więcej, uczestniczki badania zostaną zaopatrzone w materiały informacyjne (broszury, płyty DVD). *Zachęcamy kobiety do skorzystania z tych badań. Naprawdę warto zadbać o swoje zdrowie* - podkreśla mgr Kuba Ptaszkowski.

Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych

Magdalena Kowalewska

Decyzja o powołaniu Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych zapadła dwa lata temu. Podjęli ją opiekunowie medyczni, których połączyła pasja pomagania drugiemu człowiekowi oraz pragnienie poprawy komfortu chorego podczas pobytu w placówkach służby zdrowia, placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz zakładach opiekuńczo-leczniczych. Założyciele mieli również świadomość, jak niski jest wciąż poziom wiedzy na temat medycyny opiekuńczej i zawodu opiekuna medycznego w naszym kraju. Po pokonaniu kilku przeszkód, od stycznia br. Stowarzyszenie oficjalnie zaistniało. Siedzibą organizacji zostało miasto Koło. Stowarzyszenie tworzy grupa osób - przyjaciół, znajomych, którzy kierując się pragnieniem niesienia pomocy ukończyli szkołę medyczną w zawodzie opiekuna medycznego.

Zawód opiekuna medycznego jest stosunkowo młodą profesją, ma dopiero sześć lat - został powołany w 2007 roku. W strukturze „Klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy", opiekun medyczny (któremu nadano numer 532102) sklasyfikowany został w grupie zawodów nr 5321 - medycznego personelu pomocniczego, która należy do większej grupy nr 532 - pracowników opieki osobistej w ochronie zdrowia i pokrewnych, która z kolei jest podgrupą grupy dużej nr 53 - pracowników opieki osobistej i pokrewnych, należącej do grupy pracowników usług osobistych i sprzedawców (tzw. grupy wielkiej nr 5). Opiekunowie medyczni mogą pracować w szpitalach, placówkach opiekuńczo-leczniczych, hospicjach, fundacjach, domach pomocy społecznej. Opiekun medyczny jest osobą, która może i potrafi wykonywać niektóre czynności pielęgnacyjne, może wspierać działania pielęgniarki.

Nie ma jednak jeszcze ustawy, która regulowałaby zakres obowiązków opiekuna medycznego. Stworzony jest zawód, szkoły medyczne w Polsce kształcą opiekunów w oparciu o Podstawę programową znowelizowaną w roku 2012 i Program nauczania zatwierdzony przez Ministerstwo Edukacji Narodowej, ale większość placówek opiekuńczo-leczniczych czy szpitali boi się i nie chce przyjmować do pracy opiekunów medycznych, ponieważ nieznane są dokładne zasady ich zatrudniania ani zakres obowiązków - podkreśla Mariusz Bogumił Świderski - Lider Krajowy Stowarzyszenia. Zdobyte przez opiekunów podczas szkolenia umiejętności są oczywiście poświadczone na dyplomie, brakuje jednak ustawy regulującej zasady zatrudniania opiekuna medycznego. *Dlatego chcemy się włączyć w projekty władz, dążące do tego, by stworzyć ustawę ustalającą te normy.*

Inne bardzo ważne cele Stowarzyszenia to: popieranie rozwoju medycyny opiekuńczej na terenie Rzeczpospolitej Polskiej, upowszechnienie wiedzy o medycynie opiekuńczej, organizowanie kampanii edukacyjnych oraz wszelkiego rodzaju projektów społecznych czy szkoleń doskonalących dla opiekunów medycznych. Wiele informacji można znaleźć na stronie Stowarzyszenia www.medyczni.manifo.com. *W tej chwili napisaliśmy projekt pod hasłem „Razem", którego celem jest przeszkolenie do końca tego roku trzystu opiekunów medycznych w całej Polsce. Opiekunowie będą mogli zdobyć dodatkowe umiejętności z zakresu animacji czasu wolnego pacjenta seniora czy też z zakresu udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz z obszaru wiedzy o udogodnieniach dla pacjenta – o profilaktyce przeciwodleżynowej, jak postępować z pacjentem z obrzękami limfatycznymi, jak go układać. Kolejnym ważnym założeniem tego projektu jest edukowanie rodzin chorych w kwestii zajmowania się pacjentem w pierwszych chwilach powrotu ze szpitala* - zaznacza Mariusz Bogumił Świderski.

Równie istotnym dla Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów Medycznych założeniem jest przeprowadzenie kampanii promującej zawód opiekuna medycznego, poszerzającej wiedzę na ten temat. *Otrzymaliśmy również*

zaproszenie do pracy w sejmowej komisji podczas tworzenia Projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym.
Wszystkie te działania służą wsparciu osób pełniących rolę opiekunów medycznych i dzięki temu poprawie jakości życia szerokiego grona potrzebujących, niesamodzielnych, przewlekle chorych. Lider Stowarzyszenia podkreśla również, że znaczna większość osób decydujących się na podjęcie pracy w zawodzie opiekuna medycznego, czyni to z powołania, z pasji niesienia pomocy potrzebującym, zna wielką wartość drugiego człowieka, potrafi uszanować jego godność. *To najważniejsze w pracy opiekuna medycznego i najważniejsze zarazem dla naszych podopiecznych. Nasza praca nie jest lekka, ale wynagradza ją każdy szczery gest chorego, każdy jego uśmiech.*

Kujawsko-pomorski oddział „UroConti" zaprasza do wspólnej edukacji, rehabilitacji i zabawy

Katarzyna Walewska

Kujawko-pomorski oddział Stowarzyszenia „UroConti" w Bydgoszczy, powstał w 2011 r. na bazie działającej przez długie lata sekcji ntm Stowarzyszenia Osób Przewlekle Chorych z Chorobami Układu Moczowego UROSTO. Geneza powstania oddziału kujawsko-pomorskiego „UroConti" sięga kilkanaście lat wstecz do końcówki lat 90-tych. Wówczas to w 1998 roku zostało powołane Stowarzyszenie UROSTO. W ramach stowarzyszenia utworzono cztery odrębne sekcje, w tym sekcję chorób pęcherza i nietrzymania moczu, na bazie której ukształtowało się w późniejszych latach Stowarzyszenie „UroConti".

Edukacja i rehabilitacja

Kujawsko-pomorski oddział Stowarzyszenia dzięki ogromnemu zaangażowaniu, ciężkiej pracy i sprawnej organizacji kilku aktywnych działaczy, przez półtora roku istnienia zdołał zgromadzić blisko 40 członków. Nie bez powodu zainteresowanie aktywnością oddziału w Bydgoszczy rośnie. W ramach swojej działalności stowarzyszenie oferuje członkom cykliczne spotkania ze specjalistami z różnych dziedzin medycyny - ginekologiem, urologiem, neurologiem, kardiologiem, reumatologiem czy dietetykiem. Lista zapraszanych specjalistów jest bardzo szeroka i zależna od zainteresowań członków stowarzyszenia. Tego typu spotkania edukacyjne odbywają się w każdy drugi poniedziałek miesiąca w siedzibie stowarzyszenia - Szpitalu Uniwersyteckim im J. Biziela przy ul. Ujejskiego 75. Podczas wykładów członkowie „UroConti" mają okazję zapoznać się z problematyką różnych schorzeń towarzyszących osobom w starszym wieku, w tym również z problematyką nietrzymania moczu. Ponadto w każdą środę o godz. 17:00 dla członków stowarzyszenia orgaznizowane są zajęcia rehabilitacyjne bazujące na ćwiczeniach mięśni Kegla, będące doskonałą profilaktyką i jedną z zalecanych metod leczenia nietrzymania moczu.

W ramach działalności stowarzyszenia nie zapomniano o mężczyznach cierpiących na NTM w wyniku chorób prostaty. Dla mężczyzn organizowane są spotkania edukacyjne ze specjalistami poświęcone chorobom prostaty, jej diagnostyce i leczeniu. Co więcej przez kilka miesięcy br. działała pilotażowa grupa rehabilitacyjna dedykowana właśnie mężczyznom. Inspiracją do utworzenia takiej grupy było rosnące zapotrzebowanie na rehabilitację wśród mężczyzn cierpiących na choroby gruczołu krokowego.

Integracja

Poza częścią edukacyjną i rehabilitacyjną oddział kujawsko-pomorski swoim członkom oferuje również sporą dawkę rozrywki. W miarę możliwości w oddziale orgaznizowane są wyjścia do teatru, opery, na koncerty. Członkowie mogą brać udział w spotkaniach okolicznościowych orgaznizowanych z okazji świąt, Dnia Babci i Dziadka. Tradycją stało się już organizowanie spotkań integracyjnych z okazji Dnia Inwalidy, Dnia Chorego czy Dnia Seniora.

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.04.2013

Województwo	Pieluchy i pieluchomajtki		Worki stomijne		Aparaty słuchowe		Aparaty do leczenia obturacyjnego bezdechu sennego (CPAP)		Przedmioty ortopedyczne z wyłączeniem wózków inwalidzkich		Wózki inwalidzkie	
	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 mies.	2 459 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺	nb	-	nb	-
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	4 mies.	886 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺
Małopolskie	nb	-	nb	-	3 mies.*	2 206 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	do 2.5 mies.	1 057 ☺	nb	-	do 2.5 mies.	828 ☺	do 2.5 mies.	288 ☺
Podlaskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Śląskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Świętokrzyskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Warmińsko-Mazurskie	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.	b.d.
Wielkopolskie	nb	-	nb	-	30 dni ***	766 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

nb - na bieżąco, **bd** - brak danych (oddział NFZ odmówił podania informacji), ***** dzieci - na bieżąco; ****** dzieci, osoby czynne zawodowo - na bieżąco, ******* oczekiwanie na zatwierdzenie zleceń związane z koniecznością weryfikacji wizyty pacjenta w poradni

☺ - poprawa sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu
☹ - pogorszenie sytuacji w stosunku do poprzedniego rankingu

Klinika Ginekologii Operacyjnej i Onkologicznej
I Katedra Ginekologii i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
oraz **Centrum Medyczne "Być kobietą ..."**
mają zaszczyt zaprosić na:

Konferencję naukowo-szkoleniową
UROGINEKOLOGIA 2013:
NOWE KIERUNKI DIAGNOSTYKI I LECZENIA

2 września 2013, Łódź

Zagraniczni wykładowcy:
Prof. E. Petri (Niemcy), Prof. H.P. Dietz (Australia), Dr med. J. Kociszewski (Niemcy)

Tematyka:
- Wszystko o co chciałeś zapytać, możesz teraz zobaczyć w usg uroginekologicznym np.:
  - optymalizacja doboru operacji
  - diagnostyka po nieudanych zabiegach
- Pęcherz nadreaktywny: jak skutecznie leczyć?
- Praktyczne aspekty pessaroterapii w zapobieganiu porodu przedwczesnemu oraz w uroginekologii
- Wpływ porodu na choroby uroginekologiczne.
- Profilaktyka i diagnostyka poporodowych uszkodzeń dna miednicy.
- Operacje uroginekologiczne: gdzie jesteśmy, dokąd zmierzamy?

Szczegółowe informacje: **www.uroginekologia.info.pl**

Chcesz otrzymywać wszystkie numery Kwartalnika NTM?

Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

KWARTALNIK NTM

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

Nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

kwota
38.00

Imię, nazwisko i adres wpłacającego

.....

.....

.....

Tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

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

STEMPEL DZIENNY

PODPIS

OPŁATA

Dowód pokwitowanie dla odbiorcy

Polecenie przelewu / wpłata gotówkowa

nazwa odbiorcy
STUDIO PR

nazwa odbiorcy cd.
UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA

l.k. nr rachunku odbiorcy
20 1140 2017 0000 4902 0451 3842

W P **PLN 38,00**

nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Opłata:

RADA NAUKOWA DS. PROBLEMU NTM

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

Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Borkowski
Katedra i Klinika Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Prof. dr hab. n. med.
Piotr Radziszewski
Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Czynnościowej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

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

KONSULTANT MEDYCZNY

dr hab. n. med.
Piotr Dobroński
Oddział Urologii Szpitala Bielańskiego im. Ks. J. Popiełuszki w Warszawie

INFOLINIA: 801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 08 (dla telefonów komórkowych)

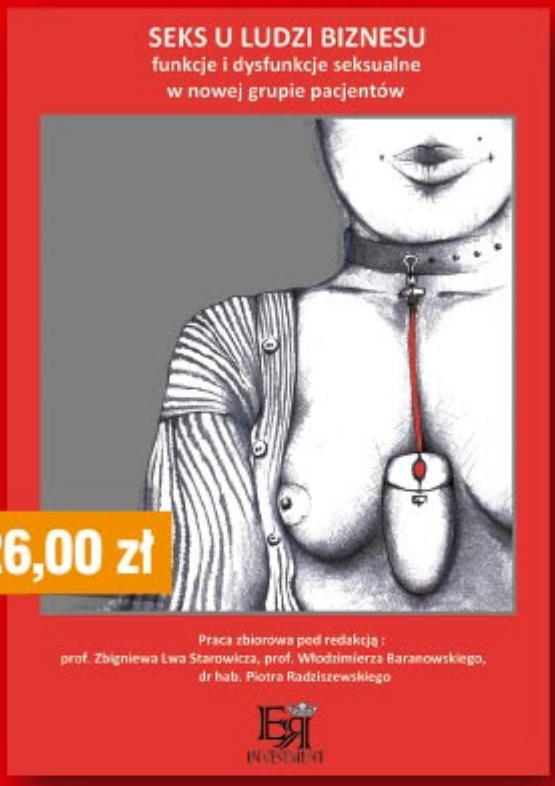
Od 3 lutego 2003 r. działa ogólnopolska infolinia, pod którą wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje na temat problemu nietrzymania moczu.

Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00. Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.

Chcesz wiedzieć więcej?

Już teraz zamów najpopularniejsze publikacje o NTM
Książki można zamówić drogą elektroniczną lub telefonicznie

23,00 zł



26,00 zł

19,90 zł

Szczegóły na stronie
www.ntm.pl

oraz pod numerem infolinii
801 800 038
(dla telefonów stacjonarnych)

lub **22 279 49 08**
(dla telefonów komórkowych)