

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Będzie gorzej dla osób z NTM?

Uroinekologia w systemie kształcenia młodych lekarzy

WYWIAD

O wsparciu osób chorych i niesamodzielnych - rozmowa z senatorem Mieczysławem Augustynem

LECZENIE NTM

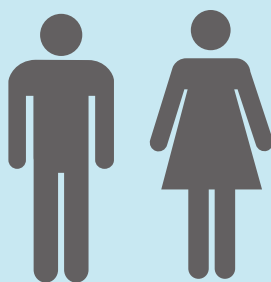
Przyczyny i następstwa nietrzymania moczu w starości



REFORMA



SŁUŻBA ZDROWIA



JAKOŚĆ



KOSZTY



System refundacji przyjazny pacjentom - to możliwe!

Mydło i woda

Wygląda na to, że na problem zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze jesteśmy skazani ustawicznie, choć problem ten – z punktu widzenia logiki – powinien być rozwiązany w pierwszej kolejności. Kraj w centrum Europy, który nie potrafi od kilkunastu lat systemowo znowelizować zwykłego rozporządzenia, od którego zależy codzienne życie kilku milionów Polaków – najczęściej tych starszych i z niskimi dochodami – wystawia sobie fatalne świadectwo.

W polskiej ochronie zdrowia zapanował totalny bałagan i nikt nie ma pomysłu ani wizji, jak to wszystko poukładać. Kiedy nasze pieniądze, które wpływają do kasy NFZ, rzeczywiście w sposób przemyślany, zaczną pomagać nam żyć długo i zdrowo?

Logika podpowiada, że system należy budować od rzeczy podstawowych. Dlatego każdy Polak, który cierpi na nietrzymanie moczu, powinien mieć zapewnioną odpowiednią ilość środków absorpcyjnych, aby wykluczyć jakiegol-

wiek powikłania natury higienicznej i mieć szansę na powrót do normalnego życia, również zawodowego. Podobnie sytuacja wygląda z aparatami słuchowymi. Każdy pacjent, u którego zostanie zdiagnozowany niedostuch, powinien natychmiast otrzymać wsparcie państwa na zakup aparatu słuchowego, a nie czekać w długich kolejkach. Sytuacja ta dotyczy również pacjentów ze stomią czy wymagających zaopatrzenia ortopedycznego. Zagwarantowanie im przedmiotów podstawowego użytku, to obowiązek każdego państwa, gdyż stanowią fundament ich egzystencji. Elementarnymi środkami utrzymania higieny osobistej jest mydło i woda. Bez nich nie ma możliwości utrzymania czystości. To co oczywiste w toalecie, nie jest, jak się okazuje, oczywiste w polskiej służbie zdrowia. To pielucha, aparat słuchowy, worek stomijny, proteza, wózek inwalidzki etc. są w służbie zdrowia „mydłem i wodą”. Dajmy wreszcie każdemu obywatelowi gwarancję podstawy egzystencji i skończmy z tymi wszystkim ograniczeniami i utrudnieniami. Jak wszyscy będą mieli „mydło i wodę”, z pewnością zmniejszy się liczba chorób, podniesie jakość życia, a przy okazji spadną ceny, bo

jak produkt staje się powszechny, zwiększa się konkurencja i wszyscy na tym zyskują, również budżet państwa, o który tak drżą nasi politycy i urzędnicy.

Tomasz Michatek



Tak się składa, że dotyczy to osób, które kosztują nas, podatników najwięcej. Niestety, kolejny Minister Zdrowia nie potrafi poradzić sobie z uporządkowaniem systemu jaki się ukształtował w naszym kraju w ciągu ostatnich 20 lat.

SPIS TREŚCI

REFUNDACJA

System refundacji przyjazny pacjentom	4-5
Będzie gorzej dla osób z NTM?	6

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

Jak uzdrowić system opieki długoterminowej	7-8
--------------------------------------------------	-----

NTM PROBLEM SPOŁECZNY

Raport Eurocarers. Opieka nieformalna w Holandii	9
--------------------------------------------------------	---

WYWIAD

O wsparciu osób chorych i niesamodzielnych - rozmowa z Senatorem Mieczysławem Augustynem	10-11
------------------------------------------------------------------------------------------------	-------

LECZENIE NTM

Przyczyny i następstwa nietrzymania moczu w starości	12-14
Uroginekologia w systemie kształcenia młodych lekarzy - w ocenie urologów	14-15

REHABILITACJA I PROFILAKTYKA

Pilates kontra NTM cz. V Ćwiczenia	16-17
Ćwiczenia na NTM dla osób otyłych	18-20
Dostęp do zaopatrzenia	20

ORGANIZACJE

Pozytywnie nastawieni do życia. Fundacja NeuroPozytywni	21
---------------------------------------------------------------	----

DIAGNOSTYKA

Operacje z użyciem taśm w woj. warmińsko-mazurskim	22
Badanie urodynamiczne w woj. opolskim	22

Szanowni Państwo,

Kiedy zamykaliśmy 46 numer *Kwartalnika NTM*, nadal nie wiadomo było jak potoczą się losy rozporządzenia w sprawie refundacji zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego. Ostatnie trzy miesiące upłynęły pod znakiem spekulacji, co właściwie resort zdrowia szykuje użytkownikom środków wchłaniających, aparatów słuchowych, protez, ortez czy wózków inwalidzkich. Więści, które docierały do nas z mediów nie napawały optymizmem; prasa powołując się na przecieki z resortu zdrowia zapowiedziała niekorzystne zmiany dla największych grup beneficjentów zaopatrzenia tego typu: osób cierpiących na nietrzymanie moczu, chorych z wyłonioną stomią czy niepełnosprawnych korzystających z wózków inwalidzkich. Na łamach *Kwartalnika NTM* doniesienia te skomentował senator Mieczysław Augustyn, Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu do Spraw Osób Starszych oraz Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej. (str. 10) Plany resortu zdrowia skrytykowały wiele środowisk pacjenckich i medycznych. Głos w tej sprawie zabrano także Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” wskazując, że gotowe, dobre rozwiązania z zakresu refundacji środków wchłaniających, oparte na pozytywnych doświadczeniach innych krajów, zostały zebrane w raporcie „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej”. W aktualnym numerze naszego czasopisma zaprezentujemy Państwu, jak, zdaniem autorów tego opracowania, należy znowelizować przepisy, aby służyły pacjentom i nie zrujnowały finansów Narodowego Funduszu Zdrowia. Zapraszam do lektury artykułu „System refundacji przyjazny pacjentom”. (str. 4)

W bieżącym numerze *Kwartalnika NTM* wiele uwagi poświęciliśmy także zagadnieniom związanym z osobami starszymi, niesamodzielnymi, niepełnosprawnymi, zarówno w kontekście opieki, pielęgnacji jak i leczenia i profilaktyki NTM. Dr Zyta Wojszel z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku przybliżyła nam problematykę występowania nietrzymania moczu w starości (str. 12), natomiast dr Elżbieta Szwałkiewicz, Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych przedstawiła rozwiązania, które w znaczący sposób mogą poprawić jakość opieki długoterminowej w Polsce. (str. 7)

Przyjemnej lektury.

Anna Sulka

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiała;
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: Agata Fryszak, Magdalena Kowalewska, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska;
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz, Grażyna Śmiarowska;
Korekta: Marzena Michałek; **Zdjęcia:** Photogenica Sp. z o.o.
Rysunki: Dariusz Pietrzak; **Skład:** Wojciech Polniak
Adres redakcji: ul. E. Ciołka 13, 01-445 Warszawa, tel.: (22) 279 49 09, faks: (22) 279 49 10, e-mail: ntm@ntm.pl

Infolinia:

801 800 038 (dla telefonów stacjonarnych)
22 279 49 038 (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.
 Projekt okładki: Wojciech Polniak

System refundacji przyjazny pacjentom

Anna Sulka

W poprzednim numerze Kwartalnika rozpoczęliśmy cykl tekstów inspirowany raportem „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej”. Wówczas uwagę skupiliśmy na klasyfikacji chorych na NTM według kluczowych kryteriów i podział ich na względnie jednorodne grupy. W bieżącym numerze zaprezentujemy Państwu rozwiązania prawne w zakre-

organizacji walczącej na forum międzynarodowym o prawo osób cierpiących na NTM do właściwej opieki zdrowotnej oraz zaopatrzenia w środki higieniczne pierwszej potrzeby. WFIP poprzez edukację zdrowotną, opracowywanie oraz udostępnianie materiałów informacyjnych związanych z profilaktyką i leczeniem NTM, a także poprzez współpracę z organizacjami społecznymi z różnych części świata, które wspierają chorych oraz ich rodziny, stara się przełamać tabu i zainicjować publiczną dyskusję o tym powszechnym, a jednocześnie wciąż uważanym za bardzo wstydlivy, problemie. Obecnie osoby cierpiące na NTM często skazane są na izolację społeczną. Odrzucane przez swoje otoczenie i ignorowane przez służbę zdrowia - bo „na nietrzymanie moczu się nie umiera” - muszą mierzyć się ze swoją chorobą, samotnością, a także - w wielu przypadkach - z brakiem funduszy na leczenie czy choćby higienę.

Autorzy raportu wykazali, że w Polsce chorzy na NTM borykają się z wieloma utrudnieniami w dostępie do zaopatrzenia, a system refundacji jest pełen sprzeczności. Zwrócono uwagę, że kryteria ustanawiane przez lata w Polsce pozbawiają większość osób cierpiących na nietrzymanie moczu jakiegokolwiek wsparcia finansowego. Dotyczy to przede wszystkim refundacji środków absorpcyjnych. Nawet jeżeli chory zaklasyfikuje się do otrzymania dopłaty do zaopatrzenia tego typu (o co nie jest łatwo), to NFZ pokryje jedynie niewielki odsetek poniesionych przez niego kosztów. Dzieje się tak, ponie-

nie refundacji środków absorpcyjnych, które w oparciu o te swoiste „profile pacjentów” rekomendują autorzy analizy.

ZASADY REFUNDACJI ŚRODKÓW ABSORPCYJNYCH: POLSKA VS. SĄSIEDNIE KRAJE

KRAJ	DOPLATA PACJENTA	LIMIT CENOWY	LIMIT ILOŚCIOWY	WSKAZANIA MEDYCZNE DO PRYZNANIA REFUNDACJI	KLASYFIKACJA REFUNDACJI W OPARCIU O STOPIEŃ NIETRZYMANIA MOCZU
POLSKA	30%	90 zł	60 szt.	Nietrzymanie moczu nie jest wystarczającym wskazaniem do otrzymania refundacji, chory musi mieć inną chorobę uwzględnioną w wykazie	Brak
CZECHY	0%	Ciężkie NTM - 234 zł; Średnie NTM - 150 zł; Lekkie NTM - 92 zł.	Do 150 szt.	Nietrzymanie moczu	Tak/trzy stopnie
SŁOWACJA	0%	Ciężkie NTM - 240 zł; Średnie NTM - 72 zł.	Brak (na wkłady anatomiczne i podkłady 60 szt.)	Nietrzymanie moczu	Tak/trzy stopnie
WĘGRY	0% (przy niskich dochodach) lub 15%	Ciężkie NTM - 143 zł; Lekkie NTM - 82 zł.	Do 120 szt.	Nietrzymanie moczu	Tak/trzy stopnie

Zródło: Raport „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej”

Raport „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej” powstał na zlecenie Międzynarodowej Federacji na Rzecz Pacjentów z Nietrzymaniem Moczu (z ang. World Federation of Incontinent Patients, WFIP),

waż rynkowe ceny produktów refundowanych rozmiągają się z limitami przyjętymi przez Ministerstwo Zdrowia. Liczne ograniczenia we współfinansowaniu środków wchłaniających, mające na celu ochronę budżetu

płatnika, nie przeszkadzają Ministerstwu Zdrowia generować jednocześnie zbędnych kosztów np. wymuszając na chorych odbycie dodatkowych wizyt u wybranych przez ustawodawcę lekarzy czy refundując produkty będące zabezpieczeniem pościeli przed zabrudzeniem.

Polskie przepisy odbiegają od standardów obowiązujących w innych europejskich krajach, zarówno w zakresie ilości refundowanych środków absorpcyjnych na dobę, kryterium chorobowego, zasad współpłacenia, jak i w wysokości limitów cenowych.

Wobec nieprzychylnego pacjentom z NTM systemu refundacji środków absorpcyjnych, autorzy raportu zaproponowali swój model dopłat. Zastrzegli oni jednocześnie, że nie chcą robić rewolucji (dlatego też skorzystali

z dotychczas obowiązującego schematu prezentacji zasad refundacji), a jedynie zmodyfikować te przepisy, które od dawna odbiegają od obecnych realiów społecznych i gospodarczych. Zaprezentowane rozwiązania mają być złotym środkiem między potrzebami pacjentów, a możliwościami płatnika. Przykładowo, zaproponowane limity cenowe nie są dokładnym odzwierciedleniem cen obowiązujących na rynku środków absorpcyjnych, a nowe limity ilościowe nie gwarantują dokładnie takiej liczby środków absorpcyjnych, która odpowiadałaby ilości wydalanego w ciągu doby moczu. Jednak zmiany te idą w dobrym kierunku - poprawiają sytuację osób najbardziej potrzebujących i najbardziej potrzebujących - minimalizując jednocześnie ryzyko wzrostu kosztów NFZ.



RAPORT „WSPARCIE PACJENTA Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ”: PROPOZYCJA ZMIAN ZASAD REFUNDACJI

RODZAJ ŚRODKA POMOCNICZEGO	KRYTERIUM CHOROBY	NATĘŻENIE NTM (ocena za pomocą testu podpaskowego)	LIMIT ILOŚCIOWY MIESIĘCZNIE	LIMIT CENOWY	DOPLATA PACJENTA W RAMACH LIMITU	LEKARZ UPRAWNIENY DO WYPISANIA ZLECENIA
wkłady anatomiczne	wysiłkowe nietrzymanie moczu lub pęcherz neurogeny lub nietrzymanie moczu z parć nagłych lub zespół pęcherza nadreaktywnego lub nietrzymanie moczu związane z wiekiem	średnie 20g - 150g gubionego moczu	90	1 zł	30%	onkolog, neurolog, urolog, lekarz POZ, chirurg, felczer ubezpieczenia zdrowotnego, ginekolog, geriatra, kontynuacja - pielęgniarka
lub pieluchy anatomiczne				1,7 zł		
pieluchy anatomiczne	ciężkie > 150g gubionego moczu	120	1,7 zł			
lub pieluchomajtki			2 zł			
lub majtki chłonne			2,5 zł			

KORZYŚCI PŁYNĄCE Z PROPONOWANYCH ZMIAN

- Powszechne współpłacenie gwarantuje uszczelnienie systemu i redukuje ryzyko występowania nadużyć.
- Zróżnicowanie kosztów poszczególnych środków absorpcyjnych zapewnia optymalizację wydatków NFZ (część chorych wybierze najmniejsze, najbardziej dyskretne produkty, które jednocześnie są najtańsze).
- Wyłączenie z refundacji osób cierpiących na lekkie nietrzymanie moczu (są to najczęściej osoby dobrze rokujące co do wyleczenia, 60% chorych na nietrzymanie moczu cierpi na lekkie NTM), gwarantuje redukcję kosztów NFZ.
- Usunięto z refundacji podkłady, które nie należą do grupy środków absorpcyjnych.
- Koszty wzrostu limitów ilościowych są równoważone poprzez zróżnicowanie cen poszczególnych produktów chłonnych, wykluczenie z refundacji osób z lekkim NTM, rezygnację z refundacji podkładów oraz zmniejszenie kosztów leczenia odleżyn będących efektem niewystarczającego zaopatrzenia w środki absorpcyjne.
- Ryzyko nadmiernego wzrostu kosztów NFZ jest ograniczane poprzez aktualnie obowiązujący system kontroli refundacji w postaci punktów potwierdzania zleceń NFZ.

Będzie gorzej dla osób z NTM?

Anna Sulka

W lipcu i sierpniu ogólnopolskie media (Dziennik Gazeta Prawna, Rzeczpospolita, Puls Medycyny, Rynek Zdrowia, Puls Biznesu) informowały, że resort zdrowia zamierza wprowadzić niekorzystne, dla części użytkowników zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego, przepisy.

Zdaniem ekspertów oraz środowisk pacjenckich, ujawniony projekt nie zapewnia szerszego dostępu do produktów wysokiej jakości, a jedynie przesuwają środki z jednego typu wyrobów medycznych na inne, co grozi wydłużaniem się kolejek np. po aparaty słuchowe. Zapewne nie takich zmian spodziewali się niepełnosprawni i przewlekle chorzy po 14 latach oczekiwania na nowelizację. Organizacje pacjenckie protestują i piszą pisma do resortu zdrowia.

Na projektowanych zmianach najwięcej stracą chorzy cierpiący na nietrzymanie moczu. Bo to właśnie oni są największą grupą korzystających ze środków NFZ przeznaczonych na zaopatrzenie pomocnicze i ortopedyczne i na nich ministerstwo postanowiło zaoszczędzić najwięcej. Urzędnicy planują zmniejszyć limit cenowy na środki absorpcyjne z 1,5 zł/szt. bądź 1,28 zł/szt. (limit cenowy zależy od schorzenia pacjenta) do 0,8 zł za jedną pieluchę anatomiczną i 1,2 zł za jedną sztukę pieluchomajtek przy utrzymaniu obecnego limitu ilościowego 60 szt. miesięcznie. Tymczasem już od 2009 r. dynamika wzrostu budżetu na te produkty systematycznie wyhamowuje. Dzieje się tak, mimo że liczba chorych nie zmniejsza się - wręcz przeciwnie - dynamicznie rośnie wraz z postępującym starzeniem się społeczeństwa. Organizacje pacjenckie oraz eksperci zwracają uwagę, że mniejsze limity cenowe na pieluchomajtki wcale nie oznaczają redukcji wydatków NFZ. Ograniczanie dostępu do zaopatrzenia w środki absorpcyjne jedynie z pozoru przyniesie oszczędności w budżecie NFZ. Duża grupa chorych, którzy boleśnie odczuwają zmianę przepisów, to osoby starsze mające bardzo niskie dochody - w ich przypadku zaniedbania higieniczne bardzo szybko zaowocują odleżynami i ranami, a w konsekwencji hospitalizacją. *Leczenie odleżyn i zakażeń dróg moczowych jest bardzo drogie i długotrwałe* - tłumaczy dr nauk o zdrowiu Elżbieta Szwalkiewicz, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

W Polsce nadal obowiązuje limit ilościowy na pieluchy na poziomie 60 sztuk miesięcznie, podczas gdy w Czechach wy-

nosi on 150 sztuk, na Słowacji jest jedynie limit wartościowy, a na Węgrzech refunduje się 120 sztuk miesięcznie. Podobnie rzecz się ma z limitami cenowymi. W Polsce wynosi on 90 zł przy 30% współpłaceniu pacjenta lub 77 zł przy refundacji 100%, podczas gdy w Czechach limit cenowy oscyluje w zależności od stopnia NTM od 92 zł do aż 234 zł miesięcznie. Jeszcze lepszą sytuację mają pacjenci na Słowacji. Tam limit cenowy wynosi aż 240 zł - mówi Anna Sarbak, Prezes Zarządu Głównego Stowarzyszenia „UroConti”. Nasz wniosek o zmianę zasad refundacji środków absorpcyjnych przygotowany wspólnie z konsultantem krajowym



w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych leży w ministerstwie zdrowia od 2010 r.; żaden z naszych postulatów nie został uwzględniony w projekcie, na który powołują się media. Wygląda na to, że dla resortu zdrowia liczą się jedynie pozorne oszczędności - dodaje. Nie ukrywam, że rozporządzenie upublicznione przez media wzburzyło nas. Zawarte w nim

zapisy są dalekie od tego, co zaproponowaliśmy w naszym obywatelskim projekcie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze, który przestaliśmy do Ministra Zdrowia 3 lipca br. - mówi Józef Góralczyk z Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych.

Ministerstwo Zdrowia nie komentuje nieoficjalnych doniesień odnośnie planowanych zmian w refundacji artykułów higienicznych dla osób z NTM. *Szczegółowe informacje w zakresie rozwiązań dotyczących zaopatrzenia w środki absorpcyjne dla osób z nietrzymaniem moczu zostaną podane do wiadomości publicznej z chwilą skierowania projektu rozporządzenia do konsultacji społecznych - komentuje Krzysztof Bąk, Rzecznik Prasowy Ministerstwa Zdrowia.*

Udział wydatków na zaopatrzenie ortopedyczne i pomocnicze w kosztach świadczeń zdrowotnych w latach 2009-2014.

Rok	Koszty zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze (w tys. zł)	Koszty świadczeń zdrowotnych ogółem (w tys. zł)	Udział wydatków na zaopatrzenie w kosztach świadczeń zdrowotnych (w %)
2014	835 544,00	63 387 601,00	1,31
2013	866 881,00	62 741 696,00	1,38
2012	684 990,00	62 153 649,00	1,05
2011	623 785,42	58 224 321,00	1,07
2010	589 883,98	56 643 910,37	1,04
2009	587 479,54	54 864 618,11	1,07

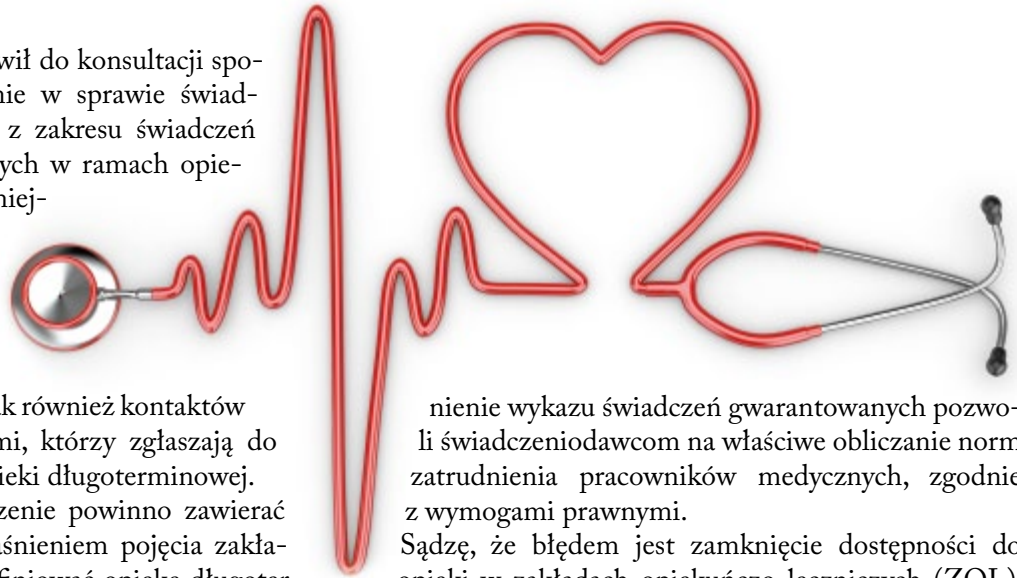
Źródło: Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4.06.2013 oraz plan finansowy NFZ na 2014.

Jak uzdrowić system opieki długoterminowej?

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Resort zdrowia przedstawił do konsultacji społecznych rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W niniejszym artykule prezentuję moją ocenę proponowanych zapisów będącą wynikiem rozległych i długotrwałych konsultacji ze świadczeniodawcami, jak również kontaktów z pacjentami i ich rodzinami, którzy zgłaszają do mnie problemy dotyczące opieki długoterminowej. Uważam, że ww. rozporządzenie powinno zawierać słowniczek, gdzie poza wyjaśnieniem pojęcia zakładu opiekuńczego należy zdefiniować opiekę długoterminową, a także pielęgnację z rozróżnieniem na pielęgnację podstawową oraz pielęgnację specjalistyczną. Jest to niezwykle ważne, gdyż z powodu braku tych definicji, także w innych aktach prawnych, nie rozróżnia się w systemie ochrony zdrowia pojęć takich jak świadczenie pielęgnacyjne i świadczenie pielęgniarstwo. Powoduje to duże zamieszanie, szczególnie w długoterminowej opiece domowej na styku ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Główny zakres rzeczowy opieki długoterminowej jest zawarty w pojęciu „świadczenie pielęgniarstwo”, które jest nieporównanie szersze w swym zakresie od „pielęgnacji”. Brak poprawności metodologicznej (chaos pojęciowy) rodzi nieporozumienia kompetencyjne. Równie ważne jest, by wykaz gwarantowanych świadczeń został uzupełniony o świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, które zostały wymienione w tytule rozporządzenia, ale nie w jego treści. To uzupełnienie jest konieczne, gdyż czynności pielęgnacyjno-opiekuńcze z zakresu podstawowej pielęgnacji nie są świadczeniem zdrowotnym, ale muszą być gwarantowanym świadczeniem towarzyszącym świadczeniom zdrowotnym u pacjentów niesamodzielnych we wszystkich stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej, także w szpitalach. Ponadto mogą i powinny być one wykonywane przez opiekuna medycznego. W takim przypadku mogą, ale nie muszą wchodzić w zakres świadczeń pielęgniarki. Takie uzupeł-



nienie wykazu świadczeń gwarantowanych pozwoli świadczeniodawcom na właściwe obliczanie norm zatrudnienia pracowników medycznych, zgodnie z wymogami prawnymi.

Sądzę, że błędem jest zamknięcie dostępności do opieki w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL), czy też pielęgnacyjno-opiekuńczych (ZPO) pacjentom z zaawansowaną chorobą nowotworową. Przecież pacjent w schyłkowej fazie choroby nowotworowej najczęściej potrzebuje podstawowej bądź specjalistycznej pielęgnacji oraz leczenia objawowego, najczęściej bólu i niegojących się ran. Nie ma uzasadnienia merytorycznego dla odmowy pomocy tym pacjentom, gdy zwracają się o umieszczenie w zakładzie opiekuńczym. Nie ma bowiem zastrzeżenia co do możliwości podawania leków przeciwbólowych w zakładzie opiekuńczym, jak też nie ma zastrzeżenia, by pacjent zakładu mógł korzystać z porady lekarza specjalisty leczenia bólu. Rekomenduję zniesienie tego ograniczenia, gdyż ZOL, ZPO oraz hospicja są nierównomiernie usytuowane na terenie kraju, a ze względu na stan pacjenta, należy zadbać o jak największą dostępność w uzyskaniu pomocy.

Ponadto, w systemie obowiązuje generalna zasada ograniczenia dostępności do świadczeń dla osób przewlekle chorych, których sprawność przekroczyła 40 pkt w Skali Barthel. Poza dramatycznym niedoszacowaniem, stawki płaconej za osobodzeń opieki, takie ograniczenie dostępności jest najpoważniejszym problemem opieki długoterminowej. Obecny projekt rozporządzenia tę sytuację utrzymuje.

Projekt rozporządzenia odnosi się także do warunków realizacji świadczeń gwarantowanych. Przy analizie tych

wymogów nasuwa się myśl, że charakterem są one bliższe oddziałom szpitalnym dla przewlekle chorych, ale z pewnością nie ZOL czy ZPO. Chciałabym tu podkreślić, że opieka długoterminowa to długookresowa profesjonalna pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb życiowych osoby, która w związku z chorobą utraciła zdolność do samoopieki i samopielęgnacji i która wymaga profesjonalnego nadzoru (pielęgniarka, lekarz) nad kontynuacją zaleconego przez lekarzy specjalistów (wielochorobowość) leczenia farmakologicznego. Tak więc, obok podstawowej i specjalistycznej pielęgnacji, pacjent otrzymuje także pomoc w kontynuowaniu zaleconego le-

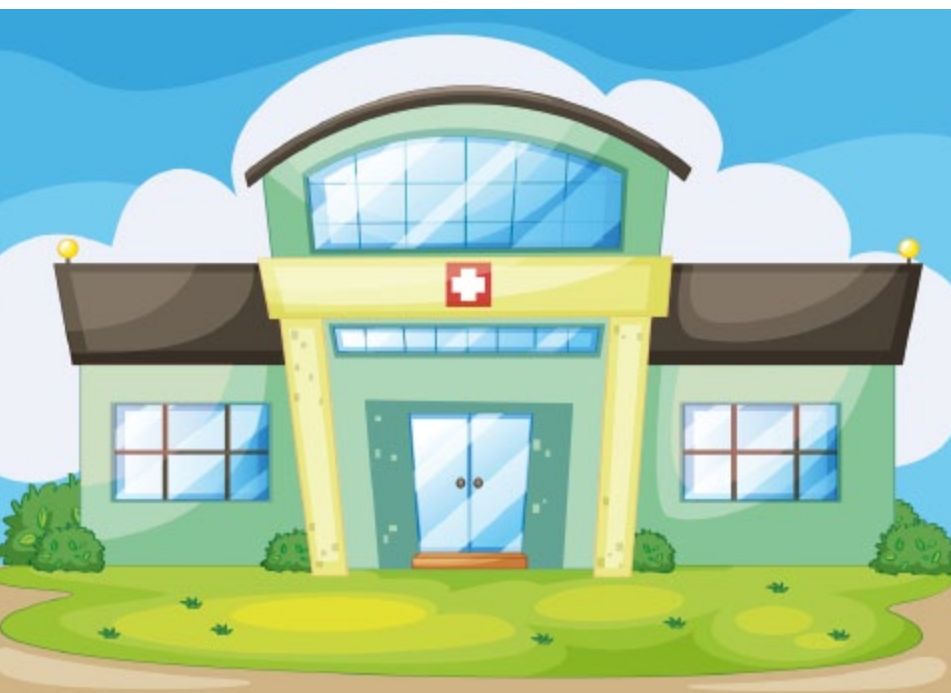
nuacja. Żeby zmienić tę sytuację należałoby uznać, wzorem innych krajów, że do opieki długoterminowej pacjent nie trafia po to, by leczyć chorobę przewlekłą, ale w związku ze skutkami tej choroby wywołującymi potrzebę pielęgnacji i całodobowej opieki pielęgniarskiej. W zakładzie tylko nadzoruje się i pomaga w przyjmowaniu zaleconych przez lekarza specjalistę leków. Rozporządzenie do tej kwestii się nie odnosi.

Wątpliwości mam także, gdy czytam proponowane warunki zatrudnienia fizjoterapeutów. Szczególnie w kontekście zróżnicowania wymiaru czasowego rehabilitacji w zależności od stanu świadomości pacjenta i formy żywienia. Uważam, że w zakładach opiekuńczych powinny być gwarantowane jednakowe normy zatrudnienia fizjoterapeutów, tj. równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek. Dyrektorzy zakładów ponosząc odpowiedzialność za stan pacjenta, sami powinni decydować, w zależności od potrzeb lub specyfiki zakładu opiekuńczego, czy zwiększą poziom zatrudnienia fizjoterapeutów.

Na uwagę zasługują także propozycje dotyczące domowej opieki długoterminowej, które ograniczają istotnie dostęp do kompleksowej opieki pielęgniarki i fizjoterapeuty. Osoby cierpiące na choroby neurologiczne połączone z dystrofią mięśni, korzystające z nieinwazyjnej wentylacji mechanicznej wspomagającej oddychanie, oceniają projektowane zmiany w rozporządzeniu jako niekorzystne i zgłaszają się do mnie z prośbą o wsparcie ich protestu

przeciw ustaleniom dotyczącym minimalnej liczby wizyt fizjoterapeuty i pielęgniarki. Jest to istotne, gdyż nie można łączyć pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej z opieką zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Podział wentylacji mechanicznej na inwazyjną i nieinwazyjną spowodował m.in., że ta druga grupa pacjentów może liczyć na wizytę pielęgniarską tylko raz na kwartał.

W sytuacji, gdy nie można udzielić pomocy wszystkim i odpowiednio do potrzeb, należy precyzyjnie zdefiniować świadczenia gwarantowane oraz określić ich zakres. Ponadto potrzebne jest spojrzenie na opiekę długoterminową nie przez pryzmat lekarza i leczenia, a przez pryzmat pielęgnacji specjalistycznej i podstawowej oraz wyeliminowanie tych wymogów wobec świadczeniodawców, które nie mają wpływu na jakość pielęgnowania, a podnoszą koszty. Tego niestety proponowane zamiany nie obejmują. Jednak do momentu wydania nowego rozporządzenia nie należy uznawać sprawy za zamkniętą.



czenia. Zabiegi lecznicze oraz leczenie farmakologiczne wykonywane jest przez pielęgniarki, pod merytorycznym nadzorem lekarza, który powinien tu pełnić rolę konsultanta. Nie widzę żadnej przesłanki, która by uzasadniała określanie wymiaru czasu pracy lekarza w ZOL/ZPO na jeden etat na 35 pacjentów. Jest to zdecydowanie wygórowane, a ponadto to świadczeniodawca ponoszący odpowiedzialność wobec pacjentów sam powinien decydować o formie i wymiarze zatrudnienia lekarza.

Wielokrotnie zadawałam pytanie dlaczego przetrzuca się na zakłady opieki długoterminowej koszty leczenia specjalistycznego i na jakiej podstawie odmawia się pacjentowi, który trafia do ZOL czy ZPO, kontynuacji leczenia choroby przewlekłej w jego poradni specjalistycznej i u jego lekarza specjalisty oraz zaopatrywania się w leki na zasadach ogólnych. Prawda jest taka, że z racji takich a nie innych zapisów rozporządzenia, pacjent w zakładzie trafia pod opiekę innego lekarza specjalisty i często, z powodu możliwości finansowych zakładu, ma zmieniane leki. Jest to modyfikacja leczenia, a nie jego konty-

Raport Eurocarers | Opieka nieformalna w Holandii

Katarzyna Walewska

W ramach cyklu artykułów poświęconych raportowi organizacji Eurocarers o jakości życia opiekunów nieformalnych i ich rodzin, w bieżącym numerze prezentujemy Państwu wyniki badań z Holandii.

Kim jest opiekun nieformalny w Holandii?

Na początek warto przyjrzeć się kim są holenderscy opiekunowie nieformalni. Statystyki raportu wyraźnie wskazują, że w tej grupie opiekunów większość stanowią kobiety (67%). Ponad połowa to osoby w wieku powyżej 65 lat, w większości pozostające w związku małżeńskim ze swoim podopiecznym (66%), bądź żyjące z nim we wspólnym gospodarstwie domowym. W przypadku 44% respondentów, rolę opiekuna pełni żona podopiecznego, 22% mąż, 22% córka, a 11% opiekunów stanowią synowie osób wymagających pomocy. Przeciętny opiekun nieformalny w Holandii posiada wykształcenie wyższe zawodowe, pracuje na niepełnym etacie (44%), przebywa na emeryturze (33%), bądź zajmuje się domem (22%). Przeważająca liczba opiekunów sprawuje opiekę nad niepełnosprawnym członkiem rodziny już od 8-10 lat, a z problemem nietrzymania moczu ma styczność od blisko 3 lat. Dopytując opiekunów o przyczynę wystąpienia nietrzymania moczu, dowiadujemy się, że pojawienie się inkontynencji u ich podopiecznych miało różne podłoże, czasem występowało nagle jako skutek udaru mózgu lub stopniowo m.in. jako schorzenie współwystępujące przy reumatoidalnym zapaleniu stawów.

NTM a opieka nad bliskim

Założeniem badania było poznanie oceny jakości życia opiekunów zajmujących się osobami cierpiącymi na nietrzymanie moczu, stąd też w raporcie dużo miejsca poświęcono kwestii wpływu występowania NTM na charakter sprawowania opieki nad przewlekle chorym. Z raportu dowiadujemy się, że holenderscy opiekunowie są zdania, iż występowanie nietrzymania moczu u bliskich ma znaczący wpływ na ich codzienną opiekę, jednak nie jest ono tak uciążliwe jak demencja, opieka nad chorym po udarze czy osobą z zaburzeniami funkcji poznawczych.

O tym jak ciężka jest rola opiekuna nieformalnego świadczy zakres obowiązków, które opiekunowie są zobligowani wykonać w ciągu dnia, a czasem również w nocy. Podopieczni wymagają pomocy 24 godziny na dobę, przy korzystaniu z toalety, zmianie środków absorpcyjnych, myciu, ubieraniu, karmieniu. Opiekunowie dbają o zapewnienie czystości toalety czy łóżka chorego. Ponadto muszą wykonywać szereg pozostałych prac domowych, nie zapominając przy tym o zapewnieniu podopiecznemu odpowiedniej ilości środków absorpcyjnych, co jak się okazuje nie jest takie proste.

Pomimo, że praca opiekuna jest ciężka, żmudna i męczą-

ca, grono osób decyduje się podjąć to wyzwanie. Autorzy badania poszukując motywów, dopytywali respondentów o to co skłoniło ich do poświęcenia swojego czasu i życia na opiekę nad bliskim. Odpowiedź jest prosta, głównym powodem było poczucie obowiązku wynikające z małżeństwa bądź relacji rodzice-dzieci. *Gdy się pobieraliśmy, obiecaliśmy sobie, że nigdy siebie nie zawiedzimy* - argumentuje jeden z opiekunów. Część opiekunów twierdzi również, że pełni opiekę nad rodzicami bądź małżonkami, gdyż zdaje sobie sprawę, że najbliższa osoba nie chce być oddawana pod opiekę instytucjonalną, woli przebywać w domu i chce być objęta opieką ze strony kogoś bliskiego. *Moja matka zawsze twierdziła, że chce żyć w swoim własnym domu tak długo jak to tylko możliwe* - dodaje jedna z opiekunek.



Trud i poświęcenie

Autorzy raportu, badając jakość życia opiekunów, poszukiwali również informacji o barierach, które opiekunowie napotykają w swojej codziennej pracy. Jak wynika z opracowania respondenci wymieniają trzy typy problemów: związane bezpośrednio z występowaniem nietrzymania moczu u podopiecznych, dotyczące zmiany produktów chłonnych, nieprzyjemnego zapachu, ciągłego sprzątanego po osobie z NTM. Kolejną przeszkodą jest częsty wysiłek fizyczny, związany z przemieszczaniem chorego, przemęczenie nieustanną pracą przy bliskim, jak również kłopoty ze snem, wynikające najczęściej z ciągłej kontroli i pomocy podopiecznemu, również w nocy. Do najczęstszych problemów natury praktycznej należą kłopoty z zaopatrzeniem w środki absorpcyjne, gdyż jak się okazuje produkty te często są słabe jakościowo bądź zamawiane, docierają z opóźnieniem.

Ponadto opiekunowie skarżą się na niewystarczającą pomoc z zewnątrz, podkreślając, że oczekują większego wsparcia od rodziny bądź pomocy ze strony odpowiednich instytucji. *Jestem przemęczony bo wszystko robię sam. Nie mogę odpocząć ani przez chwilę, jestem stale zajętym człowikiem* - skarży się jeden z opiekunów. Choć robią dla swoich bliskich naprawdę dużo, część z nich ma poczucie, że powinna dawać z siebie jeszcze więcej, gdyż nie zaspokajają oczekiwań swoich najbliższych, lecz na więcej po prostu brakuje im sił.

O tym czy podobna sytuacja panuje w innych państwach, opowiemy Państwu w kolejnych numerach Kwartalnika NTM. Wówczas zaprezentujemy wyniki z pozostałych krajów objętych badaniem.

O wsparciu osób chorych i niesamodzielnych



z Senatorem Mieczysławem Augustynem (PO), Przewodniczącym Parlamentarnego Zespołu do Spraw Osób Starszych oraz Przewodniczącym Senackiej Komisji Rodziny i Polityki Społecznej rozmawia Magdalena Kowalewska.

Ministerstwo Zdrowia przygotowuje zmiany w przepisach prawnych dotyczących refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Projekt nowego rozporządzenia uwzględnia m. in. zwiększenie refundacji na protezy ręki, oka, niektóre rodzaje wózków inwalidzkich oraz na aparaty słuchowe dla dzieci i młodzieży do 26 roku życia. Niestety jednak, znacznie obniżone zostanie dofinansowanie do zakupu środków absorpcyjnych. Jak ocenia Pan te zmiany?

Oczywiście każda ulga w finansowaniu środków ortopedycznych jest oczekiwana, ponieważ zwiększa szansę na autonomię i uczestnictwo osób niepełnosprawnych w życiu społecznym. Jednakże obniżenie poziomu dofinansowania do środków absorpcyjnych jest propozycją nie do końca przemyślaną. Warto ten pomysł na nowo rozważyć, choćby dobrze definiując cele i przewidując wszystkie skutki tej zmiany oraz biorąc pod uwagę głosy zainteresowanych.

Zmiana wysokości refundacji wydaje się niewielka - dopłata do pieluchy zmniejszona będzie o niecałe 1 zł, jednak w skali miesiąca oznaczać to będzie zwiększenie wydatków pacjentów o około 150 do 200 zł. Jak według Pana wpłynie to na jakość życia szczególnie osób starszych, cierpiących na nietrzymanie moczu?

Póki nie ma innych źródeł finansowania, nie powinno się ograniczać poziomu wsparcia dla osób z nietrzymaniem moczu. Zaznaczyć trzeba, że są to w większości starsze osoby, które utrzymują się głównie z emerytur i rent. Ceny środków absorpcyjnych rosną, a wartość nabywcza emerytur przeciwnie. Najbliższa waloryzacja będzie symboliczna. Na wsparcie finansowe rodzin w momencie spowolnienia gospodarczego, wzrostu bezrobocia oraz niskich płac, osoby cierpiące na nietrzymanie moczu też nie mogą liczyć. Skutek zaniedbań pielęgnacyjnych, jako jeden z możliwych efektów oszczędzania na pieluchomajtkach, może być dla budżetu ochrony zdrowia dużo wyższy niż oczekiwane oszczędności.

Czyli planowane oszczędności w budżecie, rzędu 50 mln zł, wynikające z zamierzonych przez resort zdro-

wia zmian w refundacji zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego, mogą być w rzeczywistości raczej nieosiągalne...

Niestety, liczenie całościowych kosztów w Polsce resortowej nie jest częste, choć w przypadku ustaw już się zdarza. Wydaje mi się, że od tych przewidywanych oszczędności, odjąć należy koszty częstszych wizyt u lekarzy rodzinnych, lekarzy specjalistów, koszty częstszych wizyt w szpitalach z powodu komplikacji zdrowotnych związanych z obniżeniem poziomu higieny. To wszystko oraz koszt leków, w ostatecznym bilansie, okaże się raczej dość istotną pozycją po stronie wydatków.

Innymi słowy, osoby cierpiące na NTM, które zrezygnują z zakupu środków absorpcyjnych z powodów finansowych, mogą stać się mniej aktywne, a pogarszający się stan higieny może przełożyć się na wzrost zachorowalności i konieczność ho-

spitalizacji tych osób. Z najnowszego raportu „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej” wynika, że leczenie powikłań wywołanych zbyt rzadkim stosowaniem pieluchomajtek jest bardzo drogie. Obniżenie dofinansowania do zakupu środków absorpcyjnych będzie dla NFZ droższe niż pozostawienie refundacji na dotychczasowym poziomie. Wszyscy menedżerowie ochrony zdrowia mają przyswojoną teorię, że lepiej zapobiegać komplikacjom zdrowotnym niż je leczyć. Proponowana zmiana z tą słuszną tezą jest w konflikcie.

Kolejna, obecnie niezwykle istotna sprawa, to zaprezentowany niedawno projekt ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym, nad którą prace, ze szczególnym Pana udziałem, trwały od kilku lat. Jednym z głównych założeń ustawy jest poprawa wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich rodzin, wzmacnianie samodzielności i autonomii osób niesamodzielnych. Jakie są inne najważniejsze założenia ustawy?

Prace nad ustawą trwają i weszły w coraz bardziej zaawansowaną fazę. Prawnicy jeszcze raz przeglądają każdy przepis, uwzględniamy napływające uwagi, także te, zgłaszane podczas konferencji konsultacyjnych. Chcemy w sposób skuteczny odpowiedzieć na rosnące z powodu starzenia się społeczeństwa, zapotrzebowanie na usługi opie-

kuńcze. Ustawa ma przełamać bariery dostępności do tych usług (bo dziś są już zbyt drogie, często lichej jakości, w małym wyborze) oraz zwiększyć możliwość korzystania z publicznego wsparcia w zapewnieniu tych usług (dziś jest to uzależnione od sytuacji materialnej rodzin). Ustanowiony został również w założeniach ustawy prymat opieki domowej nad formami opieki instytucjonalnej. To najbliżsi krewni i przyjaciele mają mieć najważniejszy wkład w organizowanie pomocy i kontrolę jej jakości. Ustawa przewiduje także wzrost zatrudnienia dla osób w wieku okołomerytalnym oraz szansę na pracę dla opiekunów.

Do kogo szczególnie skierowana jest nowa ustawa? Kto będzie mógł z niej w pierwszym rządzie skorzystać? Kim są osoby niesamodzielne w rozumieniu projektu?

Skorzystać na tej ustawie możemy wszyscy, ale największym beneficjentem będą osoby niesamodzielne i ich rodzienni opiekunowie. Za osoby niesamodzielne uznajemy w ustawie osoby dorosłe, po osiemnastym roku życia, które w związku ze znacznym stopniem niepełnosprawności będą miały orzeczony stopień niesamodzielności. Właśnie do tych rodzin, z dorosłymi niesamodzielnymi ich członkami, skierowana będzie pomoc zależna od zapotrzebowania. Jeśli rodzina sama opiekuje się osobą niesamodzielną, wówczas będzie miała zrefundowane koszty środków pomocniczych np. pieluchomajtek, materaca przeciwośluzowego, usług pomocniczych takich jak: dostawa posiłku, kąpiel w domu oraz koszty „opieki wytchnieniowej” (związanej z własnym leczeniem, czy potrzebą odpoczynku od opieki). Gdy rodzina może się opiekować osobą niesamodzielną w ograniczonym zakresie lub wcale opieki tej nie może sprawować, wówczas na zakup usług opiekuńczych przyznawany będzie specjalny czek. Trafi on do rzeczywistych opiekunów i to oni zdecydują o tym jakie usługi i od kogo będą chcieli zakupić. Upodmiotawiamy w ten sposób osoby niesamodzielne i ich rodziny, tworząc jednocześnie otwarty rynek usług opiekuńczych.

W jaki sposób ustawa o pomocy osobom niesamodzielnym będzie wdrażana?

Proponujemy wprowadzać ją etapami, z których każdy

trwałby dwa lata. W pierwszym etapie ustawa objęłaby osoby o największym stopniu niesamodzielności, później także tych o umiarkowanym stopniu, by w końcu służyć wszystkim niesamodzielnym, których w tej chwili jest ok. 1 mln. Etapowanie jest związane z możliwościami finansowania oraz koniecznością dokonywania ewentualnych korekt.

Co nowego wprowadzi projektowana ustawa?

Ustawa jest próbą stworzenia nowego ładu w opiece długoterminowej. Nowe będzie ustalanie stopni niesamodzielności, czek opiekuńczy i refundacja kwalifikowanych kosztów opieki, teleopieka, nowy zawód asystenta osoby niesamodzielnej, możliwość wzięcia urlopu w celu sprawowania opieki, opieka zastępcza (wytchnieniowa) dla opiekunów rodzinnych.

Uściślając, w projekcie ustawa określa trzy stopnie niesamodzielności, które ustalane będą według kryteriów niezdolności osoby do samodzielnej egzystencji i związanego z tym stopnia zależności tej osoby od otoczenia oraz konieczność otrzymywania opieki w różnym wymiarze czasu.

Czek opiekuńczy natomiast służy osobie niesamodzielną lub upoważnionej osobie bliskiej do zapłaty za zrealizowane w danym miesiącu świadczenia opiekuńcze, do wysokości równej wartości czeku.

Teleopieka zaś, to usługa zapewniająca bezpieczeństwo osobom niesamodzielnym, świadczona z wykorzystaniem systemu powiadamiania i monitoringu elektronicznego.

Po hasłem opieka zastępcza rozumiemy usługę opiekuńczą, wykonywaną albo w domu osoby niesamodzielnej, albo w formie całodobowej opieki instytucjonalnej. Ten rodzaj usług nazywany jest popularnie „opieką wytchnieniową”. Przyznawana będzie w czasie, gdy nieprofesjonalni opiekunowie rodzienni będą chcieli skorzystać z przerwy w obowiązkach dla odpoczynku i odzyskania sił.

Otwarty lecz regulowany rynek usług miałby zapewnić konkurencję przy gwarantowanej jakości (standardy i kontrola).

Ustawa wprowadza zmianę całkowitą, mającą dać opiekę niesamodzielnym, wsparcie rodzinom i stworzyć ok. 200 tysięcy miejsc pracy dla przyzwoicie opłacanych opiekunów.



Przyczyny i następstwa nietrzymania moczu w starości



dr hab. n. med. Zyta Beata Wojszel
Klinika Geriatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Nietrzymanie moczu (NTM) to jeden z bardzo powszechnych zespołów geriatrycznych. Występowanie nietrzymania moczu w populacji osób starszych jest częste, a częstość ta rośnie wraz z wiekiem. Problem ten zgłasza około 40% osób po 75. roku życia, zaś w przypadku 8% osób należących do tej grupy wieku można je określić jako poważne lub częste NTM. Na występowanie tego typu skarg ma wpływ oczywiście szereg czynników. Przede wszystkim skojarzone to jest z fizyczną i psychiczną niesprawnością osób starszych, co może być wytłumaczeniem dla znacznie częstszego występowania nietrzymania moczu wśród osób starszych przebywających w oddziałach szpitalnych i instytucjach opieki długoterminowej - tu częstość występowania NTM sięga nawet 70%.

Czemu w okresie starości jesteśmy bardziej podatni na występowanie NTM? W procesie fizjologicznego starzenia dochodzi do zmian w obrębie układu moczowego, m. in. do niedoczynności lub nadreaktywności mięśnia wypieracza pęcherza. Następstwem tego może być zmniejszająca się z wiekiem pojemność czynnościowa pęcherza moczowego. Na skutek niedoczynności wypieracza i/lub przeszkody podpęcherzowej może zwiększać się objętość moczu zalegającego po mikcji. Zmiany te sprzyjają pojawieniu się nietrzymania moczu. Zmienia się dobowy rytm wydalania płynów - częściej mamy do czynienia z potrzebą oddawania moczu podczas odpoczynku nocnego. Pojawiają się nagłe skurcze ściany pęcherza moczowego z uczuciem konieczności niezwłocznego oddania moczu. Mimo, iż szereg zmian związanych z fizjologią starzenia sprzyja występowaniu NTM w starości, to w żadnym wypadku NTM występującego u starszej osoby nie można traktować jako normalny dla tego okresu życia stan. NTM wynika najczęściej z nałożenia się na wspomniane zmiany fizjologiczne innych chorób lub stanów, które zwykło się dzielić na przemijające (odwracalne) i utrwalone przyczyny nietrzymania moczu.

Wśród odwracalnych przyczyn nietrzymania moczu czę-

ste są tak zwane czynniki środowiskowe. Osoba starsza, która znajdzie się w nowym dla niej otoczeniu (na przykład w szpitalu), może nie wiedzieć, gdzie znajduje się toaleta i nie trafić do niej, gdy pojawi się potrzeba oddania moczu. Mieszkanie i toaleta mogą nie być przystosowane do ograniczeń sprawności osoby starszej lub też toaleta znajduje się w miejscu niedostępnym i odległym. Z taką sytuacją często mamy do czynienia w domostwach osób starszych na wsi, a badania potwierdzają, iż mieszkańcy wsi częściej skarżą się na występowanie incydentów NTM, niż mieszkańcy miast. Fizyczna niesprawność może powodować, że starszy człowiek nie jest w stanie szybko się przemieszczać i dotrzeć do toalety na czas, lub też obawia się tego. W przypadku środowiskowych przyczyn nietrzymania moczu najważniejsze jest ich wykrycie oraz odpowiednia modyfikacja środowiska zamieszkania/bytowania starszej osoby, przystosowanie warunków mieszkaniowych do występującego u niej ograniczenia sprawności, zaopatrzenie w niezbędne przedmioty wspomagające lokomocję (laska, kule, balkoniki).

Przemijającą przyczyną NTM mogą być stany, w których pacjent traci motywację i zdolność zależnej od woli kontroli oddawania moczu. I tak na przykład, nietrzymanie moczu pojawić się może wtedy, gdy dojdzie do pogorszenia sprawności funkcji poznawczych (intelektualnych) osoby starszej w zespole majaczenia. Z tą sytuacją mamy do czynienia bardzo często właśnie u osób w późnej starości, czyli po 75-80 roku życia. Najczęściej sytuacja taka towarzyszy infekcjom lub jest skutkiem niepożądanego działania różnych leków, niekorzystnie wpływających na funkcję ośrodkowego układu nerwowego. Najważniejszym elementem postępowania jest w tych przypadkach zidentyfikowanie powodu zaburzeń i zależne od tego postępowanie przyczynowe. Ustąpieniu zespołu majaczenia towarzyszyć z reguły będzie powrót zależnej od woli kontroli nad oddawaniem moczu.

Pacjent może na jakiś czas stracić motywację i zdolność kontroli oddawania moczu także w innych zaburzeniach



sfery psychicznej, np. w depresji. Warto pamiętać przy tym, że obraz kliniczny depresji w starości często jest niecharakterystyczny. Mamy tu do czynienia z tak zwanymi „maskami depresji”. Jedną z takich masek jest maska otępienia. Osoba starsza skarży się tu przede wszystkim na kłopoty z pamięcią, pogarsza się jej sprawność intelektualna, co czasami nawet skutkuje postawieniem błędnego rozpoznania otępienia. Tu także najważniejsze jest prawidłowe zidentyfikowanie problemu i odpowiednie postępowanie przyczynowe, to jest włączenie leczenia przeciwdepresyjnego. Często i odwracalną przyczyną nietrzymania moczu (a także przyczyną nasilenia się tego problemu) są infekcje dolnych dróg moczowych. Oczywiście, podstawowym postępowaniem w tej sytuacji jest leczenie infekcji. W przypadku starszych kobiet warto pamiętać także o atroficznym zapaleniu błony śluzowej cewki moczowej i pochwy, jako o możliwej przyczynie NTM. Wynika ono ze związanego z menopauzą niedoboru estrogenów i poprawę może wtedy przynieść, na przykład, odpowiednie leczenie miejscowe zalecone przez ginekologa.

Wśród osób starszych obłożnie chorych i mało aktywnych ruchowo, szczególnie często występującym stanem jest tak zwane „kałowe zatkanie odbytnicy”. Sprzyja ono zarówno nietrzymaniu moczu, jak i stolca, a jego przyczyną są uporczywe, zaniedbane zaparcia stolca. W tej sytuacji najważniejszym elementem postępowania jest przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień, poprzez dostarczenie starszej osobie odpowiedniej objętości płynów, stosowanie łagodnych leków przeczyszczających, a wtedy, gdy to jest niezbędne - oczyszczających wlewk doodbytniczych.

Przemijającą przyczyną nietrzymania moczu może być w końcu nadmierna objętość wytwarzanego i wydalanego moczu (poliuria). Będziemy mieć z tym mechanizmem do czynienia w sytuacji nadmiernej podaży płynów, stosowania leków lub używek o działaniu diuretycznym (kawa, herbata). Może to być także objaw źle wyrównanej cukrzycy lub skutek stanów chorobowych z towarzyszącymi obrzękami.

Niedocenianą przyczyną nietrzymania moczu u starszych pacjentów są także leki. W okresie starości mamy do czynienia ze współwystępowaniem szeregu chorób przewlekłych, czego następstwem jest często przyjmowanie wielu farmaceutyków. Skutkujące pojawieniem się NTM mechanizmy działania leków mogą być bardzo różne. Leki moczopędne zwiększają po prostu objętość wydalonego moczu. Niektóre leki mogą powodować jego zatrzymanie (na przykład leki antycholinergiczne, czy narkotyczne leki przeciwbólowe), sprzyjać zaparciom stolca (opiaty, blokery kanału wapniowego), wywoływać zespół majaczenia (szczególnie leki psychotropowe, nasenne, narkotyczne leki przeciwbólowe, antycholinergiczne). Lekarz powinien zawsze dokonać oceny stosowanej przez starszą osobę farmakoterapii pod kątem tego, czy to nie ona może być przyczyną incydentów NTM.

Tak zwane utrwalone nietrzymanie moczu wynika przede wszystkim z zaburzeń funkcji mięśnia wypieracza pęcherza moczowego (jego podwyższonej lub obniżonej pobudliwości) lub zaburzeń w zakresie drogi odpływu moczu (jej niewydolności lub zawężenia). Nadpobudliwość mięśnia wypieracza jest sytuacją najczęstszą - jest to tak zwane nietrzymanie z parcia naglącego. Osoba starsza, u której ten mechanizm jest przyczyną NTM oddaje mocz często i nagle, a objętość moczu zalegającego w pęcherzu po mikcji jest niewielka. Drugą, co do częstości, przyczyną utrwalonego nietrzymania moczu u kobiet jest upośledzenie funkcji zwieraczy, klinicznie objawiające się tak zwanym wysiłkowym NTM. Incydenty nietrzymania moczu przytrafiają się w tym przypadku na przykład w trakcie podnoszenia ciężarów, skłonów, podczas kaszlu i śmie-



chu. W takim mechanizmie może dojść do NTM także u mężczyzn, na przykład po uszkodzeniu zwieracza w czasie przezcewkowej elektroresekcji prostaty lub radykalnej prostatektomii. Łagodny przerost lub rak prostaty powoduje z kolei zwężenie drogi odpływu moczu u mężczyzn. Pacjent uskarżać się może wówczas na kroplowe wyciekanie moczu po mikcji. Najrzadszą przyczyną jest obniżenie pobudliwości mięśnia wypieracza, w której dochodzi do zalegania moczu narastającego aż do jego zatrzymania i nietrzymania moczu z przepełnienia. Wymienione typy nietrzymania moczu mogą u starszych pacjentów współwystępować, co utrudnia diagnostykę i terapię.

Wśród niekorzystnych następstw nietrzymania moczu, w przypadku osób starszych można wymienić ich społeczną izolację. Ludzie starsi zaczynają obawiać się opuszczenia domu, ograniczają kontakty towarzyskie.

Konsekwencje zdrowotne NTM w starości, to przede wszystkim zwiększone ryzyko infekcji układu moczowego, pojawiające się zmiany skórne, a w przypadku osób obłożnie chorych - zwiększone ryzyko odleżyn. Następstwem NTM może być też pojawienie się zaburzeń snu i zwiększone ryzyko upadków, a w konsekwencji - tak groźnych w tym wieku złamań.

Niedocenianym następstwem NTM u starszych pacjentów jest ograniczanie przez nich wypijanych płynów, w nadziei na to, iż zmniejszy się nasilenie problemu i częstość incydentów nietrzymania moczu. Skutkuje to niestety przede wszystkim postępującym odwodnieniem organizmu starszej osoby z towarzyszącymi zaburzeniami elektrolitowymi, osłabieniem siły mięśniowej, zaparciami stolca, pogorszeniem ogólnego stanu zdrowia. Czasami wymaga to nawet uzupełnienia niedoborów płynów drogą dożylną. Innym następstwem NTM może być nieprzyjmowanie przez starszą osobę niezbędnych w jej sytuacji leków, z uwagi na wiązanie incydentów NTM z ich przy-

mowaniem (np. nieprzyjmowanie leków moczopędnych zaleconych z powodu nadciśnienia tętniczego lub niewydolności krążenia).

NTM może stanowić także duże obciążenie finansowe dla osoby dotkniętej tym problemem. Musi ona ponosić koszt zakupu środków absorpcyjnych, niezbędnych leków, środków pielęgnacyjnych. Jak się okazuje, pojawienie się nietrzymania moczu jest także czynnikiem zwiększającym ryzyko instytucjonalizacji obłożnie chorej osoby starszej - opieka w takiej sytuacji staje się znacznie trudniejsza i kosztowniejsza, i opiekunowie nie zawsze są w stanie z nią sobie poradzić.

Uroinekologia w systemie kształcenia młodych lekarzy - w ocenie urologów

Katarzyna Walewska

W poprzednim numerze *Kwartalnika NTM* rozpoczęliśmy cykl artykułów poświęcony specjalizacji uroinekologii. Wówczas zaprezentowaliśmy stanowisko lekarzy ginekologów odnośnie potrzeby uruchomienia specjalizacji w tej dziedzinie. Szereg argumentów przytaczanych przez specjalistów wskazywał wówczas na zasadność zakwalifikowania tejże specjalizacji jako szczegółowej ścieżki w kształceniu młodych lekarzy.

Wydawać by się mogło, że leczenie uroinekologiczne jest domeną specjalistów ginekologii, rzeczywistość pokazuje jednak, że urolodzy również prowadzą leczenie pacjentek uroinekologicznych. W wielu oddziałach urologicznych wykonuje się szereg zabiegów uroinekologicznych tj. operacyjne leczenie nietrzymania moczu, zaburzenia statyki narządów miednicy mniejszej czy operacje przetok moczowych. Obecnie trend ten utrzymuje się również w większości krajów europejskich, w których brakuje zintegrowanego szkolenia uroinekologicznego. Pacjentki ze schorzeniami uroinekologicznymi diagnozowane i leczone są przy współpracy lekarzy różnych specjalności, głównie ginekologów i urologów. Szeroka współpraca w tym zakresie pomiędzy lekarzami tych dwóch specjalności pozwala na w miarę optymalne wykorzystanie możliwości terapeutycznych pacjentek uroinekologicznych. Czy jednak jest to idealne rozwiązanie? Z argumentów przytaczanych przez specjalistów ginekologii (red. w 44 numerze *Kwartalnika NTM*) wynika, że obecny system leczenia schorzeń uroinekologicznych ma wiele minusów. Podstawowym problemem jest swobodny dostęp do leczenia schorzeń uroinekologicznych dla każdego urologa i ginekologa, bez względu na to w jakim stopniu

dany specjalista

zna się na specyfice zabiegów uroinekologicznych.

To z kolei skutkuje mnóstwem operacji wykonywanych nieprawi-

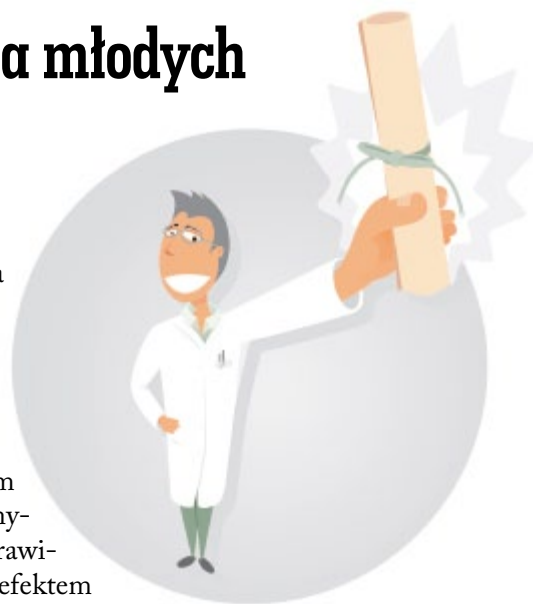
dłowo, których efektem

są ponowne zabiegi czy re-

operacje, obciążające przede wszystkim zdrowie i komfort pacjenta, jak również budżet państwa, który je finansuje.

Od kilku lat o zmianę tej sytuacji stara się sekcja uroinekologii Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego, w ramach której podjęto już działania zmierzające do zaklasyfikowania uroinekologii w systemie kształcenia młodych lekarzy jako jednej z węższych ścieżek specjalizacyjnych. Efektem jest opracowany we współpracy z lekarzami urologii obszerny program wraz z harmonogramem szkoleń dla przyszłych specjalistów uroinekologii. Dokument ten kilka lat temu został złożony u konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii - prof. Stanisława Radowickiego oraz za jego pośrednictwem do Ministerstwa Zdrowia.

Przez wzgląd na to, że uroinekologia jest dziedziną interdyscyplinarną o zajęcie stanowiska w tej sprawie poprosiliśmy przedstawiciela środowiska urologów, którzy w swojej codziennej pracy często zajmują się leczeniem schorzeń uroinekologicznych. Swoim zdaniem na ten temat podzielił się z nami dr Mariusz Blewniewski doświad-



czony urolog z Kliniki Urologii Szpital im. M. Kopernika w Łodzi. *W krajach europejskich istnieje taka specjalizacja jak uroginekologia, także w Polsce jest na nią miejsce, oczywiście jako nadspecializację* – argumentuje doktor Blewniewski. *Zabiegi operacyjne wykonywane w zakresie uroginekologii występują zarówno w katalogu urologii, jak i ginekologii. Wielu specjalistów uważa się za uroginekologów – szczególnie ginekologów – ponieważ wykonują zabiegi zakładania taśm podcewkowych. Jednak ich wiedza na temat uroginekologii pochodzi z piśmiennictwa, a nie z doświadczenia – wyjaśnia. Z drugiej strony specjaliści mający uroginekologiczne doświadczenie zabiegowe nie posiadają certyfikatu potwierdzającego ich umiejętności i wiedzę. Jak widać, panuje w tym zakresie straszny bałagan, ma to negatywny wpływ zarówno na lekarzy jak i pacjentów. Lekarze, którzy nie mieli okazji praktykować pod okiem doświadczonego specjalisty popełniają błędy, co z kolei pociąga za sobą występowanie szeregu powikłań, które często nie są leczone przez operatorów, tylko innych specjalistów od „niby” uroginekologii. Ponadto staże specjalizacyjne z urologii i ginekologii nie uczą przyszłych specjalistów elementów uroginekologii. Stażyci wykorzystywani są jako „hakowi” do zabiegów np. prostatektomii czy nefrectomii – dodaje doktor Blewniewski.*

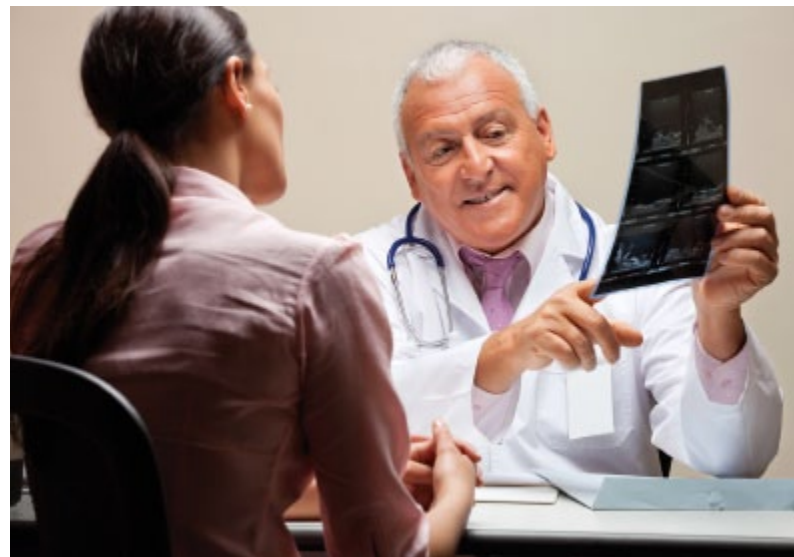
Poza kwestią wykształcenia młodych uroginekologów i nadania im certyfikatów potwierdzających ich umiejętności do wykonywania zabiegów uroginekologicznych, pozostaje jeszcze pytanie o specjalistyczne ośrodki, w których zajmowano by się leczeniem tego typu schorzeń. Zdaniem dr. Blewniewskiego zabiegi uroginekologiczne powinny być wykonywane w ośrodkach mających odpowiedni sprzęt i doświadczenie, a także wykonujących pełny zakres zabiegów uroginekologicznych, jak np. cystoskopia z oceną błony śluzowej pęcherza, pobraniem wycinka w śródmiąższowym zapaleniu pęcherza (IC) czy cewnikowanie moczowodów oraz podanie toksyny botulinowej do ściany pęcherza w przypadkach zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB). *Z drugiej strony nie powinno się ograniczać dostępu chorych do lekarzy, a lekarzom do wykonywania procedur NFZ – nadmienia doktor Blewniewski. Rozwiązaniem być może jest stworzenie katalogu procedur uroginekologicznych, które mogłyby być przeprowadzane jedynie w ośrodkach referencyjnych, co ograniczyłoby liczbę nieprawidłowo wykonanych zabiegów w placówkach mało doświadczonych w uroginekologii, w których przeprowadza się w ciągu roku tylko pojedyncze procedury – dodaje.*

Za stworzeniem ośrodków referencyjnych przemawiałby zapewne argument w postaci rosnącego zapotrzebowania na tego typu zabiegi. *Zapotrzebowanie na specjalistów z uroginekologii jest. Widać to po chorych, które przychodzą po 3-4 nieudanych operacjach nietrzymania moczu lub cystocele, czy nieskutecznym leczeniu IC oraz OAB i proszą o ratunek. Dotychczas leczone były w ośrodkach ze znikomym doświadczeniem. A skąd kobiety mają wiedzieć gdzie się udać? – pyta retorycznie dr Blewniewski. Uważam, że*

dwa ośrodki: urologia i ginekologia, w województwie, spełniające wymagania programu specjalizacyjnego byłyby wystarczające – tłumaczy dr Blewniewski.

Doktor Blewniewski pozytywnie odniósł się również do prac poczynionych w kierunku uznania uroginekologii za jedną z nadspecializacji. *Myszę, że autorom tego pomysłu nie zabraknie cierpliwości i doprowadzą do powstania tak bardzo potrzebnej dziedziny w Polsce. Patrząc ze strony urologa uważam, że młode pokolenie urologów jest zainteresowane nie tylko onkologią urologiczną, ale także urologią kobiecą. W Polsce powinno powstać naukowe Towarzystwo Kontynencji i Neurourologii, które w porozumieniu i przy współpracy z ICS (red. Międzynarodowe Towarzystwo Kontynencji) oraz IUGA (red. Międzynarodowe Towarzystwo Uroginekologów), rozpowszechniałoby uroginekologię wśród młodych urologów i ginekologów.*

Jak widać wola ze strony lekarzy specjalistów w kwestii uruchomienia nadspecializacji uroginekologii jest. Nie-



stety, aby nowa ścieżka znalazła się w systemie kształcenia młodych lekarzy, sama wola lekarzy nie wystarczy, musi ona zostać uwzględniona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentytów. Ostatnia nowelizacja rozporządzenia miała miejsce w styczniu 2013 r. Wówczas na fali popularności zapłodnienia metodą in vitro resort zdrowia zdecydował się uwzględnić w nim nową specjalizację endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, która ma zająć się nie tylko technikami wspomaganego rozrodu, ale również całą gałęzią klasycznej endokrynologii ginekologicznej.

O to jakie są szanse na uwzględnienie w kolejnym rozporządzeniu specjalizacji z uroginekologii zapytamy wkrótce konsultanta krajowego w dziedzinie położnictwa i ginekologii oraz samych urzędników resortu zdrowia, a stanowiskiem w tej sprawie podzielimy się z Państwem na łamach kolejnego wydania *Kwartalnika NTM*.

Pilates kontra NTM - cz.V. Ćwiczenia

mgr Magdalena Potoczek

Fizjoterapeuta/instruktor Pilates, NZOZ Szpital Położniczo-Ginekologiczny na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

W poprzednich numerach Kwartalnika czytelnicy mieli okazję zapoznać się z różnymi wersjami ćwiczeń bazujących na metodzie Pilates, które mogą posłużyć jako uzupełnienie programu rehabilitacji w przypadku osłabienia mięśni dna miednicy i problemów z inkontynencją. W bieżącym numerze zaprezentowane zostały kolejne propozycje ćwiczeń, podczas wykonywania których staramy się pamiętać o podstawowych zasadach techniki Pilates, takich jak oddech, płynność czy koncentracja na prawidłowym przeprowadzeniu ruchu. Potrzebna nam będzie cienka mata lub koc (ćwiczenia należy wykonywać na twardym podłożu), duża piłka rehabilitacyjna oraz taśma elastyczna przeznaczona do ćwiczeń z oporem.

Taśma elastyczna w ćwiczeniach Pilates

Pośród szerokiej gamy akcesoriów gimnastycznych, które można wykorzystać podczas treningu typu Pilates, na szczególną uwagę zasługuje taśma elastyczna (zdj.1). Jest ona przeznaczona do



tw. ćwiczeń z oporem. Praca mięśni jest wówczas bardziej efektywna, ponieważ muszą one pokonać opór zewnętrzny stawiany przez taśmę.

Nie oznacza to jednak, że tego typu ćwiczenia skierowane są tylko do osób bardziej zaawansowanych w treningu, ponieważ istnieją taśmy o różnym stopniu oporu w zależności od potrzeb i możliwości ćwiczących. Taśmę elastyczną najlepiej kupić w sklepie ze sprzętem rehabilitacyjnym. Sprzedawana jest na metry, a jej koszt zależy zarówno od długości, jak i od oporu (kilkanaście złotych za metr, powinna mieć co najmniej 2,5 metra długości). Dla osób początkujących najodpowiedniejsza będzie taśma o niewielkim oporze. Podczas wyboru taśmy kieruj się prostą zasadą: 15 powtórzeń jednego ćwiczenia z taśmą nie powinno wywołać nadmiernego zmęczenia. Taśmy dostępne są w wersji lateksowej i bezlateksowej (dla osób z alergią na to tworzywo).

Zasady korzystania z taśmy elastycznej (zgodnie z zaleceniami producenta):

Korzystając z elastycznej taśmy do ćwiczeń należy pamiętać o kilku ważnych zasadach:

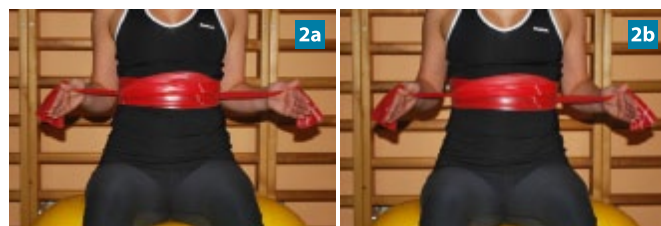
1. Na początku każdego ćwiczenia taśma powinna być zawsze lekko napięta, nie może pozostawać luźna.

Dlatego przy ustawianiu pozycji wyjściowej zadbaj o odpowiednie naciągnięcie taśmy.

2. Podczas ćwiczeń nie może występować ból ani uczucie zbyt dużego zmęczenia. Jeżeli zauważysz takie reakcje przerwij trening, wykonaj ćwiczenie podstawowe bez taśmy lub zmniejsz ilość powtórzeń albo moc taśmy na mniejszą.
3. Ruchy wykonuj powoli i precyzyjnie unikając nagłych napięć, szarpnięć i niekontrolowanych ruchów, podczas których mogłoby dojść do odskakiwania taśmy (szczególnie w kierunku głowy).
4. Taśmę przechowuj suchą, zwiniętą i posypaną talkiem chroniąc przed wpływami zewnętrznymi takimi jak słońce i inne źródła ciepła. Przed przystąpieniem do treningu z taśmą upewnij się, że nie masz ostrych paznokci i zdejmij biżuterię. Pamiętaj, że źle przechowywana i użytkowana taśma może ulec uszkodzeniu, co w konsekwencji zwiększa ryzyko wypadku (np. pęknięcia) podczas ćwiczeń.

1. Ćwiczenie oddechowe z wykorzystaniem taśmy elastycznej

Usiądź na krześle lub na dużej piłce rehabilitacyjnej. Plecy trzymaj prosto, ustaw neutralne położenie miednicy. Barki odsuń od uszu ku dołowi i lekko ściągnij łopatki, wydłuż kręgosłup lekko cofając i obniżając brodę. Owiń dwukrotnie taśmę elastyczną wokół klatki piersiowej (u kobiet tuż pod linią piersi) napinając ją i chwyć oba jej końce w dłonie po bokach ciała. Zrób spokojny i głęboki wdech nosem i pocuj jak Twoja klatka piersiowa rozszerza się na boki - pocuj opór taśmy. Z wydechem ustami żebra i klatka piersiowa zwięzają się. Powtórz 10 razy (zdj. 2a i 2b).



2. Ćwiczenie oddechowe z wykorzystaniem taśmy elastycznej

Pozycja wyjściowa j.w. Taśmę ułóż z tyłu na plecach na wysokości łopatek, a jej końce chwyć w dłonie po bokach ciała, na wysokości pach. Nabierz powietrza nosem rozszerzając klatkę piersiową na boki, następnie z długim wydechem ustami wyciągaj stopniowo oba końce taśmy przed

siebie prostując ręce w łokciach. Z kolejnym wdechem powróć do pozycji startowej cofając wolno taśmę w stronę pach.

3. Ćwiczenie oddechowe z taśmą elastyczną

Pozycja wyjściowa jak wyżej, z taśmą opartą na plecach. Tym razem ręce są wyciągnięte przed siebie z lekko ugiętymi łokciami. Zrób wdech nosem, następnie z wydechem ustami rozłóż ręce na boki starając się ściągnąć łopatki. Z kolejnym wdechem ustami powróć do pozycji wyjściowej.

**W każdym z wyżej opisanych ćwiczeń oddechowych na wydechu napnij mięśnie dna miednicy i krocza, a z wdechem rozluźnij je.*

Ćwiczenie Shoulder Bridge - Most ramion z taśmą elastyczną

Wersja 1:

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach, ręce wyciągnij wzdłuż ciała. Ugnij nogi w kolanach i postaw stopy na podłożu na szerokość bioder. Ułóż szeroko taśmę na wysokości miednicy, a jej końce na podłożu po bokach ciała. Dłonie przytrzymują końce lekko napiętej taśmy (zdj. 3a).



Akcja:

Nabierz powietrze nosem, następnie z długim wydechem ustami rozpocznij podwijanie kości ogonowej i stopniowe odrywanie kręgosłupa od podłoża. Zatrzymaj się gdy ciało będzie w jednej linii i zrób wdech nosem. Z kolejnym wydechem ustami stopniowo opuszczaj biodra przyklejając kręgosłup kręgu po kręgu do maty. Taśma daje opór na miednicę, dzięki czemu praca mięśni jest bardziej efektywna. Pamiętaj, aby w trakcie podwijania kości ogonowej napiąć mięśnie dna miednicy (zdj. 3b, 3c).



Wersja 2:

Pozycja wyjściowa i końcowa

J.w.

Akcja:

Zrób wdech nosem, z wydechem ustami oderwij miednicę jednym zdecydowanym ruchem od podłoża napinając mięśnie dna miednicy i krocza oraz mięśnie pośladków.

Zatrzymaj miednicę u góry i zrób wdech nosem. Z wydechem ustami opuść miednicę jednym ruchem na matę.

Ćwiczenie single leg drops - opuszczanie nóg

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach i unieś w górę nogi ugięte pod kątem 90 stopni. Na tylnej powierzchni ud oprzyj szeroko rozłożoną taśmę. Jej końce przytrzymuj po obu stronach ciała (taśma w napięciu) - zdj. 4a.



Akcja:

Zrób wdech nosem, następnie z wydechem ustami opuszczaj wolno prawą nogę, aż dotkniesz piętą podłoża (noga naciąga taśmę) napinając przy tym mięśnie dna miednicy i krocza. Z wdechem noga wraca do pozycji wyjściowej. Ćwiczenie powtórz po 10 razy na każdą nogę (zdj. 4b).



**uważaj aby w czasie opuszczania nogi Twój kręgosłup lędźwiowy nie odrywał się od podłoża. Delikatnie dociskaj go do maty.*

Prostowanie nóg

Wersja 1:

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Usiądź na krześle w takiej pozycji, aby Twoje kolana były na tej samej wysokości co biodra (kąt prosty). Podłóż szeroko rozłożoną taśmę pod prawą stopę lub owiń stopę taśmą. Końce taśmy trzymaj w dłoniach po bokach ciała jak na zdjęciu.

Akcja:

Nabierz powietrze nosem, następnie z długim wydechem ustami unieś nogę do poziomu biodra prostując ją w kolanie i zadzierając stopę na siebie jednocześnie napinając stopniowo mięśnie dna miednicy. Z wdechem nosem powróć do pozycji wyjściowej. Ćwiczenie powtórz na prawą i na lewą nogę.



Wersja 2:

Ćwiczenie wykonuj dokładnie tak samo jak poprzednio, ale tym razem usiądź na dużej piłce rehabilitacyjnej. Jest to wersja trudniejsza, dla osób bardziej zaawansowanych, gdyż zaburzona jest delikatnie Twoja równowaga. Dzięki temu angażujesz też znacznie więcej mięśni (zdj. 5a, 5b).



The Swimming - Pływanie: wersja uproszczona z taśmą Pozycja wyjściowa i końcowa:

Kłęk podparty na dłoniach i kolanach. Dłonie rozstawione są na szerokość barków i wyraźnie pod nimi, natomiast kolana na szerokość bioder pod stawami biodrowymi. Plecy trzymaj ustawione równoległe do podłogi, a głowę w przedłużeniu kręgosłupa (nie jest ani zwieszona w dół, ani zadarta w górę). Wokół prawej stopy owinięta jest dwukrotnie taśma, której końce przytrzymują dłonie oparte o podłogę. Taśma musi być już na tym etapie lekko napięta (zdj. 6a).



Akcja:

Zrób spokojny i głęboki wdech nosem, z wydechem ustami wysuń to tyłu prawą nogę unosząc ją powoli w górę, do poziomu pleców. Poczuj pracę mięśni pośladków oraz napnij mięśnie dna miednicy i krocza. Powróć do pozycji wyjściowej robiąc wdech nosem i powtórz ćwiczenie 10



Zdjęcia: Magdalena Potoczek

razy. Następnie wykonaj to ćwiczenie z taśmą na lewej stopie. Cały czas myśl o wydłużaniu ciała od czubka głowy aż do kości ogonowej, równoległe do podłoża (zdj. 6b i 6c).

Podsumowanie i uwagi do treningu

Ćwiczenia rozpocznij rozgrzewką bez taśmy np. w pozycji stojącej lub w siadzie na dużej piłce rehabilitacyjnej oraz ćwiczeniami oddechowymi. Ćwiczenia z taśmą wykonuj po 10 powtórzeń w serii i przeplataj je z wcześniej poznаныmi ćwiczeniami bez taśmy. W kolejnym numerze poznamy następne modyfikacje ćwiczeń Pilates, które uzupełnią Twój program rehabilitacyjny. Pamiętaj, że przed wprowadzeniem jakichkolwiek ćwiczeń wskazana jest konsultacja z Twoim lekarzem lub fizjoterapeutą.

Ćwiczenia na NTM dla osób otyłych

mgr Agata Fryszak

Międzynarodowy Instruktor Pilates

Co 7. kobieta na świecie powyżej 20 roku życia cierpi na nietrzymanie moczu. Schorzenie to jest problemem ok. 10% populacji na świecie, co oznacza, że w Polsce na tą dolegliwość cierpi ok. 3 mln osób. Dwukrotnie bardziej narażone na nietrzymanie moczu są kobiety niż mężczyźni. Zastanawiającym jest fakt, iż osoby które rozpoznały u siebie nietrzymanie moczu, decydują się na szukanie pomocy medycznej przeciętnie po 9 latach od momentu rozpoznania schorzenia.

Na występowanie nietrzymania moczu szczególnie narażone są osoby z nadwagą, ponieważ zbyt duża masa ciała może powodować obciążenie mięśni brzucha i dna miednicy. Obiecujące natomiast są badania, wykazujące, że redukcja masy ciała o 5-10% powoduje zmniejszenie epizodów nietrzymania moczu w 50% i jest skuteczną a jednocześnie bezpieczną metodą leczenia nietrzymania moczu. Należy zatem kontrolować masę ciała. Stosując odpowiednią dietę w połączeniu z umiarkowanym wysiłkiem fizycznym można pozbyć się zbędnych kilogramów i nie dopuścić do przeciążania mięśni dna miednicy. Pamiętać trzeba, że wysiłek fizyczny musi być dostosowany do potrzeb i możliwości organizmu, a do ćwiczeń należy włączyć te, które wzmacniają mięśnie dna miednicy.

Zgodnie ze światowymi zaleceniami odnośnie ćwiczeń i aktywności ruchowej wszyscy powinni być aktywni fizycznie w stopniu przekraczającym wysiłek wynikający z czynności dnia codziennego o wartość równoważną

utracie 1000 kcal (4200 kJ) na tydzień. Według tych zaleceń konieczne jest podejmowanie umiarkowanej aktywności fizycznej w ciągu 30-60 min. 5-7 dni w tygodniu.

Zaledwie co czwarta Polka cierpiąca na nietrzymanie moczu (NTM) przyznaje, że kiedykolwiek ćwiczyła mięśnie dna miednicy. Tymczasem, ćwiczenia te nie tylko zapobiegają i pomagają leczyć nietrzymanie moczu, lecz także wzmacniają kręgosłup i mięśnie brzucha, poprawiają postawę, ogólną kondycję ciała oraz jakość życia i życia seksualnego.

Mięśnie, które nie wykonują żadnej pracy, słabną i w rezultacie stają się dużo mniej efektywne. Dlatego systematyczne ćwiczenie mięśni dna miednicy powinno być nawykiem każdej kobiety. Wówczas ma ona szansę wyeliminować nieprzyjemne skutki osłabienia mięśni jak mimowolne wyciekanie moczu podczas kaszlu, śmiechu czy ćwiczeń fizycznych, a także brak satysfakcji z życia seksualnego - wyjaśnia prof. Włodzimierz Baranowski z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Wojskowego Instytutu Medycznego w Warszawie.

Żeby poprawnie ćwiczyć, trzeba wiedzieć, gdzie dokładnie są mięśnie dna miednicy.

Jest to grupa mięśni „zawieszona” między kością łonową a ogonową. Wiele osób nie potrafi zlokalizować tej grupy mięśniowej i często wykonuje ćwiczenia w niewłaściwy sposób. Przed rozpoczęciem właściwego treningu należy przede wszystkim prawidłowo zlokalizować położenie

nie mięśni dna miednicy, a następnie nauczyć się ich prawidłowego napinania i rozluźniania.

Usiądź zatem na krawędzi krzesła, nogi ustaw w lekkim rozkroku, dalej - zachowując cały czas tą samą pozycję (miednica i kolana nie zmieniają swojego ułożenia) spróbuj napiąć mięśnie w okolicy cewki moczowej i odbytu. Mięśnie, które napinasz, to właśnie mięśnie Kegla.

Nie zwlekaj! Zaczynj dbać o siebie już od dziś! Spróbuj wykonać kilka ćwiczeń!

Przed przystąpieniem do ćwiczeń przygotuj sobie niewielkich rozmiarów poduszkę lub ręcznik.

Pamiętaj o wygodnym i niekrępującym ruchów ubraniu.

Ćwiczenia wykonuj na niezbyt miękkiej powierzchni: macie lub dywanie. Najlepsze rezultaty osiągniesz wykonując ćwiczenia regularnie minimum 3 razy dziennie.

Przed przystąpieniem do ćwiczeń skonsultuj się ze swoim lekarzem.

Na rozgrzewkę wykonaj pierwsze dwa ćwiczenia, a następnie przejdź do ćwiczeń właściwych i zakończ wszystko krótkim relaksem.

Ćwiczenie 1

Ustaw stopy na szerokość bioder, równoległe do siebie, wyprostuj plecy, ściągnij łopatki, barki opuść, odsuń od uszu, zostaw długą szyję, ręce wzdłuż tułowia, bardzo delikatnie wciągnięty pępek. Wykonaj wdech nosem. Z wydechem (wydech przez lekko uchylone usta) przenieś ciężar ciała na jedną nogę, drugą nogę unieś tyle ile chcesz; możesz, uginając kolano do przodu delikatnie napinać mięśnie dna miednicy. Kolano nogi na której stoisz zostaw rozluźnione, delikatnie ugięte. Unieś ręce w bok do poziomu barków. Utrzymaj się chwilę na jednej nodze. Miednica jest cały czas ustawiona równoległe do podłoża, nie wypychaj biodra w bok. Cały czas wydłużaj swoje ciało, rośnij do sufitu. Powróć do pozycji wyjściowej. Zmiana strony. Jeżeli tracisz równowagę, możesz ćwiczyć trzymając się oparcia krzesła lub opierając się ręką o ścianę. Wykonaj 8-10 powtórzeń.



Ćwiczenie 2

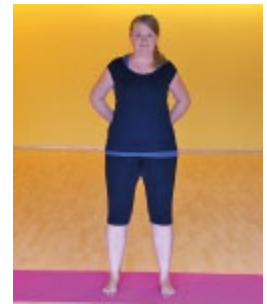
Ustaw stopy szerzej niż biodra, delikatnie ugnij kolana, plecy proste, ściągnięte łopatki, barki opuszczone, odsunięte od uszu, długa szyja, ręce oparte na biodrach, bardzo delikatnie wciągnięty pępek. Wykonaj krążenia biodrami, starając się odnaleźć i delikatnie napinać mięśnie dna miednicy. Po osiem okrążeń w



każdą stronę. Podczas krążenia biodrami staraj się utrzymać barki i głowę nieruchomo, w jednym miejscu i spokojnie oddychaj.

Ćwiczenie 3

Zostań w lekkim rozkroku, kolana delikatnie ugnij, dłonie oprzyj na pośladkach, lekko ściągnij łopatki. Z wydechem podciągnij do góry i do wewnątrz partię mięśni dolnej części brzucha. Wraz z wdechem rozluźnij mięśnie. Wykonaj 6-8 powtórzeń.



Ćwiczenie 4

Przejdź do leżenia na boku. Górną nogę, ugiętą w kolanie, wysuń do przodu. Kolano połóż na poduszce, lub złożonym ręczniku leżącym przed Tobą, na wysokości bioder, tak aby było Ci wygodnie. Dolną nogę wyprostuj w dal. Głowę oprzyj wygodnie na dolnej ręce, wyprostowanej w dal. Z wydechem delikatnie napinaj mięśnie dna miednicy, tak aby wnętrza twoich ud się nie napinały, a pośladki nie zaciskały. Z wdechem rozluźnij mięśnie. Górę ciała pozostaw zrelaksowaną, barki się nie napinają. Po ukończeniu serii wykonaj ćwiczenie na drugą stronę. Wykonaj 8-10 powtórzeń.



Ćwiczenie 5

Zostań na boku. Obie nogi ugnij w kolanach. Wsuń poduszkę lub ręcznik w kolana. Robiąc wydech, delikatnie ściśnij poduszkę kolanami tak, aby wnętrza twoich ud delikatnie się napinały, jednocześnie wciągając pępek do środka, jakby kierując go do kręgosłupa. Wraz z wdechem rozluźnij mięśnie. Po ukończeniu serii wykonaj ćwiczenie na drugim boku. Wykonaj 8-10 powtórzeń.

Ćwiczenie 6

Przejdź do leżenia na plecach. Ułóż się wygodnie, wydłuż boki ciała, wyciągnij kręgosłup, ściągnij łopatki, odsuń barki od uszu, bardzo delikatnie wciągnij pępek, ugnij kolana, stopy oparte na podłożu, rozstawione na szerokość bioder, ręce wzdłuż tułowia. Zaczynj wyginać swój kręgosłup, bez odrywania bioder z podłoża.



za, maksymalnie do sufitu w literę D, oraz maksymalnie „rozplaszcz”, wciskać w podłogę, następnie wykonuj wygięcia coraz delikatniej i spokojniej, aż zatrzymasz się pomiędzy jednym a drugim wygięciem - to jest twoja neutralna pozycja kręgosłupa. W tym ułożeniu mięśnie dna miednicy są delikatnie napięte, ponieważ trzymają kręgosłup w neutralnym ustawieniu i nie pozwalają mu się zupełnie położyć. Z wydechem podciągnij do góry i do wewnątrz partię mięśni dolnej części brzucha. Wraz z wdechem rozluźnij mięśnie. Wykonaj 8-10 powtórzeń.

Ćwiczenie 7

W leżeniu na plecach oprzyj o ścianę nogi ugięte w kolanach pod kątem 90°. Z wydechem wciskaj w ścianę raz



jedną, raz drugą nogę, a następnie obie naraz, delikatnie napinając za każdym razem mięśnie dna miednicy. Wykonaj 8-10 powtórzeń.

Ćwiczenie 8

Usiądź wygodnie na krześle, wyprostuj plecy, ściągnij łopatki. Ustaw stopy na podłodze w delikatnym rozkroku. Pochyl się do przodu, opierając dłonie lub łokcie na udach. Z wydechem delikatnie, nie maksymalnie, podciągnij do góry i do wewnątrz, w stronę kręgosłupa, partię mięśni dol-



nej części brzucha, jakby wciągając je do środka oraz napnij mięśnie w okolicy cewki moczowej i odbytu. Wraz z wdechem rozluźnij mięśnie. Wykonaj 8-10 powtórzeń.

Ćwiczenie 9

Pozostając na krześle w delikatnym pochyleniu do przodu, z dłońmi opartymi na udach, z wydechem wypchnij plecy do góry, mocno je zaokrąglając, a następnie z wdechem wróć do pozycji wyjściowej. Powtórz 3-4 razy.

Ćwiczenie 10

Nadal siedząc na krześle wyprostuj się, ściągnij łopatki, barki zatrzymaj opuszczone, odsunięte od uszu, długą szyję. Wdech, z wydechem skreć głowę w prawo, spójrz co się dzieje za twoim prawym barkiem, z wdechem powróć do pozycji wyjściowej. To samo wykonaj na lewą stronę. Powtórz 3-4 razy.

Po wykonaniu wszystkich ćwiczeń dla rozluźnienia wykonaj luźne krążenia barkami w przód i w tył. Oddychaj spokojnie, wydłuż kręgosłup, wyciągnij się przez czubek głowy do nieba. Poczuj swój oddech głęboko, aż na kości krzyżowej. Zrób pięć głębszych, spokojniejszych oddechów. Wdech nosem, wydech przez lekko uchylone usta. Zamknij oczy i pomyśl o czymś bardzo przyjemnym, tak żeby uśmiech pojawił się na Twojej twarzy, a gdy otworzysz oczy świat wyda Ci się od razu bardziej przyjazny.

Zdjęcia: Agata Fryszak
Modelka: Agnieszka

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W ŚRODKI POMOCNICZE I PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 10.08.2013

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	-	3 mies.	1 797 ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Kujawsko-Pomorskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺	nb	-	nb	-
Lubelskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Lubuskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	-	nb	-
Łódzkie	nb	-	nb	-	do 3 mies.	170 ☹	nb	-	do 3 mies.	95 ☹	do 3 mies.	39 ☹
Małopolskie	nb	-	nb	-	3 mies.*	2 207 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Mazowieckie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Opolskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-
Podkarpackie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	nb	-	nb	- ☺	nb	- ☺
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 ***	792 ☹	nb	-	nb	-	nb	-
Zachodniopomorskie	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-	nb	-

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

Pozytywnie nastawieni do życia Fundacja NeuroPozytywni

Kinga Suwała

Stwardnienie rozsiane (SM) jest jedną z najczęstszych chorób neurologicznych dotyczących osoby między 20 a 40 rokiem życia. Według szacunków aż 40 tys. osób w Polsce cierpi na tę ciężką chorobę, większość z nich to kobiety. Przyczyn zachorowalności na SM dotychczas nie rozpoznano. Do najczęściej występujących objawów należą: zaburzenia wzroku, mowy, problemy z równowagą i koordynacją ruchów, zmiany w odbiorze bodźców, częste odczuwanie zmęczenia czy zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i jelit.

Wiedza Polaków odnośnie SM z roku na rok poszerza się. Niemalą wpływ na ten proces z pewnością miała, działająca od półtora roku, Fundacja NeuroPozytywni, która wspiera osoby dotknięte chorobami neurodegeneracyjnymi. Fundacja została powołana do życia 17 stycznia 2012 r. dzięki fundatorce Wandzie Bednarczuk-Rzepko i założycielce Izabeli Czarneckiej, która pełni funkcję prezesa.

Pomysł powołania Fundacji zrodził się z potrzeby działania i pokazania ludziom, że życie - wbrew chorobie - może być piękne. Członkowie organizacji pragną, aby osoby ze zdiagnozowanymi chorobami neurodegeneracyjnymi mogły, mimo swej częstej niepełnosprawności, być pełnoprawnymi członkami społeczeństwa, których prawa są respektowane. Prezes Izabela Czarnecka, osoba pełna energii, sama dotknięta jest stwardnieniem rozsianym i porusza się na wózku, jest więc doskonale zaznajomiona z różnymi problemami i barierami, z którymi borykają się inni chorzy na SM. Od lat walczy o dostęp chorych do leczenia i rehabilitacji, udziela się w rozmaitych akcjach propagujących zwiększanie społecznej świadomości o SM. *Cieszy mnie, że coraz więcej osób identyfikuje się ze stwierdzeniem „jestem neuropozytywny” - mówi Czarnecka - stwierdzenie to oznacza, że mimo zdiagnozowanej choroby neurodegeneracyjnej, na przekór wszelkim trudnościom, dana osoba nadal jest pozytywnie nastawiony do życia. Gdy udaje nam się spowodować, aby ktoś po zdiagnozowaniu u niego SM ponownie nabiera chęci do życia, odpędzić czyjeś depresyjne myśli, to odczuwamy wtedy największą radość i mamy poczucie dobrze spełnionej misji.*

Pełni energii do działania

Fundacja, choć niedługo, działa niesamowicie prężnie. Już dwukrotnie była partnerem kampanii społecznej „SM - walcz o siebie”. W listopadzie ubiegłego roku zorganizowała debatę sejmową „Oblicze polskiego SM”, w której uczestniczyli specjaliści zajmujący się stwardnieniem rozsianym; brała również udział w konferencjach dotyczących SM w Brukseli i Budapeszcie. Ponadto Fundacja wydaje kwartalnik „NeuroPozytywni”, który skupia się na problemach dotyczących SM, ale obfituje również w tematykę neutralną: wywiady czy reportaże. Do co drugiego nu-

meru kwartalnika dołączony jest także bezpłatny dodatek dla dzieci „Śmielinki”, w którym różne aspekty dotyczące SM są przedstawione dzieciom w przystępny sposób, a komiks w „Śmielinkach” redagują sami najmłodszy. Na stronie internetowej Fundacji można też posłuchać radia „Neuropozytywni”, gdzie ciekawe audycje, nie tylko o SM, przeplatane są dobrą muzyką. Dzięki takim działaniom świadomość społeczna dotycząca SM jest coraz większa. *Obserwujemy zmiany świadomości społecznej - potwierdza Iza Czarnecka - dzieje się to powoli, ale zauważalnie.*



Wstydlivy problem

Fundacja porusza też, na łamach kwartalnika „Neuropozytywni” i nie tylko, bardzo istotną i wciąż wstydlivą kwestię problemów z pęcherzem moczowym, na które cierpi ok 70-80% osób dotkniętych SM. Często towarzyszące SM problemy z poruszaniem dodatkowo sprzyjają występowaniu NTM. Chorego krępuje konieczność korzystania z czyjejś pomocy, zwłaszcza w miejscach publicznych. *Walczymy o to, aby trudność ta przestała być tabu - zapowiada prezes Fundacji. Przy stwardnieniu rozsianym mamy do czynienia głównie z pęcherzem neurogennym, czyli zespołem zaburzeń czynności pęcherza moczowego i cewki moczowej, spowodowanym właśnie chorobą układu nerwowego. Przy pęcherzu neurogennym możemy wyróżnić następujące objawy: nietrzymanie moczu, trudności z opróżnianiem pęcherza czy zaburzenia czucia pęcherzowego. Aby wyleczyć pęcherz neurogenny konieczna jest właściwa diagnoza, stwierdzenie, która część układu nienależy funkcjonuje. Należy wykonać badanie urodynamiczne, USG nerek i pęcherza moczowego, ocenić ilość pozostawiania moczu w pęcherzu po mikcji, a także sprawdzić czynność nerek. Ważne jest, żeby przez jakiś czas poobserwować ten problem i powtarzać badania, zaburzenia mogą zmieniać nasilenie. W zależności od przyczyny przypadłości korzysta się z różnych form leczenia, może to być leczenie farmakologiczne albo operacyjne, np. zastosowanie sztucznego zwieracza cewki moczowej. Fundacja NeuroPozytywni w swoim kwartalniku proponuje również rozmaite ćwiczenia pomagające załagodzić problem. Najistotniejsze jest jednak to, że tak wstydlivy, a jednak niesamowicie poważny problem nietrzymania moczu jako choroby współistniejącej przy SM, jest przedmiotem dyskusji.*

Operacje z użyciem taśm w woj. warmińsko-mazurskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa warmińsko-mazurskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych.

Według naszych statystyk (stan na 09.2013), obecnie w regionie, tego typu operacje na nietrzymanie moczu przeprowadza się w 13 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno na oddziałach ginekologicznych, jak i na urologii. W większości placówek przeprowadzane są na bieżąco, choć zdarzają się wyjątki. W Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym w Olsztynie przy ul. Żołnierskiej 18, czas oczekiwania na zabieg sięga kilku miesięcy.

Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2009 roku

(kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w województwie) sytuacja uległa poprawie, jednak wówczas informacje o wykonywanych zabiegach przekazało nam jedynie 8 placówek. Obecnie na 79 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie, które dysponują 22 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej i 6 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rejestrzoz.gov.pl), 13 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których wykonywane są zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych. Lista powstała w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek.

BISKUPIEC

1. Szpital Powiatowy im. J. Mikulicza, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Armii Krajowej 8

ELBLĄG

1. Szpital Miejski im. Jana Pawła II, oddział położniczo-ginekologiczny, ul. Żeromskiego 22
2. Wojewódzki Szpital Zespolony, oddział ginekologii, ul. Królewiecka 146

KĘTRZYN

1. Szpital Powiatowy, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. M. Skłodowskiej-Curie 2

LIDZBARK WARMIŃSKI

1. Szpital im. Marii Skłodowskiej-Curie, oddział ginekologiczny, ul. Bartoszycka 3

ŁOMŻA

1. Szpital Wojewódzki im. Kard. Stefana Wyszyńskiego, oddział ginekologiczno-położniczy, Al. Piłsudskiego 11

MRAĞOWO

1. Szpital Powiatowy im. Michała Kajki, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Wolności 12

OLECKO

1. Centrum Medyczne ZOZ OLMEDICA, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Gołdapska 1

OLSZTYN

1. Miejski Szpital Zespolony im. M. Kopernika, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Niepodległości 44
2. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny, oddział ginekologiczno-położniczy i ginekologii onkologicznej, ul. Żołnierska 18 (długie kolejki, nawet kilkumiesięczne)
3. Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, oddział ginekologiczny i ginekologii onkologicznej, ul. Wojska Polskiego 37

PISZ

1. Szpital Powiatowy SP ZOZ, oddział położniczo-ginekologiczny, ul. Sienkiewicza 2

SZCZYTNO

1. Zespół Opieki Zdrowotnej, oddział ginekologiczno-położniczy, ul. Skłodowskiej 12

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

Badanie urodynamiczne w woj. opolskim

W najnowszym numerze prezentujemy Państwu listę pracowników urodynamicznych z województwa opolskiego.

Według zebranych danych (stan na 09.2013) w województwie opolskim badanie urodynamiczne można wykonać w 5 placówkach. Porównując obecne dane ze statystykami sprzed czterech lat, (kiedy po raz pierwszy analizowaliśmy sytuację w województwie) liczba pracowników, w których wykonywane jest badanie urodynamiczne wzrosła o jedną. Badanie jest refundowane dla osób posiadających ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia. Dla osób nieubezpieczonych koszt badania to wydatek ok. 500-600 zł. Pełny wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawi-

cieli danych placówek.

W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

KĘDZIERZYN-KOŻŁE

1. Helimed Diagnostic Imaging Sp. z o.o. spółka komandytowa, ul. Cicha 5, Kędzierzyn-Koźle
2. Samodzielny Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „B-Med”, ul. Raclawicka 1, Kędzierzyn-Koźle
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie-Koźlu, ul. 24 Kwietnia 5, Kędzierzyn-Koźle

OPOLE

1. I Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej JOLA-MED, ul. Ozimska 20, Opole
2. Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej, Wojewódzkie Centrum Medyczne, al. W. Witosa 26, Opole, pracownia urodynamiki (badanie tylko dla pacjentów Wojewódzkiego Centrum Medycznego)

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

Dowód pokwitowania dla odbiorcy

Imię, nazwisko i adres wplacającego

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

nazwa odbiorcy
STUDIO PR

nazwa odbiorcy cd.

UL. CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA

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

W P P L N **38,00**

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

nazwa zleceniodawcy

nazwa zleceniodawcy cd.

tytułem
krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“

tytułem cd.

pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy

Oplata:

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



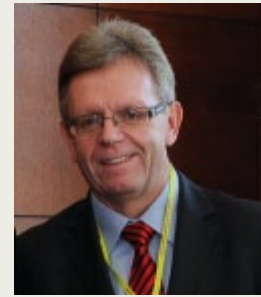
Prof. dr hab. n. med.
Andrzej Borkowski

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.

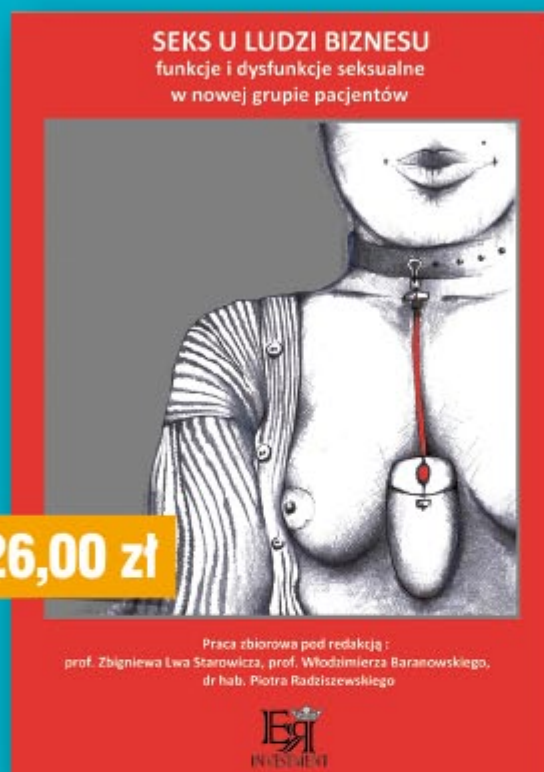
Telefon jest czynny w dni powszednie w godz. 9.00-17.00.
Całkowity koszt połączenia wynosi 0,29 zł plus VAT.

Chcesz wiedzieć więcej?

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



23,00 zł



26,00 zł



Szczegóły na stronie
www.ntm.pl

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

lub 22 279 49 08
(dla telefonów komórkowych)