

WYWIAD

Prof. Jerzy Gajewski
o korzyściach i ryzyku
neuromodulacji krzyżowej



ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDR

DIAGNOSTYKA

Mamy już 122 pracownie
urodynamiczne w Polsce

w sprawie wykazu wyrobów medycznych
wydawanych na zlecenie

**Jaka będzie refundacja środków
absorpcyjnych od stycznia 2014?**

Dziwny rok 2013...

Tak jak poprzednie lata, rok 2013 również witaliśmy z nadzieją. Czy została ona w jakimkolwiek stopniu spełniona? Myślę, że tak. Przy wszystkich wadach naszego rządu i prowadzonej przez niego kontrowersywnej polityce zdrowotnej, należy zauważyć kilka pozytywnych decyzji podjętych wobec osób z NTM.

Inaczej nie można nazwać tego, co wymyślono w refundacji wspomnianych wyżej pieluch. Co z tego, że geriatra, ginekolog onkologiczny oraz lekarz zajmujący się opieką paliatywną (łącznie ok. 800 osób w Polsce) będą wreszcie mogli wypisać zlecenie, skoro nadal kryterium chorobowe pozostało niejednoznaczne. Co prawda lista chorób kwalifikujących do refundacji pozwala, co bardziej zorientowanym lekarzom, przepisać pieluchy praktycznie każdemu potrzebującemu, lecz widząc tak skomplikowane kryteria, wielu z nich najzwyczajniej w świecie rezygnuje z wypisania zlecenia, bo tak łatwiej i bezpieczniej. Dla pacjenta oznacza to znowu konieczność poszukiwania lekarza, któremu będzie się chciało „zaryzykować”.

Z pewnością ważną zmianą, równie długo oczekiwaną, jest umożliwienie wypisywania zleceń na cykliczne, comiesięczne środki pomocnicze (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, worki stomijne, zestawy infuzyjne dla osób z cukrzycą) pielęgniarkom i położnym w ramach tzw. kontynuacji. O ironio, okazuje się, że teraz położna będzie mogła wypisać zlecenie na refundowa-

ną pieluchę, podczas gdy ginekolodzy, do których zgłasza się najwięcej osób szukających pomocy w wyleczeniu NTM, nadal pozostali poza listą uprawnionych do ich wypisywania. W efekcie można sobie z łatwością wyobrazić sytuację, gdy lekarz ginekolog diagnozuje NTM u pacjentki, ale nie mogąc wypisać jej zlecenia na pieluchy, kieruje ją do lekarza rodzinnego. Ten, posiadając zazwyczaj mniejszą wiedzę na temat tej choroby, będzie musiał zdecydować czy danej osobie należy się refundacja czy też nie, po czym – po ewentualnej realizacji pierwszego zlecenia – które musi jeszcze potwierdzić lokalny oddział NFZ – pacjent powraca już do pielęgniarki lub położnej, aby kontynuować refundację.

Życie pokazuje, że pewnie jakoś sobie z tym poradzimy, podobnie jak poradzono sobie z absurdalnym wymogiem wykonywania badania urodynamicznego, jako niezbędnego warunku uzyskania refundacji na leki stosowane w zespole pęcherza nadreaktywnego.

Tylko dlaczego kolejny rok musimy kończyć zastanawiając się kto kogo przechrzył? Urzędnik pacjenta czy też odwrotnie? Na tym tle ironicznie brzmią słowa Ministra Zdrowia, który podobno kieruje się przede wszystkim dobrem pacjenta.

Tomasz Michatek



Zaczęło się od uchwały zarządu fundacji Wielkiej Orkiestry Świątecznej Pomocy, aby zagrać dla osób starszych. Głównym beneficjentem stały się bardzo nieliczne w Polsce oddziały geriatryczne, zatrudniające znakomicie wykształconych lekarzy, często pełnych pasji i – co szczególnie ważne – potrafiących spojrzeć na problemy zdrowotne starego człowieka w sposób wielowymiarowy.

Można pokusić się o stwierdzenie, że Polska dopiero dzięki Jurkowi Owsiakowi i jego fundacji dowiedziała się więcej o geriatrach, specjalistach wyjątkowo rzadkich na polskiej mapie zawodów medycznych, tym bardziej potrzebujących dobrego publicity.

Geriatrę odkrył też wreszcie Minister Zdrowia, który, jak zwykle w ostatniej chwili, ogłosił oczekiwane od kilkunastu lat zmiany w refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Co za tym idzie, od 1. stycznia 2014 geriatra będzie mógł wreszcie wypisać zlecenie na refundowane środki absorpcyjne. Ta symboliczna zmiana pokazuje jak dalece w tyle zostaliśmy z naszą polityką zdrowotną wobec wyzwania związanych ze starzejącym się społeczeństwem. Dodajmy, polityką nadal ukierunkowaną na poszukiwanie rozwiązań, których głównym celem jest utrudnienie życia pacjentom szukającym wsparcia w systemie publicznym.

SPIS TREŚCI

REFUNDACJA

Zaopatrzenie w środki absorpcyjne od 2014 na nowych zasadach..... 4-5

LECZENIE NTM

Edukacja chorego jako narzędzie terapeutyczne..... 6-7
OAB - więcej niż nietrzymanie moczu 8-9
Operacje z użyciem taśm w woj. podlaskim 9
Dlaczego nie uroginekologia?..... 10

WYWIAD

Neuromodulacja krzyżowa. Korzyści i ryzyko 11-12

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Kryteria doboru środków absorpcyjnych 13-14

GDZIE LECZYĆ NTM

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii WUM 14-15

OPIEKA I PIELEGNACJA

Odpowiedzialna opieka nad osobami niesamodzielnymi..... 16-17

REHABILITACJA

Pilates kontra NTM - cz. VI. Ćwiczenia 18-20
Dostęp do zaopatrzenia 20

ORGANIZACJE

Polskie Stowarzyszenie Opiekunów „Z nami łatwiej”..... 21

DIAGNOSTYKA

Mamy już 122 pracownie urodynamiczne w Polsce 22

Szanowni Państwo,
Zamykając bieżący numer *Kwartalnika NTM* do ostatniej chwili wyczekiwałam na dobre wiadomości z Ministerstwa Zdrowia. Czy wyopatrywane przez lata zmiany w kwestii zaopatrzenia w wyroby medyczne w końcu staną się rzeczywistością? Tak – od stycznia 2014 r. mają zacząć obowiązywać nowe zasady refundacji wyrobów medycznych, w tym środków absorpcyjnych. Nowe, ale czy lepsze? Przyglądając się bliżej projektowanemu rozporządzeniu można zauważyć wiele zmian, zarówno dla użytkowników aparatów słuchowych, protez kończyn górnych czy dolnych, lecz nadal brak istotnej poprawy dla osób z nietrzymaniem moczu. W części dotyczącej refundacji środków absorpcyjnych dodano jedynie specjalistów uprawnionych do wypisywania zleceń na środki chłonne, oraz zmodyfikowano kryterium chorobowe, pozostawiając bez zmian najbardziej palące kwestie, jakimi są limity. Chcąc przybliżyć Państwu szczegóły wspomnianej nowelizacji, w bieżącym wydaniu publikujemy obszerny artykuł Anny Sulki "Zaopatrzenie w środki absorpcyjne od 2014 na nowych zasadach", w którym przeczytają Państwo o tym, jak nowe przepisy wpłyną na życie pacjentów i czy rzeczywiście ułatwią korzystanie z refundacji.

Poza nowelizacją rozporządzenia, ostatni tegoroczny numer jest bogaty w inne, równie ciekawe artykuły, m.in. wywiad z prof. Jerzym Gajewskim z Uniwersytetu Dalhousie z Kanady, wybitnym urologiem, specjalizującym się w leczeniu NTM za pomocą neuromodulacji krzyżowej. W rozmowie z Magdaleną Kowalewską profesor dzieli się swoim wieloletnim doświadczeniem oraz radami na temat leczenia osób z NTM przy użyciu neuromodulacji. Z kolei w artykule dr Przemysław Kądziołki poznajemy odpowiedź na pytanie czy edukacja chorego może być narzędziem terapeutycznym. Specjalista ginekolog przytacza w nim szereg argumentów, które podkreślają istotną rolę edukacji w leczeniu osób z nietrzymaniem moczu.

Ostatni tegoroczny numer, to również czas podsumowań. W cyklu prezentującym bazę pracowni urodynamicznych w Polsce, tym razem publikujemy zestawienie obejmujące listę placówek badań urodynamicznych z całego kraju. O tym, które województwa radzą sobie najlepiej, a które pozostają daleko w tyle, dowiedzą się Państwo przeglądając wspomniane zestawienie.

Z uwagi na zbliżający się koniec roku, w imieniu całej redakcji Kwartalnika NTM pragnę życzyć Państwu wszelkiej pomyślności i sukcesów w Nowym 2014 roku, aby wszelkie zmiany okazały się krokiem naprzód i dały nadzieję na lepsze.

*Życzę przyjemnej lektury,
Katarzyna Walewska*

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Katarzyna Walewska;

Sekretarz redakcji: Karolina Ciepela;

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, Kinga Suwała,

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 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.

Zaopatrzenie w środki absorpcyjne od 2014 na nowych zasadach

Anna Sulka

Od stycznia 2014 r. wchodzi w życie nowe przepisy regulujące zasady, na których NFZ dofinansuje osobom niepełnosprawnym i przewlekle chorym sprzęt ortopedyczny i artykuły pomocnicze (m. in. protezy, ortozy, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, worki stomijne, cewniki czy środki absorpcyjne). Przedmioty te, zgodnie z nowymi przepisami, zyskały miano wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie. Rozporządzenie Ministra Zdrowia szczegółowo reguluje kto będzie mógł skorzystać z refundacji oraz na jakich warunkach, a także określa wykaz specjalistów uprawnionych do wypisania zleceń na konkretne artykuły. Dotychczas kwestie te ustalało rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze - dokument ten wraz z końcem roku traci moc prawną.

Kto zyska, kto straci?

Ministerstwo Zdrowia przekazując projekt nowelizacji na konsultacje społeczne nie kryło faktu, że podczas prac nad nowymi przepisami uwagę skupiono przede wszystkim na poprawie sytuacji pacjentów korzystających z wyrobów ortopedycznych. Wiceminister Zdrowia, Igor Radziejewicz-Winnicki tłumaczył, że dodatkowe środki zabezpieczone w budżecie NFZ resort zamierza przeznaczyć przede wszystkim na unowocześnienie sprzętu (np. protezy i ortozy wykonywane na indywidualne zamówienie, aparaty słuchowe, wózki inwalidzkie wykonane ze stopów lekkich z systemem szybkiego demontażu kół) oraz na działania kompensacyjne.

Limity pieluch bez zmian

Resort zdrowia bardzo zachowawczo podszedł do kwestii refundacji środków absorpcyjnych. Wiceminister Zdrowia Igor Radziejewicz-Winnicki potwierdził, że jego resort chce utrzymać zaopatrzenie w środki wchłaniające na dotychczasowym poziomie. W rezultacie utrzymano zarówno obecne limity cenowe jak i ilościowe (60 sztuk/miesiąc). Obowiązujące limity cenowe na wszystkie produkty absorpcyjne, bez względu na rozmiar i kategorie (pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, wkłady, podkłady, majtki chłonne) wynoszą: 1,5 zł/szt. przy 30% udziale pacjenta oraz 1,28 zł/szt. przy 100% refundacji, do której uprawnieni są pacjenci cierpiący na nowotwory.



Szerszy katalog zamienników

Resort zdrowia zdecydował się poszerzyć katalog środków wchłaniających dostępnych w refundacji o majtki chłonne. Produkt ten rekomendowany jest osobom samodzielnych lub częściowo samodzielnych (zdolnych samodzielnie dokonać zmiany bielizny), szczególnie przy treningu toaletowym. Zabiegała o tę zmianę dr Elżbieta Szwałkiewicz, ustępująca już ze stanowiska, konsultant krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych.

Nowe przepisy umożliwiają również osobom cierpiącym na nowotwory wymienne stosowanie wszystkich kategorii środków absorpcyjnych uwzględnionych w wykazie. Dotychczas osoby te mogły korzystać ze 100% refundacji jedynie na pieluchy anatomiczne.

Nowe kryteria chorobowe

Ważną zmianą dla osób cierpiących na nietrzymanie moczu jest rozszerzenie listy chorób uprawniających do otrzymania dofinansowania na środki absorpcyjne. Dopisano:

1. Neurogenne i nieneurogenne nietrzymanie moczu i stolca w przebiegu zespołów ośrodkowych, głębokiego upośledzenia nerwowego oraz wad wrodzonych układu nerwowego i dolnych dróg moczowych.
2. Trwałe uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego bez względu na jego przyczynę skutkujące nietrzymaniem moczu lub stolca (m. in. pacjenci po udarach mózgu, z przewlekłymi chorobami neurozwyrodnieniowymi OUN).
3. Jatrogenne lub pourazowe nietrzymanie moczu i stolca, które obejmuje:
 - przypadki wysiłkowego nietrzymania moczu pochodzenia jatrogennego, m. in. niepowodzenia po operacyjnym leczeniu NTM (w obserwacji długoletniej sięgające nawet 20% przypadków), nawroty NTM po skutecznych zabiegach z użyciem taśm (po 10-15 latach od zabiegu) oraz nietrzymanie moczu mieszane - postać wysiłkowa i nagła jednocześnie (wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet jako takie nie zostało objęte refundacją);

- wysiłkowe nietrzymanie moczu u mężczyzn pojawiające się po zabiegu prostatektomii.

Prócz specjalistów obecnie uprawnionych do wystawienia zlecenia (urologa, onkologa, chirurga, lekarza POZ, felczera) w nowym wykazie znalazł się geriatra, ginekolog onkologiczny oraz lekarz udzielający świadczeń w hospicjach (z zastrzeżeniem, że specjalista medycyny paliatywnej może wystawiać zlecenia jedynie pacjentom tych ośrodków). Niestety, jest to bardzo symboliczna zmiana, ponieważ łączna liczba lekarzy uprawnionych do wypisywania zleceń wzrosła tylko o ok. 780 osób.

Pielęgniarka również wypisze zlecenie

Prawdziwa rewolucja związana jest z uzyskaniem przez pielęgniarkę lub położną ubezpieczenia zdrowotnego prawa do kontynuacji zlecenia na zaopatrzenie wydawane comiesięcznie (cewniki i worki do zbiórki moczu przez okres do 6 miesięcy; sprzęt stomijny dla osób z wyłonioną stomią moczu przez okres do 12 miesięcy; środki absorpcyjne przez okres do 12 miesięcy; zestawy infuzyjne do osobistych pomp insulinowych przez okres do 3 miesięcy). Zmiana ta jest realizacją upoważnienia ustawowego z ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tzw. „ustawy refundacyjnej”.

Ostrożne zmiany

Zmiany w zakresie refundacji środków absorpcyjnych nie są rewolucyjne, jednak idą w dobrym kierunku. Resort zdrowia wciąż nie zdecydował się uprościć kryterium chorobowego (wzorując się na standardach europejskich), tak aby każda osoba cierpiąca na nietrzymanie moczu mogła skorzystać z refundacji. Podobnie rzecz się ma z listą specjalistów uprawnionych do wypisywania zleceń. Wciąż nie każdy ginekolog może wypisać swojej pacjentce środki absorpcyjne, a przecież to do gabinetów ginekologicznych, gdzie wykonuje się aż 90% wszystkich refundowanych zabiegów z użyciem taśm syntetycznych, udają się przede wszystkim kobiety cierpiące na NTM. *Doceniamy wprowadzone zmiany, niemniej liczymy, że w niedalekiej przyszłości Pan Minister ponownie pochyli się nad sytuacją pacjentów z NTM i zdecyduje na korzystniejszą dla nas nowelizację. Z ubolewaniem odnotowaliśmy brak zmian w zakresie limitów cenowych i ilościowych. Szczególnie jest to bolesne gdy Minister Zdrowia wprowadza do refundacji nowy, droższy produkt (red. – majtki chłonne) w takim samym limicie cenowym jak pozostałe środki absorpcyjne. Rozumiemy jednak, że przy obecnym budżecie NFZ, wzrost limitów nie był możliwy. Dlatego postulujemy o zwiększenie budżetu NFZ w zakresie zaopatrzenia w refundowane wyroby medyczne i kolejne stopniowe dostosowywanie przepisów do potrzeb chorych* – mówi Anna Sarbak, Prezes

Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”.

Kolejny już projekt nie przewiduje wzrostu limitu ilości ani limitu cenowego dla refundowanych pieluchomajtek. Czy refundowane (tak naprawdę w wysokości ok 60% faktycznej ceny) dwie pieluchy dziennie przy konieczności zapewnienia choremu 5 czy 6 takich pieluch dziennie to szczyt możliwości naszego Państwa? W sytuacji, kiedy w innych państwach europejskich standardem jest refundacja 150-180 pieluch miesięcznie, nasze 60 szt. wygląda naprawdę blado – komentuje Jolanta Martyka Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Rodzin Osób Niepełnosprawnych "Razem Możemy Więcej".



Józef Góralczyk z Małopolskiego Sejmiku Organizacji Osób Niepełnosprawnych również nie kryje rozczarowania: *Zapisy zawarte w nowelizacji są dalekie o tego, co zaproponowaliśmy w naszym obywatelskim projekcie rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze. Ministerstwo Zdrowia nie zaproponowało żadnych mechanizmów, które zagwarantowałyby wysoką jakość zaopatrzenia oraz ograniczyłyby możliwość wystąpienia nadużyć. Rezygnacja z wprowadzenia wypożyczalni sprzętu w sposób ewidentny świadczy o tym, że resort sprzyja dystrybutorom, a nie chorym. Przedstawiciel sejmiku zwraca również uwagę na kwestie finansowania zaopatrzenia ortopedycznego i pomocniczego: Kompleksowa nowelizacja rozporządzenia oraz jego realizacja jest możliwa jedynie w sytuacji, gdy budżet NFZ na zaopatrzenia dla niepełnosprawnych i przewlekle chorych będzie odzwierciedlał realne potrzeby. W tym momencie tak nie jest. Dlatego nie zgadzamy się na dalszy niekontrolowany wzrost wydatków na leczenie szpitalne kosztem osób niepełnosprawnych i niesamodzielnych.*

Edukacja chorego jako narzędzie terapeutyczne - spojrzenie ginekologa

dr n. med. Przemysław Kądziołka

Adiunkt Kliniki Zdrowia Matki i Dziecka Ginekologiczno-Położniczego Szpitala Klinicznego

Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu



Zgodnie z definicją nietrzymaniem moczu nazywamy objaw polegający na niekontrolowanym wycieku moczu będący efektem wielu zaburzeń. Wyróżnia się kilka rodzajów nietrzymania moczu, występujących w różnym stopniu nasilenia, jak i będących schorzeniem współwystępującym przy innych chorobach. Problem nietrzymania moczu znany jest człowiekowi od zawsze. Dostępne w literaturze techniki radzenia sobie z tym schorzeniem nie zmieniały się jednak aż do czasów nowożytnych. Ówczesne sposoby walki z NTM polegały na czysto mechanicznych zabezpieczeniach, mających uchronić chorą przed wypływającym bez kontroli moczem. Dopiero od połowy osiemnastego wieku czasów nowożytnych, dzięki stopniowemu pogłębianiu wiedzy nt. anatomii i patofizjologii układu moczowego, zaczęto rozumieć podłoże tej dolegliwości i jej złożony charakter. Wówczas pojawiły się szanse na nowe metody leczenia NTM, zastępujące dotychczasowe leczenie objawowe. Niestety, mimo wielokierunkowego postępu, nawet medycyna XXI wieku nie potrafi pomóc każdej chorej z nietrzymaniem moczu.

Wieloletni brak w pełni skutecznej terapii, powszechne przypisywanie nietrzymania moczu naturze kobiecej, najczęściej utożsamiane z przebytymi porodami, menopauzą i starszym wiekiem oraz wyjątkowo krępujący charakter tego schorzenia, po dziś dzień jest przyczyną ukrywania choroby i unikania wizyt lekarskich, co w efekcie wyklucza jego wczesną diagnostykę i skuteczną terapię. To wszystko sprawia, że

nietrzymanie moczu nadal pozostaje tematem tabu.

Skala problemu NTM w polskiej służbie zdrowia

Pomimo braku kompletnych analiz problemu nietrzymania moczu w skali kraju, na podstawie wyników badań regionalnych (np. w regionie lubelskim) oraz badań porównawczych z innymi krajami, nietrzymanie moczu klasyfikowane jest jako problem społeczny.

Statystycznie ok. 10-15% populacji cierpi na nietrzymanie moczu, z czego niewielki procent chorych udaje się wcześniej po pomoc medyczną, a znaczny odsetek osób leczonych zgłasza nieskuteczność terapii. Biorąc pod uwagę powyższe wskaźniki należy przyznać, że przed polską służbą zdrowia stoi dziś wielkie wyzwanie związane z poprawą obecnych realiów w zakresie leczenia nietrzymania moczu.

Jak sprostać temu zadaniu?

Poza organizacją właściwego systemu diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, wobec złożoności zagadnienia jakim jest nietrzymanie moczu, np. wielu czynników predysponujących i wywołujących NTM, ogromną rolę może i powinno odegrać właściwe edukowanie chorych we wszystkich aspektach schorzenia. Począwszy od propagowania właściwych zachowań w czasie czynności fizjologicznych, poprzez właściwą dietę, higieniczny tryb życia, ćwiczenia w ciąży i po porodzie, aż po prawidłowe zaopatrzenie w materiały absorpcyjne i opiekę paliatywną nad chorymi terminalnymi. Chociaż większość scho-

zeń powodujących nietrzymanie moczu nie stanowi tak poważnego zagrożenia dla zdrowia i życia jak np. cukrzyca, to jednak chcąc uzyskać efekty w postaci ograniczenia skali choroby czy znacznej poprawy zdrowia u osób chorych można by, analogicznie do innych chorób społecznych, wdrożyć programy edukacyjne dla pacjentów, aktywnie włączając chorych we wszystkie fazy terapii począwszy od profilaktyki przez diagnostykę, leczenie oraz rehabilitację.

Jak edukować chorych?

Ponieważ nietrzymanie moczu jest problemem interdyscyplinarnym, w którego diagnozę i leczenie zaangażowanych jest wielu specjalistów, istnieje również potrzeba stworzenia centrów uroginekologicznych, zapewniających chorym łatwy dostęp do konsultacji wielu specjalistów, w tym przede wszystkim uroginekologów. Informacje o lokalizacji tego typu centrów, pacjent powinien otrzymywać od własnego lekarza rodzinnego. W systemie tym lekarz rodzinny powinien pełnić podstawową rolę edukacyjno-informacyjną dla osób ze schorzeniami uroginekologicznymi. Jego pierwszoplanowym zadaniem winno być uczulenie pacjentek na objaw nietrzymania moczu, jednocześnie wskazując chorej, że jest to problem wymagający diagnozy oraz jak najszybszego rozpoczęcia terapii. Podobną rolę winni odgrywać ginekolodzy-położnicy wobec kobiet w ciąży i po porodzie.

W krajach takich jak Francja czy Niemcy udowodniono, że edukacja chorych z nietrzymaniem moczu jest taką samą metodą leczenia jak właściwa dieta, aktywność fizyczna czy farmakoterapia. W dużej mierze to od samych chorych zależy przebieg choroby, ryzyko wystąpienia ewentualnych powikłań, jak i finalnie jakość życia pacjentek. Pełnowymiarowa edukacja chorych powinna być prowadzona w w/w centrach uroginekologicznych, zarówno przez lekarzy specjalistów, jak i przez wyspecjalizowany personel medyczny.

W przypadku nietrzymania moczu powinno się prowadzić edukację indywidualną, zbiorową oraz w tzw. edukację w grupach wsparcia.

Edukacja indywidualna - jest szczególnie ważna w przypadku stosowania rzadszych metod leczenia oraz u chorych po nieskutecznej lub powikłanej terapii.

Edukacja zbiorowa - spełnia swoją rolę głównie w miejscach leczenia szpitalnego, gdzie diagnozowanych i leczonych jest wiele pacjentek jednocześnie.

Grupy wsparcia - mają szczególne pozytywne znaczenie wśród chorych o wybitnie nasilonych objawach chorobowych, niepoddających się leczeniu, mających nawroty choroby itp.

Istnieje koncepcja, która zakłada, że pełnoprawnym

członkiem zespołu grupy wsparcia powinna być odpowiednio wyszkolona osoba mająca sama problem z nietrzymaniem moczu. Ponadto, w skład zespołu powinni wchodzić lekarz i edukator, a w razie potrzeby dodatkowo inni specjaliści (proktolog, urolog, neurolog etc).



Generalizując powyższe rozważania należy podkreślić, iż wszelkie metody edukacji chorych doprowadzają do samokontroli i wpływają na poprawę stanu zdrowia pacjenta.

Obecne realia edukacji pacjenta z NTM

Zadania edukacyjne centrów uroginekologicznych wobec chorych w Polsce obecnie realizowane są fragmentarycznie ze względu na brak systemowych rozwiązań w organizacji państwowego lecznictwa uroginekologicznego. Wobec powyższego wielką rolę w edukacji chorych z nietrzymaniem moczu spełniają organizacje pacjenckie t.j. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”, czy powstały w 2002 r. Program Prospołeczny „NTM - Normalnie Życ”. Ta wspierana przez wybitne autorytety medyczne kampania informacyjno-edukacyjna poświęcona problemowi nietrzymania moczu realizuje swoją misję, między innymi, poprzez *Kwartalnik NTM* skierowany nie tylko do chorych, ale również do środowisk medycznych i opiniotwórczych.

Nieocenione wysiłki edukacyjne i informacyjne wymienionych organizacji powinny jedynie wspierać działania publicznej służby zdrowia, przed którą stoi zadanie organizacji systemowego rozwiązania problemu edukacji pacjentów z nietrzymaniem moczu. Możemy mieć nadzieję, że w najbliższych latach wysiłki wielu ośrodków medycznych i czynników decyzyjnych służby zdrowia doprowadzą do powstania centrów uroginekologicznych ze wszystkimi ich funkcjami medycznymi i pozamedycznymi.

OAB - więcej niż nietrzymanie moczu

lek. med. Anna Bonder-Nowicka

Oddział Urologii, Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie

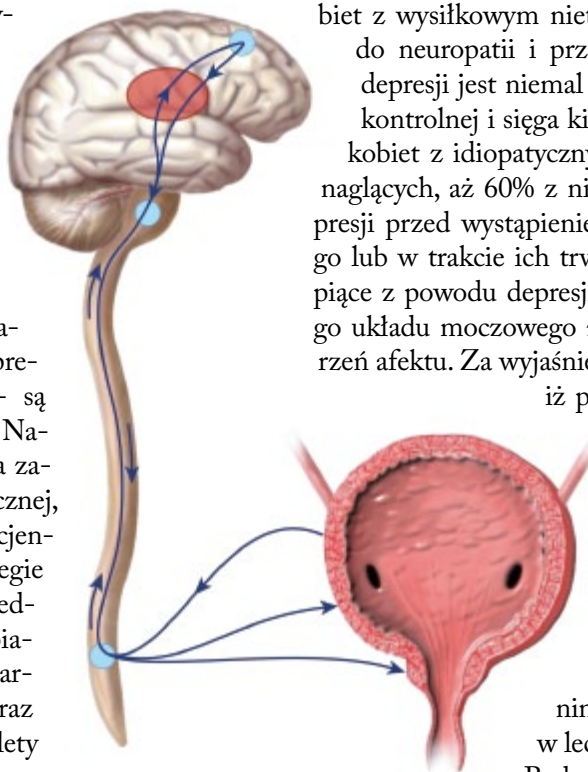
Overactive bladder (OAB) czyli pęcherz nadaktywny to zespół objawów związanych z fazą wypełniania pęcherza moczowego. Wiodącym objawem zespołu OAB są parcia naglące czyli nagła, trudna do odroczenia potrzeba oddania moczu. Charakteryzuje się również występowaniem częstomoczu i nykturii, czyli przymusu oddawania moczu również w nocy. Objawy mogą, ale nie muszą współwystępować z nietrzymaniem moczu. Choć w pewnym obszarze OAB i nietrzymanie moczu nakładają się na siebie, to faktycznie te dwa stany wywierają istotnie różny wpływ na życie pacjentów.

Nietrzymanie moczu samo w sobie negatywnie wpływa na życie pacjentów, lecz parcia naglące - reprezentatywne dla zespołu OAB - są znacząco większym obciążeniem. Naruszają funkcjonowanie człowieka zarówno w sferze fizycznej, psychicznej, emocjonalnej, jak i socjalnej. Pacjenci często wykorzystują różne strategie radzenia sobie z chorobą, które jednak nierzadko dodatkowo pogłębiają ich izolację czy pozbawiają wsparcia. Częste oddawanie moczu oraz pilna potrzeba poszukiwania toalety są przyczyną, dla których praca zawodowa oraz podróże stają się trudnym wyzwaniem. Obawa przed nieprzyjemnym zapachem i zażenowaniem powstrzymuje chorych przed uczestniczeniem w życiu towarzyskim i społecznym. Poczucie zanieczyszczenia i paraliżujący lęk przed wyciekami moczu podczas aktywności płciowej sprawia, że pacjenci unikają intymności. Chorzy w podeszłym wieku często są zmuszeni szukać pomocy u członków rodziny przy czynnościach dnia codziennego tj: toaleta, pranie, zaopatrzenie w środki higieniczne. Nietrzymanie moczu pozostaje jednym z głównych wskazań dla skierowania chorych do ośrodka długotrwałej opieki. OAB oraz nietrzymanie moczu leżą u podstaw również innych schorzeń tj.: zakażenia układu moczowego, podrażnienia i zapalenia skóry, a w podeszłym wieku dodatkowo zwiększają ryzyko upadków i złamań. Badania wskazują wspólne źródło dla zaburzeń lękowych lub fobii, parć naglących i skazy dyspeptycznej w obrębie układu pokarmowego - objętych wspólną nazwą przewle-

ły stan układowy. Z badań wynika, że w grupie pacjentek z OAB blisko jedna trzecia cierpiała na zaburzenia lękowe lub napady paniki, podczas gdy w podobnej grupie leczonych z powodu wysiłkowego nietrzymania moczu nie stwierdzono żadnego takiego przypadku. Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu do depresji. Częstość schorzenia odnosi się do objawu parć naglących: w grupie kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu lub wtórnym do neuropatii i przeszkody podpęcherzowej, ryzyko depresji jest niemal takie samo jak dla zdrowej grupy kontrolnej i sięga kilkunastu procent. Jednakże wśród kobiet z idiopatycznym nietrzymaniem moczu z parć naglących, aż 60% z nich było leczonych z powodu depresji przed wystąpieniem objawów z układu moczowego lub w trakcie ich trwania. Dodatkowo pacjentki cierpiące z powodu depresji oceniają funkcjonowanie swojego układu moczowego znacząco gorzej, niż te bez zaburzeń afektu. Za wyjaśnienie tego fenomenu przyjmuje się,

iz pierwotną przyczyną zarówno depresji, jak i parć naglących jest niedobór serotoniny, a tym samym niedostateczny efekt jej hamującego wpływu na mięsień pęcherza. Dowodem wspierającym tę hipotezę jest fakt, iż zastosowanie inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny przynosi spektakularne efekty w leczeniu parć naglących.

Badania na dużych grupach pacjentów dobitnie pokazują również, że dewastujący wpływ OAB jest niezależny od występowania nietrzymania moczu. U kobiet w podeszłym wieku same parcia naglące zwiększają ryzyko upadków o 26%, a złamań o 34%, co jest nie do zlekceważenia, jako że w tej grupie chorych urazy są istotną przyczyną zachorowalności i śmiertelności. Mogą one stanowić nawet szóstą przyczynę śmierci, głównie w następstwie zabiegów niosących ze sobą ryzyko tym większe, im więcej schorzeń dotyka chorej. To sprawia, że wczesne i skuteczne leczenie objawów OAB przynosi nie tylko korzyść w postaci poprawy jakości życia, ale również wydłuża przeżycie kobiet w podeszłym wieku. Zaburzenia sfery seksualnej towarzyszące objawom z dolnych dróg moczowych dotyczą pacjentów obu płci. 14% mężczyzn nie tylko rzadziej podejmuje aktywność płciową, ale również określa ją jako mniej satysfakcjonującą w porównaniu do podobnej pod względem wieku grupy mężczyzn wolnej od objawów OAB. Ponad-



to częściej niż rówieśników dotykają ich zaburzenia erekcji. Wśród kobiet nietrzymanie moczu wiąże się z ograniczeniem aktywności płciowej nawet u połowy badanych. Pacjentki z postacią mieszaną nietrzymania moczu, czyli z towarzyszącymi parciem nagłym, nie tylko gorzej od pozostałych oceniają swoją aktywność płciową, ale również nie zgłaszają poprawy w tej sferze po zabiegach z użyciem taśm podcewkowych (tak jak ma to miejsce u chorych z wysiłkowym nietrzymaniem moczu bez objawów podrażnieniowych). Objawy OAB dodatkowo upośledzają pożądanie, wiążą się z bólem podczas stosunku i zażenowaniem wynikającym z konieczności wizyty w toalecie w trakcie intymnych chwil. Obawa przed wyciekami moczu podczas orgazmu rujnuje pewność siebie pacjentek i utrudnia jego osiągnięcie, a nie jest bezpodstawną, gdyż wyciek moczu zgłasza nawet 31% kobiet z OAB (23% w przypadku wysiłkowego nietrzymania moczu). Co ciekawe - tylko niewielka część pacjentek aktywnie szuka z tego powodu pomocy medycznej - zazwyczaj informacja taka zostaje ujawniona dopiero podczas dokładnego ba-

danego z uwzględnieniem aspektów psychologicznych. Sfera seksualności jest bez wątpienia najtrudniejszym dla lekarza obszarem badań i leczenia, jednak ze względu na jej fundamentalne znaczenie nie tylko dla pacjentów, ale również ich partnerów, nie powinna umykać ich uwadze.

Zespół OAB jest szeroko rozpowszechniony na świecie, dotyczy nawet 16,5% pacjentów. 6,1% chorych skarży się na współlistniejące nietrzymanie moczu, pozostali (10,4%) nie zgłaszali tego objawu (badanie NOBLE). Częściej występuje u kobiet, lecz grupa mężczyzn dotkniętych problemem rośnie wraz z postępującym wiekiem. Niestety, tylko część z rzeszy pacjentów poszukuje pomocy medycznej. Niepodejmowanie leczenia tłumaczy wstydem, strachem, poczuciem winy lub przeświadczeniem o tym, że problemy z pęcherzem są na starość nieuchronne. Szybka diagnoza i skuteczne leczenie chorych nie tylko prowadzi do zmniejszenia kosztów leczenia OAB, lecz również poprawiają jakość życia pacjentów, ich partnerów i rodzin w sposób istotny, choć trudny czasem do przeliczenia na pieniądze.

Operacje z użyciem taśm w województwie podlaskim

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM prezentujemy Państwu wykaz placówek z województwa podlaskiego, w których wykonuje się refundowane zabiegi operacyjne na nietrzymanie moczu przy użyciu taśm syntetycznych. Według naszych statystyk (stan na 11.2013), obecnie w regionie tego typu operacje przeprowadza się w 11 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno w oddziałach ginekologicznych, jak i w urologii. W większości placówek przeprowadzane są na bieżąco.

Porównując obecną sytuację ze statystykami z 2009 roku

(kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM w tym województwie) sytuacja uległa poprawie. Wówczas informacje o wykonywanych zabiegach przekazało nam 9 placówek. Obecnie na 55 publicznych oraz prywatnych szpitali w województwie, które dysponują 19 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej i 5 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rpwdl.csioz.gov.pl), 11 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną. Poniżej prezentujemy ich listę.

BIAŁYSTOK

- Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza NZOZ, ul. Zamenhofska 19
- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 24A
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku, ul. M. Skłodowskiej-Curie 26
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku, ul. Fabryczna 27

BIELSK PODLASKI

- Szpital Powiatowy im. Rafała Czerwiakowskiego, ul. Kleszczelowska 1

ŁOMŻA

- Szpital Wojewódzki im. Kard. Stefana Wyszyńskiego, Al. Piłsudskiego 11

SIEMIATYCZE

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach, ul. Szpitalna 8

SEJNY

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach, ul. dr E. Rittlera 2

SOKÓŁKA

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, ul. Sikorskiego 40

SUWAŁKI

- Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki, ul. Szpitalna 60

ZAMBRÓW

- Szpital Powiatowy NZOZ, ul. Jana Pawła II 3

Dlaczego nie uroginekologia?

Katarzyna Walewska

Na łamach kilku ostatnich numerów Kwartalnika NTM prezentowaliśmy Państwu artykuły poświęcone problematyce uroginekologii w kontekście uwzględnienia jej jako jednej ze specjalizacji w programie kształcenia młodych lekarzy. Chcąc lepiej poznać opinię środowiska lekarskiego na ten temat, postanowiliśmy skonfrontować wyżej wspomnianą propozycję zarówno z przedstawicielami środowiska ginekologów, jak i urologów. Pomysł ten zyskał uznanie obydwu stron. Zarówno ginekolodzy, jak i urolodzy widzą potrzebę utworzenia nadspecializacji w tej dziedzinie. Główne powody, na które powoływali się specjaliści, to rosnące z roku na rok zapotrzebowanie na tego typu profesje, będące nieuchron-

śluszną i niezwykle potrzebną, czego dowodzą przytoczone powyżej argumenty. Jak już wspominaliśmy podjęto również próbę jej realizacji, w postaci opracowania szczegółowego programu szkoleń dla młodych specjalistów, który za pośrednictwem prof. Stanisława Radowickiego - konsultanta krajowego w dziedzinie ginekologii i położnictwa, trafił do resortu zdrowia. Nadal jednak brak pozytywnej decyzji w tej sprawie.

Kwestię kształcenia specjalistycznego lekarzy reguluje obecnie *rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów* (Dz. U. z 2013 r., poz. 26), znowelizowane z początkiem b.r. Niestety nowela przepisów nie zakończyła się pomyślnie dla uroginekologii, która nie znalazła się w modułowym wykazie specjalizacji lekarskich. Dlaczego tak się stało?

Chcąc uzyskać odpowiedź na to pytanie, zwróciliśmy się do Ministerstwa Zdrowia z prośbą o informacje na jakim etapie prac znajduje się złożony do resortu wspomniany wniosek. Dopytaliśmy również o to, jakie są szanse na uwzględnienie uroginekologii w kolejnej nowelizacji rozporządzenia.

Odpowiedź resortu okazała się bardzo zaskakująca. Rzecznik prasowy Ministra Zdrowia poinformował nas, że w 2011 roku, na początkowym etapie prac nad stworze-

niem modułowego systemu specjalizacji lekarskich, będącym jednym z załączników do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 stycznia 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów*, prof. Radowicki zgłaszał propozycję utworzenia specjalizacji z uroginekologii. Niemniej jednak w 2012 roku wnioskował o wprowadzenie do ww. wykazu wyłącznie specjalizacji z zakresu perinatologii, endokrynologii ginekologicznej lub endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości. W ramach nowelizacji rozporządzenia, która miała miejsce w styczniu br. w wykazie znalazły się specjalizacje w dziedzinie perinatologii oraz endokrynologii ginekologicznej i rozrodczości, o które w II etapie wnioskował konsultant krajowy. *Propozycje wprowadzenia kolejnych nowych specjalizacji będą mogły zostać rozważone w przypadku podjęcia prac nad nowelizacją przedmiotowego rozporządzenia* - wyjaśnia Krzysztof Bąk - rzecznik prasowy Ministra Zdrowia.

O wyjaśnienie tej sprawy poprosiliśmy również prof. Stanisława Radowickiego. Do momentu zamknięcia tego numeru Kwartalnika prof. Radowicki nie odpowiedział na nasze pytania.

ną konsekwencją starzejącego się społeczeństwa, w którym stopniowo przybywa pacjentek ze schorzeniami uroginekologicznymi. Zdaniem specjalistów pacjentki te powinny być objęte kompleksową opieką uroginekologów. Kolejny powód - to brak standardów leczenia w tej dziedzinie. Obecnie zabiegi uroginekologiczne wykonywane są zarówno przez ginekologów, jak i urologów. Choć część z nich posiada wieloletnie doświadczenie i wiedzę, nadal brak ujednoliconych standardów, na które mogliby się powoływać młodzi, mniej doświadczeni specjaliści. Odpowiednie szkolenie z zakresu uroginekologii to również potencjalnie mniejszy odsetek operacji wykonywanych nieprawidłowo, których efektem są ponowne zabiegi, reoperacje obciążające zdrowie i komfort pacjenta, a także budżet państwa.

Specjaliści zwracają uwagę, że w parze z nową nadspecializacją powinno iść utworzenie ośrodków referencyjnych, które pełniłyby rolę wyspecjalizowanych placówek dedykowanych pacjentkom cierpiącym na schorzenia uroginekologiczne.

Sama idea utworzenia specjalizacji jest jak najbardziej



Neuromodulacja krzyżowa.

Korzyści i ryzyko

z prof. dr hab. n. med. Jerzym B. Gajewskim, profesorem urologii i farmakologii Uniwersytetu Dalhousie w Halifax (Kanada)
rozmawia Magdalena Kowalewska

Neuromodulacja krzyżowa wykorzystywana jest od około dwudziestu lat w leczeniu m. in. zaburzeń funkcjonowania dolnych dróg moczowych. Pomaga pęcherzowi moczowemu prawidłowo funkcjonować. Czym właściwie jest neuromodulacja krzyżowa?

Neuromodulacja krzyżowa, inaczej SNM (z ang. Sacral Neuromodulation) to stymulacja pośrednia łuku odruchowego krzyżowego w celu unormowania działania pęcherza, zwieracza lub dna miednicy. Polega na wszczepieniu pod skórę niewielkiego urządzenia - stymulatora, by pobudzać nerwy krzyżowe za pomocą łagodnych impulsów elektrycznych. Tak brzmi definicja medyczna. Często jednak swoim pacjentom tłumaczę również, że stymulator działa na podobnych zasadach, na jakich działa rozrusznik serca - stymulator jest dla pęcherza tym, czym dla serca jest rozrusznik. Neuromodulacja krzyżowego odcinka rdzenia kręgowego (nazywana także stymulacją nerwu krzyżowego) jest odwracalna i może zostać przerwana.

Leczenie metodą neuromodulacji krzyżowej, oprócz wszczepialnego pod skórę neurostymulatora, zakłada także zastosowanie cienkiego przewodu - elektrody, która przewodzi impulsy elektryczne do nerwów kontrolujących dno miednicy, włącznie z pęcherzem moczowym i jelitem grubym oraz zastosowanie przenośnego programatora, czyli „pilota” do regulacji poziomu stymulacji, który pozwala na dostosowanie natężenia stymulacji oraz włączenie i wyłączenie systemu.

Jakie wskazania są obecnie istotne do zastosowania neuromodulacji krzyżowej? Jakie schorzenia dzięki tej metodzie mogą być wyeliminowane?

Po pierwsze neuromodulacja nie eliminuje chorób, ona nie działa jak antybiotyk, który po zażyciu usuwa zakażenie. Neuromodulacja działa ciągle, by modulować odpowiednie funkcje narządu. SNM jest wskazana dla pacjentów cierpiących na schorzenia: pęcherza nadreaktywnego (OAB z ang. Overactive Bladder Syndrome), z nietrzymaniem moczu z powodu parcia naglącego lub bez nietrzymania moczu; zaburzenia mikcji (IUR z ang. Idiopathic Urinary Retention); również - choć brak jest formalnej rejestracji dla tego wskazania - na zespół bolesnego pęcherza/śródmięzowego zapalenia pęcherza moczowego (BPS/IC z ang. Bladder Pain Syndrom/Interstitial Cystitis).



Prof. Jerzy Gajewski

Terapię neuromodulacji krzyżowej przeprowadza się w oparciu o dwa główne etapy: fazę testową i fazę wszczepienia. Na czym polegają obydwie etapy?

W pierwszym etapie, podstawowym krokiem będzie postawienie diagnozy pacjenta. Drugim krokiem - ustalenie czy pacjent był już kiedyś leczony w tym kierunku. W Kanadzie neuromodulację stosuje się u pacjentów, u których wcześniejsze leczenie było nieskuteczne, farmakoterapia, terapia behawioralna i ćwiczenia mięśni dna miednicy nie dały satysfakcjonującej poprawy w funkcjonowaniu dolnych dróg moczowych. W zależności, czy pacjent miał już ustaloną pełną diagnozę czy nie, trzeba zrobić odpowiednie badania, by ją potwierdzić. W przypadku, kiedy diagnoza pozwala na przeprowadzenie zabiegu, pacjent kierowany jest na pierwszą część terapii. Zabieg polega na wykonaniu tzw. próbnej stymulacji, tymczasowej, trwającej 3 do 7 dni. Pacjent w ciągu tego czasu prowadzi dzienniczek mikcji, także przed próbną stymulacją i po niej. Jeśli próbna ocena wypada pozytywnie, czyli zachodzi co najmniej 50% poprawa stanu pacjenta, wtedy można wprowadzić drugi etap, który polega na podskórnym wszczepieniu neurostymulatora.

Podczas pierwszej fazy - próbnej stymulacji wszczepia się pod skórę, w dolnej części pleców, zwykłą elektrodę w postaci drucika lub już permanentną, stałą elektrodę, ale podłączony do niej mały testowy stymulator znajduje się poza ciałem. Przez specjalny przedłużacz elektroda jest wyjęta przez skórę na zewnątrz i wtedy pacjent nosi ze sobą na pasku stymulator.

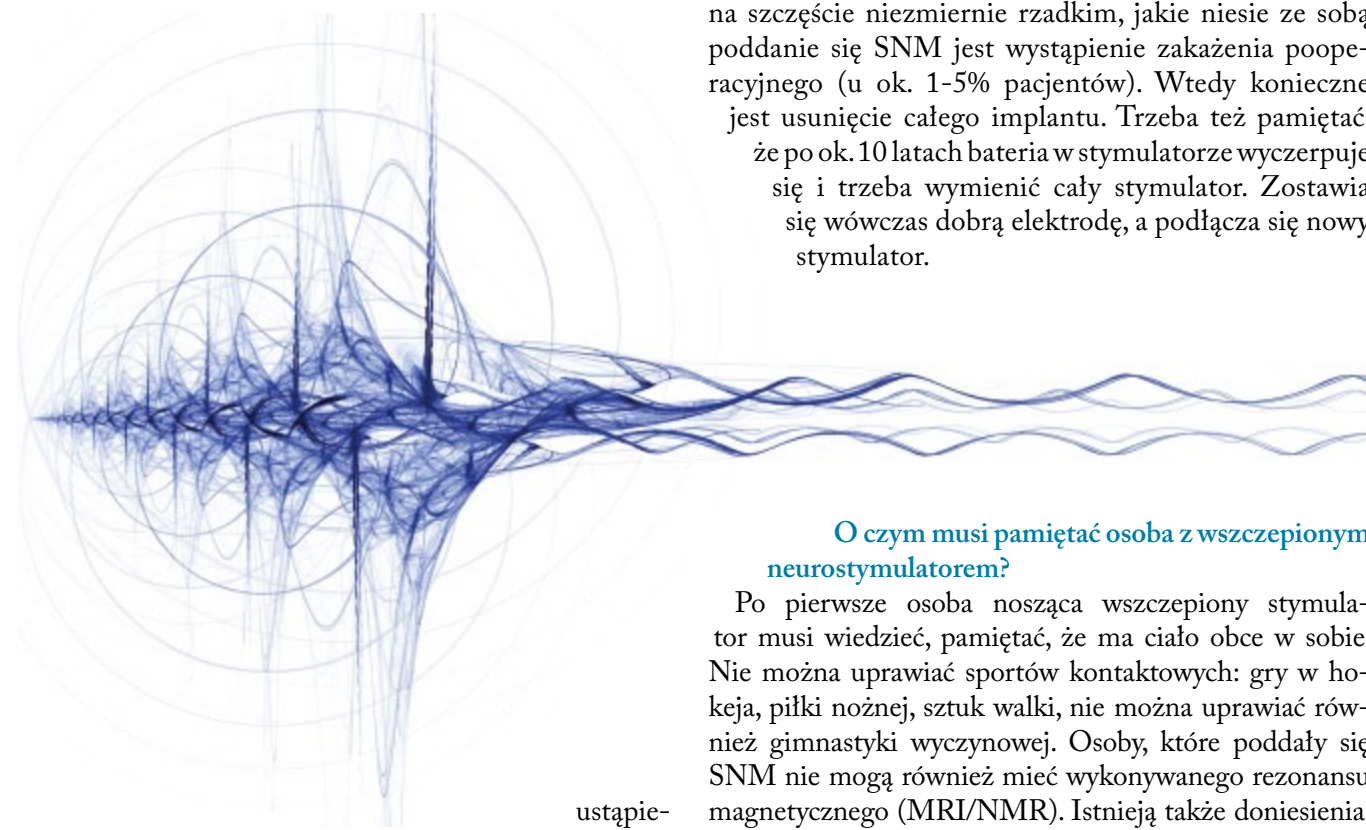
Jeżeli próbna terapia działa, czyli próba wypadła pozytywnie i jeżeli pacjent miał wszczepioną już samofiksującą się, stałą elektrodę, to wszczepiamy już tylko sam stymulator. Jeżeli pacjentowi wszczepiono elektrodę próbną, wszczepiamy i nową elektrodę i nowy permanentny stymulator.

Jakie korzyści niesie ze sobą zastosowanie neuromodulacji krzyżowej?

Korzyści zastosowania neuromodulacji krzyżowej to definitywnie ustanie dolegliwości (nawet 80% poprawa przy próbie z permanentną elektrodą i zabiegiem z dołączonym później permanentnym stymulatorem oraz około 50% poprawa z zastosowaniem próbnej elektrody). Skuteczność tej metody leczenia u pacjentów z pęcherzem

nadreaktywnym (z objawami: częstomoczem oraz nietrzymania moczu z naglącego parcia na mocz) jest wysoka. Usuwa ona od 70 do 100% objawów. Osoby leczone za pomocą terapii neuromodulacji krzyżowej z powodu nadreaktywności pęcherza moczowego odczuły całkowite

poddać się wtórnemu zabiegowi. Wpływają na to różne powody, np. przesunięcie się albo pęknięcie elektrody. Często po upadku pacjenta, elektroda się przesuwają w otworach krzyżowych i wymagana jest wówczas powtórna operacja, by włożyć nową elektrodę. Ryzykiem, na szczęście niezmiernie rzadkim, jakie niesie ze sobą poddanie się SNM jest wystąpienie zakażenia poopercyjnego (u ok. 1-5% pacjentów). Wtedy konieczne jest usunięcie całego implantu. Trzeba też pamiętać, że po ok. 10 latach bateria w stymulatorze wyczerpuje się i trzeba wymienić cały stymulator. Zostawia się wówczas dobrą elektrodę, a podłącza się nowy stymulator.



ustąpienie nietrzymania moczu, bądź znaczną poprawę w zakresie ilości epizodów wycieku moczu i zdecydowaną redukcję liczby wyjść do toalety każdego dnia.

W przypadku pacjentek z zaburzeniem oddawania moczu, w sytuacji, kiedy pacjentki zazwyczaj muszą się cewnikować, ponieważ nie mogą same oddać moczu, dzięki zastosowaniu SNM poprawa nastąpiła u ok. 70% z nich. Mogły one zrezygnować z używania cewnika i zaczęły oddawać mocz same.

U pacjentek z śródmięszowym zapaleniem pęcherza, neuromodulacja usuwa, bądź zmniejsza ból w 72% przypadków.

Czy istnieją ewentualne uboczne skutki zastosowania tej terapii? Jeśli istnieją, to jak często one występują?

Neuromodulacja jest zabiegiem operacyjnym i, niestety, po każdym zabiegu operacyjnym występują jakieś skutki uboczne. Zdarzają się sytuacje, w których pacjent musi

O czym musi pamiętać osoba z wszczepionym neurostymulatorem?

Po pierwsze osoba nosząca wszczepiony stymulator musi wiedzieć, pamiętać, że ma ciało obce w sobie. Nie można uprawiać sportów kontaktowych: gry w hokeja, piłki nożnej, sztuk walki, nie można uprawiać również gimnastyki wyczynowej. Osoby, które poddały się SNM nie mogą również mieć wykonywanego rezonansu magnetycznego (MRI/NMR). Istnieją także doniesienia, iż nie można poddać się fizjoterapii z zastosowaniem prądów.

Trzeba też pamiętać o wszczepionym neurostymulatorze podczas przechodzenia przez różnego rodzaju bramki magnetyczne. Podczas podróży samolotem należy poinformować pracowników ochrony lotniska o urządzeniu, by uniknąć kłopotów związanych z elektronicznymi systemami ochrony. Każdy pacjent otrzymuje legitymację (tak jak pacjenci z rozrusznikiem serca), którą pokazuje w takich sytuacjach, i która potwierdza, że to właśnie stymulator jest powodem ewentualnego alarmu. Warto również pamiętać, że niewskazane jest przebywanie w miejscu, gdzie człowiek znajduje się pod działaniem pola elektromagnetycznego.

Pomimo ewentualnych skutków ubocznych i ryzyka reoperacji, SNM jest bezpiecznym, minimalnie inwazyjnym zabiegiem z bardzo dobrymi wynikami odległymi i większość osób z wszczepionym neuromodulatorem odczuwa zdecydowaną poprawę jakości życia.

Prof. dr hab. n. med. Jerzy Gajewski - wybitny specjalista urologii i farmakologii. Członek Zarządu Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS). Członek Zarządu i były Prezes Kanadyjskiego Towarzystwa Urologicznego. Były Prezes Kanadyjskiej Rady Seksualności Mężczyzn. Dyrektor Programu Neurologiczno-Urodynamicznego w Departamencie Urologii na Uniwersytecie Dalhousie, Nova Scotia w Kanadzie.

Kryteria doboru środków absorpcyjnych

Raport „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej”

Anna Sulka

Nietrzymanie moczu jest dolegliwością bardzo uciążliwą. Ze względu na swój intymny charakter oraz objawy powodujące szereg trudności w życiu towarzyskim, rodzinnym i zawodowym, ma często negatywny wpływ na emocjonalny stan chorego. Osoby cierpiące na NTM wstydzą się swojej dolegliwości, odczuwają lęk przed zmoczeniem ubrania i wydzielaniem nieprzyjemnego zapachu. Wiele osób wskazuje, że na skutek nietrzymania moczu zostało zmuszonych do zmiany swoich przyzwyczajzeń, ograniczenia kontaktów towarzyskich, a także rezygnacji z pracy, wyjazdów czy aktywnego wypoczynku.

Aby zapobiec występowaniu takich sytuacji należy zapewnić chorym dostęp do skutecznych terapii oraz odpowiedniego zaopatrzenia pomocniczego. Używanie środków absorpcyjnych pozwala chorym na w miarę normalne funkcjonowanie podczas procesu leczenia. Z kolei w przypadku osób, u których wyleczenie z jakichś przyczyn nie jest możliwe, stosowanie środków absorpcyjnych staje się jedynym rozwiązaniem.

Obecnie producenci oferują szeroki wybór zróżnicowanych środków absorpcyjnych. Artykuły te dostosowane są do potrzeb różnych grup pacjentów. Ich wykona-

KRYTERIA DOBORU	CHARAKTERYSTYKA
Natura nietrzymania moczu	Częstotliwość występowania epizodów NTM oraz stopień ciężkości NTM - zróżnicowana chłonność
Płeć	Kształt i rozmiar produktów w zależności od płci użytkownika - produkty dedykowane mężczyznom i kobietom
Fizjonomia	Odpowiedni rozmiar - S, M, L, XL
Stopień samodzielności	Sprawność manualna użytkownika, problemy z poruszaniem się, wzrokiem, sprawność umysłowa - produkty zakładane jak bielizna dedykowane są osobom samodzielnym, produkty utrzymywane na biodrach za pomocą taśmy dedykowane są osobom niesamodzielnym; należy uwzględnić zdolność użytkownika do samodzielnego skorzystania z toalety
Mobilność	Produkty dedykowane osobom leżącym - większe, zabezpieczające łóżko; produkty dedykowane osobom mobilnym - posiadające zabezpieczenia przed przeciekaniem podczas ruchu (zabezpieczenia wokół nóg)
Styl życia, wiek	Produkty dyskretne, mniejsze, mniej chłonne, wymagające częstej zmiany dla osób czynnych zawodowo; produkty bardziej chłonne, większe dedykowane osobom starszym, mniej sprawnym, przebywającym głównie w domu
Oczekiwania użytkownika	Dobór produktów powinien uwzględniać preferencje użytkownika - np. dyskrecja, wysoka chłonność, dobre zabezpieczenie przed przeciekaniem podczas aktywności fizycznej, kontrola zapachu
Aktywność	Produkty na dzień i na noc; podróż, praca, ćwiczenia fizyczne
Jakość produktu	Brak przeciekania, brak przedostawania się zapachu, utrzymanie zdrowej skóry, wygoda, dopasowanie do sylwetki, powierzchnia oddychająca, dyskrecja
Łatwość użytkowania	Łatwy w użytkowaniu dla użytkownika i opiekuna, instrukcja użytkowania, bezpieczeństwo, produkt wygodny do usunięcia, optymalny koszt

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



nie uwzględnia występowanie różnych rodzajów oraz stopni nasilenia NTM, a także różnice w budowie anatomicznej chorych (środki absorpcyjne można dobrać według płci, wieku, stopnia samodzielności osoby chorej oraz typu i rodzaju inkontynencji, a także fizjonomii pacjenta - dostępne są rozmiary od XS do XXL). Wyroby te pomagają zachować odpowiednią higienę, posiadają właściwości niwelujące przykry zapach oraz dużą chłonność. Ze względu na sposób mocowania środki absorpcyjne możemy podzielić na dwie grupy: produkty, których użycie nie wymaga dodatkowych mocowań (pieluchomajtki, majtki chłonne) i produkty, które należy używać razem z bielizną lub specjalnymi elastycznymi majtkami, zapewniającymi utrzymanie środka absorpcyjnego we właściwym miejscu, zabezpieczającymi przed wydostaniem się moczu na zewnątrz oraz umożliwiającymi dopływ powietrza do skóry (pieluchy anatomiczne, wkłady anatomiczne, wkładki anatomiczne).

Pieluchomajtki doskonale sprawdzą się w przypadku osób z dużym lub średnim nietrzymaniem moczu, ponieważ posiadają wysoką chłonność. Dobór odpowiedniego modelu tego produktu (utrzymywane wokół bioder za pomocą taśmy lub pasów lub przyklepców) powinien uwzględniać stopień sprawności osoby potrzebującej. Używanie majtek chłonnych rekomenduje się osobom samodzielnych lub częściowo samodzielnych (zdolnym samodzielnie dokonać zmiany bielizny), szczególnie przy treningu toaletowym, dzięki czemu można uzyskać zmniejszenie ilości zużywanych produktów w ciągu doby. Przeznaczone są, podobnie jak pieluchy anatomiczne, dla osób z dużym lub średnim natężeniem NTM i/lub kału. Do produktów o niższym poziomie chłonności zaliczamy wkłady



anatomiczne rekomendowane osobom ze średnim NTM oraz wkładki anatomiczne (urologiczne) dla osób z lekkim natężeniem nietrzymania moczu.

Zakłada się, że dziennie człowiek wydała około 1-2 litry moczu. Prawidłowa pojemność pęcherza wynosi 300-400 ml. Teoretycznie w ciągu doby może wystąpić ok. 8 mikcji. Autorzy raportu „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej” wskazują, że osoba cierpiąca na NTM, aby zachować podstawowe zasady higieny potrzebuje od 3 do 4 zmian produktów absorpcyjnych w ciągu doby, w zależności od stopnia chłonności. Zwracają jednocześnie uwagę, że optymalne zaopatrzenie chorego w środki absorpcyjne wymaga dobrania ich w taki sposób, aby odpowiadały indywidualnym potrzebom chorego - jego przyzwyczajeniom, oczekiwaniom czy sprawności.

Zgodnie z ISO 15621 model optymalnego zaopatrzenia powinien uwzględniać następujące czynniki:

- potrzeby użytkownika - użytkownik sam decyduje jakie kryteria są dla niego ważne (np. dyskrecja, komfort, łatwość założenia i zdjecia, możliwość aktywnego trybu życia, wysoka chłonność),
- jakość produktu (np. brak przeciekania, brak przedostawania się zapachu, zdrowie skóry, wygoda, dopasowanie, dyskrecja), certyfikat CE,
- wygodę użytkownika,
- szeroki dostęp,
- współpłacenie, optymalne limity cenowe,
- monitorowanie systemu zaopatrzenia (mechanizmy kontroli),
- dostęp do informacji,
- edukację i profilaktykę,
- standardy opieki nad osobą z NTM (uwzględniające trening czystości, toaletowanie).

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Magdalena Kowalewska

I Katedra i Klinika Położnictwa i Ginekologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mieści się w budynku przy Placu Starynkiewicza 1/3 w Warszawie. Historia działalności kliniki sięga roku 1921, kiedy dzięki staraniom prof. Adama Ferdynanda Czyżewicza nastąpiło jej oficjalne otwarcie. Przez pierwszych kilkadziesiąt lat była jedyną kliniką uniwersytecką w stolicy, kształcąca studentów w zakresie położnictwa i ginekologii. Obecnie zaś jest bardzo ważnym ośrodkiem uniwersyteckim, zajmującym się edukacją lekarzy, położnych i pielęgniarek,

ośrodkiem leczenia m. in. nietrzymania moczu. Obecnym kierownikiem Kliniki jest prof. Mirosław Wielgoś. W klinice bardzo intensywnie i prężnie funkcjonuje Poradnia Uroginekologiczna, której kierownikiem jest prof. dr hab. n. med. Ewa Barcz. Poradnia oferuje szeroki zakres diagnostyki uroginekologicznej oraz dalsze postępowanie terapeutyczne. Do poradni mogą zgłaszać się wszystkie pacjentki z problemem zarówno nietrzymania moczu, jak i zaburzeń statyki narządu płciowego. Istotny jest fakt, że zgłoszenia do poradni dokonać można bez



Prof. Ewa Barcz

skierowania od lekarza pierwszego kontaktu. Na pierwszą wizytę w poradni pacjentki czekają około półtora miesiąca. Później wszystko zależy od indywidualnych potrzeb chorych.

Leczenie pacjentek z NTM bądź z zaburzeniami statyki odbywa się w kilku etapach. *Podczas pierwszej wizyty lekarz specjalista bardzo*

wnikliwie i dokładnie przeprowadza z pacjentką wywiad i w zależności od tego z jakimi dolegliwościami chora do nas się zgłasza, jest kwalifikowana do dalszego postępowania diagnostycznego. Jeżeli są to dolegliwości związane głównie z nadreaktywnością pęcherza moczowego, pierwszym etapem jest samoobserwacja, dzienniczek mikcji, samoocena jakości życia. Dopiero w drugiej kolejności, jeżeli jest taka potrzeba, pacjentki są kwalifikowane do inwazyjnych badań urodynamicznych i otrzymują adekwatne leczenie - wyjaśnia prof. Ewa Barcz.

Natomiast, jeśli pacjentka cierpi na wysiłkowe nietrzymane moczu, diagnostyka schorzenia u nas wygląda diametralnie inaczej, niż w innych placówkach, ponieważ my, zarówno w kwalifikacji do leczenia operacyjnego, jak i samego planowania leczenia operacyjnego, prócz badań urodynamicznych, używamy zupełnie nowej metody diagnostycznej obrazowej, mianowicie ultrasonografii dna miednicy - podkreśla prof. Barcz. Na podstawie wyników ultrasonografii opierana jest kwalifikacja schorzenia, ocena zarówno sposobu leczenia w sensie wyboru, np. materiałów syntetycznych, jak również samego przebiegu zabiegu, opracowania leczenia operacyjnego.

Ultrasonografia dna miednicy to badanie, dzięki któremu możemy ocenić bardzo wiele parametrów, m.in. samą budowę i długość cewki moczowej, szyjki pęcherza moczowego, struktury okołocewkowe, czyli potencjalnie obecność guzów, uchyłków, ropni. W czasie tego badania można także ocenić czynnościową wydolność mięśni dna miednicy, jak również ruchomość cewki, bruzd okołocewkowych - tłumaczy prof. Ewa Barcz. *Generalnie ocenić możemy cały szereg parametrów, które nam pozwalają: po pierwsze - zakwalifikować bądź zdyskwalifikować pacjentkę do zabiegu; po drugie - wybrać rodzaj zabiegu indywidualnie dla każdej pacjentki; po trzecie - tak zaplanować sam przebieg zabiegu, żeby leczenie było jak najbardziej adekwatne. To wszystko zmieniło w naszej placówce, w olbrzymi sposób skuteczność leczenia wysiłkowego NTM. Rzeczywiście wyniki mamy znakomite, dużo lepsze niż bez używania ultrasonografii dna miednicy* - dodaje.

Zauważyć warto, że Poradnia Uroginekologiczna funkcjonuje w ramach Kliniki Położnictwa i Ginekologii

WUM od kilkunastu lat, jednak metodę diagnostyki ultrasonograficznej dna miednicy przeprowadza się tu od prawie dwóch lat. Wprowadzenie tej metody możliwe było dzięki staraniom prof. Ewy Barcz i było przedsięwzięciem, które rzeczywiście zrewolucjonizowało poradnię. W ciągu tych dwóch lat, od czasu wprowadzenia tej diagnostyki, wzrosła skuteczność leczenia NTM oraz zmieniła się drastycznie liczba zabiegów. Do czasu wprowadzenia ultrasonografii, przeprowadzano kilkadziesiąt zabiegów rocznie, teraz ich liczba wzrosła do kilku setek. Poradnia w niedalekiej przyszłości planuje nadal poszerzać swą działalność.

Innym, niezmiernie ważnym, aspektem leczenia NTM w Klinice Położnictwa i Ginekologii WUM jest prowadzenie bardzo ścisłej kontroli pooperacyjnej. Wszystkie pacjentki tu operowane są obserwowane w dzień po operacji, w zakresie lokalizacji materiału syntetycznego - lokalizacji taśmy. *Wiemy więc czy taśma leży prawidłowo, czy nieprawidłowo i czy zachodzi ewentualna potrzeba korekty. Jeśli tak, co zdarza się niezwykle rzadko, to korekta jest wykonywana w czasie tej samej hospitalizacji* - pacjentka nie wychodzi do domu z jakimkolwiek problemem - zastrzega prof. Ewa Barcz. Później, po zabiegu, pacjentki trafiają do kliniki po miesiącu, na kolejną kontrolę i następną, po pół roku; w czasie każdej z tych wizyt pacjentka ma wykonywane USG, oglądane jest położenie taśmy oraz oceniana jest jej funkcjonalność. *Pacjentki nie trafiają w „niebyt”, ale są pod naszą ścisłą kontrolą. Jeżeli cokolwiek się dzieje, wracają do nas i jeśli zachodzi potrzeba wykonania jakiegokolwiek reinterwencji, oczywiście ją przeprowadzamy* - dodaje pani profesor.

Kolejnym obszarem działalności kliniki, w pewnym sensie unikatowym, jest leczenie powikłań. Trafiają tu pacjentki, które mają nieskutecznie założone taśmy, powikłania po ich implantacji w postaci nadreaktywności pęcherza moczowego de novo, dużego zalegania moczu po mikcji, czy erozji. W klinice obowiązuje bardzo dobrze wystandaryzowana metoda diagnostyki tych pacjentek oraz metoda ich leczenia. *Zapraszamy wszystkie pacjentki z powikłaniami pooperacyjnymi. Mamy dość dużą grupę kobiet, u których materiały syntetyczne były usuwane, i które były ponownie leczone operacyjnie. Wiemy jakie powikłania związane są z nieprawidłową lokalizacją taśmy, w której pozycji taśma będzie źle działała. Jesteśmy współautorami doniesień z ostatnich lat dotyczących leczenia powikłań, opartych na doświadczeniu i wysokiej skuteczności w tym zakresie. Nieskuteczność bowiem też traktujemy jako powikłanie. Jeszcze raz podkreślę, że pacjentka wychodzi z naszej kliniki wtedy, kiedy wiemy, że wszystko jest tak, jak powinno być* - zaznacza prof. Ewa Barcz.



Odpowiedzialna opieka nad osobami niesamodzielnymi

dr Elżbieta Szwałkiewicz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych

Odpowiedzialność w opiece nad osobami niesamodzielnymi należy rozumieć jako obowiązek moralny i prawny ponoszenia konsekwencji za czyny swoje i swoich podopiecznych, gdy nie są oni w stanie rozpoznać skutków swego działania. Opiekunowie są odpowiedzialni zarówno za skutki swego działania, jak i zaniechania. Aspekty prawne działalności opiekunów reguluje prawo karne i prawo cywilne. Kwestią moralności czyli oceną konkretnych czynów i zachowań człowieka zajmuje się etyka, jedna z dyscyplin filozofii. W etyce koncentrujemy się wokół terminu dobra. Etyka pokazuje, czym jest dobro i jak zmierzać do jego urzeczywistnienia. Jako istota ludzka każdy z nas jest wystarczająco kompetentny, aby zastanawiać się nad zagadnieniami etycznymi (refleksja etyczna) i jest to właściwe kryterium oceny odpowiedzialnej opieki.

Etyka zawodów opiekuńczych opiera się na normach i kodeksach. Etykę można rozumieć też jako zbiór opinii, obyczajów, przepisów i przyzwyczajzeń danej grupy zawodowej. Najważniejsze w etyce zawodu jest określenie powinności, czyli tego, co powinno się czynić, aby dobrze wykonywać swój zawód, a więc na pierwszym miejscu stawia się obowiązek i odpowiedzialność związane z decyzjami za-

dług najlepszej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym. Pielęgniarki zgodnie z zapisami tego kodeksu składają przyrzeczenie, że będą nieść pomoc każdemu człowiekowi, okazywać pacjentom należyły szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej, mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta. Kodeks wytycza zasady rzetelnego wypełniania obowiązków pielęgniarek i położnych.

Jednym z zadań Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów „Z Nami Łatwiej”, działającego od października ubiegłego roku, jest powołanie Rady Etyki i opracowanie kodeksu etyki opiekuna. Prace trwają, a do momentu ich ukończenia, opiekunowie mogą zaadoptować na swoje potrzeby zasady obowiązujące pielęgniarki (wg Sary Fry), i tak:

1. Opiekuńczość - w praktyce oznacza zobowiązanie się opiekuna do takiego zaspokajania potrzeb osób niesamodzielnymi, powierzonych jego opiece, dzięki której ich cierpienie będzie likwidowane lub przynajmniej zredukowane, a podopieczni będą czuć się bezpiecznie. Wynika z tego również, że głównym, nadrzędnym zadaniem opiekuna jest czynienie dobra i zmniejszanie zła.



wodowymi. Podejmowanie decyzji wiąże się ze szczególną odpowiedzialnością, gdy dotyczą one człowieka chorego i niesamodzielnego, powierzonego pieczy opiekuna. Decyzje te muszą być właściwe, czyli poprawne merytorycznie (fachowa wiedza) i poprawne moralnie (refleksja etyczna). W Polsce tylko pielęgniarki mają formalnie obowiązujący kodeks etyczny, który nakazuje im sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim oraz we-

2. Sprawiedliwość - opiekun powinien traktować wszystkich swoich podopiecznych jednakowo, nie faworyzując żadnego z nich, nie dając żadnemu pozycji uprzywilejowanej. W praktyce oznacza to, że opiekun konfrontowany z podobnymi problemami u swoich podopiecznych stara się je rozwiązywać w podobny sposób, a gdy problemy są różne, stosuje zasadę indywidualnego podejścia, unikając stronniczości.

3. **Poszanowanie autonomii** - podopieczny jest zależny od opiekuna, przy czym zakres owej zależności wyznaczony jest przez stopień niesamodzielności osoby objętej opieką. Mimo tej zależności od opieki opiekun powinien przyznać swojemu podopiecznemu prawo do niezależności rozumianej w sensie autonomii i wolności. W praktyce oznacza to, że opiekun respektuje podopiecznego jako niezależną jednostkę i uznaje jego prawo do podejmowania decyzji.
4. **Uczciwość** - obowiązkiem opiekuna jest mówienie prawdy. Nie może on oszukiwać swoich podopiecznych, okłamywać ich ani przemilczać im prawdy. W praktyce oznacza to, że opiekun stara się działać tak, by między nim a podopiecznym wytworzyła się relacja zaufania.
5. **Lojalność** - opiekun powinien być wierny zobowiązaniom, których się podjął. W praktyce oznacza to m. in. dotrzymywanie obietnic złożonych podopiecznemu, zachowanie dyskrecji, o którą prosił i przestrzeganie tajemnicy służbowej.

Omówione wyżej zasady etyczne wg Sary Fry można z całą pewnością uznać za standardy etyczne opiekuna.

Niestety, w zawodach opiekuńczych dochodzi niekiedy do powstawania anty-standardów etycznych. Tworzą je osoby, które nie potrafią bądź nie chcą wypełniać wymagań etyki zawodu.

Anty-standardy etyczne to wyszukiwanie argumentów na swoją korzyść i usprawiedliwianie własnego postępowania sprzecznego z etyką zawodu lub przynajmniej niezupełnie z nią zgodnego. To usprawiedliwianie tego, czego nie da się usprawiedliwić. Anty-standardy uciszają głos sumienia i zastępują uczciwą refleksję etyczną.

Kenneth Pope i Melba Vasquez w swej książce "Ethics in psychotherapy and counselling" zestawili aż 19 tego rodzaju anty-standardów. Przynajmniej niektóre z nich mogą zostać odniesione do zawodów opiekuńczych:

Moje postępowanie nie jest nieetyczne, dopóki:

- mogę wymienić przynajmniej kilka koleżanek (kolegów), które (którzy) postępują dokładnie tak jak ja,
- żaden podopieczny nie złożył na mnie oficjalnej skargi,
- moim zdaniem podopieczni nie mają nic przeciwko takim moim działaniom,
- podopieczni są tak trudni i kłopotliwi, że wprost „proszą się” o takie, a nie inne traktowanie,
- tego dnia źle się czułam i po prostu nie można było wymagać ode mnie pracy dobrej jakości,
- uważam, że obowiązujące mnie zasady etyki zawodu zostały ułożone przez kogoś, kto nie rozumie warunków pracy opiekunów,
- w rezultacie mogę więcej zarobić,
- jest to dla mnie wygodniejsze,
- nikt się o tym nie dowie, a nawet jeżeli się dowie, to

- najprawdopodobniej i tak się tym nie przejmie,
- niektórych standardów etycznych przecież przestrzegam,
- nie zamierzam świadomie nikogo skrzywdzić,
- chcę postąpić w ten sposób tylko raz,
- nikt mi niczego nie udowodni,
- jestem zmęczona i przepracowana.

Każdy człowiek niezależnie od kogokolwiek innego, odwołuje się przede wszystkim do własnego sumienia. Sumienie nasze jest tak ukształtowane, że żąda od nas postawy opiekuńczej względem wszelkiej istoty doznającej, znajdującej się w zasięgu naszego możliwego działania. Dzięki sumieniu doskonale wiemy czy jesteśmy odpowiedzialnymi opiekunami.

W sytuacjach, w których trzeba dokonać trudnego wyboru między różnymi możliwościami opiekun doświadcza dylematów etycznych. Często chodzi tu o wybór pomiędzy co najmniej dwiema wykluczającymi się wzajemnie wartościami. Najczęstszych dylematów dostarczają sytuacje, gdy podopieczny nie wyraża zgody na działania opiekuna ukierunkowane na zaspokojenie jego podstawowych potrzeb życiowych. Opiekun wie, że niezaspokojenie tej potrzeby może wywołać chorobę, a w skrajnym przypadku nawet przyczynić się do śmierci podopiecznego i ma dylemat czy zastosować przymus, który przez podopiecznego jest postrzegany jako zło. Sądzę, że wzorem lekarzy należy przestrzegać zasady - przede wszystkim nie szkodzić. W praktyce oznacza to zwracanie uwagi głównie na to, aby chronić podopiecznego przed krzywdą i cierpieniem.

Pytania jakie powinien stawiać sobie każdy opiekun:

- Czy zdarza mi się częściej myśleć o podopiecznych jako o „przypadkach” niż jako o ludziach?
- Czy w głębi duszy nie uważam podopiecznych za gorszych ode mnie - dlatego że są słabsi niż ja, zależni ode mnie, dlatego że potrzebują mojej pomocy?
- Czy nie skłaniam się do widzenia podopiecznych tylko i wyłącznie jako obiektów stanowiących źródło mojego utrzymania?
- Czy nie zobojętniałam na zaufanie okazywane mi przez podopiecznych?
- Czy wczuwając się w sytuację podopiecznego i współczując mu - zachowuję jednak potrzebny profesjonalny dystans?
- Czy przejmuję odpowiedzialność za moje porażki w takim samym stopniu jak za moje sukcesy?
- Czy nie mam tendencji do spychania odpowiedzialności za niepowodzenia moich działań na innych (współpracowników, pracodawcę)?
- Czy nie uważam, że ponieważ nikt się na mnie oficjalnie nie skarżył, to automatycznie wypełniam doskonale etos mojego zawodu?
- Czy jestem odpowiedzialnym opiekunem?

Piśmiennictwo u autora

Pilates kontra NTM - cz.VI. Ćwiczenia

mgr Magdalena Potoczek,

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

Wbieżącym numerze Kwartalnika zapraszam Państwa do zapoznania się z kolejną porcją ćwiczeń wspomagających leczenie NTM. Tak jak w poprzednich seriach, ćwiczenia wykonujemy stosując się do zasad metody Josepha Pilatesa, choć nie są to klasyczne ćwiczenia tego systemu, ale ich różne modyfikacje. Tym razem kontynuujemy trening z dużą piłką rehabilitacyjną. Oprócz piłki będzie nam potrzebna drabinka lub kawałek wolnej ściany, o którą można się oprzeć oraz cienka mata. Nie zapominamy też o pozytywnym nastawieniu i zaangażowaniu w wykonywanie ćwiczeń.

Rozgrzewka

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Stań przodem do ściany lub drabinki (w lekkim oddaleniu) i oprzyj o nią ręce mniej więcej na wysokości ramion. Stopy rozstaw na szerokość bioder, ustaw miednicę w położeniu neutralnym.

Akcja:

Wykonuj na przemian wspięcia na palce i na pięty, aby pobudzić krążenie i przygotować się do części głównej treningu (zdj. 1a i 1b).



Pozycja wyjściowa i końcowa:

J. w.

Akcja:

Odrywaj raz prawą raz lewą nogę od podłogi zginając ją w kolanie. Staraj się utrzymywać równowagę (zdj. 2).



Pozycja wyjściowa i końcowa:

J. w.

Akcja:

Uginaj jednocześnie obie ręce w łokciach zbliżając klatkę piersiową do ściany. Zwróć szczególną uwagę na to, aby w tym ćwiczeniu zachować prosty kręgosłup.

Pozycja wyjściowa i końcowa:

J. w., lecz tym razem stań odrobinę bliżej ściany.

Akcja:

Wykonuj płynne, wolne i precyzyjne ruchy miednicą:

- w przód i tył,
- w prawo i lewo,
- okręgi w prawo i lewo,
- ósemki poziome.

Ćwiczenie 1

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Stań tyłem do ściany, pomiędzy plecami a ścianą umieść dużą piłkę gimnastyczną. Stopy ustaw na szerokość bioder i ugnij lekko kolana. Dłonie oprzyj na biodrach.



3a

Akcja:

Nabierz powietrza nosem, a z wydechem podwiń kość ogonową wykonując ruch miednicy w przód jednocześnie napinając mięśnie dna miednicy i krocza. Z kolejnym wdechem powróć do pozycji wyjściowej (zdj. 3a i 3b).



3b

Ćwiczenie 2

Pozycja wyjściowa i końcowa:

J. w., lecz tym razem ustaw nogi proste w kolanach i stopy lekko wysuń do przodu.

Akcja:

Zrób wdech nosem, z wydechem ustami przejdź do płytkiego przysiady, uginając delikatnie kolana. W tym ćwiczeniu kolana nie mogą przekroczyć linii palców stóp (jeżeli tak się dzieje należy ustawić stopy w jeszcze większym oddaleniu w pozycji wyjściowej). W tej pozycji wykonaj 3 zaciśnięcia mięśni dna miednicy i krocza wytrzymując skurcz przez ok. 2 sekundy (napięcie podczas wydechu, rozluźnienie podczas wdechu). Wyprostuj kolana i powróć do pozycji wyjściowej (zdj. 4a i 4b).



4a



4b

Ćwiczenie 3

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Stań prawym bokiem do ściany. Między ścianą, a prawym

biodrem umieść dużą piłkę gimnastyczną. Unieś lekko prawą nogę (stoisz bokiem do ściany na lewej, dalszej nodze).



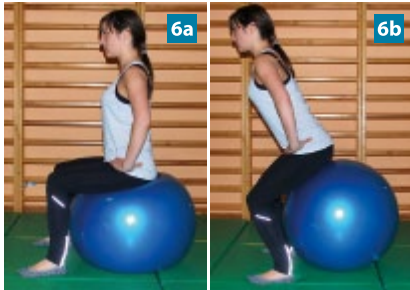
Akcja:

Zrób wdech nosem, a z wydechem ustami unieś prawe biodro rolując piłkę po ścianie ku górze. Z kolejnym wdechem powrót do pozycji wyjściowej. Ćwiczenie powtórz na lewą stronę (zdj. 5a i 5b).

Ćwiczenie 4

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Usiądź na piłce. Stopy rozstaw odrobinę szerzej niż biodra, ręce oprzyj na biodrach.



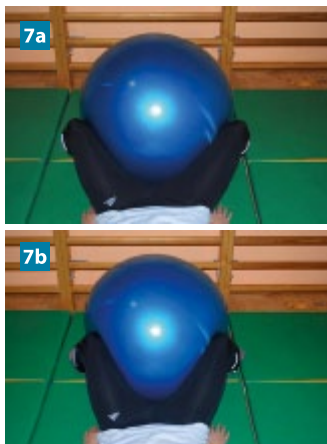
Akcja:

Unoś się tak, jakbyś chciał wstać z piłki przychyłając lekko ciało do przodu. Pośladki nie odrywają się od piłki, cały czas zachowują z nią kontakt. W czasie unoszenia się napinaj mięśnie dna miednicy i krocza. Zachowaj proste plecy (to dobre ćwiczenia dla osób, które doświadczają epizodów nietrzymania moczu w czasie wstawania z krzesła). Ważne jest, aby w momencie podnoszenia się napiąć mięśnie. Należy podnosić się powoli, nigdy gwałtownym zrywem (zdj. 6a i 6b).

Ćwiczenie 5

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach i umieść dużą piłkę pomiędzy kolanami i udami. Ręce wyciągnij wzdłuż ciała i ustaw neutralną miednicę. Myśl o wydłużaniu ciała od czubka głowy po kość ogonową.



Akcja:

Nabierz powietrza nosem, następnie robiąc długi wydech ustami ściskaj stopniowo piłkę umieszczoną między kolanami i udami i napinaj mięśnie dna miednicy. Napięcie powinno narastać powoli, stopniowo, a nie gwałtownie. Z kolejnym wdechem powoli i z kontrolą rozluźniaj uścisk i mięśnie (zdj. 7a i 7b).

Ćwiczenie 6

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach umieszczając dużą piłkę pomiędzy stopami a ścianą (zdj. 8). Zadbaj o dobre ustawienie ciała, tak jak w poprzednim ćwiczeniu.



Akcja:

Zrób wdech nosem, a z wydechem wciskaj stopy w piłkę, jednocześnie dociskając ją do ściany. W tym samym czasie napinaj mięśnie dna miednicy. Z kolejnym wdechem nosem, rozluźnij się.

Ćwiczenie 7

Pozycja wyjściowa i końcowa:

J. w.

Akcja:

Nabierz powietrza nosem, z wydechem napieraj stopami na piłkę, tak jak w poprzednim ćwiczeniu, ale tym razem wykonaj dodatkowo ruch podwinięcia kości ogonowej i krzyżowej odrywając lekko miednicę od podłoża. W tym samym czasie napinaj też mięśnie dna miednicy. Z kolejnym wdechem nosem powrót do pozycji wyjściowej.

Ćwiczenie 8

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach z dużą piłką pod nogami (kąt zgięcia nóg około 90 stopni, piłka dotyka tylnej powierzchni ud). Ręce wyciągnij wzdłuż ciała i lekko do boku.



Akcja:

Zrób wdech nosem, a z wydechem ustami przechyl lekko nogi wraz z piłką w prawą stronę odrywając lewą połowę miednicy od podłoża i napinając w tym czasie mięśnie dna miednicy. Z wdechem powrót do pozycji wyjściowej i powtórz ćwiczenie na lewą stronę. W czasie ruchu staraj się, aby Twoje łopatki i barki były cały czas przyklejone do podłoża (zdj. 9a i 9b).

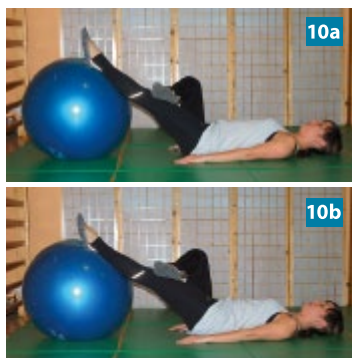
Ćwiczenie 9

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach opierając pięty o piłkę, następnie połącz prawą stopę na lewym kolanie i odchyl prawe kolano lekko do boku.

Akcja:

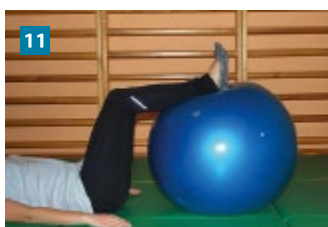
Zrób wdech nosem, a następnie z wydechem podwiń kość ogonową i krzyżową i oderwij lekko miednicę od podłoża napinając mięśnie dna miednicy. Z wdechem powróć do pozycji wyjściowej (zdj. 10a i 10b).



Ćwiczenie 10

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na plecach z dużą piłką pod nogami w taki sposób, aby pięty oparte były na piłce, a nogi ugięte w stawach biodrowych i kolanowych pod kątem ok. 90 stopni. Ręce wyciągnij wzdłuż kręgosłupa i ustaw neutralną miednicę.



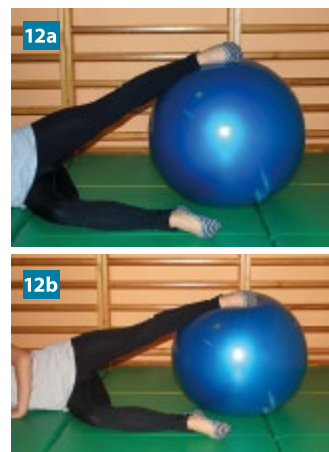
Akcja:

Nabierz powietrza nosem, z wydechem wciskaj delikatnie obie pięty w piłkę nie odrywając bioder od podłoża. W tym czasie staraj się też zaangażować mięśnie dna miednicy i krocza (zdj. 11).

Ćwiczenie 11

Pozycja wyjściowa i końcowa:

Położ się na lewym boku. Dużą piłkę umieść pod prawą, górną nogą, a lewą nogę ułóż przed piłką.



Akcja:

Zrób wdech nosem, z wydechem wciskaj wewnętrzną krawędź prawej stopy w piłkę angażując równocześnie mięśnie dna miednicy. Ćwiczenie powtórz na prawym boku (zdj. 12a i 12b).

Podsumowanie

Wykonaj najpierw rozgrzewkę, którą rozszerz o kilka ćwiczeń oddechowych zaprezentowanych w poprzednich numerach Kwartalnika NTM. Potem przejdź do części głównej treningu i wybierz 6 z powyższych ćwiczeń. Każde z nich powtórz 10 razy, pamiętając o płynności, precyzji i oddechu. Następnego dnia powtórz rozgrzewkę oraz wykonaj pozostałe 6 ćwiczeń z tej serii.

Pamiętaj, że przed rozpoczęciem treningu zawsze warto skontaktować się z lekarzem lub fizjoterapeutą.

DOŚTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 5.11.2013

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	-	4 mies.	2 370 ☹	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.	1 727 ☹	nb	-	do 3 mies.	923 ☹	do 3 mies.	343 ☹
Małopolskie	nb	-	nb	-	nb	- ☺	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 ***	754 ☺	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, *** oczekiwania 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

Nie wystarczy być żywym, żeby żyć.

Polskie Stowarzyszenie Opiekunów „Z nami łatwiej”

Kinga Suwała



Jeszcze nie tak dawno ludzie umierali dużo młodziej niż obecnie, mało kto doczekał sędziwego wieku, a starszym nazywano sześćdziesięciolatka. Wraz z rozwojem medycyny długość naszego życia znacznie się wydłużyła, czego niewątpliwie konsekwencją jest dziś postępujące zjawisko starzenia się społeczeństwa. Coraz starsza populacja częściej podupada na zdrowiu, wymaga opieki. Choć dziś nie umieramy z powodu zapalenia płuc czy innych infekcji, to niejednokrotnie nie udaje nam się powrócić w pełni sił do życia po ciężkiej chorobie lub wypadku. To z kolei sprawia, że przybywa nam również osób przewlekle chorych, często samotnych. I właśnie w takich przypadkach niezbędna jest opieka drugiej osoby. Nie każdy jednak może liczyć na pomoc rodziny, wzrasta więc zapotrzebowanie na profesjonalną opiekę, sprawowaną przez wykwalifikowanych opiekunów. I tutaj zaczynają się problemy, bowiem poziom krajowych usług w dziedzinie pielęgnacji i opieki długoterminowej jest, delikatnie rzecz ujmując, przeciętny. Świadczenia są trudno dostępne, a ich poziom często daleki od wysokich standardów. Opiekunowie często nie posiadają wymaganych kwalifikacji, a ich profesja nierzadko jest zaniebdywana poprzez nieadekwatnie wynagrodzenie czy pracę w nieodpowiednich warunkach.

Naprzeciw tej trudnej sytuacji wyszło Polskie Stowarzyszenie Opiekunów „Z nami łatwiej”, powołane 1. października 2012 roku w Olsztynie. Organizacja zrzesza grupę osób sprawujących opiekę nad chorymi i niepełnosprawnymi. Celem stowarzyszenia jest poprawa poziomu opieki nad niesamodzielnymi oraz zwiększenie dostępu do usług opiekuńczych. Szczególną pomocą i wsparciem ze strony Stowarzyszenia otoczeni są również opiekunowie nieformalni, czyli rodziny osób niesamodzielnymi. *Najbliżsi chorego, pomimo, że przejmują od państwa ciężar opieki nad niesamodzielnymi, nie otrzymują takiego wsparcia od instytucji państwowych, jakie powinni otrzymać. Pacjent trafia do nieprzygotowanego domu i nieprzygotowanej do opieki rodziny, bo nie ma ona skąd zasięgnąć informacji na temat sprawowania tej opieki, nie wie jak zdobyć niezbędny sprzęt pielęgnacyjny* - mówi dr Elżbieta Szwałkiewicz, przedstawicielka „Z nami łatwiej”, działająca również w stowarzyszeniu „Niebieski Parasol”, z którym organizacja opiekunów współpracuje.

Polskie Stowarzyszenie Opiekunów „Z nami łatwiej” pro-

wadzi działalność w zakresie ochrony zdrowia, pomocy społecznej oraz edukacji. Działalność organizacji świadczona jest zarówno charytatywnie, jak i odpłatnie. Stowarzyszenie m. in. udziela porad dotyczących opieki nad osobami chorymi, niepełnosprawnymi czy niesamodzielnymi, uczy zarówno formalnych jak i nieformalnych opiekunów, metod pielęgnacji. *Od niedawna stowarzyszenie prowadzi specjalne szkolenia, w ramach których do rodziny chorego przychodzi pielęgniarka czy fizjoterapeuta, który uczy jak wykonywać pewne czynności pielęgnacyjne, aby były one skuteczne i nie powodowały zaniedbań pielęgnacyjnych* - opowiada Elżbieta Szwałkiewicz. *Usługi opiekuńcze powinny być zlecone dopiero po rozpoznaniu przeprowadzonym przez specjalistów, z zaznaczeniem jaka to ma być usługa i jak powinna być ona wykonywana, co konkretnie ma się zawierać w ramach tej usługi. Wówczas łatwiej będzie można nadzorować jakość tego typu usług* - dodaje.

Osobom samotnym, które pozbawione są wsparcia ze strony bliskich, stowarzyszenie oferuje kompleksowe usługi pielęgnacyjno-opiekuńcze. Ponadto, w zakres działalności stowarzyszenia, wchodzi również prowadzenie wypożyczalni sprzętu pielęgnacyjnego, rehabilitacyjnego czy pomocniczego, będącego ułatwieniem w funkcjonowaniu chorych. Oferta ta jest bardzo szeroka. Pacjent za niewielką opłatą może wypożyczyć: łóżko pielęgnacyjne, wózek inwalidzki, poduszkę przeciwoleżynową, a nawet krzesło kąpielowe, kule czy balkonik.

W najbliższym czasie stowarzyszenie planuje opracowanie kodeksu etyki dla opiekunów. Do współpracy przy tym projekcie została zaproszona dr Agnieszka Smrokowska-Reichmann - redaktor naczelna miesięcznika „Wspólne Tematy”, czasopisma adresowanego do terapeutów pracowników socjalnych, personelu pielęgniarskiego i opiekuńczego. Głównym założeniem kodeksu jest pomoc w rozwiązywaniu problemów etycznych z jakimi dziś na co dzień borykają się opiekunowie.

W niedalekiej przyszłości stowarzyszenie ma zamiar również pozyskać dodatkowe środki na pomoc edukacyjną dla opiekunów, jak i na odnowienie zużytego już nieco sprzętu w wypożyczalni. Stowarzyszeniu przyświeca myśl: „Nie wystarczy być żywym, żeby żyć”.

Stowarzyszenie „Z nami łatwiej”

ul. Pstrowskiego 27, lokal 3A

10-601 Olsztyn

tel. 792 33 47 47

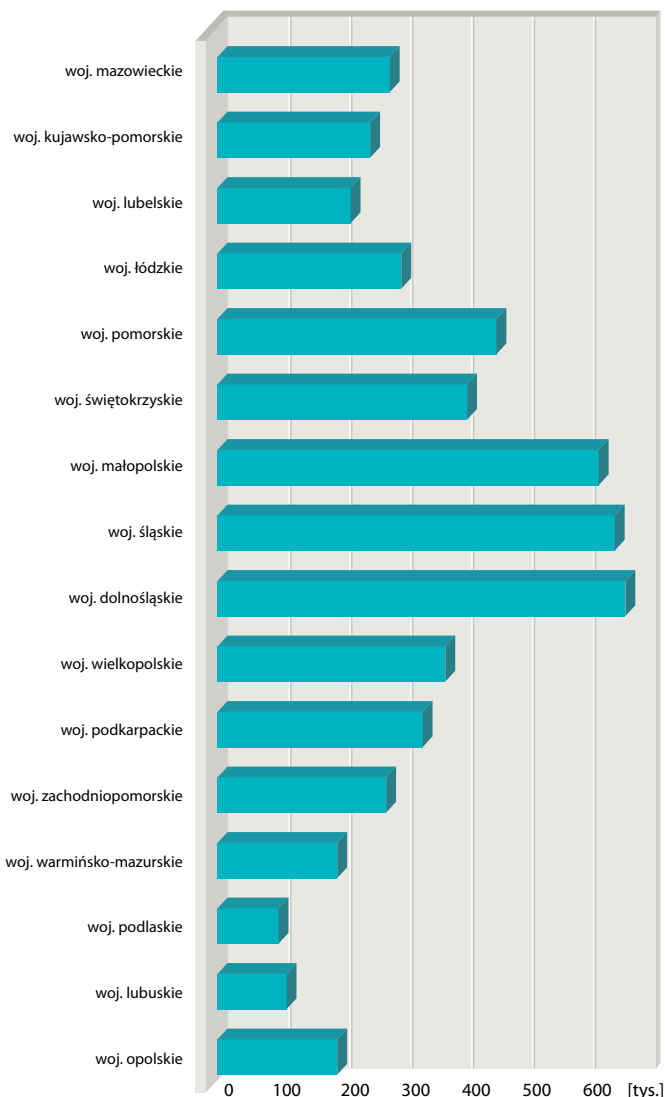
e-mail: stowarzyszenie@znamilatwiej.org.pl

www.znamilatwiej.org.pl

Mamy już 122 pracownice urodynamiczne w Polsce. Najlepiej jest na Podlasiu

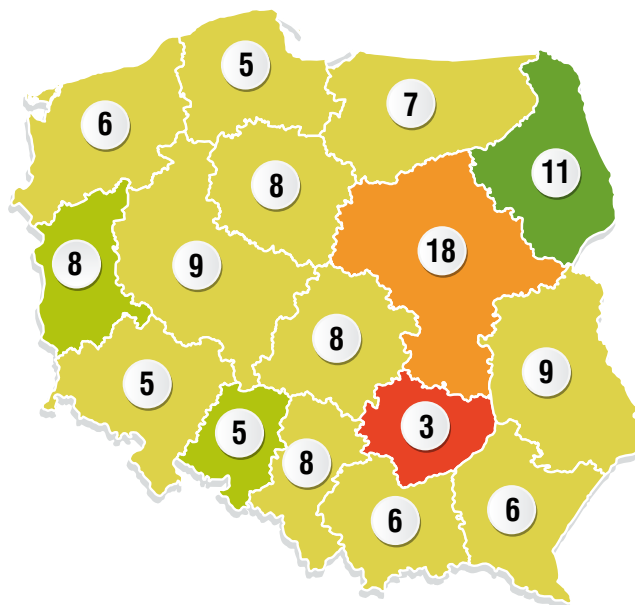
W poprzednim numerze Kwartalnika NTM (46) zamieściliśmy listę placówek wykonujących pełne badanie urodynamiczne na terenie województwa opolskiego. Tym samym zakończyliśmy cykl prezentujący bazę pracowni urodynamicznych we wszystkich szesnastu województwach. Obecnie, według danych zebranych przez Kwartalnik NTM, w Polsce są 122 pracownice wykonujące pełne badanie urodynamiczne. W stosunku do 2009 roku odnotowaliśmy wzrost o 41 placówek. Najwięcej pracowni urodynamicznych znajduje się w woj. mazowieckim oraz podlaskim, odpowiednio 18 i 11. Najgorzej prezentuje się natomiast województwo świętokrzyskie, gdzie badanie można wykonać jedynie w 3 placówkach. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przypadających

Liczba ludności województwa przypadająca na jedną pracownię badań urodynamicznych



Źródło: Opracowanie własne w oparciu o dane zebrane w ramach Programu Prospołecznego NTM "Normalnie Życ".

Liczba pracowni urodynamicznych w poszczególnych województwach



na jedną pracownię, najkorzystniej wypadają województwa podlaskie, lubuskie i opolskie.

Badanie urodynamiczne jest w pełni refundowane przez NFZ, jednak w związku z ograniczoną liczbą placówek dysponujących odpowiednią aparaturą, pacjenci wciąż mają utrudniony dostęp do diagnostyki. Optymalne byłoby utworzenie pracowni badań urodynamicznych przy każdym oddziale urologicznym i ginekologicznym leczącym nietrzymanie moczu, a także w placówkach zajmujących się rehabilitacją pacjentów po urazach kręgosłupa oraz w części ośrodków neurologicznych. Z pewnością decyzja Ministra Zdrowia sprzed kilku lat o wpisaniu na listę leków refundowanych zespołu pęcherza nadreaktywnego, gdzie wykonanie badania urodynamicznego jest niezbędnym warunkiem do uzyskania refundacji na takie leki jak: Vesicare, Uroflow lub Urimper, spowodowała przyspieszenie powstawania nowych pracowni. Innym równie istotnym czynnikiem była zwiększająca się liczba osób podejmujących diagnostykę i leczenie NTM. Jest to efekt nie tylko większej świadomości społeczeństwa, ale także jego starzenia się.

Pełny wykaz ośrodków wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl.

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

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 pokwitowanie 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
2 0 1 1 4 0 2 0 1 7 0 0 0 0 4 9 0 2 0 4 5 1 3 8 4 2

W P P L N **3 8 , 0 0**

nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (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.



UroConti
Stowarzyszenie Osób z NTM

4 MILIONY OSÓB Z NIETRZYMANIEM MOCZU w POLSCE

POMÓŻ NAM POMAGAĆ, PRZEKAŻ SWÓJ



Numer KRS: 0000276415

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

Bydgoszcz • Gdańsk • Kielce • Łódź • Lublin • Poznań • Warszawa • Wrocław

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



omniconsumerinfo

Ocieplamy ferie!

**PRZYŁĄCZ SIĘ DO NASZEJ AKCJI POMOCY WYCHOWANKOM
ZAPRZYJAŹNIONEGO DOMU DZIECKA!!!**



**Pomóż dzieciom wyjechać na zimowy wypoczynek!!!
Dzieciaki potrzebują sprzętu narciarskiego
(Nieważne nowy czy używany, ważne aby był sprawny).**

**Dodatkowo mile widziane artykuły higieniczne
i pielęgnacyjne dla niemowląt.**

Szczegóły na stronie: www.dlafarmaceuty.info/ocieplamyferie

