

WYZWANIA POLITYKI SENIORALNEJ

**Relacja z pierwszego
Kongresu Zdrowego
Starzenia**

OPIEKA I PIELEGNACJA

**Zawód polskich pielęgniarek
i położnych uznany
w Unii Europejskiej**

**Jak opiekować
się osobą z NTM?**

**Wywiad z Mary Nally, założycielką
irlandzkiej organizacji społecznej
Third Age**

Moda na seniora

Polskę ogarnia moda na seniora. Zmiany demograficzne zachodzące w wielu krajach, nie tylko zachodnich, dostrzega coraz więcej osób, również w Polsce. Przełomem okazała się zbiórka pieniędzy na Wielką Orkiestrę Świątecznej Pomocy dla oddziałów geriatrycznych.

Pomimo nadal niskich wycen procedur geriatrycznych oraz niewielu specjalistów w tej dziedzinie dostępnych na rynku, w kolejnych miastach (Warszawa, Łódź, Katowice, Elbląg) ogłasza się powstanie nowych placówek oferujących świadczenia szpitalne dla najstarszych osób.

To ważny sygnał. Demografia jest nieublagana. Społeczeństwo się starzeje, wielu młodych ludzi wyjeżdża za granicę w poszukiwaniu pracy i, co gorsza, rodzi się coraz mniej dzieci.

Zachód już wiele lat temu dostrzegł konieczność zmian w polityce zdrowotnej i społecznej. Dlatego starwie na zdrowe starzenie poprzez promocję profilaktyki, pełne gwarancje zaopatrzenia w środki podstawowej potrzeby (np. środki

absorpcyjne), jak również rozwiniętą opiekę długoterminową. Dlaczego tak się dzieje? Jakikolwiek szczytne powody są z pewnością istotne, ale i tak na pierwszy plan wysuwają się czynniki ekonomiczne, czyli „róbmy wszystko aby starszy człowiek jak najrzadziej trafił do szpitala”. Tymczasem w Polsce koszty leczenia szpitalnego wynoszą już 50% wszystkich publicznych wydatków na służbę zdrowia i nadal rosną. Dzieje się tak z prostej przyczyny. Nasz system ochrony zdrowia reaguje w pełni dopiero gdy występuje zagrożenie życia. Taka polityka w XXI wieku, w środku Europy, to ewenement. Dowodzi to różnic jakie możemy zauważyć nawet w ramach Grupy Wyszehradzkiej, nie wspominając już o krajach położonych na północ i zachód od naszej granicy.

Czy rodząca się moda na seniora zmieni ten stan rzeczy? Jest na to realna szansa. Obyśmy jej tylko nie zmarnowali, gdyż czasu mamy coraz mniej.

Tomasz Michatek



SPIS TREŚCI

NTM - PROBLEM SPOŁECZNY

Aktywizacja osób starszych rewolucjonizuje rynek opieki długoterminowej w Irlandii 4-5

LECZENIE NTM

OAB - nowoczesna farmakoterapia 6-8

Operacje z użyciem taśm w Lubuskiem 8

Refundacja neuromodulacji krok po kroku, czyli jak pozyskać zgodę NFZ na leczenie za granicą 9

REFUNDACJA

Kategoryzacja stopnia NTM 10

WYWIAD

NTM w praktyce zawodowej geriatry 11-12

Dostęp do zaopatrzenia 12

OPIEKA I PIELĘGNACJA

Jak opiekować się osobą z NTM? 13-14

Opieka z uśmiechem na ustach 15

Godność i aktywność 16-17

Zawód polskich pielęgniarek i położnych uznany w Unii Europejskiej 17-18

DIAGNOSTYKA

Badanie urodynamiczne w woj. mazowieckim 18

REHABILITACJA

Poporodowa profilaktyka NTM 19-20

GDZIE LECZYĆ NTM

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej

Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 20-21

ORGANIZACJE

Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym” 22

Szanowni Państwo,

Z danych GUS wynika, że w 2035 roku 23% ogółu ludności stanowić będą osoby powyżej 65 roku życia. Wydaje się, że urzędnicy nie dostrzegają tego faktu, gdyż w Polsce wciąż brakuje kompleksowej, spójnej i długofalowej polityki państwa wobec ludzi starszych. W zamian urzędnicy proponują krótkowzroczne, chaotyczne działania interwencyjne, które nie dotyczą sedna sprawy. Wielu w seniorach wciąż widzi wyłącznie problem, obciążenie dla społeczeństwa, gospodarki czy służby zdrowia. Często nie zauważamy, jak wiele do zaferowania mają osoby starsze. Zdrowi i aktywni seniorzy są wsparciem dla rodziny, często przyjmują na siebie ciężar opieki nad wnukami, a ich wiedza, doświadczenie i kontakty mogą stać się ogromnym atutem przedsiębiorstwa. W obliczu następujących zmian demograficznych powinniśmy opracować rozwiązania, które pozwolą w optymalny sposób zagospodarować i rozwinąć ten potencjał.

Szukając inspiracji dla zmian warto przeanalizować rozwiązania stosowane w innych krajach, a także przyrzec się inicjatywom organizacji non-profit. Doskonały przykład, jak skutecznie działać na rzecz wspierania i aktywizacji osób starszych, daje nam Mary Nally, założycielka irlandzkiej organizacji społecznej Third Age (tł. Trzeci Wiek). Organizacja pomaga seniorom na wielu płaszczyznach, monitoruje sytuację podopiecznych domów opieki, przygotowuje wolontariuszy w podeszłym wieku do prowadzenia kursów języka angielskiego dla imigrantów, czy też prowadzi infolinię umożliwiającą osobom starszym nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z rówieśnikami. Więcej na temat działalności Mary Nally dowiedzą się Państwo z artykułu Alexandry Wesółowskiej "Aktywizacja osób starszych rewolucjonizuje rynek opieki długoterminowej w Irlandii". O próbach tworzenia Polityki senioralnej w Polsce mogą Państwo przeczytać w artykule Marzeny Michałek "Godność i aktywność". Autorka prezentuje relację z Pierwszego Kongresu Zdrowego Starzenia, podczas którego politycy, przedstawiciele organizacji pacjenckich oraz lekarze debatowali o możliwości podjęcia międzyresortowej współpracy na rzecz wypracowania systemowych rozwiązań wspierających osoby starsze w Polsce.

W bieżącym numerze Kwartalnika NTM wiele uwagi poświęciliśmy również problematyce pielęgnowania seniorów. Elżbieta Szwałkiewicz w artykule "Jak opiekować się osobą z NTM?" daje praktyczne wskazówki jak sprawować osobistą opiekę nad swoim bliskim.

Życzę ciekawej lektury,
Anna Sulka

Redaktor naczelny: Tomasz Michałek; **Redaktor wydania:** Anna Sulka;
Sekretarz redakcji: Karolina Ciepiała;
Konsultant medyczny: dr n. med. Mariusz Blewniewski - Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi
Zespół redakcyjny: Magdalena Kowalewska, Magdalena Potoczek, Kinga Suwała, Katarzyna Walewska
Komentatorzy: Józef Góralczyk, Elżbieta Szwałkiewicz;
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 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.

Aktywizacja osób starszych rewolucjonizuje rynek opieki długoterminowej w Irlandii

z Mary Nally, założycielką irlandzkiej organizacji społecznej Third Age (tł. Trzeci Wiek), członkinią Międzynarodowego Stowarzyszenia Innowatorów Społecznych Ashoka rozmawia Alexandra Wesółwska



Mary Nally, pielęgniarka z Irlandii zmaga się z barierami demograficznymi poprzez angażowanie osób starszych w wolontariat. Zwalcza samotność oraz izolację eliminując różnice międzypokoleniowe i etniczne. Jest przykładem tego jak zaktywizować ludzi starszych i jednocześnie pomagać osobom będącym w potrzebie.

Wszyscy wiemy, że starzenie się jest ogromnym problemem w prawie każdej kulturze. Starsi ludzie są zaniedbywani i izolowani od społeczeństwa. Skąd pomysł utworzenia organizacji Third Age?

Sam pomysł pojawił się 25 lat temu. Wszystko zaczęło się w momencie, gdy moja mama zamieszkała z nami po śmierci ojca. Obserwowałam ją i widziałam jak życie przemyka jej między palcami, że te niegdyś bystre oczy gasną. Moja mama zawsze była kobietą pełną życia, kochała politykę, śledziła aktualności. Niestety w naszej wiosce dla osób w pewnym wieku nie było już żadnego zajęcia. Wówczas przyszedł mi do głowy pomysł, aby zwołać publiczne zgromadzenie i przedstawić problem, z którym borykała się zarówno moja mama jak i inne starsze osoby w naszej okolicy. Mieszkam w bardzo małej miejscowości, a już na pierwszym zgromadzeniu pojawiło się 40 osób. To wydarzenie utwierdziło mnie, że jest potrzeba oraz chęć ze strony osób starszych, żeby zacząć się spotykać i próbować coś zmienić. Sam pomysł założenia organizacji powstał, gdy piłam kawę przy kuchennym stole. Byłam wówczas przeżona, ponieważ na tamten moment nie miałam nic prócz woli, by zrobić coś dla osób w podeszłym wieku w naszej okolicy. Najpierw organizowaliśmy spotkania towarzyskie, wycieczki, wakacje. Zauważyłam, że starsi ludzie są bardzo twórczy i ciągle towarzyszy im potrzeba przynależności, akceptacji, chęć bycia potrzebnym. Zaczęłam się zastanawiać, w jaki sposób możemy pomóc im zrealizować te potrzeby.

Do tej pory zainicjowała Pani trzy programy w ramach działalności Third Age. Na czym one polegają?

Infolinia dla osób starszych umożliwia seniorom rozmowę z rówieśnikami. Założyliśmy ją jakieś 15 lat temu. Na początku było to raczej skromne przedsięwzięcie, pilotowane przez rok przy pomocy 32 przeszkolonych wolontariuszy, którymi były wyłącznie osoby starsze. Dziś jesteśmy otwarci 12 godzin dziennie przez 365 dni w roku, mamy przeszkolonych ponad 370 wolontariuszy w podeszłym wieku i utworzonych 17 ośrodków w całym kraju. Miewamy różne telefony, natomiast 50% z nich jest od osób, które czują się samotne. Może nie mówią tego wprost, ale powód dla którego dzwonią jest taki, że potrzebują z kimś porozmawiać. Infolinia okazała się sukcesem. Nawet nasz Rząd i Ministerstwo Zdrowia dostrzegło korzyści naszych działań i postanowiło wesprzeć nas finansowo w tym zakresie.

Drugi program jaki mamy w swojej ofercie to *FáilteIsteach programme*. *FáilteIsteach* po irlandzku oznacza *Witajcie*. 10 lat temu Irlandia przechodziła dramatyczne zmiany podczas raptownego napływu obcych narodowości. Liczba osób nieirlandzkiego pochodzenia mieszkających w Irlandii, według roczników statystycznych w 2011 roku, wynosiła 544 357. Narodowość odnotowująca najwyższy wzrost między 2006-2011, to Polacy - wzrost o prawie 60 tys. osób. Pomysł na powstanie programu *FáilteIsteach* pojawił się podczas rutynowych zakupów w lokalnym supermarkecie. Moją uwagę wówczas przykuła młoda matka, nie-Irlandka, z dwójką malutkich dzieci. Widziałam, że ma poważne problemy z przeczytaniem etykiety na opakowaniu. Na twarzy miała wypisany stres i zakłopotanie. Wtedy pomyślałam, że w ramach wolontariatu osoby starsze mogłyby zacząć uczyć imigrantów konwersacyjnego języka angielskiego. Niestety, na tamten moment, nikt z nas nie był przeszkolonym nauczycielem. Potrzebowaliśmy pomocy, którą dostaliśmy z Ministerstwa Edukacji. Uzyskaliśmy pomoc w szkoleniu wolontariuszy. Wieść o programie rozprzestrzeniła się wśród nowych społeczności z prędkością światła. Każdego tygodnia przybywało nam nowych osób chętnych do podjęcia nauki języka angielskiego. Wtedy zrozumiałam, że musimy rozwinąć tę usługę i wprowadzić ją do innych miast w Irlandii.

dii. Obecnie mamy 600 przeszkolonych wolontariuszy, oczywiście w podeszłym wieku, którzy docierają do ok. 2 000 imigrantów każdego tygodnia.

Odnosnie trzeciego programu to trenujemy tak zwanych „adwokatów”, którzy odwiedzają domy opieki dla seniorów. Są oczami i uszami rezydentów. Jeśli rezydent nie ma nikogo kto mógłby zająć się jego sprawą, może mieć „advokata”, który zabierze głos w jego imieniu. Jesteśmy obecni w ponad 100 domach spokojnej starości. Program powoli odnosi sukces. Ma on na celu zwalczanie wszelkiego rodzaju nadużyć w tego typu ośrodkach.

Więc to są trzy ogólnokrajowe przedsięwzięcia. A czy działacie lokalnie?

Tak. Mamy kilka lokalnych aktywności, w które angażujemy osoby starsze. Jedna z nich polega na tym, że wolontariusze odwiedzają szkoły i prowadzą zajęcia z robienia na drutach.

Przez takie działania chcemy pokazać dzieciom, że pomimo, iż jesteśmy użytkownikiem wózka inwalidzkiego lub poruszamy się o lasce to nadal mamy sporo do zaoferowania. Chodzi o przełamywanie barier międzypokoleniowych. Założyliśmy również Chór Trzeciego Wieku. Chodzimy do domów opieki i umilamy czas rezydentom. Mamy też projekt nawiązujący do artefaktów, których używały osoby starsze kiedy były jeszcze małymi dziećmi. Wolontariusze idą do szkół i tłumaczą dzieciom do czego niegdyś służyły przyniesione przez nas przedmioty. Zdziwiłaby się Pani z jaką reakcją się spotykamy. Gdy pokazujemy stary nocnik, myślą, że to wielka misa na owoce. Ten projekt cieszy się szczególnym uznaniem wśród mieszkańców domów opieki. Przywołuje on miłe wspomnienia z lat młodości. Staramy się na bieżąco wymyślać nowe aktywności, pomysły przychodzą nam do głowy każdego dnia.

Myśli Pani o wyjściu z programami do innych krajów lub współpracy z innymi podobnymi organizacjami? Może w Polsce?

Oczywiście. Infolinię dla seniorów jakiś czas temu za-

implementowano w Nowym Jorku. Obecnie mamy tam już 3 ośrodki. Ostatnio odwiedziła mnie prezenterka z brytyjskiej stacji telewizyjnej BBC. Zainteresowana była odzwierciedleniem naszego modelu działań na rynku brytyjskim. I proszę mi uwierzyć, udało się jej. To są momenty kiedy do akcji wkracza Ashoka i po-



maga nam zwiększyć skalę naszych działań oraz wspiera wprowadzanie naszych innowacji na inne rynki. W Polsce chętnie podjęłabym współpracę z Polskim Stowarzyszeniem Opiekunów. Rozumiem ich filozofię i to, co próbują zrobić. Jestem pewna, że wiele nauczyłabym się od Elżbiety Szałkiewicz. Myślę, że życie polega na dzieleniu się, a nie zatrzymywaniu informacji dla siebie.

Czy ma Pani dla nas jakąś radę? Jak zacząć taką działalność i pomagać osobom starszym?

To nie jest łatwe i nigdy nie będzie. Tu chodzi o rozpoznawanie potrzeb. Jeśli uda się je zidentyfikować, nie można się od nich odwracać. Trzeba szukać sposobów i środków dla ich zaspokojenia. Należy cały czas bronić swojego, nakreślać sytuację, rozmawiać z władzami oraz informować o tych potrzebach. W naszym przypadku chcemy pokazać, że osiągnięcie wieku 65 nie oznacza, że musisz stać się niewidzialnym. W tym wieku również masz wiele do zaoferowania.

Kontakt do Pani Mary Nally
marynally@thirdageireland.ie

OAB - nowoczesna farmakoterapia

lek. med. Anna Bonder-Nowicka

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

Zespól pęcherza nadreaktywnego (OAB) to zaburzenie, które objawia się parciaми nagłymi i częstomoczem (niezależnie od występowania nietrzymania moczu) dziennym i/lub nocnym, przy wykluczeniu miejscowych czynników drażniących (takich jak: rak pęcherza moczowego zwłaszcza carcinoma in situ [rak przedinwazyjny], infekcja układu moczowego, ciało obce lub zaleganie moczu po mikcji). Częstość występowania OAB jest ogromna, może dotyczyć nawet 17% dorosłej populacji, a także stanowczo wzrasta wraz z wiekiem pacjentów, co w perspektywie starzejącego się społeczeństwa oznacza rokroczne zwiększanie się grupy osób wymagających trafnej diagnozy i skutecznej terapii. Najczęściej zgłaszanym objawem jest częstomocz (85%), następnie parcia naglące (54%) i naglące nietrzymanie moczu (36%).

Szybkie rozpoznanie i właściwe leczenie są szczególnie ważne ze względu na wpływ schorzenia na jakość życia. Częstomocz i parcia naglące prowadzą do społecznej izolacji i rozwijających się na tym gruncie zaburzeń depresyjnych. Oddawanie moczu w nocy zakłóca odpoczynek i dodatkowo pogarsza już zmniejszoną efektywność zawodową pacjentów.

Leczenie rozpoczyna się od jak najmniejszych interwencji, czyli najpierw modyfikacji stylu życia: ograniczenia kofeiny, diety, treningu pęcherza oraz ćwiczeń Kegla. Złotym standardem leczenia farmakologicznego są leki antymuskarynowe blokujące receptory M2 i M3, występujące głównie w pęcherzu. Nowością w leczeniu OAB jest niedawno wprowadzony na polski rynek agonista receptorów beta-adrenergicznych. Uzupełniająco do leczenia doustnego proponuje się pacjentom działające miejscowo preparaty hormonalne. Następną linią leczenia dla

pacjentów, którzy nie mogą stosować leków przeciwmuskarynowych z powodu nasilenia objawów niepożądanych lub zbyt małej skuteczności, jest toksyna botulinowa podawana we wkłuciach do ściany pęcherza. Na wprowadzenie przez Agencję Oceny Technologii Medycznych (AOTM) i Ministerstwo Zdrowia oczekuje metoda neuromodulacji, stosowana u pacjentów z OAB opornym na leczenie doustne i idiopatyczną hipotonią pęcherza moczowego. W fazie badań wciąż pozostają leki działające ośrodkowo.

Podstawą farmakoterapii od kilkadziesiątu już lat są leki antycholinergiczne, czyli blokujące receptory muskarynowe odpowiedzialne za skurcze wypieracza. Najważniejszą miarą ich skuteczności jest zmniejszanie częstości parć nagłych, będących przyczyną innych objawów charakterystycznych dla OAB, a tym samym wydłużenie odstępu czasu pomiędzy uczuciem parcia, a koniecznością udania się do toalety (tzw. warning time).

Dostępne w Polsce preparaty w tej grupie leków to: oksybutynina, tolterodyna, trospium, darifenacyna, solifenacyna.

Oksybutynina to lek o podwójnym mechanizmie działania - przeciwmuskaryno-

wym i blokującym kanał wapniowy. Należy do najstarszej generacji leków. Zmniejsza występowanie parć nagłych o 24%. Większość działań niepożądanych związanych z jej stosowaniem odnosi się do jej nieselektywnego charakteru, czyli oddziaływania na receptory muskarynowe znajdujące się w innych narządach: suchość w ustach, zaparcia i inne objawy żołądkowo-jelitowe. Niestety, najczęściej z tej grupy leków, powoduje powikłania ośrodkowe: splątanie, zawroty głowy i zaburzenia pamięci krótkotrwałej, ponieważ w dużym stopniu przenika barierę krew-mózg.

Tolterodyna oraz jej pochodna - **fesoterodyna**, to pre-



paraty nowszej generacji, jednak wciąż nie są ukierunkowane na pęcherz, tj. blokują wszystkie klasy receptorów muskarynowych (M1-M5). Ten fakt przekłada się na ich stosunkowo niską skuteczność (38% redukcja parć naglących) przy dość dużej toksyczności (w tym zaburzenia poznawcze i zaburzenie rytmu serca).

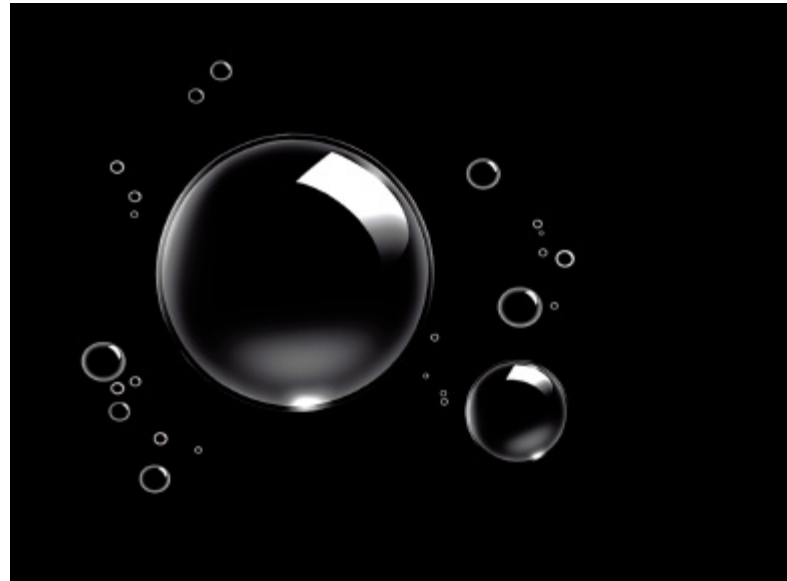
Tropium to czwartorzędowa amina o działaniu atropinowym na nerwy i mięśnie gładkie, jednak ze względu na małe przenikanie bariery krew-mózg generuje tylko nieznaczne niepożądane działanie ośrodkowe. Jego skuteczność w zmniejszaniu liczby parć naglących wynosi 32%.

Darifenacyna to lek z nowej generacji antycholinergików, ukierunkowanych na receptory M3. Ta wysoka selektywność przekłada się na działanie o sile porównywalnej do oksybutyniny, przy mniejszym nasileniu objawów ubocznych, takich jak suchość w ustach, zaburzenia widzenia czy zawroty głowy, z wyjątkiem objawów ze strony układu pokarmowego (zaparcia).

Solifenacyna to lek nowej generacji o najdłuższym czasie działania. Jest ukierunkowana głównie na receptory M3 i M2 jednak, co najważniejsze, oddziałuje głównie w pęcherzu moczowym - tym samym generuje mało objawów niepożądanych. Jej skuteczność sięga 60-70% redukcji parć naglących. Ze względu na korzystny profil bezpieczeństwa, przy wysokiej skuteczności i małej ilości działań niepożądanych jest najrzadziej odstawianym lekiem przeciwmuskarynowym.

Leki antycholinergiczne pierwszych generacji, czyli nie-selektywne oddziałujące na receptory w pęcherzu moczowym, ale również w sercu, jelitach, gruczołach ślinowych i łzowych oraz ośrodkowym układzie nerwowym, mają duży potencjał generowania objawów niepożądanych. Dlatego nowe generacje leków uroselektywnych stopniowo je wypierają, głównie ze względu na mniejsze nasilenie działań ubocznych przy porównywalnej skuteczności. Niekorzystne oddziaływanie na ośrodkowy układ nerwowy przejawia się głównie poprzez splątanie, majaczenie i pogarszanie się funkcji poznawczych i pamięci krótkotrwałej. Szczególnie narażeni na ten niekorzystny efekt są pacjenci w starszym wieku, u których rosnące z wiekiem występowanie OAB pokrywa się z pogarszającymi się, z upływem lat, funkcjami neurologicznymi i występowaniem chorób neurodegeneracyjnych. Dlatego, w tej grupie pacjentów, szczególnie ważne jest ostrożne wdrażanie terapii od najmniejszych skutecznych dawek i stosowanie wyłącznie preparatów o korzystnym profilu bezpieczeństwa dla ośrodkowego układu nerwowego. Leki przeciwmuskarynowe są uważane za generalnie bezpieczne, jednak u pacjentów z uporczywym OAB mogą być stosowane w bardzo długich okresach czasu, dlatego ich bezpieczeństwo kardiologiczne powinno być szczególnie uważnie oceniane. Niestety, zwiększają one częstość akcji serca, co wiąże się z wyższym ryzykiem zgonu sercowo-naczyniowego i zgonu z dowolnej przyczyny

oraz wydłużają w EKG odstęp QT (który odzwierciedla czas trwania repolaryzacji komór), tym samym narażając pacjentów na występowanie wielokształtnego częstoskurczu komorowego (tzw. „torsade de pointes”). Obecnie stosowane leki nie wywierają tak dużego wpływu kardiotoxycznego jak wycofana z rynku terodilina jednak



wciąż wymagają okresowej kontroli kardiologicznej przed włączeniem i podczas stosowania. Ponadto należy zachować szczególną ostrożność podczas stosowania leków u pacjentów z wrodzonym lub nabytym wydłużeniem QT, zaburzeniami elektrolitowymi, bradykardią oraz istotnymi zaburzeniami pracy serca, zwłaszcza jeśli już stosują leki wydłużające odcinek QT (takie jak: leki antyarytmiczne kl. IA lub III).

Mirabegron jest pierwszym z nowej grupy leków ukierunkowanej na pobudzenie receptora adrenergicznego beta w komórkach wypieracza. Poprzez to działanie aktywnie rozkurcza ścianę pęcherza, co zwiększa pojemność pęcherza i zmniejsza częstotliwość parć naglących w stopniu zależnym od zastosowanej dawki. Wykazuje on wysoką skuteczność nie tylko u pacjentów dotychczas nieleczonych, ale również wśród tych, którzy zarzucili leczenie ze względu na niską skuteczność i objawy uboczne leków przeciwmuskarynowych. Profil bezpieczeństwa mirabegronu jest dość wysoki, objawy niepożądane podczas jego stosowania są umiarkowane i dotyczą układu pokarmowego i bólu głowy. Nadciśnienie tętnicze, tachykardia (przyśpieszone bicie serca) i zakażenia dróg moczowych występują rzadko.

OAB to schorzenie przewlekłe, a leczenie stosowane z jego powodu nie przynosi trwałych efektów, więc musi być kontynuowane przez długie lata. Istotną przeszkodą w realizacji tego zamierzenia jest brak skuteczności leków, koszty i występowanie działań niepożądanych - są powodem dla którego tylko 30% pacjentów kontynuuje leczenie przez ponad rok. Działanie niepożądane moż-



na zmniejszyć, stosując leki w dostosowanych dawkach, w częstotliwości dostosowanej do farmakokinetyki danego leku lub zmianę drogi podania leku. Leki te nie są takie same, więc nietolerancja jednego nie dyskwalifikuje pozostałych. Dodatkowo dostosowanie leczenia do pacjenta (stały schemat czy „lek na żądanie” zależnie od stopnia nasilenia dolegliwości) oraz stosowanie strategii łagodzących skutki uboczne (żucie gumy, sztuczne łyż i dieta bogata w błonnik) zwiększają komfort chorego i poprawiają jego jakość życia w stopniu dużo większym, niż wynikałoby to z badania samego tylko pęcherza.

Piśmiennictwo u autora

Operacje z użyciem taśm w Lubuskim

W bieżącym numerze prezentujemy Państwu placówki z województwa lubuskiego, w których wykonywane są zabiegi podwieszenia cewki z użyciem materiału syntetycznego, czyli tzw. zabiegi z użyciem taśm syntetycznych.

Według zebranych danych, obecnie w regionie, tego typu operacje na nietrzymanie moczu przeprowadza się w 13 placówkach. Zabiegi stosowane w leczeniu NTM wykonywane są zarówno w oddziałach ginekologicznych, jak i urologicznych. W większości placówek przeprowadzane są na bieżąco.

Porównując obecne dane ze statystykami z 2009 roku, sytuacja uległa znaczącej poprawie. Kiedy po raz pierwszy prezentowaliśmy Państwu dane dotyczące operacyjnego leczenia NTM, w województwie lubuskim informacje odnośnie wykonywania zabiegów z użyciem taśm zdecydowało się udostępnić jedynie 6 placówek.

Obecnie na 34 publiczne oraz prywatne jednostki wy-

konujące działalność leczniczą w województwie (szpitale, ZOZ), które dysponują 16 oddziałami ginekologicznymi, ginekologiczno-położniczymi oraz ginekologii onkologicznej i 6 oddziałami urologicznymi (źródło: www.rpwdl.csioz.gov.pl), 13 placówek specjalizuje się w leczeniu nietrzymania moczu metodą operacyjną.

Z danych uzyskanych z Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wynika, że w 2013 roku zrefundowano łącznie 263 zabiegi leczące NTM z użyciem materiału syntetycznego, w tym w oddziałach ginekologiczno-położniczych - 259 zabiegów, oddziałach urologicznych - 4 zabiegi. Najwięcej zabiegów przeprowadzono w 105. Szpitalu Wojskowym z Przychodnią SPZOZ w Żarach z filią w Żaganianiu (115 zabiegów w ciągu roku). Poniżej prezentujemy listę szpitali, w których można wykonać zabiegi. Lista powstała w oparciu o dane uzyskane z wojewódzkiego oddziału NFZ oraz informacje zamieszczone na stronach placówek.

GORZÓW WIELKOPOLSKI

- Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. Sp. z o.o., ul. Dekerta 1, Gorzów Wielkopolski; oddział położniczo-ginekologiczny

MIĘDZYRZEC

- Szpital Międzyrzecki Spółka z o.o., ul. Konstytucji 3 Maja 35, Międzyrzec; oddział położniczo-ginekologiczny

NOWA SÓL

- Wielospecjalistyczny Szpital w Nowej Soli, ul. Chałubińskiego 7, Nowa Sól; oddział położniczo-ginekologiczny

SKWIERZYNA

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital im. dr nauk medycznych Radzimira Śmigiełskiego Sp. z o.o., ul. Szpitalna 5, Skwierzyna; oddział położniczo-ginekologiczny

SŁUBICE

- Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital Powiatowy" w Słubicach, ul. Nadodrzańska 6, Słubice; oddział położniczo-ginekologiczny

SULĘCIN

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Sulęcín, ul. Witosa 4, Sulęcín; oddział położniczo-ginekologiczny

SULECHÓW

- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, ul. Zwycięstwa 1, Sulechów; oddział położniczo-ginekologiczny
- Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "URO-LASER" Wojciech Zwierzyński i Michał Droz, ul. Zwycięstwa 1, Sulechów; urologia

ŚWIEBODZIN

- Nowy Szpital w Świebodzinie Sp. z o.o., ul. Młyńska 6, Świebodzin; oddział położniczo-ginekologiczny

WSCHOWA

- Nowy Szpital we Wschowie, Sp. z o.o., ul. ks. Andrzeja Kostki 33, Wschowa; oddział położniczo-ginekologiczny

ZIELONA GÓRA

- Szpital Wojewódzki SPZOZ w Zielonej Górze, ul. Zyty 26, Zielona Góra; oddział położniczo-ginekologiczny

ŻARY

- 105 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Żarach, filia w Żaganianiu, ul. Żelazna 1A, 68-100 Żagań; oddział położniczo-ginekologiczny
- Szpital Na Wyspie, Sp. z o.o., ul. Pszenna 2, Żary; oddział położniczo-ginekologiczny

Refundacja neurmodulacji krok po kroku, czyli jak pozyskać zgodę NFZ na leczenie za granicą?

Katarzyna Walewska

Osoby cierpiące na zespół pęcherza nadreaktywnego oraz chorzy z ciężką postacią nietrzymania moczu, u których zawiodło dotychczasowe leczenie zachowawcze (farmakoterapia, fizykoterapia), mogą zostać poddani leczeniu II rzutu za pomocą wysoko-specjalistycznej metody - neurmodulacji krzyżowej, polegającej na wszczepieniu pod skórę cienkiej elektrody, która w połączeniu z symulatorem zewnętrznym będzie wpływała na prawidłową pracę nerwów kontrolujących pęcherz moczowy.

Obecnie tego typu zabiegów nie przeprowadza się w żadnej z polskich placówek, zarówno w refundacji, ani odpłatnie. Pomimo braku tej terapii w Polsce, pacjenci cierpiący na NTM, mogą wyjechać na leczenie poza granice kraju, co więcej, mają też prawo ubiegać się o zgodę na leczenie w krajach Unii Europejskiej refundowane ze środków NFZ. Gwarantuje to pacjentom *Ustawa z dn. 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 26 u. 1)*, zgodnie z którą Prezes NFZ, kierując się niezbędnością ratowania życia bądź poprawy zdrowia chorego, może na wniosek pacjenta skierować go na leczenie lub diagnostykę, którego nie przeprowadza się w kraju, do innych państw Unii Europejskiej. Szczegółowe zasady pozyskania zgody na tego typu leczenie reguluje natomiast *Rozporządzenie z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu*. Zgodnie z przytoczonymi aktami prawnymi chory, chcąc uzyskać zgodę na pokrycie kosztów leczenia za granicą, powinien złożyć odpowiedni wniosek do Prezesa NFZ. Poniżej w kilku krokach prezentujemy jak prawidłowo wypełnić wniosek.

1. Część I. A. wniosku wypełniana jest przez pacjenta. W tej części chory podaje swoje dane oraz określa powód skierowania wniosku do NFZ. Część I. B. natomiast wypełnia właściwy oddział funduszu.
2. Z wypełnioną I częścią wniosku pacjent udaje się do specjalisty urologa, posiadającego tytuł naukowy profesora lub doktora habilitowanego, który wypełnia część II, dotyczącą:
 - aktualnego stanu zdrowia chorego oraz szczegółowe rozpoznania klinicznego;
 - dotychczasowego przebiegu choroby i zastosowanego leczenia;
 - prawdopodobnego dalszego przebiegu choroby;
 - proponowanego zakresu leczenia.

NFZ

Specjalista wypełnia również część III. B., w której powinny znaleźć się następujące informacje:

- potwierdzenie, że wnioskowane leczenie nie jest przeprowadzane w kraju;
 - uzasadnienie, że udzielenie wnioskowanego świadczenia jest niezbędne w celu poprawy stanu zdrowia chorego;
 - wskazanie terminu proponowanego leczenia;
 - cel wyjazdu i przewidywany sposób leczenia za granicą;
 - wskazanie placówki zagranicznej, w której powinno odbyć się leczenie wraz z pisemnym uzasadnieniem jej wyboru.
3. Z wypełnionym na tym etapie wnioskiem pacjent powinien udać się do tłumacza w celu przetłumaczenia II części wniosku na język angielski lub język kraju, w którym będzie odbywać się leczenie.
 4. Następnie wniosek wraz z tłumaczeniem oraz kopiami dokumentacji medycznej chorego składa do właściwej siedziby oddziału NFZ, gdzie wniosek podlegał będzie weryfikacji formalnej.

Dalsze procedowanie wniosku będzie odbywać się już za pośrednictwem oddziału NFZ, który w przypadku braku przeszkód formalnych, przekaże tłumaczenie II części wniosku do wybranej zagranicznej placówki, w celu uzgodnienia kosztów terapii, a dokumentację medyczną, prześle do opinii konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie urologii. Konsultant dokonując oceny wypełni część IV. B. wniosku, potwierdzając w niej wybraną przez specjalistę placówkę, w której ma odbyć się leczenie, lub wskazując inną, w której jego zdaniem powinna zostać przeprowadzona terapia.

Po uzyskaniu kalkulacji kosztów leczenia z placówki zagranicznej oraz opinii konsultanta wojewódzkiego, ostatnim etapem wnioskowania jest przekazanie przez oddział NFZ całości dokumentacji prezesowi NFZ, który na jej podstawie podejmie decyzję.

Po wydaniu decyzji prezesa NFZ, oddział wystawia odpowiednie zaświadczenie, które następnie przekazuje do osoby składającej wniosek. Pokrycie kosztów leczenia zostaje wówczas opłacone przez fundusz na podstawie przepisów o koordynacji lub bezpośrednio na rachunek zagranicznej placówki opieki medycznej.

W kolejnym numerze Kwartalnika NTM przedstawimy placówki oferujące tego typu świadczenie w krajach sąsiadujących z Polską.

Kategoryzacja stopnia NTM

Raport „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej”

Anna Sulka

Niniejszym artykułem kończymy cykl inspirowany raportem *Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej*. W poprzednich numerach Kwartalnika zaprezentowaliśmy Państwu profile osób cierpiących na NTM, optymalny system refundacji, a także kryteria doboru środków absorpcyjnych zgodne z ISO 15629. Na zakończenie chcielibyśmy poświęcić nieco uwagi rozwiązaniom wspierającym lekarza w procesie leczenia pacjenta z NTM.

Autorzy raportu zwracają uwagę, że kategoryzacja nasilenia NTM ma istotne znaczenie dla wyboru sposobu leczenia oraz optymalnego środka wchłaniającego. Dlatego należy przeprowadzić ją rzetelnie i precyzyjnie. Ocena nasilenia NTM powinna uwzględniać liczbę epizodów nietrzymania moczu i/lub ilość gubionego moczu bądź obydwa te parametry. Dopiero kompleksowe spojrzenie na problem pozwala odpowiedzieć na pytanie jaki poziom NTM ma dany pacjent. Za stopień lekki przyjmuje się gubienie niewielkiej ilości (do 20 g) moczu, kilka razy w tygodniu, za średni - codzienne gubienie średniej ilości (do 150 g) moczu, za ciężki - gubienie większej ilości moczu (powyżej 150 g), codziennie. Doskonałym narzędziem pozwalającym precyzyjnie określić ilość gubionego moczu jest wykonanie 24-godzinnego testu za pomocą środków absorpcyjnych. Należy określić liczbę zużytych dziennie zabezpieczeń i stopień ich nasiąknięcia. Ocena musi uwzględniać również rozmiar używanych przez chorego artykułów absorpcyjnych oraz poziom zabezpieczenia, to znaczy czy dany produkt całkowicie eliminuje niekontrolowane wycieki moczu.

Prezentowana ankieta jest rekomendowana przez autorów raportu w celu określenia stopnia nasilenia nietrzymania moczu oraz wyboru odpowiedniego środka wchłaniającego dla danego pacjenta. Proponowana kategoryzacja uwzględnia średnią dzienną ilość gubionego moczu. Część pacjentów nie używa żadnych środków absorpcyjnych, należy wtedy, w oparciu o wywiad, określić szacunkową utratę moczu poprzez ustalenie ilości zmian bielizny w ciągu doby. W przypadku pacjentów, którzy używają artykułów zabezpieczających, bez względu na to czy są to zwykłe podpaski czy środki absorpcyjne przewidziane dla osób z NTM, rozpoczynamy test uwzględniający te produkty.

Jeśli pacjent podaje, że stosowane środki wchłaniające nie zabezpieczają go przed wyciekami moczu, wówczas oznacza to, że stosowane produkty są zbyt mało chłonne. Należy wówczas zalecić ich zmianę i przeprowadzić

test jeszcze raz. Jeśli pacjent musi używać więcej niż cztery podpaski na dobę, bądź więcej niż dwie wkładki anatomiczne (urologiczne) / pieluchy anatomiczne / pieluchomajtki, należy zmienić kategoryzację nietrzymania moczu i rodzaj zalecanych produktów wchłaniających.

Rozwiązania zaproponowane w raporcie „Wsparcie pacjenta z NTM w systemie opieki zdrowotnej”

Proszę uwzględnić swoją przeciętną kondycję w okresie ostatnich 4 tygodni.

Pytanie 1. Jak często doświadcza Pani/Pan epizodów NTM? (proszę wybrać jedną odpowiedź)

NIE	Raz w tygodniu lub rzadziej	TAK	Lekkie NTM	Nie kwalifikuje się do refundacji
NIE	Dwa lub trzy razy w tygodniu	TAK	Lekkie NTM	
NIE	Częściej niż trzy razy w tygodniu	TAK	Lekkie NTM	
NIE	Raz na dobę	TAK	Średnie NTM	Proszę przejść do pytania nr 2
NIE	Kilka razy na dzień	TAK	Średnie NTM	
	Cały czas	TAK	Ciężkie NTM	

Pytanie 2. Jaką ilość moczu gubi Pani/Pan jednorazowo? Proszę określić liczbę produktów absorpcyjnych zużywanych przez 24 godziny (Ankieta należy powtórzyć nie później niż za 12 miesięcy).

do 4 podpasek na dobę (do 20g)	TAK	Lekkie NTM	Brak refundacji
powyżej 4 podpasek lub do 2 wkładek anatomicznych (urologicznych)/pieluch anatomicznych/pieluchomajtek na dobę (20g-150g)	TAK	Średnie NTM	Refundacja 90 szt.
powyżej 2 wkładek anatomicznych (urologicznych)/pieluch anatomicznych/pieluchomajtek na dobę (powyżej 150g)	TAK	Ciężkie NTM	Refundacja 120 szt.

Należy jednak podkreślić, że zalecenia zawarte w prezentowanej ankiecie, dalece odbiegają od obowiązujących przepisów. Obecnie chorem, którzy cierpią na jedną z dolegliwości uwzględnionych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, przysługuje jedynie 60 szt. środków absorpcyjnych miesięcznie, bez względu na poziom NTM.

NTM w praktyce zawodowej geriatry

z dr Ewą Gułaj, specjalistką chorób wewnętrznych i geriatry rozmawia Magdalena Kowalewska

Geriatrya obejmuje swym zakresem diagnostykę i terapię chorób u ludzi starszych. Jak wygląda praca geriatry w praktyce? Które aspekty zawodu lekarza geriatry są Pani zdaniem najważniejsze?

Geriatrzy zajmują się pacjentami po 60 roku życia. W praktyce jednak znaczna część pacjentów to najczęściej osoby w późnej starości, czyli po 75 roku życia, cierpiące na wiele chorób przewlekłych. Naszą rolą - rolą geriatrów - jest takie ustalenie terapii, aby pacjent jak najdłużej zachował samodzielność i potrafił dobrze funkcjonować w swoim środowisku. Współczesna medycyna podąża w kierunku specjalizacji o coraz węższym zakresie, co powoduje, że „leczy się chorobę, a nie pacjenta”. Lekarz swą uwagę skupia na jednostce chorobowej, nie zaś na ogólnym stanie pacjenta. Geriatra musi umieć połączyć ze sobą poszczególne terapie, unikając przy tym polipragmatyzacji - stosowania kuracji wielolekowej. Zażywanie przez chorego równocześnie wielu leków może doprowadzić do sytuacji, w której między poszczególnymi lekami mogą wystąpić pewne reakcje niekorzystne dla zdrowia pacjenta. Najczęściej właśnie problem polipragmatyzacji dotyczy osób starszych, które ze względu na wiele dolegliwości, zażywają duże ilości leków. Niewłaściwy ich dobór może powodować wiele groźnych skutków ubocznych.



Fot. Piotr Mazurek

Jak ważny według Pani był tegoroczny, 22. Finał WOŚP poświęcony m. in. godnej opiece medycznej seniorów? Czy łączy Pani z tym wydarzeniem nadzieje na pozytywne zmiany?

Myślę, że największym osiągnięciem WOŚP nie są zebrane pieniądze na opiekę medyczną seniorów, a właśnie zwrócenie uwagi społeczeństwa na problemy seniorów, ludzi starych. Każda taka inicjatywa jest bezcenna.

Jak powinna wyglądać dobrze zorganizowana opieka geriatryczna?

Opieka geriatryczna powinna być zespołowa i polegać na ścisłej współpracy lekarza z pacjentem i jego opiekunem, pielęgniarką, fizjoterapeutą czy psychologiem i w razie takiej potrzeby, pracownikiem socjalnym. Jedynie taka opieka ma realne szanse istotnie poprawić funkcjonowanie schorowanej osoby w podeszłym wieku.

Na czym polega całościowa ocena geriatryczna pacjenta? Jak często diagnozowany jest wśród seniorów problem NTM?

Zadaniem całościowej oceny geriatrycznej jest nie tylko badanie lekarskie i określenie problemów zdrowotnych pacjenta, ale także ocenienie funkcjonowania chorego w jego środowisku oraz warunków socjalnych, w jakich żyje. Dokonując takiej oceny określamy problemy i potrzeby pacjenta oraz zakres koniecznej terapii i opieki.

Dzięki kompleksowemu podejściu do pacjenta częściej dowiadujemy się o różnych dolegliwościach, między innymi o nietrzymaniu moczu, które w powszechnym rozumieniu nie jest chorobą a konsekwencją starzenia, co oczywiście nie jest prawdą. Udowodniono, że bazując jedynie na badaniu lekarskim, problem NTM wykrywany jest zdecydowanie rzadziej. NTM dotyczy od 15 do 30% seniorów mieszkających w domu. Pacjenci często nie przyznają się do problemów związanych z nietrzymaniem moczu. Skala tego problemu natomiast rośnie w instytucjach opiekuńczych - w domach pomocy społecznej nawet 50% pensjonariuszy cierpi na NTM.

Dzięki kompleksowemu podejściu do pacjenta częściej dowiadujemy się o różnych dolegliwościach, między innymi o nietrzymaniu moczu, które w powszechnym rozumieniu nie jest chorobą a konsekwencją starzenia, co oczywiście nie jest prawdą. Udowodniono, że bazując jedynie na badaniu lekarskim, problem NTM wykrywany jest zdecydowanie rzadziej. NTM dotyczy od 15 do 30% seniorów mieszkających w domu. Pacjenci często nie przyznają się do problemów związanych z nietrzymaniem moczu. Skala tego problemu natomiast rośnie w instytucjach opiekuńczych - w domach pomocy społecznej nawet 50% pensjonariuszy cierpi na NTM.

Czy pojawienie się problemu NTM związane jest z wiekiem pacjenta, z jego trybem życia, z innymi typowymi dla okresu starości schorzeniami?

Jak już wspomniałam NTM nie jest naturalną konsekwencją starzenia. Oczywiście problem ten częściej dotyczy osób starszych. Ma to związek ze zmianami fizjologicznymi zachodzącymi wraz z wiekiem w układzie moczowym, które nie prowadzą bezpośrednio do pojawienia się NTM, ale sprzyjają jego wystąpieniu przy zaistnieniu dodatkowych czynników. NTM jest objawem wielu schorzeń typowych dla okresu starości. Pojawia się nie tylko w chorobach układu moczowego. Patologie ośrodkowego układu nerwowego - ośpienia, udary, choroby neurodegeneracyjne są jednym z najczęstszych powodów zlecenia materiałów wchłaniających. Lista chorób, którym towarzyszy NTM jest długa. Nie bez powodu NTM jest wielkim problemem geriatrycznym, a przez WHO (red. Światowa Organizacja Zdrowia) zostało nazwane wyzwaniem medycyny XXI wieku.

Czy nowe zasady zaopatrzenia w środki absorpcyjne oraz rozszerzenie listy chorób uprawniających do otrzymania dofinansowania na środki absorpcyjne - przepisy, które weszły w życie od stycznia tego roku, poszerzające również listę lekarzy uprawnionych do wystawiania zleceń o specjalistę geriatry, ułatwią bądź już ułatwiły pracę geriatrów i życie seniorów?

Pojawienie się wśród osób uprawnionych do wystawiania zleceń na środki absorpcyjne lekarzy geriatrów bezsprzecznie ułatwi nam pracę. Pacjent wymagający materiałów wchłaniających to najczęściej pacjent geriatryczny. Myślę, że bardzo ważną zmianą jest możliwość przedłużania zlecenia przez pielęgniarkę opieki długoterminowej. Ten zapis zdecydowanie ułatwi życie osobom zniedołężniałym, które nie wychodzą z domu.

Jak wygląda w Pani ocenie sytuacja pacjentów związana z dostępnością środków absorpcyjnych? Czy limit ilościowy dla refundowanych pieluchomajtek jest wystarczający?

Odpowiedź jest oczywista - limit jest niewystarczający. 2 sztuki pieluchomajtek na dobę absolutnie nie zapewnią odpowiedniej higieny. Sytuacja każdego pacjenta jest inna, ale minimalny komfort zapewnić mogą 4 sztuki pieluchomajtek na dobę, zmieniane co 6 godzin. Niestety, połowę wydatków na środki absorpcyjne musi pokryć sam chory, jego rodzina, a jest to niemały wydatek.

Motywacja pacjentów do walki z problemem nietrzymania moczu jest niezwykle ważna. Czy pacjenci próbują walczyć z NTM, czy traktują je jako „zło konieczne” - problem mniejszej rangi na tle innych schorzeń?

Nietrzymanie moczu bardzo obniża jakość życia pacjenta. Pierwszym krokiem do zmiany tej sytuacji jest pokonanie wstydu i rozmowa o problemie. Jeżeli pacjent znajdzie zrozumienie ze strony lekarza, z pewnością podejmie próbę walki z NTM. Jednakże pacjenci cierpiący na NTM, to często pacjenci depresyjni, nie zawsze skłonni do walki z chorobą, ponieważ nie wyobrażają sobie wygranej. Osoba chora musi wiedzieć, że można i warto leczyć nietrzymanie moczu.

Jak wygląda profilaktyka NTM wśród seniorów? Jak seniorzy powinni dbać o siebie, by zminimalizować ryzyko pojawienia się NTM?

Profilaktyka NTM rozumiana jako aktywność fizyczna, ćwiczenia mięśni dna miednicy dotyczy właściwie seniorów młodszych, będących we wczesnej starości, żyjących aktywnie.

Istotnym działaniem profilaktycznym w późnej starości jest właściwe leczenie chorób, w przebiegu których występuje nietrzymanie moczu. Ważne jest unikanie i prawidłowe leczenie zakażenia układu moczowego, zastosowanie odpowiedniej terapii pacjenta.

Dziękuję za rozmowę.

DOSTĘP DO ZAOPATRZENIA W WYROBY MEDYCZNE WYDAWANE NA ZLECENIE WG DANYCH WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW NFZ - STAN NA 15.02.2014

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Wojewódzkich Oddziałów NFZ

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	-	nb	- 😊	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	-	nb	- 😊	nb	-	nb	- 😊	nb	- 😊
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	-	nb	- 😊	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

Jak opiekować się osobą z NTM?

Porady dla osób świadczących osobistą opiekę swoim bliskim

dr Elżbieta Szwalkiewicz

Problem nietrzymania moczu (NTM) jest jednym z przykrych doświadczeń w życiu bardzo wielu osób, niezależnie od wieku, które cierpią na chorobę przewlekłą lub doznały urazu. Cierpienie i frustracja są szczególnie duże, gdy człowiek nie może samodzielnie wykonywać czynności związanych z utrzymaniem higieny i zabezpieczaniem skóry oraz bielizny osobistej, gdy jest bezradny i zdany na obsługę innych osób, co najczęściej dotyczy osób z NTM w podeszłym wieku. Jak z czymś takim żyć godnie, bez poczucia winy i rezygnacji? To w dużej mierze zależy od osób bliskich zaangażowanych w opiekę. Opiekunowie rodzinni (nieformalni), z reguły są obciążeni ponad swą wydolność fizyczną i psychiczną, czemu towarzyszą negatywne emocje, wyrażane najczęściej przy myciu i zmianie produktów chłonących. Nie jest łatwe zapanowanie nad uczuciem wstrętu, bólem przeforsowanego kręgosłupa i mięśni, nad wszechogarniającym zmęczeniem. Gdy opiekun daje temu wyraz, jego podopieczny cierpi podwójnie. Z jednej strony rezygnuje ze swej intymności i związanej z tym godności, a z drugiej czuje się winnym wszystkich kłopotów, z którymi boryka się opiekun. Czasami to poczucie winy jest tak duże, że przeradza się w zachowania agresywne wobec opiekuna. Brak motywacji, zmęczenie i trudności w radzeniu sobie z emocjami swoimi i podopiecznego mogą sprawić, że opieka nad bliskim stanie się brzemieniem trudnym do udźwignięcia. Dlatego tak ważna jest wiedza jak prawidłowo wykorzystać dostępne na rynku produkty, sprzęt i wiedzę, które pomagają ograniczyć negatywne skutki NTM i odciążać opiekuna w sprawowanej opiece.

Skóra w dobrej kondycji

Istotą problemu pielęgnacyjnego osób niesamodzielnych z NTM jest ochrona skóry. Dlaczego? Przede wszystkim dlatego, że skóra chroni narządy wewnętrzne przed działaniem czynników środowi-

skowych, czyli przed zakażeniem bakteriami, grzybami, wirusami, przed czynnikami mechanicznymi, termicznymi, chemicznymi i promieniowaniem świetlnym. Skóra ponadto uczestniczy w istotnych dla życia procesach metabolizmu (przemiany materii) i homeostazy, pełni także funkcję czuciową (ciepła, bólu i dotyku), ekspresyjną (wyraża stany emocjonalne), resorpcyjną (chłonie wodę), magazynową (gromadzi m.in. składniki odżywcze) oraz regulatora ciepłoty naszego organizmu. To powoduje, że jest nie tylko największym, ale także najbardziej złożonym narządem organizmu ludzkiego. Należy tu także zwrócić uwagę na funkcję estetyczną skóry, gdyż człowiek niesamodzielny cierpi, gdy jego pomarszczona, zniszczona, brzydko pachnąca i zanieczyszczona skóra jest poddawana oglądowi i ocenie innych osób. Jednak żaden opiekun nie może pominąć zasady: słuchaj, wachaj, patrz, dotykaj. Podrażniona skóra swędzi, drapanie może prowadzić do przerwania jej ciągłości podobnie jak otarcia, a to jest równoznaczne z rozwojem bakterii i z naruszeniem funkcji ochronnej skóry.

Kondycja skóry i samopoczucie osoby z NTM zależy od ograniczenia kontaktu z wilgocią (mocz, kał), prawidłowego doboru i prawidłowych technik stosowania produktów chłonących mocz i preparatów pielęgnacyjnych. Zaleca się stosowanie odpowiednich, tzw. oddychających produktów chłonących mocz oraz preparatów pielęgnacyjnych sprzedawanych w aptekach i sklepach medycznych: pianek myjąco-pielęgnacyjnych i kremów natłuszczająco-ochronnych. Niektóre pianki myjące nie wymagają użycia wody, co znacznie ułatwia higienę przy zmianie produktów chłonących.

Poniżej podzielę się kilkoma podstawowymi informacjami, radami i wskazówkami ułatwiającymi sprawowanie opieki nad bliskim, który nie kontroluje oddawania moczu. Posłużę się przykładem osoby w pode-



szyłym wieku, która ma demencję, gdyż jest to największa grupa ludzi z NTM zależna od opieki nieformalnej - domowej. Oczywiście jest, że te wskazówki można wykorzystać przez analogię w pielęgnowaniu osób, które są w różnym wieku, cechuje ich różny poziom samodzielności, a problem NTM jest skutkiem różnych chorób, szczególnie neurologicznych lub urazów.

Komunikacja i empatia

Podstawowe zasady postępowania opiekuna:

- umożliwić lub ułatwić korzystanie z toalety,
- wybrać produkty, których zmiana nie obciąża opiekuna lub mogą być samodzielnie zmieniane przez podopiecznego,
- współpracować z podopiecznym na jego zasadach.

Powyższe zapewni poczucie godności, zwiększy samodzielność, umożliwi samodzielne korzystanie z toalety i samodzielną zmianę produktów.

Demencja podopiecznego istotnie utrudnia codzienną opiekę. Są różne typy demencji, a wśród nich 50% przy-

CECHY DEMENCJI	TYPOWY WPŁYW NA ZACHOWANIE	PROBLEMY W CODZIENNEJ PIELĘGNACJI OSÓB Z NTM
APRAKSJA	Trudności w panowaniu nad precyzyjnymi ruchami rąk Zaburzona koordynacja itp.	Nie potrafi poradzić sobie ze zdjęciem spodni, majtek
AMNEZJA	Trudności w: • uczeniu się • przypominaniu sobie • rozpoznawaniu	Nie pamięta gdzie znajduje się toaleta
ZDZIECINNIE STARCZE	Brak racjonalnej: • inicjatywy • planowania • osądu Zwiększona uczuciowość Zanikanie umiejętności społecznych	Opróżnia pęcherz bez zastanowienia gdzie i kiedy
AGNOZJA	Zaburzenia w: • przetwarzaniu bodźców • percepcji • rozpoznawaniu • rozumieniu	Uważa np., że rolka papieru toaletowego to to samo co toaleta, a sedes jest miską z wodą do mycia
AFAZJA	Zaburzenia w: • mowie • rozumieniu	Niezdolność poproszenia o pomoc

padków jest skutkiem Choroby Alzheimera, 25% miażdżycy, a 25% innych chorób i urazów.

Jak postępować z podopiecznym z demencją?

Podobnie jak w porozumiewaniu się z osobą z utrudnionym kontaktem, i tak:

- rozmawiaj na jego zasadach,
- utrzymuj kontakt wzrokowy,
- unikaj szybkiego mówienia,
- mów wyraźnie,
- nawiąź kontakt fizyczny, np. dotknij ramienia albo potrzymaj za rękę,
- zwróć uwagę na mowę ciała podopiecznego,
- uważaj na własną mowę ciała,
- przekazuj proste i jasne wiadomości.

Opiekunie, bądź sprawny i zdrowy

Opiekunowie osób z NTM są szczególnie narażeni na urazy kręgosłupa. U osób leżących niezbędne jest łóżko pielęgnacyjne. Opiekun, by siebie ochronić, musi unikać zbędnych przeciążeń i niewygodnych pozycji, a także angażować podopiecznego do współdziałania.

Warto zamówić wizytę fizjoterapeuty, który nauczy prawidłowych technik przemieszczania i ochrony kręgosłupa oraz pielęgniarki lub opiekuna medycznego, którzy pokażą jak prawidłowo zakładać i zmieniać produkty chłonnae mocz.



Opieka z uśmiechem na ustach

Eurocarers o opiece nieformalnej na Słowacji

Katarzyna Walewska

W ubiegłym roku na łamach Kwartalnika NTM rozpoczęliśmy cykl artykułów poświęconych badaniu przeprowadzonemu przez europejskie stowarzyszenie Eurocarers nt. jakości życia opiekunów nieformalnych i ich podopiecznych. Autorzy badania szczególnie uwagę zwrócili na opiekunów osób niesamodzielnych, cierpiących na nietrzymanie moczu. Dotychczas przytoczyliśmy dane z Holandii i Włoch, w bieżącym wydaniu przedstawiamy wyniki ze Słowacji, reprezentującej wschodnią część Europy.

Na początek kilka słów o częstotliwości występowania NTM wśród populacji Słowaków. Z badań epidemiologicznych wynika, że na Słowacji nietrzymanie moczu dotyka aż 25% kobiet, a natężenie problemu wzrasta z wiekiem. Najniższa częstotliwość występowania NTM dotyczy grupy kobiet w wieku 30-39 lat (23,3%), najwyższy procent zachorowalności, przy jednoczesnym wystąpieniu najcięższej postaci NTM, dotyka osób w wieku 80 lat i więcej (55,6%). Niestety, pomimo wysokiej częstotliwości występowania NTM wśród populacji, wielu chorych nie szuka pomocy medycznej w walce z tą przykrą dolegliwością, choć często pociąga ona za sobą negatywne skutki tj. poczucie wstydu i towarzyszące temu skrywanie problemu, będące niewątpliwie obciążeniem psychicznym dla chorego.

Poza nietrzymaniem moczu, osoby niesamodzielne objęte badaniem, miały również kłopoty z pamięcią, cierpiały na zaburzenia poznawcze z powodu demencji lub otępienia, które istotnie wpływały na konieczność objęcia ich opieką, często świadczoną przez własne córki i żony, gdyż grupa opiekunów nieformalnych w Słowacji zdominowana jest przez kobiety (70,6%). Średni wiek opiekunów to 59 lat. Blisko połowa z nich (47%), to osoby przebywające na emeryturze, tylko 12% opiekunów jest aktywnych zawodowo. Bez względu na status zawodowy, sprawują oni opiekę nad bliskimi każdego dnia. Część, głównie osoby pracujące, korzystają z pomocy innych członków rodziny, przyjaciół. Bardzo rzadko opiekunowie decydują się na wynajęcie płatnej opieki, taka sytuacja dotyczyła tylko jednego z respondentów. Czas sprawowania opieki jest bardzo rozbieżny wśród grupy badanych, waha się od 4 miesięcy aż do 11 lat, jednak większość deklaruje świadczenie opieki nad bliskimi powyżej 3 lat.

Opiekunowie pytani o motywby podjęcia opieki nad niesamodzielnymi, najczęściej wymieniali poczucie obowiązku względem rodziców czy małżonków oraz obawę przed umieszczeniem bliskich w placówce opiekuń-

czej. Natomiast największym problemem, z jakim borykają się opiekunowie na Słowacji są kłopoty ze zdrowiem, spowodowane częstym wysiłkiem fizycznym, związanym z codzienną opieką, potrzebą podnoszenia, przemieszczania czy mycia chorego. Często ze strony opiekunów pojawiały się sugestie, dotyczące udoskonalień, które ułatwiłyby im codzienną opiekę. Większa dostępność do sprzętów ułatwiających podnoszenie czy przemieszczanie, z pewnością uczyniłaby ich życie łatwiejszym. *Lepsze łóżko, może wózek inwalidzki, gdyby miała taki wózek, mogli-*



byśmy ją zabrać na zewnątrz, nie musiałaby leżeć cały czas w łóżku – argumentuje jedna z opiekunek. *Cóż, jeśli pomoc byłaby bardziej dostępna... Dlaczego to jest tak drogie, dlaczego nie możemy wypożyczyć sprzętu?* – z rozgoryczeniem wypowiada się jeden z opiekunów. Część opiekunów uskarżała się również na kłopoty natury praktycznej, związane z niewłaściwym doбором produktów chłonnych dla swoich bliskich. Problem ten był dla nich szczególnie uciążliwy na początku sprawowania opieki, gdy nie mieli jeszcze wystarczającego doświadczenia i odpowiedniej wiedzy nt. zasad dobierania odpowiednich środków absorpcyjnych.

Jednak pomimo ogromnego poświęcenia, nieudogodnień, większość opiekunów odnalazła się w swojej nowej roli i choć dla wielu z nas może wydawać się to zaskakujące, opiekunowie ci pomimo dużego wysiłku fizycznego i ogromnego obciążenia emocjonalnego, odkrywają mnóstwo pozytywnych aspektów swojej codziennej pracy opiekuna. *Motywacją dla mnie jest uśmiech na jej twarzy, to, kiedy jest szczęśliwa, to popycha mnie naprzód* – podkreśla jedna z opiekunek.

Godność i aktywność

Wyzwania polityki senioralnej w Polsce na pierwszym Kongresie Zdrowego Starzenia

Marzena Michałek

Tworzą się zręby systemowych rozwiązań wobec starzejącego się w Polsce społeczeństwa. Przedstawiciele polskiego rządu postanowili dać opór nieubłagany danym demograficznym i w porozumieniu przedyskutować problem podczas pierwszego Kongresu Zdrowego Starzenia. Czy zaowocuje to konkretnymi rozwiązaniami systemowymi, czy cała para pójdzie raczej w wyborczy gwizdek?

Konferencję zaszczylicili swoją obecnością przedstawiciele wielu resortów, m.in.: Władysław Kosiniak-Kamysz - Minister Pracy i Polityki Społecznej, Bartosz Arłukowicz - Minister Zdrowia, Andrzej Biernat - Minister Sportu, a także Premier Donald Tusk, Prezydent Lech Wałęsa, Marszałek Ewa Kopacz, Rzec-



Fot. Materiały prasowe - Kongres Zdrowego Starzenia

nik Praw Obywatelskich Ewa Lipowicz, a także wielu innych przedstawicieli organizacji społecznych i pacjentów.

Wśród panelistów znalazł się również profesor Jerzy Czapiński, który przedstawił uczestnikom wiele niepokojące dane na temat polskich seniorów na tle seniorów europejskich. Jesteśmy w senioralnym ogonie Europy jeśli chodzi o uprawianie sportu, aktywność zawodową, uczestnictwo w życiu społecznym, czy pogarszające się wraz z wiekiem, poczucie psychicznego dobrostanu. Do tego dochodzi wykluczenie społeczne, brak systemowych rozwiązań opieki nad osobami starszymi oraz znikoma ilość oddziałów geriatrycznych w Polsce. Problem dotyczy zarówno Polski jak i innych krajów europejskich, które jednak znacznie wcześniej ocknęły się ze smutnego demograficznego letargu. U nas do intensyfikacji dzia-

łań na rzecz osób starszych przyczyniła się Polska prezydencja w Unii w 2011 roku, czego skutkiem było powstanie w 2012 roku Koalicji na Rzecz Zdrowego Starzenia się. Dzięki jej działaniom zorganizowano wiele debat publicznych z udziałem czołowych ekspertów z wielu resortów, których wynikiem są liczne propozycje rozwiązań dotyczących idei zdrowej starości. Takich inicjatyw jest coraz więcej, by wymienić chociażby, powstałą w lutym 2013 roku, Fundację na Rzecz Zdrowego Starzenia się, której członkowie Rady Programowej również brali udział w Konferencji. Profesor dr hab. Barbara Bień, Kierownik Kliniki Geriatrii w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku, poruszyła ogólne kwestie związane ze specyfiką pracy lekarza specjalizacji geriatrycznej, deficytem lekarzy tej specjalizacji, potrzebą kształcenia geriatrów na każdym poziomie oraz koniecznością dofinansowania procedur geriatrycznych przez NFZ. Profesor dr hab. n. medycznych Andrzej Borówka, Kierownik Kliniki Urologii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, podkreślił z kolei nowoczesne możliwości wczesnego zapobiegania i leczenia chorób urologicznych związanych z wiekiem, do których należy rak prostaty oraz nietrzymanie moczu.

Fundacja na Rzecz Zdrowego Starzenia zajmuje się przede wszystkim prawnym, społecznym i zarządczym aspektem budowania zdrowej starości w Polsce. W 2013 roku polski rząd przygotował również założenia długofalowej polityki senioralnej w Polsce na lata 2014-2020. Jest to pierwszy ogólnopolski tego typu program zakładający godne starzenie oparte na zdrowiu i międzypokoleniowej solidarności.

Ostatni aspekt był wielokrotnie podkreślany przez wielu panelistów konferencji. Kładziono nacisk na zmianę sposobu myślenia wobec seniorów w Polsce, międzyresortową współpracę w zakresie inicjatyw dotyczących polityki senioralnej, a także z organizacjami pozarządowymi. Niemniej jednak najwięcej wciąż jest do zrobienia w służbie zdrowia, o czym częściowo napomknął minister Arłukowicz. Najistotniejszym punktem jego wypowiedzi było podkreślenie, że wszyscy przedstawiciele służby zdrowia, a więc zarówno wykształceni w tym kierunku geriatrycy, jak i cały przeszkolony w tej dziedzinie personel medyczny, powinien wyjść seniorom naprzeciw. Wobec znikomej liczby oddziałów geriatrycznych i obecnym braku środków na ich zwiększanie, minister

możliwość aktywacji służb medycznych w Polsce widzi, przede wszystkim, na poziomie powiatowym. Powinna ona opierać się na:

- stworzeniu Centrum Szkolenia Geriatrów (mamy 3 razy mniej geriatrów niż istnieje potrzeba),
- geriatrycznym szkoleniu lekarzy innych specjalizacji, z dużym naciskiem na lekarzy oddziałów internistycznych, gdzie w dużej mierze trafiają wielonarządowo chorzy pacjenci 65+,
- szkoleniu całego personelu medycznego, szerzeniu profilaktyki i wiedzy wśród pielęgniarzek.

Spełnienie tych pobożnych, zdawać by się mogło dzisiaj życzeń, wymaga wielu nakładów i uporządkowania polityki zdrowotnej w Polsce w ogóle. Taką nadzieję, nie się być może, opóźniająca się ustawa o Zdrowiu Publicznym, o czym mówiło wielu interlokutorów ministra Arłukowicza.

Wszyscy paneliści zgodnie podkreślali autentyczne zaangażowanie rządu w politykę senioralną. Ich zdaniem, mimo podejrzliwości polskiego społeczeństwa, tym razem naprawdę nie chodzi tylko o zwykłą przedwyborczą kokieterię. I może rzeczywiście tak jest. Zwłaszcza w kontekście wypowiedzi ministra Arłukowicza, który w swoim wystąpieniu mocno eksponował, znowelizowane 6. grudnia 2013 roku, rozporządzenie w sprawie wyroku wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie, definiujące nowe zasady refundacji tych niezwykle potrzebnych seniorom środków. Ministerstwo dołożyło do nowego rozporządzenia 200 mln zł. Niestety, już w styczniu 2014 roku, wewnętrznymi instrukcjami NFZ zaczęto eliminować część najtańszych środków absorpcyjnych z refundacji. Jednak czujność organizacji pacjenckich szybko zweryfikowała te zamierzenia i NFZ pospieszenie wycofał się ze swoich bezprawnych, jak się okazało, pomysłów.

Zawód polskich pielęgniarzek i położnych uznany w Unii Europejskiej

Magdalena Kowalewska

Polskie pielęgniarki i położne mogą bez przeszkód znaleźć pracę w Unii Europejskiej (UE) w swoim zawodzie od 2014 roku. Parlament Europejski w Strasburgu zatwierdził bowiem 9 października 2013 r. decyzję o zmianie *Dyrektywy 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych*. Dzięki tej zmianie tryb uznawania kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej będzie prostszy i szybszy. *Nowe przepisy prawne mają szczególne znaczenie dla grona polskich pielęgniarzek i położnych* - podkreśla Przewodnicząca Zarządu Krajowego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (OZZPiP), Lucyna Dargiewicz.

O automatyczne uznanie swoich kwalifikacji, na identycznych zasadach jak wszystkich pielęgniarzek i położnych w UE, pielęgniarki z Polski starały się prawie 10 lat. Jednym z głównych argumentów w sprawie wprowadzenia tych zmian, była konieczność równego traktowania w pełni wykwalifikowanych pracowników w UE. *W momencie akcesji Polski do Unii Europejskiej, polskie pielęgniarki zostały postawione w gorszej sytuacji, niż inne pielęgniarki, pochodzące np. z Litwy, Łotwy, Estonii czy Niemiec. Nieuznanie kwalifikacji, środowisko pielęgniarckie odbierało jako dużą niesprawiedliwość, ponieważ wykształcenie pielęgniarzek polskich nie odbiega zasadniczo od wykształcenia pielęgniarzek w innych krajach UE* - podkreśla przewodnicząca OZZPiP. *Najważniejszy jest jednak fakt, że ta krzywdząca dla nas decyzja została, na szczęście, zmieniona. Nie stałoby się tak, gdyby nie*

praca pań: Małgorzaty Handzlik - poseł Parlamentu Europejskiego, Doroty Gardias - drugiej Przewodniczącej Związku oraz Marii Brzezińskiej - ekspert Forum Związków Zawodowych, które

w imieniu środowiska pielęgniarzek i położnych nasze dążenia aktywnie wspierały - dodaje Lucyna Dargiewicz.

Innym ważnym aspektem automatycznego uznania kwalifikacji, prócz równego traktowania wykwalifikowanych pracowników w UE, jest szansa na lepszą pracę za granicą dla polskich pielęgniarzek - absolwentek liceów medycznych czy studium medycznego, które stanowią ponad 70% czynnych zawodowo polskich pielęgniarzek i położnych. W opinii Przewodniczącej OZZPiP uznanie kwalifikacji wszystkich polskich pielęgniarzek i położnych może stanowić szansę dla przyszłych wykonawczyń tego zawodu, może również znacząco poprawić sytuację tych osób, które już pracują w krajach UE, aczkolwiek zatrudnionych jako opiekunki, pomoce bądź asystentki, nie w swoim zawodzie, na stanowiskach niższych, z powodu nieuznania ich dyplomu.

Unowocześnienie przepisów nie powinno natomiast spowodować masowych migracji polskich pielęgniarzek. *Średnia wieku naszej grupy zawodowej to 54 lata, średnia pra-*



cy zawodowej 45 lat. W środowisku pielęgniarek najwięcej jest dojrzałych kobiet, które mimo niezbyt komfortowej sytuacji materialnej, ze względu na rodzinę, wiek, barierę językową, nie wyrażają wielkiej chęci wyjazdu za granicę. Jest to sytuacja całkowicie akceptowalna, z tego także powodu, iż celem kształcenia polskich obywateli, jest to, aby tu w Polsce byli przydatni. Natomiast te pielęgniarki, które chciały wyjechać, już to zrobiły, przeważnie z powodów ekonomicznych, trudnej sytuacji życiowej. One mieszkają i pracują na terenie UE na niższych stanowiskach, więc zapewne wrócą do kraju, żeby potwierdzić swoje kwalifikacje i tam, gdzie przebywają w tej chwili, będą wykonywały zawód pielęgniarki - argumentuje Lucyna Dargiewicz.

Starania o uznanie kwalifikacji polskich pielęgniarek i położnych, na szczęście już uwieńczone sukcesem, były nie-

stety jednak tylko jednym z wielu problemów środowiska pielęgniarskiego. Jak zauważa pani Przewodnicząca OZZPiP: *Inną, niezwykle istotną kwestią jest fakt, że w Polsce, jak też w całej UE, brakuje pielęgniarek. Młodych osób pracujących w tym zawodzie jest bardzo niewiele, a nawet jeżeli kończą odpowiednie szkoły bądź studia, nie zawsze do zawodu wracają, szukają dla siebie innych rozwiązań. Koszt kształcenia medycznego pracownika jest wysoki, więc należy później o tego pracownika zadbać i zachęcić do pozostania w kraju i czynnego uprawiania zawodu. Niestety, właściwej zachęty pielęgniarki nie odczuwają. Problemem są niskie płace w odniesieniu do obciążenia fizycznego i psychicznego, brak jest promocji zawodu. Trzeba zadbać o to, by zachęcić młode osoby do kształcenia się w zawodzie pielęgniarskim, ponieważ jest to zawód niezwykle potrzebny i ważny.*

Badanie urodynamiczne w woj. mazowieckim

W ostatnim numerze Kwartalnika NTM opublikowaliśmy zestawienie podsumowujące listę placówek urodynamicznych z całej Polski. W bieżącym wydaniu rozpoczynamy kolejny cykl artykułów, w których będziemy prezentować wykaz placówek realizujących badanie urodynamiczne w poszczególnych regionach kraju. Cykl ten rozpoczynamy od województwa mazowieckiego.

Na potrzeby artykułu zwróciliśmy się z zapytaniem do mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ o podanie liczby zrealizowanych badań urodynamicznych na terenie województwa w 2013 roku. Z danych uzyskanych z NFZ wynika, że w 2013 roku w województwie, w ramach refundacji, zostało przeprowadzonych łącznie 19 337 badań urodynamicznych. Mazowiecki Oddział NFZ poinformował również, że badanie urodynamiczne refundowane jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej jako porada. Oznacza to, że każda placówka podpisująca umowę z NFZ w zakresie urologii, jest zobowiązana do udzielania tego typu świadczeń. Nie gwarantuje to jednak, że dany świadczeniodawca realizował będzie badanie u siebie na miejscu - może je zlecić w ramach podwykonawstwa innej placówce. Ta kwestia zależy od indywidualnych zasobów i organizacji danej placówki.

Poniżej prezentujemy listę placówek z woj. mazowieckiego, które przeprowadzają badanie urodynamiczne. Zastrzegamy, że lista może być niepełna, gdyż dane powstały w oparciu o informacje uzyskane od przedstawicieli danych placówek, ponadto nie wszystkie placówki udzieliły nam niezbędnych informacji.

Wykaz placówek wykonujących badania urodynamiczne na terenie całego kraju dostępny jest na stronie internetowej www.ntm.pl. W razie jakichkolwiek sugestii dotyczących uzupełnienia prezentowanej listy placówek urodynamicznych w poszczególnych województwach prosimy o kontakt na adres mailowy: ntm@ntm.pl.

CIECHANÓW

Centrum Medyczne Eskulap Ciechanów,
ul. Narutowicza 20, Ciechanów

GRODZISK MAZOWIECKI

Poradnia urologiczna Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego im. Jana Pawła II,
ul. Daleka 11, Grodzisk Mazowiecki

MIŃSK MAZOWIECKI

Samodzielny Publiczny ZOZ, ul. Szpitalna 37, Mińsk Mazowiecki

OSTROŁĘKA

Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. Dr Józefa Psarskiego
w Ostrołęce, al. Jana Pawła II 120A, Ostrołęka

OTWOCK

Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o., ul. Batorego 44, Otwock

PIASECZNO

Centrum Zdrowia NZOZ, ul. Czajewicza 5/7, Piaseczno

PŁOŃSK

Samodzielny Publiczny Zespół ZOZ im. Marszałka Józefa Piłsudskiego
w Płońsku, ul. Henryka Sienkiewicza 7, Płońsk

SIEDLCE

Siedlecki Szpital Specjalistyczny, ul. Poniatowskiego 26, Siedlce

SIERPC

Samodzielny Publiczny Zespół ZOZ w Sierpcu,
ul. Juliusza Słowackiego 32, Sierpc

WARSZAWA

1. Centralny Szpital Kliniczny MSW, ul. Wołoska 137, Warszawa
2. Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie,
ul. Bursztynowa 2, Warszawa
3. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego, ul. Czerniakowska 231, Warszawa
4. Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki SPZOZ,
ul. Cegłowska 80, Warszawa
5. Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus, ul. Lindleya 4, Warszawa
6. Szpital Solec, ul. Solec 93, Warszawa
7. Centrum Medyczne „Żelazna”, ul. Żelazna 90, Warszawa
8. Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie,
ul. Karowa 2, Warszawa
9. Wojewódzki Szpital Bródnowski w Warszawie,
ul. Kondratowicza 8, Warszawa

Poporodowa profilaktyka NTM

mgr Magdalena Potoczek

Fizjoterapeuta, NZOZ Szpital Ginekologiczno-Położniczy na Siemiradzkiego im. R. Czerwiakowskiego w Krakowie

Okres ciąży, poród i połóg to dobrze znane i istotne czynniki ryzyka NTM. Dlaczego właśnie tak ważny i tak wyjątkowy moment w życiu kobiety może stać się przyczyną późniejszych poważnych powikłań oraz jakie działania powinny zostać podjęte aby je zminimalizować?



Skąd bierze się poporodowe NTM?

W okresie ciąży oraz podczas samego porodu dochodzi do szeregu procesów, które mogą pośrednio lub bezpośrednio wpływać na występowanie zaburzeń kontynencji. Zaburzenia te mogą mieć różny stopień nasilenia oraz nierzadko charakter przejściowy, co często usypia czujność kobiet i powoduje, że pozostają one bierne wobec tego problemu. Profilaktyka poporodowa dotyczy zarówno pierwow- jak i wieloródek i powinna obejmować wszystkie kobiety bez względu na sposób rozwiązania ciąży, a więc nie tylko po porodach siłami natury, ale również po cięciach cesarskich. Do czynników, które zdecydowanie zwiększają ryzyko poporodowego NTM należą między innymi:

- otyłość ciężarnych (jest to obecnie poważny problem w położnictwie),
- przewlekłe zaparcia, które są częstą dolegliwością ciążową,
- ciężka praca fizyczna w okresie ciąży, dźwiganie ciężarów,
- epizody popuszczania moczu w czasie ciąży lub w okresie ją poprzedzającym,
- wielorództwo i małe odstępy czasowe pomiędzy kolej-

nymi ciążami i porodami,

- porody, podczas których doszło do uszkodzenia struktur dna miednicy i krocza, porody zabiegowe (z wykorzystaniem kleszczy i próżniociągu położniczego),
- urodzenie dużego dziecka.

Jakie działania powinny mieć miejsce we wczesnej profilaktyce poporodowego NTM?

Szczególne miejsce w zapobieganiu poporodowemu NTM powinna zajmować edukacja kobiet na kilku etapach okresu macierzyństwa.

1. Edukacja w szkołach rodzenia

Obecnie wiele kobiet uczestniczy w kursach przygotowujących do porodu w ramach szkół rodzenia. Zajęcia te bezwzględnie powinny poruszać tematykę nietrzymania moczu, w sposób otwarty i bezpośredni obejmując:

- omówienie czynników ryzyka NTM w okresie okołoporodowym w formie wykładu,
- omówienie kwestii związanych z prawidłową dietą (profilaktyka ciążowych zaparć oraz otyłości ciężarnych),
- elementy psychoprofilaktyki porodowej i fizjoprofilaktyki dotyczącej mięśni dna miednicy i krocza,
- gimnastykę ogólnorozwojową dla kobiet w ciąży, która będzie zapobiegać nadmiernemu przyrostowi masy ciała.

2. Edukacja w gabinecie lekarza ginekologa-położnika:

- lekarz prowadzący ciążę powinien być zobowiązany pouczyć kobietę na temat ryzyka NTM oraz sposobów na ich zminimalizowanie,
- lekarz prowadzący ciążę powinien zachęcić kobietę do uczestnictwa w zajęciach szkoły rodzenia,
- lekarz prowadzący kontrolę poporodową powinien przeprowadzić z kobietą wywiad w kierunku NTM oraz przedstawić jej możliwości profilaktyki i ewentualnej terapii NTM,
- lekarz ginekolog-położnik powinien przekazywać swoim pacjentkom bezpłatne materiały edukacyjne na temat profilaktyki NTM, np. płyty i broszury Corewellness z ćwiczeniami mięśni dna miednicy.

3. Edukacja na oddziale położniczym

Podczas pobytu na oddziale położniczym, po porodzie kobieta powinna zostać objęta przynajmniej podstawową

edukacją na temat zmniejszenia czynników ryzyka porodowego NTM:

- poprzez możliwość konsultacji ze specjalistą fizjoterapii ginekologiczno-położniczej, który powinien być obecny na każdym takim oddziale,
- poprzez otrzymanie karty zaleceń poporodowych, która w wyraźny sposób zasygnalizuje potrzebę wprowadzenia ćwiczeń poprawiających kondycję mięśni dna miednicy w położu,
- poprzez umieszczenie ulotek i broszur informacyjnych na temat ryzyka i profilaktyki porodowego NTM w każdej sali położniczej.

4. Edukacja podczas poporodowych wizyt patronażowych

Istotnym elementem opieki nad kobietą w położu są wi-

zyty patronażowe położnej środowiskowej. Położne te powinny być przeszkolone w zakresie podstaw profilaktyki NTM i informacje na jej temat powinny przekazywać swoim pacjentkom.

Podsumowanie

Ideałem byłoby, aby w Polsce każda kobieta w położu została poddana obowiązkowemu, bezpłatnemu programowi wczesnej profilaktyki i terapii zaburzeń kontynencji, które pojawiły się po porodzie. Jest to cel, do którego wspólnymi siłami dążyć powinno całe środowisko medyczne.

W kolejnym numerze Kwartalnika przedstawione zostaną zasady fizjoprofilaktyki NTM we wczesnym i późnym okresie położu, których powinny trzymać się wszystkie młode kobiety.

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Magdalena Kowalewska

Klinika Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku to placówka mająca bardzo długą tradycję leczenia nietrzymania moczu w Polsce. Jest jednostką Wydziału Lekarskiego ulokowaną w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku przy ul. Marii Skłodowskiej-Curie 24A. Pracują w niej lekarze - wybitni specjaliści. Silny zespół profesorski tworzą: Kierownik Kliniki - prof. dr hab. med. Piotr Knapp, zastępca Kierownika - prof. dr hab. med. Jacek Szamatowicz, prof. zw. dr hab. med. Marian Szamatowicz, prof. dr hab. med. Maciej Józwik i prof. dr hab. med. Waldemar Kuczyński. Współpracują z nimi docenci, starsi wykładowcy, asystenci akademicki i szpitalni, rezydenci, pielęgniarki położne oraz psycholog kliniczny. *Osobą, o której zawsze pamiętamy, jest niezżyjący już mentor białostockiej uroginekologii prof. dr hab. med. Wiktor Łotocki - mówi prof. Maciej Józwik.*

Klinika działa i rozwija się od ponad 45 lat. Jej współczesne struktury są wynikiem przekształceń I Katedry i Kliniki Położnictwa i Chorób Kobięcych, powołanej w początkach lat 60-tych ubiegłego wieku, która jako jedna z pierwszych



rozpoczęła przeprowadzanie zabiegów chirurgicznych w ówczesnym Państwowym Szpitalu Klinicznym. Szybko stała się ona jedną z największych i najprężniej funkcjonujących jednostek Akademii Medycznej w Białymstoku. Warto też wspomnieć, że specjaliści z Kliniki Ginekologii i Ginekologii Onkologicznej w Białymstoku jako pierwsi w Polsce z pełnym sukcesem praktykowali techniki zapłodnienia pozaustrojowego - *in vitro*. O randze Kliniki przesądziło również silne zaplecze naukowe, na które składały się, bardzo dobrze na owe czasy wyposażone, pracownie.

Jako jednostka pełnoprofilowa Klinika oferuje leczenie chirurgiczne oraz chemioterapeutyczne nowotworów narządów płciowych u kobiet, diagnostykę i leczenie niepłodności oraz

łagodnych schorzeń kobiecych. Ponadto do Kliniki tygodniowo przyjmowanych jest, celem operacji, 5-6 pacjentek ze schorzeniami uroginekologicznymi, czyli rocznie zabiegowemu leczeniu uroginekologicznemu poddawanych jest tu około 250 kobiet. Nieco mniejsza liczba kobiet przechodzi diagnostykę urodynamiczną. *Dwie podstawowe grupy tych pacjentek, to chore z nietrzymaniem moczu oraz z zabu-*

rzeniami statyki narządów płciowych wewnętrznych - podkreśla prof. Jóźwik.

Jako że NTM jest jednostką polietiologiczną, tzn. mającą wiele czynników sprawczych, które najczęściej sumarycznie, a nie pojedynczo powodują gubienie moczu, sytuacji klinicznych warunkujących NTM jest szereg. Stąd ważne jest ustalenie typu nietrzymania moczu u pacjentki. Niemniej, najczęściej występującym u kobiet dorosłych typem NTM jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które zasadniczo jest chorobą ścian cewki i/lub pobliskich mięśni dna miednicy. Często widzimy też jednostkę chorobową zwaną pęcherz nadreaktywny (ang. Overactive bladder, OAB), do którego prowadzą wszystkie stany nadmiernej kurczliwości mięśnia wypieracza pęcherza moczowego.

Leczenie NTM w Klinice rozpoczyna się od przeprowadzenia diagnostyki. Lekarze wykonują nie tylko badania urodynamiczne, ale również przeprowadzają analizę czynników ryzyka, prowadzą dzienniczki mikcyjne, stosują test podpaskowy, wszelkie metody obrazujące dolny odcinek dróg moczowych, w tym USG. *Staramy się stosować następującą strategię postępowania: przed przystąpieniem do operatywy pacjentka ma zawsze co najmniej jedną próbę wdrożenia leczenia zachowawczego. W przypadku OAB jedynymi przyczynkami do leczenia operacyjnego są występowanie uchyłka pochwowego pęcherza lub obniżenie macicy. Natomiast wysiłkowe NTM powinno być w lekkich formach leczone tylko zachowawczo, zaś w cięższych - operacyjnie. Ważne jest, żeby w trakcie badania urodynamicznego ustalić jak bardzo obniżone jest ciśnienie zamknięcia*

cewki. Warto dodać, że wyróżniamy dwa typy patogenetyczne główne wysiłkowego NTM: prawdziwe (ze zmianami anatomicznymi) wysiłkowe nietrzymanie moczu (ang. Genuine stress incontinence) oraz niewydolność zwieracza wewnętrznego cewki moczowej (ang. Intrinsic sphincteric deficiency). Ten drugi typ patogenetyczny jest zawsze cięższy klinicznie mimo, że anatomia pacjentki może być całkiem niezaburzona - podkreśla prof. Jóźwik. Operacje zaś wykonywane w Klinice to przede wszystkim klasyczne dziś operacje uroinekologiczne o typie TVT i TOT.

W Klinice pamiętamy by zawsze odpowiedzieć na pytanie czy dana kobieta ma nietrzymanie moczu typu przezcewkowego czy też pozacewkowego. Pozacewkowy tor gubienia wiąże się z obecnością anomalii rozwojowych lub przetoki. Są to na szczęście bardzo rzadkie przypadki występujące u mniej niż 1% kobiet dorosłych z NTM - dodaje prof. Jóźwik. Zdecydowana większość przypadków odnosi się do kobiet, które nabyły NTM wieloletnio doznając działania różnych czynników sprawczych, takich jak uszkodzenia okołoporodowe, nadwaga i otyłość, hipostrogenizm, przeciążenie fizyczne, nikotynizm, choroby obturacyjne dróg oddechowych czy chroniczne zaparcia. Dlatego oprócz istnienia opcji leczenia operacyjnego w myśleniu o długofalowym zdrowiu uroinekologicznym kobiet ważne są działania profilaktyczne eliminujące te czynniki, a po ich wystąpieniu - eliminacja obecności tych czynników ryzyka. Zatem niemało zależy od postawy, w tym zmiany stylu życia, samych kobiet - pointuje prof. Jóźwik.



ZADZWOŃ DO PSYCHOLOGA!
Infolinia dla seniorów i ich opiekunów



801 044 442
(81) 448 22 11

Od poniedziałku do piątku, w godzinach od 17:00 do 19:00

Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”

Niesamodzielnym potrzebują systemowego wsparcia

Kinga Suwała



K O A L I C J A
 — NA POMOC —
 NIESAMODZIELNYM

Niezdolność do samodzielnego życia, nieumiejętność radzenia sobie z najprostszymi codziennymi czynnościami, niemożność pozostawania bez opieki nawet przez krótki czas - w takim położeniu znajduje się coraz większy odsetek osób w podeszłym wieku, niepełnosprawnych - żyjących wśród nas. Nasi dziadkowie żyją coraz dłużej, częściej jednak u schyłku swojej egzystencji nie są już w stanie samodzielnie funkcjonować. Jeśli człowiek potrzebuje pomocy przy takich czynnościach jak: mycie, ubieranie, położenie się do łóżka czy jedzenie mówimy o niesamodzielnosci.

Szacuje się, że 80% opiekunów to rodzina, która - chociaż oddana sercem - nie zawsze jest dobrze przygotowana do sprawowania właściwej opieki. Na chwilę obecną sytuacja osób niesamodzielnym w Polsce jest dramatyczna. Niedopracowana organizacja: niedookreślone standardy, zawile, często zmienne zasady kwalifikacji osób niesamodzielnym oraz słabo rozwinięta oferta usług opiekuńczych sprawiają, że zapewnienie pełnej pomocy osobie niesamodzielnym wydaje się być zadaniem wręcz niewykonalnym.

Dlatego, grono autorytetów w zakresie opieki długoterminowej powołało do życia Grupę Roboczą ds. przygotowania projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym. Grupę Roboczą zasilają następujący eksperci: Mieczysław Augustyn - senator RP, m.in. założyciel i Przewodniczący Parlamentarnego Zespołu do Spraw Osób Starszych, Członek Rady do Spraw Polityki Senioralnej; dr Zofia Czepulis-Rutkowska z Instytutu Pracy i Spraw Socjalnych, ekspert Międzynarodowego Stowarzyszenia Zabezpieczenia Społecznego; prof. Piotr Błędowski - prof. nadzw. SGH, kierujący Zakładem Gerontologii Społecznej, wiceprezes Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego, przewodniczący programu badawczego POL-SENIOR; Elżbieta Szałkiewicz - prezes Polskiego Stowarzyszenia Opiekunów „Z Nami Łatwiej”, przez ostatnie kilkanaście lat konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych oraz Henryk Michałowicz - prawnik z dużym doświadczeniem we współpracy z instytucjami rynku pracy oraz organami publicznymi.

Prace nad ustawą bardzo różniły się od tego, do czego jesteśmy przyzwyczajeni w normalnym trybie procedowania, były prowadzone w ścisłej łączności ze wszystkimi stronami, zainteresowani mieli możliwość zgłoszenia swoich uwag podczas regionalnych konferencji bądź za pośrednictwem strony internetowej - mówi senator Mieczysław Augustyn. To wszystko pozwoliło na skonstruowanie rzetelnego i kompleksowego dokumentu.

Ustawa miałaby być realizowana etapami, finalny etap obejmuje wprowadzenie powszechnego ubezpieczenia opiekuńczego o finansowaniu budżetowo-ubezpieczeniowym, nie później niż w 2025 roku. Opracowane przepisy opierają się na czterech głównych filarach. Zakładają wzmocnienie autonomii i samodzielności osób niesamodzielnym, prymat opieki domowej nad formami opieki instytucjonalnej, wprowadzenie czeku opiekuńczego oraz wzrost zatrudnienia w grupie osób powyżej 50. roku życia.

Nowe przepisy dadzą większą swobodę rodzinom, które znajdują się w centrum całego procesu opieki. To rodzina będzie jej organizatorem, będzie dysponowała czelem opiekuńczym, wybierała usługi i usługodawców. Takich rozwiązań jeszcze w Polsce nie było - mówi senator Mieczysław Augustyn.

Działania Grupy Roboczej ds. przygotowania projektu ustawy o pomocy osobom niesamodzielnym wspiera Koalicja „Na pomoc niesamodzielnym”. Organizacja zrzesza blisko pięciuset członków. Wśród nich są m.in.: Marek Tylka - Przewodniczący Regionalnej Sekcji Pracowników Pomocy Społecznej, NSZZ Solidarność, Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, stacje opieki, domy dziennego pobytu z całej Polski, dyrektorowie wielu Domów Pomocy Społecznej czy Centrów Pomocy Rodzinie. Celem Koalicji jest uświadomienie władzom oraz opinii publicznej konieczności budowy nowego systemu pomocy osobom niesamodzielnym. Koalicja realizuje swoje postulaty poprzez nieustanne informowanie decydentów i mediów o położeniu osób niesamodzielnym, organizowanie konferencji poruszających tę tematykę, a także poprzez wdrażanie rozwiązań z zakresu pomocy i finansowania świadczeń opiekuńczych. Każdy, kto chce wesprzeć starania Koalicji może - wypełniając krótki formularz na stronie www.niesamodzielnym.pl - dołączyć do koalicjantów.

Chcesz otrzymywać wszystkie numery **Kwartalnika NTM**? Zamów roczną prenumeratę (4 kolejne numery)

KWARTALNIK



STUDIO PR

ul. Erazma 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

Polecenie przelewu / wpłaty gotówkowa

nazwa odbiorcy	STUDIO PR	
nazwa odbiorcy cd.	UL. ERAZMA CIOŁKA 13, 01-445 WARSZAWA	
i.k.	nr rachunku odbiorcy	
20	114020170000490204513842	
W P P L N		38,00
nr rachunku zleceniodawcy (przelew) / kwota słownie (wpłata)		
nazwa zleceniodawcy		
nazwa zleceniodawcy cd.		
tytułem	Krajowa prenumerata roczna „Kwartalnika NTM“	
tytułem cd.		
pieczęć, data i podpis(y) zleceniodawcy		
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.
Barbara Bień**

Kierownik Kliniki Geriatrii Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSW w Białymstoku



**Prof. dr hab. n. med.
Tomasz Rechberger**

Kierownik II Katedry i Kliniki Ginekologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



**Prof. dr hab. n. med.
Zbigniew Wolski**

Kierownik Katedry i Kliniki Urologii Ogólnej, Onkologicznej i Dziecięcej Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy



KONSULTANT MEDYCZNY

**dr n. med.
Mariusz Blewniewski**

Klinika Urologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi

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 **1%**

Numer KRS: 0000276415

Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti”

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

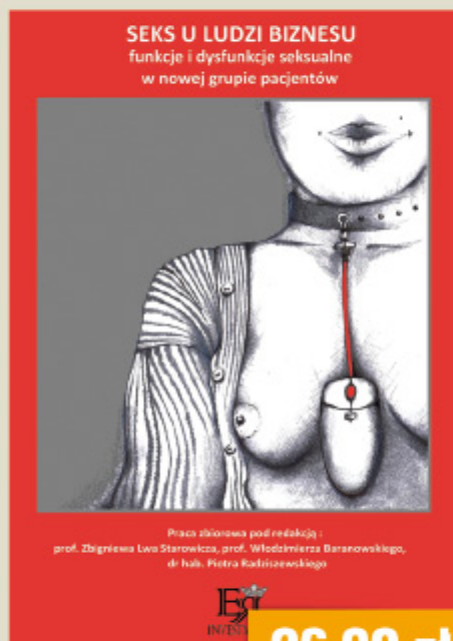
Więcej informacji o tym jak przekazać 1% na www.uroconti.pl

Chcesz wiedzieć więcej?

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



23,00 zł



26,00 zł



19,90 zł

Szczegóły na stronie
www.ntm.pl

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

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