

WPŁYW NTM NA KOSZTY SPOŁECZNO- EKONOMICZNE W POLSCE



UroConti
Stowarzyszenie Osób z NTM



Program Prospołeczny
„NTM - Normalnie Życ”

Czerwiec 2012

WSTĘP	2
NIETRZYMANIE MOCZU (NTM) – ZARYS PROBLEMU	4
I. EPIDEMIOLOGIA	4
II. RODZAJE NTM	8
III. LECZENIE NTM	9
1. Metody leczenia	9
2. Dostęp do leczenia	13
3. Zakres wiedzy personelu medycznego o problemie NTM	15
IV. ŚRODKI ABSORPCYJNE DLA OSÓB Z NTM	18
SPOŁECZNE KONSEKWENCJE NTM	20
I. EMOCJONALNE I PSYCHICZNE KONSEKWENCJE NTM.....	20
II. JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z NTM.....	22
1. Badania prof. Marioli Bidzan.....	24
2. Badania prof. Sławomira Dutkiewicza.....	27
3. Badania prof. David’a Iriwina	30
EKONOMICZNE ASPEKTY NTM.....	33
I. KOSZTY BEZPOŚREDNIE	33
1. Badania diagnostyczne.....	33
2. Refundacja leków	34
3. Zabiegi operacyjne	36
4. Koszty wizyt u specjalistów (urolog, ginekolog).....	40
5. Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ.....	41
6. Refundacja środków absorpcyjnych przez PFRON	44
7. Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez domy pomocy społecznej (DPS).....	44
8. Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych	45
II. KOSZTY POŚREDNIE.....	48
1. Hospitalizacja i leczenie powikłań NTM	48
2. Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM.....	55
3. Koszty absencji w pracy osób z NTM	57
4. Koszty ponoszone przez opiekunów nieformalnych	58
5. Koszty profilaktyki NTM	60
NTM WSRÓD CZŁONKÓW UROCONTI – BADANIE	62
WNIOSKI I REKOMENDACJE	72

WSTĘP

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organisation - WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (International Continence Society – ICS) nietrzymanie moczu (NTM) to niezależny od woli wyciek moczu.

Szacuje się, że około 50% kobiet, w jakimś okresie swojego życia, cierpi na nietrzymanie moczu. Wśród mężczyzn zachorowalność kształtuje się na poziomie 5% i w większości przypadków związana jest z chorobami gruczołu krokowego. Statystyki wskazują jednoznacznie, że NTM stanowi poważny problem zdrowotny, społeczny oraz ekonomiczny.

Prezentowany raport ma na celu kompleksową analizę wydatków wynikających z występowania nietrzymania moczu wśród Polaków. Uwzględnia on nie tylko koszty bezpośrednie związane z badaniami diagnostycznymi, refundacją leków i zabiegów operacyjnych, wizytami u specjalistów czy zakupem środków absorpcyjnej, ale także koszty pośrednie wynikające z konieczności leczenia powikłań i zaburzeń psychicznych, absencji w pracy oraz opieki nieformalnej.

We wstępie poniższego opracowania, po krótko zarysowano zagadnienia związane z profilaktyką, diagnostyką, leczeniem oraz zaniechaniem terapii tego - powszechnie uważanego za wstydlive – schorzenia.

Raport został podzielony na trzy części. Pierwsza dotyczy społecznych konsekwencji NTM. Uwzględnia emocjonalne i psychiczne aspekty nietrzymania moczu, a także wpływ NTM na szeroko pojętą jakość życia chorych oraz ich rodzin.

W drugiej części raportu zostaną zaprezentowane aktualne dane dotyczące kosztów ponoszonych przez chorych i służbę zdrowia z tytułu występowania nietrzymania moczu oraz szacunkowe koszty pośrednie, które odczuwa całe społeczeństwo. Opracowanie powstało głównie na podstawie danych NFZ, PFRON, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych oraz informacji uzyskanych od osób cierpiących na nietrzymanie moczu.

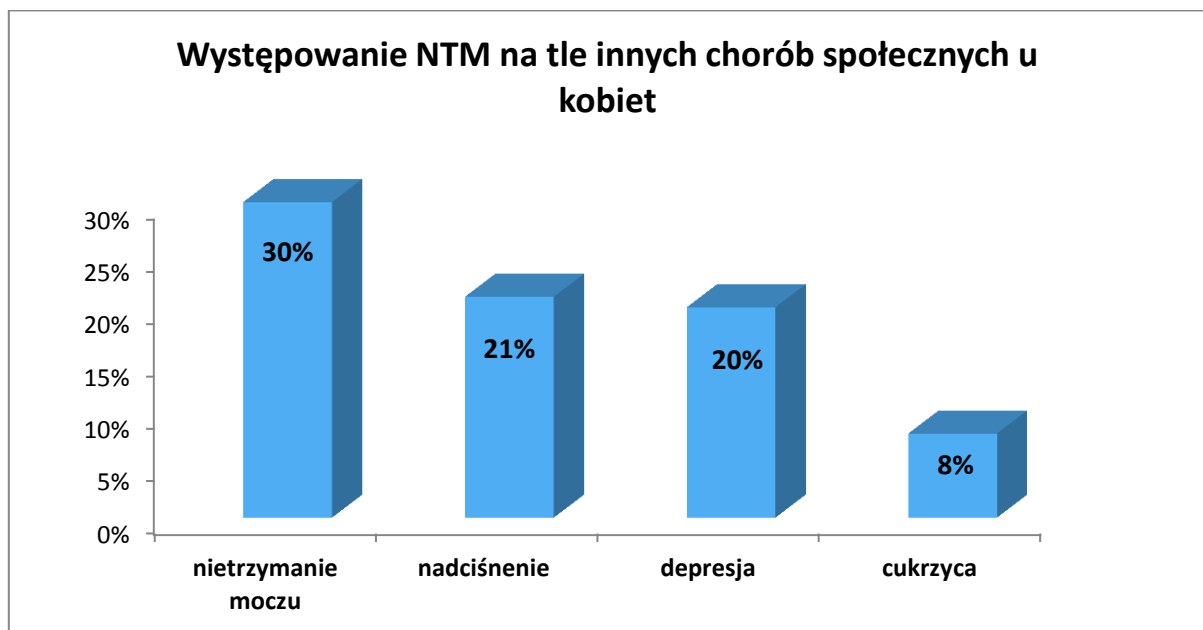
Trzecia część raportu zawiera wyniki badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród członków Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti”. Sondaż miał na celu dostarczenie informacji odnośnie jakości życia chorych, dostępności diagnostyki i terapii NTM oraz kosztów leczenia i zaopatrzenia w środki absorpcyjne. Badanie zostało zrealizowane na próbie losowej 200 osób zrzeszonych w Stowarzyszeniu UroConti.

NIETRZYMANIE MOCZU (NTM) – ZARYS PROBLEMU

I. EPIDEMIOLOGIA

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroba, na którą cierpi minimum 5 procent społeczeństwa, ma status **choroby społecznej**. W oparciu o dostępne statystyki dotyczące zachorowalności kobiet na nietrzymanie moczu oraz powyższą definicję WHO, NTM można skategoryzować jako chorobę społeczną.

Poniżej prezentujemy kilka dolegliwości, które charakteryzują się najwyższą zachorowalnością wśród kobiet.

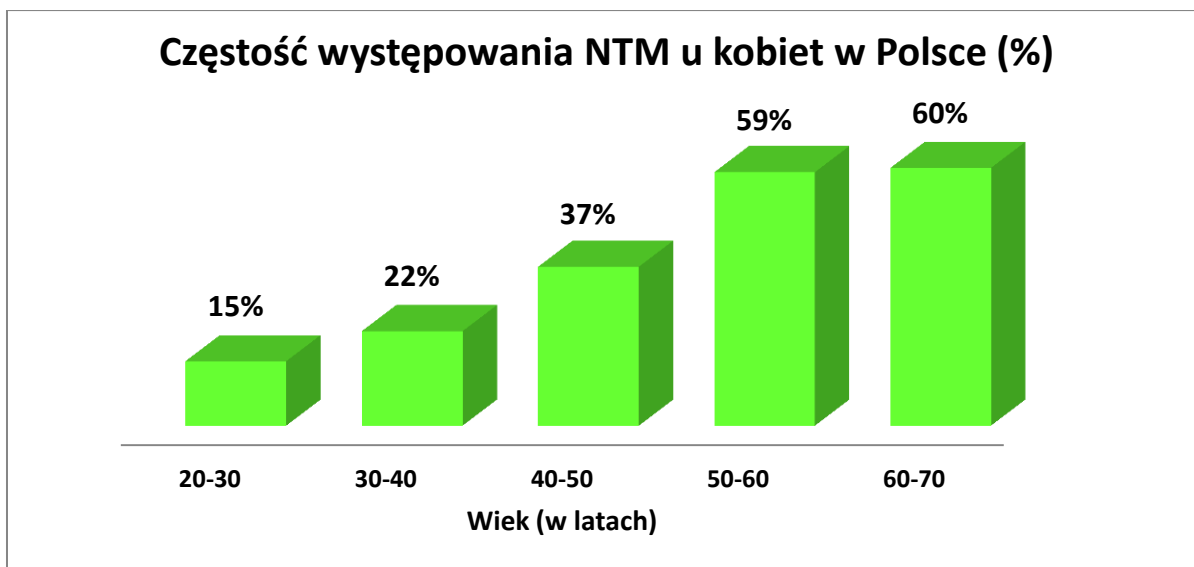


Źródło: Raport International Continence Society przedstawiony podczas XXXIII Zjazdu ICS (5 - 7.10.2003, Florencja).

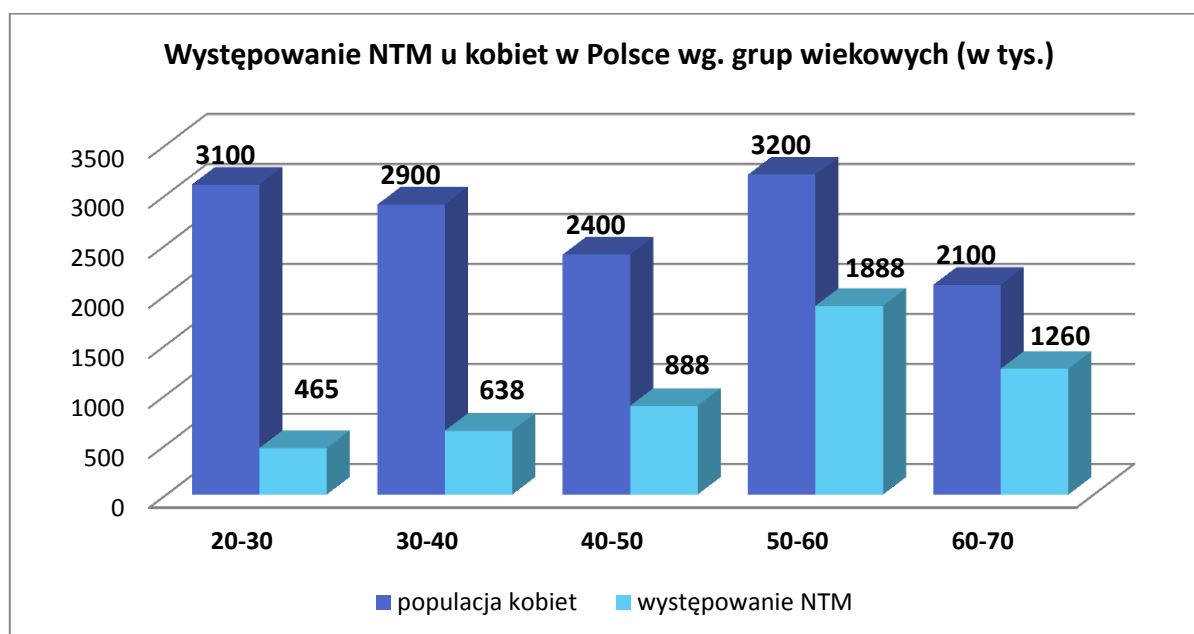
Nietrzymanie moczu jest coraz poważniejszym i niepokojącym problemem dotykającym Polaków w różnym wieku. Schorzenie to ze względu na swoje objawy, wciąż jest uważane za wstydlive, dlatego aż 2/3 pacjentów zataja jego występowanie przed swoim lekarzem.¹ Konsekwencją są wciąż nieprecyzyjne dane dotyczące skali występowania tego problemu w społeczeństwie.

¹ D. Kurpas, M. Bujanowska-Fedak, A. Steciwko, *Epidemiologia i etiopatogeneza nietrzymania moczu*, w: A. Steciwko (red.), *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, Wrocław 2002, s. 21-26

W Polsce aktualnie brak jest kompleksowych danych epidemiologicznych związanych z występowaniem nietrzymania moczu. Dolegliwość ta najczęściej dotyka kobiety, a jej występowanie w tej grupie określa się w granicach 15 - 60% w zależności od rodzaju badania i metody analizy.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Starczewski A., Brodowska A., Brodowski J., *Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów miednicy u kobiet*, Pol. Merk. Lek. 2008, Nr 145.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Starczewski A., Brodowska A., Brodowski J., *Epidemiologia i leczenie nietrzymania moczu oraz obniżenia narządów miednicy u kobiet* i Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2011.

Poniżej zaprezentowano wybrane badania dotyczące epidemiologii nietrzymania moczu.

Przegląd wybranych badań epidemiologicznych dotyczących nietrzymania moczu	
Źródło	Dane
Radziszewski P., Dobroński P., <i>Lekarz Radzi-Nietrzymanie Mocz</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, str. 17-22	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nietrzymanie moczu dotyczy ok.2-3 mln kobiet w Polsce; ▪ Ok. 50% kobiet w jakimś okresie swojego życia miało do czynienia z NTM; ▪ Po 65 roku życia prawdopodobieństwo występowania NTM zwiększa się o 15%; ▪ Ponad 50% przypadków wysiłkowego nietrzymania moczu obserwuje się u kobiet; ▪ 34% kobiet w Polsce dotyka NTM związane z porodem;
Radziszewski P., Dobroński P., <i>Lekarz Radzi-Nietrzymanie Mocz</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, str. 22 [wg J.S Hannestad: J.Clin. Epideniol., 2000]	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 25% kobiet cierpi na nietrzymanie moczu niezależnie od wieku;
Steciwo A., Kurpas D., Mastalerz-Migas A., Bujnowska-Fedak M., <i>Najczęstsze podziały, klasyfikacje i epidemiologia nietrzymania moczu</i> , Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wydawnictwo Continuo, 2002, str. 14-17	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problem nietrzymania moczu dotyczy 3-4,5 mln osób (9-12% społeczeństwa); ▪ 30% populacji po 40 r.ż. cierpi na NTM, a liczba ta wzrasta do 35% po 60 r.ż.;
Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M., <i>Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003, str.16 [wg Minarie P., Jacquetin B., La prevalence de l'incontinence urinaire feminine en medecine generale, <i>J Gynecol Obstet Biol Repord</i> , 1992 nr 21 str. 731-38)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nietrzymanie moczu występuje u 21% kobiet niezależnie od wieku; ▪ U kobiet powyżej 18 roku życia NTM dotyczy 37%;
Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M., <i>Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003, str.16 [wg Milsom I, Ekelund P, Molander U, Arvidsson L. Areskoug B, <i>The influence of age parity, oral contraception, hysterectomy and menopause on prevalence of urinary incontinence in Women</i> , J Urol, 1999 : 143	<ul style="list-style-type: none"> ▪ NTM wzrasta wraz z wiekiem; ▪ Dotyczy od 12,1% - 24,6% kobiet w wieku 48-86 lat;

str. 1459-62]	
Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M., <i>Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003, str.16 [wg Resnic, MN, Beckett L.A., Branch L.G., Scherr P.A., Wetle T., <i>Short-term variability of self report of incontinence in order person</i> , J Am Geriatrics Society, 1994 : 42, str. 202-207]	<ul style="list-style-type: none"> Występowanie nietrzymania moczu u starszych kobiet wynosi 40-49%;
Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M., <i>Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet</i> , Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2003, str.16 [wg Wolin L.H., <i>Stress incontinence In Young healthy nulliparous female subjects</i> , J urol 1969: 101 str.545-49]	<ul style="list-style-type: none"> U wysportowanych i młodych kobiet NTM dotyczy niecałe 50%;
Minassin V.A., Drutz H.P., Al.-Badr A., <i>Urinary incontinence as worldwide problem</i> , International journal of Gynecology obstetrectis 2003: 82, str. 327-38	<ul style="list-style-type: none"> Wzrost częstości występowania NTM w 5 dekadzie życia o 33% i w 8. o 34%;
Górecki R., <i>Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju</i> , Przegląd Urologiczny 2006/7/2 (36)	<ul style="list-style-type: none"> W Polsce liczbę chorych na NTM szacuje się na około 4 milionów osób; Częstość występowania NTM ocenia się na 10-15% w zależności od populacji, ze znaczącą przewagą kobiet. NTM występuje w różnych okresach życia i w różnym nasileniu u około 30% kobiet i jest częstsze niż nadciśnienie tętnicze (21%).

Źródło: opracowanie własne.

Problem nietrzymania moczu może dotyczyć nawet 3 - 4 mln osób w Polsce, około 10% populacji. Jednakże niektórzy specjaliści sugerują, że odsetek chorych może być znacznie wyższy, niż wskazywany w publikowanych badaniach, z racji intymnego charakteru tego schorzenia i trudności w zebraniu rzetelnych danych.

Należy pamiętać także, że prognozy demograficzne nie są optymistyczne dla Polski. Główny Urząd Statystyczny (GUS) szacuje, że w 2030 roku liczba Polaków obniży się do około 36 700 000, w tym osoby powyżej 65 roku życia będą stanowić ponad 22% populacji.

Oznacza to, że odsetek ludzi starszych wzrośnie niemal dwukrotnie. Biorąc pod uwagę fakt, że procent chorych na NTM wzrasta wraz z wiekiem, można założyć, że liczba chorych podwoi się.

Jednak, aby w pełni zobrazować sytuację, należy dodać, że zgodnie z danymi epidemiologicznymi 60% chorych na NTM to osoby z lekkim nietrzymaniem moczu. Zdaniem prof. Piotra Radziszewskiego w większości przypadków są to pacjenci dobrze rokujący. Jedynie 40% chorych to osoby trwale cierpiące na NTM (w stopniu średnim bądź ciężkim).²

II. RODZAJE NTM

Według Komitetu Standaryzacji Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS) wyróżniamy **trzy główne rodzaje NTM**: wysiłkowe, nagłace oraz mieszane.³

Wysiłkowe nietrzymanie moczu występuje najczęściej spośród wymienionych rodzajów NTM. Szacuje się, że na tę postać NTM cierpi około 40% wszystkich osób z nietrzymaniem moczu. Zdecydowana większość osób cierpiących na wysiłkowe NTM to kobiety. Wiąże się to przede wszystkim z charakterystycznymi dla tej grupy czynnikami ryzyka, takimi jak zmiany hormonalne w okresie menopauzy czy poród. Dodatkowo, objawy mogą nasilać się w wyniku stosowania niektórych leków, palenia tytoniu, spożywania dużych ilości kofeiny; chorobie sprzyja również otyłość. O wysiłkowym nietrzymaniu moczu mówimy wtedy, gdy do wycieku moczu dochodzi podczas kaszlu, kichania, czy podczas innego wysiłku fizycznego.⁴

Nagłace nietrzymanie moczu dotyka 1/3 wszystkich chorych, jest to jeden z objawów pęcherza nadreaktywnego. Przyczyną występowania tego rodzaju inkontynencji mogą być m.in. operacje miednicy mniejszej, przerost gruczołu krokowego oraz choroby neurologiczne.

² P. Radziszewski, *Opinia dot. kategoryzacji produktów dla osób z nietrzymaniem moczu (14.10.2010)*

³ R. Villet, D. Salet-Lizee, M. Zafiropulo, *Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet*, Warszawa 2003, s.16

⁴ National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), *Urinary Incontinence The Management of Urinary Incontinence in Women*, NICE Clinical Guidelines 2006, Nr 40

Nagłace NTM jest konsekwencją niemożliwego do opanowania skurczu pęcherza, cechuje się uczuciem nagłej niepohamowanej potrzeby oddania moczu.⁵

O **mieszanym nietrzymaniem moczu** mówimy wtedy, gdy objawy typowe dla wysiłkowego nietrzymania moczu występują wspólnie z nagłym nietrzymaniem moczu. Ten rodzaj NTM występuje u 29% wszystkich chorych.⁶

Inne rodzaje NTM dotyczą znikomego odsetka populacji, wyróżniamy: moczenie nocne, ciągle nietrzymanie moczu oraz pozacewkowe NTM (wyciek następuje przez inne otwory, niż ujście cewki). Niektóre typy nietrzymania moczu mogą mieć charakter sytuacyjny związany z poszczególnymi zachowaniami pacjenta.⁷

III. LECZENIE NTM

1. Metody leczenia

Nietrzymanie moczu można leczyć zachowawczo (farmakologicznie i nefarmakologicznie) lub chirurgicznie. W terapii wysiłkowego nietrzymania moczu oraz u pacjentów z mieszanym NTM stosuje się obie te metody. W przypadku nadreaktywności pęcherza wdraża się farmakoterapię.

Leczenie zachowawcze nefarmakologiczne stosowane jest jako podstawowa forma terapii w przypadku osób z lekkim NTM, a także w ramach profilaktyki u osób z grup ryzyka. W ramach leczenia zachowawczego zaleca się zmianę trybu życia oraz wzmocnienie mięśni dna miednicy.⁸ Jedną z metod wzmocniania mięśni jest **fizykoterapia**. Tym mianem określa się: ćwiczenia mięśni dna miednicy, elektrostymulację mięśni dna miednicy, biofeedback, stymulację magnetyczną oraz trening pęcherza.

⁵ <http://nefrologia.mp.pl/choroby/chorobyudoroslych/show.html?id=57804>, 28.03.2012

⁶ P. Radziszewski, B. Dybowski, A. Borkowski, *Klasyfikacja i rodzaje nietrzymania moczu*, w: A. Steciwko, *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, Wrocław 2006, s.12-20

⁷ P. Radziszewski, B. Dybowski, A. Borkowski, *Klasyfikacja i rodzaje nietrzymania moczu*, w: A. Steciwko, *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, Wrocław 2006, s.12-20

⁸ R. Górecki, *Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju*, Przegląd Urologiczny 2006/7/2 (36)

Ćwiczenia mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla) mogą być stosowane przez kobiety w każdym wieku jako forma profilaktyki. Mięśnie dna miednicy wspomagają działanie odbytu, pochwy i cewki moczowej. Kiedy mięśnie są osłabione, działanie ich staje się mniej efektywne. Wynikiem tego może być mimowolne wyciekanie moczu z pęcherza w czasie wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej (kaszel, śmiech, bieg czy ćwiczenia fizyczne).

Elektrostymulacja polega na stymulacji mięśni dna miednicy za pomocą wiązki prądu elektrycznego (metoda ta polecana jest pacjentom, którzy nie są w stanie samodzielnie efektywnie wykonywać ćwiczeń mięśni dna miednicy). Ma ona również zastosowanie w leczeniu przypadków naglącego nietrzymania moczu i zespołów bólowych.⁹

Stymulacja magnetyczna jest stosunkowo nowym sposobem leczenia. Proces leczenia trwa 6 tygodni i polega na indukowaniu pola elektrycznego mięśni dna miednicy.¹⁰

Biofeedback jest nauką świadomego kurczenia i relaksacji mięśni dna miednicy, która działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Polega na kontrolowanym, zarówno przez lekarza, jak i pacjenta ćwiczeniu skurczów dna miednicy. Biofeedback wymaga specjalnej aparatury rejestrującej i umożliwiającej odbiór wzrokowy lub słuchowy rejestrowanych zmian, co pozwala regulować i kontrolować pracę mięśni. Połączenie tych wszystkich elementów sprawia, że jest to jedna z najefektywniejszych metod leczenia.¹¹

Trening pęcherza to świadome odraczenie momentu oddawania moczu, połączone z notowaniem występowania parć nagłych i mikcji w specjalnym dzienniczku. Istotne jest także kontrolowanie ilości i częstości przyjmowanych płynów.

Żadna z metod fizykoterapii nie jest obecnie finansowana przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Do zachowawczych metod leczenia nietrzymania moczu należy również **farmakoterapia**. Ze względu na duże zainteresowanie pacjentów tą formą terapii - wynikające z komfortu jej

⁹ M. Ferreira, P. Santos, *Pelvic floor muscle training programmes: a systematic review*, Acta Med Port. 2011 Mar-Apr; 24(2): 309-18

¹⁰ *Ibidem.*

¹¹ *Ibidem.*

stosowania - wciąż trwają poszukiwania nowych preparatów, które mogłyby mieć zastosowanie w leczeniu NTM.¹²

W Polsce w leczeniu wysiłkowego nietrzymania moczu stosuje się:

Leki alfaadrenomimetyczne (efedryna, pseudoefedryna, midodryna, fenylopropanolamina). Charakteryzują się one stosunkowo niską skutecznością, a jednocześnie powodują szereg działań niepożądanych.

Duloksetyna (Yentreve) – preparat działa tylko w okresie jego przyjmowania i nie powoduje całkowitego wyleczenia, a jedynie złagodzenie dolegliwości. Powoduje ponadto liczne działania niepożądane. Do nabycia jedynie w innych krajach Unii Europejskiej.

U chorych cierpiących na zespół pęcherza nadreaktywnego (OAB – overactive bladder) od kilkudziesięciu lat, z dużym powodzeniem, wykorzystuje się leki antycholinergiczne. Na polskim rynku dostępne są następujące preparaty: **Oksybutynina** (Driptane i Ditropan), **Tolterodyna** (Detrusitol oraz Uroflow) i jej pochodna **Fesoterodyna** występująca pod nazwą handlową **Toviaz**, **Darifenacyna** (Emselex) oraz **Solifenacyna** (Vesicare).¹³ W Polsce dostępne są również inne leki wspierające leczenie nadreaktywności pęcherza moczowego. Zaliczamy do nich: trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne, leki o aktywności adrenergicznej, leki wpływające na ośrodkowy układ nerwowy. Można zastosować także podawane dopochwowo preparaty estrogenowe oraz do pęcherzowe leki znieczulające.^{14; 15}

Chorym z pierwotnym izolowanym moczeniem nocnym, moczówką prostą ośrodkową i nokturią dorosłych związaną z wielomoczem nocnym podaje się **Desmopresynę** (Minirin). Preparat ten stosuje się również w leczeniu pierwotnego izolowanego moczenia nocnego u dzieci.

Refundacją NFZ objęte są tylko dwa preparaty stosowane w leczeniu OAB: Uroflow (od 01.01.2011 r.) i Vesicare (od 16.11.2011 r.).

¹² T. Rechberger, K. Futyma, A. Bartuzi A, *Współczesne poglądy na temat leczenia nietrzymania moczu u kobiet, Rola farmakoterapii*, w: T. Rechberger (red.) *Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*, Poznań 2009, s. 199

¹³ R. Villet, D. Salet-Lizee, M. Zafiropulo, *Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet*, Warszawa 2003, s. 99-104

¹⁴ W. Baranowski, A. Rogowski, *Leki antycholinergiczne nie dla wszystkich takie same*, Kwartalnik NTM nr 2 (33) 2010, s. 10

¹⁵ P. Radziszewski, P. Dobroński, *Lekarz Radzi Nietrzymanie Mocz*, Warszawa 2008, s. 87

NFZ refunduje również lek Minirin (od 16.12.2009 r.) w leczeniu moczówki prostej przysadkowej.

Leczenie operacyjne stosowane jest u osób z wysiłkowym NTM, w sytuacji, gdy leczenie zachowawcze okazało się nieefektywne. Jest to jedna z najskuteczniejszych form terapii, wyleczenie następuje u 80-95% pacjentów. Metoda ta dedykowana jest kobietom z nasilonym NTM, a także mężczyznom, u których w ramach wykonywanych zabiegów chirurgicznych doszło do uszkodzeń cewki moczowej. U kobiet stosuje się **zabiegi operacyjne z użyciem taśm TVT, TVT Secur oraz TOT, Miniarce, IVS, T-Sling, operacje Burcha**, czyli załonowe podwieszenie szyi pęcherza moczowego oraz **klasyczny sling**. Zabiegi operacyjne z użyciem taśm są małoinwazyjne i charakteryzują się niewielką liczbą powikłań - prawie wszystkie osoby poddające się operacji wracają do zdrowia. Rzadziej wykonuje się **pozapochwową operację Burcha** oraz **laparoskopową kolposuspensję**.

Wstrzyknięcia i implanty okołocewkowe uszczelniające szyję pęcherza i cewkę bliższą, stosowane są u kobiet i mężczyzn, którzy nie mogą być poddani bardziej agresywnemu leczeniu zabiegowemu lub w celu dalszej poprawy po uprzednim zabiegu, który nie dał wyleczenia, a jedynie poprawę.

Sztuczny zwieracz stosowany u mężczyzn – jest to metoda bardzo skuteczna, lecz kosztowna (cena świadczenia to ponad 20 000 PLN). Jego zasada działania opiera się na hydraulicznie wypełnianym mankiecie, założonym dookoła cewki moczowej lub szyi pęcherza. Sztuczny zwieracz odzwierciedla naturalny mechanizm zwieraczowy, jednak ze względu na jego skomplikowaną budowę istnieje ryzyko występowania częstych powikłań.¹⁶

Zabiegi operacyjne są w 100% refundowane w ramach NFZ. Rocznie przeprowadza się w Polsce ponad 5 tys. takich operacji, głównie z użyciem taśm

Polscy lekarze zauważają silną potrzebę zwiększenia świadomości problemu NTM wśród personelu medycznego oraz samych pacjentów.¹⁷ Wzrastają również wymagania wobec ośrodków zajmujących się leczeniem nietrzymania moczu. Tworzone są specjalistyczne zespoły urologiczne i/lub ginekologiczne, które działają niekiedy we współpracy z innymi

¹⁶ P. Radziszewski, P. Dobroński, *Lekarz Radzi Nietrzymanie Mocz*, Warszawa 2008, s. 60-74

¹⁷ P. Radziszewski, *Dostępność badań urodynamicznych w Polsce*, Kwartalnik NTM nr 3 (30) 2009, s. 16

specjalistami, takimi jak rehabilitanci, fizykoterapeuci, czy neurologi poszerzając wiedzę na temat NTM. Zauważa się wzrost zainteresowania społeczeństwa i środków przekazu problemem nietrzymania moczu. Aby trend ten utrzymywał się niezbędne jest wprowadzenie odpowiedniej procedury diagnostyczno-terapeutycznej przez interdyscyplinarny zespół specjalistów.¹⁸

2. Dostęp do leczenia

Obecnie, zgodnie z danymi Programu Prospołecznego „NTM – Normalnie Życ”, zabiegi operacyjne dla osób z NTM można wykonać w 248 placówkach na terenie całego kraju. Tak duża liczba placówek specjalizujących się w wykonywaniu zabiegów tego typu, ma ścisły związek z finansowaniem poszczególnych form leczenia NTM przez NFZ. Leczenie operacyjne, w odróżnieniu od farmakoterapii czy niestandardowych form leczenia, jest w pełni finansowane z budżetu NFZ, stąd tak duże zainteresowanie pacjentów. Rozmieszczenie poszczególnych placówek specjalizujących się w operacyjnym leczeniu NTM przedstawia wykres poniżej.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z www.ntm.pl.

¹⁸ P. M. Knapp Jr, *Decydująca rola lekarza pierwszego kontaktu w leczeniu nietrzymania moczu*, Medycyna po dyplomie, 1999, 8(5) s.63-75

W Polsce nadal działa niedostateczna liczba pracowni badań urodynamicznych. Na koniec 2011 roku było 101 pracowni oferujących diagnostykę tego typu. „Teoretycznie, każdy oddział urologiczny i każdy oddział ginekologiczny (leczący nietrzymanie moczu) powinny posiadać pracownię urodynamiczną. Ponadto, pracownia urodynamiczna powinna znajdować się w ośrodkach rehabilitacyjnych po urazach kręgosłupa oraz w niektórych ośrodkach neurologicznych. Niestety, znaczna część placówek w Polsce nie posiada jeszcze pracowni badań urodynamicznych.”¹⁹

Liczba pracowni badań urodynamicznych w poszczególnych województwach				
Województwo	2009	2012	Tendencja	Zmiana
Dolnośląskie	3	5	↑	+2
kujawsko – pomorskie	7	9	↑	+2
Lubelskie	6	9	↑	+3
Lubuskie	2	2	-	-
Łódzkie	5	8	↑	+3
Małopolskie	4	6	↑	+2
Mazowieckie	12	19	↑	+7
Opolskie	3	4	↑	+1
Podkarpackie	3	3	-	-
Podlaskie	5	6	↑	+1
Pomorskie	5	5	-	-
Śląskie	10	8	↓	-2
Świętokrzyskie	2	3	↑	+1
warmińsko-mazurskie	5	5	-	-
Wielkopolskie	6	6	-	-
Zachodniopomorskie	3	3	-	-
Razem	81	101	↑	+20

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych publikowanych w Kwartalniku NTM oraz stronie www.ntm.pl.

¹⁹ Fragment listu otwartego profesorów do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza (z 09.02.2012), sygnowanego przez: prof. Włodzimierza Baranowskiego, prof. Andrzeja Borkowskiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Tomasza Rechbergera, prof. Krzysztofa Czajkowskiego, prof. Romualda Dębskiego, prof. Ewę Nowak-Markwitz, prof. Tomasza Paszkowskiego, prof. Andrzeja Steciwko i prof. Andrzeja Witka.

3. Zakres wiedzy personelu medycznego o problemie NTM

Problem nietrzymania moczu wciąż jest tematem tabu ze względu na intymny charakter. Pacjenci często odczuwają opór przed omówieniem swojego problemu ze specjalistą. Jak wynika z badań, lekarze również z rzadka poruszają ten temat podczas wizyty.

Pierwszą osobą, która powinna zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM jest lekarz POZ. Aż w 80-85% przypadków poprawnie przeprowadzona podstawowa diagnostyka pozwala na ustalenie przyczyn nietrzymania moczu, a co za tym idzie szybsze wyleczenie.²⁰

Diane Newman z Uniwersytetu Pensylwanii (USA), zbadała stan wiedzy lekarzy pierwszego kontaktu i ich zrozumienia kwestii związanych z nietrzymaniem moczu. W internetowym badaniu wzięło udział 551 lekarzy pierwszego kontaktu z Francji, Polski i Wielkiej Brytanii. Respondenci musieli posiadać aktywną praktykę kliniczną, trwającą minimum 3 lata i nie dłużej niż 35 lat, oraz w ciągu ostatnich 3 miesięcy przyjąć minimum 5 pacjentów w wieku powyżej 65 roku życia.

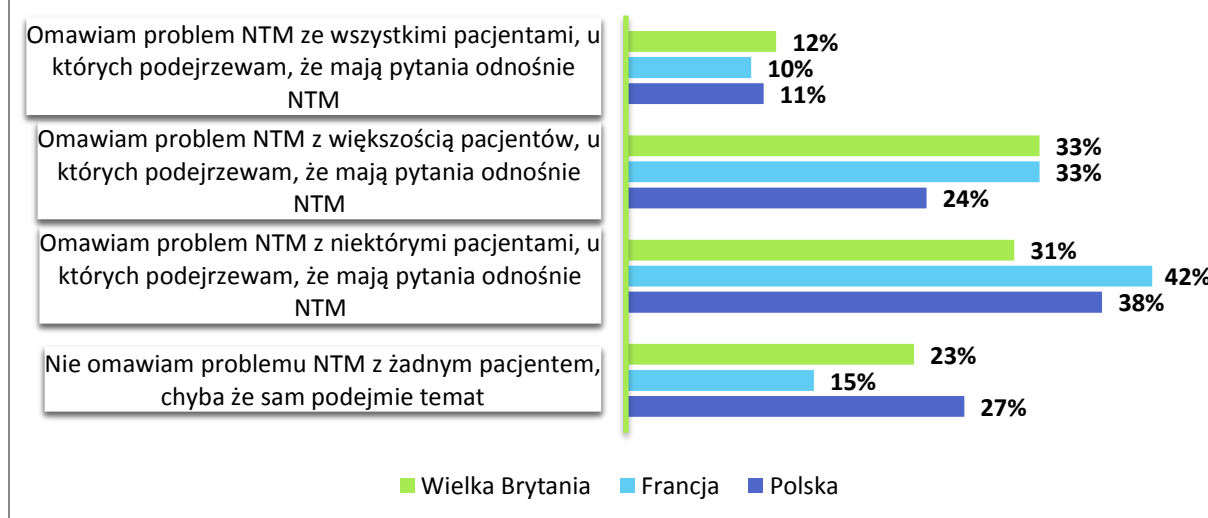
Z wyników analizy prezentowanej podczas III Global Forum on Incontinence w Pradze (2010) wynika, że lekarze POZ z Polski wciąż nie postrzegają problemu nietrzymania moczu jako istotnego w opiece zdrowotnej, mimo że posiadają wystarczającą wiedzę na ten temat. Według przedstawionego raportu jedynie 10% wśród badanych lekarzy przyznaje, że przeprowadza wywiad ze wszystkimi osobami szczególnie narażonymi na występowanie NTM. Prawie 1/3 lekarzy POZ w ogóle nie podejmuje z pacjentami tego tematu.²¹ Tymczasem niemal 40% kobiet cierpiących na NTM decyduje się na konsultację z lekarzem dopiero po upływie 5 lat od zachorowania.²²

²⁰ A. Steciwko, D. Kurpas, A. Mastalerz-Migas, M. Bujnowska-Fedak, *Najczęstsze podziały, klasyfikacje i epidemiologia nietrzymania moczu*, Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wrocław 2002, s. 38-39

²¹ D. K. Newman, *Results of a General Practitioner (GP) Survey on Urinary Incontinence*, III Global Forum on Incontinence, Praga 2010 r

²² P. Miotła, J. Tomaszewski, *Zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet*, w: T Rechberger (red.), *Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*, Poznań 2009, s. 151

Podejście lekarzy POZ do omawiania problemu NTM z pacjentami



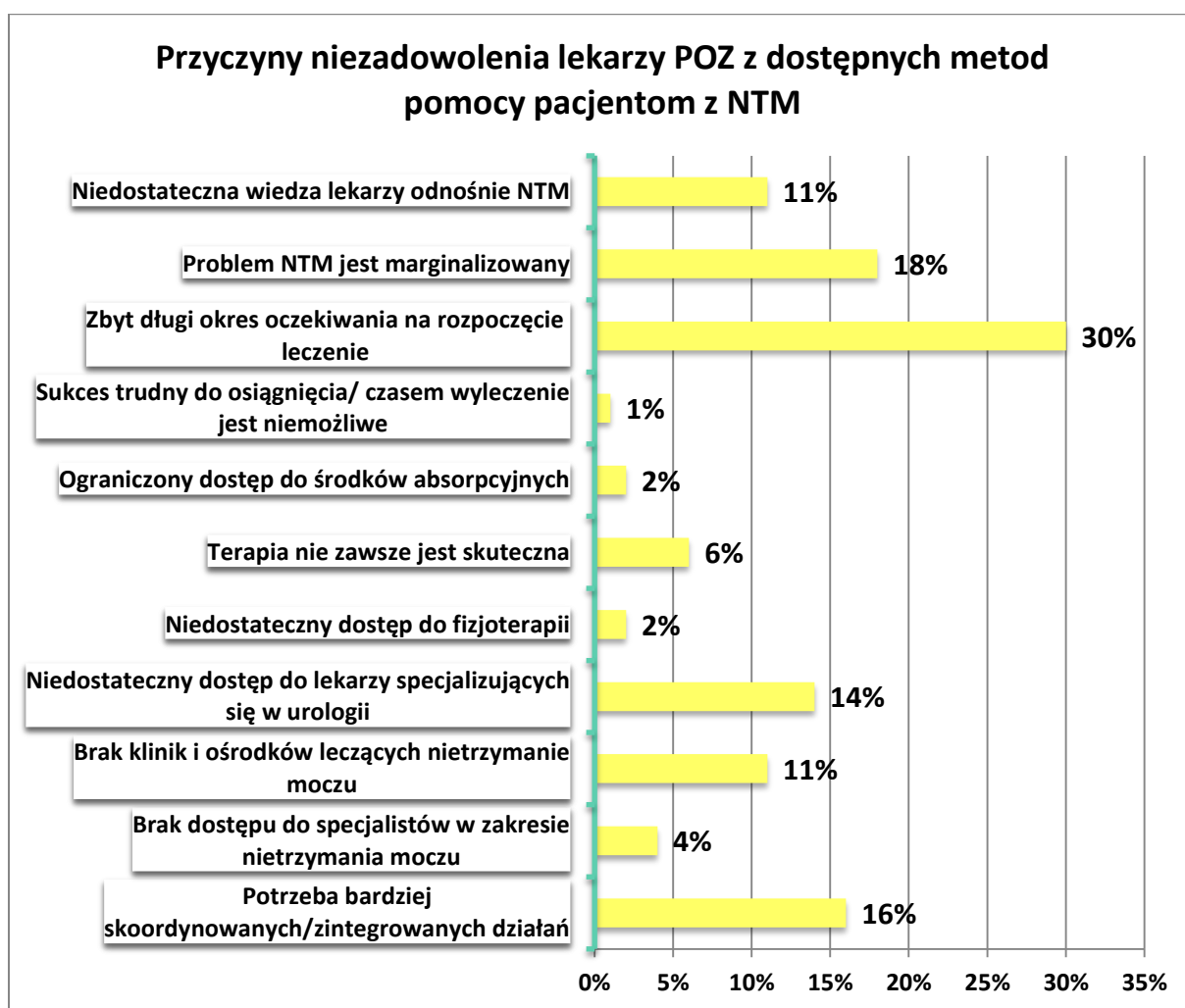
Źródło: opracowanie własne na podstawie prezentacji: Newman D, Results of a General Practitioner (GP) Survey on Urinary Incontinence przedstawionej podczas III Global Forum on Incontinence, Praga 2010.

Większość chorych kobiet nie dysponuje wystarczającą wiedzą na temat możliwości terapeutycznych i dostępu do pomocniczych środków higieny.²³ Fakt ten ma poważne konsekwencje zdrowotne, gdyż zbyt późne rozpoznanie i brak edukacji zdrowotnej mogą powodować nasilenie dolegliwości ze strony układu moczowego.

„Za główny powód niezadowolenia z istniejących usług polscy lekarze uważają marginalizację problemu i nienadawanie mu należytej wagi. Wśród kolejnych przyczyn braku satysfakcji internistów z podejmowanych działań znalazły się potrzeba skoordynowania aktywności lekarzy różnych specjalizacji i nienależyty dostęp do specjalistów z dziedziny urologii. Aby zmienić ten stan rzeczy, polscy lekarze najczęściej wskazywali na potrzebę podniesienia świadomości i zwiększenia zrozumienia problemu wśród służby medycznej i samych pacjentów.”²⁴ 48% badanych (z Polski, Francji i Wielkiej Brytanii) wskazało, że są zupełnie niezadowolony lub niezbyt zadowolony z dostępnych metod wsparcia pacjentów z NTM. Poniżej prezentujemy rozkład częstości odpowiedzi wskazywanych przez polskich lekarzy POZ na pytanie: *co w szczególności sprawia, że jesteś bardzo/w znacznym stopniu niezadowolony z rozwiązań jakie są obecnie dostępne dla pacjentów z NTM.*

²³ P. Miotła, J. Tomaszewski, *Zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet*, w: T Rechberger (red.), *Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*, Poznań 2009, s. 151-164

²⁴ N. Łyczko, *Co o NTM wiedzą lekarze pierwszego kontaktu?*, *Kwartalnika NTM* nr 3 (38) 2011, s. 16-17



Źródło: opracowanie własne na podstawie prezentacji: Newman D, Results of a General Practitioner (GP) Survey on Urinary Incontinence przedstawionej podczas III Global Forum on Incontinence, Praga 2010.

Specjaliści twierdzą, iż w Polsce nie zapewnia się chorym odpowiedniego wsparcia ze strony systemu ochrony zdrowia, a dostęp do świadczeń jest utrudniony. Aby dorównać średniej europejskiej konieczne jest podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych, które obecnie w naszym kraju w ogóle nie są prowadzone. W konsekwencji zakres wiedzy, zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów, jest stosunkowo niski. Brak odpowiednich programów profilaktycznych prowadzi do tego, że lekarze nie są odpowiednio przygotowani do zdiagnozowania u pacjenta NTM, a sam pacjent swoją przykrą dolegliwość zachowuje dla siebie myśląc, że jest to naturalny proces fizjologiczny związany ze starzeniem się. Według prof. Piotra Radziszewskiego w Polsce brak jest wyspecjalizowanego personelu średniego zajmującego się osobami z zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych i NTM.²⁵

²⁵ P. Radziszewski, *Dostępność badań urodynamicznych w Polsce*, Kwartalnik NTM nr 3 (30) 2009, s.15-16

IV. ŚRODKI ABSORPCYJNE DLA OSÓB Z NTM

Na polskim rynku dostępna jest cała gama środków pomocniczych przeznaczonych dla osób z nietrzymaniem moczu. Artykuły te dostosowane są do potrzeb różnych grup pacjentów. Ich wykonanie 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 – istnieją rozmiary od XS do XXL). Środki absorpcyjne zapewniają higienę oraz komfort osobom będącym w trakcie leczenia, chorym z przejściowym NTM, ale także przed i po zabiegach operacyjnych oraz w przypadkach, gdy leczenie nie przynosi pożądanych rezultatów. Wyroby te pomagają zachować odpowiednią higienę poprzez ich specjalne właściwości pozwalające na likwidację przykrego zapachu oraz dużą chłonność. Dzięki środkom absorpcyjnym dedykowanym osobom z NTM, chorzy mogą funkcjonować na rynku pracy, podróżować, a nawet uprawiać sport bez obaw, że będą narażeni na przykre sytuacje.

Rodzaje środków absorpcyjnych w Polsce			
<i>RODZAJ</i>	<i>Grupa pacjentów</i>	<i>Rozmiar i chłonność</i>	<i>Wygląd, wykonanie</i>
Pieluchomajtki	Pacjenci z nasilonym NTM, ograniczeni ruchowo	6 rozmiarów, różny stopień wchłaniania, absorpcja całkowita od 1000 g do 4800 g	Mocowane za pomocą taśm na biodrach
Pieluchy anatomiczne	Osoby sprawne ruchowo ze średnim lub ciężkim NTM	Dostępne w wielu rozmiarach, absorpcja całkowita od 500 g do 3760 g	Wygląd dużej wkładki, wykonane z pulpy celulozowej i absorbentu zamieniającego mocz w żel
Wkłady anatomiczne	Osoby sprawne ruchowo ze średnim i lekkim NTM	Absorpcja całkowita od 300 g do 481 g	Wygląd cienkiej podpaski (wkłady dla kobiet i kieszonki dla mężczyzn)
Majtki chłonne	Osoby samodzielne lub częściowo samodzielne	Absorpcja całkowita od 930 g do 2250 g	Majtki z przymocowanym w kroku wkładem chłonnym

Podkłady i prześcieradła	Dla wszystkich rodzajów NTM	Wiele rozmiarów, nie zatrzymują moczu w głębszych warstwach	Zabezpieczenie przed zabrudzeniem prześcieradła/materaca
---------------------------------	-----------------------------	---	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Radziszewski P., Dobroński P., Lekarz Radzi- Nietrzymanie Mocz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2008, str. 140-144 oraz analiza produktów dostępnych na rynku.

Poza wymienionymi powyżej środkami absorpcyjnymi na polskim rynku można zaopatrzyć się również w 4 rodzaje cewników produkowanych z mas plastycznych. Należą do nich: cewnik Couvelaier'a i Nelatoa (proste cewniki z jednym otworem) oraz o bardziej skomplikowanej budowie cewniki Foleya i Tiemanna.²⁶

Wszystkie wyroby medyczne absorpcyjne wymienione powyżej podlegają częściowej refundacji. Z dopłaty mogą skorzystać jednak jedynie pacjenci z nowotworami, głębokimi upośledzeniami, zespołami ościennymi, wadami rozwojowymi oraz chorobami układu nerwowego. Pierwsze rozporządzenie regulujące zasady refundacji zaopatrzenia tego typu weszło w życie 1998 r.

²⁶ P. Radziszewski, P. Dobroński, *Lekarz Radzi Nietrzymanie Mocz*, Warszawa 2008, s. 144-150

SPOŁECZNE KONSEKWENCJE NTM

I. EMOCJONALNE I PSYCHICZNE KONSEKWENCJE NTM

Zdaniem polskich specjalistów zajmujących się problematyką nietrzymania moczu, NTM nie stanowi poważnej choroby fizycznej ani nie wpływa na zagrożenie życia człowieka, jednak znacznie obniża jakość życia związaną ze zdrowiem psychicznym, które objawia się poczuciem wstydu, zakłopotaniem, zaburzeniami samooceny chorego, a także przejawia się w postaci zaburzeń depresyjnych i lękowych pacjenta.²⁷

Potwierdza to m. in. prof. Mariola Bidzan z Zakładu Psychologii Klinicznej i Neuropsychologii Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, według której nietrzymanie moczu z uwagi na intymny charakter objawów oraz ich uciążliwość w codziennym funkcjonowaniu wywiera ogromny wpływ na psychikę pacjenta, jak również jego rodzinę oraz najbliższe otoczenie. Uznaje, że nietrzymanie moczu znacząco wpływa na funkcjonowanie chorego w trzech podstawowych sferach jego życia:

- **sferze rodzinnej** - zmiana trybu i stylu życia rodziny, zmiana aktywności seksualnej, (zazwyczaj jej obniżenie), obciążenie budżetu domowego wydatkami związanymi z leczeniem NTM oraz zapewnieniem higieny osobistej chorego (zakup środków absorpcyjnych),
- **sferze zawodowej** - zmiana planów zawodowych, ograniczenie życia zawodowego, tworzenie grafiku pracy z uwzględnieniem wyjścia do toalety, rezygnacja z pracy,
- **sferze społecznej** – ograniczanie kontaktów społecznych i towarzyskich, alienacja²⁸.

Psychiczne konsekwencje nietrzymania moczu znacząco wpływają na jakość życia chorego. Analizując tę zależność, należy na wstępie określić, czym jest jakość życia. Zgodnie z definicją WHO jakością życia jest „spozosteganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w

²⁷ V. Skrzypulec, B. Piela, A. Droszól, *Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych*, Seksuologia Polska 2006, 4, 1, s. 16–20

²⁸ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, Kraków 2008, s. 33

kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”.

Natomiast zdaniem Hymana Schipperera, prekursora badań nad jakością życia ludzi chorych, jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia jest funkcjonalnym efektem choroby i jej leczenia odbieranym (przeżywanym) przez pacjenta. Schipper wyodrębnił cztery wymiary tak określonej jakości życia:

- stan fizyczny i sprawność ruchowa,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
- doznania somatyczne.²⁹

W oparciu o powyższą definicję oraz inne publikacje na temat jakości życia osób z nietrzymaniem moczu, można wyróżnić kilka sfer życia człowieka, na które ma wpływ nietrzymanie moczu:

- **relacje partnerskie** - więź emocjonalna z partnerem, jakość związku małżeńskiego/partnerskiego

W badaniach prof. M. Bidzan wykazano, że jakość związku może mieć wpływ na przebieg choroby. Dzięki wsparciu partnera osoba z dolegliwością NTM może uniknąć ubocznych psychologicznych skutków NTM takich jak: poczucie stygmatyzacji, izolacja, lęk.³⁰

- **relacje rodzinne** - akceptacja dolegliwości przez członków rodziny i najbliższe otoczenie.

Wsparcie społeczne w postaci relacji rodzinnych jest istotnym czynnikiem wpływającym na adaptację pacjenta do choroby. Przyczynia się również do bardziej pozytywnego patrzenia na życie, lepsze funkcjonowanie fizyczne i psychiczne (House, 1988; Molassiotis, 1997; Shaw, 2001).³¹

- **relacje seksualne** - aktywność seksualna. Na skutek nietrzymania moczu często zmniejsza się współżycie seksualne partnerów. Obniżenie życia seksualnego wpływa na obniżenie jakości życia człowieka.

Brak zdrowia seksualnego może prowadzić do różnorodnych zaburzeń, kompleksów, obniżenia samooceny. Efektem tego typu zachowań mogą być zaburzenia zdrowia

²⁹ H. Schipper, *Quality of Life: Principles of the clinical paradigm*, Journal Psychosocial Oncology 1990, t. 8, s. 171–182

³⁰ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, Kraków 2008, s. 50

³¹ *Ibidem*, s. 50

psychicznego: psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe oraz konflikty i napięcia w relacjach partnerskich, a nawet drażliwość w kontaktach interpersonalnych.

- **czynniki ekonomiczne** - zakup środków absorpcyjnych, koszty leków, koszty zakupu środków higienicznych, częstsze pranie bielizny i pościeli, a co za tym stoi, większe koszty zużycia wody.

Ocenia się, że czynniki ekonomiczne mają większy wpływ na jakość życia osób starszych (emeryci, renciści), których budżety domowe nie są w stanie pokryć kosztów związanych z zapewnieniem higieny osobistej (zakup środków absorpcyjnych) czy pokryć kosztów leczenia NTM (zakup leków), co może prowadzić do izolacji od społeczeństwa, unikaniu towarzystwa, zwiększeniu obawy przed wyjściem z domu, związanej ze wstydem przed wydzielaniem nieprzyjemnego zapachu moczu.

II. JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB Z NTM

Zagadnienie wpływu nietrzymania moczu na jakość życia pacjenta i jego funkcjonowanie w społeczeństwie jest przedmiotem badań wielu naukowców w Polsce i na świecie. Poniżej prezentujemy wybrane wnioski z badań odnoszących się do społeczno-psychicznych konsekwencji nietrzymania moczu oraz wpływu NTM na jakość życia chorego.

Norton (1998)³²: *Szacuje się, że około 25% osób cierpiących na nietrzymanie moczu z powodu swojej dolegliwości (znaczne nasilenie NTM, jak również niemożność podjęcia pracy) jest na rencie. Stan ten powoduje obniżenie jakości życia, poczucie mniejszej wartości, spadek pozycji społecznej, pogorszenie nastroju, izolację społeczną.*

Sutherst, Brown, 1980; Norton, 1982; Kellehr i in, 1997; Swithinbank, Abrams, 1999; Brown i in. 1999; Badia i in., 2004: *choć nietrzymanie moczu nie jest schorzeniem prowadzącym do śmierci, ze względu na uciążliwość i przewlekłość objawów wpływa negatywnie na wiele sfer funkcjonowania, n.in. na sferę rodzinną, seksualną, zawodową, społeczną, ekonomiczną, (..), u niektórych osób niezależnie od ich wieku pogarsza jakość życia.*

³² P. A. Norton, L. D. Macdonald, P. M. Sedgwick, S. L. Stanton, *Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women*, Br Med J 1988: 297; s.1187-1189

Vereckeen³³: *stwierdza, że problem nietrzymania moczu wiąże się z wieloma psychicznymi i seksualnymi aspektami, przykładowo z wyższym poziomem neurotyzmu, poczuciem społecznego stygmatu, z depresją, lękiem, pogorszeniem relacji interpersonalnych.*

Perry i in. (2006): *badacze oceniając poziom lęku i depresji u kobiet z nagłym nietrzymaniem moczu, stwierdzili, że u 56,6% badanych występował lęk, a u 37,6 % depresja. Oba te wymiary u niektórych badanych związane były z nasileniem objawów nietrzymania moczu, niemniej nie występowały one wyłącznie u kobiet mających problem z nietrzymaniem moczu.*

Nygaard i in.(2003): *ocenili, że osoby o najwyższym stopniu nietrzymania moczu w 80% mają objawy depresyjne, natomiast ryzyko zachorowania na depresję tych o słabszym nasileniu dolegliwości ocenia się na 40%.*

Zorn i in. (1999) oraz Nuotio i in. (2003): *wskazali na silny związek nietrzymania moczu i depresji, autorzy sugerują, że nagłe nietrzymanie moczu i depresja mają wspólne podłoże neurochemiczne, prawdopodobnie odnoszące się do obniżenia poziomu serotoniny.*

Watson i in. (2000): *zwrócili uwagę na powiązania objawów lęku i depresji z nasileniem nietrzymania moczu. Nie znaleziono związku między depresją a nasileniem nietrzymania moczu, natomiast pacjentki z symptomami lęku prezentowały niższe nasilenie nietrzymania moczu.*

Edgley(2002): *wraz ze spadkiem poziomu samooceny i poczucia własnej wartości u niektórych osób cierpiących na nietrzymanie moczu może pojawić się nastrój depresyjny.*

Brown i in. (1998): *nietrzymanie moczu może oddziaływać na samoocenę, w tym samoocenę w roli kobiety oraz pewność siebie.*

Malassiotis (1997): *wielu autorów donosi o częstszej izolacji osób z nietrzymaniem moczu, spowodowanej głównie wstydem, obawą przed wydzieleniem nieprzyjemnego zapachu.*

³³ R. Vereecken, *Psychological and sexual aspects in different types of bladder dysfunction. Psychother. Psychosom.*, 1989; 51(3): str.128-134.

Zdaniem prof. M. Bidzan, niektórzy badacze znajdujący związek pomiędzy nietrzymaniem moczu a depresją, nie precyzują czy objawy depresji są skutkiem występowania nietrzymania moczu, czy też depresja sprzyja występowaniu nietrzymania moczu.³⁴

Poniżej prezentujemy wybrane wyniki badań dotyczące społeczno-psychicznych konsekwencji nietrzymania moczu oraz wpływu NTM na jakość życia chorego.

1. Badania prof. Marioli Bidzan

Badania zostały przeprowadzone na grupie 407 kobiet, badano wpływ nietrzymania moczu na jakość życia pacjentek, uwzględniając również stopień nasilenia i rodzaj NTM. Badane kobiety podzielono na kilka grup pod względem rodzaju nietrzymania moczu, które ich dotyka:

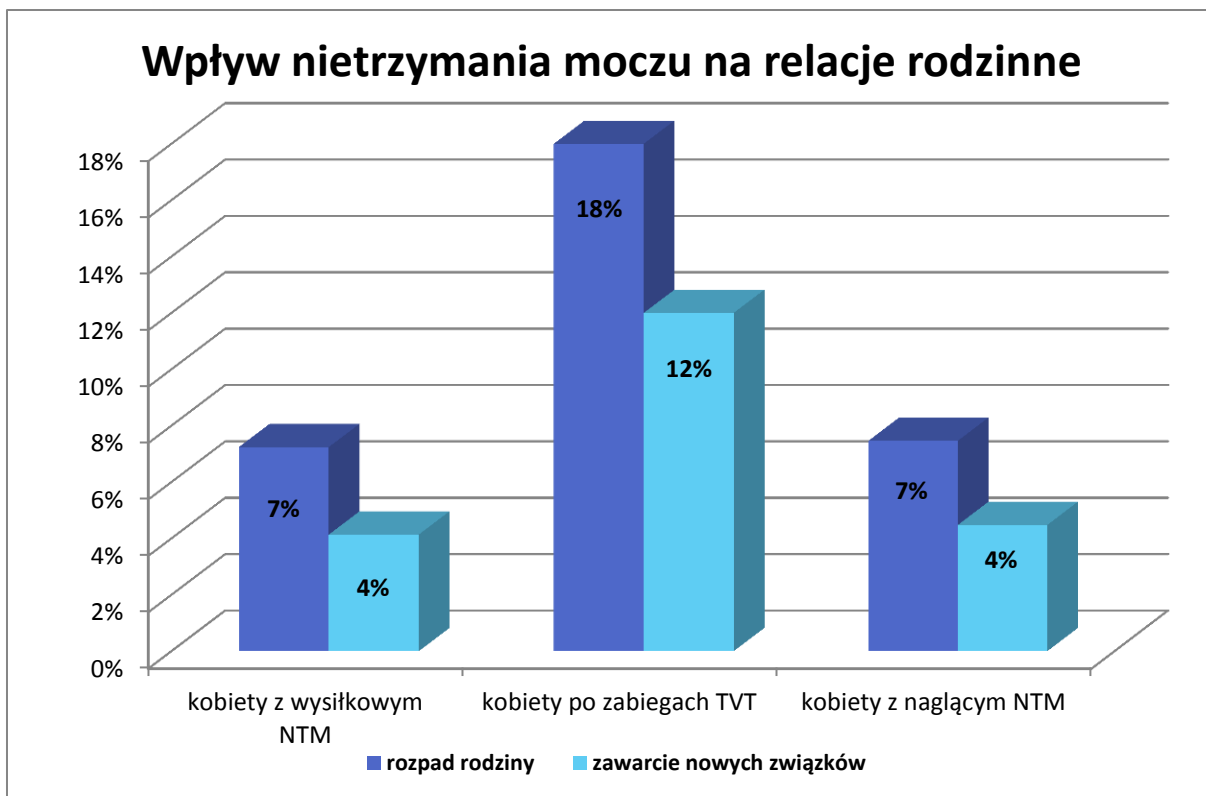
Grupa A – kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu – 290 osób

Grupa B – kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, niereagujące na leczenie zachowawcze, operowane metodą TVT – 50 osób

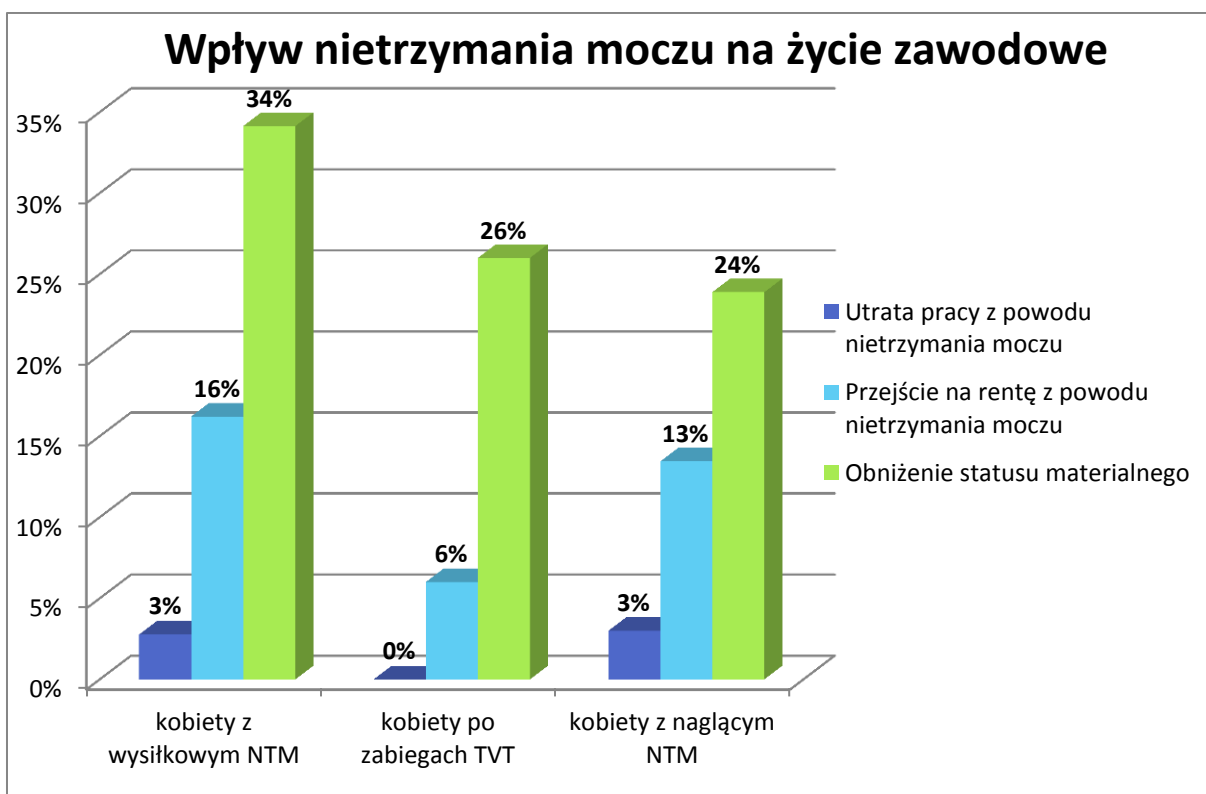
Grupa C – kobiety z nagłym nietrzymaniem moczu – 67 osób

Poniżej prezentujemy wybrane wyniki badań:

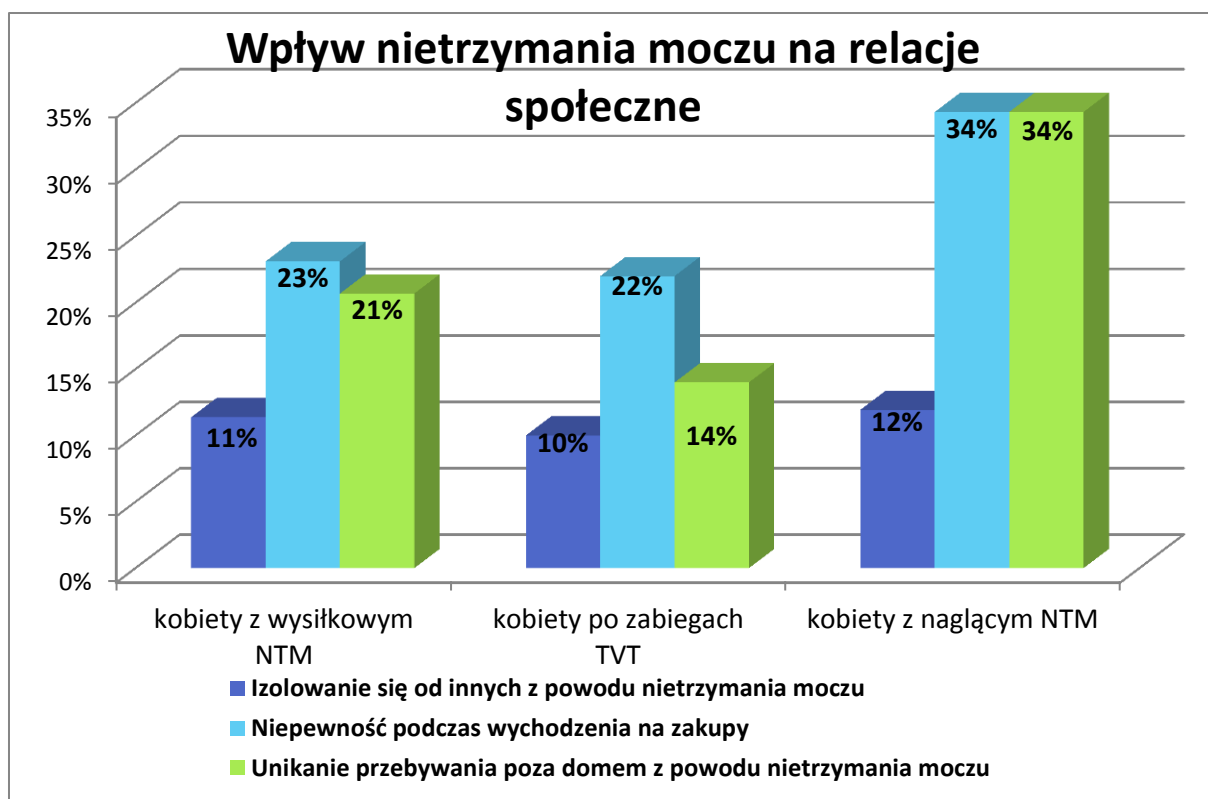
³⁴ M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, Kraków 2008, s. 34



Źródło: M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, Oficyna Wydawnicza, Impuls, 2008.



Źródło: M. Bidzan, *Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu*, Oficyna Wydawnicza, Impuls, 2008.



Źródło: M. Bidzan, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Oficyna Wydawnicza, Impuls, 2008.

Inne konsekwencje występowania NTM:

	Grupa A	Grupa B	Grupa C	ŁĄCZNIE
Liczba kobiet leczących się psychiatrycznie	8%	4%	4%	17%
Choroba alkoholowa	12%	12%	9%	33%

Z powyższych badań wynika, że nietrzymanie moczu znacząco wpływa na jakość życia chorych. Aż 84% badanych kobiet zadeklarowało, że występowanie nietrzymania moczu wpłynęło na obniżenie ich statusu materialnego. Wiązać się to może z wydatkami poniesionymi na leczenie NTM (leki, wizyty u specjalistów) czy zakup niezbędnych środków higieny osobistej (środki absorpcyjne).

Badania wskazują również, że NTM ma ogromny wpływ na relacje społeczne osoby chorej. 79% ankietowanych kobiet odczuwa niepewność podczas wychodzenia na zakupy, a 69% z nich unika przebywania poza domem z powodu NTM. Częstą przyczyną takich zachowań może być obawa i wstyd przed wydzielaniem nieprzyjemnego zapachu moczu.

Nietrzymanie moczu wpływa również na relacje rodzinne i partnerskie. Jak pokazują badania 33% przyznało, że głównym powodem rozpadu ich rodzin było nietrzymanie moczu. Z drugiej strony jednak, aż 21% utworzyło nowe związki.

W badaniach zróżnicowano wpływ rodzaju NTM na jakość życia kobiet. Wyniki wskazują, że wysiłkowe NTM, jak i nagłace NTM, obniżają jakość życia na zbliżonym poziomie w tych samych sferach życia: rodzinnej i zawodowej. Nagłace nietrzymanie moczu natomiast bardziej wpływa na społeczne konsekwencje NTM, zwiększa u osób chorych obawę przed wyjściem z domu. Wyniki badań wskazują również, że u kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu, operowanych metodą TVT, u których zawiodło wcześniejsze leczenie zachowawcze, nietrzymanie moczu ma większy wpływ na rozpad rodzin niż u kobiet z wysiłkowym czy nagłym NTM.

Analiza wyników badań wskazuje, że nietrzymanie moczu znacząco wpływa na obniżenie jakości życia. Konsekwencje NTM odczuwalne są w różnych sferach życia pacjenta, począwszy od sfery rodzinnej, przez zawodową i społeczną. W niektórych przypadkach konsekwencją nietrzymania moczu jest leczenie psychiatryczne czy alkoholizm.

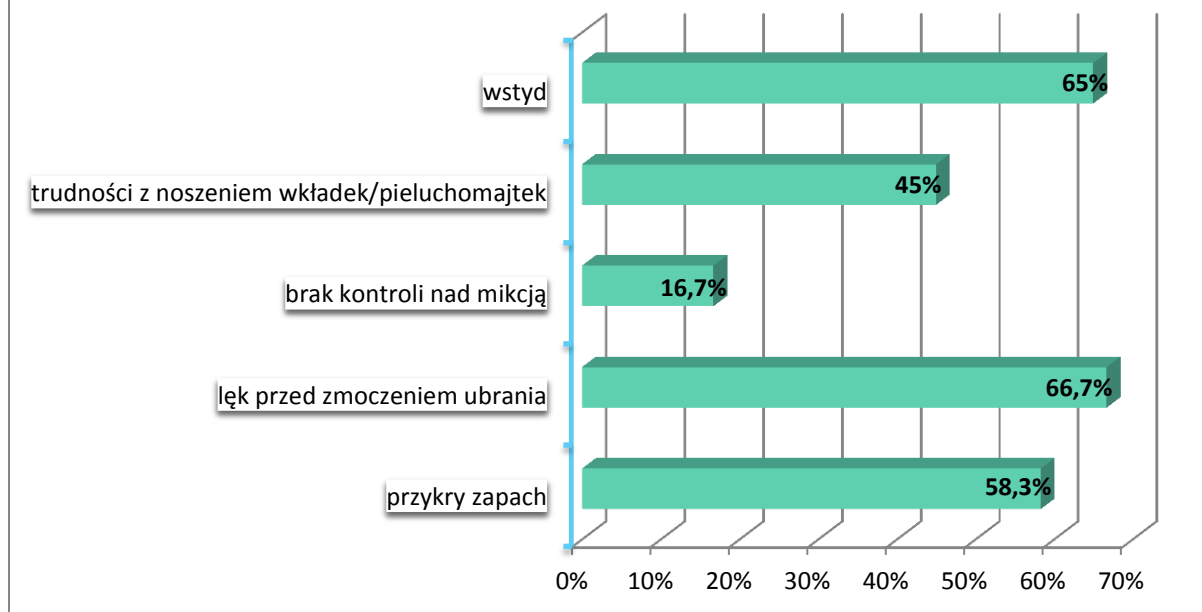
2. Badania prof. Sławomira Dutkiewicza

Badania przeprowadzone przez prof. Dutkiewicza Kierownika Zakładu Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu im. Jana Kochanowskiego w Kielcach w 2009 roku na grupie 60 kobiet po 50 roku życia. Większość badanych (76,7%) cierpiała na nietrzymanie moczu. Badane były pensjonariuszkami Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Kielcach. Wniosek z badań: nietrzymanie moczu znacznie pogorszyło jakość życia u wszystkich badanych kobiet.³⁵

Poniżej prezentujemy wybrane wyniki badań:

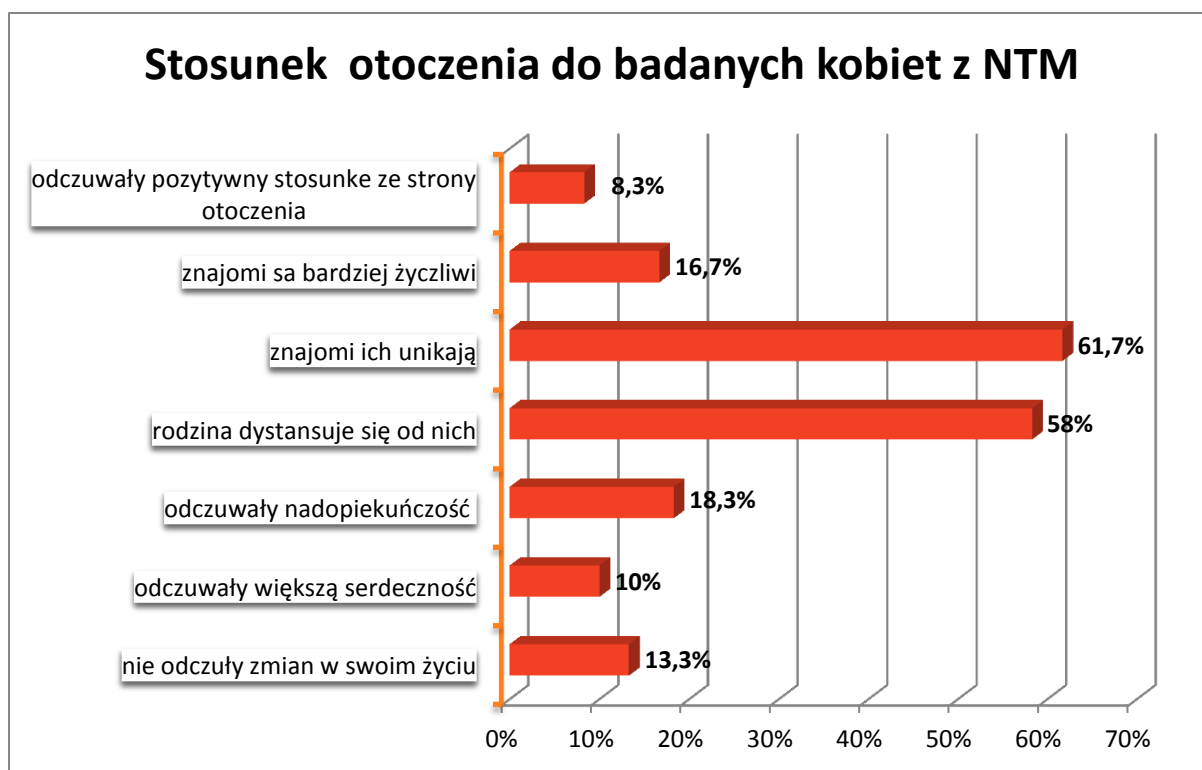
³⁵ S. Dutkiewicz, K. Kapusta, *Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakości życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym w Kielcach*, *Przegląd Menopauzalny* 2011, 6; s. 493-499

Problemy stwarzające największe trudności w życiu badanych



Źródło: Dutkiewicz S., Kapusta K., *Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakości życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Kielcach, Przegląd Menopauzalny 2011, 6; s. 493-499.*

Większość badanych kobiet (91,7%) zadeklarowało, że na skutek nietrzymania moczu zostały zmuszone do zmiany swoich przyzwyczajeń oraz ograniczyło to ich kontakty z ludźmi. Jak pokazuje wykres powyżej 65% badanych wstydzi się swojej dolegliwości, a 66,7% odczuwa lęk przed zmoczeniem ubrania. Czynniki te w znacznym stopniu przekładają się na ograniczanie kontaktów towarzyskich, wychodzenia z domu, są częstym powodem izolacji.



Źródło: Dutkiewicz S., Kapusta K., Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakości życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Kielcach, *Przegląd Menopauzalny* 2011, 6; s. 493-499.

Pomimo obawy, zakłopotania oraz wstydu, jaki towarzyszy osobom z nietrzymaniem moczu, badane pacjentki deklarowały, choć w niewielkim stopniu, iż odczuwają większą serdeczność ze strony otoczenia (10%) na skutek ich dolegliwości, a nawet nadopiekuńczość (18,3%).

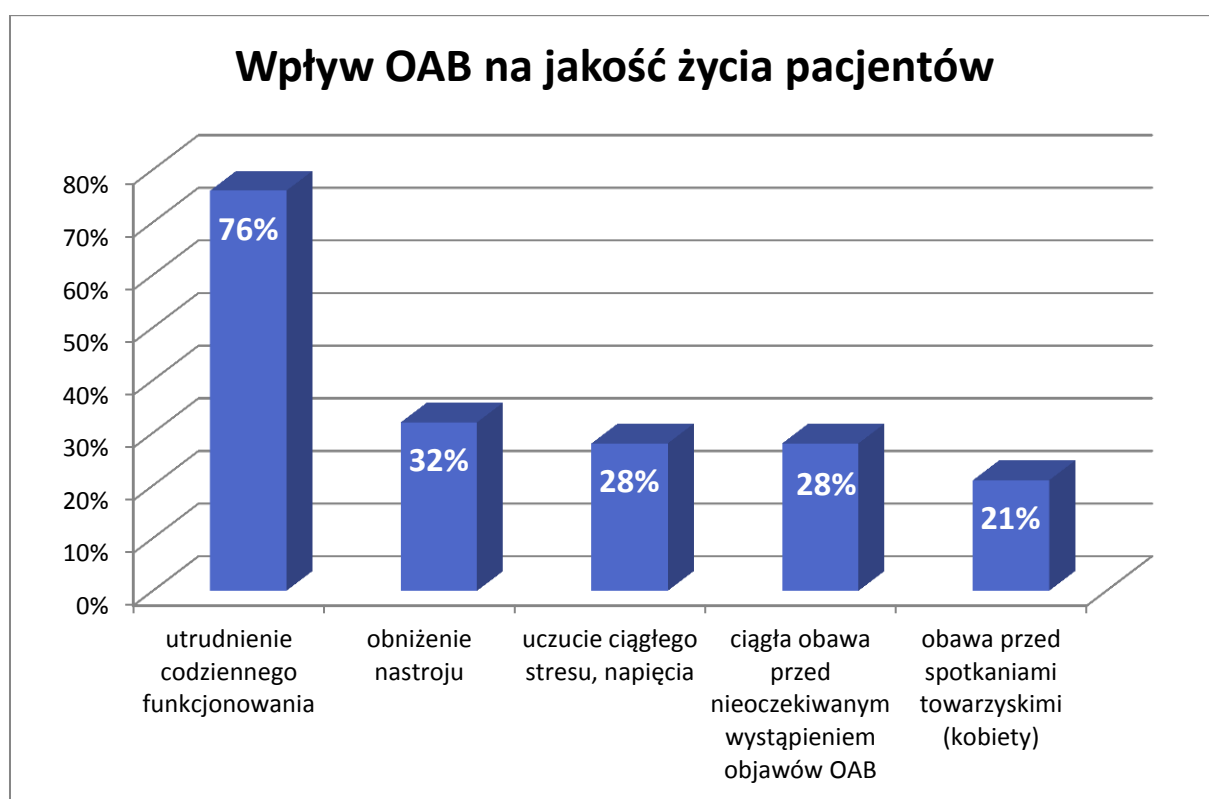
Wyniki badań obrazują jednak przewagę negatywnego stosunku otoczenia i najbliższych do osób z nietrzymaniem moczu. Aż 58% badanych pacjentek stwierdziło, że rodzina dystansuje się od nich, a 61,7% wskazało, że znajomi ich unikają.

Negatywny stosunek najbliższego otoczenia chorych jest dla nich dodatkowym obciążeniem psychicznym, którego konsekwencją mogą być poważniejsze zachwiania zdrowia psychicznego. Jak wspomina prof. Bidzan w swoich badaniach wsparcie partnera, rodziny jest znaczącym czynnikiem wpływającym na jakość życia chorego. Czynniki rodzinne określa się jako istotnie modyfikujące funkcjonowanie psychospołeczne w wielu chorobach.

3. Badania prof. David'a Iriwina

W badaniu (2006)³⁶ uczestniczyło 11 521 chorych w wieku 40-64 lat, z 6 państw europejskich (Francja, Wielka Brytania, Włochy, Niemcy, Szwecja). Większość badanych (54,7%) to osoby w wieku powyżej 55 lat, 40% badanych miało wykształcenie wyższe, 43% było aktywnych zawodowo.

Poniżej prezentujemy wyniki badań dotyczące wpływu występowania zespołu pęcherza nadreaktywnego na jakość życia pacjentów. Jak pokazują poniższe dane najwięcej pacjentów z OAB (76%) deklaruje, że ich dolegliwość znacznie utrudnia funkcjonowanie w codziennym życiu.



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, et al. *Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries.* BJU Int 2006; 97: 96-100.

W badaniach wykazano również, że większy wpływ choroby na aktywność życiową występuje u mężczyzn niż u kobiet. 27% mężczyzn cierpiących na OAB częściej rezygnuje z pracy oraz stara się przejść na wcześniejszą emeryturę, a jedynie 4% kobiet deklaruje takie zachowania. Mężczyźni również w większym stopniu odczuwają obawę przed spotkaniami towarzyskimi (38%, przy 21% dla kobiet).

³⁶ D. E. Irwin, I. Milsom, Z. Kopp, [et al.], *Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries*, BJU Int 2006; 97: 96-100.

Podobne badania przeprowadzili specjaliści z Polski (T. Rechberger, P. Miotła, P. Skorupski, A. Wróbel, J. Tomaszewski). Badano poprawę jakości życia pacjentek z OAB po zastosowaniu toksyny botulinowej. Wyniki badań wskazują na znaczną poprawę jakości życia pacjentek z OAB w różnych sferach życia po zastosowaniu tej terapii.

Wpływ na życie codzienne: zastosowana terapia znacząco obniżyła negatywny wpływ na życie codzienne pacjentek, poprawę wykonywania pełnionych funkcji, zmniejszenie negatywnego wpływu na aktywność fizyczną, zmniejszenie ograniczenia w pełnieniu ról społecznych.

Wpływ na kondycje psychiczną: nietrzymanie moczu znacząco wpływało na samopoczucie pacjentek przed leczeniem. Respondentki zaobserwowały zmniejszenie wpływu na ich kondycje psychiczną po zastosowaniu terapii.

Nietrzymanie moczu, niezależnie od postaci klinicznej w istotny sposób obniża jakość życia chorych pacjentów (ograniczenia w zakresie aktywności fizycznej, interakcji społecznych i zawodowych, uczucie wstydu), przy czym stwierdzono, że największy wpływ na ten spadek wywierają objawy nadreaktywności pęcherza moczowego i nagłego nietrzymania moczu.³⁷

Jak pokazują przytoczone powyżej badania nietrzymanie moczu znacząco wpływa na jakość i komfort życia chorego. W związku z tym, że jest to dolegliwość bardzo intymna, która wiąże się z zaburzeniem jednej z podstawowych czynności fizjologicznych dorosłego człowieka, często towarzyszy jej wstyd, zakłopotanie i obawa przed nieprzychylnymi komentarzami ze strony otoczenia, nawet tego najbliższego. Zaburzenia mikcji powodują szereg zaburzeń emocjonalnych, skłonność do izolowania się od społeczeństwa, zaburzenia snu, zaburzenia życia seksualnego, zmniejszenie aktywności zawodowej, jak również znacznie utrudniają wykonywanie codziennych czynności takich jak: zakupy, podróże, wypoczynek. Konsekwencją takich zachowań mogą być zachwiania zdrowia psychicznego i fizycznego osoby cierpiącej na NTM, co z kolei przekłada się na koszty ponoszone przez budżet państwa na świadczenia psychiatryczne dla pacjentów z NTM. Szczegółowo o kosztach związanych z zaburzeniami psychicznymi u osób z NTM piszemy w dalszej części raportu.

Zaburzenia emocjonalne, wstyd, a także objawy depresji, które mogą towarzyszyć osobom z nietrzymaniem moczu, znacznie wpływają na ich życie zawodowe, powodują obniżenie

³⁷ D. Robinson, K. Pearce, J. Preisser, [et al.], *Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures*, *Obstet Gynecol*, 1998, 91, s. 224-228.

wydajności w pracy, częstszą absencję w pracy. Czynniki te wpływają na koszty utrzymania pracownika podczas jego nieobecności w pracy, które ponosi pracodawca oraz koszty utraty 20% wynagrodzenia za każdy dzień zwolnienia lekarskiego ponoszone przez pracownika.

Jak potwierdzają badania prof. M. Bidzan przeprowadzone na kobietach z nietrzymaniem moczu, z powodu NTM pracę straciło 6% badanych, natomiast aż 36% z powodu swojej dolegliwości przeszło na rentę. Spośród wszystkich badanych kobiet aż 84% wskazało, że nietrzymanie moczu obniżyło ich status materialny.

EKONOMICZNE ASPEKTY NTM

I. KOSZTY BEZPOŚREDNIE

Na koszty bezpośrednie związane z diagnostyką, leczeniem i utrzymaniem higieny u pacjentów z nietrzymaniem moczu składają się:

- koszty badań diagnostycznych,
- koszty refundacji leków,
- koszty zabiegów operacyjnych,
- koszty wizyt u specjalistów,
- koszty środków absorpcyjnych.

1. Badania diagnostyczne

Aby prawidłowo zdiagnozować pacjenta z NTM należy przeprowadzić dokładny wywiad oraz wykonać badanie ginekologiczno-urologiczne. Badania te są traktowane jako integralny element wizyty u specjalisty i tak też wyceniane. Dodatkowo, w ramach diagnostyki NTM, można wykonać: badanie ogólne moczu, test paskowy lub badanie laboratoryjne.

Jednym z dodatkowych badań diagnostycznych jest badanie urodynamiczne. Pomimo, że nie jest ono niezbędne, aby zdiagnozować rodzaj NTM, to zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami, jeżeli pacjent wymaga farmakoterapii, to musi je wykonać. Dlatego zostanie uwzględnione to w poniższej analizie kosztów.

Według zebranych danych, w Polsce działa ok. 100 pracowni urodynamicznych. Zgodnie z umowami zawieranimi przez NFZ z placówkami świadczącymi usługi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej kompleksowe badanie urodynamiczne z profilometrią cewkową jest wycenione na 45 punktów, natomiast badanie urodynamiczne bez profilometrii cewkowej i elektromiografii wyceniono na 30 punktów. **Według danych uzyskanych z centrali NFZ w 2011 roku z budżetu państwa przeznaczono 722 000 złotych na refundację badań urodynamicznych.**

2. Refundacja leków

Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia refunduje dwa leki stosowane w terapii pacjentów z nietrzymaniem moczu. Zgodnie z wykazem chorób oraz leków i wyrobów medycznych wydanym przez Ministerstwo Zdrowia środki te przeznaczone są dla osób chorych na zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym:

- Uroflow (refundowany od 01.01.2011)
- Vesicare (refundowany od 16.11.2012)

Poniżej prezentujemy aktualne kwoty dofinansowania leków, które obowiązują od stycznia 2012 roku.

Aktualne kwoty dofinansowania leków, obowiązujące od stycznia 2012 r.				
Preparat	Dawka leku	Zawartość opakowania	Odpłatność pacjenta	Cena za lek ponoszona przez pacjenta (zł) obowiązuje od 01.01.2012
Vesicare	5mg	30 tabl.	30%	90,26
Vesicare	10mg	30 tabl.	30%	54,96
Uroflow	1mg	28 tabl.	30%	11,56
Uroflow	2mg	28 tabl.	30%	7,86

Źródło: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 maja 2012 r.

W tabeli poniżej prezentujemy koszty NFZ poniesione w roku 2011 roku na refundację leków stosowanych w terapii nietrzymania moczu. Wśród wymienionych leków znajdują się również środki, które w 2011 roku nie były uwzględniane na wykazie leków refundowanych Ministerstwa Zdrowia. Były one wydawane na zasadach praw nabytych, na podstawie których NFZ refunduje w 100% leki inwalidom wojennym oraz osobom represjonowanym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osobach represjonowanych, uprawnionym do renty rodzinnej, a także cywilnym niewidomym ofiarom działań wojennych.

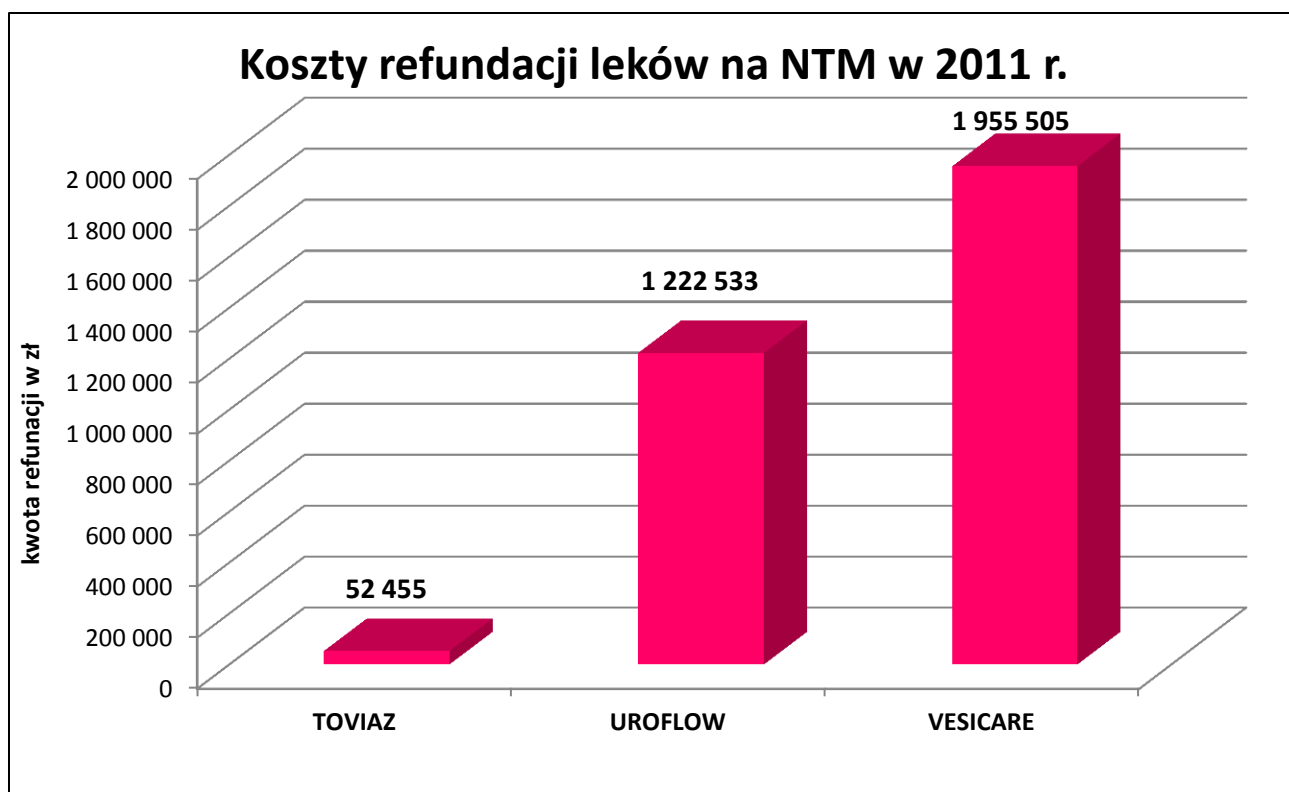
Wymienionym grupom przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki o kategorii dostępności „Rp” (wydawane na receptę) lub „Rpz” (wydawane z przepisu lekarza do zastrzeżonego stosowania) oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte decyzją o refundacji, dopuszczone do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Na liście leków refundowanych znajdują się również inne preparaty stosowane w leczeniu NTM, jednak w związku z tym, że nie zostały zaklasyfikowane jako leki na inne schorzenia, nie przysługują pacjentom z nietrzymaniem moczu, np. Driptan, który refundowany jest na stwardnienie rozsiane.

Wartość refundacji cen leków oraz ilość wydanego leku w 2011 r.		
nazwa handlowa	ilość wydanego leku (opakowania)	kwota refundacji (zł)
UROFLOW	95 820	1 222 533,00
VESICARE	11 237	1 955 505,00
TOVIAZ	302	52455,87
ŁĄCZNIE	107358	3 230 493,16

Źródło: dane NFZ.

Powyższe dane wskazują, że w ubiegłym roku zrefundowano 107 358 opakowań leków stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu, na łączną kwotę 3 230 490 złotych. Kwota refundacji leków na NTM stanowi niewielki odsetek (0,04%) łącznych kosztów refundacji leków.

Poniżej prezentujemy koszty refundacji poszczególnych leków stosowanych w leczeniu nietrzymania moczu.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ.

3. Zabiegi operacyjne

Zabiegi operacyjne są obecnie jedyną metodą leczenia nietrzymania moczu w pełni refundowaną z budżetu NFZ. U mężczyzn stosuje się implantację lub wymianę hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS), natomiast u kobiet różne typy zabiegów, między innymi: podwieszenie cewki i pęcherza z użyciem materiału syntetycznego, uretrocystopeksje przez podwieszenie nadłonowe, operacje metodą Pereyry, operacje metodą Burcha, uretropeksje metodą Tudora ("królicze ucho"), podwieszenie szyi pęcherza z użyciem pętli łonowo-guzicznej.

W przypadku zabiegów wszczepienia sztucznego zwieracza stosuje się kilkudniową hospitalizację pacjenta. Podobnie jest w przypadku operacji przeprowadzonych u kobiet. Zdarzają się jednak placówki, które przeprowadzają zabiegi w ramach świadczeń chirurgii jednego dnia, w szczególności dotyczy to zabiegów podwieszenia (typu TVT, TOT, etc.).

Poniżej prezentujemy zasady finansowania przez NFZ zabiegów operacyjnych u mężczyzn i u kobiet.

Rodzaj świadczenia	Cena jednostki rozliczeniowej NFZ	Wartość punktowa - hospitalizacja	Wartość punktowa - hospitalizacja planowana	Wartość punktowa- „leczenie jednego dnia”	Oddziały przeprowadzające zabiegi
Zabiegi w nietrzymaniu moczu u kobiet	52,00 zł	75	71	68	chirurgia dziecięca, chirurgia onkologiczna, ginekologia onkologiczna, ginekologia i położnictwo, urologia
Implantacja lub wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS)	52,00 zł	563	-	-	urologia

Źródło: dane NFZ.

Koszty zabiegów na jednego pacjenta wylicza się w następujący sposób:

$$\text{koszt zabiegu} = \text{cena jednostki rozliczeniowej} * \text{wartość punktowa}$$

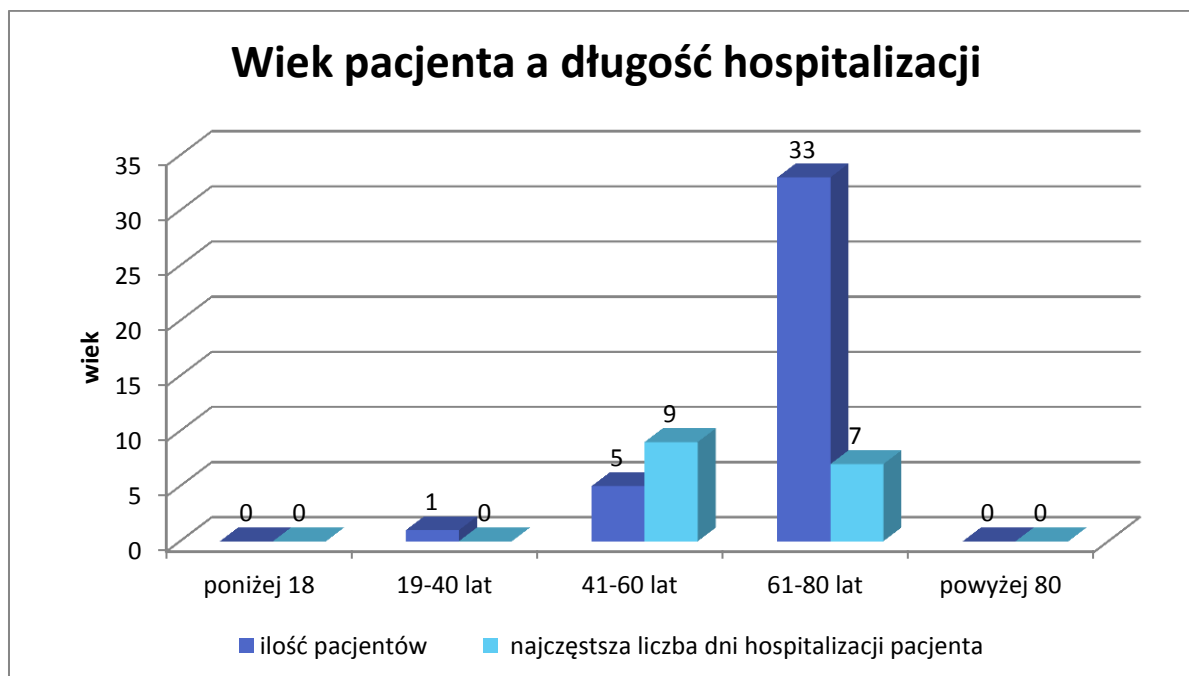
Implantacja/wymiana hydraulicznego zwieracza cewki moczowej

Statystyki NFZ wskazują, że w 2011 roku przeprowadzono 34 operacje wszczepienia hydraulicznego zwieracza u mężczyzn. Najczęstsza długość hospitalizacji pacjenta przy tego typu zabiegu wynosiła 9 dni.

Średni koszt leczenia (hospitalizacja + wszczepienie hydraulicznego zwieracza) jednego pacjenta poniesiony przez NFZ: **28 720 złotych.**

Łączna kwota refundacji zabiegów implantacji hydraulicznego zwieracza w 2011 roku wynosiła **976 250 złotych.**

Poniżej prezentujemy zależność pomiędzy wiekiem pacjenta, a czasem pobytu w szpitalu. Jak pokazują dane NFZ wyróżnia się znaczną różnicę w liczbie dni hospitalizacji pacjenta w zależności od jego wieku.



Źródło: dane NFZ.

Zabiegi w nietrzymaniu moczu u kobiet

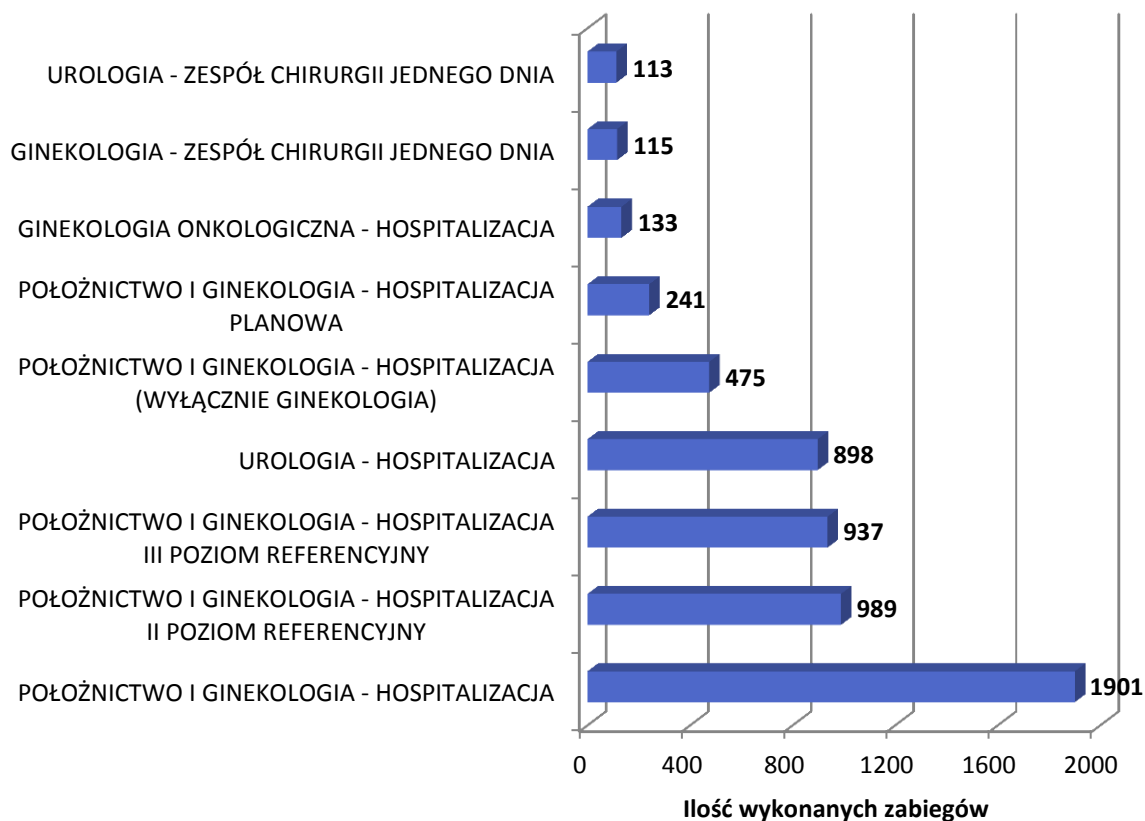
Statystyki publikowane przez NFZ wskazują, że w 2011 roku przeprowadzono 5 893 zabiegi stosowane w leczeniu nietrzymania moczu u kobiet. Najczęstsza długość hospitalizacji pacjentki przy tego typu zabiegu wynosiła 3 dni.

Średni koszt leczenia (hospitalizacja + zabieg operacyjny) jednej pacjentki poniesiony przez NFZ: **3 820 złotych.**

Łączna kwota refundacji zabiegów na nietrzymanie moczu u kobiet poniesiona przez NFZ to **22 516 860 złotych.**

Na wykresie poniżej prezentujemy zakres przeprowadzonych zabiegów leczących NTM u kobiet z podziałem na poszczególne oddziały szpitalne.

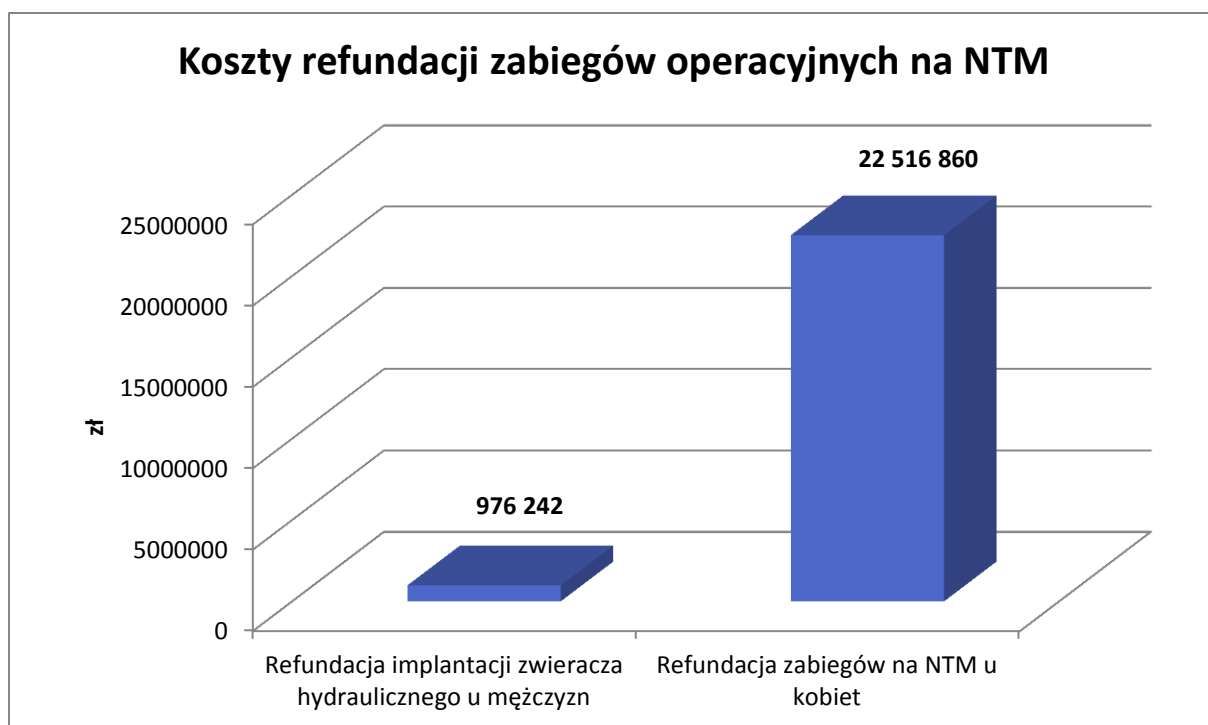
Zabiegi na NTM u kobiet z podziałem na oddziały szpitalne



Źródło: dane NFZ.

Jak pokazują zebrane dane w ciągu ubiegłego roku NFZ łącznie przeznaczył około 23,5 mln zł na refundację zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii nietrzymania moczu u kobiet i mężczyzn.

Poniżej prezentujemy koszty refundacji z podziałem na zabiegi wykonywane u mężczyzn oraz u kobiet.



Źródło: dane NFZ.

4. Koszty wizyt u specjalistów (urolog, ginekolog)

Osoby z NTM najczęściej udają się po poradę do lekarzy specjalistów urologa lub ginekologa. W tabeli poniżej prezentujemy wydatki NFZ poniesione w 2011 roku na refundację wizyt u specjalistów w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej:

ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII	720 607 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII	724 051 zł

Z danych uzyskanych z centrali NFZ wynika, że w 2011 roku łącznie na finansowanie wizyt u specjalistów: położnictwa i ginekologii oraz urologii wydano 1 444 660 złotych. NFZ nie prowadzi statystyk dotyczących schorzeń z jakimi zgłaszają się pacjenci, dlatego nie ma możliwości oszacowania, jaki odsetek nakładów poniesionych przez NFZ na wizyty u specjalistów został wygenerowany przez pacjentów z NTM.

5. Refundacja środków absorpcyjnych przez NFZ

Środki absorpcyjne dla osób z NTM należą do grupy środków pomocniczych zdefiniowanych w polskim prawodawstwie jako „wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi”. Zgodnie z rozporządzeniem Ministerstwa Zdrowia dofinansowane są cztery rodzaje środków pomocniczych. Zasady refundacji obrazują poniższe schematy:

Zasady przyznawania refundacji przez NFZ na środki absorpcyjne (I grupa)					
Rodzaj środka pomocniczego	Limit ilościowy/miesiąc	Limit cenowy	Dopłata pacjenta w ramach limitu	Lekarze uprawnieni do wypisania zlecenia:	Kryteria chorobowe:
pieluchomajtki	60 szt.	90 zł	30%	onkolog, neurolog, urolog, lekarz POZ, chirurg, felczer ubezpieczenia zdrowotnego	głębokie upośledzenie umysłowe, zespoły otępienne o różnej etiologii, postępujące choroby układu nerwowego z pęcherzem neurogennym lub z zaburzeniami mikcji zwieraczy, z wadami rozwojowym
lub pieluchy anatomiczne	60 szt.	90 zł	30%		
lub podkłady	60 szt.	90 zł	30%		
lub wkłady anatomiczne	60 szt.	90 zł	30%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze.

Zasady przyznawania refundacji przez NFZ na środki absorpcyjne (II grupa)

Rodzaj środka pomocniczego	Limit ilościowy/miesiąc	Refundacja NFZ	Dopłata pacjenta w ramach limitu	Lekarze uprawnieni do wypisania zlecenia:	Kryteria chorobowe:
pieluchomajtki	60 szt.	77 zł	0%	onkolog, neurolog, urolog, lekarz POZ, chirurg, felczer ubezpieczenia zdrowotnego	choroba nowotworowa przebiegająca w postaci owrzodziałych lub krwawiących guzów krocza lub okolicy krzyżowej, przetoki nowotworowe lub popromienne, nietrzymanie stolca lub moczu w wyniku chorób nowotworowych
lub pieluchy anatomiczne	60 szt.	77 zł	0%		
lub podkłady	60 szt.	77 zł	0%		
lub wkłady anatomiczne	60 szt.	77 zł	0%		

Źródło: opracowanie własne na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze.

Obecne kryteria uprawniające do nabycia środków absorpcyjnych wykluczają większość osób cierpiących na nietrzymanie moczu z kręgu uprawnionych do otrzymania refundacji. NFZ pokrywa jedynie niewielki odsetek kosztów ponoszonych przez chorych z NTM na utrzymanie higieny. Rzeczywiste koszty odpłatności pacjenta dalece różnią się z limitami przyjętymi przez resort zdrowia. Temat ten zostanie rozwinięty w kolejnym podrozdziale.

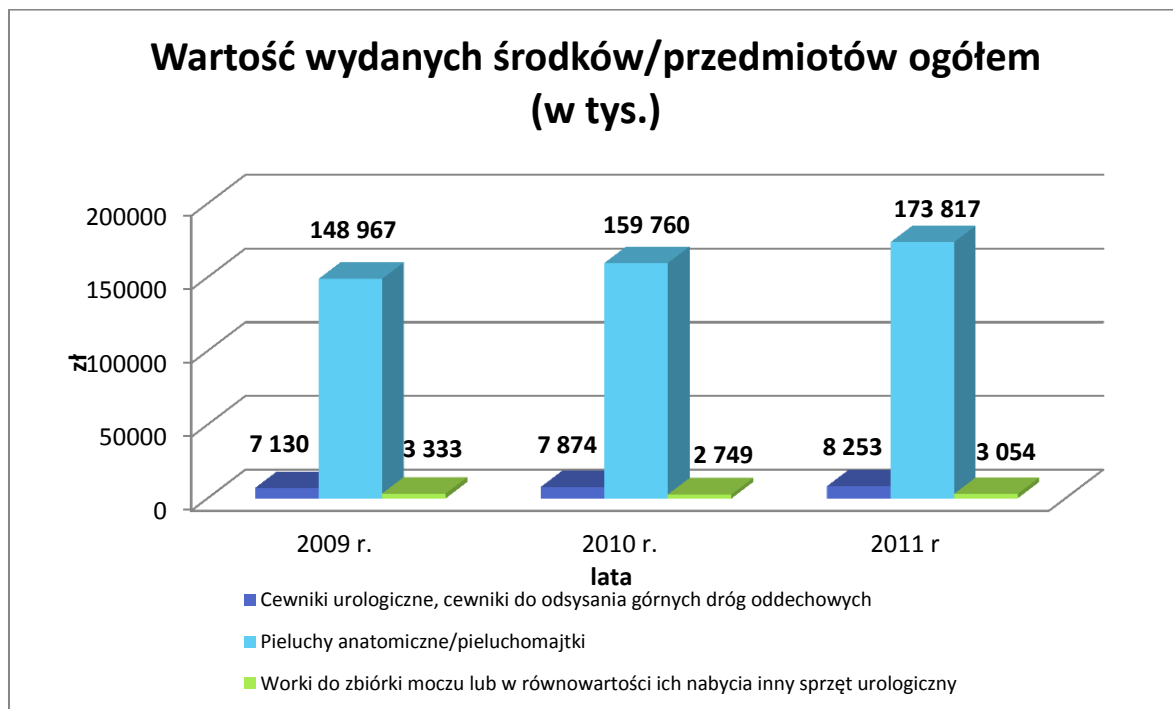
Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia lekarze ginekolodzy i geriatrzy nie mogą wypisać zlecenia na zaopatrzenie w środki absorpcyjne. Zasady te znacznie odbiegają od standardów obowiązujących w innych europejskich krajach, co więcej w wielu rozwiniętych krajach normą stało się, że prawo do wypisywania zleceń na zaopatrzenie tego typu mają również pielęgniarki. Obecne przepisy utrudniają proces uzyskania zlecenia, a także kreują niepotrzebne koszty związane z koniecznością odbycia dodatkowych wizyt u wybranych przez ustawodawcę lekarzy.

Poniżej prezentujemy wydatki ponoszone przez NFZ z tytułu refundacji zaopatrzenia pomocniczego dla osób z NTM.

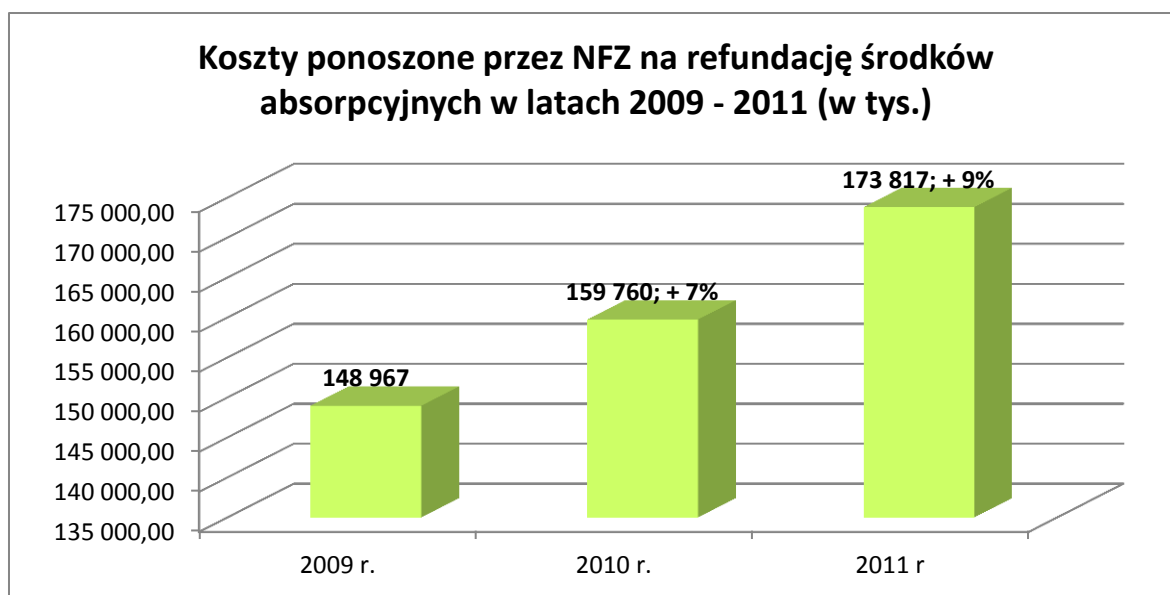
Koszty zaopatrzenia pomocniczego dla osób z NTM poniesione przez NFZ

L.p.	Kod	Nazwa	Wartość wydanych środków ogółem (w tys.)		
			Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011
1.	9241	Cewniki urologiczne, cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych	7 130	7 874	8 253
2.	9244, 9245	Pieluchy anatomiczne/pieluchomajtki	148 967	159 760	173 817
3.	9246	Worki do zbiórki moczu lub w równowartości ich nabycia inny sprzęt urologiczny	3 333	2 749	3 054
Razem			159 429	170 383	185 125

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych uzyskanych z NFZ.

6. Refundacja środków absorpcyjnych przez PFRON

W myśl rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów, może być finansowane w części lub całości ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON). PFRON nie prowadzi szczegółowych statystyk odnośnie kwot przeznaczonych na poszczególne kategorie produktów wchodzących w zakres przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych. Kwoty przeznaczone przez powiaty na to zadanie wynikają z decyzji samorządu podejmowanej w formie uchwały rady powiatu.

Na dofinansowanie zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze przyznawane osobom niepełnosprawnym na podstawie odrębnych przepisów w 2011 roku PFRON przeznaczył 114 017 042 złotych.

7. Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez domy pomocy społecznej (DPS)

Według analiz GUS (Raport: Pomoc społeczna w Polsce w latach 2005-2009 – tablice), w 2009 roku w Polsce działało 829 domów pomocy społecznej (publicznych i prywatnych), w

których przebywało 77 513 mieszkańców. Z danych wynika, że 67% pensjonariuszy DPS cierpi na NTM.³⁸ Można więc szacować, że około 52 tysięcy pensjonariuszy domów pomocy społecznej ma ten problem.

Zgodnie z ustawą o pomocy społecznej DPS pokrywa opłaty ryczałtowe i częściową odpłatność do wysokości limitu ceny, przewidziane w przepisach o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze określono udział ubezpieczonego w odpłatności za pieluchomajtki na poziomie 30%, a limit ceny określono na poziomie 90 zł. W związku z powyższym DPS zobowiązany jest do pokrywania częściowej odpłatności za pieluchomajtki na poziomie 30% do wysokości limitu ceny, kwotę tę pokrywa NFZ z budżetu przeznaczonego na zaopatrzenie w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Wydatki NFZ w 2011 r. z tytułu zaopatrzenia w środki absorpcyjne zostały zaprezentowane w podrozdziale 5. Koszt zakupu pieluchomajtek ponad ustalony limit pokrywa pensjonariusz DPS. Jeżeli nie jest w stanie pokryć tych kosztów, może wystąpić do pomocy społecznej o dofinansowanie.

Z analiz wynika, że koszt środków absorpcyjnych w DPS-ach to około 1% całego budżetu instytucji, jednak NTM wpływa na 15% wszystkich kosztów zarządzania instytucją. Dlatego należy zwrócić uwagę na kompleksowe zarządzanie problemem NTM.

Przykładowo, jeden z domów pomocy społecznej, w którym przebywa 150 osób (109 osób w podeszłym wieku, 41 osób niepełnosprawnych fizycznie) wymagających całodobowej opieki i pielęgnacji z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności, nie mogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, w 2011 roku na pieluchomajtki przeznaczył 14 576 złotych³⁹

8. Koszty środków absorpcyjnych ponoszone przez chorych

NFZ finansuje 2 sztuki środków absorpcyjnych na dobę. Biorąc pod uwagę ilość moczu wydalanego przez osobę dorosłą w ciągu doby oraz rzeczywistą chłonność roboczą

³⁸ R. Azuma (2008), I. Milsom (2010), *Epidemiology of Lower Urinary Tract Symptoms*, EPIC

³⁹ Dane uzyskane z jednej z placówek DPS z woj. zachodniopomorskiego. Dane placówki dostępne u autora.

produktów absorpcyjnych, dwie sztuki na dobę są niewystarczające. Większość chorych zmuszona jest zaopatrywać się w dodatkowe środki, za które musi płacić 100% ceny.

Poniżej prezentujemy średnie ceny produktów wchłaniających w oparciu o cenniki trzech największych producentów (Paul Hartmann Polska, SCA Hygiene Products, Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych). Oraz rzeczywistą liczbę środków absorpcyjnych, jaką można zakupić w ramach refundacji NFZ, przy obowiązującym limicie cenowym.

Rzeczywista liczba środków absorpcyjnych, jaką można zakupić w ramach refundacji NFZ, przy obowiązującym limicie cenowym.				
Rodzaj produktu	Rozmiar	Refundacja NFZ	Cena brutto 1 szt. (średnia z rynku)	Liczba produktów dostępnych w limicie NFZ na miesiąc
Pieluchomajtki (podział: chłonność / rozmiar)	Dzienne S	63 zł	1,60 zł	40 szt.
	Dzienne M	63 zł	1,70 zł	37 szt.
	Dzienne L	63 zł	1,90 zł	33 szt.
	Dzienne XL	63 zł	2,30 zł	27 szt.
	Nocne S	63 zł	1,70 zł	37 szt.
	Nocne M	63 zł	1,80 zł	35 szt.
	Nocne L	63 zł	2,20 zł	29 szt.
	Nocne XL	63 zł	2,50 zł	25 szt.
Rodzaj produktu	Rozmiar	Refundacja NFZ	Cena brutto 1 szt. (średnia z rynku)	Liczba produktów w limicie na miesiąc
Pieluchy anatomiczne (podział / chłonność)	Małe	63 zł	1,30 zł	48 szt.
	Średnie	63 zł	1,40 zł	45 szt.
	Duże	63 zł	1,60 zł	40 szt.
	B. duże	63 zł	1,70 zł	37 szt.
Rodzaj produktu	Rozmia	Refundacja NFZ	Cena brutto 1 szt. (średnia z rynku)	Liczba produktów w limicie na miesiąc
Podkłady	60 x 60 cm	63 zł	1,25 zł	50 szt.
	60 x 90 cm	63 zł	1,50 zł	42 szt.

Źródło: opracowanie własne oparte na średnich cenach rynkowych trzech największych producentów na polskim rynku.

Poniżej przedstawiamy rzeczywisty wkład własny pacjenta przy limicie 60 sztuk miesięcznie, a także wkład pacjenta przy zakupie 90 sztuk miesięcznie, czyli 3 sztuk środków absorpcyjnych na dobę:

Rzeczywisty wkład własny pacjenta (w zł) przy limicie 60 szt./miesiąc oraz przy zakupie 90 szt./miesiąc

Rodzaj	Refundacja NFZ	Cena brutto 1 szt.	Rzeczywisty wkład pacjenta przy zakupie 60 szt.	Rzeczywisty wkład pacjenta	Rzeczywisty wkład pacjenta przy zakupie 90 szt.	Rzeczywisty wkład pacjenta przy zakupie 90 szt.
pieluchomajtki	63 zł	2 zł	57 zł	47%	117 zł	65%
pieluchy anatomiczne	63 zł	1,5 zł	27 zł	30%	72 zł	53%

Źródło: opracowanie własne oparte na średnich cenach rynkowych trzech największych producentów na polskim rynku.

Osoba z NTM w stopniu ciężkim, aby utrzymać podstawową higienę potrzebuje minimum 3 sztuki środków absorpcyjnych na dobę (jedynie 13% chorych cierpi na NTM w stopniu ciężkim). Pacjent ze średnim NTM (27% chorych) potrzebuje minimum 2 sztuki na dobę. Natomiast pozostali chorzy (60%) minimum 1 sztukę na dobę.

Rzeczywistość jest jednak zupełnie inna, większość chorych nie używa specjalistycznych środków absorpcyjnych. Dzieje się tak – po pierwsze - z powodu bardzo niskiej świadomości społecznej odnośnie problemu nietrzymania moczu, a co za tym idzie braku wiedzy na temat konieczności używania specjalistycznych środków absorpcyjnych. Po drugie, w wyniku anachronicznej polityki Ministerstwa Zdrowia, które poprzez sprzeciw wobec zakwalifikowania nietrzymania moczu jako choroby (standard w Unii Europejskiej), sugeruje, że tego typu zaopatrzenie przeznaczone jest dla pacjentów z innymi, wybranymi według przypadkowych kryteriów schorzeniami. W wyniku takiej sytuacji wiele kobiet cierpiących na NTM używa zwykłych podpasek, które mają zupełnie inne przeznaczenie, a przez to o wiele niższe możliwości absorpcyjne i brak właściwości niwelujących zapach. W ten sposób narażają się na infekcje dróg moczowych, odparzenia, nieprzyjemny zapach, a także silny stres związany z obawą, że podpaska przecieknie.

Z informacji uzyskanych od producentów środków absorpcyjnych oraz z danych zebranych wśród członków Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” wynika, że ze środków absorpcyjnych przeznaczonych dla z osób nietrzymaniem moczu korzysta jedynie 10% chorych. Przyjmując bardzo ostrożne założenie, że osoby te używają dwie sztuki na dobę,

szacuje się, że **wydatki pacjentów z NTM na środki absorpcyjne wynoszą ok. 95,8 mln. złotych rocznie.**

Szacunkowe koszty zaopatrzenia osób z NTM w środki absorpcyjne (2 szt./dobę) przy założeniu, że ze specjalistycznych artykułów higienicznych korzysta 10% chorych			
Populacja polski	Liczba chorych (przy założeniu, że choruje 5% populacji)	Szacunkowy miesięczny koszt ponoszony przez osoby cierpiące na NTM (ogółem) przy założeniu, że 10% chorych używają 2 szt. środków na dobę	Szacunkowy roczny koszt ponoszony przez osoby cierpiące na NTM (ogółem)
38 mln	1,9 mln	7 980 000 zł	95 760 000 zł

Źródło: opracowanie własne.

II. KOSZTY POŚREDNIE

Na koszty pośrednie związane z leczeniem pacjentów z nietrzymaniem moczu składają się:

- hospitalizacja i leczenie powikłań NTM,
- leczenie zaburzeń psychicznych,
- absencja w pracy,
- opieka nieformalna.

1. Hospitalizacja i leczenie powikłań NTM

Z powodu nietrzymania moczu nie hospitalizuje się pacjentów, niemniej nieleczone NTM może przyczynić się do wystąpienia bardzo poważnych powikłań, których konsekwencją jest pobyt w szpitalu.

Powołując się na badania przeprowadzone w ramach kampanii „Program Prospołeczny NTM – Normalnie Życ” w jednym z warszawskich szpitali w 2009 roku (Szpital Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie), którego celem było oszacowanie liczby osób (w skali miesiąca) cierpiących na trwałe lub „tymczasowe” nietrzymanie moczu w momencie przyjęcia i opuszczania poszczególnych oddziałów placówki, wynika, że na oddziałach szpitalnych nie prowadzi się statystyk odnośnie ilości pacjentów z nietrzymaniem moczu. Rejestrowane są jedynie osoby skierowane na operacyjne leczenie nietrzymania moczu.

Podobnie jest ze statystykami dotyczącymi zaopatrzenia w środki absorpcyjne. Poszczególne oddziały szpitalne nie rejestrują ilości zużytych środków absorpcyjnych. Na większości oddziałów, gdzie hospitalizowane są osoby po ciężkich zabiegach operacyjnych (np. kardiologia, chirurgia, oddział wewnętrzny) stosuje się przede wszystkim cewniki (80% pacjentów), środki absorpcyjne stosuje się tylko u osób, u których stwierdzono przeciwwskazania do cewnikowania. Ponadto jak potwierdził ankietowany personel szpitala (pielęgniarki i lekarze) pacjenci po operacjach często nie kontrolują przez pewien czas swoich czynności fizjologicznych, co jest zjawiskiem normalnym.

Szacunkowe dane, oparte na informacjach uzyskanych od ankietowanych wskazują, że zdaniem lekarzy około 4% pacjentów przyjmowanych na oddziały cierpi na nietrzymanie moczu; według pielęgniarek jest to 6%. Personel medyczny Szpitala Bielańskiego jako przyczyny nietrzymania moczu najczęściej wymieniał podeszły wiek pacjenta, operacje guza prostaty, pęcherz nadreaktywny i wysiłkowe nietrzymanie moczu.

Poniżej prezentujemy wykres obrazujący występowanie pacjentów z NTM na poszczególnych oddziałach szpitalnych.



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań w Szpitalu Bielańskim im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie. 2009.

Pacjenci, którzy kończą hospitalizację, a nie spełniają kryteriów, które pozwalałabym na dalsze funkcjonowanie bez opieki medycznej zostają skierowani do zakładów opiekuńczo-leczniczych (ZOL) lub zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych (ZPO), które są formą stacjonarnej opieki długoterminowej.

Zakład opiekuńczo - leczniczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, obejmujących leczenie, pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających już hospitalizacji, u których zakończono proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, które jednak ze względu na stan swojego zdrowia i stopień niepełnosprawności oraz brak możliwości funkcjonowania w środowisku domowym wymagają stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji oraz zapewnienia opieki pielęgniarskiej.

Zakład pielęgnacyjno - opiekuńczy udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji. Zapewnia podopiecznym kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia. Prowadzi również edukację zdrowotną pacjentów i członków ich rodzin.

Sposób i tryb kierowania osób do zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych oraz zasady ustalania odpłatności za pobyt w zakładach:

- publicznych – określa rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 grudnia 1998 r. w sprawie sposobu i trybu kierowania osób do zakładów opiekuńczo – leczniczych i pielęgnacyjno – opiekuńczych oraz szczegółowych zasad odpłatności za pobyt w tych zakładach (Dz. U. Nr 166, poz. 1265)
- niepublicznych – decyzję o przyjęciu do zakładu podejmuje dyrektor zakładu w porozumieniu z lekarzem zakładu.

Z danych GUS z 2009 roku wynika, że w 2009 roku w Polsce funkcjonowało 284 zakładów opiekuńczo-leczniczych, w których objętych opieką było 33 043 pacjentów rocznie oraz 121 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, w których przebywało rocznie 7 741 osób.

Rodzaj placówki	Ilość zakładów	Liczba pacjentów rocznie	Ilość kobiet
ZOL publiczny	124	14 869	9674
ZOL niepubliczny	160	18 174	12 543
ZPO publiczny	54	6789	4602
ZPO niepubliczny	67	4521	3139

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wśród pacjentów zakładów opieki długoterminowej, przeważają pacjenci w wieku powyżej 75 lat, stanowią oni 55,5% wszystkich pacjentów.

Według dr. Elżbiety Szwałkiewicz, konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgnacji osób przewlekle chorych i niepełnosprawnych przyjmuje się, że w ZOL i ZOP, ze względu na stan chorych, ok. 90% - 95% osób ma NTM. Zgodnie z danymi GUS w ZOL i ZOP (w 2008 r.) przebywało ok. 21 903.⁴⁰ W związku powyższym można oszacować jakie wydatki na środki absorpcyjne ponoszą te instytucje.

⁴⁰ http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_oz_maly_rocznik_statystyczny_2011.pdf, 01.06.2012 r.

Koszt środków absorpcyjnych ponoszony przez ZOL i ZOP	
Liczba pacjentów w ZOL-ach	17 069
Liczba pacjentów w ZOP-ach	4 834
Liczba pacjentów w ZOP i ZOP (ogółem)	21 903
Liczba pacjentów w ZOL i ZOP, którzy cierpią na NTM (90% wszystkich pensjonariuszy)	19 713
Koszt środków absorpcyjnych dziennie na jedną osobę (2 szt./dobę, 0,9 zł. za 1 szt.)	1,8 zł
Koszt środków absorpcyjnych miesięcznie na jedna osobę	54 zł
Koszt środków absorpcyjnych ponoszonych przez ZOL i ZOP miesięcznie (ogółem)	1 064 486 zł
Koszt środków absorpcyjnych ponoszony przez ZOL i ZOP rocznie (ogółem)	12 774 000 zł

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Nietrzymanie moczu jest czynnikiem sprzyjającym powstawaniu odparzeń oraz odleżyn. Stan skóry odgrywa ogromną rolę w rozwoju tych dolegliwości. Dlatego u pacjentów z NTM należy zwrócić szczególną uwagę na utrzymanie higieny, a co za tym idzie dobrego stanu skóry. Podrażnienia oraz zapalenia bakteryjne mogą szybko doprowadzić do poważnych powikłań.

W oparciu o dane uzyskane z zakładu opiekuńczo-leczniczego⁴¹ prezentujemy szacunkowe koszty leczenia powikłań związanych z nietrzymaniem moczu. Koszty profilaktyki lub terapii odleżyn szacuje się w oparciu o stopień ryzyka wystąpienia odleżyn. W tym przypadku prezentujemy podział pacjentów wg skali Waterlow:

- 0 - 10 punktów - niskie ryzyko powstania odleżyn
- 10 - 15 punktów - średnie ryzyko powstania odleżyn
- 15 - 20 punktów - wysokie ryzyko powstania odleżyn
- 20 punktów i powyżej - bardzo wysokie ryzyko powstania odleżyn

⁴¹ Dane uzyskane z zakładu pielęgnacyjno - leczniczego w Toruniu. Dane placówki dostępne u autora.

W oparciu o tę skalę w tabeli poniżej przedstawiamy miesięczne koszty profilaktyki występowania odleżyn u jednego pacjenta. Koszty profilaktyki zawierają zarówno koszty materiałów oraz leków, jak również wynagrodzenie za pracę personelu. W zależności od stopnia ryzyka wystąpienia odleżyn, do opieki nad pacjentem używa się oliwki, sudokrem, rękawice niejałowe, maść alantan.

MIESIĘCZNE KOSZTY PROFILKATYKI ODLEŻYN U JEDNEGO PACJENTA.

STOPIEŃ RYZYKA	KOSZTY MATERIAŁÓW (na 1 pacjenta w miesiącu)	KOSZTY PRACOWNICZE (na 1 pacjenta w miesiącu)	ŁACZNE KOSZTY PROFILKATYKI (na 1 pacjenta w miesiącu)
0 - 10 punktów	13,72 zł	3,2 zł	16,92 zł
10 - 15 punktów	43,40 zł	42,00 zł	85,40 zł
15 - 20 punktów	122,20 zł	75,20 zł	197,40 zł
20 punktów i powyżej	205,84 zł	198,40 zł	404,24 zł

Źródło: dane zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego w Toruniu.

Koszty terapii odleżyn szacuje się w oparciu o stopień zaawansowania odleżyn:

- odleżyna I stopnia
- odleżyna I stopnia nieblednące zaczerwienienie i obrzęk
- odleżyna II stopnia z powikłaniami
- odleżyna II stopnia w fazie gojenia
- odleżyna III stopnia w fazie gojenia
- odleżyna III stopnia powikłania
- odleżyna IV stopnia gojenie
- odleżyna IV stopnia powikłania

W tabeli poniżej prezentujemy koszty leczenia odleżyn w zależności od stopnia zaawansowania. Wśród kosztów są zarówno koszty materiałów, leków czy chirurgicznego usunięcia zmian martwiczych, jak również koszty personelu, sprawującego opiekę nad chorym pacjentem.

MIESIĘCZNE KOSZTY LECZENIA ODLEŻYN U JEDNEGO PACJENTA

STOPIEŃ ODLEŻYN	KOSZTY MATERIAŁÓW (na 1 pacjenta w miesiącu)	KOSZTY PRACOWNICZE (na 1 pacjenta w miesiącu)	KOSZTY KURACJI ANTYBIOTYKOWEJ, CHIRURGICZNEGO USUNIĘCIA ZMIAN MARTWICZYCH	ŁĄCZNE KOSZTY LECZENIA (na 1 pacjenta w miesiącu)
odleżyna I stopnia	83,40 zł	14,00 zł	brak	97,40 zł
odleżyna I stopnia nieblednące zaczerwienienie i obrzęk	122,40 zł	96,00 zł	brak	218,40 zł
odleżyna II stopnia z powikłaniami	135,10 zł	16,00 zł	brak	151,10 zł
odleżyna II stopnia w fazie gojenia	127,50 zł	24,00 zł	brak	151,50 zł
odleżyna III stopnia w fazie gojenia	351,15 zł	24,00 zł	brak	375,15 zł
odleżyna III stopnia powikłania	234,10 zł	18,00 zł	220 zł	472,10 zł
odleżyna IV stopnia gojenie	635,85 zł	30,00 zł	brak	665,85 zł
odleżyna IV stopnia powikłania	681,30 zł	33,00 zł	brak	714,30 zł

Źródło: dane zakładu pielęgnacyjno - opiekuńczego w Toruniu.

Jednym z czynników wywołujących odleżyny jest wilgotność. Konsekwencją zawilgocenia jest zmiękczenie warstwy rogowej naskórka i wzrost ryzyka uszkodzenia zmacerowanych tkanek przy tarciu. Dodatkowo, ryzyko wystąpienia odleżyn wzrasta wraz z wiekiem, zwłaszcza po 75 r. życia. Na odleżyny cierpi 3-11% hospitalizowanych dorosłych.^{42; 43; 44}

⁴² <http://www.termedia.pl/Odleżyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html>

SZACUNKOWY KOSZT LECZENIA ODLEŻYN U OSÓB Z NTM W ZOL I ZOP	
Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-leczniczych w 2009 r.	33 043
Liczba pacjentów przebywających w zakładach opiekuńczo-pielęgnacyjnych w 2009 r.	7 741
Razem liczba pacjentów w ZOL i ZOP w 2009 r.	40 784
Szacunkowa liczba pacjentów powyżej 75 roku życia w ZOL i ZOP	22 431
Szacunkowa liczba pacjenci powyżej 75 roku życia w ZOL i ZOP cierpiących na NTM (przy zał. że w tej grupie wiekowej choruje 60% osób)	13 459
Szacunkowa liczba pacjentów ZOL i ZOP cierpiących na odleżyny w wyniku NTM (3% wszystkich chorych z NTM)	404
Miesięczny koszt leczenia odleżyn III stopnia przypadający na 1 pacjenta	375 zł
Szacunkowy miesięczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem)	151 411 zł
Szacunkowy roczny koszt leczenia odleżyn u osób z NTM (ogółem)	1 817 000 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

2. Leczenie zaburzeń psychicznych związanych z NTM

Jak wynika z pierwszej części raportu jedną z konsekwencji towarzyszących nietrzymaniu moczu mogą być zaburzenia zdrowia psychicznego pacjenta i zwiększone ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych.

Opierając się na badaniach Perry'ego (2006) stwierdza się, że u 56,6% osób z NTM zaobserwowano lęki, natomiast u 37,6 % zaobserwowano objawy depresji. Natomiast w badaniach J. Brody-Orlińskiej, P. Radziszewskiego oraz A. Borkowskiego oceniających występowanie i nasilenie objawów lęku i depresji u pacjentek z nietrzymaniem moczu, objawy depresji zaobserwowano u 44,4%, a objawy lękowe u 46,7% badanych kobiet. Stopień nasilenia objawów lęku i depresji korelował ponadto z liczbą epizodów nietrzymania moczu.

⁴³ <http://www.termedia.pl/Procedura-profilaktyki-odlezyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-pielęgniarskiej,50.15256,0.0.html>

⁴⁴ <http://www.umed.pl/geriatria/pdf/odlezyzny.pdf>

Z danych NFZ wynika, że rocznie fundusz wydaje 1 932 684 000 zł na leczenie zaburzeń psychicznych. (dane z centrali NFZ za 2010 rok). **Zgodnie z danymi NFZ koszty realizacji świadczeń psychiatrycznych na 10 tysięcy ubezpieczonych za rok 2010 wyniósł 517,24 tysięcy złotych.**

W oparciu o powyższe dane, oraz liczbę wszystkich osób z NTM w Polsce można oszacować jaki procent osób cierpiących na NTM cierpi na objawy depresyjne oraz korzysta z pomocy psychologicznej.

Spośród 3,8 mln osób (10% populacji) cierpiących na NTM, u 40% zaobserwowano objawy depresyjne. Szacuje się, że jedynie 13% wszystkich pacjentów z NTM⁴⁵ konsultuje swą dolegliwość u specjalistów (urologi, ginekolodzy, lekarze POZ, lekarze rodzinni).

Badania CBOS z 2000 roku wskazują natomiast, że jedynie 2% wszystkich osób z zaburzeniami psychicznymi udaje się z swoimi problemami do specjalistów (w przychodniach lub szpitalach). Ponadto jak podaje CBOS dane te nie obrazują jednak w pełni liczby osób szukających pomocy z powodu różnorodnych zaburzeń psychicznych, ponieważ znaczna ich część nie trafia do placówek psychiatrycznych. Jak dotąd badania nie wskazują, jak duża jest to grupa chorych, ponieważ liczba osób mających zaburzenia psychiczne, lecz nie szukających pomocy lub rezygnujących z niej, jest trudna do oceny. Przybliżone szacunki sugerują, iż powiększa ona liczbę zgłaszających się o około 10%.⁴⁶

Zakładając, że 2% pacjentów udaje się ze swoimi problemami psychiatrycznymi do specjalistów, można oszacować, że wśród osób z NTM z zaburzeniami psychiatrycznymi, odsetek osób konsultujących swoje problemy psychiatryczne ze specjalistami jest podobny (2%). W oparciu o takie założenia można wyliczyć, że około 30 400 osób z NTM z objawami depresji korzysta z pomocy psychologów/ psychiatrów.

Porównując powyższe szacunkowe dane dotyczące liczby osób z NTM, korzystających z pomocy psychologów, z kosztami NFZ poniesionymi na realizacji świadczeń z tytułu zaburzeń psychicznych wynika, **że w 2010 roku na leczenie depresji osób z NTM wydano ponad 1,6 mln złotych.**

⁴⁵ T. Recheberger (red.), *Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*, Poznań 2009, s. 23

⁴⁶ Badania CBOS, *Choroby psychiczne - społeczny stereotyp i dystans*, [<http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=2262>], 22.05.2012 r.

3. Koszty absencji w pracy osób z NTM

Osoby będące w wieku produkcyjnym cierpiące na nietrzymanie moczu muszą niejako „pogodzić” ograniczenia wynikające ze stanu zdrowia z pracą zawodową. Osoby te w obawie przed „zdemaskowaniem” - ujawnieniem choroby, realizują różne strategie: często wychodzą do toalety, korzystają ze środków absorpcyjnych, noszą przy sobie odzież na zmianę. Część osób wybiera pracę w domu, bądź rezygnuje z kariery i wybiera zajęcia, które będą mniej uciążliwe do pogodzenia z NTM. W związku z tym, że chorzy cały czas się kontrolują i funkcjonują w dużym stresie, ich efektywność spada. W przypadku osób cierpiących na nietrzymanie moczu brak pełnej efektywności wynika ze spadku pewności siebie, problemów z koncentracją, niemożności wykonywania pracy bez robienia licznych przerw, ograniczonej mobilności.

W związku z brakiem nawet szacunkowych danych dotyczących spadku efektywności osób z NTM w pracy, w prezentowanej analizie pominiemy kwoty utracone przez pracodawców z tego tytułu. Skupimy się na kosztach wynikających z absencji w pracy. Można zakładać, że chorzy na nietrzymanie moczu, tak samo jak osoby cierpiące na inne choroby układu moczowo-płciowego, biorą dni wolne.

Aby obliczyć koszt absencji chorobowej spowodowanej NTM oparto się na danych GUS oraz przyjęto następujące założenia:

- 10% populacji aktywnych zawodowo kobiet cierpi na NTM,
- 2% populacji aktywnych zawodowo mężczyzn cierpi na NTM,
- Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego w 2010 roku według danych GUS z powodu choroby układu moczowo-płciowego wyniosło 10,93 dnia. Można założyć, że osoby z nietrzymaniem moczu średnio tyle dni przebywają na zwolnieniu chorobowym,
- Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w październiku 2010 r. wyniosło 3 256 zł,
- Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w październiku 2010 r. wyniosło 3 832 zł.

Koszty absencji chorobowej spowodowanej NTM		
Kobiety aktywne zawodowo (dane GUS na IV kwartał 2011)		8 130 000
Mężczyźni aktywni zawodowo (dane GUS na IV kwartał 2011)		9 813 000
Kobiety aktywne zawodowo cierpiące na NTM		813 000
Mężczyźni aktywni zawodowo cierpiący na NTM		196 260
Osoby aktywne zawodowo z NTM (ogółem)		1 009 260
Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego (dni rocznie) z powodu choroby układu moczowo-płciowego		11
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród kobiet		8 886 090
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM wśród mężczyzn		2 145 122
Średnia ilość dni absencji w pracy spowodowana NTM rocznie (ogółem)	11 031 212	Średnie dzienne wynagrodzenie:
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie kobiet brutto w październiku 2010 r.	3 256 zł	148 zł
Przeciętne miesięczne wynagrodzenie mężczyzn brutto w październiku 2010 r.	3 832 zł	174 zł
Koszty z tytułu utraty produktywności przez kobiety w wyniku NTM (rocznie)		1 315 165 555 zł
Koszty z tytułu utraty produktywności przez mężczyzn w wyniku NTM (rocznie)		373 614 889 zł
Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem)		1 688 780 000 zł

Źródło: opracowanie własne.

4. Koszty ponoszone przez opiekunów nieformalnych

Według szacunków GUS (Prognoza ludności na lata 2008-2035⁴⁷) w 2020 r. osoby powyżej 60 roku życia stanowiąc będą 25% naszego społeczeństwa. Niekorzystne zmiany demograficzne już w krótkim czasie w sposób dotkliwy odczuje całe społeczeństwo. Służba zdrowia oraz placówki opiekuńcze nie podołają opiece nad rzeszą osób niesamodzielnych, wymagających opieki i pomocy w podstawowych czynnościach życiowych. W tej sytuacji

⁴⁷ http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm, 22.05.2012 r.

odpowiedzialność za osoby starsze zostanie scedowana jeszcze bardziej na rodzinę i bliskich. Opieka nieformalna często traktowana jest jako tania alternatywa dla opieki instytucjonalnej. Nie bierze się pod uwagę kosztów pośrednich, takich jak wykluczenie opiekunów z rynku pracy czy spadek aktywności zawodowej kobiet, które najczęściej zostają obciążone opieką nad osobami starszymi. W Polsce nie prowadzi się statystyk dotyczących prywatnych wydatków gospodarstw domowych związanych z opieką długoterminową. Trudno oszacować również koszty alternatywne, takie jak: rezygnacja z pracy przez opiekunów nieformalnych czy wydatki na opiekę formalną.

Z analizy przeprowadzonej przez William A. Jackson w książce „The political economy of population ageing” wynika, że przy niskim poziomie niesamodzielności koszt opieki domowej jest stosunkowo niski, rośnie znacznie wraz ze wzrostem zależności osoby w podeszłym wieku. Jest to związane z wzrostem czasu, który trzeba poświęcić na opiekę, wzrostem kosztów związanych z zatrudnieniem dodatkowej profesjonalnej pomocy czy zakupem zaopatrzenia. W instytucjach pomocy społecznej koszty opieki na osobą starszą utrzymują się na średnim poziomie, rosną znacząco dopiero przy bardzo wysokiej zależności pensionariusza. Z kolei w sektorze szpitalnym koszty opieki utrzymują się na wysokim poziomie bez względu na poziom zależności.⁴⁸

Specjaliści wskazują, że opieka domowa jest mniej kosztowna niż leczenie zinstytucjonalizowane. Poniższy diagram prezentuje miesięczne koszty opieki instytucjonalnej oraz miesięczne koszty opieki domowej nad osobą z NTM w Finlandii. Z danych zaprezentowanych przez Nordic Healthcare Group podczas III Światowego Forum Inkontynencji (III Global Forum on Incontinence), które miało miejsce w Pradze w 2010 roku wynika, że opieka domowa z zastosowaniem odpowiednich środków absorpcyjnych jest mniej kosztowna dla społeczeństwa niż leczenie zinstytucjonalizowane. Zgodnie z badaniami roczne koszty opieki domowej wynoszą 6,048 EURO na osobę, w porównaniu z 51,120 EURO w opiece instytucjonalnej.

⁴⁸ Ł. Jurek, *Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów*, Ginekologia Polska, t. 15, nr 4, s. 11-115

		Koszty miesięcznej opieki instytucjonalnej												
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Miesięcznej koszty opieki domowej	0	0 €	4 260 €	8 520 €	12 780 €	17 040 €	21 300 €	25 560 €	29 820 €	34 080 €	38 340 €	42 600 €	46 860 €	51 120 €
	1	504 €	4 764 €	9 024 €	13 284 €	17 544 €	21 804 €	26 064 €	30 324 €	34 584 €	38 844 €	43 104 €	47 364 €	
	2	1 008 €	5 268 €	9 528 €	13 788 €	18 048 €	22 308 €	26 568 €	30 828 €	35 088 €	39 348 €	43 608 €		
	3	1 512 €	5 772 €	10 032 €	14 292 €	18 552 €	22 812 €	27 072 €	31 332 €	35 592 €	39 852 €			
	4	2 016 €	6 276 €	10 536 €	14 796 €	19 056 €	23 316 €	27 576 €	31 836 €	36 096 €				
	5	2 520 €	6 780 €	11 040 €	15 300 €	19 560 €	23 820 €	28 080 €	32 340 €					
	6	3 024 €	7 284 €	11 544 €	15 804 €	20 064 €	24 324 €	28 584 €						
	7	3 528 €	7 788 €	12 048 €	16 308 €	20 568 €	24 828 €							
	8	4 032 €	8 292 €	12 552 €	16 812 €	21 072 €								
	9	4 536 €	8 796 €	13 056 €	17 316 €									
	10	5 040 €	9 300 €	13 560 €										
	11	5 544 €	9 804 €											
	12	6 048 €												

6 048€ vs. 51 120€

Źródło: opracowanie własne na podstawie prezentacji: Olli Tolkki, Dyrektora Nordic Healthcare Group przedstawionej podczas III Global Forum on Incontinence, Praga 2010.

Wraz ze wzrostem odsetka ludzi starszych wzrośnie również grupa osób cierpiących na nietrzymanie moczu. Część z nich, jeżeli nie otrzyma odpowiedniego wsparcia ze strony państwa (dostępu do nowoczesnego leczenia, diagnostyki, środków absorpcyjnych), obciąży służbę zdrowia, domy pomocy społecznej oraz opiekunów nieformalnych. Dlatego należy zwrócić uwagę na profilaktykę, wczesną diagnostykę i leczenie nietrzymania moczu oraz odpowiednie zaopatrzenie chorych w środki absorpcyjne, aby uniknąć groźnych powikłań, które w konsekwencji będą prowadziły do hospitalizacji chorego.

5. Koszty profilaktyki NTM

Z ekonomicznego punktu widzenia profilaktyka należy do najbardziej korzystnych metod zapobiegania wszelkim dolegliwościom, „lepiej zapobiegać niż leczyć”.

Jak wskazano we wcześniejszej części opracowania ponad 50% przypadków występowania wysiłkowego nietrzymania moczu dotyczy kobiet, a jedną z głównych jego przyczyn jest ilość i ciężkość przeżytych porodów, w sposób znaczący osłabiających mięśnie dna miednicy.

Szacuje się, że bezpośrednio po porodzie na nietrzymanie moczu cierpi co czwarta kobieta. Podjęte na kilka miesięcy przed porodem ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy znacznie ułatwiają sam poród, a kontynuowane później ograniczają prawdopodobieństwo wysiłkowego NTM kilkukrotnie.

W wielu krajach Unii Europejskiej każda młoda mama ma możliwość skorzystania z wczesnej rehabilitacji poporodowej. Umożliwia to szybki powrót do stanu sprzed ciąży i w znacznym stopniu ułatwia opiekę nad dzieckiem. W Polsce ta dziedzina opieki położniczej nie jest nadal dobrze rozwinięta, ale jednocześnie można zauważyć, że coraz więcej szkół rodzenia wprowadza jako jeden z elementów zajęcia z rehabilitantem lub fizjoterapeutą, który uczy jak prawidłowo ćwiczyć mięśnie dna miednicy.

W Polsce pierwsze szkoły rodzenia powstawały w latach 60-tych, obecnie w całym kraju działa ich blisko 500. Jednocześnie coraz więcej samorządów decyduje się na finansowanie specjalnych programów edukacji przedporodowej, umożliwiając kobietom zamieszkałym na terenie danego miasta czy gminy, bezpłatny udział w zajęciach w szkole rodzenia. Przykładowo w Warszawie w latach 2010-2013 realizowany jest program edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”, w ramach którego 29 publicznych i niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej organizuje zajęcia w ponad 40 miejscach na terenie całego miasta.

NFZ nie finansuje zajęć gimnastycznych wzmacniających mięśnie dna miednicy dla osób z NTM, pomimo, że u części pacjentów ta forma leczenia gwarantuje całkowite wyleczenie bądź znaczną poprawę. Pacjenci mogą skorzystać jedynie z zajęć gimnastycznych w prywatnych ośrodkach za 100% odpłatnością.

NTM WSRÓD CZŁONKÓW UROCONTI – BADANIE

W niniejszym rozdziale zostaną zaprezentowane wyniki badania kwestionariuszowego przeprowadzonego wśród osób cierpiących na NTM i ich opiekunów. Głównym celem badania była odpowiedź na pytania o:

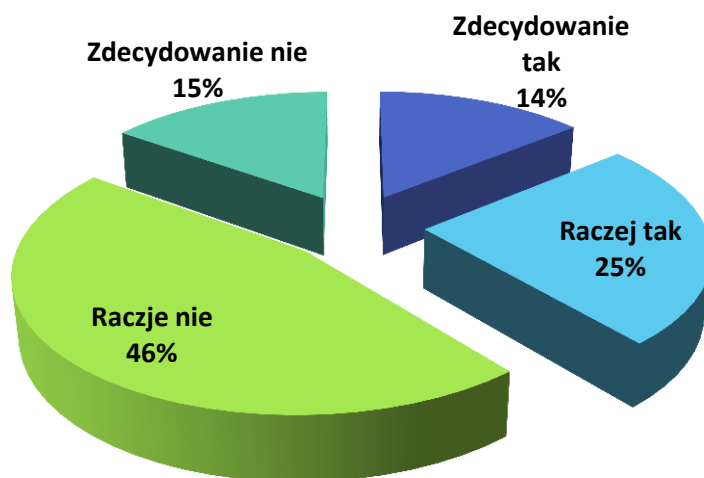
- wpływ NTM na jakość życia chorych,
- dostępność diagnostyki i terapii,
- koszty leczenia i zaopatrzenia w środki absorpcyjne.

Projekt został zrealizowany na 200 osobowej próbie członków Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” w wieku 29 – 89 lat, 96% badanych cierpi na nietrzymanie moczu, natomiast 4% opiekuje się osobą dotkniętą tym schorzeniem, 94% respondentów stanowiły kobiety, 4% - mężczyźni. Dobór próby został oparty na dostępności badanych. W związku z powyższym uogólnianie wniosków jest nieuprawnione. Zagadnienia zawarte w sondażu zostały dobrane w taki sposób, aby ściśle odpowiadały postawionym celom. Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu kwestionariusza do samodzielnego wypełnienia. Należy zaznaczyć, że badana grupa osób należy do najlepiej wyedukowanych i aktywnych pacjentów z NTM w Polsce, o czym należy pamiętać czytając poniższe wyniki.

JAKOŚĆ ŻYCIA

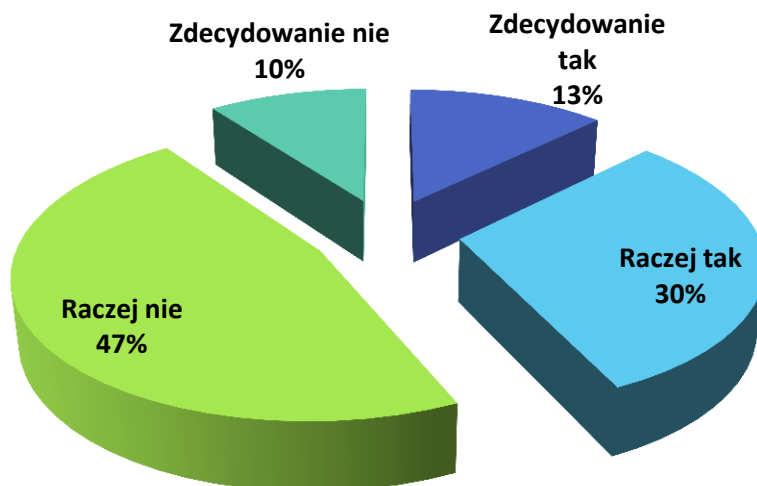
Z przeprowadzonych badań wynika, że 39% ankietowanych odczuwa negatywny wpływ nietrzymania moczu na efektywność w wykonywaniu obowiązków domowych. Jeszcze liczniejsza grupa (43%) wskazuje, że NTM przeszkadza im w aktywnym wypoczynku. Wyniki niniejszego badania są zbieżne z danymi przedstawionymi we wcześniejszych rozdziałach raportu i pokazują, jak poważne konsekwencje w życiu zawodowym i towarzyskim ma ta wstydliva choroba nawet u osób świadomych dostępnych terapii oraz produktów leczniczych i pomocniczych na rynku. Jedna trzecia ankietowanych odczuwa negatywne skutki nietrzymania moczu w pracy, z kolei u 39% respondentów NTM spowodowało pogorszenie się relacji towarzyskich.

Czy NTM miało negatywny wpływ na wykonywanie czynności domowych?



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

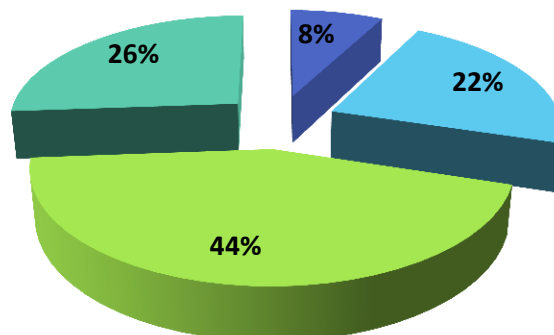
Czy NTM ograniczało rekreację fizyczną?



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

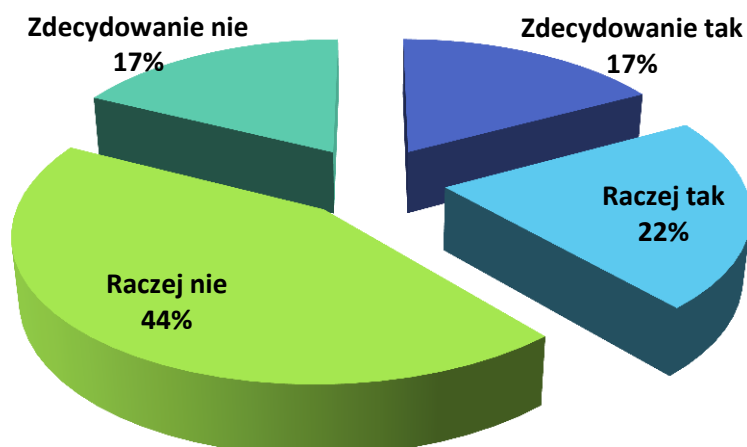
Czy NTM wpływa na wydajność w pracy?

■ Zdecydowanie tak ■ Raczej tak ■ Raczej nie ■ Zdecydowanie nie



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

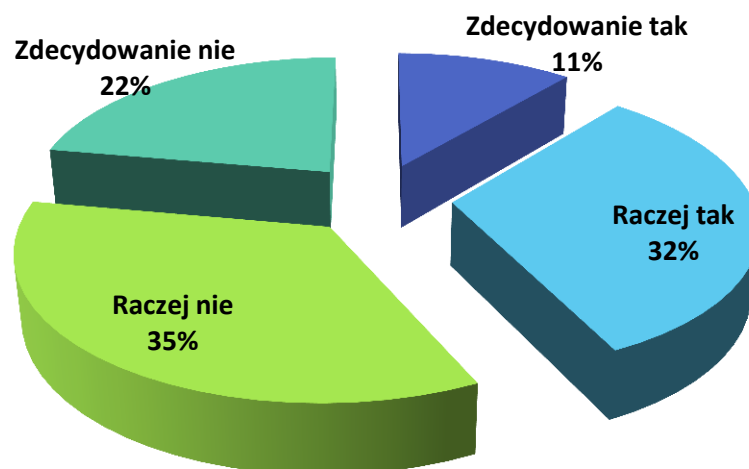
Czy NTM ma negatywny wpływ na życie towarzyskie



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

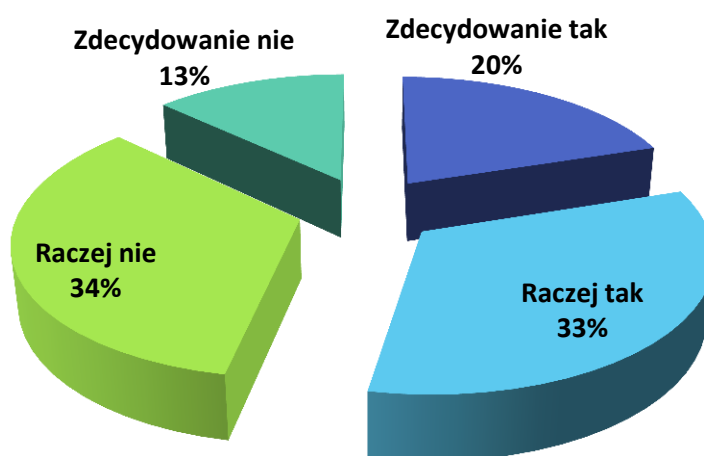
Z analizy zebranych ankiet wynika, że nietrzymanie moczu ma znaczący wpływ na stan emocjonalny dotkniętych nim osób. 43% badanych wskazuje, że NTM miało negatywny wpływ na ich stan emocjonalny, aż 53% twierdzi, że choroba powoduje u nich frustrację.

Czy NTM ma negatywny wpływ na stan emocjonalny?



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

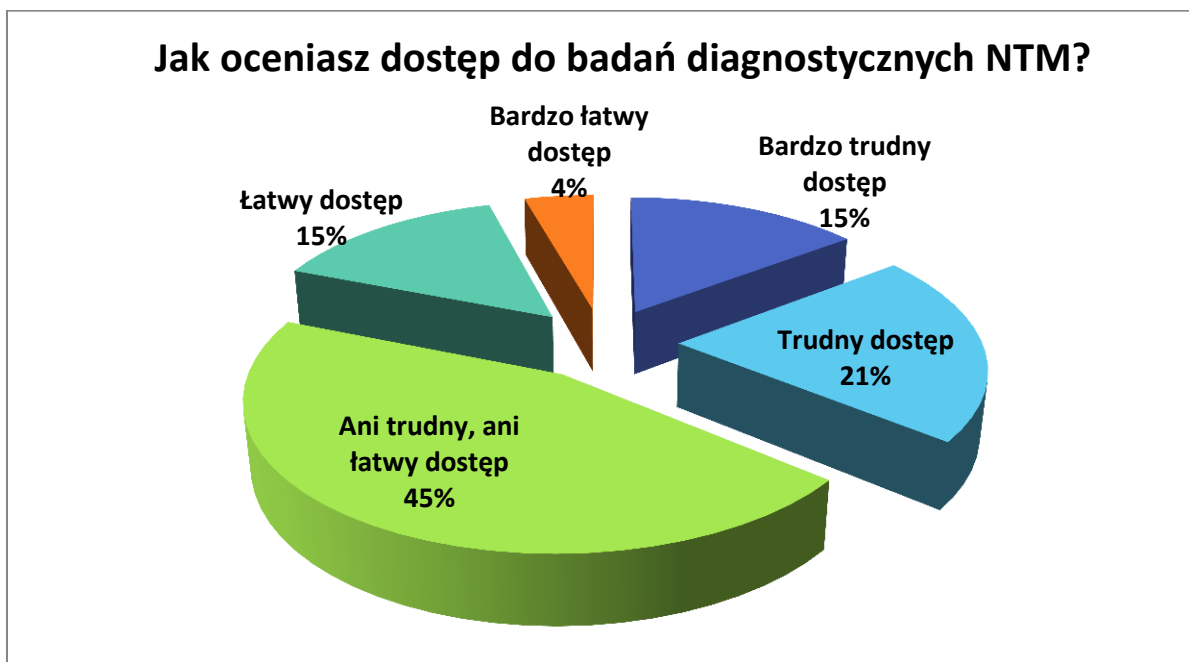
Czy nietrzymanie moczu powoduje frustrację?



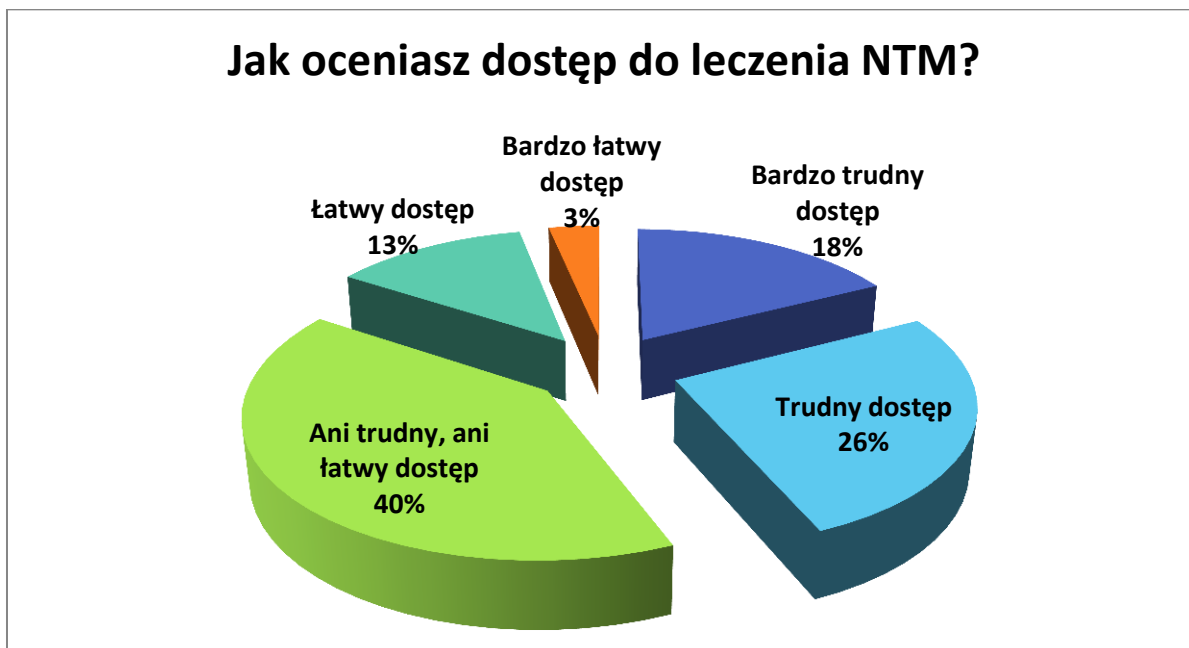
Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

Z badania wynika, że pacjenci cierpiący na nietrzymanie moczu borykają się z ograniczeniami w dostępie do przysługujących im świadczeń. Jedynie 19% respondentów uważa, że dostęp do badań diagnostycznych nie nastęrcza żadnych problemów, z kolei z dostępu do leczenia zadowolonych jest jedynie 16% badanych. Przeciwnego zdania jest odpowiednio 36% i 44% ankietowanych. 55% badanych poniosło koszty z tytułu leczenia nietrzymania moczu, natomiast 53% koszty związane z diagnostyką; 28% ankietowanych wydaje na leki stosowane w leczeniu NTM powyżej 50 zł miesięcznie.

DOŚTĘPNOŚĆ DIAGNOSTYKI I TERAPII

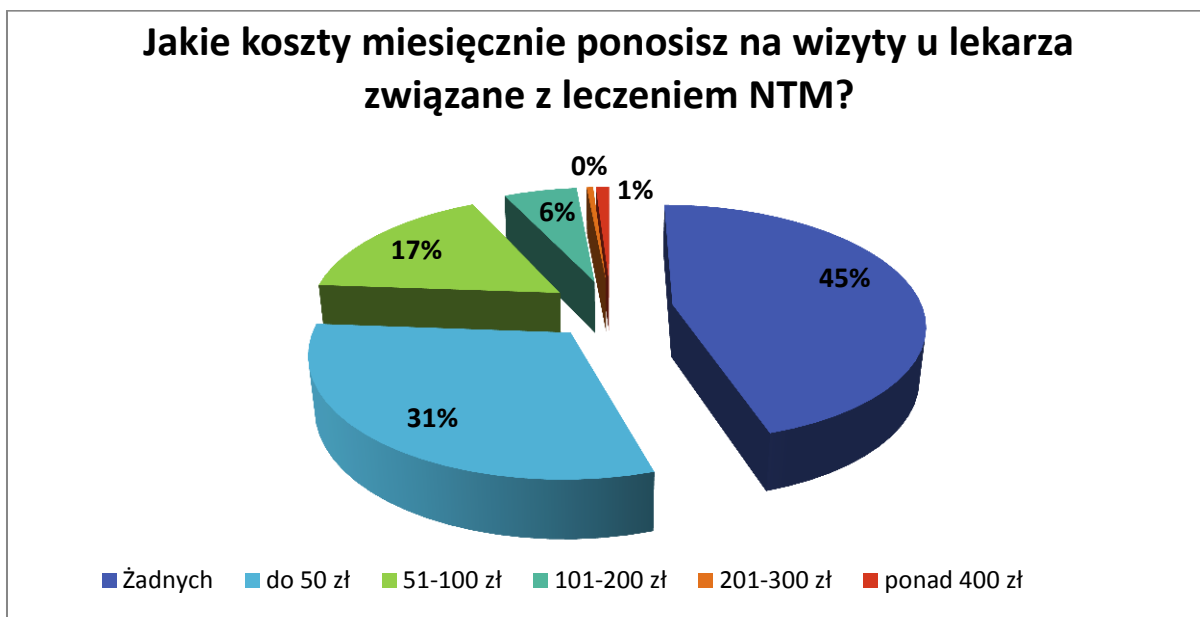


Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

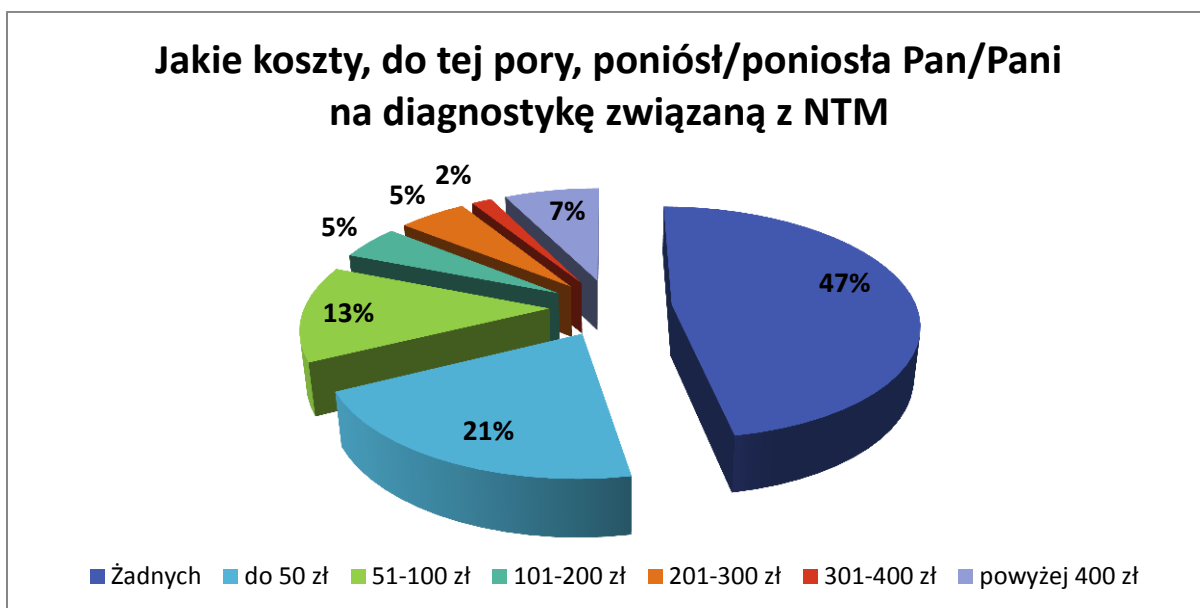


Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

KOSZTY LECZENIA I ZAOPATRZENIA W ŚRODKI ABSORPCYJNE

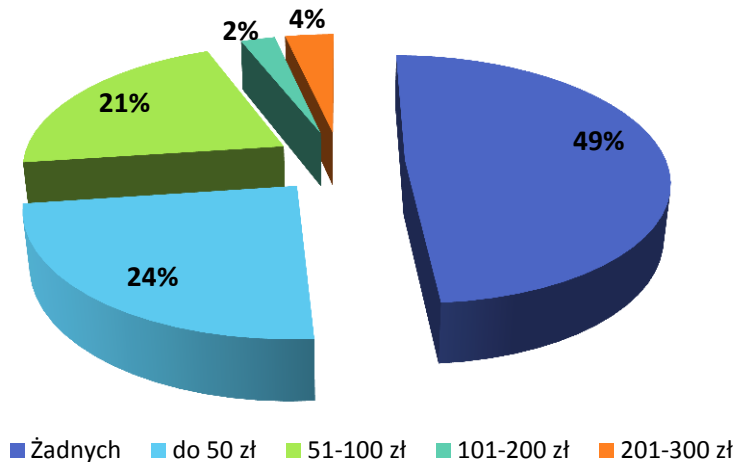


Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

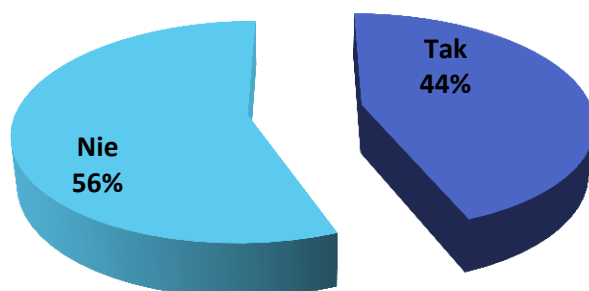
Jakie koszty miesięcznie ponosisz na zakup leków na NTM?



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

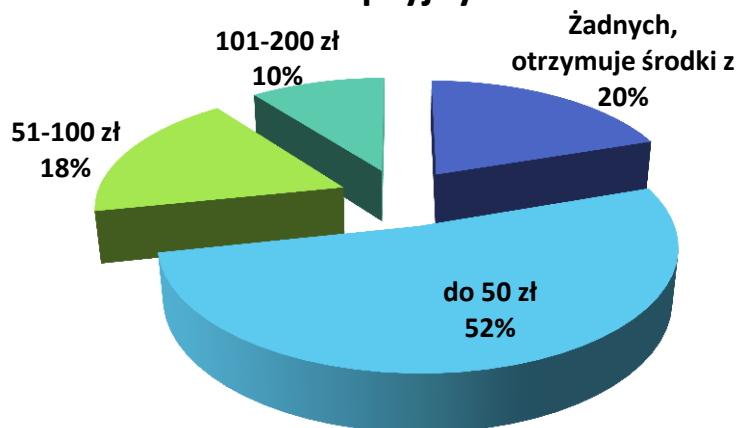
44% badanych wskazało, że korzysta ze środków absorpcyjnych. W świetle wcześniejszych analiz jest to bardzo duży odsetek. Prawdopodobnie wynika to z faktu, że członkowie stowarzyszenia posiadają ponadprzeciętną wiedzę na temat środków pomocniczych przeznaczonych dla osób z NTM, konsekwencji zaniedbań higienicznych, a co za tym idzie decyzji o zakupie środków poza refundacją NFZ. Jednocześnie z badania wynika, że aż 80% użytkowników artykułów absorpcyjnych płaci za nie z własnych środków, prawdopodobnie jest to rezultat bardzo restrykcyjnych przepisów wykluczających większość osób z NTM z grona uprawnionych do otrzymania refundacji NFZ. Taki stan rzeczy będzie miał miejsce, dopóki nietrzymanie moczu nie zostanie uwzględnione jako jednostka chorobowa uprawniająca do otrzymania dofinansowania.

Czy korzystasz ze środków absorpcyjnych?



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

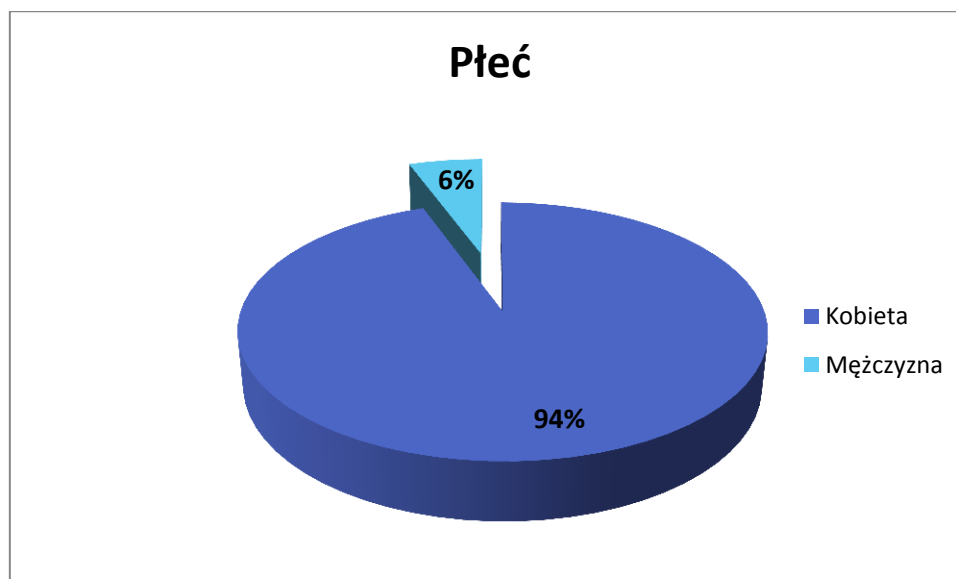
Jakie koszty miesięcznie ponosisz na zakup środków absorpcyjnych?



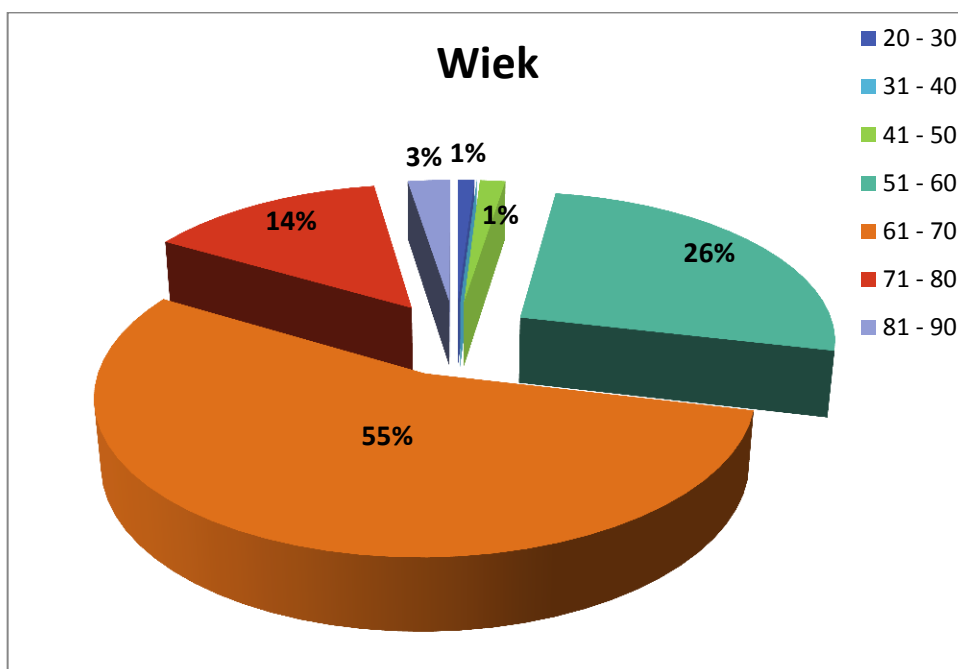
Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

METRYCZKA

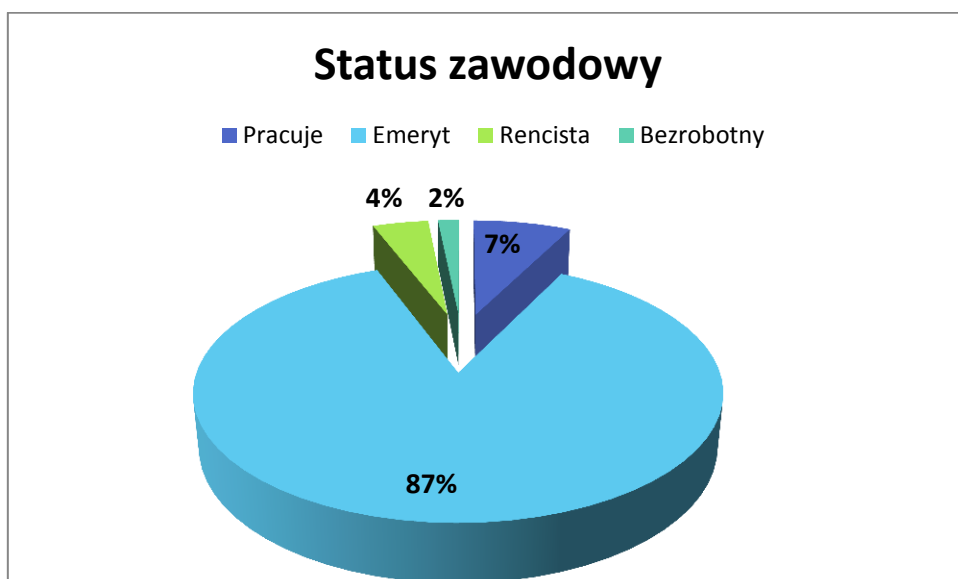
Badanie zostało zrealizowane na 200 osobowej próbie członków Stowarzyszenia Osób z NTM „UroConti” w wieku 29 – 89 lat, 96% badanych cierpi na nietrzymanie moczu, natomiast 4% opiekuje się osobą dotkniętą tym schorzeniem, 94% respondentów stanowiły kobiety, 4% - mężczyźni. Większość (87%) ankietowanych jest na emeryturze, 9% stanowią osoby aktywne zawodowo, 4% to renciści. 75% badanych osób nie posiada żadnego stopnia niepełnosprawności.



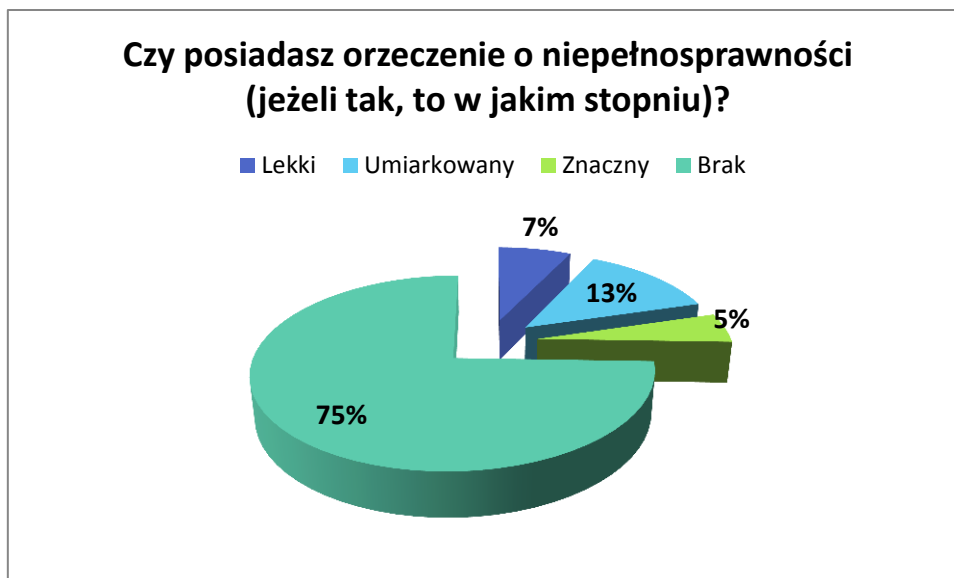
Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.



Źródło: Badanie kwestionariuszowe przeprowadzone wśród 200 członków stowarzyszenia UroConti.

Niniejsze badanie potwierdza informacje zaprezentowane w poprzedniej części raportu i wskazuje na brak spójnej i kompleksowej strategii walki z NTM w Polsce: utrudnienia w dostępie do diagnostyki, leczenia oraz podstawowych środków higieny a w konsekwencji destrukcyjny wpływ choroby na życie prywatne i zawodowe. Należy zwrócić jednocześnie uwagę, że badanie zostało przeprowadzone wśród członków stowarzyszenia, osób świadomych wagi problemu, mających dużą wiedzę na temat leczenia i refundacji, z dostępem do profesjonalnie prowadzonych ćwiczeń mięśni dna miednicy czy konsultacji lekarskich organizowanych przez ich organizację. Pomimo tych udogodnień osoby te nadal odczuwają bariery w dostępie do odpowiednich terapii. Dlatego należy zastanowić się, jak wygląda sytuacja wśród chorych z małych miast i wsi, regionów, gdzie nie ma oddziałów UroConti, a wiedza lekarzy, szczególnie POZ, na temat nietrzymania moczu jest niewielka. Jakie możliwości uzyskania pomocy mają te osoby i jaki wpływ NTM ma na ich życie?

WNIOSKI I REKOMENDACJE

Nietrzymanie moczu dotyka miliony Polaków. Ze względu na ogromne rozpowszechnienie tej dolegliwości należy spojrzeć na nią z szerszej perspektywy, nie tylko jako na problem zdrowotny, ale także społeczny i ekonomiczny.

Ostrożne szacunki zakładają, że problem nietrzymania moczu może dotyczyć **nawet 3 - 4 mln** osób w Polsce. Jednakże niektórzy specjaliści sugerują, że odsetek chorych może być znacznie wyższy, niż wskazywany w publikowanych badaniach, z racji intymnego charakteru tego schorzenia i trudności w zebraniu rzetelnych danych.

<i>Szacunkowe koszty z tytułu zachorowalności na NTM ponoszone w Polsce</i>	
Koszt refundacji leków na NTM w 2011 r.	3 230 490 zł
Koszt poniesiony przez NFZ na wykonanie badania urodynamicznego w 2011r.	722 000 zł
Koszt refundacji zabiegów operacyjnych stosowanych w terapii NTM u kobiet i mężczyzn w 2011 r.	23 500 000 zł
Koszty zaopatrzenia w pieluchy anatomiczne i pieluchomajtki osób z NTM poniesione przez NFZ w 2011 r.	173 817 000 zł
Roczny koszt zaopatrzenia w środki absorpcyjne pensjonariuszy cierpiących na NTM w ZOL i ZOP	12 774 000 zł
Szacunkowy roczny koszt ponoszony przez osoby chore na NTM na środki absorpcyjne	95 800 000 zł
Koszt leczenia odleżyn powstałych w wyniku zaniedbań związanych z NTM	1 817 000 zł
Koszt leczenia depresji u osób z NTM w 2010 r.	1 600 000 zł
Koszty z tytułu utraty produktywności w wyniku NTM rocznie (ogółem)	1 688 780 000 zł
Roczny koszt NTM (ogółem)	2 002 040 000 zł

Źródło: opracowanie własne.

Analizując powyższe dane narzuca się wniosek, że koszt leczenia, diagnostyki oraz utrzymania higieny jest nieporównywalnie niższy od kosztu utraty produktywności przez chorych na NTM. Inwestycja w diagnostykę, leczenie oraz szersze zaopatrzenie w środki absorpcyjne może wygenerować znaczne oszczędności w obszarze produktywności społeczeństwa. Ten przykład wskazuje, jak ważna jest farmakoekonomika w rzetelnej analizie kosztów związanych z refundacją. Jednocześnie należy pamiętać, iż powyższe szacunki opierają się na bardzo konserwatywnych założeniach i nie obejmują wszystkich pozycji kosztowych ponoszonych z tytułu zachorowalności na NTM. W raporcie nie uwzględniono kosztów PFRON odnośnie wydatków na refundację środków absorpcyjnych oraz statystyk dotyczących kosztów wynikających z opieki nieformalnej nad osobami z NTM, czy też statystyk dotyczących liczby osób zgłaszających się do specjalistów z powodu NTM. W Polsce nie prowadzi się statystyk pozwalających na oszacowanie kosztów wynikających nie tylko z zachorowalności na nietrzymanie moczu, ale także innych poważnych chorób, które przynoszą ogromne wydatki dla budżetu państwa.

Aby zredukować liczbę nowych zachorowań oraz ograniczyć negatywny wpływ NTM na społeczeństwo należy opracować i wdrożyć kompleksowy program profilaktyki, leczenia oraz utrzymania higieny osób z nietrzymaniem moczu, w oparciu o doświadczenia własne oraz rozwiązania wprowadzone w bardziej rozwiniętych krajach.

Rekomendacje:

- Edukacja społeczeństwa

Wskazane jest szerokie edukowanie oraz informowanie opinii publicznej o skali występowania problemu NTM, możliwościach leczenia, a także o metodach profilaktyki. Obecnie nadal pokutuje przekonanie, że NTM jest jednym z elementów starości, dlatego część pacjentów nigdy nie zgłasza się do lekarza i nie szuka pomocy. Należy dążyć do sytuacji, w której społeczeństwo będzie świadome konieczności realizacji działań prewencyjnych już od wieku szkolnego (profilaktyka: odpowiedni styl życia, dieta, aktywność fizyczna, itp.). W przypadku zachorowania możliwości terapeutycznych, w tym możliwości refundacji leczenia (aby chory stał się świadomym i aktywnym uczestnikiem procesu leczenia), a także konsekwencji nieleczenia. Należy przy tym zaznaczyć, iż obecne

zasady refundacji w sposób niezrozumiały faworyzują jedne metody leczenia (zabiegi operacyjne) kosztem innych form terapii (leczenie zachowawcze). Również niezrozumiała dla pacjentów jest zasada refundacji środków absorpcyjnych (skomplikowana, niedoszacowana i całkowicie odmienna od standardów UE).

- Edukacja lekarzy pierwszego kontaktu oraz personelu pielęgniarskiego odnośnie profilaktyki, diagnostyki oraz leczenia NTM

Z badań wynika, że wiedza lekarzy POZ na temat nietrzymania moczu nadal jest niewystarczająca. Tymczasem pierwszą osobą, która powinna zdiagnozować i odpowiednio pokierować pacjenta z NTM, jest lekarz rodzinny. Aż w 80-85% przypadków poprawnie przeprowadzona podstawowa diagnostyka pozwala na ustalenie przyczyn nietrzymania moczu, a co za tym idzie szybsze wyleczenie.

W Polsce wciąż brakuje programów informacyjnych oraz profilaktycznych w zakresie leczenia nietrzymania moczu. Również wiedza lekarzy POZ i pielęgniarek jest niewystarczająca. Warto, aby edukacja w tym zakresie rozpoczęła się już na poziomie kształcenia medycznego, co pozwoliłoby zminimalizować koszty związane z edukacją lekarzy i pielęgniarek. Inną możliwością jest organizacja krótkich jedno lub dwudniowych kursów dla personelu medycznego.

W Polsce leczeniem NTM zajmują się głównie urolodzy i ginekolodzy. Nie oznacza to jednak, że wszyscy lekarze tych dwóch specjalizacji zajmują się na co dzień tym obszarem terapii. Stąd bardzo istotna wydaje się być inicjatywa sekcji uroginekologicznej Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego o ustanowieniu nadspecjalizacji „uroginekologa” co jednoznacznie pozwoli pacjentowi identyfikować lekarza specjalizującego się w leczeniu NTM o ile zechcą się w tym kierunku kształcić zarówno ginekolodzy jak i urolodzy.

Zaleca się także poszerzenie kompetencji personelu pielęgniarskiego w zakresie profilaktyki i zaopatrywania osób z NTM w środki absorpcyjne. Należy pamiętać, że pielęgniarki podczas swojej codziennej pracy w przychodni, na oddziale czy w terenie mają bezpośredni kontakt z pacjentami i ich rodzinami. Towarzyszą im podczas wszystkich etapów leczenia i cieszą się dużym zaufaniem, dlatego to właśnie m. in. na ich barkach powinny spoczywać takie

obowiązki jak: edukacja społeczeństwa czy przepisywanie zleceń na zaopatrzenie pomocnicze umożliwiające pielęgnacje osoby z NTM.

– Utworzenie narodowego programu walki z nietrzymaniem moczu

Nietrzymanie moczu jest niezwykle złożonym problemem. Mechanizm jego powstawania nie jest prosty, może wiązać się z przebytymi chorobami, z ciążą czy niezdrowym trybem życia. Jedno jest pewne, schorzenie to dotyka coraz szerszej grupy ludzi, a wraz ze wzrostem populacji ludzi starszych, która to - jak wskazują demografowie - będzie gwałtownie się powiększać, możemy spodziewać się występowania coraz większej liczby nowych zachorowań. Dlatego już dziś należy zadbać o długofalowy i kompleksowy program walki z NTM, który będzie uwzględniał edukację społeczeństwa na wczesnym etapie. Kompleksową opieką powinny zostać objęte już młode kobiety, przed urodzeniem pierwszego dziecka, opieka ta powinna być kontynuowana i poszerzana podczas ciąży i porodu, a także w następnych etapach życia i uwzględniać takie aspekty jak: edukacja - podczas rutynowych wizyt u ginekologa - odnośnie czynników ryzyka, nauka ćwiczeń mięśni kegla w szkołach rodzenia, szczególna opieka nad kobietami w ciąży, kierowanie młodych mam, przez personel medyczny, na zajęcia z fizjoterapeutą. *„Przykładowo w Anglii wszyscy instruktorzy aerobiku są szkoleni, aby w trakcie zajęć prowadzili także ćwiczenia mięśni krocza. Z kolei w Australii podczas wizyty pacjentki u ginekologa, pielęgniarki kontrolują umiejętność wykonywania przez pacjentkę skurczów mięśni miednicy mniejszej. Jeśli nie posiada ona takiej umiejętności, otrzymuje odpowiedni instruktaż. We Francji wszystkim kobietom po urodzeniu pierwszego dziecka zalecane są profilaktyczne ćwiczenia z ciężarkami dopochwowymi. Każda poradnia ginekologiczna, czy urologiczna zaopatrzona jest w rozmaite broszury, informujące dlaczego ćwiczenia mięśni krocza są tak bardzo ważne i jak je właściwie wykonać”*⁴⁹

Zachorowalność mężczyzn na NTM, w większości przypadków, jest związana z wystąpieniem u nich chorób gruczołu krokowego. Dlatego profilaktyka NTM u mężczyzn, powinna być nierozłącznie związana z profilaktyką chorób prostaty.

⁴⁹ B. Pilarska, *Rola pielęgniarki urologicznej i ginekologicznej w profilaktyce i diagnostyce NTM*, Kwartalnik NTM nr 1 (40) 2012

- *Poszerzenie możliwości terapeutycznych o nowoczesne terapie (np. neuromodulacje, taśmy dla mężczyzn)*

Należy zagwarantować chorym dostęp do wszystkich skutecznych form leczenia sprawdzonych na świecie. Pamiętajmy, że nie ma jednej metody, która byłaby efektywna we wszystkich przypadkach. Niestandardowe terapie bardzo często zalecane są pacjentom, u których leczenie podstawowe nie powiodło się, a także w przypadku osób z powikłaniami będącymi następstwem leczenia NTM. W Polsce osoby cierpiące na NTM mają mocno ograniczone możliwości terapeutyczne. Z budżetu państwa w pełni finansowane są jedynie chirurgiczne zabiegi z użyciem taśm stosowane w leczeniu wysiłkowego oraz mieszanego nietrzymania moczu i implantacja sztucznego zwieracza u mężczyzn. Nie wszyscy chorzy kwalifikują się do tego typu leczenia. Pacjentom, którzy cierpią na inne rodzaje NTM resort zdrowia ma do zaoferowania niewiele. Sztandarowym przykładem zaniedbań resortu zdrowia jest brak dostępu do neuromodulacji korzeni krzyżowej u pacjentów z ciężkim NTM. Obecnie pacjenci, którym zaleca się terapie w postaci neuromodulacji krzyżowej mogą, po uzyskaniu zgody konsultanta krajowego w dziedzinie urologii oraz Narodowego Funduszu Zdrowia, leczyć się za granicą. Należy podkreślić, że przewidywany koszt refundacji neuromodulacji w Polsce wynosi ok. 30 tys. zł (na jednego pacjenta), tymczasem dofinansowanie tego rodzaju zabiegu dla pacjenta wyjeżdżającego na terapię poza granicę kraju to wydatek rzędu 100 tys. zł. Metoda ta rekomendowana jest min. przez Międzynarodowe Konsultacje ds. Kontynencji (ICI) – grupę doradczą przy Światowej Organizacji Zdrowia oraz Europejskie Towarzystwo Urologiczne w ramach leczenia pacjentów z mieszanym nietrzymaniem moczu lub pęcherzem nadreaktywnym. W Europie jest ona dostępna od 20 lat. W Polsce trwa dopiero procedura refundacyjna. W styczniu 2011 r. Stowarzyszenie Osób z NTM „UroConti” przekazało, za pośrednictwem konsultanta krajowego ds. urologii prof. Andrzeja Borówki, wniosek do Ministerstwa Zdrowia o wpisanie procedury neuromodulacji korzeni krzyżowych do katalogu świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ministerstwo Zdrowia zleciło Agencji Ocen Technologii Medycznych (AOTM) przygotowanie rekomendacji dla zakwalifikowania neuromodulacji krzyżowej w leczeniu zaburzeń czynności dolnych dróg moczowych jako świadczenia gwarantowanego. Neuromodulacja została potraktowana jako zupełnie nowa metoda leczenia. Do chwili obecnej procedura rozpatrywania wspomnianego wniosku nie zakończyła się.

- Wprowadzenie standardów postępowania wobec pacjentów z NTM objętych opieką długoterminową

Dane zaprezentowane podczas Światowego Forum poświęconego problemowi nietrzymania moczu (ang. Global Forum on Incontinence), które odbyło się 2010 r. w Pradze ukazują, że opieka domowa nad osobą z NTM z zastosowaniem odpowiednich środków absorpcyjnych jest mniej kosztowna dla społeczeństwa niż leczenie zinstytucjonalizowane. Według danych zaprezentowanych w raporcie koszt w opiece instytucjonalnej jest blisko dziewięciokrotnie wyższy od kosztów związanych z opieką nieformalną w domu. Dlatego zmiany systemowe powinny iść w kierunku wzmacniania opieki domowej. Nie mamy tu na myśli przrzucania całkowitej odpowiedzialności za osobę niesamodzielną na rodzinę i pozostawienie jej bez pomocy, ale aktywne wsparcie finansowe, merytoryczne i logistyczne opiekunów nieformalnych.

- Wprowadzenie na listę leków refundowanych jak największej liczby preparatów stosowanych w leczeniu NTM i usunięcie sztucznych ograniczeń w dostępie do nich (wymóg badania urodynamicznego w przypadku leków antycholinergicznym)

Obecnie w Polsce na liście leków refundowanych znajdują się jedynie dwa leki stosowane w terapii zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB), tymczasem według specjalistów nie ma jednego uniwersalnego preparatu, skutecznego u wszystkich chorych. „Fakt, że OAB jest wynikiem wielu procesów patologicznych może oznaczać konieczność indywidualnego dostosowania farmakoterapii dla danego pacjenta. Dlatego też w chwili obecnej nie ma jednego, idealnego leku, który mógłby być zastosowany u wszystkich pacjentów z OAB.”⁵⁰

Dodatkowo resort zdrowia poprzez utworzenie jednostki chorobowej „zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym” tworzy sztuczne bariery mające ograniczyć dostęp do farmakoterapii. Specjaliści medycyny wskazują (list otwarty do Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2012 r.), że badanie urodynamiczne nie jest ani konieczne ani nawet wskazane, aby zdiagnozować OAB. Badanie to jest bardzo drogie i refundowane w całości przez NFZ.

⁵⁰ T. Rechberger, A. Wróbel, *Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) – czy istnieje lek idealny?*, Kwartalnik NTM nr 4 (35) 2010

- Wprowadzenie refundacji zachowawczych metod leczenia (np. biofeedback, elektrostymulacja, ćwiczenia mięśni dna miednicy)

Badania dowodzą, że fizjoterapia w wielu przypadkach jest wystarczającą i skuteczną formą leczenia. Metoda ta jest nieinwazyjna, mało uciążliwa i pozbawiona działań ubocznych, dlatego cieszy się dużym zainteresowaniem chorych.

- Zwiększenie dostępu do refundowanych środków absorpcyjnych wraz z urealnieniem limitów cenowych i ilościowych

W Polsce dostęp do środków absorpcyjnych dla osób z NTM jest mocno ograniczony. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami nietrzymanie moczu nie jest wystarczającym kryterium do otrzymania refundacji na środki absorpcyjne. Wystarczy porównać sytuację w Polsce oraz w sąsiednich krajach, aby zdać sobie sprawę z powagi problemu.

Kraj	Dopłata pacjenta	Limit cenowy	Limit ilościowy	Wskazania medyczne do przyznania refundacji	Klasyfikacja refundacji w oparciu o stopień nietrzymania moczu
Polska	30%	90 zł	60 szt.	Nietrzymanie moczu nie jest wystarczającym wskazaniem do otrzymania refundacji, chory musi mieć inną chorobę uwzględnioną w wykazie	brak
Czechy	brak	Ciężkie NTM – 180 zł Średnie – 117 zł Lekkie NTM – 70 zł	150 szt.	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek, podkładow i majtek chłonących
Słowacja	brak	Ciężkie NTM – 206 zł Lekkie NTM – 62 zł	brak	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM (lekkie, ciężkie) refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i podkładow
Węgry	brak (przy niskich dochodach) lub 15%	Ciężkie NTM – 137 zł Lekkie NTM – 74 zł	120 szt.	nietrzymanie moczu	w zależności od stopnia NTM refundacja wkładów anatomicznych, pieluch anatomicznych, pieluchomajtek i prześcieradeł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WFIP.

Zgodnie z wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Urologicznego oraz Międzynarodowych Konsultacji na temat Nietrzymania Moczu (ICI), środki absorpcyjne są niezbędne osobom cierpiącym na nietrzymanie moczu bez względu na stopień nasilenia choroby. Wzrost dostępności środków absorpcyjnych jedynie z pozoru zwiększa wydatki płatnika. W gruncie rzeczy jest to inwestycja, która w przyszłości zaowocuje redukcją kosztów związanych ze zmniejszeniem aktywności zawodowej chorych bądź całkowitą utratą zdolności zarobkowania, z opieką i pielęgnacją chorych w domach opieki oraz hospitalizacją pacjentów z zakażeniami i odleżynami powstałymi w wyniku nieodpowiedniej higieny osobistej (niektóre odleżyny leczy się wiele miesięcy a nawet rok, trudno gojąca się rana prowadzi do zakażenia wirusami, bakteriami, grzybami, infekcja może doprowadzić do posocznicy co zagraża życiu pacjenta, koszty antybiotyków, opatrunków). Koszty pośrednie braku dostępu do środków absorpcyjnych są nieproporcjonalnie wyższe od tych, które poniósłby budżet państwa inwestując w profilaktykę i odpowiednie zaopatrzenie pacjentów w środki higieniczne. Obecna sytuacja często prowadzi do przedwczesnej hospitalizacji, która generuje niepotrzebne koszty dla budżetu służby zdrowia.

W raporcie wykorzystano dane zebrane w ramach „Programu Prospołecznego NTM – Normalnie Życ”, prowadzonego nieprzerwanie w Polsce od 1 stycznia 2002 roku. „Program Prospołeczny NTM – Normalnie Życ” jest otwartą kampanią edukacyjno – informacyjną prowadzoną przez STUDIO PR. Nazwa Programu oraz jego znak są prawnie zastrzeżone.

BIBLIOGRAFIA

- Badania CBOS**, Choroby psychiczne - społeczny stereotyp i dystans, [<http://badanie.cbos.pl/details.asp?q=a1&id=2262>], 22.05.2012 r.
- Baranowski W., Rogowski A.**, Leki antycholinergiczne nie dla wszystkich takie same, Kwartalnik NTM nr 2 (33) 2010
- Bidzan M.**, Jakość życia pacjentek z różnym stopniem nasilenia wysiłkowego nietrzymania moczu, Kraków 2008
- Dutkiewicz S., Kapusta K.**, Nietrzymanie moczu a czynniki ryzyka i jakości życia kobiet w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznym w Kielcach, Przegląd Menopauzalny 2011, 6
- Ferreira M., Santos P.**, Pelvic floor muscle training programmes: a systematic review, Acta Med Port. 2011 Mar-Apr; 24(2)
- Górecki R.**, Leczenie nietrzymania moczu. Stan aktualny i kierunki rozwoju, Przegląd Urologiczny 2006/7/2 (36)
- Irwin D. E., Milsom I., Kopp Z.**, [et al.], Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries, BJU Int 2006
- Jurek Ł.**, Sektory opieki długoterminowej – analiza kosztów, Ginekologia Polska, t. 15, nr 4
- Knapp Jr P. M.**, Decydująca rola lekarza pierwszego kontaktu w leczeniu nietrzymania moczu, Medycyna po dyplomie, 1999, 8(5)
- Kurpas D., Bujanowska-Fedak M., Steciwko A.**, Epidemiologia i etiopatogeneza nietrzymania moczu, w: Steciwko A. (red.), Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego, Wrocław 2002
- List otwarty profesorów do Ministra Zdrowia Bartosza Arłukowicza**, sygnowany przez: prof. Włodzimierza Baranowskiego, prof. Andrzeja Borkowskiego, prof. Piotra Radziszewskiego, prof. Tomasza Rechbergera, prof. Krzysztofa Czajkowskiego, prof. Romualda Dębskiego, prof. Ewę Nowak-Markwitz, prof. Tomasza Paszkowskiego, prof. Andrzeja Steciwko i prof. Andrzeja Witka
- Łyczko N.**, Co o NTM wiedzą lekarze pierwszego kontaktu?, Kwartalnika NTM nr 3 (38) 2011
- Miotła P., Tomaszewski J.**, Zachowawcze metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet, w: Rechberger T. (red.), Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet, Poznań 2009

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK), Urinary Incontinence The Management of Urinary Incontinence in Women, NICE Clinical Guidelines 2006, Nr 40

Newman D. K. , Results of a General Practitioner (GP) Survey on Urinary Incontinence, III Global Forum on Incontinence, Praga 2010

Norton P. A., Macdonald L. D., Sedgwick P. M., Stanton S. L., Distress and delay associated with urinary incontinence, frequency and urgency in women, *Br Med J* 1988

Pilarska B., Rola pielęgniarki urologicznej i ginekologicznej w profilaktyce i diagnostyce NTM, *Kwartalnik NTM* nr 1 (40) 2012

Radziszewski P., Dobroński P., *Lekarz Radzi Nietrzymanie Mocz*, Warszawa 2008

Radziszewski P., Dostępność badań urodynamicznych w Polsce, *Kwartalnik NTM* nr 3 (30) 2009

Radziszewski P., Dybowski B., Borkowski A., Klasyfikacja i rodzaje nietrzymania moczu, w: *Steciwko A., Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, Wrocław 2006

Rechberger T., Futyma K., Bartuzi A., Współczesne poglądy na temat leczenia nietrzymania moczu u kobiet, Rola farmakoterapii, w: *Rechberger T. (red.) Nietrzymanie moczu i zaburzenia statyki dna miednicy u kobiet*, Poznań 2009

Rechberger T., Wróbel A., Leczenie zespołu pęcherza nadreaktywnego (OAB) – czy istnieje lek idealny?, *Kwartalnik NTM* nr 4 (35) 2010

Robinson D., Pearce K., Preisser J., [et al.], Relationship between patient reports of urinary incontinence symptoms and quality of life measures, *Obstet Gynecol*, 1998, 91

Schipper H., Quality of Life: Principles of the clinical paradigm, *Journal Psychosocial Oncology* 1990, t. 8

Skrzypulec V., Pielą B., Droszól A., Życie seksualne kobiet po operacjach uroginekologicznych, *Seksuologia Polska* 2006, 4, 1

Steciwko A., Kurpas D., Mastalerz-Migas A., Bujnowska-Fedak M., Najczęstsze podziały, klasyfikacje i epidemiologia nietrzymania moczu, *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego*, Wrocław 2002

Vereecken R., Psychological and sexual aspects in different types of bladder dysfunction. *Psychother. Psychosom.*, 1989; 51(3)

Villet R., Salet-Lizee D., Zafiropulo M., *Wysiłkowe nietrzymanie moczu u kobiet*, Warszawa 2003

SPIS STRON WWW

<http://nefrologia.mp.pl/choroby/chorobyudoroslych/show.html?id=57804>

<http://www.termedia.pl/Odlezyny-profilaktyka-i-leczenie,8,1214,1,0.html>

www.termedia.pl/Procedura-profilaktyki-odlezyn-jako-narzedzie-do-oceny-jakosci-opieki-plelegniarskiej,50,15256,0,0.html

www.umed.pl/geriatria/pdf/odlezyny.pdf

www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm