Załącznik nr 9
do ogłoszenia stanowiącego
załącznik do zarządzenia
Prezydenta Miasta Krakowa
nr …….… z dnia …….

OPIS PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ PN. „PROGRAM PROFILAKTYKI I LECZENIA NTM (NIETRZYMANIA MOCZU) DLA KOBIET Z PROBLEMAMI UROGINEKOLOGICZNYMI", REALIZOWANEGO W RAMACH MIEJSKIEGO PROGRAMU OCHRONY ZDROWIA „ZDROWY KRAKÓW 2019-2021"

Niniejszy dokument stanowi program polityki zdrowotnej (stan z dnia wydania pozytywnej opinii Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 186/2018 z dnia 25 września 2018 r.)

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

Nietrzymanie moczu, w polskim piśmiennictwie przy pomocy skrótu „NTM", to niekontrolowane i niezależne od naszej woli opróżnianie pęcherza moczowego. Dotychczas, aby postawić diagnozę wymagane było obiektywne stwierdzenie obecności wycieku, choćby niewielkich ilości moczu, które mogą stanowić duży problem higieniczny i barierę w kontaktach międzyludzkich. Według najnowszych wytycznych przyjęta definicja przez International Continence Society uznaje za zaburzenie nietrzymania moczu „skargę na jakikolwiek wyciek moczu" [1]. Przypadłości związane z zaburzeniami prawidłowej mikcji dotyczą dwukrotnie częściej kobiet, niż mężczyzn [1, 2]. Niepokojące są dane wskazujące na coraz młodszy wiek, w którym ujawniają się pierwsze symptomy nietrzymania moczu. Kobiety chorujące na NTM, borykają się również z problemem mimowolnego wycieku moczu w trakcie aktywności seksualnej, co w znacznym stopniu może ograniczyć ich relacje i zaangażowanie w związek. Ze względu na intymny charakter schorzenia NTM dla wielu ludzi stanowi temat wstydliwy, co uniemożliwia dokładne poznanie rzeczywistej liczby zachorowań. Ze względu na brak dostatecznej wiedzy pacjentów na temat choroby i uznanie jej za naturalny element procesu starzenia się, pacjenci nie szukają pomocy u specjalistów i wycofują się ze sfery życia towarzyskiego, a w młodszym wieku nawet zawodowego. Nietrzymanie moczu, choć samo w sobie nie stanowi zagrożenia dla życia człowieka, może w znacznym stopniu przyczynić się do pogorszenia jego standardu, stanowić podstawę do wcześniejszego przejścia na emeryturę lub rentę [3]. Niestety ze względu na złe nawyki żywieniowe, brak jakiejkolwiek aktywności fizycznej i sedynteryjny tryb życia coraz więcej osób młodych cierpi na otyłość i inne choroby cywilizacyjne. Znaczna masa ciała, osłabione mięśnie, zaburzenia gospodarki hormonalnej, nieprawidłowe wzorce ruchowe i niefizjologiczne pozycje spoczynkowe w znacznym stopniu mogą przyczyniać się do występowania dolegliwości związanych z nietrzymaniem moczu. U kobiet istotnym elementem zachorowania jest ilość przebytych ciąż oraz jaki był ich przebieg [2]. Utrzymanie prawidłowej wagi pacjenta, w przypadku leczenia nietrzymania moczu stanowi ważny element terapii. Otyłość, a co za tym idzie większa siła nacisku działająca na pęcherz moczowy, czterokrotnie zwiększa ryzyko zachorowania na NTM u kobiet. Redukcja masy ciała w co najmniej 5% polepsza warunki trzymania moczu [4, 5]. Nietrzymanie moczu to choroba o wieloczynnikowej etiologii. Według ICS (International Continence Society) wyróżniamy 3 podstawowe typy nietrzymania moczu:

a) wysiłkowe nietrzymanie moczu,
b) naglące nietrzymanie moczu,
c) mieszane nietrzymanie moczu.

Najczęstszą postacią zaburzeń prawidłowej mikcji jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które w zależności od badanej populacji, płci i wieku dotyka nawet 30-75%, naglące nietrzymanie moczu dotyczy 7-30%, a postać mieszana 14-61% [4, 6].

W większości przypadków w momencie pojawienia się pierwszych symptomów NTM istotną rolę odgrywa trening mięśni dna miednicy mniejszej PFME, który stanowi pierwszy etap leczenia NTM. Stanowi on najlepszą formę nieinwazyjnego leczenia u kobiet m.in. w zaawansowanej ciąży oraz zaraz po porodzie. Regularnie praktykowane treningi mogą w znaczącym stopniu przyczynić się do poprawy funkcji dolnych dróg moczowych oraz do wyleczenia NTM [4, 7, 8, 9].

W celu obiektywnej oceny ilości ubywającego moczu zaleca się wykonanie testu podpaskowego [10].

2. Epidemiologia

W zależności od różnych źródeł nietrzymanie moczu stanowi problem w około 10-15% całej populacji krajów rozwiniętych i rozwijających się [4]. Może dotyczyć zarówno mężczyzn, jak i kobiet w każdej grupie wiekowej. W Polsce wg najnowszych danych problem ten dotyczy blisko 5 milionów Polaków [1]. Ze względu na podział na płeć i wiek częstość występowania znacznie się waha. Największą grupę osób dotkniętych zaburzeniami nietrzymania moczu stanowią kobiety w wieku pomenopauzalnym i ich liczba sięga nawet 50-60%. U kobiet w wieku rozrodczym problem nietrzymania moczu dotyka około 25-36% [1, 2, 6]. Blisko 65% wszystkich kobiet w okresie ciąży i aż 30% w pierwszym roku po przebytym porodzie cierpi na dolegliwości związane z problemem utrzymania moczu. Oszacowano, iż w 2018 roku problem NTM wystąpi u ok.420 milionów ludzi na całym świecie-300 milionów kobiet i 120 milionów mężczyzn. Warto zauważyć, że w 2008 roku liczba osób chorujących na NTM wynosiła ok. 346 milionów, natomiast w 2013 roku liczba ta wzrosła do 383 milionów.

3. Populacja podlegająca i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu

NTM występuje u ok. 2-3 milionów Polek. Ryzyko zachorowania na NTM wzrasta wraz z wystąpieniem takich czynników, jak: otyłość i nadwaga, zaburzenia hormonalne, liczne przebyte porody, ciąże mnogie, rozejście mięśni prostych brzucha, menopauza i okres pomenopauzalny, nieprawidłowa ergonomia pracy, siedzący tryb życia, stres, operacje uroginekologiczne, nieprawidłowo dobrana aktywność fizyczna, problemy układu moczowego i zaburzenia neurologiczne oraz szeroko rozumiany proces starzenia się organizmu. Do programu mogą przystąpić kobiety powyżej 18 roku życia zamieszkałe na terenie Krakowa, u których lekarz ginekolog lub urolog zdiagnozuje problem NTM. Ponadto, nie mogą być u nich przeprowadzone wcześniej operacje chirurgiczne mające na celu usunięcie NTM.

4. Obecne postępowanie

Brak programów profilaktycznych lub terapii ruchem w celu leczenia NTM. Obecnie preferowane jest jedynie operacyjne leczenie NTM.

5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Prognozy demograficzne są niekorzystne dla społeczeństwa polskiego. GUS szacuje, iż do 2030 roku liczba Polaków spadnie do ok 36 700 000, przy czym osoby z ukończonym 65 rokiem życia stanowić będą ponad 22% populacji. W porównaniu do obecnego stanu

odsetek ludzi starszych powiększy się niemal dwukrotnie. Stanowi to istotny fakt, gdyż ryzyko wystąpienia NTM rośnie wraz z wiekiem. W związku z powyższym można wnioskować, iż również liczba chorych wzrośnie w znaczącym stopniu. Według aktualnych danych epidemiologicznych dokładna liczba chorych nie jest jednak poznana ze względu na intymny charakter schorzenia i brak szczegółowych oraz restrykcyjnych rejestrów - w trakcie wizyt lekarskich aspekt gubienia moczu zostaje zatajany. Szacuje się, że 60% chorych na NTM to przypadki z lekkim stopniem nietrzymania moczu, co według ekspertów wykazuje pozytywne rokowanie w przypadku wczesnego leczenia zapobiegawczego.

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny

Zwiększenie świadomości społeczeństwa na temat profilaktyki i możliwości bezinwazyjnego leczenia problemu NTM już w bardzo wczesnym stadium schorzenia. Szybkie podjęcie leczenia, które może zapobiec konieczności interwencji chirurgicznej lub skróci okres rekonwalescencji po zabiegach uroginekologicznych.

2. Cele szczegółowe

- wdrożenie kompleksowego programu profilaktyki NTM u kobiet,
- rehabilitacja kobiet przed oraz po zabiegach uroginekologicznych,
- wdrożenie bezpiecznej aktywności fizycznej u kobiet cierpiących na NTM.

3. Oczekiwane efekty

- wzrost wiedzy na temat NTM - wczesne rozpoczęcie leczenia,
- zmniejszenie liczby koniecznych interwencji chirurgicznych,
- wzrost świadomości własnego ciała,
- nauka prawidłowych nawyków i czynności dnia codziennego.

4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu

Każda terapia zakończona będzie autorskim kwestionariuszem, który pozwoli na subiektywne ocenienie terapii, dzienniczkiem mikcji oraz testem podpaskowym i badaniem lekarskim, które pozwolą na obiektywną ocenę przeprowadzonego leczenia.
Udzielone odpowiedzi zostaną porównane z odpowiedziami uzyskanymi od pacjentek przed rozpoczęciem terapii. W kwestionariuszu będą zawarte pytania dotyczące ilości, częstości oraz sytuacji, w których dochodzi do incydentów gubienia moczu. Ponadto, ocenione zostanie również samopoczucie badanych kobiet oraz ich aktualna jakość życia. Test podpaskowy zostanie wykorzystany do diagnostyki ilości gubionego przez pacjentkę moczu, co pozwoli ocenić efekty leczenia. Przed rozpoczęciem pomiaru pacjentka proszona jest o opróżnienie pęcherza, a następnie o wypicie w przeciągu 15 min 0,51 płynów. Kolejne 30 min testu to odpoczynek. Po odpoczynku przez 1 godz badana kobieta wykonuje wszystkie typowe dla niej czynności dnia codziennego. W trakcie całego testu pacjentka może korzystać z toalety w celu opróżnienia pęcherza. W podpasce gromadzi się tylko mocz, który oddawany jest bezwiednie. NTM stwierdzane jest, jeśli po zakończeniu godzinnej aktywności i zważeniu podpaski, jej waga zwiększy się o 1,4g. Pacjentki zobligowane zostaną również do prowadzenia dzienniczka mikcji. Dzienniczek mikcji to podstawowe narzędzie diagnostyczne w schorzeniach układu moczowego. Bada on bilans wypitych płynów oraz oddanego moczu w przeciągu ostatnich 24 godz. Ocena leczenia zostanie zakończone badaniem lekarskim.

III. ADRESACI PROGRAMU

1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Działaniami programu zostaną objęte kobiety od 18 roku życia zamieszkałe na terenie Krakowa, u których lekarz urolog lub ginekolog stwierdzi NTM. Oszacowano, iż z programu w latach 2019-2021 skorzysta ok. 1000 mieszkanek Krakowa. Pierwsza edycja jest formą pilotażową tego programu i jeżeli zgłaszalność do programu będzie wzrastała, planowane jest proporcjonalne do potrzeb systematyczne zwiększenie jego budżetu.

2. Tryb zapraszania do programu

W celu promocji programu nawiązana zostanie współpraca z lekarzami z zakresu ginekologii oraz uroginekologii. W gabinetach lekarskich oraz krakowskich szpitalach udostępnione zostaną krótkie foldery na temat projektu. Prowadzona będzie również akcja marketingowa poprzez wykorzystanie internetowych stron społecznościowych.

IV. ORGANIZACJA PROGRAMU

1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Etap I: akcja promocyjno-marketingowa oraz kwalifikacja do programu i działania edukacyjne.

Jej elementem będzie akcja promocyjno-marketingowa mająca na celu dotarcie poprzez różne środki (gabinety lekarskie, ulotki, internet) do jak największej grupy kobiet. Przed rozpoczęciem właściwej rehabilitacji pacjentki będą brały udział w warsztatach teoretycznych. W trakcie ich trwania wypełnią autorski kwestionariusz, w celu zebrania podstawowych danych personalnych. Ważne jest zebranie informacji dotyczących przebiegu ewentualnych ciąż oraz problemów z NTM, a także wykonywanej pracy zawodowej i aktywności fizycznej. Ma to na celu opracowanie szczegółowej diagnostyki schorzenia i zakwalifikowania do odpowiedniej grupy treningowej. Pacjentki będą również poinstruowane o konieczności prowadzenia 24h dziennika mikcji przez okres 7 dni, w którym odnotują ilość spożywanych płynów, częstość mikcji oraz sytuacje, w których następuje utrata moczu. Właściwym elementem diagnostyki będzie test podpaskowy, który umożliwi obiektywną ocenę wypływu moczu w trakcie aktywności fizycznej.

Etap II - diagnostyka/kwalifikacja

Przygotowanie i przeprowadzenie szczegółowej diagnostyki w oparciu o testy i późniejsza analiza wszystkich uzyskanych danych wraz z ocena lekarską pozwoli precyzyjnie przydzielić pacjentki do jednej z 3 grup treningowych. Ponadto na tym etapie, uczestniczki programu będą uczestniczyć w warsztatach teoretycznych, na których zostanie przedstawiona aktualna wiedza na temat problemu NTM

Etap III - terapia pacjentek z NTM.

1. grupa osób w wysiłkowym nietrzymaniem moczu;
2. grupa osób z pęcherzem neurogennym/przeciążonym dnem miednicy, gdzie zastosowane będzie więcej technik relaksacyjnych i rozluźniających;
3. grupa gdzie występują mieszane dolegliwości.

W przypadku występowania licznych chorób współtowarzyszących lub szczególnie brudnego przypadku podjęta będzie od samego początku terapia indywidualna. Terapia podstawowa (zarówno indywidualna, jak i grupowa) będzie trwać 3 miesiące. Spotkania będą prowadzone 3 razy w tygodniu przez wykwalifikowane terapeutki BeBo na sali gimnastycznej w grupach nie mniej niż 5 a nie więcej niż 10 osób. Terapia będzie polegała na aktywacji mięśni dna miednicy mniejszej przy pomocy ćwiczeń fizycznych bez użycia akcesoriów treningowych lub z wykorzystaniem piłek typu softball, szwajcarskich piłek

gimnastycznych, mat lub dysków sensomotorycznych. Po 3 miesiącach ponownie zostanie przeprowadzony test podpaskowy, wypełniany będzie autorski kwestionariusz oceny efektów terapii oraz dzienniczek mikcji w celu sprawdzenia rezultatów leczenia. Potwierdzeniem uzyskanych rezultatów będzie wydanie zaświadczenia lekarskiego o skuteczności prowadzonej terapii lub konieczności kontynuacji, czy przerwania przy braku postępów i skierowanie na zabieg operacyjny w celu pełnego wyleczenia. Wszystkie pacjentki, które pomyślnie zakończą proces terapii, dostaną instruktaż ćwiczeń, które powinny wykonywać w domu, aby podtrzymać uzyskane rezultaty. W przypadku pań, u których po 3 miesiącach nie zostaną zniwelowane problemy z układem moczowym, można (po zasięgnięciu opinii lekarza specjalisty ginekologa lub urologa) wdrożyć kolejny cykl terapeutyczny. Ponadto, program zakłada prowadzenia warsztatów teoretyczno-praktycznych na temat profilaktyki i leczenia NTM, w których będą mogły uczestniczyć również kobiety bez stwierdzonych problemów uroginekologicznych. Warsztaty będą odbywać się 2 razy w miesiącu.

2. Planowane interwencje
- program edukacyjny i warsztaty teoretyczne przed przystąpieniem do właściwego treningu,
- wypełnienie autorskich kwestionariuszy w celu dobrania optymalnego treningu,
- wypełnienie autorskiego kwestionariusza po zakończonej terapii,
- prowadzenie dzienniczka mikcji przed i po procesie leczenia,
- test podpaskowy przed przystąpieniem do terapii oraz po jej zakończeniu,
- właściwy trening grupowy i indywidualny w zależności od potrzeb jednostki.

3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Główną kwalifikacją do uczestnictwa w programie będzie przedstawienie diagnozy lekarskiej, w której stwierdzone zostaną problemy pacjentki z NTM oraz zostanie określony typ nietrzymania moczu. Ze względu na specyfikę schorzenia pacjentki zostaną zakwalifikowane do odpowiedniej grupy, w której będzie prowadzony trening dna miednicy mniejszej ukierunkowany na daną jednostkę chorobową.

4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu

Warunkiem koniecznym do zakwalifikowania do projektu jest opinia lekarza ginekologa/urologa/pierwszego kontaktu potwierdzająca występowanie problemów z prawidłową mikcją. Warsztaty i zajęcia prowadzone będą przez realizatora w jego placówce na terenie miasta Krakowa. Programem objęte zostaną kobiety będące mieszkankami Miasta Krakowa. Grupowe zajęcia gimnastyczne będą się odbywać 3 razy w tygodniu dla każdej grupy. Ponadto, istnieje możliwość prowadzenia terapii indywidualnie. Zajęcia prowadzone będą przez wykwalifikowanych fizjoterapeutów posiadających certyfikat ukończenia kursu szwajcarskiej metody BeBo.

Dodatkowo, dla wszystkich chętnych kobiet, nawet bez stwierdzonych problemów z układem moczowym, przeprowadzane będą dwa razy w miesiącu warsztaty teoretyczno -praktyczne na temat NTM. O udziale w warsztatach decydować będzie kolejność zgłoszeń.

5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Pacjentki przyjmowane na terapię będą po wstępnym badaniu uroginekologicznym ze stwierdzonym problemem nietrzymania moczu przez lekarzy (ginekolog, urolog, lekarz rodzinny/pierwszego kontaktu) świadczących usługi w ramach finansowania z NFZ. Stanowić to będzie warunek konieczny do przyjęcia na terapię. Przekazanie informacji o możliwości podjęcia leczenia i profilaktyki w ramach PPZ umożliwi pomoc większej ilości potrzebujących osób już w początkowym stadium choroby lub jako przygotowanie

do operacji związanej z leczeniem nietrzymania moczu. Nawiązanie współpracy z dużą ilością specjalistów oraz zwrócenie uwagi na coraz częstszy problem, który dotyczy znacznej części społeczeństwa umożliwi zidentyfikowanie osób potrzebujących leczenia już na bardzo wczesnym etapie choroby.

6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

Program składa się z 3 etapów. Wszystkie etapy są od siebie zależne i ściśle ze sobą powiązane. Etap I na początku akcja promocyjno-marketingowa, której głównym celem jest dotarcie z informacjami na temat powyższego projektu do jak największej liczby kobiet. W II części tego etapu wypełniony zostanie kwestionariusz-ankieta oraz wykonany zostanie test podpaskowy. Ponadto na tym etapie, uczestniczki programu będą uczestniczyć w warsztatach teoretycznych, na których zostanie przedstawiona aktualna wiedza na temat problemu NTM. Etap III, to właściwy etap projektu, czyli terapia pacjentek. Będzie ona trwać 3 miesiące i zakończy się ponownym wypełnieniem kwestionariusza ankiety, testem podpaskowym oraz wizytą lekarską.

7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania

Podstawowy program leczenia NTM obejmowałby trening 3 razy w tygodniu przez okres 3 miesięcy. Po tym czasie pacjentka zostałaby skierowana na ponowne badanie lekarskie w celu zweryfikowania efektów uzyskanych w trakcie terapii. W przypadku poprawy i/lub wyleczenia schorzenia pacjentka dostałaby szczegółową instrukcję wykonywania ćwiczeń w celu podtrzymania efektów leczenia. W przypadku braku poprawy/niewystarczających efektów program leczenia może zostać wydłużony w zależności od indywidualnych potrzeb danej jednostki.

Każda osoba biorąca udział w programie będzie ponownie badana przez lekarza po upływie 1 roku od zakończenia terapii w celu określenia skuteczności prowadzonych działań. Jeżeli pacjentka przerwie uczestnictwo w programie bez uzasadnionych przyczyn (zalecenie lekarskie) może być obciążona kosztami równymi 15% całościowych programu tj. 990 zł. W przypadku braku podania konkretnej przyczyny nie będzie również możliwości podjęcia ponownej terapii, chyba że przerwa będzie wynikała np z innych bardzo ważnych przyczyn lub ze wskazań lekarskich, wtedy ponowna chęć przystąpienia do projektu będzie rozpatrywana indywidualnie.

8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Trening mięśni dna miednicy mniejszej jest terapią bezpieczną i całkowicie bezinwazyjną. Indywidualnie dobrany program do potrzeb danej grupy ćwiczeniowej pozwala na optymalne dopasowanie poziomu trudności do uczestników terapii. Brak gwałtownych ruchów, czy dużej dynamiki ćwiczeń umożliwia udział w projekcie kobiet w każdej grupie wiekowej.

9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Zajęcia będą prowadzone przez certyfikowane terapeutki BeBo, które ukończyły 3 moduły powyższego kursu i pozytywnie zdały egzamin na certyfikowaną terapeutkę terapii według koncepcji BeBo. Trening według zasad BeBo jest uznaną nieinwazyjną techniką profilaktyki oraz leczenia problemów uroginekologicznych w Polsce oraz w innych krajach europejskich (np. Niemcy, Szwajcaria). W zależności od rodzaju oraz stopnia NTM pacjentki zostaną przydzielone do różnych grap zajęciowych. W przypadku istnienia poważnych chorób współtowarzyszących, przeprowadzona będzie terapia indywidualna. Dla każdej grupy zostaną dobrane odpowiednie ćwiczenia, mające na celu wzmocnić, ale również rozluźnić mięśnie dna miednicy. Zajęcia prowadzone będą w siedzibie realizatora programu, który

dysponuje w pełni wyposażoną salą gimnastyczną do prowadzenia zajęć grupowych oraz sal do terapii indywidualnych.

10. Dowody skuteczności planowanych działań

Towarzystwa naukowe ginekologiczne, uroginekologiczne oraz medycyny rodzinnej przedstawiły zasady postępowania diagnostyczno-terapeutyczne w przypadku NTM. W każdym przypadku NTM, zalecona została konsultacja lekarska oraz leczenie zachowawcze. Stwierdzono, iż bardzo ważną rolę w leczeniu NTM odgrywa odpowiednio dobrana fizjoterapia. Warto zauważyć, iż fizjoterapia ważna jest zarówno w procesie leczenia, jak również w profilaktyce chorób układu moczowego. Według standardów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego terapia mięśni dna miednicy powinna trwać minimum 3 miesiące oraz może być prowadzona zarówno indywidualnie, jak i grupowo. Ponadto, fizjoterapia uroginekologiczna zalecona została nie tylko w przypadku leczenia NTM, ale także u kobiet w ciąży i po porodzie, oraz przed i po operacjach uroginekologicznych.

Prawidłowo postawiona diagnoza zaburzeń układu moczowego pozwala dobrać odpowiedni sposób leczenia. W wielu schorzeniach uroginekologicznych (np. wysiłkowe nietrzymanie moczu, pęcherz nadreaktywny, stan po porodzie lub operacjach uroginekologicznych, obniżenie narządów miednicy mniejszej) fizjoterapia jest niezbędnych elementem leczenia. Trening dna miednicy powinien rozpocząć się możliwie jak najszybciej po postawieniu przez lekarza diagnozy i skierowaniu na ćwiczenia. Ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny wpływać na wzmocnienie mięśni miednicy, poprawić ich ukrwienie, siłę, wytrzymałość oraz elastyczność. Niezwykle ważnym elementem prawidłowego treningu jest relaksacja po ćwiczeniach wzmacniających. Prawidłowa terapia powinna nie tylko zniwelować problem uroginekologiczny, ale również poprawić świadomość kobiety na temat własnego ciała. Dowiedzione zostało, iż skuteczność treningu dna miednicy nie zależy od wieku pacjentek. Ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być zawsze prowadzone przez fizjoterapeutów specjalizujących się w dziedzinie uroginekologii. Fizjoterapeuta nie jest odpowiedzialny tylko za program treningowych chorych. Jego zadaniem jest uświadomić pacjentkę, iż na leczenie ma wpływ nie tylko systematyczny trening, ale również zdrowa zbilansowana dieta oraz prawidłowo wykonywane czynności dnia codziennego. Osłabienie mięśni dna miednicy może być spowodowane przez nieodpowiednie kichanie, kaszel, a nawet oddech. W związku z tym zawsze należy stosować się do zaleceń specjalisty. Optymalne efekty terapii zostają uzyskane poprzez stały kontakt fizjoterapeuty oraz lekarza prowadzącego pacjentki.

Uznano, iż trening mięśni dna miednicy jest bardzo skuteczną metodą zarówno w leczeniu zachowawczym, jak i pooperacyjnym [11, 12].

V. KOSZTY

1. Koszty jednostkowe
   a) warsztaty teoretyczne oraz koszt pracy związany z ich przygotowaniem (akcja marketingowa) i prowadzenie (przewidziany czas trwania warsztatu 2h) - 400 zł
   b) Diagnostyka szczegółowa przygotowana i przeprowadzona w oparciu o testy i ich późniejsza analiza na początku terapii (przewidziany czas 2h) - 400zł
   c) Koszt jednej godziny zajęć grupowych lub terapii indywidualnej 150 zł - w programie podstawowym przewidziane jest prowadzenie zajęć trzy razy w tygodniu przez 12 tygodni czyli 36 spotkań - całościowy koszt terapii grupy lub jednej pacjentki - 5400 zł.
   d) Diagnostyka szczegółowa przygotowana i przeprowadzona w oparciu o testy i ich późniejsza analiza na końcu terapii (przewidziany czas 2h) - 400zł.

2. Planowane koszty całkowite
koszt pełnego programu dla jednej grupy terapeutycznej
wynosi : Warsztaty – 400 zł
Diagnostyka początkowa - 400 zł
Terapia (zarówno indywidualna, jak i grupowa) 12 x 3 x 150 zł = 5400 zł
Diagnostyka końcowa - 400 zł
Całkowity koszt jednej grupy - 6600 zł
Koszt pojedynczych profilaktycznych warsztatów terapeutycznych ogólnodostępnych organizowanych w miarę potrzeb przy udziale nie mniej niż 10 osób - 400 zł
Planuje się zorganizować w ciągu roku 30 grup terapeutycznych oraz 10 dodatkowych warsztatów terapeutycznych
Budżet roczny programu powinien wynosić : 202 000 zł

3. Źródła finansowania, partnerstwo

Częściowo program będzie opierał się na wykorzystywaniu usług medycznych dostępnych dla wszystkich osób w ramach podstawowego programu opieki zdrowotnej (konsultacje lekarskie). Koszty programu profilaktyki i leczenia NTM finansowane będą w latach 2019-21 z możliwością przedłużenia, w ramach programu Kraków Zdrowe Miasto.

4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

W związku z coraz wyższą średnią wieku mieszkańców Krakowa oraz jednoczesnym wzrostem liczby urodzeń stale powiększa się grupa osób narażonych na problem NTM. Wraz z wiekiem i procesem starzenia się organizmu narasta ryzyko wysiłkowego nietrzymania moczu. Przewlekły stres oraz depresja mogą sprzyjać wystąpieniu problemu nietrzymania moczu o podłożu neurogennym. Według najnowszych wytycznych Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego każda kobieta po porodzie, a najlepiej jeszcze w trakcie ciąży powinna zostać odpowiednio wyedukowana w tematyce NTM i treningu mięśni dna miednicy mniejszej, tak aby zminimalizować ryzyko wystąpienia zaawansowanego stadium wysiłkowego nietrzymania moczu. Niestety brak wystarczającej ilości ośrodków, w których taka opieka jest oferowana, a w Szkołach Rodzenia brak odpowiednio wykwalifikowanego personelu, który mógłby w rzetelny sposób przekazywać takie informacje skutkuje niewiedzą pacjentów i zbyt późnym zgłaszaniem się do specjalistów na leczenie.

VI. MONITOROWANIE I EWALUACJA

1. Ocena zgłaszalności do programu

Na bieżąco będzie prowadzony rejestr osób, które zgłaszają się na terapię oraz prowadzona będzie statystyka z uwzględnieniem wystawionych skierowań przez lekarzy/placówki partnerskie. Ma ona zawierać wskaźniki określające poziom zgłaszalności uczestników do programu.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Po zakończonej terapii każda z pacjentek będzie miała do wypełnienia dodatkową ankietę, w której zbadany zostanie poziom zadowolenia z świadczonych usług oraz zostaną zebrane ewentualne opinie, jak można by udoskonalić aktualny program profilaktyki i leczenia. Uzyskane wyniki będą porównywane po każdej 3 miesięcznej zakończonej terapii. Zostaną one ocenione przez terapeutów prowadzących zajęcia.

3. Ocena efektywności programu

Dokładny schemat został omówiony w rozdziale ΠI punkt 4. W celu oceny efektywności programu prowadzone będą również statystyki zgłaszalności do gabinetów/ ośrodków biorących udział w programie i monitorowany będzie stan zdrowia kobiet oraz okres choroby, w którym pacjentki zgłaszają pierwsze dolegliwości. W założeniu autorów większe nagłośnienie problemu pozwoli na uświadomienie kobiet o konieczności podjęcia leczenia już przy pierwszych objawach, a w związku z powyższym szybsze wykrycie choroby i podjęcie koniecznych kroków w celu jej wyleczenia i uniknięcia zabiegu operacyjnego, który stanowi konieczność w przypadku zaawansowanego stadium choroby.

4. Ocena trwałości efektów programu

Aktualnie trening dna miednicy uznawany jest za nieodłączny element skutecznej terapii schorzeń uroginekologicznych. Efekt przeprowadzonych treningów będzie zbadany bezpośrednio po 3 miesiącach od ich rozpoczęcia. Ponadto, rok po zakończeniu treningów u pacjentek ponownie zostanie przeprowadzony test podpaskowy. Każda pacjentka może przez cały czas indywidualnie prowadzić dzienniczek mikcji. W przypadku wystąpienia ponownych dolegliwości każda uczestniczka treningu może zgłosić się do swojego fizjoterapeuty prowadzącego. Ponadto, powinna również zgłosić się do swojego lekarza. W celu monitorowania trwałości efektów terapii fizjoterapeuta pozostanie w stałym kontakcie z lekarzami oraz pacjentkami. Dwa razy w roku do pacjentek po zakończonej terapii, wysyłana będzie ankieta, w której będzie można przedstawić swój aktualny stan zdrowia. Uzyskane wyniki zostaną opracowane w celu uzyskania oceny trwałości przeprowadzonej terapii.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Opara J., Socha T., Prajsner A., Poświata A.: Fizjoterapia w wysiłkowym nietrzymaniu moczu u kobiet. Część I. Aktualne rekomendacje dotyczące ćwiczeń według Kegla. Fizjoterapia, 2011; 19, 3: 41-49.
2. Kwolek A., Rzucidło S., Zwolińska J., Pop T., Janeczko J., Przygoda Ł.: Leczenie zachowawcze wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet. Przegląd medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów, 2006; 3: 227-233.
3. Pure D., Rasała A.: Metody leczenia nietrzymania moczu. European Journal of Medical Technologies, 2015; 8, 3: 29-38.
4. Kacub-Klich K.: Wykorzystanie koncepcji Bebo® Trening dna miednicy w profilaktyce i terapii uroginekologicznej. Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja, 2015; 3: 18-22.
5. Stachowicz N., Maciejczyk-Pencuła M., Morawska D., Stachowicz S., Kotarski J.: Naglące nietrzymanie moczu- wstępna diagnostyka i leczenie farmakologiczne. Wiadomości Lekarskie, 2012; tom LXV nr 3: 162-166. 4. http://ntm.pl/7pkUmai n_tresc.pl.218_html.
6. Surkont G., Wlaźlak E., Suzin J.: Nietrzymanie moczu u kobiet - problem społeczny, medyczny i naukowy. Przegląd Menopauzalny, 2003; 1: 59-65.
7. http://ntm.pl/7pidomain tresc.pl.218 html.
8. Otcenasek M., Baco V., Krofta L., Feyereisl J.: Endopelvic Fascia in Women: Shape and Relation to Parietal Pelvic Structures. Obstetrics and Gynecology, 2008; vol. 111,3: 622-630.
9. Leroy L. da S., Moraes Lopes M. H. B., Shimo A. K. K.: Urinary incontinence in women and racial aspects: a literature review. Text Context Nursing, Florianópolis, 2012; Jul-Sep; 21(3): 692-701.
10. Schreiber Pedersen L. i wsp: Prevalence of urinary incontinence among women

and analysis of potential risk factors in Germany and Denmark. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 2017; 96: 939-948.

11. Raport Pacjent z NTM w Systemie Opieki Zdrowotnej 2017 http://www.ntm.pl/userfiles/file/Raport NTM 2017.pdf.

Szymanowski P., Wójcik A., Szepieniec W. K., Jóźwik M.: Kompleksowe leczenie schorzeń uroginekologicznych. Rehabilitacja w praktyce, 2014, 3: 15-18.