

Załącznik nr 1 do konkursu ofert na realizację programu polityki zdrowotnej pod nazwą Specjaliści o nietrzymaniu moczu

**PROGRAM POLITYKI ZDROWOTNEJ
STRONA TYTUŁOWA**

AKCEPTUJĘ

.....

data, oznaczenie¹⁾ oraz podpis osoby
zatwierdzającej program polityki
zdrowotnej do realizacji oraz wskazanie
podstawy akceptacji, jeżeli dotyczy

**Rozszerzenie dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu
urologii dla mieszkanek Wrocławia
pn. Specjaliści o nietrzymaniu moczu ²⁾**

Dane kontaktowe:

Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych

Urzędu Miejskiego Wrocław

ul. G. Zapolskiej 4

Wrocław

Tel. 71 777 7760. Fax 71 777 79 94

Opracowano na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 roku, poz.146)

Wrocław 2025

Wrocław miasto spotkań

¹⁾ Oznaczenie obejmuje imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.

²⁾ Tytuł korespondujący z treścią programu polityki zdrowotnej dopasowany do zdefiniowanych celów oraz działań zaplanowanych w ramach programu polityki zdrowotnej.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego.....	3
I.2 Dane epidemiologiczne	6
I.3 Opis obecnego postępowania	8
I.4 Uzasadnienie wdrożenia Programu	11
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji.....	13
II.1 Cel główny	13
II.2 Cele szczegółowe	13
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	14
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	17
III.1 Populacja docelowa.....	17
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	21
IV. Planowane interwencje.....	22
IV.1 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej	36
IV.2 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	38
V. Organizacja programu polityki zdrowotnej	39
V.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	39
V.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.....	40
VI. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej.....	41
VI.1 Monitorowanie.....	41
VI.2. Ewaluacja.....	43
VII. Budżet programu polityki zdrowotnej	44
VII.1 Koszty jednostkowe.....	44
VII.2 Koszty całkowite	46
VII.3 Źródła finansowania	47
VIII. Bibliografia.....	47
IX. Spis tabel, wykresów i rysunków.....	48

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Nietrzymanie moczu (NTM), zwane również inkontynencją (łac. incontinentia urinae), to mimowolna utrata moczu.

NTM jest następstwem nakładania się różnych chorób lub stanów na fizjologiczne zmiany inwolucyjne w obrębie układu moczowego. Może mieć charakter przejściowy (np. w przebiegu stanów patologicznych) lub utrwalony (zaburzenia w dolnym odcinku dróg moczowych).³

Według Światowej Organizacji Zdrowia (ang. World Health Organisation – WHO) i Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ang. International Continence Society – ICS), nietrzymanie moczu jest przypadłością obejmującą każdy epizod niezależnego od woli wycieku moczu z pęcherza moczowego⁴. Problem ten ma status choroby społecznej i jest uznawany za jeden z istotnych problemów zdrowotnych XXI wieku.⁵

Zaburzenie to częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn.

Do czynników sprzyjających nietrzymaniu moczu u kobiet należą:

- przebyte ciążę i porody siłami natury,
- otyłość, która obciąża cały organizm,
- przewlekły kaszel,
- cukrzyca,
- częste zaparcia,
- zaawansowany wiek,
- urazy rdzenia kręgowego,
- choroby neurologiczne.

U kobiet NTM występuje głównie w wyniku:

- uszkodzenia mięśni dna miednicy mniejszej, mięśni Kegla,
- osłabienia mięśni okalających cewkę moczową,
- porodu (34% przypadków),
- menopauzy i związaną z nią zmianą gospodarki hormonalnej.

³ Redakcja naukowa wydania polskiego; prof. dr hab. n. med. L. Pączek, dr n. med. M. Niemczyk Geriatria, Czelej, Lublin 2009

⁴ Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021

⁵ Raport PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2024, <https://uroconti.pl/wp-content/uploads/2024/09/> dostęp z dnia 04.08.2025 roku

Ze względu na obraz kliniczny, wyróżniamy następujące rodzaje NTM:

- nietrzymanie wskutek nagłego parcia na mocz (z ang. urge incontinence),
- nietrzymanie z przepełnienia (z ang. overflow incontinence),
- nietrzymanie wysiłkowe (z ang. stress incontinence),
- nietrzymanie czynnościowe (z ang. functional incontinence).⁶

Spośród wyżej wymienionych postaci NTM najczęściej występują trzy rodzaje:

1. Wysiłkowe nietrzymanie moczu – polega na wycieku moczu podczas wysiłku fizycznego, kichania lub kaszlu. Czynności te, powodują bowiem wzrost ciśnienia w brzuchu. Ten rodzaj schorzenia występuje najczęściej. Stanowi około 49% wszystkich przypadków NTM.
2. Nagłące nietrzymanie moczu – jest to mimowolny wyciek moczu, który poprzedza uczucie nagłącego parcia, niemożliwego do opanowania. Jest jednym z objawów nadreaktywnego pęcherza. Na tę postać zapada około 22% osób z NTM.
3. Mieszane nietrzymanie moczu – polega na kombinacji dwóch rodzajów NTM: wysiłkowego i nagłącego. Niekontrolowany wyciek moczu pojawia się podczas wysiłku, kichania i kaszlu. Jednocześnie odczuwalne jest nagłe parcie na pęcherz. Stanowi około 29% wszystkich przypadków NTM.⁷

Inne postacie wg ICS, to m.in.: nietrzymanie z przepełnienia (*overflow incontinence*), pozawieraczkowe, moczenie nocne (*enuresis nocturna*), nokturia (oddawanie moczu w nocy), nietrzymanie związane z aktywnością seksualną czy maskowane NTM.

W wysiłkowym nietrzymaniu moczu występują trzy stopnie:

stopień I: popuszczanie moczu występuje jedynie w wyniku znacznego i gwałtownego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (np. podczas kaszlu, śmiechu),

stopień II: bezwiedne oddawanie moczu następuje podczas umiarkowanego wzrostu ciśnienia śródbrzusznego (np. przy podskakiwaniu, chodzeniu po schodach, lekkiej pracy fizycznej),

stopień III: nietrzymanie moczu występuje podczas leżenia (przy zmianie pozycji ciała), stania lub chodzenia .

Pęcherz nadreaktywny (ang. overactive bladder – OAB) tworzy zespół objawów, którego elementem są **parcia nagłące**, przebiegające z nietrzymaniem moczu z parcia lub bez niego, którym towarzyszy częstomocz dzienny i/lub nokturia. Termin „pęcherz nadreaktywny” zgodny jest z terminologią angielską, ale w Polsce Ministerstwo Zdrowia oraz większość środowiska medycznego dla tej jednostki chorobowej stosuje określenie **„zespół pęcherza nadreaktywnego”**. Obecność

⁶ Wstęp do uroinekologii, red. E. Barcz, Gdańsk 2017, s. 53.

⁷ <https://pacjent.gov.pl/aktualnosc/co-warto-wiedziec-o-nietrzymaniu-moczu> dostęp z dnia 04.08.2025 roku

OAB sugeruje nadaktywność wypieracza pęcherza moczowego, ale wynikać może również z innych zaburzeń czynności pęcherza i cewki moczowej. OAB jest składową zespołu objawów z dolnych dróg moczowych (ang. Lower Urinary Tract Symptoms – LUTS). Rozróżniamy dwa rodzaje OAB: mokry (ang. wet), gdzie objawom parcia towarzyszy nagłące nietrzymanie moczu i suchy (ang. dry), z występującymi parciem nagłącymi, ale bez nietrzymania moczu.⁸

Nietrzymanie moczu może być o różnym nasileniu – małym, średnim lub dużym. Powoduje wiele niekorzystnych skutków medycznych, psychospołecznych i ekonomicznych. U osób z nietrzymaniem moczu częściej dochodzi do zakażeń dróg moczowych, owrzodzeń, wysypek, niewydolności nerek i zwiększenia śmiertelności.

Nietrzymanie moczu jest przyczyną ograniczenia aktywności zawodowej i społecznej, powoduje obniżenie samooceny osoby z tym problemem, również depresję. Kiedy nietrzymanie moczu się nasila powoduje zależność pacjenta od opiekunów.

Problem nietrzymania moczu nie jest wyłącznie związany z wiekiem (starzeniem się). Problem ten jak wynika z badań może dotyczyć różnych grup wiekowych, choć najczęściej występuje w wieku około menopauzalnym i w okresie starości. Nietrzymanie moczu może występować u młodych kobiet i mieć charakter przejściowy, co związane jest na przykład ze zmianami anatomicznymi i hormonalnymi, jakie mają miejsce w ciąży.⁹

Jako czynniki ryzyka wysiłkowego NTM wymienia się między innymi wiek, nadwagę lub otyłość oraz obciążenia genetyczne. Jednakże tylko nadwaga i otyłość są tzw. czynnikami modyfikowalnymi.¹⁰

U kobiet nadwaga zwiększa ryzyko rozwoju nietrzymania moczu o około 35%, a otyłość aż dwukrotnie. Zwiększone ryzyko dotyczy wszystkich typów nietrzymania moczu (wysiłkowego, z parciem nagłącym, mieszanego i ciężkiego) i jest największe u chorych z BMI ≥ 30 kg/m².¹¹

Prawidłowo postawione rozpoznanie i ustalenie sposobu leczenia różnych postaci nietrzymania moczu przynoszą dobre efekty.¹²

⁸ Raport PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2024, <https://uroconti.pl/wp-content/uploads/2024/09/> dostęp z dnia 04.08.2025 roku

⁹ Leczenie nietrzymania moczu u kobiet – problem społeczny, ekonomiczny i leczniczy, Janusz Zajda, Marek Połujański, Maciej Zbrzeźniak, Nowa Medycyna 5/2000

¹⁰ Raport PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2024, <https://uroconti.pl/wp-content/uploads/2024/09/> dostęp z dnia 04.08.2025 roku

¹¹ <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/przeglad-badan/254664,czy-u-kobiet-w-mlodym-i-srednim-wieku-nadwaga-i-otylosc-sa-czynnikami-zwiekszajacymi-ryzyko-rozwoju-nietrzymania-moczu>, dostęp z dnia 13.02.2024

¹² Redakcja naukowa wydania polskiego; prof. dr hab. n. med. L. Pączek, dr n. med. M. Niemczyk Geriatria, Czelej, Lublin 2009

Profilaktykę NTM można podzielić na:

- pierwotną (wczesną) – zapobieganie wystąpieniu choroby, m.in. edukacja zdrowotna, ćwiczenia mięśni dna miednicy, kontrola masy ciała,
- wtórną – wczesne wykrywanie i leczenie choroby, zapobieganie powikłaniom, spowalnianie progresji.

Działania profilaktyczne zaleca się rozpoczynać już u młodych kobiet, zwłaszcza w okresie ciąży i porodu.

Prawidłowe rozpoznanie typu NTM pozwala na skuteczną terapię.

W profilaktyce i leczeniu stosuje się:

- edukację pacjentów w zakresie higieny pęcherza i radzenia sobie z objawami.
- ćwiczenia mięśni dna miednicy (mięśnie Kegla),
- modyfikację stylu życia (redukcja masy ciała, ograniczenie kofeiny, regularna aktywność fizyczna),
- farmakoterapię,
- procedury chirurgiczne w wybranych przypadkach,

Nietrzymanie moczu jest powszechnym i złożonym problemem zdrowotnym, którego częstość wzrasta z wiekiem, ale może dotyczyć także młodszych kobiet, np. w okresie ciąży, po porodzie.

Skuteczna diagnostyka, profilaktyka i leczenie pozwalają ograniczyć objawy, poprawić jakość życia i zmniejszyć obciążenie społeczne oraz ekonomiczne.

I.2 Dane epidemiologiczne

Według raportu **Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2023**, problem nietrzymania moczu dotyczy na świecie około 423 mln osób – w tym 303 mln kobiet i 121 mln mężczyzn. Dla porównania, w 2008 roku odnotowano 250 mln przypadków, a w 2018 roku – 301 mln, co wskazuje na stały i dynamiczny wzrost liczby chorych.¹³

W Europie z NTM zmagają się 55–60 mln osób. W Polsce problem ten dotyczy około 2,5 mln osób, jednak ze względu na intymny charakter schorzenia rzeczywista liczba chorych może być wyższa.¹⁴ Prognozuje się, że do 2031 roku zapadalność na NTM w Polsce osiągnie poziom blisko 54 tys. nowych przypadków rocznie.

¹³ Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2023. Warszawa: Fundacja Ekspertów dla Zdrowia; 2023, 12. edycja raportu, <https://uroconti.pl/wp-content/uploads/2023/09/RAPORT-NTM-2023.pdf>

¹⁴ Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2024. Warszawa: Fundacja Ekspertów dla Zdrowia; 2024.

NTM występuje głównie u kobiet (25–45% populacji), ale problem ten dotyczy również mężczyzn – co piąty zgłasza trudności z utrzymaniem moczu. Częstość występowania tego schorzenia wzrasta z wiekiem.¹⁵

U kobiet nietrzymanie moczu może być skutkiem porodów naturalnych, menopauzy, zabiegów ginekologicznych czy uwarunkowań anatomicznych. Z kolei u mężczyzn ryzyko znacznie rośnie po interwencjach medycznych, takich jak radykalna prostatektomia, radioterapia czy chemioterapia stosowana w leczeniu raka gruczołu krokowego.

Badania przeprowadzone we Wrocławiu wykazały, że problemy z kontrolą pęcherza zgłaszało 10,83% mieszkańców, w tym 7,43% kobiet i 3,40% mężczyzn. Częstość występowania NTM rośnie wraz z wiekiem – w grupie osób 55+ problem dotyczył ponad 5% badanych, podczas gdy wśród młodych dorosłych (16–24 lata) nie przekraczał 1%.¹⁶

Według danych Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji (ICS), wysiłkowe nietrzymanie moczu odpowiada za 10–39% przypadków u kobiet. Na drugim miejscu plasuje się mieszany rodzaj nietrzymania moczu (7,5–25%), a rzadziej występuje nietrzymanie moczu z parcia (1–7%). Inne rodzaje NTM, takie jak nietrzymanie z przepełnienia czy pozazwieraczkowe, stanowią 0,5–1% przypadków¹⁷.

Wzrost liczby pacjentów z NTM przekłada się bezpośrednio na obciążenia systemu ochrony zdrowia. Według raportu z 2024 roku, w latach 2022–2023 wydatki NFZ na poradnictwo w poradniach położniczo-ginekologicznych wzrosły o 55,2%, a w poradniach urologicznych o 44,3%. W tym samym okresie liczba porad dla kobiet z NTM wzrosła o 23,8% w poradniach ginekologiczno-położniczych i o 16,3% w poradniach urologicznych.¹⁸

Według Map Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026, choroby układu moczowo-płciowego stanowią drugą największą grupę chorób w Polsce, zaraz po chorobach układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej. Tylko z tytułu chorób układu moczowo-płciowego, w latach 2016-2022 miało miejsce 48 832 590 refundowanych przez NFZ porad u specjalistów, z czego 24 544 079 z nich, a więc ponad połowa odbyła się w poradniach ginekologicznych i ginekologiczno-położniczych, a 14 790 142 w poradniach urologicznych. Pozostałe 9 498 369 porad odbyła się w

¹⁵ Anna Kopiczko, dr hab. prof. nadzw. AWF, Nietrzymanie moczu – wstydlivy kłopot. Ale jest na to rada!, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, Warszawa 2018

¹⁶ Synowiec-Piłat, M, Jędrzejek, M, Zmyślona, B, RAPORT Z PROJEKTU NAUKOWO-BADAWCZEGO PT. TRWANIE ŻYCIA W ZDROWIU SPOŁECZNOŚCI WROCŁAWIAN, Wrocław 2023

¹⁷ Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021

¹⁸ Pacjent z NTM w systemie opieki zdrowotnej 2024. Warszawa: Fundacja Ekspertki dla Zdrowia; 2024

innych poradniach (m.in. nefrologicznych, onkologicznych, profilaktyki chorób piersi czy chirurgii ogólnej).

Globalne i krajowe trendy demograficzne wskazują, że częstość występowania NTM będzie nadal rosła, co spowoduje zwiększenie zarówno kosztów ekonomicznych, jak i obciążeń psychospołecznych – zarówno dla pacjentów, jak i dla systemu ochrony zdrowia.¹⁹

I.3 Opis obecnego postępowania

Szczegółowe kwestie dotyczące zasad sprawowania opieki zdrowotnej nad osobami przewlekle chorymi regulują:

- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego ,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ,
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych ,

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016 poz. 357 z późn. zm.) świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej obejmują: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe ambulatoryjne, świadczenia chemioterapii, inne świadczenia ambulatoryjne oraz świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych. Świadczenia gwarantowane, które mogą być uwzględnione w zakresie postępowania terapeutycznego/profilaktycznego w NTM to m.in.: EMG zwieracza cewki moczowej, pomiar szybkości odpływu moczu, profil ciśnienia wewnętrznego cewki moczowej, ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne, ćwiczenia ogólnousprawniające grupowe, stretching

¹⁹ Raport PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2024, <https://uroconti.pl/wp-content/uploads/2024/09/> dostęp z dnia 04.08.2025 roku

mięśni lub ścięgien, metody neurofizjologiczne – ćwiczenia wspomagane zastępczym sprzężeniem zwrotnym (biofeedback), pole magnetyczne stałe i niskiej częstotliwości, elektrostymulacja mięśni.

Zasoby medyczne w zakresie opieki specjalistycznej oraz dostęp do opieki specjalistycznej

1. Poradnie urologiczne we Wrocławiu - 16 podmiotów leczniczych²⁰

- **Czas oczekiwania na wizytę (tzw. kolejki)**
- ✓ Przypadek stabilny od 75 do 321 dni roboczych
- ✓ Przypadek pilny od 10 do 185 dni roboczych.
- **Województwo dolnośląskie²¹:**
- ✓ 53 lat - średni wiek lekarza urologa
- ✓ 101 - liczba pracujących urologów w województwie:
- ✓ 3,5 - liczba urologów na 100 tys. mieszkańców
- **Wrocław**
- ✓ 74 - liczba pracujących urologów
- ✓ 11 - liczba urologów na 100 tys. mieszkańców

2. Poradnie położniczo-ginekologiczne we Wrocławiu ²² - 51 podmiotów leczniczych

- Czas oczekiwania na wizytę (tzw. kolejki)
- ✓ Przypadek stabilny od 0 do 220 dni roboczych
- ✓ Przypadek pilny od 0 dni do 34 dni
- **Województwo dolnośląskie²³:**
- ✓ 57,4 lat - średni wiek lekarza ginekologa
- ✓ 562 - liczba pracujących ginekologów w województwie:
- ✓ 19,5 - liczba ginekologów na 100 tys. mieszkańców
- **Wrocław**
- ✓ 273 - liczba pracujących ginekologów
- ✓ 40,5 - liczba ginekologów na 100 tys. mieszkańców

Listę szpitali we Wrocławiu udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z NFZ od

²⁰ dane NFZ dostęp z dnia 26.05.2025 roku,
<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=2&search=true&Case=1&ServiceName=%C5%9AWIADCZENIA%20Z%20ZAKRESU%20UROLOGII&State=01&Locality=Wroc%C5%82aw>

²¹ (dostęp z dnia 26.05.2025 roku, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>)

²²(dane NFZ dostęp z dnia 26.05.2025 roku,
<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=1&search=true&Case=1&ServiceName=PORADNIA%20PO%20C5%81O%20C5%BBNICZO-GINEKOLOGICZNA&State=01&Locality=WROC%C5%81AW>

²³ (dostęp z dnia 26.05.2025 roku, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>)

1.10.2017 r. w systemie tzw. sieci szpitali, tj. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zawiera Tabela nr 1

Tabela nr 1 System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej we Wrocławiu.²⁴

POZIOM PSZ	SZPITAL
I STOPIEŃ	Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza we Wrocławiu ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław
III STOPIEŃ	Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – Centrum Medycyny Ratunkowej ul. Fieldorfa 2, 54-049 Wrocław
	„Medinet” Sp. z o.o. ul. Kamieńskiego 73A, 51-124 Wrocław
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu ul. Kamieńskiego 73A, 51-124 Wrocław
	Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego ul. Koszarowa 5, 51-149 Wrocław
OGÓLNOPOLSKI	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. J. Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław
	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 we Wrocławiu ²⁵ ul. Curie-Skłodowskiej 58, 50-369 Wrocław
	Samodzielny Publiczny ZOZ MSWiA we Wrocławiu ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław
	4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką we Wrocławiu ul. Weigla 5, 50-981 Wrocław
ONKOLOGICZNY	Dolnośląskie Centrum Transplantacji Komórkowych z Krajowym Bankiem Dawców Szpiku ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław
	Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
PULMONOLOGICZNY	Dolnośląskie Centrum Chorób Płuc we Wrocławiu ul. Grabiszyńska 105, 53-439 Wrocław

²⁴ Źródło: dane NFZ

²⁵ Od 1 grudnia 2017 r. Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu przy ul. Borowskiej 213 został połączony z drugim szpitalem klinicznym Uniwersytetu Medycznego – SPSK nr 1 przy ul. M. Curie-Skłodowskiej 58.

I.4 Uzasadnienie wdrożenia Programu

Program polityki zdrowotnej dotyczy istotnego problemu zdrowotnego kobiet, jakim jest nietrzymanie moczu. Zakłada prowadzenie działań edukacyjnych oraz interwencji z zakresu diagnostyki, rehabilitacji, wsparcia psychologicznego i dietetycznego. Opanowanie wiedzy w obszarach zgodnych z rekomendacjami towarzystw naukowych stanowi istotny element budowania świadomości i kompetencji zdrowotnych.

Zgodnie z dokumentem **Strategia Wrocław 2030**, populacja miasta wykazuje wyraźny trend starzenia się. Już obecnie odsetek osób w wieku poprodukcyjnym (kobiety 60+, mężczyźni 65+) jest wysoki i będzie się systematycznie zwiększał do połowy kolejnej dekady.²⁶ Prognozuje się, że w 2030 roku udział tej grupy osiągnie niemal 26%.²⁷

Z uwagi na fakt, że Program jest adresowany również do kobiet czynnych zawodowo może on przyczynić się do poprawy sytuacji na rynku pracy, poprzez zmniejszenie liczby osób przedwcześnie niezdolnych do pracy zawodowej. Ponadto zredukuje koszty ponoszone z tytułu absencji chorobowej kobiet, wypłacanych zasiłków i rent, leczenia oraz rehabilitacji. Program będzie stanowił uzupełnienie świadczeń finansowanych z NFZ z uwagi na fakt, że obecnie nie ma opieki koordynowanej nad pacjentem z NTM.

Kolejną istotną kwestią jest zagadnienie dotyczące jakości życia chorych z problemem NTM, które nie może być oceniane w kategoriach ekonomicznych.

Zakres merytoryczny Programu obejmuje przyczyny choroby, objawy, metody samoobserwacji i samokontroli. Metody realizacji opierają się na interaktywnej edukacji zdrowotnej, indywidualnych i grupowych zajęciach z fizjoterapeutą oraz konsultacjach z lekarzem urologiem, dietetykiem i psychologiem.

Zgodnie ze stanowiskiem European Association of Urology (2015,2016) nawet umiarkowane ćwiczenia fizyczne mogą mieć związek z niższymi wskaźnikami występowania NTM u kobiet.

Osoby z problemem NTM są bardziej narażone na depresję niż osoby bez NTM. Problem nietrzymania moczu wpływa niekorzystnie na życie społeczne i zawodowe. Osoby z NTM ograniczają kontakty społeczne, dochodzi do pewnego rodzaju izolacji. Często pacjenci boją się mówić o swoim problemie lekarzowi czy pielęgniarce. Z tego względu uwzględniono w Programie wsparcie psychologiczne dotyczące zmniejszenia poziom lęku i ułatwienia akceptacji choroby.

Część osób z NTM uczestniczących w Programie będzie miała problem z nieprawidłową masą ciała. Dla tej grupy zaplanowano konsultacje z dietetykiem. Obecnie nie ma porad z zakresu żywienia

²⁶ Strategia Wrocław 2030, https://www.wroclaw.pl/beta2/files/news/61260/Strategia_2030-2.pdf

²⁷ <https://www.wroclaw.pl/files/rozmawia/seminarium-demografia/dr-gorecka.pdf>

dedykowanych osobom z NTM. Są portale internetowe prowadzone przez NFZ czy Narodowe Centrum Edukacji Żywnościowej, jednak niewiele osób wie, że może z nich skorzystać bezpłatnie. We Wrocławiu brakuje podmiotu medycznego finansowanego przez NFZ, który zapewniałby kompleksową opiekę pacjentkom z NTM.

Program wpisuje się w strategiczne dokumenty i cele zdrowotne, m.in.:

- Narodowy Program Zdrowia 2021–2025 – cel operacyjny nr 5: wyzwania demograficzne, zadanie nr 3: wspieranie aktywności społecznej seniorów oraz poprawa jakości życia osób starszych;²⁸
- Politykę społeczną wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo – Uczestnictwo – Solidarność, obszar IV: promocja zdrowia, profilaktyka chorób, dostęp do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;²⁹
- Krajowy plan transformacji oraz Wojewódzki plan transformacji województwa dolnośląskiego na lata 2022–2026, w zakresie czynników ryzyka i profilaktyki;^{30, 31}
- kierunki działań polityki zdrowotnej mieszkańców Wrocławia na lata 2022–2026, w szczególności priorytet strategiczny I: „Poprawa jakości działań w zakresie promocji zdrowia, w tym profilaktyki chorób i uzależnień”.³²

Wdrożenie Programu **Specjaliści o nietrzymaniu moczu** zapewni mieszkankom Wrocławia szerszy dostęp do edukacji zdrowotnej, badań profilaktycznych i konsultacji specjalistycznych w przyjaznych warunkach, dostosowanych do potrzeb lokalnej społeczności. Opisane wcześniej problemy występujące w obszarze zaburzeń urologicznych uzasadniają potrzebę wdrożenia Programu.

²⁸ ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia* na lata 2021-2025, Dz.U. z 2021 roku, pozycja 642,

²⁹ UCHWAŁA Nr 161 RADY MINISTRÓW z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ Monitor Polski z dnia 30 listopada 2018 roku, poz. 161

³⁰ UCHWAŁA Nr 161 RADY MINISTRÓW z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ Monitor Polski z dnia 30 listopada 2018 roku, poz. 161

³¹ WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2022-2026

³² Załącznik nr 1, 2 i 3 do uchwały NR XLIX/1299/22 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 24 lutego 2022 r. w sprawie założeń i kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026;

https://baw.um.wroc.pl/UrządMiastaWroclawia/document/64219/Uchwa%C5%82a-XLIX_1299_22

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Uzyskanie lub utrzymanie w trakcie realizacji programu w 2026 roku wysokiego poziomu wiedzy teoretycznej i praktycznej dotyczącej czynników ryzyka występowania NTM, objawów i konsekwencji zdrowotnych choroby oraz korzyści wynikających z wczesnej diagnostyki, profilaktyki i leczenia u co najmniej **60% kobiet w wieku 18+** uczestniczących w działaniach edukacyjnych programu, przy jednoczesnym wzroście poziomu wiedzy uczestniczek o co najmniej 25%, ocenianym na podstawie porównania wyników testów wiedzy przed i po interwencji edukacyjnej.

II.2 Cele szczegółowe

II.2.1 Uzyskanie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy z zakresu etiologii, patogenezy, obrazu klinicznego, profilaktyki, diagnozowania i leczenia NTM wśród minimum 75% personelu medycznego zaangażowanego w realizację programu w 2026 r.

II.2.2 Zwiększenie o **50%** liczby kobiet w wieku 18+, dotąd niezdiagnozowanych pod kątem NTM, które otrzymały odpowiednią diagnostykę i leczenie w ramach PPZ w roku 2026.

II.2.3 Poprawa jakości funkcjonowania **rodzinnego, zawodowego i społecznego** u co najmniej **50% kobiet z rozpoznanym NTM** objętych programem w 2026 roku, poprzez udział w interwencjach programu, obejmujących konsultacje specjalistyczne, zajęcia rehabilitacyjne, szkolenia oraz **Indywidualnym Planie Specjalistycznej Opieki Medycznej** oceniana na podstawie porównania w wyników z przeprowadzonych ankiet jakości życia i funkcjonowania.

Uwagi na dotyczące poprawy funkcjonowania:

- **obszar rodzinny** – poprawę relacji i pełnienia ról rodzinnych (np. większa samodzielność),
- **obszar zawodowy** – zwiększenie zdolności do wykonywania pracy (np. mniejsza absencja, większa efektywność),
- **obszar społeczny** – zwiększenie uczestnictwa w życiu społecznym (np. częstsze kontakty społeczne, mniejsze poczucie wykluczenia).

Poprawa zostanie potwierdzona poprzez **wzrost wyników w co najmniej jednym z trzech obszarów o minimum 20%** względem pomiaru wyjściowego

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

Tabela nr 2 Mierniki efektywności realizacji ppz w odniesieniu do celu

Cel	Miernik
II. 1 Główny	<p>Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki NTM względem wszystkich kobiet uczestniczących w działaniach edukacyjnych, które wypełniły pre-test.</p> <p>Wskaźnik: Iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście w stosunku do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach</p> <p>* wysoki poziom wiedzy – $\geq 75\%$ pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p> <ul style="list-style-type: none">• Liczba przeszkolonych kobiet – 250 osób.• Odsetek kobiet osiągających $\geq 60\%$ poprawnych odpowiedzi w teście końcowym – 60% uczestniczek, tj. ≥ 150 osób.
II.2.1	<p>Odsetek osób, u których w post-teście utrzymano lub uzyskano wysoki poziom wiedzy* w zakresie profilaktyki NTM względem wszystkich uczestników działań edukacyjnych, którzy wypełnili pre-test.</p> <p>Wskaźnik: iloraz liczby osób z wysokim poziomem wiedzy w post-teście do liczby wszystkich uczestników. Wynik wyrażony w procentach</p> <p>* wysoki poziom wiedzy – $\geq 75\%$ pozytywnych odpowiedzi w przeprowadzonym teście wiedzy.</p> <ul style="list-style-type: none">• Liczba przeszkolonych pracowników medycznych ≥ 100 osób.• Odsetek personelu medycznego osiągającego $\geq 70\%$ poprawnych odpowiedzi w teście końcowym ≥ 70 osób
II.2.2	<p>Odsetek uczestniczek programu, u których podczas konsultacji urologicznych wykryto NTM i które zostały skierowane na dalsze leczenie w ramach Programu, w stosunku do wszystkich kobiet dotąd niezdiagnozowanych, objętych konsultacjami w Programie.</p> <p>Wskaźnik: iloraz liczby osób z rozpoznanym NTM skierowanych na dalsze leczenie do liczby wszystkich niezdiagnozowanych kobiet objętych konsultacjami w programie. Wynik wyrażony w procentach.</p> <ul style="list-style-type: none">• Liczba kobiet z dotąd niezdiagnozowanym NTM, które zgłosiły się w ramach programu lub NFZ ≥ 50 osób.• Procentowy wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków NTM $\geq 50\%$ w stosunku do stanu wyjściowego.

	<ul style="list-style-type: none"> • Liczba kobiet objętych odpowiednim leczeniem po wykryciu NTM ≥ 25 osób.
II.2.3	<p>Odsetek uczestniczek programu z NTM, u których odnotowano poprawę funkcjonowania rodzinnego, zawodowego i społecznego dzięki udziałowi w konsultacjach, rehabilitacji, szkoleniach i objęciu Indywidualnym Planem Specjalistycznej Opieki Medycznej (IPSOM).</p> <p>Zakładany efekt:</p> <p>Wzrost wyniku o minimum 20% w co najmniej jednym z obszarów: funkcjonowanie rodzinne, zawodowe lub społeczne, w porównaniu z pomiarem wyjściowym.</p> <p>Odsetek kobiet z NTM, u których odnotowano poprawę funkcjonowania rodzinnego, zawodowego lub społecznego – $\geq 50\%$.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Liczba kobiet z NTM objętych konsultacjami specjalistycznymi, rehabilitacją lub szkoleniami – ≥ 180 osób. 2. Liczba kobiet z NTM realizujących IPSOM – $\geq 50\%$ uczestniczek z NTM (≥ 125 osób). 3. Standaryzowane kwestionariusze jakości życia i funkcjonowania (np. ICIQ-UI, IIQ-7 lub równoważne) oraz ankieta samooceny

Podsumowanie

1. Liczba osób, które skorzystają ze strony internetowej Programu, odsłuchały wykłady, śledziły posty na fanpage`u Programu – **10 000** osób;
2. Liczba osób, które zostaną objęte edukacją zdrowotną, konsultacjami lekarza urologa, ginekologa, rehabilitanta, dietetyka psychologa - **180** osób;
3. Liczba wykonanych USG - **180** osób
4. Liczba osób, skierowanych do diagnozowania i terapii w ramach NFZ – wskaźnik docelowy – **50** osób;
5. Liczba personelu medycznego która uczestniczyła w szkoleniach online lub stacjonarnie – wskaźnik docelowy - **100** osób

Ad 1. Odsetek uczestników, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób urologicznych (ocena na podstawie testu wiedzy przed i po edukacji).

Wskaźnik docelowy: $\geq 70\%$ uczestników objętych edukacją zdrowotną.

Ad 2. Odsetek uczestników deklarujących zmianę postaw prozdrowotnych (np. gotowość do wykonywania badań profilaktycznych, zmiana stylu życia) po zakończeniu udziału w programie.

Wskaźnik docelowy: $\geq 60\%$ uczestników

Ad 3. Odsetek osób, u których w trakcie badań przesiewowych (USG) wykryto nieprawidłowości wymagające dalszej diagnostyki lub leczenia.

Wskaźnik docelowy: $\geq 20\%$ osób poddanych badaniu USG.

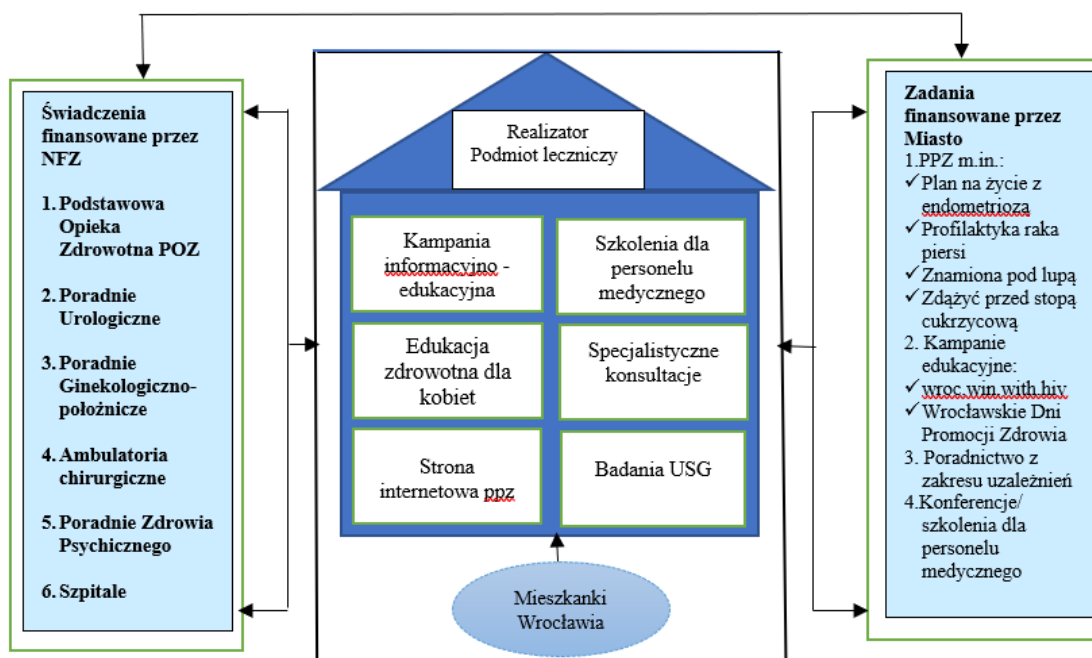
Ad 4. Odsetek osób skierowanych do dalszej diagnostyki lub terapii, które rozpoczęły leczenie w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ.

Wskaźnik docelowy: $\geq 80\%$ osób skierowanych.

Ad 5. Odsetek personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniach, który deklaruje wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności w praktyce zawodowej.

Wskaźnik docelowy: $\geq 70\%$ uczestników szkoleń.

Rysunek 1 Schemat współpracy podmiotów leczniczych finansowanych z NFZ i budżetu Wrocławia w programie polityki zdrowotnej pn. **Specjaliści o nietrzymaniu moczu**



III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej

III.1 Populacja docelowa

W Polsce od kilku lat obserwuje się systematyczny trend spadkowy liczby mieszkańców miast, na rzecz zjawiska suburbanizacji (tzw. „rozlewania się miast”).

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), na koniec 2023 roku liczba ludności Polski wyniosła **37 637 tys. osób**, co oznacza spadek o około **130 tys. osób** w porównaniu z rokiem 2022. Jest to kontynuacja trendu demograficznego obserwowanego od 2012 roku, z wyjątkiem niewielkiego wzrostu w 2017 roku. Z danych na koniec grudnia 2022 r. wynika, że

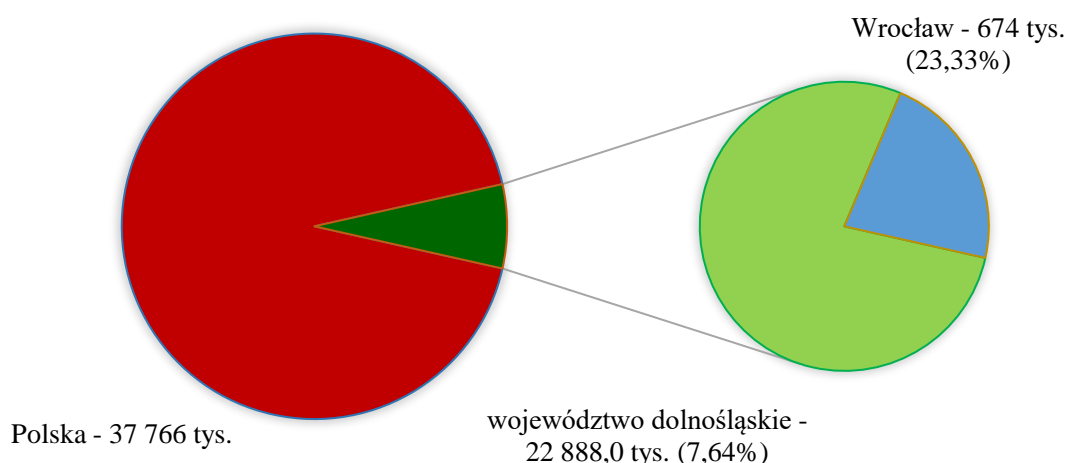
województwo dolnośląskie zamieszkiwało 2 888,0 tys. osób, co stanowiło 7,64% ogólnej liczby ludności kraju ³³.

Na koniec 2023 roku województwo dolnośląskie zamieszkiwało **2 879,3 tys. osób**, co stanowiło spadek o **8,8 tys. osób** (0,30%) w porównaniu z rokiem 2022. W porównaniu do 2015 roku liczba ludności zmniejszyła się o **24,9 tys. osób** (0,86%).³⁴ Aktualne dane potwierdzają utrzymujące się trendy demograficzne w Polsce i województwie dolnośląskim:

- spadek ogólnej liczby ludności.
- zmniejszenie liczby mieszkańców miast.
- wzrost liczby mieszkańców obszarów wiejskich.

Te zmiany mają istotne konsekwencje dla planowania przestrzennego, infrastruktury oraz polityki społecznej i gospodarczej.

Wykres nr 1. Ludność Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia [stan w dniu 31.12.2023 r.]³⁵



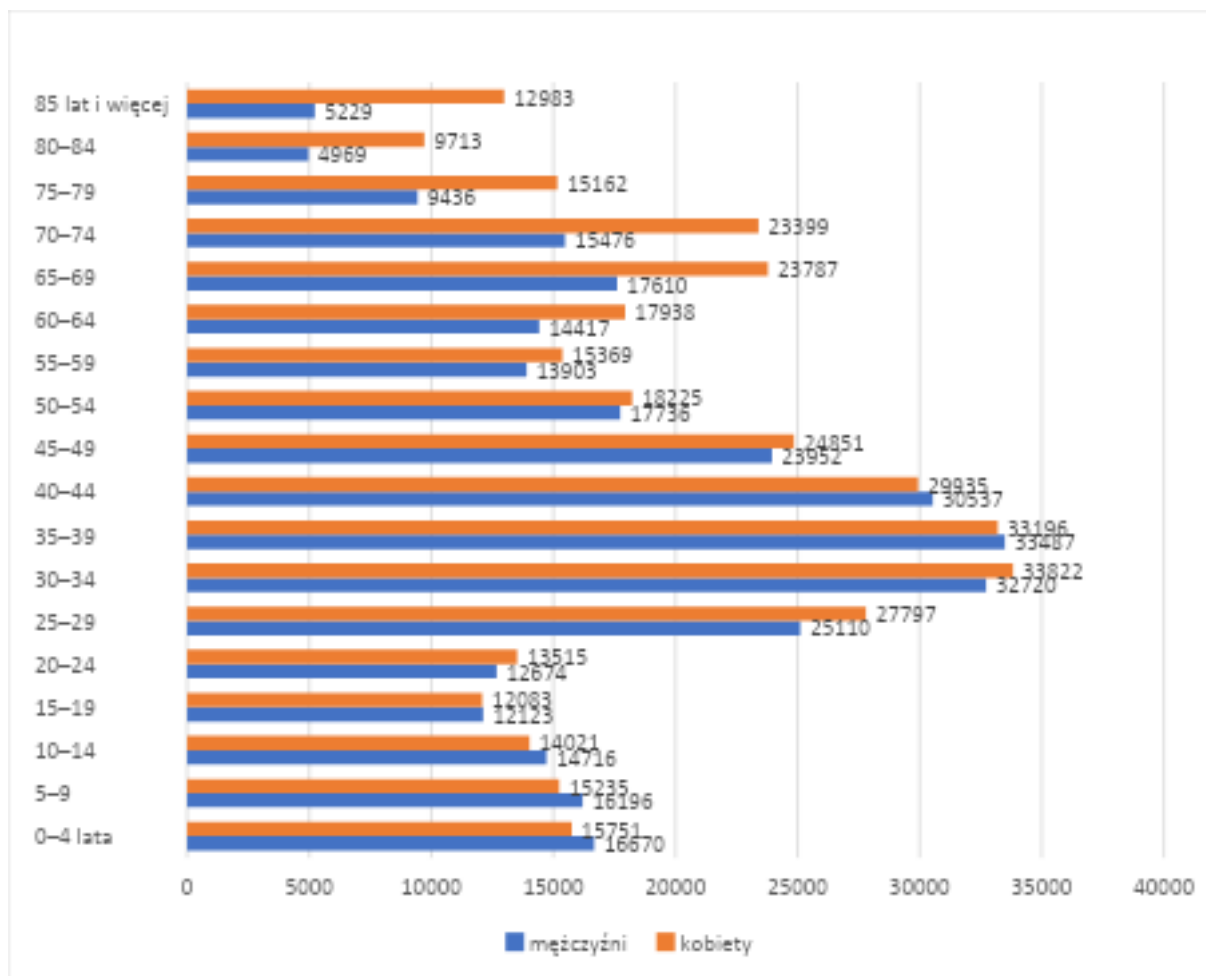
Źródło: dane GUS (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-31-grudnia,6,34.html> , dostęp z dnia 21.07.2023 r.)

³³ (GUS, 2023d). (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stan-i-struktura-ludnosci-oraz-ruch-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stan-w-dniu-31-grudnia,6,34.html> , dostęp z dnia 21.07.2023 r.)

³⁴ https://dolnyślask.pl/dolny-slask-coraz-wiecej-mieszkanow-wsi/12178/?utm_source=chatgpt.com

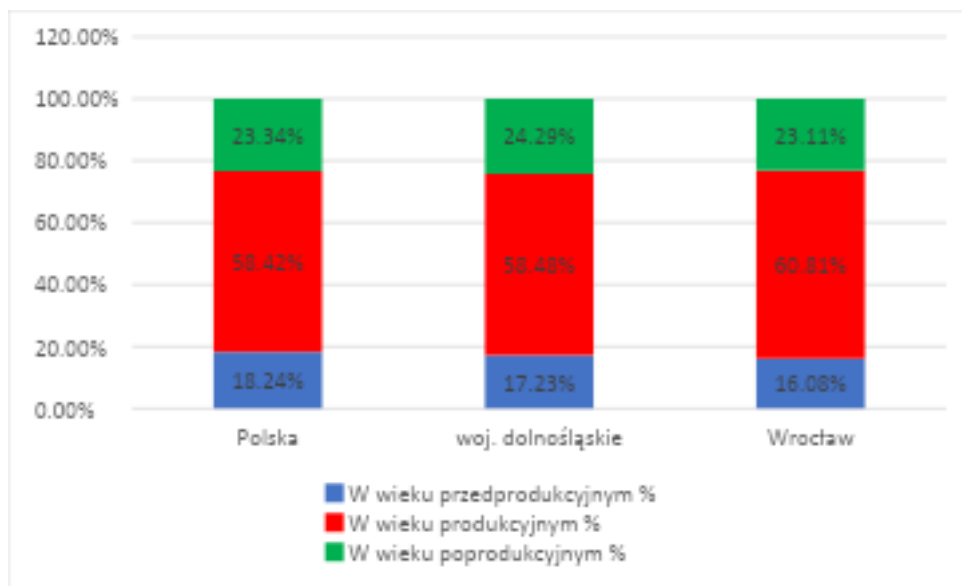
³⁵ , Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2024)

Wykres nr 2 Ludność Wrocławia według grup wiekowych [stan w dniu 31.12.2023 r.]³⁶



³⁶ Źródło: dane GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2024)

Wykres 3 Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku dla Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia; stan na dzień 31.12.2023 r³⁷



Źródło: dane GUS

Poniższe dane demograficzne dotyczą liczby osób: ogółem, oraz kobiet w wieku 18+ i 30+ lat, zameldowanych na pobyt stały lub czasowy powyżej 3 miesięcy we Wrocławiu.

Według stanu na 30 czerwca 2025r.:

1. liczba zameldowanych mieszkańców Wrocławia - 599 879 (w tym: 566 299 zameldowanych na pobyt stały, 33 580 zameldowanych na pobyt czasowy) osób,
2. liczba kobiet, mieszkanek Wrocławia w wieku ≥ 18 rż - **271 686** (w tym: 258 797 zameldowanych na pobyt stały, 12 889 zameldowanych na pobyt czasowy) osób,
3. Liczba kobiet, mieszkanek Wrocławia ≥ 30 rż - 240 808 (w tym: 232 226 zameldowanych na pobyt stały, 8 582 zameldowanych na pobyt czasowy) osób,

Program skierowany jest do kobiet zamieszkałych we Wrocławiu ≥ 18 roku życia, szacuje się że problem NTM dotyczy ok. **19 000** kobiet .

O zakwalifikowaniu do Programu będzie decydowała kolejność zgłoszeń. Szacuje się, że Program obejmie w zakresie edukacji zdalnej (strona internetowa, Facebook,) ok. **10 000** beneficjentów rocznie. Z populacji docelowej, indywidualną edukacją, konsultacjami, badaniami diagnostycznymi objętych będzie **180** osób, w tym Indywidualnym Planem Specjalistycznej Opieki Medycznej - **125** osób co stanowi ok. **1,3** populacji kobiet z NTM we Wrocławiu w pierwszym roku realizacji Programu. W szkoleniach personelu medycznego weźmie udział **100** pracowników ochrony

³⁷ Źródło: dane GUS

zdrowia. Razem **280** osób. Przyjęto założenie, że projektowane działania mają stanowić uzupełnienie funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, a nie jego zastąpienie.

III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej

Zakłada się, że bezpośrednie działania edukacyjne prowadzone w ramach Programu będą skierowane do kobiet z problemem NTM. Materiały informacyjne i edukacyjne upowszechniane za pomocą różnych form przekazu zostaną udostępnione na zasadach i warunkach do tego określonych. Zakres zagadnień uwzględniony w edukacji zdrowotnej będzie dotyczyć m.in. sposobów dbania o zdrowy styl życia oraz kształtowania prozdrowotnych zachowań w sferze zdrowia intymnego. W zakresie dostępności do informacji i edukacji planuje się zapewnienie osobom niepełnosprawnym materiałów oraz infrastruktury, umożliwiającej komunikowanie się dostosowane do zróżnicowanego zakresu niepełnosprawności i ograniczeń z niej wynikających.

Działania ukierunkowane na kształtowanie nawyków wykonywania profilaktycznych badań diagnostycznych prowadzone będą przy wykorzystaniu dostępnych środków przekazu i komunikowania się oraz zadań bezpośrednich, organizowanych i prowadzonych w ramach Programu.

1. Przewidywana liczba uczestników rocznie - **10 350**, osób w tym **180** osób objętych indywidualną i grupową opieką

2. Kryteria włączenia kobiet do Programu

- 1) Wiek – kobieta, która ukończyła 18 lat (wg rocznika urodzenia).
- 2) Miejsce zamieszkania – mieszkanka Wrocławia, co potwierdza poprzez złożenie stosownego oświadczenia.
- 3) Kobiety ze zdiagnozowanym problemem nietrzymania moczu (NTM) **lub** niezdiagnozowane, u których występują objawy sugerujące nietrzymanie moczu (NTM).
- 4) Wyrażenie pisemnej zgody na udział w Programie.

3. Kryteria wyłączenia kobiet z Programu

- 1) Wiek poniżej 18 lat.
- 2) Brak miejsca zamieszkania na terenie Wrocławia.
- 3) Objęcie uczestniczki w trakcie trwania Programu stacjonarną opieką zdrowotną finansowaną w ramach świadczeń gwarantowanych, w szczególności hospitalizacją lub stacjonarną rehabilitacją, uniemożliwiającą dalszy udział w Programie.
- 4) Zakwalifikowanie uczestniczki do leczenia operacyjnego w zakresie NTM w ramach NFZ

5) Brak możliwości kontynuowania zaplanowanych konsultacji lub interwencji z przyczyn losowych.

Na każdym etapie realizacji Programu uczestniczka ma prawo do rezygnacji z udziału bez podawania

4. Kryteria włączenia kadry medycznej do Programu (szkolenia)

- 1) Osoby wykonujące zawód medyczny (np. lekarze, fizjoterapeuci, pielęgniarki, położne), zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
- 2) Zatrudnienie lub współpraca z podmiotem realizującym Program lub udzielającym świadczeń zdrowotnych na terenie Wrocławia.
- 3) Wyrażenie pisemnej zgody na udział w szkoleniu w ramach Programu.

5. Kryteria wyłączenia kadry medycznej

- 1) Brak spełnienia któregokolwiek z kryteriów włączenia.
- 2) Rezygnacja z udziału w szkoleniu w trakcie jego realizacji.

W celu zapewnienia równego dostępu do Programu dla wszystkich zainteresowanych osób, na stronie internetowej realizatora będą publikowane i na bieżąco aktualizowane wolne i zajęte miejsca w Programie. Realizator zobowiązany będzie do prowadzenia ewidencji składanych wniosków/deklaracji i rozpatrywania ich w kolejności złożenia. W materiałach reklamujących Program zostanie zamieszczona informacja dotycząca zaplanowanej liczby odbiorców w Programie w każdym roku jego realizacji.

IV. Planowane interwencje

W Programie zaangażowani będą specjaliści z dziedzin medycyny i pokrewnych tak, by móc skutecznie zapewnić odbiorcom Programu holistyczne podejście do zdrowia, pomoc i opiekę.

Planowana jest współpraca z:

- lekarzem uroginekologiem
- lekarzem urologiem,
- dietetykiem,
- psychologiem,
- fizjoterapeutą
- położną/pielęgniarką

Program będzie się składał z następujących modułów:

Moduł I – Kampania informacyjno-promocyjna,

Moduł II – Nabór uczestników do Programu

Moduł III - Szkolenia kadry medycznej

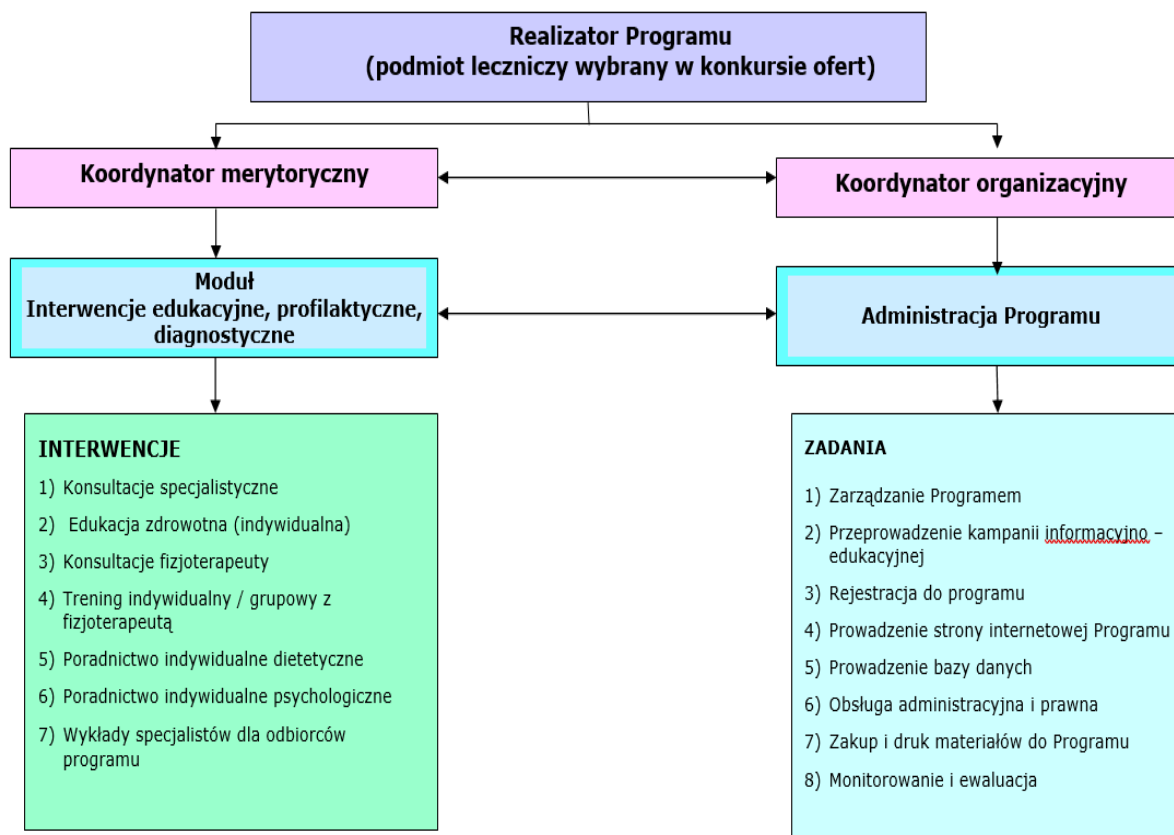
Moduł IV Interwencje edukacyjne, profilaktyczne, diagnostyczne, dotyczące zaburzeń urologicznych u kobiet

Moduł V - Monitorowanie i ewaluacja Programu

Przedstawiony poniżej rysunek prezentuje schemat organizacyjny Programu Rozszerzenie dostępu do świadczeń zdrowotnych z zakresu urologii dla mieszkank Wrocławia pn.

Specjaliści o nietrzymaniu moczu

Rys. 2. Schemat organizacyjny Programu polityki zdrowotnej pn. Specjaliści o nietrzymaniu moczu



Moduł I – Kampania informacyjno-promocyjna

Celem kampanii informacyjno-promocyjnej jest upowszechnianie informacji o Programie, finansowanym z budżetu Miasta oraz zapewnienie zgłaszalności mieszkanek Wrocławia. Realizator jest zobowiązany do opracowania własnych ulotek i materiałów informacyjnych oraz do przeprowadzenia kampanii społecznej. Program skierowany jest do mieszkanek Wrocławia, które mają problemy urologiczne. Program uwzględnia również szkolenia dla personelu medycznego. Oprócz grupy specjalistów, która będzie brała bezpośredni udział w realizacji zadań Programu, problemem dotyczącym NTM warto zainteresować pracowników ochrony zdrowia ze względu na społeczny wymiar działań oraz ograniczony dostęp do specjalistów.

Pozyskanie osób zainteresowanych problemem NTM wśród pracowników ochrony zdrowia będzie się odbywało we współpracy z:

- organizacjami pozarządowymi zajmującymi się zdrowiem intymnym,
- Dolnośląską Okręgową Izbą Lekarską,

- Dolnośląską Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych,
- prasą, radiem, telewizją.

Kampania będzie dotyczyła informacji o Programie, a nośnikiem tych informacji będą ulotki i ewentualnie plakaty przekazywane do POZ, poradni ginekologicznych, urologicznych na terenie miasta Wrocławia. Dodatkowo, informacje zostaną umieszczone w mediach społecznościowych oraz na wybranych portalach użyteczności publicznej, m.in. www.wroclaw.pl.

Moduł II – Nabór do Programu

1. Kwalifikacja i rejestracja do Programu - realizowana przez pielęgniarkę/ położną/ edukatora zdrowia, uwzględnia:

- rozmowę edukacyjną na temat problemów w zakresie NTM,
- omówienie zasad korzystania z Programu, w tym szczegółowo o konsultacjach specjalistycznych lekarza urologa, dietetyka, rehabilitanta oraz zakresie wsparcia psychologicznego,
- wstępną ocenę problemów zdrowotnych, celem zakwalifikowania uczestników do udziału w Programie oraz zaplanowania konsultacji z lekarzem specjalistą, pielęgniarką/położną, rehabilitantem, dietetykiem, psychologiem,
- poinformowanie kobiet o możliwości uzyskania pomocy medycznej również w ramach świadczeń NFZ,
- rejestracja osobista, telefoniczna lub internetowa.

2. Zadania Koordynatora merytorycznego - realizowane przez lekarza uroginekologa /lekarza urologa, w tym:

- zapoznanie realizatorów z koncepcją, organizacją, zadaniami i zasadami programu polityki zdrowotnej pn. **Specjaliści o nietrzymaniu moczu**
- kierowanie pracą zespołu interdyscyplinarnego, w skład którego wchodzi realizatorzy Programu,
- wspólne wypracowanie Indywidualnego Planu Specjalistycznej Opieki Medycznej dla 125 kobiet z problemem nietrzymania moczu
- bieżące rozwiązywanie problemów zdrowotnych odbiorców Programu, podejmowanie decyzji o zleceniu konsultacji specjalistycznych, w zależności od indywidualnych potrzeb,
- monitorowanie pracy specjalistów poprzez np. wizytacje, konsultacje ze specjalistami itp.

3. Zadania Koordynatora organizacyjnego (pracownik administracyjny/personel medyczny):

- przygotowanie i przeprowadzenie kampanii informacyjno – edukacyjnej,
- zakup potrzebnych materiałów i sprzętu do Programu,

- nadzór nad organizacją Programu, przygotowanie harmonogramów pracy specjalistów,
- monitorowanie pracy pracowników obsługi Programu,
- opracowanie wyników ankiet, testu wiedzy,
- przygotowanie sprawozdań z realizacji Programu.

Moduł III - Szkolenia kadry medycznej

W ramach modułu zostaną przygotowane webinaria dla personelu medycznego. Do uczestnictwa zaproszeni zostaną lekarze POZ, lekarze ginekolodzy, urolodzy a także dietetycy, psychologowie i studenci psychologii oraz pielęgniarki, położne, studenci kierunków medycznych (lekarski, pielęgniarski).

Zakres tematyczny szkoleń dla personelu medycznego m.in:

1. Profilaktyka i wczesna diagnostyka nietrzymania moczu.

- ✓ Czynniki ryzyka i grupy szczególnie narażone
- ✓ Wywiad punktem wyjścia w diagnostyce i leczeniu NTM
- ✓ Znaczenie edukacji pacjentów

2. Współczesne metody leczenia nietrzymania moczu u kobiet

- ✓ Postępowanie zachowawcze (ćwiczenia mięśni dna miednicy, fizjoterapia, farmakoterapia)
- ✓ Leczenie zabiegowe i chirurgiczne – aktualne standardy
- ✓ Rola multidyscyplinarnego zespołu w terapii

3. Aspekty psychologiczne nietrzymania moczu

- ✓ Wpływ NTM na jakość życia pacjentek
- ✓ Bariery w zgłaszaniu problemu lekarzowi
- ✓ Rola wsparcia psychologicznego i grup samopomocowych

4. Znaczenie diety w nietrzymaniu moczu

- ✓ Produkty nasilające objawy (kofeina, alkohol, ostre przyprawy)
- ✓ Dieta wspomagająca prawidłowe nawodnienie i kontrolę masy ciała
- ✓ Edukacja pacjenta w zakresie zdrowych nawyków żywieniowych

Wykłady mogą być prowadzone w formie telekonferencji. Poziomą wiedzę uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test będzie udostępniony za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej sprawdzanie wiedzy. Osoba lub osoby przeprowadzające wykłady edukacyjne muszą być ekspertami w dziedzinie ginekologii, urologii, posiadać fachową i aktualną wiedzę na tematy, z których będą edukować odbiorców Programu.

W zależności od zainteresowania szkoleniami planuje się przeprowadzenie ok. 2 szkoleń rocznie dla personelu medycznego, każde po ok. 4 godz.

Moduł IV Interwencje edukacyjne, profilaktyczne, diagnostyczne pn.

Zaburzenia urologiczne u kobiet:

- 1) Informacja i edukacja
- 2) Konsultacje specjalistyczne
- 3) Badania USG układu moczowego.

W związku z kolejkami do lekarza urologa i ginekologa oraz brakiem kompleksowej opieki nad kobietami z problemem nietrzymania moczu, planuje się dodatkowo, udział osób u których występuje ten problem zdrowotny w zaplanowanych zadaniach Programu. Stanowią one uzupełnienie świadczeń gwarantowanych, finansowanych w ramach NFZ.

Osoby z problemem NTM podczas rejestracji do Programu wypełnią kwestionariusz oceny nietrzymania moczu – załącznik nr 2, uwzględniającego następujące dane:

- jak często zdarza się gubienie moczu,
- jak duże ilości moczu są gubione,
- w jakich sytuacjach bezwiednie gubiony jest mocz,
- po jakim wydarzeniu wystąpiło gubienie moczu,
- czy oddawaniu moczu towarzyszy ból,
- czy moczenie występuje w nocy,
- jak często w ciągu dnia jest oddawany mocz

Założenie Dzienniczka Mikcji w formie papierowej/elektronicznej

Dzienniczek mikcji służy samokontroli pacjenta oraz pozwala na monitorowanie postępów leczenia. W dzienniczku będą odnotowywane takie dane jak: ilość wypitych płynów, ilość oddanego moczu, sytuacje w których następuje wyciek moczu, parcie naglące, zmiana wkładki jeżeli osoba z problemem NTM używa wkładek lub innych wyrobów chłonnych, jak pieluchomajtki czy majtki chłonne.

Przed planowaną wizytą od 1 do 3 dni każdy uczestnik musi prowadzić samoobserwację i wpisywać dane do dzienniczka.

Kwestionariusz i Dzienniczek uczestnicy Programu przynoszą na zaplanowaną wizytę u specjalisty. Materiały będzie można pobrać ze strony internetowej Programu i wydrukować lub odebrać osobiście w rejestracji u realizatora Programu.

Dzienniczek Mikcji każdy uczestnik może założyć własny lub pobrać ogólnodostępną aplikację i prowadzić zgodnie z instrukcją udzieloną przy rejestracji do Programu.

Kwestionariusz będzie można również wypełnić w dniu wizyty na miejscu.

1. Konsultacja specjalisty - realizowana przez lekarza specjalistę uroginekologa lub urologa, uwzględnia:

- rozmowę edukacyjną na temat nietrzymania moczu,
 - omówienie zasad korzystania z Programu, w tym szczegółowo o konsultacjach specjalistycznych dietetyka, fizjoterapeuty oraz zakresie wsparcia psychologicznego,
 - informacje o możliwości uzyskania pomocy medycznej w ramach świadczeń NFZ,
 - wstępną ocenę problemu nietrzymania moczu celem zaplanowania konsultacji z pielęgniarką/położną, fizjoterapeutą, dietetykiem, psychologiem bądź skierowania do leczenia operacyjnego:
- ✓ u kobiet wywiad uroginekologiczny z uwzględnieniem dotychczasowego leczenia i przebytych operacji oraz oczekiwań uczestnika odnośnie efektów leczenia. Określić należy dolegliwości podczas opróżniania pęcherza, a także rodzaj i stopień wysiłkowego nietrzymania moczu uwzględniając subiektywne odczucia pacjentki.³⁸ Pacjentki z I stopniem NTM kierowane są na zajęcia treningowe w ramach Programu. Z II stopniem w zależności od nasilenia schorzenia oraz wieku pacjentki mogą być kierowane na treningi terapeutyczne lub leczenie operacyjne. Natomiast kobiety z III stopniem nietrzymania moczu kierowane są na leczenie operacyjne w ramach NFZ³⁹.

Wywiad u kobiet będzie obejmował następujące zagadnienia:

- stan psychiczny i umysłowy (stres, zaburzenia osobowości, depresja),
- warunki socjalne pacjentki,
- objawy towarzyszące aktywności seksualnej oraz wiążące się z obniżeniem narządu rodowego,
- leczenie farmakologiczne stosowane obecnie lub w przeszłości (w szczególności leki antycholinergiczne, antydepresyjne, alfa-adrenolityczne),
- przebyte zabiegi operacyjne (szczególnie w zakresie miednicy mniejszej),
- przebytą radioterapię,
- przebytą chemioterapię,
- porody,
- urazy kręgosłupa,
- nawracające zakażenia układu moczowego,

³⁸ Interdyscyplinarne wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego odnośnie diagnostyki i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, Polskie Towarzystwo Urologiczne,

³⁹ dr n. med. P. SZYMANOWSKI, mgr A. Wójcik, dr W. K. SZEPIENIEC, prof. M. Józwik, Kompleksowe leczenie schorzeń uroginekologicznych. Znaczenie fizjoterapii, R E H A B I L I T A C J A W G I N E K O L O G I I, 3/2014

- ból,
- krwiomocz,
- trudności w oddawaniu moczu i stolca,
- alergię,
- masę ciała,
- choroby neurologiczne i metaboliczne,
- styl życia i przyzwyczajenia dietetyczne (w tym palenie papierosów i spożywanie alkoholu).

W zależności od rodzaju i stopnia NTM lekarz może również dobrać odpowiednie pessary, np. w przypadku obniżenia narządów miednicy. Tego typu metoda jest polecana kobietom w zaawansowanym wieku oraz tym, u których istnieje przeciwwskazanie do ewentualnej operacji naprawczej.

Kwestionariusz do oceny nietrzymania moczu, będzie zawierał następujące informacje:

- jak często zdarza się gubienie moczu,
- jak duże ilości moczu są gubione,
- w jakich sytuacjach bezwiednie gubiony jest mocz,
- po jakim wydarzeniu wystąpiło gubienie moczu,
- czy oddawaniu moczu towarzyszy ból,
- czy moczenie występuje w nocy,
- jak często w ciągu dnia jest oddawany mocz.

2. Badania specjalistyczne: USG układu moczowego

Celem wykonania USG pęcherza moczowego u kobiet z NTM jest przede wszystkim ocena ilości moczu zalegającego po mikcji, anatomii i struktury pęcherza oraz wykluczenie przyczyn anatomicznych i organicznych nietrzymania moczu.

3. Indywidualna edukacja zdrowotna prowadzona przez pielęgniarkę/położną w zakresie wiedzy oraz umiejętności samoobserwacji i nawyków.

Pielęgniarka/położna przeprowadza edukację zdrowotną i dokumentuje ją. Uczy umiejętności samoobserwacji i samooceny.

W trakcie wizyty poruszane są zagadnienia dotyczące: zdrowego stylu życia, znaczenia diety w utrzymaniu prawidłowej masy ciała, prawidłowych nawyków higienicznych (nie przemy podczas oddawania moczu, nie oddajemy moczu na zapas), używek (palenie zwiększa ryzyko pęcherza nadreaktywnego, natomiast przewlekły kaszel który często towarzyszy palaczom, może powodować nietrzymanie moczu).

Osoby z NTM są zagrożone wystąpieniem zapalenia skóry na skutek zwiększonego kontaktu skóry z moczem. Stan zapalny występuje w okolicy krocza, pośladków, fałdu pośladkowego, części ud, dolnych części pleców, może sięgać kości ogonowej. Przyczyną jest długotrwałe zawilgocenie i maceracja skóry oraz wzrost jej pH. W trakcie edukacji pielęgniarka/położna przekazuje informacje dotyczące objawów stanu zapalnego skóry oraz postępowania jakie należy wdrożyć. Informuje o dostępnych specjalistycznych preparatach pielęgnacyjnych. Motywuje do codziennej higieny i pielęgnacji, która przyczyni się do utrzymania skóry w dobrym stanie i zapobiegnie nadmiernemu wysuszeniu oraz podrażnieniom.

4. Szkolenia dla kobiet z NTM

Webinary, telekonferencja.

W tym etapie Programu uczestniczyć mogą zarówno osoby z problemem NTM jak też osoby opiekujące się chorymi z NTM lub zainteresowane chorobą.

Wykłady mogą być prowadzone w formie telekonferencji (z zastrzeżeniem, że narzędzie do tego użyte musi oferować możliwość aktywnej dyskusji i komunikacji na ścieżce uczestnik – edukator).

Propozycja wykładów dla kobiet z NTM

1. Nietrzymanie moczu – fakty i mity

- ✓ Czym jest NTM i dlaczego dotyczy tak wielu kobiet
- ✓ Najczęstsze przyczyny i czynniki ryzyka
- ✓ Obalanie mitów

2. Profilaktyka i pierwsze kroki w walce z NTM

- ✓ Ćwiczenia mięśni dna miednicy – jak i dlaczego warto je wykonywać
- ✓ Higiena intymna i prawidłowe nawyki dnia codziennego
- ✓ Znaczenie aktywności fizycznej i utrzymania prawidłowej masy ciała

3. Psychologiczne aspekty NTM

- ✓ Jak NTM wpływa na samoocenę i relacje z innymi
- ✓ Strategie radzenia sobie z poczuciem wstydu i izolacją
- ✓ Gdzie szukać wsparcia – rola grup wsparcia i psychologa

4. Dieta i styl życia wspierające kontrolę pęcherza

- ✓ Produkty i napoje nasilające objawy – na co uważać
- ✓ Zdrowe nawyki żywieniowe i prawidłowe nawodnienie
- ✓ Znaczenie kontroli masy ciała i regularnych posiłków

5. Życie codzienne z NTM – praktyczne wskazówki

- ✓ Dobór środków pomocniczych (wkładki, bielizna, pieluchomajtki)

- ✓ Planowanie dnia, podróże, aktywność zawodowa i sportowa
- ✓ Jak rozmawiać z bliskimi i lekarzem o problemie

Poziom wiedzy uczestników będzie sprawdzany na podstawie testu wiedzy (pre-test i post-test). Test może być udostępniony w formie papierowej lub za pomocą e-platformy testowej umożliwiającej tę formę sprawdzania wiedzy. Osoba lub osoby przeprowadzające wykłady edukacyjne muszą posiadać fachową i aktualną wiedzę na temat, z którego będą edukować uczestników. Możliwe i wskazane jest przeprowadzenie edukacji przez lekarza lub pielęgniarkę - w części dotyczącej wiedzy o chorobie, dietetyka, fizjoterapeuty i psychologa - w części poświęconej zasadom zdrowego trybu życia.

Pacjenci oraz opiekunowie osób z NTM informowani są o świadczeniach finansowanych przez NFZ. W trakcie realizacji Programu w 2026 r. planuje się nagranie 3 webinarów, które będą dostępne na stronie internetowej Programu.

5. Konsultacja fizjoterapeutyczna

U kobiet z wysiłkowym nietrzymaniem moczu podczas wywiadu fizjoterapeutycznego uwzględnia się następujące elementy:

- postawa ciała (ocena krzywizn kręgosłupa, ocena ustawień poszczególnych segmentów ciała, ustawienie stóp),
- sposób oddychania (tor przeponowy, ruchomość w odcinku piersiowym kręgosłupa),
- ocena struktur mięśniowo-powięziowych, które mogą mieć wpływ na nieprawidłową postawę,
- nawyki pacjenta,
- praca mięśni dna miednicy.

Każda uczestniczka otrzymuje instruktaż ćwiczeń mięśni dna miednicy do wykonywania w domu pomiędzy spotkaniami z fizjoterapeutą.

W zależności od stanu zdrowia i potrzeb pacjentki kwalifikowane są do:

- **zajęć indywidualnych** – obejmujących 10 godzin terapii,
- **zajęć grupowych** – odbywających się 2 razy w tygodniu przez 3 miesiące.

Podczas wizyty kwalifikacyjnej fizjoterapeuta stosuje **elektrostymulację**, której celem jest pobudzenie odpowiednich mięśni odpowiedzialnych za trzymanie moczu. Dzięki bodźcom elektrycznym pacjentka uświadamia sobie, które mięśnie należy napinać, aby ograniczyć wycieki moczu.

Na podstawie zebranego wywiadu opracowywany jest indywidualny plan treningowy, dostosowany do stanu ogólnego, zgłaszanych dolegliwości, możliwości ruchowych oraz percepcji pacjentki.

Każda uczestniczka programu odbywa **2 konsultacje fizjoterapeutyczne**:

- **wstępną** – kwalifikacja do terapii,

- **kończącą** – podsumowanie wyników i zalecenia dotyczące dalszego postępowania.

6. Trening fizjoterapeutyczny indywidualny

Terapia indywidualna ukierunkowana jest na:

- edukację w zakresie unikania zwiększonego ciśnienia w jamie brzusznej,
- naukę prawidłowej kontrakcji mięśni krocza,
- trening mięśni dna miednicy,
- stosowanie urządzeń wspomagających (np. **biofeedback**).

Na funkcjonowanie dna miednicy wpływają m.in. ustawienie i praca stóp oraz wady postawy. Dlatego w terapii fizjoterapeuta zwraca uwagę na pozycję pacjentki i prawidłowe wykonywanie ćwiczeń. Duże znaczenie ma również tor oddechowy – praca przepony ściśle wiąże się z aktywnością mięśni dna miednicy. Pacjentki uczone są prawidłowego **oddychania przeponowego**, co ułatwia koordynację ćwiczeń.

Metody stosowane w terapii indywidualnej:

- **elektrostymulacja** – metoda bierna, pobudzająca mięśnie,
- **biofeedback** – biologiczne sprzężenie zwrotne, umożliwiające świadomą kontrolę skurczu i rozluźnienia mięśni dna miednicy przy pomocy specjalistycznego sprzętu,
- **trening pęcherza i kontroli mikcji** – kształtowanie nawyków pozwalających na kontrolę oddawania moczu poprzez hamowanie niepożądanych skurczów mięśnia wypieracza.

Wspomaganie terapii:

Jako uzupełnienie ćwiczeń stosuje się wkładki dopochwowe (stożki, kulki, pessary) o różnym kształcie, wielkości i ciężarze, które zapewniają podparcie cewki moczowej. Zaleca się je zwłaszcza kobietom mającym trudności z przyjęciem zasad treningu mięśni dna miednicy.

Organizacja terapii indywidualnej:

- Każda uczestniczka ma możliwość skorzystania z **10 godzin zajęć indywidualnych w cyklu**.
- Zajęcia indywidualne przewidziano dla **20 osób w ramach programu** – po 5 osób na każdy 3-miesięczny cykl (kwartał).

Tab. 3 Kryteria kwalifikacji kobiet z NTM do rehabilitacji indywidualnej i grupowej

Kryterium	Rehabilitacja indywidualna	Rehabilitacja grupowa
Stopień nasilenia NTM	Umiarkowane i ciężkie objawy, znacznie obniżają jakość życia	Łagodne do umiarkowanych objawów
Trudność w aktywacji mięśni dna miednicy	Brak świadomości czucia, kompensacje innymi mięśniami, konieczna praca pod kontrolą	Pacjentki świadome, potrafiące samodzielnie aktywować mięśnie

Okres po porodzie/operacjach	Po porodach z urazem krocza, po operacjach ginekologicznych/urologicznych	Po niepowikłanych porodach, profilaktyka
Obciążenia dodatkowe	Otyłość, przewlekły kaszel, choroby neurologiczne, leczenie onkologiczne, obniżenie narządów	Brak istotnych chorób współistniejących
Wiek	Kobiety starsze z osłabioną siłą mięśni i problemami ruchowymi	Kobiety młodsze, sprawne, z dobrą motywacją
Cele terapii	Precyzyjna diagnostyka, indywidualny dobór ćwiczeń, biofeedback, nauka prawidłowej techniki	Edukacja, profilaktyka, motywacja grupowa, ogólne ćwiczenia wzmacniające
Forma pracy	1:1 z fizjoterapeutą, ćwiczenia pod kontrolą, regularna korekta	Instruktaż w grupie, mniej kontroli indywidualnej

7. Trening fizjoterapeutyczny grupowy

Zajęcia grupowe będą prowadzone przez fizjoterapeutów dwa razy w tygodniu przez okres trzech miesięcy. W jednej grupie może uczestniczyć jednorazowo około 8 osób. Podczas ćwiczeń aktywowane będą mięśnie dna miednicy przy pomocy treningu czynno-wzmacniającego, w tym ćwiczeń mięśni dna miednicy (tzw. ćwiczeń Kegla). W trakcie zajęć mogą być wykorzystywane różnego rodzaju sprzęty treningowe.

Trening mięśni dna miednicy pozostaje jedną z najskuteczniejszych metod leczenia zachowawczego oraz istotnym elementem rekonwalescencji pooperacyjnej. Ćwiczenia koncentrują się na budowaniu świadomości ciała, mobilizacji obszaru miednicy, wzmacnianiu mięśni dna miednicy i grup synergicznych, a także na integracji codziennych czynności i praktykowaniu technik relaksacyjnych. W ramach Programu zaplanowano maksymalnie 7 grup treningowych w każdym 3-miesięcznym cyklu (co daje 28 grup w ciągu roku). Uczestnicy będą kwalifikowani do poszczególnych grup w zależności od typu nietrzymania moczu: wysiłkowego (NTM), z parcia lub mieszanego. W razie potrzeby dla osób z wysiłkowym NTM przewiduje się grupy rehabilitacyjne, uwzględniające stopień zaawansowania schorzenia. Liczba i rodzaj grup w danym cyklu będą dostosowane do problemów zdrowotnych pacjentów zakwalifikowanych do zajęć.

Każdy uczestnik odbędzie łącznie 24 godziny zajęć w cyklu. Po jego zakończeniu przeprowadzony zostanie ponowny wywiad, obejmujący analizę dzienniczka mikcji oraz ocenę efektów terapii.

W zależności od uzyskanych rezultatów pacjentka może:

- zakończyć udział w Programie w przypadku uzyskania znaczącej poprawy,

- zostać skierowana do uroginekologa lub urologa w celu podjęcia dalszego leczenia, np. farmakologicznego lub operacyjnego.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego (2014) dopuszcza się prowadzenie treningu mięśni dna miednicy również w formie zajęć grupowych.

8. Poradnictwo z zakresu żywienia w NTM

Dietetyk zbiera wywiad dotyczący odżywiania pacjentki. Prowadzi edukację w zakresie zasad żywienia w NTM. Uczy układania jadłospisów z uwzględnieniem produktów o niskim indeksie glikemicznym. Uczy, jak powinny być przygotowywane posiłki. Szczegółowe zalecenia dietetyczne będą indywidualizowane w zależności od potrzeb i możliwości pacjentki. Przy planowaniu diety brane będą pod uwagę preferencje żywieniowe każdej osoby. Przekazuje informacje dotyczące wpływu sposobu odżywiania na proces leczenia.

Informuje, które produkty są przeciwwskazane przy NTM, a które są polecane.

Ustala plan dalszej opieki i wyznacza terminy kolejnej wizyty. Monitoruje stosowanie się kobiet do zaleceń, koryguje nawyki żywieniowe, układa plan edukacji.

Forma – indywidualna i grupowa.

Kobietom z problemem NTM zaleca się przede wszystkim:

- rezygnację napojów z kofeiną między innymi: kawy, herbaty oraz słodkich napojów gazowanych;
- ograniczenie spożycia alkoholu;
- rzucenie palenia;
- unikanie produktów, które podrażniają pęcherz (m.in. czekolady, cytrusów, pikantnych dań);
- wprowadzenie do diety produktów zapobiegających zaparciom (bogatych w błonnik)
- picie co najmniej 1,5 l wody dziennie.

9. Poradnictwo psychologiczne indywidualne

Poradnictwo indywidualne prowadzone będzie przez psychologa, który nawiązuje kontakt terapeutyczny i ocenia reakcję na chorobę. W trakcie wizyty ocenia u uczestniczki Programu występowanie objawów lękowych, uzależnienia, zaburzeń odżywiania się, osłabienia poziomu procesów poznawczych. Monitoruje stan psychiczny kobiety i sposób stosowania się do zaleceń lekarskich. Poprzez swoje działania zapewnia wsparcie dotyczące zaakceptowania choroby oraz zmniejsza poziom lęku.

Motywuje do aktywnego udziału w procesie leczenia, wzmacnia zdolności samostanowienia. Modyfikuje zaburzenia psychoemocjonalne, uczy efektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem, wzmacnia poczucie własnej wartości uczestniczki Programu.

Psycholog wspiera kobietę w złożoności i różnorodności procesów choroby, jaką jest NTM, poprzez nieustanną motywację i pracę na zasobach, wzmacnianie potencjału chorej, prowadzenie skutecznej profilaktyki, by osiągnąć wspólnie założone cele, których podstawą powinno być poczucie zrozumienia, bezpieczeństwa i sprawstwa pacjentki z NTM.

Psycholog może zastosować bezpłatne narzędzia do diagnozy przesiewowej depresji: wskaźnik samopoczucia (Well-being index WHO-5, www.who-5.org), Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta – 9 (Patient Health Questionnaire – PHQ-9, www.phqscreeners.com/overview.aspx). W przypadku nasilonej depresji oraz innych zaburzeń psychicznych kieruje kobietę na konsultację psychiatryczną w ramach NFZ.

10. Ustalenie Indywidualnego Planu Specjalistycznej Opieki Medycznej dla osób z NTM

Zapewnienie osobom z NTM kompleksowego wsparcia specjalistów. W ramach zadania planuje się, że dla kobiet, które będą korzystały ze wszystkich dostępnych form wsparcia (lekarz, pielęgniarka/położna, rehabilitant, dietetyk, psycholog) opracowany zostanie **Indywidualny Plan Specjalistycznej Opieki Medycznej**, w celu poprawy jakości życia i radzenia sobie z przewlekłą chorobą – załącznik nr 7. Szacuje się, że rocznie z tej formy skorzysta ok. **125** osób. Plan Specjalistycznej Opieki medycznej zawiera następujące elementy: opis problemów /potrzeb po udzieleniu konsultacji przez specjalistów, opis diagnozy ustalony przez specjalistów, sformułowanie celu/celów i planu opieki, ocenę stopnia osiągnięcia celów i realizacji planu oraz wnioski.

Kryteria zakwalifikowania kobiet do objęcia Planem Specjalistycznej Opieki Medycznej

1. Stopień nasilenia NTM

- średni stopień nietrzymanie moczu (II stopień w skali ICS)

2. Rodzaj nietrzymania moczu

- wysiłkowe NTM z dużymi ubytkami
- mieszane NTM
- nagłace NTM odporne na farmakoterapię

3. Choroby współistniejące

- choroby neurologiczne (SM, Parkinson, udary)
- cukrzyca, otyłość, przewlekły kaszel

4. Stan po porodzie lub zabiegach

- urazy krocza, pęknięcia, nacięcia
- cięcia cesarskie z zaburzeniami funkcji mięśni
- rekonstrukcje i zabiegi w obrębie miednicy

5. Kryteria funkcjonalne

- trudności w samodzielnym wykonywaniu ćwiczeń mięśni dna miednicy
- ograniczona sprawność ruchowa uniemożliwiająca udział w programach grupowych.

6. Kryteria psychospołeczne

- obniżenie jakości życia
- problemy emocjonalne wynikające z NTM (depresja, lęk, wycofanie społeczne).

Każde z wyżej wymienionych kryteriów jest uzasadnieniem do objęcia ww. Planem Opieki.

Indywidualny Plan Specjalistycznej Opieki Medycznej zostanie wypracowany dla ok. 125 kobiet przez realizatorów Programu i koordynatora merytorycznego. Zadanie to jest wykonywane w ramach konsultacji i zadań koordynatora merytorycznego.

IV.1 Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizowane będą nieodpłatnie, po udzieleniu pisemnej zgody kobiet na udział w Programie. Wszystkie interwencje będą prowadzone z poszanowaniem prywatności i ochrony danych osobowych. Za zaproszenie uczestniczek do Programu odpowiedzialny będzie Realizator wyłoniony w procedurze konkursowej. Dostępność do Programu zapewniona zostanie zgodnie z potrzebami mieszkańców. Codziennie od poniedziałku do piątku z możliwością konsultacji telefonicznej do późnych godzin popołudniowych. W ramach Programu możliwa będzie komunikacja z zespołem interdyscyplinarnym. Osobą odpowiedzialną za komunikację z uczestnikami będzie koordynator Programu lub inne osoby przez niego wskazane. Wszystkie interwencje wykonywane będą przez zespół interdyscyplinarny (między innymi, lekarz urolog/uroginekolog/urolog, pielęgniarka/położna, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog).

Realizatorem programu polityki zdrowotnej będzie podmiot leczniczy, posiadający kontrakt z NFZ w tym zakresie ginekologii.

Realizator Programu powinien również dysponować wykwalifikowanym zespołem specjalistów, w tym psychologów, mającym doświadczenie w pracy z osobami mającymi problemy urologiczne.

Kobiety zakwalifikowane do zajęć terapeutycznych będą miały opracowany Indywidualny Plan Specjalistycznej Opieki Medycznej. Osoby ze znacznym stopniem NTM, które nie będą kwalifikowały się do zajęć terapeutycznych dostaną zalecenie leczenia operacyjnego.

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi, finansowanymi z NFZ.

Realizator jest zobowiązany do prowadzenia następującej dokumentacji Programu:

- dokumentacji medycznej z wizyt realizowanych w ramach Programu,

- KARTY „Indywidualny Plan Specjalistycznej Opieki Medycznej”,
- ankiety ewaluacyjnej.

Interwencje w Programie są uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych z Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie opieki urologicznej/ginekologicznej o dodatkową edukację dla osób z problemami dotyczącymi zdrowia intymnego. Każdy uczestnik przed podpisaniem zgody zostanie poinformowany o zakresie Programu, czasie jego trwania, źródłach finansowania Programu oraz zasadach uczestnictwa.

Świadczeń w ramach Programu będzie udzielał zespół posiadający odpowiednie kwalifikacje, zgodnie z kryteriami opisanymi przepisami prawa i opisem Programu.

Dokumentacja medyczna opracowana do Programu będzie prowadzona i przechowywana w siedzibie Realizatora, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej, ochrony danych osobowych oraz dodatkowo zaleceniami Realizatora^{40,41}. Interwencje będą się odbywały w siedzibie Realizatora lub przez niego wynajętych pomieszczeniach, zgodnie z wymaganiami stawianymi przez obowiązujące przepisy prawa^{42,43}.

W celu zabezpieczenia przed podwójnym finansowaniem świadczeń zdrowotnych, (finansowanych z NFZ i z budżetu Miasta) Realizator będzie miał obowiązek zbierania danych osobowych, w tym PESEL osób zakwalifikowanych do Programu, tak aby Zlecający miał możliwość we współpracy z NFZ wykrycia nadużyć.

Bezpieczeństwo i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych

Przewidziane w związku z Programem działania będą prowadzone w podmiocie leczniczym wybranym w procedurze konkursowej. Sposób wykonania zadań w Programie oraz udzielania świadczeń przez realizatora zorganizowany zostanie tak, aby zapewnić uczestnikom równy dostęp do świadczeń i usług w ramach środków przeznaczonych na realizację Programu.

Na każdym etapie realizacji Programu i podejmowanych interwencji aktywny będzie system monitoringu i ewaluacji umożliwiający zmianę planowanych działań i interwencji w przypadku zaistnienia okoliczności tego wymagających.

⁴⁰ Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych,

⁴¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania,

⁴² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą,

⁴³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

IV.2 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Świadczenia zdrowotne udzielane w ramach PPZ zostaną zrealizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa. Realizowane będą nieodpłatnie po udzieleniu pisemnej zgody uczestników na udział w Programie. Wszystkie interwencje będą prowadzone z poszanowaniem prywatności i ochrony danych osobowych. Za zaproszenie mieszkank Wrocławia do Programu odpowiedzialny będzie Realizator wyłoniony w procedurze konkursowej. Dostępność do Programu zapewniona zostanie zgodnie z potrzebami mieszkańców. Program jest spójny ze świadczeniami gwarantowanymi i stanowi ich uzupełnienie. Uczestnicy mają możliwość rezygnacji z udziału w Programie w dowolnym momencie bez podania przyczyn.

W przypadku wycofania zgody na udział w Programie osoba zostanie poinformowana o możliwości kontynuacji opieki w ramach świadczeń NFZ.

W ramach Programu możliwa będzie komunikacja z zespołem interdyscyplinarnym. Osobą odpowiedzialną za komunikację z uczestnikami będzie koordynator Programu lub inne osoby przez niego wskazane. Wszystkie interwencje wykonywane będą przez zespół interdyscyplinarny (między innymi, lekarz uroginekolog/urolog, pielęgniarka/położna, fizjoterapeuta, dietetyk, psycholog).

Po zakończeniu Programu przekazana zostanie przez koordynatora merytorycznego Programu pisemna informacja lekarzowi POZ dotycząca m.in. zaleceń w celu włączenia pacjenta do dalszego postępowania w ramach NFZ.

Po zakończeniu udziału w Programie uczestnicy będą wypełniali ankietę satysfakcji, w ramach oceny jakości i działań monitorujących przebieg Programu.

Bezpieczeństwo i sposób udzielania świadczeń zdrowotnych

Przewidziane w związku z Programem działania będą prowadzone w podmiocie leczniczym wybranym w procedurze konkursowej. Sposób wykonania zadań w Programie oraz udzielania świadczeń przez Realizatora zorganizowany zostanie tak, aby zapewnić uczestnikom równy dostęp do świadczeń i usług w ramach środków przeznaczonych na realizację Programu.

Na każdym etapie realizacji Programu i podejmowanych interwencji aktywny będzie system monitoringu i ewaluacji umożliwiający zmianę planowanych działań i interwencji w przypadku zaistnienia okoliczności tego wymagających.

Zakończenie uczestnictwa w programie:

- 1) Wykonanie i zakończenie działań wobec kobiety objętej Programem
- 2) Indywidualne przeciwwskazania do skorzystania z działań przewidzianych w Programie
- 3) Wyrażenie przez uczestnika woli zakończenia uczestnictwa w Programie na dowolnym etapie,

V. Organizacja programu polityki zdrowotnej

V.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

1. Wybór Realizatorów Programu zostanie dokonany w procedurze konkursowej ofert spełniających następujące kryteria:

- podmiot leczniczy, posiadający kontrakt NFZ na świadczenia w zakresie ginekologii,
- pomieszczenia do prowadzenia konsultacji specjalistycznych, edukacji i zajęć grupowych,
- wartość merytoryczna oferty, w tym: stopień, w jakim oferta odpowiada wymogom podanym w Ogłoszeniu Konkursowym,
- racjonalność kalkulacji kosztów w relacji do zakresu rzeczowego zadania, aktualnych średnich cen i stawek na rynku usług,
- doświadczenie oferenta w udzielaniu świadczeń z zakresu ginekologii/urologii,
- zasoby rzeczowe Oferenta (np. warunki lokalowe, sprzęt medyczny).

2. Przeprowadzenie kampanii informacyjno-edukacyjnej.

W ramach pierwszego etapu zostanie przeprowadzona przez Realizatora kampania informacyjna na terenie miasta Wrocławia. Opracowane zostaną materiały w postaci plakatów, ulotek, które przekazane zostaną do poradni ginekologicznej, urologicznej, POZ. Informacje w formie reklamy zamieszczane będą w mediach lokalnych, społecznościowych, tak aby dotarły do jak największej grupy odbiorców - **Moduł I**.

3. Rejestracja kobiet do Programu odbywać się będzie telefonicznie, mailowo lub osobiście w siedzibie Realizatora. Realizator powinien zadbać o wprowadzenie jak najmniej skomplikowanych metod komunikacji pomiędzy uczestnikami a podmiotem.

4. Realizacja **Modułów II-IV** – opisana w ramach realizacji Programu.

5. Monitorowanie realizacji Programu.

Realizator jest zobowiązany do monitorowania przebiegu Programu zgodnie z warunkami umowy oraz dokumentacją opracowaną do Programu.

6. Zamknięcie Programu i jego ewaluacja.

Po zakończeniu Programu, Realizator jest zobowiązany do dostarczenia danych związanych z realizacją zadań Programu oraz zestawieniem wyników ankiet, testów wiedzy w postaci raportu końcowego.

V.2 Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

W celu realizacji Programu polityki zdrowotnej należy spełnić wymagania dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Wybór Realizatora odbędzie się procedurze konkursowej. Realizator musi zapewnić wykonanie wszystkich zadań merytorycznych, przeprowadzenie kampanii informacyjno-promocyjnej, kwalifikowanie chorych i zapewnienie świadczeń w ramach Programu. Wybór Realizatora i jego podwykonawców musi odbywać się zgodnie z przepisami prawa krajowego.

Opracowanie kampanii oraz materiałów informacyjno-promocyjnych zostanie zrealizowane w ramach przyznanych środków finansowych na realizację Programu. Materiały edukacyjne mogą być udostępnione online na stronie Realizatora dla chorych oraz kadry medycznej.

Realizator Programu polityki zdrowotnej powinien dysponować wykwalifikowanym personelem, mającym doświadczenie w pracy w zakresie zdrowia intymnego (ginekologia/urologia.).

Miejsce realizacji Programu oraz warunki lokalowe powinny pozwalać na prowadzenie edukacji pacjentów i ich swobodny dostęp do podmiotu. W celu poprawnego monitorowania przebiegu i ewaluacji Programu, Realizator powinien wyznaczyć koordynatora Programu odpowiedzialnego za przygotowanie raportów i gromadzenie danych.

Tabl. Nr 4 Wymagania dotyczące kwalifikacji osób realizujących poszczególne zadania PPZ

Interwencja	Wymagania dotyczące kwalifikacji osób realizujących PPZ
1) Nadzór merytoryczny	lekarz uroginekolog / urolog, prawo wykonywania zawodu
2) Nadzór organizacyjny	Położna/pielęgniarka, prawo wykonywania zawodu
Moduł IV. 1 Zaburzenia urologiczne u kobiet	
1) Konsultacje specjalisty	uroginekologa / urologa, prawo wykonywania zawodu
2) Edukacja zdrowotna	położną/pielęgniarkę, prawo wykonywania zawodu
3) Konsultacje fizjoterapeuty	fizjoterapeuta co najmniej 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentem z chorobami przewlekłymi, certyfikat ukończenia kursu szwajcarskiej metody BeBo, prawo wykonywania zawodu
4) Trening indywidualny z fizjoterapeutą	fizjoterapeuta co najmniej 3-letnie doświadczenie w pracy z pacjentem z chorobami

	przewlekłymi, certyfikat ukończenia kursu szwajcarskiej metody BeBo, prawo wykonywania zawodu
5) Trening grupowy z fizjoterapeutą	Fizjoterapeuta, prawo wykonywania zawodu
6) Poradnictwo indywidualne dietetyczne	Dietetyk, prawo wykonywania zawodu
7) Poradnictwo indywidualne psychologiczne	Psycholog, prawo wykonywania zawodu
8) Wykłady prowadzone przez dietetyka, fizjoterapeutę, psychologa, lekarza specjalistę	specjaliści z danej dziedziny, prawo wykonywania zawodu

Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych Realizator Programu musi spełniać wymagania określone w obowiązujących przepisach, w szczególności w:

- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą
- Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania
- Ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych w związku z wdrożeniem ROZPORZĄDZENIA PARLAMENTU EUROPEJSKIEGO I RADY (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz przepisów szczególnych, w tym w zakresie dokumentacji medycznej, obowiązujących podmioty prowadzące działalność medyczną.
- dotyczących zasad bezpieczeństwa i higieny pracy.

Realizator powinien zapewnić wyposażenie i warunki adekwatne do planowanych działań.

Realizatorem programu polityki zdrowotnej będą podmioty lecznicze posiadające kontrakt z NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: ginekologii.

VI. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

VI.1 Monitorowanie

Monitorowanie Programu będzie odbywało się w sposób ciągły do momentu zakończenia realizacji PPZ. W trakcie realizacji Programu gromadzone będą dane dotyczące m.in. liczby osób:

- zgłaszających się do Programu,
- zakwalifikowanych do Programu,
- które zrezygnowały z Programu
- które nie zrezygnowały z Programu,
- objętych edukacją zdrowotną
- objętych konsultacjami specjalistycznymi
- objętych Indywidualnym Planem Specjalistycznej Opieki Medycznej
- liczby wykonywanych badań USG.

Elektroniczna baza danych będzie na bieżąco uzupełniana, zapisywane będą informacje o każdym z uczestników PPZ tj.:

- data wyrażenia zgody na uczestnictwo w PPZ, w tym zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz zgody na kontakt (np. numer telefonu, adres e-mail),
- numer PESEL wraz ze zgodą na jego wykorzystanie w ocenie efektów zdrowotnych PPZ,
- data zakończenia w PPZ wraz z podaniem przyczyny (np. ukończenie wszystkich interwencji, zakończenie PPZ, wycofanie zgody na uczestnictwo w PPZ).

W ramach monitorowania będą zbierane dane o realizacji Programu, jego przebiegu i wynikach. Monitorowane będą wskaźniki dotyczące zasobów oraz efektywności. Bieżąca ocena realizacji będzie polegała na analizie raportów okresowych, opracowywanych kwartalnie oraz w rocznych interwałach czasowych.

Druga grupa wskaźników obejmuje ocenę uzyskiwanych efektów związanych z wdrożeniem interwencji Programu oraz jakości w czasie realizacji. Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana przez Koordynatora merytorycznego Programu. Ankieta satysfakcji z udziału w Programie zostanie udostępniona wszystkim odbiorcom Programu.

Ocena zgłaszalności do Programu będzie monitorowana poprzez dostęp do baz danych Programu lub dokumentacji medycznej, prowadzonych przez Realizatora. Analizie zostanie poddana liczba osób, które aplikowały do Programu oraz liczba osób, którym udzielono poszczególnych specjalistycznych konsultacji. Dokonane zostanie porównanie ilości osób, którym udzielono świadczeń w ramach Programu w stosunku do populacji kwalifikującej się do Programu.

Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji Programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od Realizatora Programu.

Ocena jakości świadczeń będzie obejmować:

- ocenę satysfakcji odbiorców Programu – dokonywana będzie na podstawie ankiety satysfakcji,
- ocenę poziomu wiedzy odbiorców Programu - przeprowadzi się za pomocą testu wiedzy (po przeprowadzeniu testu wiedzy dokonana zostanie standaryzacja testu w celu doskonalenia narzędzia)
- analizę uwag pisemnych, ustnych przekazanych przez uczestników do Realizatora Programu,
- identyfikację ewentualnych zakłóceń w przebiegu Programu - ocena czynników zakłócających będzie oceniana na bieżąco przez Realizatora.

Monitorowanie Programu będzie dokumentowane, m.in. poprzez tworzenie raportów okresowych obejmujących sprawozdania z aktualnie realizowanych zadań.

VI.2. Ewaluacja

Ewaluacja rozpocznie się po zakończeniu Programu. Porównany zostanie stan przed wprowadzeniem działań w ramach PPZ i stan po jego zakończeniu, z wykorzystaniem zdefiniowanych mierników efektywności odpowiadających celom Programu.

Wyniki ewaluacji Programu odniesione zostaną do zakładanych celów. Określony zostanie stopień osiągnięcia celów. Cel zostanie uznany za osiągnięty, jeśli wartość miernika efektywności wyliczona na podstawie danych zgromadzonych w ramach monitorowania przekroczy wskazaną w celu wartość docelową. Koordynator Programu odpowiedzialny będzie za przeprowadzenie ewaluacji na podstawie testu wiedzy, ankiety samoceny przed rozpoczęciem i po zakończeniu Programu.

Na podstawie wyników ewaluacji Programu, którego realizacja w pierwszym roku wprowadzenia będzie miała charakter pilotażowy, możliwe jest w następnych latach jego realizacji rozszerzenie dla większej populacji mieszkańców Wrocławia.

Utrzymanie w Programie trwałości efektów zdrowotnych uczestników jest możliwe poprzez kontynuację działań w kolejnych latach, z jednoczesnym zwiększeniem liczby uczestników, jeśli będzie taka potrzeba. Kontynuacja Programu będzie możliwa w zależności od efektów oraz nakładów finansowych.

Zebrane wyniki umożliwią ewentualną modyfikację podejmowanych działań oraz pozwolą na ocenę satysfakcji i skuteczności proponowanych działań. Jakość usług, w których brały udział osoby zgłaszające się do Programu, oceniana będzie za pomocą ankiety satysfakcji.

W raporcie końcowym podane zostaną podane wartości liczbowe dla danych objętych monitorowaniem oraz co najmniej:

- odsetka osób, u których doszło do wzrostu poziomu wiedzy (przeprowadzenie pre-testu i post testu) nt. zaburzeń urologicznych
- odsetka osób u których nastąpiła poprawa funkcjonowania fizycznego, psychicznego i społecznego.

Dokumentacja medyczna i ankiety satysfakcji **nie będą traktowane w projekcie jako sama ewaluacja**, lecz jako **źródła danych, które zostaną wykorzystane do oceny efektów programu**. Czynności takie jak: zbieranie danych, przygotowywanie raportów, ich analiza i ewaluacja, wykonywane będą przez koordynatora, wyznaczonego przez Realizatora.

VII. Budżet programu polityki zdrowotnej

VII.1 Koszty jednostkowe

Ceny jednostkowe służące wyliczeniu kosztów Programu, zostały ustalone na podstawie danych przekazanych przez podmioty realizujące podobne świadczenia zdrowotne na terenie województwa dolnośląskiego oraz w oparciu o analizę cenową rynku.

Budżet zawiera wszystkie niezbędne kategorie kosztów PPZ

Tabela nr 5 Koszty jednostkowe

Moduł	Nazwa modułu	Jednostka
		zadanie
	Razem	

Tabela nr 6 Budżet PPZ

Lp.	Nazwa kosztu	Jednostka
1.	Kampania informacyjno-promocyjna (ulotki, plakaty), opracowanie graficzne	
2.	Prowadzenie kanału informacyjnego w mediach społecznościowych, strony współpraca z mediami, redakcja tekstów psychoedukacyjnych	
3.	Rejestracja do programu z edukacją	
4.	Nadzór merytoryczny	
5.	Nadzór organizacyjny	
6.	Webinary dla kadry medycznej	
7.	Nagranie webinarów i udostępnienie na stronie internetowej	
8.	Wizyta kwalifikacyjna specjalisty uroginekologa/urologa konsultacje z USG dla kobiet	
9.	Wizyta końcowa	
10.	Edukacja zdrowotna prowadzona przez położną/pielęgniarkę - 1 wizyta na osobę	
11.	Konsultacja rehabilitanta: wizyta kwalifikacyjna, wizyta końcowa (2x 180 osób)	

Lp.	Nazwa kosztu	Jednostka
12.	Trening indywidualny z fizjoterapeutą 10 godz./cykl* dla 20 osób	
13.	Trening grupowy z fizjoterapeutą 2x w tyg.=8 godz./ miesiąc x 3 mies. =24 godz. x 7 grup =168 godz. x 4 kwartały =672	
14.	Poradnictwo indywidualne dietetyczne - 2 wizyty dla osoby (90 osób)*	
15.	Poradnictwo indywidualne psychologiczne - 2 wizyty dla osoby (90 osób)*	
16.	Webinary prowadzone przez dietetyka, fizjoterapeutę, psychologa	
17.	Nagranie webinarów i udostępnienie na stronie internetowej	
18.	Obsługa księgową i prawną	
19.	Zakup materiałów i sprzętu do Programu	
20.	Oplata za media, sprzątnięcie	
21.	Oplata telefony, internet	

*Istnieje możliwość elastycznego dostosowania liczby poszczególnych porad adekwatnie do potrzeb uczestników Programu.

VII.2 Koszty całkowite

Na realizację pilotażu Programu w 2026 roku przeznaczono kwotę **326.250 zł**. W Programie uczestniczyć będzie **ok. 180 osób z nietrzymaniem moczu** oraz **100 osób** personelu medycznego uczestniczyć będzie w szkoleniach.

VII.3 Źródła finansowania

Program polityki zdrowotnej finansowany będzie w całości ze środków budżetu miasta Wrocławia.

VIII. Bibliografia

1. Badanie na zlecenie Gedeon Richter wykonał instytut badawczy ARC Rynek i Opinia w marcu 2019 r. na reprezentatywnej próbie N=1022 kobiet w wieku 16-65 lat.
2. Dane z Wydziału Spraw Obywatelskich Urzędu Miejskiego Wrocławia
3. Gawrońska-Garstka & A. Zduniak (Eds.), *Edukacja nieustająca wyzwaniem społeczeństwa informacyjnego. Edukacja XXI wieku* (pp. 66–80). Poznań: WSB, Poznań.
4. GUS, (2023d). (<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/ludnosc-stand-istruktura-ludnosc-i-transport-naturalny-w-przekroju-terytorialnym-stand-w-dniu-31-grudnia,6,34.html> , dostęp z dnia 21.07.2023 r.)
5. GUS (2020d). Sytuacja demograficzna województwa dolnośląskiego w 2019 r. Wrocław
6. GUS (Rocznik Statystyczny Wrocławia 2022)
7. Health Protection Agency Annual Report and Accounts 2012-13 HC 174 Session 2013-2014;
8. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/246760/0174.pdf
9. <https://www.mp.pl/nadwaga-i-otylosc/przeglad-badan/254664,czy-u-kobiet-w-mlodym-i-srednim-wieku-nadwaga-i-otylosc-sa-czynnikiem-zwiekszajacymi-ryzyko-rozwoju-nietrzymania-moczu>, dostęp z dnia 13.02.2024
10. <https://ntm.pl/baza-wiedzy/pacjent-z-ntm-w-systemie-opieki-zdrowotnej-2023/> dostęp z dnia 14.02.2024 roku
11. <https://pacjent.gov.pl/jak-zyc-z-choroba/nie-tylko-kobiety-problem>,
12. https://www.wroclaw.pl/beta2/files/news/61260/Strategia_2030-2.pdf
13. <https://www.wroclaw.pl/files/rozmawia/seminarium-demografia/dr-gorecka.pdf>
14. https://baw.um.wroc.pl/UrządMiastaWrocławia/document/64219/Uchwa%C5%82a-XLIX_1299_22
15. <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=2&search=true&Case=1&ServiceName=%C5%9AWIADCZENIA%20Z%20ZAKRESU%20UROLOGII&State=01&Locality=Wroc%C5%82a> w (dostęp z dnia 26.05.2025 roku,
16. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/> (dane NFZ dostęp z dnia 26.05.2025 roku,)
17. <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/?page=1&search=true&Case=1&ServiceName=PORADNIA%20PO%C5%81O%C5%BBNICZOGINEKOLOGICZNA&State=01&Locality=WROC%C5%81AW>(dane NFZ dostęp z dnia 26.05.2025 roku,)
18. <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>(dane NFZ dostęp z dnia 26.05.2025 roku,)
19. Incontinence, 7th edition 2023, red. P. L. Cardozo, E. Rovner, A. Wagg, A. Wein, P. Abrams, 7th International Consultation on Incontinence, November 2021

20. Interdyscyplinarne wytyczne Polskiego Towarzystwa Uroginekologicznego odnośnie diagnostyki i leczenia wysiłkowego nietrzymania moczu u kobiet, Polskie Towarzystwo Urologiczne,
21. Kopiczko Anna, prof. nadzw. AWF. Nietrzymanie moczu – wstydlivy kłopot. Ale jest na to rada!, Narodowe Centrum Edukacji Żywieniowej, Warszawa 2018
22. Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio 3(43)2020 ISSN 2082-7067 Strona 285
23. Leczenie nietrzymania moczu u kobiet – problem społeczny, ekonomiczny i leczniczy, Janusz Zajda, Marek Połujański, Maciej Zbrzeźniak, Nowa Medycyna 5/2000
24. Raport PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2023,
25. Raport PACJENT Z NTM W SYSTEMIE OPIEKI ZDROWOTNEJ 2024,
26. Patrz: Cz. III. Priorytet 2. Zmniejszanie nierówności społecznych w zdrowiu, Strategia Wrocław 2030
27. Patrz: Cz. III. Priorytet 5. Działania na rzecz upodmiotowienia i aktywizacji mieszkańców na rzecz zdrowia, Strategia Wrocław 2030
28. Redakcja naukowa wydania polskiego; prof. dr hab. n. med. L. Pączek, dr n. med. M. Niemczyk Geriatria, Czelej, Lublin 2009
29. ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie *Narodowego Programu Zdrowia* na lata 2021-2025, Dz.U. z 2021 roku, pozycja 642,
30. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, Dz. U. z 2015 r., poz. 2069
31. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, Dz. U. z 2012 r., poz. 739.
32. Strategia Wrocław 2030,
33. Synowiec-Piłat. M, Jędrzejek. M, Zmysłona. B, RAPORT Z PROJEKTU NAUKOWO-BADAWCZEGO PT. TRWANIE ŻYCIA W ZDROWIU SPOŁECZNOŚCI WROCŁAWIAN, Wrocław 2023
34. Szymanowski. P, Wójcik. A., Szepieniec. W. K., Józwik, Kompleksowe leczenie schorzeń uroginekologicznych. Znaczenie fizjoterapii, *Rehabilitacja w ginekologii*, 3/2014
35. UCHWAŁA Nr 161 RADY MINISTRÓW z dnia 26 października 2018 r. w sprawie przyjęcia dokumentu Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. BEZPIECZEŃSTWO – UCZESTNICTWO – SOLIDARNOŚĆ Monitor Polski z dnia 30 listopada 2018 roku, poz.161
36. Ustawa z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych.
37. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
38. WOJEWÓDZKI PLAN TRANSFORMACJI WOJEWÓDZTWA DOLNOŚLĄSKIEGO na lata 2022-2026
39. Wstęp do uroginekologii, red. E. Barcz, Gdańsk 2017, s. 53.
40. Załącznik nr 1, 2 i 3 do uchwały NR XLIX/1299/22 Rady Miejskiej Wrocławia z dnia 24 lutego 2022 r. w sprawie założeń i kierunków działań w zakresie polityki zdrowotnej w latach 2022-2026;

IX. Spis tabel, wykresów i rysunków

Tabela nr 1 System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej we Wrocławiu

Tabela nr 2 Mierniki efektywności realizacji ppz w odniesieniu do celu

Tabela nr 3 Rehabilitacja indywidualna vs grupowa w NTM u kobiet

Tabela nr 4 Wymagania dotyczące kwalifikacji osób realizujących poszczególne zadania PPZ

Tabela nr 5 Koszty jednostkowe

Tabela nr 6 Budżet PPZ

Rysunki

Rysunek 1 Schemat współpracy podmiotów leczniczych finansowanych z NFZ i budżetu Wrocławia w programie polityki zdrowotnej pn. Zdrowie intymne

Rysunek 2. Schemat organizacyjny programu polityki zdrowotnej pn. **Specjaliści o nietrzymaniu moczu**

Wykresy

Wykres nr 1. Ludność Wrocławia według grup wiekowych [stan w dniu 31.12.2023 r.]

Wykres nr 2. Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku dla Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia [stan na dzień 31.12.2023 r.]

Wykres 3 Struktura ludności według ekonomicznych grup wieku dla Polski, województwa dolnośląskiego oraz Wrocławia [stan na dzień 31.12.2023 r.]