



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 51/2026 z dnia 7 sierpnia 2026 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej
„Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet
z problemem nietrzymania moczu (NTM)”

Po zapoznaniu się z założeniami projektu i opinią Rady Przejrzystości **negatywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)”.

Uzasadnienie

Przedstawiony program polityki zdrowotnej (PPZ) dotyczy istotnego problemu zdrowotnego jakim jest nietrzymanie moczu.

Program zakłada realizację działań diagnostyczno-rehabilitacyjnych skierowanych do kobiet w wieku 18-64 lat, doświadczających objawów nietrzymania moczu (NTM), a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla uczestniczek programu oraz szkoleń dla personelu medycznego

Warto podkreślić, że obecnie oceniany PPZ, dzięki swoim założeniom zgodnym z aktualnymi wytycznymi oraz w związku z ograniczoną dostępnością świadczeń z zakresu fizjoterapii uroginekologicznej, może stanowić istotne uzupełnienie obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych. Należy również podkreślić, że procedury medyczne stosowane w diagnostyce zaburzeń dolnych dróg moczowych i dysfunkcji dna miednicy są obecnie finansowane ze środków publicznych wyłącznie w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji neurologicznej oraz kardiologicznej.

Należy jednak zaznaczyć, że aktualnie oceniany projekt PPZ zawiera liczne braki i uchybienia, co uniemożliwia wydanie pozytywnej opinii. Dotyczą one w szczególności:

- nieprawidłowego sformułowania celu głównego z uwagi na nieodpowiedni dobór narzędzia pomiarowego oraz rozbieżności dotyczące zdefiniowanego efektu zdrowotnego,
- braku uwzględnienia celu szczegółowego odnoszącego się do działań edukacyjnych skierowanych do uczestniczek programu,
- nieprawidłowego sformułowania części mierników efektywności,
- niejednoznacznego opisu metody szacowania populacji docelowej,
- braku określenia czasu trwania PFMT,
- niedostatecznego zaplanowania działań edukacyjnych skierowanych do uczestniczek programu,
- braku opisu etapów i działań przewidzianych w ramach realizacji programu,
- braku określenia rodzaju sprzętu medycznego, którego zakup zaplanowano w budżecie programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt PPZ zaplanowany do realizacji przez Województwo Wielkopolskie. Program skierowany będzie do kobiet w wieku 18-64 lat zamieszkujących województwo wielkopolskie (z uwagi na ograniczenia finansowe – wyłącznie subregion poznański i miasto Poznań), pracujących lub zarejestrowanych jako bezrobotne, u których występują objawy nietrzymania moczu. W ramach programu zaplanowano działania informacyjno-edukacyjne, działania diagnostyczno-rehabilitacyjne (kwalifikację do programu, wizytę lekarską kwalifikacyjną, wizytę fizjoterapeutyczną, cykl fizjoterapii uroginekologicznej, wizytę fizjoterapeutyczną podsumowującą), edukację zdrowotną oraz szkolenia dla kadry medycznej. Realizację programu zaplanowano na lata 2027-2029. Planowane koszty całkowite zostały oszacowane na kwotę 10 000 000 zł. Program ma zostać sfinansowany ze środków Województwa Wielkopolskiego, z czego 70% stanowić będą środki z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu dotyczy problemu zdrowotnego, jest nietrzymanie moczu (NTM). Przedstawiono ogólną charakterystykę NTM, klasyfikację, czynniki ryzyka, objawy, a także sposoby leczenia.

Projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

W opisie sytuacji epidemiologicznej uwzględniono europejskie, ogólnopolskie oraz regionalne dane epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym. Wskazano m.in. że w Europie w latach 1990-2000 odsetek ten wynosił 5-25%, w latach 2000-2010 wzrósł do 14-36%, natomiast w latach 2010-2020 osiągnął poziom 25-45%, utrzymując się na zbliżonym poziomie również w latach 2020-2024. Podkreślono jednocześnie wyraźny wzrost częstości występowania NTM w grupach kobiet powyżej 50. roku życia. Przywołano także wyniki badań obejmujących populację kobiet w Polsce. Zgodnie z PolSenior2, objawy NTM zgłaszało 67,8% kobiet w wieku >60 lat, zaś wg badania LUTS Poland – częstość występowania NTM w Polsce wynosiła 14-25%. Podkreślono, że w Polsce brak jest reprezentatywnego, współczesnego rejestru dotyczącego NTM w Polsce, a dostępne dane pochodzące z badań i przeglądów literatury mogą być niedoszacowane.

W kontekście sytuacji regionalnej podkreślono, że województwo wielkopolskie, zamieszkiwane przez ponad 3,4 mln mieszkańców „[...] stoi przed rosnącym wyzwaniem zdrowotnym związanym z problemem NTM wśród kobiet”, a problem ten może dotyczyć ponad 120 tys. mieszkanki województwa. Powołano się także na dane pochodzące z poprzedniej edycji Map Potrzeb Zdrowotnych (MPZ), w których wskazano, że współczynnik zapadalności rejestrowanej (na 100 tys. populacji) wśród kobiet zamieszkujących województwo wielkopolskie wynosił w grupach wiekowych 18-44 lata, 44-54 lata oraz 54-64 lata odpowiednio 78,3, 227,8 i 275,8.

Należy zaznaczyć, że Mapy Potrzeb Zdrowotnych na lata 2027-2031 oraz 2022-2026 nie poruszają problematyki związanej z NTM. Dane epidemiologiczne dla tego problemu zdrowotnego zostały natomiast przedstawione w Bazie Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW). Zgodnie z BASiW, w 2024 r. w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w populacji kobiet w Polsce zrealizowano łącznie 588 305 porad w związku z rozpoznaniem „inne zaburzenia układu moczowego” (N39: 560 692) oraz „nietrzymanie moczu, nieokreślone” (R32: 27 613). W tym samym roku w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) udzielono

łącznie 431 283 świadczeń dla ww. rozpoznań. Z kolei w 2024 r. w województwie wielkopolskim liczba porad wyniosła odpowiednio 56 587 w POZ oraz 29 392 porady w AOS.

Cele i mierniki efektywności programu

Głównym celem programu jest „poprawa sprawności funkcjonalnej uczestniczek programu tak, aby co najmniej 45% z nich osiągnęło istotną poprawę w zakresie problemu nietrzymania moczu w czasie realizacji programu”.

Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie (w odniesieniu do planowanego czasu) wytyczony, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Warto wskazać, że do oceny sprawności funkcjonalnej przewidziano wykorzystanie skali NRS (*Numeric Rating Scale*), co budzi zastrzeżenia w kontekście zasadności doboru narzędzia pomiarowego. Należy zwrócić uwagę, że określenie stopnia sprawności funkcjonalnej za pomocą skali NRS może być utrudnione. Ponadto projekt zawiera rozbieżności dotyczące zdefiniowanego efektu. W różnych częściach dokumentu wskazano odmienne punkty końcowe, tj. sprawność funkcjonalną oraz jakość życia, co wymaga ujednolicenia i doprecyzowania. Należy również podkreślić, że nie określono co oznacza istotną poprawę w zakresie problemu nietrzymania moczu oraz nie przedstawiono uzasadnienia dla podanej wartości docelowej.

W projekcie zaproponowano również 3 cele szczegółowe, tj.:

- (1) „poprawa funkcjonalności mięśni dna miednicy u co najmniej 45% uczestniczek interwencji diagnostyczno-rehabilitacyjnej”,
- (2) „zwiększenie ogólnej sprawności ruchowej uczestniczek u co najmniej 45% uczestniczek interwencji diagnostyczno-rehabilitacyjnej”,
- (3) „podniesienie poziomu wiedzy u 70% kadry medycznej programu biorących udział w szkoleniach zewnętrznych”.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu. Każdy z celów powinien zawierać wartość docelową, do osiągnięcia której dąży realizacja, a także uzasadnienie dla przyjętych wartości.

Cel szczegółowy nr 1 został sformułowany prawidłowo oraz wydaje się możliwy do osiągnięcia za pomocą zaplanowanych w projekcie działań. Do projektu załączono skalę UDI-6 (*Urinary Distress Inventory - 6*), co jest działaniem prawidłowym. Podkreślono, że ankieta zostanie przeprowadzona podczas wizyty kwalifikacyjnej oraz na podsumowującej wizycie fizjoterapeutycznej.

Cel szczegółowy nr 2 odnosi się do zwiększenia ogólnej sprawności ruchowej uczestniczek. W części dotyczącej interwencji wskazano, że badanie umożliwiające określenie stopnia sprawności ruchowej obejmie m.in. „ocenę postawy ciała – posturografia, badanie funkcjonalne układu ruchu (*Functional Movement Screen* lub inne adekwatne testy kliniczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa w przypadku braku możliwości wykonania testu, test „wstań i idź”, pomiar składu ciała oraz *body mass index (BMI)*, pomiar czynnych zakresów ruchu dużych stawów obwodowych oraz kręgosłupa lędźwiowego oraz badanie siły mięśni tułowia wg skali Lovetta w przypadku braku możliwości wykonania w/w testów”. Do projektu załączono przykładowe testy odnoszące się do ww. kwestii, co jest działaniem prawidłowym. Należy jednak zaznaczyć, że wykorzystanie odmiennych narzędzi do oceny ogranicza możliwość jednoznacznego określenia efektu interwencji oraz porównania uzyskanych wyników. Warto również podkreślić, że nie jest jasne, od czego będzie zależeć wybór poszczególnych sposobów weryfikacji, co wymaga doprecyzowania.

Cel szczegółowy nr 3 wydaje się możliwy do osiągnięcia w związku z zaplanowanymi działaniami edukacyjnymi skierowanymi do kadry medycznej. Zaplanowano również

przeprowadzenie pre- i post-testu, co jest działaniem zasadnym, przy czym do projektu nie dołączono przykładowego wzoru testu wiedzy, zatem nie była możliwa jego weryfikacja. Należy podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie, dlatego zasadnym byłoby przeformułowanie zapisu celu, tj. „podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy (...)”. Należy również zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi). Prawidłowe byłoby również zdefiniowanie pożądanej wartości wzrostu wiedzy uczestników (np. o 30%).

Podobnie jak przy celu głównym, nie przedstawiono uzasadnienia dla podanych wartości docelowych przy celach szczegółowych. Należy także zaznaczyć, że nie sformułowano celu szczegółowego odpowiadającego interwencji edukacyjnej zaplanowanej dla uczestniczek programu, co wymaga uzupełnienia.

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Należy podkreślić, że mierniki muszą dotyczyć rezultatów, nie zaś podjętych działań. Wartości mierników powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej i po zakończeniu realizacji. Do każdego z zaplanowanych celów należy określić miernik efektywności. Sugeruje się, aby mierniki efektów zdrowotnych uzyskanych w programie polityki zdrowotnej przedstawiane były w formie odsetka.

W dokumencie jako mierniki efektywności wskazano:

- (1) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa sprawności funkcjonalnej mierzona w skali *Numeric Rating Scale (NRS)*”,
- (2) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa funkcji mięśni dna miednicy mierzona w skali *Urinary Distress Inventory – 6 (UDI-6)* lub w przypadku braku możliwości przeprowadzenia badania oceną fizjoterapeuty w badaniu wstępnym i końcowym”,
- (3) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa ogólnej sprawności ruchowej i nawyków wdrażania aktywności fizycznej w życiu codziennym przejawiająca się: wzrostem mobilności, równowagi, siły mięśniowej oraz samodzielności w codziennych czynnościach w teście *Functional Movement Screen (FMS)* lub poprawa w teście wstań i idź lub w przypadku braku możliwości przeprowadzenia ww. testów ocena fizjoterapeuty w badaniu wstępnym i końcowym”,
- (4) „liczba osób kadry medycznej, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy specjalistycznej mierzony poprzez test wiedzy przeprowadzony przed i po zakończeniu cyklu szkoleń”.

Mierniki nr 1 i 3 zostały sformułowane nieprawidłowo.

Miernik nr 2 odnosi się do celu szczegółowego nr 1.

Miernik nr 4 odnosi się do celu szczegółowego nr 3.

Populacja docelowa

Program skierowany jest do kobiet w wieku 18-64 lata zamieszkujących województwo wielkopolskie (wyłącznie subregion poznański i miasto Poznań), pracujących lub zarejestrowanych jako bezrobotne, u których występują objawy NTM.

Należy zwrócić uwagę, że nie jest do końca jasny opis metody oszacowania liczebności populacji kwalifikującej się do udziału w programie i populacji, która zostanie objęta działaniami w ramach PPZ. Wskazano, że liczebność potencjalnej grupy docelowej programu wynosi ok. 214 000 kobiet, które mogą wymagać treningu mięśni dna miednicy/farmakoterapii w związku z NTM. Nie przedstawiono natomiast źródeł danych ani analiz potwierdzających zasadność przyjęcia założenia udziału w programie na poziomie 2,5%, co daje ok. 5 400 pacjentek kwalifikujących się do programu. W projekcie wykorzystano aproksymację populacji docelowej

uwzględniając aktualną sytuację na rynku pracy. Na podstawie przyjętego udziału kobiet w strukturze ludności województwa wielkopolskiego na poziomie 50,7% określono ostateczną liczebność uczestniczek programu na 2 738 osób ($5\,400 \times 50,7\%$), przy czym nie przedstawiono szczegółowego uzasadnienia dla ww. przyjętych założeń.

W projekcie prawidłowo przedstawiono kryteria kwalifikacji do udziału w programie oraz kryteria wyłączenia z programu. Natomiast mając na uwadze, że populację kwalifikującą się do udziału w programie stanowią mieszkanki subregionu poznańskiego oraz miasta Poznania, kryteria kwalifikacji należy uzupełnić o zapisy dotyczące miejsca zamieszkania uczestniczek.

Interwencja

W programie zaplanowano przeprowadzenie działań diagnostyczno-rehabilitacyjnych, edukacji zdrowotnej dla uczestniczek oraz szkoleń dla kadry medycznej.

Należy podkreślić, że realizacja wskazanych w projekcie interwencji znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych. Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Ponadto, oceniany projekt programu zawiera interwencje, które częściowo powielają świadczenia dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych w AOS (m.in. w zakresie konsultacji specjalistycznych oraz badań USG). W programie planuje się także realizację różnego rodzaju działań edukacyjnych, a także szkolenia dla personelu medycznego, co stanowi wartość dodaną do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Działania diagnostyczno-rehabilitacyjne

Kwalifikacja do programu

W ramach działań diagnostyczno-rehabilitacyjnych zaplanowano kwalifikację do programu (tj. weryfikację spełnienia kryteriów włączenia). Zaznaczono, że do zadań osoby kwalifikującej będzie należało: udzielanie informacji o zasadach udziału w programie, weryfikacja spełnienia kryteriów formalnych, prowadzenie zapisów oraz ustalanie terminów wizyt, kompletowanie wymaganej dokumentacji, w tym: formularza zgłoszeniowego, ankiety satysfakcji uczestnika, ankiety UDI-6 oraz ankiety jakości życia w związku z objawami NTM (NRS). Następnie ww. dokumentacja zostanie przekazana personelowi medycznemu dokonującemu ostatecznej kwalifikacji klinicznej.

Zaznaczono, że ostateczna kwalifikacja medyczna będzie dokonywana przez uprawniony personel medyczny, zgodnie z obowiązującymi standardami postępowania. Do dalszego etapu skierowanych zostanie 2 738 kobiet.

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników (PTGiP 2023) wskazuje, że istotne jest ustalenie wpływu wysiłkowego NTM na jakość życia pacjenta. Skala wizualno-analogowa (VAS) pozwala pacjentowi ocenić jakość swojego życia i uciążliwość objawów w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza „wcale nieuciążliwe”, a 10 „bardzo uciążliwe”.

Wizyta lekarska kwalifikacyjna

W trakcie lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej zostanie przeprowadzony wywiad, badanie uroginekologiczne (w tym USG) uwzględniające ocenę w skali *Pelvic Organs Prolapse Quantitative* (POP-Q) oraz badanie „*Pelvis Floor Sonography* (PFS)” (USG dna miednicy). Wskazano, że w ramach badania PFS ocenie poddane zostaną kategorie takie jak: długość cewki moczowej [mm], położenie w spoczynku w mm w stosunku do linii referencyjnej dolnego brzegu spojenia łonowego, położenie z zaciśnięciem mięśni dna miednicy, położenie w parciu (pr Valsalvy), zaleganie [ml].

Podkreślono, że w przypadku skierowania na ścieżkę z użyciem pessaroterapii, kobiety otrzymają zaopatrzenie adekwatne do ich potrzeb. Dodatkowo przedstawiono następujący zapis „rozpoznanie kod ICD-10: N81.1, R.32, ICD-9: 96.18, 89.00, 89.26, 88.792, 88.791”. Należy zaznaczyć, że nie jest jasne do czego odnoszą się przedstawione kody ICD-10 i ICD-9,

a z przedstawionego zapisu nie wynika, które procedury zostaną zastosowane w zależności od wskazanych rozpoznai.

Wskazana w projekcie skala POP-Q znajduje odzwierciedlenie w rekomendacjach, gdzie zalecana jest jako narzędzie do oceny stopnia obniżenia narządów miednicy mniejszej (ICS/ICUD 2023). Ponadto w wytycznych polskich USG wskazywana jest jako podstawowa metoda obrazowania w diagnostyce zaburzeń dna miednicy, w tym NTM (PTGiP 2023). Z kolei Pessary i inne urządzenia dopochwowe wskazywane są w niektórych wytycznych jako możliwy element leczenia zachowawczego wysiłkowego NTM u kobiet, szczególnie u pacjentek kwalifikujących się do tego rodzaju terapii lub przed podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym (CUA 2024, ICS/ICUD 2023).

Wizyta fizjoterapeutyczna

W ramach wizyty fizjoterapeutycznej zostanie przeprowadzona ocena sprawności ogólnej oraz badanie funkcji dna miednicy (podzielone na część A i B). Przyjęto, że do tego etapu zakwalifikowanych zostanie 1 780 kobiet (65%) (w tym 10% skorzysta z pessaroterapii).

Badanie fizjoterapeutyczne z części A obejmie „wywiad, ocenę postawy ciała – posturografia, badanie funkcjonalne układu ruchu (*Functional Movement Screen* lub inne adekwatne testy kliniczne odcinka lędźwiowego kręgosłupa w przypadku braku możliwości wykonania testu, test „wstań i idź”, pomiar składu ciała oraz *body mass index* (BMI) (...), pomiar czynnych zakresów ruchu dużych stawów obwodowych oraz kręgosłupa lędźwiowego oraz badanie siły mięśni tułowia wg skali Lovetta w przypadku braku możliwości wykonanie w/w testów”.

Z kolei w ramach badania fizjoterapeutycznego w części B zostanie przeprowadzone badanie funkcjonalne mięśni dna miednicy przy użyciu EMG biofeedback lub USG sonofeedback, mające na celu edukację i budowanie świadomości aktywacji odpowiednich mięśni oraz badanie palpacyjne z użyciem skali PERFECT lub pomiary siły wg skali Oxford. Podkreślono, że w przypadku braku przeciwwskazań i wykonania pomiaru i edukacji z EMG, pacjentki otrzymają na własność elektrodę endowaginalną. Wskazano także, że wizyta diagnostyczna będzie pierwszą terapią dla pacjentek, ponieważ wybrane narzędzia stanowią zarówno oddziaływanie diagnostyczne, jak i terapeutyczne.

W odniesieniu do planowanego w projekcie zastosowania biofeedbacku należy wskazać, że interwencja ta (głównie biofeedback z zastosowaniem USG) znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych, jednak raczej w kontekście zachowawczego leczenia fizjoterapeutycznego – jako dodatkowa metoda wspomagająca trening mięśni dna miednicy (PFMT), szczególnie w przypadku trudności z identyfikacją lub prawidłową aktywacją mięśni dna miednicy. W wytycznych podkreśla się również, że metoda ta nie zastępuje aktywnego treningu mięśni, lecz może zwiększać skuteczność terapii u wybranych pacjentek (PTGiP 2021a, NICE 2019, PTUG 2014d). Biofeedback z wykorzystaniem elektromiografii (EMG) w odnalezionych wytycznych przytaczany jest przez Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników jako wskazany w wybranych sytuacjach w ramach PFMT w zespole pęcherza nadreaktywnego (PTGiP 2021a).

Zastosowanie skali Oxford znajduje odzwierciedlenie w wytycznych. PTGiP 2023 wskazuje, że badanie palpacyjne oraz skala Oxford mogą posłużyć do oceny zdolności pacjentki do wykonania treningu mięśni dna miednicy.

Cykl fizjoterapii uroginekologicznej

Cykl fizjoterapii uroginekologicznej składa się z 4 wizyt i zaplanowany został dla 1 780 uczestniczek. Cykl fizjoterapii obejmie kinezyterapię, terapię manualną oraz fizykoterapię z użyciem elektrostymulacji dobraną indywidualnie tak, aby przeciwdziałać dysfunkcjom w obrębie miednicy mniejszej. Podkreślono, że pacjentki o niskiej sprawności ogólnej i z nadwagą otrzymają program ćwiczeń aerobowych. Wskazano także, że podczas realizacji wizyt pacjentki otrzymają edukację dotyczącą profilaktyki oraz dalszego postępowania w warunkach domowych.

W ramach kinezyterapii zaplanowano realizację indywidualnie dobranych ćwiczeń wzmacniających oraz koordynacyjnych mięśni dna miednicy. Zaznaczono, że celem terapii jest zmniejszenie objawów NTM, poprawa stabilizacji centralnej oraz jakości życia pacjentek. Ponadto dodatkowy element cyklu fizjoterapii obejmie (w wybranych przypadkach wg wskazań) elektrostymulację dna miednicy, polegającą na zastosowaniu impulsów elektrycznych o odpowiednich parametrach w celu pobudzenia osłabionych mięśni, poprawy ich napięcia oraz reedukacji ich funkcji. Zaznaczono, że terapia prowadzona będzie zgodnie z aktualnymi standardami fizjoterapii uroginekologicznej.

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi trening mięśni dna miednicy (PFMT, ang. *Pelvic Floor Muscle Training*) jest powszechnie rekomendowany jako metoda pierwszego wyboru w leczeniu zachowawczym u kobiet z wysiłkowym oraz mieszanym NTM (w tym u kobiet starszych oraz w okresie przed- i poporodowym), a także jako element postępowania terapeutycznego w zespole pęcherza nadreaktywnego (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019, WHO 2017).

Warto zauważyć, że w projekcie nie odniesiono się do kwestii czasu trwania PFMT. Natomiast wytyczne wskazują, że PFMT w leczeniu zachowawczym NTM powinien być prowadzony przez okres co najmniej 3 miesięcy (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, NICE 2019). W wytycznych brytyjskich wskazuje się ponadto, że program PFMT powinien obejmować co najmniej 8 skurczów wykonywanych w 3 seriach dziennie (NICE 2019).

W odniesieniu do formy, zakresu i intensywności PFMT w wytycznych wskazuje się na: terapię indywidualną nadzorowaną przez specjalistę/instruktora (CUA 2024, ICS/ICUD 2023, NICE 2019); terapię samodzielnie wykonywaną w domu (po wcześniejszym odpowiednim instruktażu przeprowadzonym przez fizjoterapeutę) (CUA 2024); terapię grupową (CUA 2024); programy treningowe o możliwie największej intensywności, dostosowanej do możliwości pacjentki (EAU 2026); prowadzenie treningu zgodnie z podstawowymi zasadami treningu mięśniowego, obejmującymi m.in. zasadę swoistości, stopniowego zwiększania obciążenia, potwierdzenie prawidłowej techniki skurczu przed rozpoczęciem treningu oraz stosowanie tzw. techniki „The Knack” (ICS/ICUD 2023).

W kontekście planowanego w projekcie zastosowania w wybranych przypadkach elektrostymulacji dna miednicy należy wskazać, że interwencja ta również znajduje odzwierciedlenie w odnalezionych wytycznych. Elektrostymulacja obok biofeedbacku wskazywana jest jako dodatkowa metoda wspomagająca PFMT, szczególnie w przypadku trudności z identyfikacją lub prawidłową aktywacją mięśni dna miednicy. Wytyczne podkreślają jednak, że metody te nie zastępują aktywnego treningu mięśni, lecz mogą zwiększać skuteczność terapii u wybranych pacjentek (PTGiP 2021a, NICE 2019).

W treści projektu zaznaczono, że program obejmie również działania ukierunkowane na poprawę ogólnej wydolności organizmu poprzez ćwiczenia aerobowe o umiarkowanej intensywności (np. rower stacjonarny, ćwiczenia ogólnousprawniające).

Należy zaznaczyć, że spadek masy ciała i jej utrzymanie są rekomendowane jako element leczenia zachowawczego u kobiet z NTM i/lub zespołem pęcherza nadreaktywnego współistniejącymi z nadwagą lub otyłością. Wytyczne zgodnie wskazują, że zmniejszenie masy ciała może prowadzić do ograniczenia nasilenia objawów, zwłaszcza wysiłkowego NTM, a także poprawy LUTS (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019).

Podsumowująca wizyta fizjoterapeutyczną dla 1 780 uczestniczek

W trakcie podsumowującej wizyty fizjoterapeutycznej przeprowadzone zostaną te same procedury, które zostały wykonane na wizycie kwalifikacyjnej przy rozpoczęciu udziału w programie. Wizyta podsumowująca ma stanowić również jednostkę terapeutyczną i wskazującą dalsze zalecenia dla pacjentek do realizacji w warunkach domowych.

Edukacja zdrowotna

Dla każdej uczestniczki badań (spośród ok. 2 738 kobiet) zaplanowano realizację edukacji zdrowotnej po uprzednim zapisaniu się na wybrany przez siebie termin. Zaznaczono,

że harmonogram szkoleń będzie dostosowany do zapotrzebowania uczestników. Szkolenia on-line przeprowadzone zostaną co najmniej cztery razy w miesiącu. W części dot. budżetu wskazano, że zaplanowano 96 godzinnych szkoleń. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie określono czasu trwania pojedynczego szkolenia ani liczby zajęć przypadających na jedną uczestniczkę, co wymaga uzupełnienia.

W treści projektu wskazano 8 zakresów tematycznych, tj.: anatomię i funkcję dna miednicy, rodzaje nietrzymania moczu i objawy, profilaktykę i czynniki ryzyka, ćwiczenia dna miednicy, styl życia wspierający terapię, metody leczenia NTM, zdrowie intymne i jakość życia oraz autokontrolę i monitorowanie postępów.

Należy zaznaczyć, że w projekcie nie zaplanowano pre- i post-testu wiedzy dla uczestniczek biorących udział w działaniach edukacyjnych zaplanowanych w PPZ, co wymaga uzupełnienia (również zgodnie z uwagą zawartą w części dot. celów i mierników efektywności programu).

Zakres tematyczny działań edukacyjnych wskazany w projekcie w większości pokrywa się z zalecaniami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Szczegółowe rekomendacje przedstawiono w dalszej części opinii (rozdz. „Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję”).

Szkolenia dla kadry medycznej

W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń oraz zgodności z aktualnymi wytycznymi klinicznymi, w projekcie przewiduje się realizację szkoleń dla kadry medycznej w formule zewnętrznej. Zaznaczono, że szkolenia realizowane będą przez podmioty zewnętrzne (akredytowane ośrodki szkoleniowe, towarzystwa naukowe, jednostki akademickie) i obejmować będą zagadnienia takie jak: aktualne wytyczne postępowania w NTM, nowoczesne protokoły PFMT, diagnostykę funkcjonalną dna miednicy oraz zastosowanie pessaroterapii. Zaplanowano przeprowadzenie jednego szkolenia rocznie, każde dla około 8-10 osób. Wskazano, że czas trwania każdego szkolenia obejmie 2 dni, które zostaną zakończone certyfikatem uczestnictwa.

Aktualne wytyczne wskazują, że konieczne jest podejmowanie działań na rzecz promowania kontynencji w celu zmniejszenia szerokich braków wiedzy dotyczących NTM i nietrzymania stolca. Działania te powinny obejmować skuteczną komunikację oraz edukację zarówno pracowników ochrony zdrowia, jak i społeczeństwa, prowadzoną z wykorzystaniem różnych środków przekazu (ICS/ICUD 2023).

Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja programu jest analizą danych realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu została zaplanowana na podstawie analizy:

- 1) „liczby kobiet, które zgłosiły się do udziału w Programie”,
- 2) „liczby kobiet, które zostały zakwalifikowane do udziału w Programie”,
- 3) „liczby kobiet, które nie zostały zakwalifikowane wraz z przyczyną braku kwalifikacji”,
- 4) „liczby kobiet, którym udzielono świadczeń w ramach działań diagnostyczno-rehabilitacyjnych”,
- 5) „liczby kobiet, które uczestniczyły w działaniach edukacyjnych”.

Należy wskazać, że zaproponowane wskaźniki zostały sformułowane prawidłowo.

Ocenę jakości świadczeń zaplanowano na podstawie analizy wyników ankiety satysfakcji. Do projektu załączono wzór ww. ankiety, co do którego nie ma uwag.

Ocena efektywności programu realizowana będzie na podstawie następujących wskaźników:

- 1) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa sprawności funkcjonalnej”,
- 2) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa funkcji mięśni dna miednicy”,
- 3) „liczba osób, u których nastąpiła poprawa ogólnej sprawności ruchowej i nawyków wdrażania aktywności fizycznej w życiu codziennym”,
- 4) „liczba osób kadry medycznej, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy specjalistycznej”.

Wskaźniki nr 1 i 3 zostały zaprojektowane nieprawidłowo (wyjaśnienie znajduje się w części dot. celów i mierników efektywności).

Warto również wskazać, że ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie.

Warunki realizacji

Projekt nie zawiera opisu etapów i działań organizacyjnych planowanych w ramach programu.

Przedstawiono natomiast sposób udzielania świadczeń wskazując, że osoby z grupy docelowej będą przyjmowane w trakcie całego roku kalendarzowego z zastosowaniem dywersyfikacji godzin w celu utrzymania maksymalnej dostępności. Podkreślono także, że udzielanie świadczeń odbywać się będzie w podmiotach leczniczych i praktykach lekarskich oraz fizjoterapeutycznych zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego. Zaznaczono, że świadczenia będą udzielane dobrowolnie i bezpłatnie dla uczestniczek.

W projekcie przedstawiono informacje nt. sposobów zakończenia udziału w programie oraz warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

Należy zaznaczyć, że w projekcie zastosowano niepoprawne nazewnictwo w odniesieniu do PPZ – tj. „program zdrowotny”. Określenie „program zdrowotny” pojawia się różnych częściach projektu. Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), prawidłowym określeniem programów realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego jest „program polityki zdrowotnej”.

W budżecie przedstawiono koszty jednostkowe, roczne oraz koszty całkowite programu. Uwzględniono także koszty realizacji monitorowania i ewaluacji. Należy jednak zaznaczyć, że w budżecie przewidziano zakup sprzętu medycznego (w wysokości 250 000 zł), przy czym nie doprecyzowano jaki sprzęt zostanie zakupiony w ramach programu.

Koszt całkowity programu został oszacowany na kwotę 10 000 000 zł.

Program ma zostać sfinansowany ze środków Województwo Wielkopolskie, z czego 70% stanowić będą środki z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Nietrzymanie moczu (NTM, inkontynencja) jest poważnym i złożonym problemem obniżającym komfort życia, występującym zwłaszcza u osób w podeszłym wieku oraz kobiet w okresie okołoporodowym. Jednak problem ten zdarza się w każdym wieku i u obu płci. Należy zwrócić uwagę, że ze względu na obraz kliniczny, NTM można podzielić na: nietrzymanie wskutek nagłego parcia na mocz (*urge incontinence*), nietrzymanie z przepełnienia (*overflow incontinence*),

nietrzymanie wysiłkowe (*stress incontinence*) oraz nietrzymanie czynnościowe (*functional incontinence*).

Wśród najczęściej wymienianych czynników ryzyka NTM u kobiet wskazuje się m.in. wiek, wartość BMI, mimowolne moczenie się w dzieciństwie, lęk, depresję, ataki paniki, zaparcia, zaburzenia jedzenia, aktywność seksualną i złożoną antykoncepcję doustną. Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia NTM zalicza się również czynniki genetyczne, rasowe, neurologiczne, anatomiczne i kulturowe (wskazuje się, że u pacjentek rasy białej, cierpiących np. na chorobę Parkinsona, zwyrodnienie kręgosłupa lub będących po udarze mózgu NTM jest często diagnozowane).

Alternatywne świadczenia

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2016 poz. 357 z późn. zm.), świadczenia gwarantowane z zakresu AOS obejmują: porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe ambulatoryjne, świadczenia chemioterapii, inne świadczenia ambulatoryjne oraz świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych.

Należy zwrócić szczególną uwagę, że ww. rozporządzenie nie wskazuje fizjoterapii uroinekologicznej jako odrębnego świadczenia gwarantowanego. Procedury medyczne wykorzystywane w diagnostyce zaburzeń dolnych dróg moczowych i dysfunkcji dna miednicy (m.in. EMG zwieracza cewki moczowej, pomiar szybkości odpływu moczu, profil ciśnienia wewnętrznego cewki moczowej czy elektrostymulacja mięśni) zostały ujęte w rozporządzeniu wyłącznie w wykazie procedur w odniesieniu do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej realizowanych w warunkach stacjonarnych.

Ocena technologii medycznej

Podsumowanie odnalezionych wytycznych klinicznych

Diagnostyka zaburzeń uroinekologicznych

- W odnalezionych wytycznych dotyczących diagnostyki w kierunku zaburzeń dna miednicy oraz dolnych dróg moczowych, w tym nietrzymania moczu wskazuje się następujące interwencje:
 - wywiad medyczny (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023, NRPiP 2017),
 - badanie ginekologiczne i uroinekologiczne (ICS/ICUD 2023, PRGiP 2023),
 - test kaszlowy (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023),
 - test pessary (PTGiP 2023),
 - badania laboratoryjne moczu (w kierunku zakażeń układu moczowego) (EAU 2026, PTGiP 2023, NICE 2019, NRPiP 2017),
 - test podpaskowy (EAU 2026, PTGiP 2023, NRPiP 2017, wyjątek – NICE 2019),
 - prowadzenie dziennika/kalendarza mikcji (EAU 2026, PTGiP 2023, NICE 2019, NRPiP 2017),
 - ocena objętości moczu zalegającego po mikcji (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023, NICE 2019, NRPiP 2017),
 - badanie urodynamiczne (w ramach pogłębionej diagnostyki, przy określonych wskazaniach) (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023, PTGiP 2021b),
 - cystoskopię (uretrocystoskopię) (tylko w szczególnych przypadkach, w ramach pogłębionej diagnostyki) (CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023),
 - USG (ginekologiczne, dna miednicy, jamy brzusznej) (PTGiP 2023).

Wywiad medyczny

- Wywiad w kierunku wysiłkowego NTM powinien obejmować zebranie informacji w zakresie:
 - dominujących objawów i ich wpływu na jakość życia (EAU 2026, PTGiP 2023, NRPiP 2017),
 - oczekiwań co do wyniku leczenia (PTGiP 2023),
 - przebytych ciąż, dotychczasowego leczenia i przebytych operacji ginekologicznych i uroginekologicznych (ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023, NRPiP 2017),
 - chorób współistniejących (EAU 2026),
 - liczby epizodów i intensywności NTM (ICS/ICUD 2023, PTGiP 2023, NRPiP 2017),
 - nasilania się objawów w zależności od fazy cyklu miesięcznego (PTGiP 2023),
 - spożycia płynów (zwłaszcza napojów, w tym kofeiny, teiny i alkoholu) (PTGiP 2023, NRPiP 2017),
 - obecności nawracających zakażeń dróg moczowych i zaparć (PTGiP 2023, NRPiP 2017),
 - przyjmowanych leków (w celu określenia tych, które mogą mieć wpływ na NTM) (NRPiP 2017),
 - barier środowiskowych w otoczeniu (m.in. bliskości i dostępności toalety, dostępności krzesła toaletowego, odpowiedniego oświetlenia) (NRPiP 2017).
- Zaleca się stosowanie wystandaryzowanych kwestionariuszy w celu dokumentowania objawów, określania stopnia ich nasilenia oraz wpływu na życie codzienne, a także obserwacji objawów w czasie i kontroli wyników leczenia (EAU 2026).

Badanie ginekologiczne i uroginekologiczne

- W diagnostyce NTM zaleca się przeprowadzenie standardowego badania ginekologicznego i jamy brzusznej, z oceną estrogenizacji pochwy u kobiet w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym (np. ocenę objawów ze strony sromu i pochwy). Zdolność pacjentki do wykonywania treningu mięśni dna miednicy można ocenić palpacyjnie, stosując 6-punktową skalę Oxford (PTGiP 2023).
- Badanie przez pochwę lub przez odbytnicę umożliwia ocenę zdolności do świadomego skurczu mięśni dna miednicy, co stanowi kluczowy etap poprzedzający naukę treningu mięśni dna miednicy (ICS/ICUD 2023).

Test pessary

- Zgodnie z wytycznymi polskimi, test pessary wykonuje się powszechnie u pacjentek z wypadaniem narządów miednicy mniejszej oraz u pacjentek z rozpoznaniem obniżenia narządu rodnego (obok testu kaszlowego) (PTGiP 2023)

Ultrasonografia (USG)

- W wytycznych polskich USG wskazywana jest jako podstawowa metoda obrazowania w diagnostyce zaburzeń dna miednicy, w tym NTM. Zakres jej zastosowania zależy od celu badania i różni się pomiędzy zaleceniami poszczególnych towarzystw.
- Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników zaleca stosowanie:
 - USG ginekologicznego – u pacjentek z objawami zaburzeń ginekologicznych;
 - USG dna miednicy – w celu potwierdzania wysiłkowego NTM, planowania leczenia chirurgicznego oraz do oceny diagnostycznej po zabiegach uroginekologicznych;
 - USG jamy brzusznej – w wybranych przypadkach, w ramach diagnostyki specjalistycznej (PTGiP 2023).

- Natomiast wytyczne europejskie i brytyjskie ograniczają rutynowe wykorzystanie USG do oceny objętości moczu zalegającego po mikcji (EAU 2026, NICE 2019).

Leczenie zachowawcze zaburzeń uroginekologicznych

- Wśród rekomendowanych interwencji w zakresie leczenia zachowawczego zaburzeń uroginekologicznych, w tym NTM najczęściej wymienia się:
 - modyfikacje stylu życia obejmujące:
 - redukcję masy ciała (u osób z nadwagą lub otyłością) (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019),
 - zaprzestanie palenia tytoniu (CUA 2024, PTGiP 2021a),
 - modyfikację przyzwyczajeń w zakresie spożywania płynów, w tym redukcję spożywania kafeiny (głównie w kontekście zespołu pęcherza nadreaktywnego) (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019);
 - trening mięśni dna miednicy (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019, WHO 2017) oraz w uzasadnionych przypadkach – metod wspomagających naukę i wykonywanie ćwiczeń:
 - elektrostymulację mięśni dna miednicy (EAU 2026, PTGiP 2021a, NICE 2019),
 - biofeedback (PTGiP 2021a, NICE 2019);
 - trening pęcherza moczowego (głównie w zespole pęcherza nadreaktywnego) (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019),
 - stosowanie odpowiednio dobranych pessarów i innych urządzeń dopochwowych (CUA 2024, ICS/ICUD 2023).

Modyfikacje stylu życia

- Redukcja masy ciała i jej utrzymanie są rekomendowane jako element leczenia zachowawczego u kobiet z NTM i/lub zespołem pęcherza nadreaktywnego współistniejącymi z nadwagą lub otyłością. Wytyczne zgodnie wskazują, że zmniejszenie masy ciała może prowadzić do ograniczenia nasilenia objawów, zwłaszcza wysiłkowego NTM, a także ze strony dolnych dróg moczowych (LUTS) (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019).
- Część rekomendacji wskazuje również zaprzestanie palenia tytoniu jako element terapii behawioralnej w leczeniu zachowawczym wysiłkowego NTM oraz zespołu pęcherza nadreaktywnego (EAU 2026, CUA 2024, PTGiP 2021a).
- W odniesieniu do zespołu pęcherza nadreaktywnego część wytycznych zaleca również ograniczenie spożycia kafeiny (co może wpłynąć na zmniejszenie objawów parcia naglącego i częstomoczu) oraz zmianę przyzwyczajeń w zakresie zbyt niskiego lub zbyt wysokiego spożywania płynów (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019).

Trening mięśni dna miednicy

- Trening mięśni dna miednicy (PFMT) jest rekomendowany jako metoda pierwszego wyboru w leczeniu zachowawczym u kobiet z wysiłkowym oraz mieszanym NTM (w tym u kobiet starszych oraz w okresie przed- i poporodowym), a także jako element postępowania terapeutycznego w zespole pęcherza nadreaktywnego (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019, WHO 2017).
- Wytyczne wskazują, że PFMT w leczeniu zachowawczym NTM powinien być prowadzony przez okres co najmniej 3 miesięcy (EAU 2026, CUA 2024, ICS/ICUD 2023, NICE 2019). W wytycznych brytyjskich wskazuje się ponadto, że program PFMT powinien obejmować co najmniej 8 skurczów wykonywanych w 3 seriach dziennie (NICE 2019).
- W kontekście formy, zakresu i intensywności PFMT w wytycznych wskazuje się na:

- terapię indywidualną nadzorowaną przez specjalistę/instruktora (CUA 2024, ICS/ICUD 2023, NICE 2019);
- terapię samodzielnie wykonywaną w domu (po wcześniejszym odpowiednim instruktażu przeprowadzonym przez fizjoterapeutę) (CUA 2024);
- terapię grupową (CUA 2024);
- programy treningowe o możliwie największej intensywności, dostosowanej do możliwości pacjentki (EAU 2026);
- prowadzenie treningu zgodnie z podstawowymi zasadami treningu mięśniowego, obejmującymi m.in. zasadę swoistości, stopniowego zwiększania obciążenia, potwierdzenie prawidłowej techniki skurczu przed rozpoczęciem treningu oraz stosowanie tzw. techniki „The Knack” (ICS/ICUD 2023).
- PFMT może być wspomagany dodatkowymi metodami, takimi jak biofeedback i elektrostymulacja mięśni dna miednicy, szczególnie w przypadku trudności z identyfikacją lub prawidłową aktywacją mięśni dna miednicy. Metody te nie zastępują aktywnego treningu mięśni, lecz mogą zwiększać skuteczność terapii u wybranych pacjentek (PTGiP 2021a, NICE 2019).

Trening pęcherza moczowego

- Trening pęcherza moczowego jest rekomendowany w ramach leczenia zachowawczego jako element terapii pierwszego rzutu w przypadku zespołu pęcherza nadreaktywnego, a także naglącego i/lub mieszanego NTM (EAU 2026, ICS/ICUD 2023, PTGiP 2021a, NICE 2019).
- W wytycznych brytyjskich zaleca się, aby u osób z nagłym i/lub mieszanym NTM trening pęcherza był prowadzony przez okres co najmniej 6 tygodni (NICE 2019).

Pessary

- Pessary i inne urządzenia dopochwowe mogą stanowić element leczenia zachowawczego wysiłkowego NTM u kobiet, szczególnie u pacjentek kwalifikujących się do tego rodzaju terapii lub przed podjęciem decyzji o leczeniu operacyjnym (CUA 2024, ICS/ICUD 2023).

Działania prewencyjne

- Ćwiczenia mięśni dna miednicy powinny być oferowane kobietom w ciąży, gdyż mogą wpływać na zapobieganie NTM i nietrzymania stolca (ICS/ICUD 2023).

Działania edukacyjne

Działania skierowane do pacjentów

- Zgodnie z wytycznymi Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, w ramach „programów edukacyjnych” należy przekazywać informacje dotyczące:
 - mitów dotyczących nietrzymania moczu i starzenia się,
 - definicji trzymania moczu i nietrzymania moczu,
 - oceny stopnia NTM,
 - kontroli mikcji,
 - indywidualnego schematu załatwiania czynności fizjologicznych,
 - wpływu zaburzeń poznawczych na zdolność trzymania moczu (zapobiegania epizodom NTM) oraz strategii radzenia sobie z zachowaniami agresywnymi,
 - higienicznych uwarunkowań prawidłowego funkcjonowania pęcherza,
 - stosowania dzienniczka mikcji (NRPiP 2017).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej

- o Autorzy metaanalizy Nie 2017 wskazali, że regularny trening mięśni dna miednicy (PFMT) wpływa na złagodzenie objawów NTM i związaną z tym jakość życia. Jednak nie można było wysnuć jednoznacznych wniosków nt. optymalnego rodzaju, czasu trwania i częstotliwości treningu PFMT.
- o Zgodnie z przeglądem systematycznym Oliveira 2017 stwierdzono, że najbardziej efektywny plan treningowy obejmuje ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy wykonywane techniką palpacyjną w połączeniu z biofeedbackiem i stożkami dopochwowymi, wykonywane przez 12 tygodni, w seriach po 10 powtórzeń, w różnych pozycjach, w porównaniu do ćwiczeń wzmacniających mięśnie dna miednicy (bez dodatkowych interwencji) lub brakiem interwencji.
- o W metaanalizie Paiva 2017 wykazano, że zarówno trening PFMT wykonywany grupowo, jak i indywidualnie, jest interwencją efektywną w leczeniu zachowawczym NTM u kobiet. Autorzy nie zaobserwowali natomiast istotnej statystycznie różnicy między tymi dwoma typami interwencji (prawdopodobnie ze względu na obecność fizjoterapeuty w obu grupach). Zwrócono natomiast uwagę, że trening grupowy może objąć większą liczbę pacjentek w krótszym czasie przy wykorzystaniu mniejszych zasobów finansowych, co czyni go realną opcją do realizacji przez publiczny sektor ochrony zdrowia. Do podobnych wniosków doszli również autorzy metaanalizy Moroni 2016.
- o W przeglądzie systematycznym Imamura 2015 podkreślono, że obecnie nie ma wystarczających dowodów aby jednoznacznie stwierdzić, czy interwencje związane ze stylem życia, tj. obniżenie masy ciała, zmiany zachowań dietetycznych, przyjmowanie płynów, zmniejszenie przyjmowania kofeiny, redukcji spożywania napojów gazowanych i alkoholowych, unikanie zaparć, zaprzestanie palenia tytoniu, aktywność fizyczna (poradnictwo w ww. zakresie) są skuteczne w leczeniu NTM u osób dorosłych.

Podsumowanie opinii ekspertów

Ekspersi są zgodni co do zasadności realizacji PPZ z zakresu profilaktyki NTM. Populację docelową takich programów powinny stanowić kobiety w ciąży i po porodach; kobiety, których praca wymaga dźwigania; kobiety z genetycznymi chorobami tkanki łącznej. Program powinien zawierać następujące elementy: naukę ćwiczeń wzmacniających mięśnie miednicy mniejszej (prowadzoną przez położną, fizjoterapeutów uroginekologicznych); prawidłowe nawyki dotyczące dźwigania; broszury, strony internetowe, informacje w mediach; włączenie do programu o szkodliwości palenia (przewlekłego kaszlu) jako jednej z przyczyn nietrzymania moczu.

PREZES

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2025 poz. 1461 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu nr: DPPZ.451.41.2026 „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)”; data ukończenia: lipiec 2026 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 104/2026 z dnia 27 lipca 2026 roku o projekcie programu „Wielkopolski Program Zdrowotny w zakresie fizjoterapii dla kobiet z problemem nietrzymania moczu (NTM)” (woj. wielkopolskie).