

Załącznik
do Uchwały Nr 135/20 Zarządu
Województwa Zachodniopomorskiego
z dnia 5 lutego 2020 r.



REGIONALNY PROGRAM ZDROWOTNY WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020 – 2022

Podstawa prawna: art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1373 ze zm.).

Szczecin, styczeń 2020 r.

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu	2
I.1. Opis problemu zdrowotnego	2
I.2. Dane epidemiologiczne	6
I.3. Opis obecnego postępowania	15
II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji	17
II.1. Cel główny	17
II.2. Cele szczegółowe	17
II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu	17
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencje planowane w ramach Programu	19
III.1. Populacja docelowa	19
III.2. Kryteria kwalifikacji do Programu oraz wyłączenia z Programu	20
III.3. Planowane interwencje	21
III.4. Sposób udzielania świadczeń	33
IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej	34
IV.1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	34
IV.2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	35
V. Sposób monitorowania i ewaluacji	37
V.1. Monitorowanie	37
V.2. Ewaluacja	38
VI. Budżet Programu	39
VI.1. Koszty jednostkowe	39
VI.2. Koszty całkowite	43
VI.3. Źródła finansowania	44
VII. Bibliografia	45
VIII. Załączniki	46
Załącznik 1	46
Załącznik 2	47
Załącznik 3	48

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia Programu

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Nowotwór to nieprawidłowa tkanka charakteryzująca się nadmiernym rozrostem, niepodporządkowującym się prawidłowym funkcjom organizmu. Niekontrolowane przez mechanizmy fizjologiczne mnożenie się komórek prowadzi do uszkodzenia narządu macierzystego.

W tkance prawidłowej istnieje stała równowaga pomiędzy mnożeniem się i obumieraniem komórek. W ciągu całego naszego życia zdrowe komórki dzielą się i zastępują stare, obumarłe komórki nowymi. W tkance nowotworowej mechanizmy kontrolujące przestają działać, zaczyna dominować proces namnażania (prolifracji). Dzielące się wciąż komórki tracą zdolność do różnicowania się i dojrzewania. (*Definicja nowotworu Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej www.ptok.pl*)

Nowotwory stanowią dużą grupę chorób, różniących się lokalizacją, objawami, sposobem diagnozowania, leczenia oraz rokowaniem. Mogą występować w różnych narządach, choć niektóre umiejscowienia są częstsze (płuco, jelito grube, piersi u kobiet, prostata u mężczyzn) (*Więckowska red. 2015*). Częstość występowania poszczególnych nowotworów w Polsce i województwie zachodniopomorskim opisano w rozdziale dotyczącym danych epidemiologicznych.

Przyczyny rozwoju nowotworów są złożone. Należą do nich czynniki genetyczne, proces starzenia się organizmu, narażenie na kancerogeny związane z ekspozycją zawodową lub na czynniki ryzyka wynikające ze stylu życia np. palenie papierosów, nadmierne spożycie alkoholu, nieprawidłowa dieta oraz czynniki środowiskowe, związane z zanieczyszczeniem środowiska (*Więckowska red., 2015*).

Nowotwory można podzielić na łagodne (niezłośliwe) i złośliwe. Nowotwory łagodne wyróżnia przede wszystkim ostre odgraniczenie guza tj. brak naciekania okolicznych tkanek, zwykle obecność torebki zbudowanej z tkanki włóknistej oraz brak zdolności tworzenia przerzutów. Nowotwory łagodne rosną powoli, stopniowo powiększając się. Ich leczenie jest skuteczne, ponieważ nie dają nawrotów.

Nowotwory złośliwe dzieli się na grupy w zależności od tego, z komórek jakiej tkanki się rozwinęły. Są to:

- raki (*carcinoma*) - nowotwory złośliwe pochodzenia nabłonkowego;
- mięsaki (*sarcoma*) - nowotwory wywodzące się z komórek mezenchymalnych;
- chłoniaki (*lymphoma*) - nowotwory tkanki limfatycznej;
- białaczki (*leuceamia*) - nowotwory układu krwiotwórczego;

Istnieją jeszcze nowotwory zwane germinalnymi, wywodzące się z pierwotnej komórki płciowej, rozwijające się zwykle w jądrach i jajnikach. Oddzielną grupę stanowią także nowotwory ośrodkowego układu nerwowego (mózgu i rdzenia kręgowego).

Cechą nowotworów złośliwych jest umiejętność przemieszczania się poza obszar pierwotnego umiejscowienia, poprzez naciekanie sąsiednich tkanek lub powstawanie zmian wtórnych w narządach odległych (przerzuty). Jest to miara złośliwości nowotworu oraz jedna z głównych przyczyn niepowodzeń w leczeniu nowotworów złośliwych, gdyż guzy przerzutowe są często trudne do zlokalizowania i bardziej odporne na leczenie. Inne cechy charakterystyczne dla nowotworów złośliwych to zwykle szybki wzrost, brak torebki guza, odrastanie w miejscu pierwotnego występowania po niedokładnym usunięciu (wznowa miejscowa), zdolność angiogenezy, czy duże zróżnicowanie wyglądu komórek nowotworowych.

Poza nowotworami łagodnymi i złośliwymi wyróżnia się także nowotwory miejscowo złośliwe. Są to guzy, które wykazują część cech nowotworów złośliwych tj. zdolność do naciekania i niszczenia otaczających tkanek i narządów, jednak nie tworzą one przerzutów lub wyglądają jak guz łagodny, ale mogą dawać wznowy po usunięciu. Najczęściej występującym guzem tego typu jest nowotwór skóry nazywany rakiem podstawnokomórkowym (*onkologia.mp.pl*).

Metody leczenia nowotworów dzielą się na miejscowe (zabieg chirurgiczny, radioterapia) i farmakologiczne (chemioterapia, hormonoterapia, leczenie biologiczne). Te drugie mają najczęściej charakter systemowy (ogólnoustrojowy). Przy większości nowotworów złośliwych stosuje się leczenie skojarzone, polegające na stosowaniu różnych sekwencji i kombinacji wyżej wymienionych metod leczenia. Wybór odpowiedniego schematu terapeutycznego zależy od rodzaju nowotworu, jego zaawansowania, ogólnego stanu chorego i czynników predykcyjnych (*Gajewski red., 2016*).

Proces leczenia nowotworów złośliwych jest długotrwały i obciążający dla pacjenta, pomimo coraz częściej stosowanych metod oszczędzających. Najczęstszymi następstwami leczenia onkologicznego są zaburzenia czynnościowe ze strony układu ruchu, układu krążenia i limfatycznego oraz oddechowego.

Leczenie chirurgiczne nowotworów złośliwych może być przyczyną zakrzepicy, która jest jednym z najpoważniejszych wczesnych powikłań po operacji i dotyczy 40-80% chorych. Ta z kolei może prowadzić do zatoru tętnicy płucnej (do 10% przypadków). U 50% chorych poddanych operacji stwierdza się różne zaburzenia czynności płuc, które mogą być przyczyną pooperacyjnych powikłań zagrażających zdrowiu i życiu (*Woźniewski, 2013*). Usunięcie naczyń i węzłów chłonnych może powodować obrzęk chłonny kończyny. Następstwa operacji takie jak ból, rozległa blizna pooperacyjna, uszkodzenie w trakcie zabiegu mięśni lub nerwów, ograniczenie aktywności ruchowej mogą prowadzić także do odległych zaburzeń czynnościowych takich jak: ograniczenie ruchomości w stawach, osłabienie siły mięśni, zaburzenia statyki ciała i wady postawy.

Radioterapia oddziałuje, zarówno na komórki nowotworowe, jak i okoliczne zdrowe tkanki. Jej wczesnym następstwem jest świąd i rumień, rzadziej miejscowa martwica tkanek, a także objawy ze strony organów będących w polu napromieniowania, takie jak neutropenia, niedokrwistość, ból głowy, biegunki, wymioty. Późne odczyny popromienne mogą ujawnić się od pół roku do wielu lat po leczeniu i mogą to być m.in. zwłóknienia mięśni, zbliźnowacenia w obrębie stawów i związane z tym przykurcze, zamknięcie naczyń limfatycznych prowadzące do zaburzeń w krążeniu chłonki i powstania obrzęków, zaburzenia perystaltyki jelit, zwłóknienia płuc, wątroby, martwica kości, nefropatia popromienna.

Leczenie systemowe charakteryzuje się dużą liczbą skutków ubocznych ze strony wielu narządów: m.in. uszkodzeniem szpiku kostnego, przewodu pokarmowego (zapalenie błony śluzowej jelit), uszkodzeniem serca i naczyń, nerek, układu oddechowego, skóry i jej przydatków. Leczenie powoduje także znaczne ograniczenie aktywności ruchowej, co wpływa na pogorszenie sprawności psychofizycznej oraz zwiększa ryzyko powikłań.

Dominującym objawem leczenia przeciwnowotworowego bez względu na zastosowaną metodę jest zmęczenie, które dotyka od 40 do 100% chorych. Przeciętna wydolność pacjentów po leczeniu onkologicznym wynosi 4 METs, co jest minimalną wydolnością pozwalającą na wykonywanie codziennych czynności bez uczucia zmęczenia. Odczuwanie znużenia powoduje unikanie wysiłku fizycznego przez te osoby, co jeszcze bardziej zmniejsza ich wydolność fizyczną, a tym samym potęguje objawy zmęczenia.

Częstym problemem wśród pacjentów po leczeniu onkologicznym jest także obrzęk limfatyczny, który może powodować groźne powikłania tj. stany zapalne, niedowłady, porażenia, czy w ostatnim stadium słoniowaczną kończyny lub naczyńmięsa limfatycznego, który w ciągu dwóch lat prowadzi do zgonu większości chorych (*Woźniewski*

red., 2012). Według US National Care obrzęk limfatyczny może pojawić się w zasadzie po leczeniu każdego nowotworu, jeżeli wiąże się to z ingerencją w układ chłonny, przy czym obrzęk kończyn górnych najczęściej występuje po radykalnym leczeniu raka piersi (ogólna częstość występowania może wynosić od 8% do 56% w 2-letnim okresie pooperacyjnym), a obrzęk kończyn dolnych w związku z nowotworem macicy, prostaty, chłoniakiem lub czerniakiem. Osiemdziesiąt procent pacjentów doświadcza tego problemu w ciągu 3 lat od operacji, w pozostałej grupie obrzęk chłonny rozwija się w tempie 1% rocznie (www.cancer.gov).

Ograniczenie ruchomości w stawach i osłabienie siły mięśni dotyczy w szczególności leczenia nowotworów zlokalizowanych w okolicy stawów. Może to być spowodowane usunięciem lub przecięciem mięśni w trakcie operacji lub nawykowym przeciwbólowym ustawieniem kończyny w przywiedzeniu, które z czasem może prowadzić do zmian w obrębie stawu i ograniczenia jego ruchomości (co jest np. częstym zjawiskiem po leczeniu nowotworu piersi) (*Woźniewski red, 2012, Kwolek red., 2013*).

Dodatkowo sama choroba nowotworowa, jak również leczenie i jego następstwa są silnym stresorem, który negatywnie wpływa na psychikę pacjentów, wywołując zaburzenia lękowe, depresję, niską samoocenę, niepokój i nadwrażliwość emocjonalną. Dotyczą one 30–50% pacjentów onkologicznych. Z jednej strony jest to strach przed nawrotem choroby i śmiercią, poczucie utraty kontroli nad własnym życiem, niepewność, co do przyszłości swojej i swojej rodziny, z drugiej obniżenie poczucia własnej wartości związane z okaleczeniem ciała (np. w przypadku usunięcia narządu, konieczności wytworzenia przetoki zewnętrznej). U kobiet leczonych z powodu nowotworu piersi niska ocena wynikająca z utraty piersi jako symbolu kobiecości, określana jest jako kompleks połowy wartości (half woman complex) (*Kwolek red., 2013, Ruszkiewicz i Kreft, 2017. Dąbska, Humeniuk i Krupa, 2017*).

U chorych leczonych z powodu nowotworu zwiększa się również prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnych następstw w sferze seksualności. W badaniu zleconym przez Macmillan Cancer Support w 2006 roku 43% osób z chorobą onkologiczną wskazało na bezpośredni wpływ leczenia nowotworu na ich życie seksualne. Najczęściej problem ten występuje u chorych na raka piersi oraz nowotwory narządów położonych w obrębie miednicy. Według różnych badań, częstość zaburzeń seksualnych wynosi do 70% u osób po leczeniu raka piersi i raka gruczołu krokowego i do 86% u mężczyzn po leczeniu raka odbytnicy (*Cancer World, 2013*).

Szacuje się, że psychofizyczne następstwa leczenia nowotworów są przyczyną obniżenia jakości życia u około 70% chorych (*Woźniewski red., 2012*).

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom czynnościowym lub przywracania sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych jest fizjoterapia. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna być integralną formą wsparcia leczenia onkologicznego. W badaniu Thorsen i wsp. 63% pacjentów z chorobą nowotworową zgłaszało potrzebę uzyskania conajmniej jednej usługi rehabilitacyjnej (*Silver, Baima i Mayer, 2013*).

Wyróżnia się trzy rodzaje rehabilitacji: profilaktyczną, która ma zapobiec skutkom ubocznym leczenia przeciwnowotworowego, leczniczą służącą przywracaniu utraconych funkcji czynnościowych oraz paliatywną zmniejszającą objawy okresu terminalnego choroby nowotworowej. Niniejszy program dotyczy rehabilitacji profilaktycznej i leczniczej.

W wyniku rehabilitacji o 50% można zwiększyć sprawność i wydolność fizyczną pacjenta onkologicznego. Głównym sposobem usprawniania pacjentów są ćwiczenia fizyczne, które powinno się wdrażać jak najwcześniej, tzn. już w trakcie choroby bez względu na jej stadium i etap leczenia oraz wykonywać systematycznie (*Woźniewski red., 2012*). Jest wiele dowodów z badań, że ćwiczenia fizyczne wpływają na zmniejszenie zmęczenia, wzmacniają funkcje

odpornościowe i układ krążenia oraz przyspieszają czas powrotu do zdrowia u pacjentów onkologicznych (*Dalzell i wsp., 2017*). Systematyczne wykonywanie ćwiczeń fizycznych zmniejsza o 30-40% ryzyko nawrotu choroby. Intensywność i rodzaj ćwiczeń musi być dobrana indywidualnie do stanu ogólnego pacjenta (*Woźniewski red, 2012*).

Kinezyterapia może być uzupełniona świadczeniami z zakresu fizykoterapii. Przyjmuje się, że stosowanie zabiegów fizykalnych i masażu klasycznego można bezpiecznie wdrożyć po roku od zakończonego leczenia onkologicznego, a w przypadku niektórych nowotworów (czerniak, chłoniaki, ziarnica złośliwa, białaczki czy nowotwór nerek) po 5 latach (*Woźniewski red, 2012*). Zapewnienie chorym wykwalifikowanej pomocy psychologicznej lub psychiatrycznej może korzystnie wpłynąć na wynik terapii przeciwnowotworowej (*Porębiak, 2012*). Są także dowody potwierdzające skuteczność zastosowania interwencji psychologicznych w przypadku zaburzeń seksualnych u pacjentów onkologicznych (*Cancer World, 2013*). Kompleksowa rehabilitacja powinna zatem uwzględniać oddziaływanie psychologiczne (*Chruszcz i wsp., 2011*). W praktyce poza ośrodkami onkologicznymi istnieją ograniczone możliwości rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie nowotworowej, na co wpływ ma m.in. brak dostatecznego przygotowania personelu medycznego do rehabilitacji takich osób.

Na ograniczenia w dostępie do rehabilitacji onkologicznej wskazuje NIK w informacji o wynikach kontroli „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Według Najwyższej Izby Kontroli brak oddzielnego produktu rozliczeniowego dla rehabilitacji onkologicznej powoduje, że pacjenci onkologiczni wraz z pozostałymi pacjentami czekają w długich kolejkach na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych. W ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie ma wyodrębnionej kwoty na świadczenia dla pacjentów onkologicznych. Koszty rehabilitacji takich pacjentów stanowiły w 2015 roku zaledwie 0,72% środków wydatkowanych na świadczenia we wszystkich zakresach rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja dla pacjentów chorych na nowotwory nie została także ujęta w pakiecie onkologicznym. Rekomendacje NIK dotyczą zapewnienia pacjentom onkologicznym szybkiej i efektywnej rehabilitacji onkologicznej, tak aby nie zaprzepaścić pozytywnych, uzyskanych dużym nakładem kosztów efektów leczenia i zapewnić jak najszybszy powrót do sprawności zdrowotnej, społecznej i zawodowej (*NIK, 2017*).

Program ten przyczyni się do poprawy wiedzy i umiejętności kadry medycznej w zakresie rehabilitacji i wsparcia psychologicznego pacjentów onkologicznych poprzez szkolenia lub inne formy kształcenia skierowane do lekarzy rehabilitacji i fizjoterapeutów oraz psychologów. Wpłynie on także na zwiększenie dostępu do rehabilitacji ukierunkowanej na choroby onkologiczne.

Udział w Programie ma na celu poprawę stanu psychofizycznego pacjentów oraz ich szybszy powrót do aktywności życiowej, w tym również zawodowej. Według badań wśród osób leczonych na nowotwory złośliwe, tylko około 50% podejmuje pracę zawodową w pierwszym roku od zakończenia leczenia, a kolejne 30% osób w dalszym terminie. Powrót do pracy mogą znacznie utrudniać lub uniemożliwiać zaburzenia czynnościowe będące skutkiem terapii przeciwnowotworowej (*Kwolek red., 2013*). Nowotwory są najczęstszą przyczyną orzekania o niezdolności do pracy. Według danych ZUS, w 2014 r. w Polsce średni wiek kobiet rehabilitowanych z powodu nowotworu gruczołu piersiowego pobierających w momencie skierowania na rehabilitację leczniczą rentę z tytułu niezdolności do pracy wynosił 51,1 lat (*Ubezpieczeni poddani rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej ZUS w 2014 roku w 12 miesięcy po odbytej rehabilitacji, ZUS, 2017*). Więcej informacji na ten temat przedstawiono w rozdziale dotyczącym danych epidemiologicznych.

Szacowane koszty ekonomiczne związane z występowaniem chorób nowotworowych w Polsce to ok 4,35 mld euro (dane za 2015 rok), z czego 36% stanowią koszty bezpośrednie związane z opieką zdrowotną nad pacjentem onkologicznym, natomiast 64% pozostałe koszty

pośrednie, m.in. związane z utraconą produktywnością czy opieką nieformalną (koszty pracy opiekunów zapewniających wsparcie dla pacjentów onkologicznych, (All. Can, 2017). Zakłada się, że Program będzie miał wpływ na ograniczenie kosztów związanych z niezdolnością do pracy.

Tematyka Programu jest zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. 2018 r. poz. 469), priorytetami: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych” i „rehabilitacja”. Zakres Programu wpisuje się także w zapisy ustawy z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz.U. 2019 r., poz. 969), której celem jest m.in. poprawa leczenia chorób nowotworowych oraz w Program wieloletni na lata 2016-2024 „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych” przyjęty uchwałą Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. (t.j. MP. 2018 r. poz. 6), do którego priorytetów należy m.in. wsparcie procesu leczenia nowotworów i edukacja onkologiczna.

Problematyka Programu jest również zgodna z Narzędziem 3. Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy, określonym w dokumencie pn.: Krajowe ramy strategiczne Politycy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020.

Niniejszy Program będzie stanowił wartość dodaną do funkcjonującego obecnie systemu ochrony zdrowia, ponieważ programy profilaktyczne finansowane przez Ministerstwo Zdrowia lub NFZ są nakierowane na wykonywanie badań przesiewowych w kierunku chorób nowotworowych, natomiast żadne z działań nie dotyczą onkorehabilitacji.

I.2. Dane epidemiologiczne

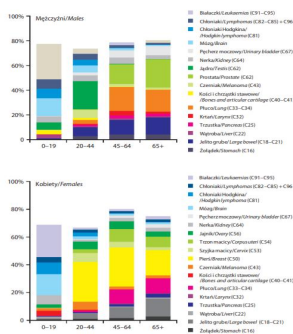
Zachorowalność na nowotwory złośliwe systematycznie rośnie, czego głównym powodem jest starzenie się populacji oraz wzrost narażenia na czynniki ryzyka wynikające ze stylu życia (niewłaściwa dieta, niska aktywność fizyczna, palenie tytoniu, spożycie alkoholu).

Według Krajowego Rejestru Nowotworów, w ciągu trzech ostatnich dekad zachorowalność na nowotwory w Polsce zwiększyła się dwukrotnie (Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, 2018). Dalszy wzrost zapadalności przewiduje się na ok. 18% w latach 2016-2029 (Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii).

W Polsce w 2016 roku żyło ponad 998 tys. osób z chorobą nowotworową rozpoznaną w ciągu poprzedzających 15 lat, a liczba nowych zachorowań wyniosła ok. 164,1 tys., czyli na każde 100 tys. Polaków u 427 osób wykryto nowotwór, a około 2 572 żyło z chorobą nowotworową stwierdzoną w ciągu ostatnich 15 lat.

W populacji mężczyzn zachorowalność jest najwyższa pomiędzy 55 a 79 rokiem życia, a u kobiet w grupie wiekowej 50–74 lat. Wśród osób w młodym i średnim wieku (25-54 lata) współczynnik zapadalności na 100 tys. ludności jest u kobiet prawie dwa razy wyższy niż u mężczyzn. Najczęstsze nowotwory w zależności od płci i wieku w Polsce przedstawia wykres 1. (Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, 2018).

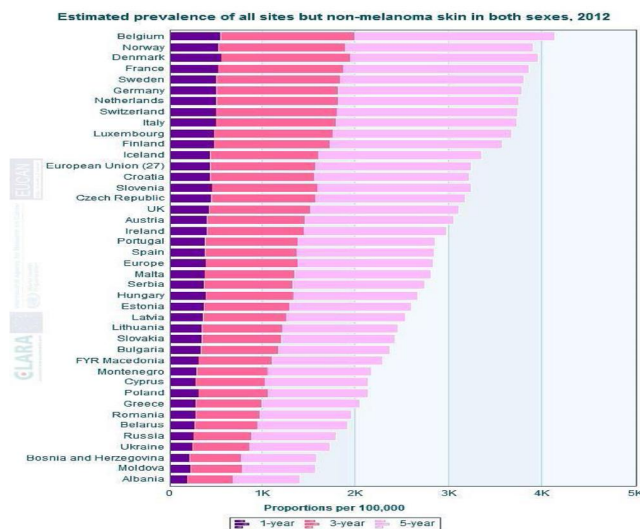
Wykres 1. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg wieku i płci w Polsce w 2016 r.



Źródło: Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku, W-wa 2018, s.13.

Według danych European Cancer Observatory za 2012 rok, Polska w porównaniu z większością innych krajów europejskich charakteryzuje się wysokim współczynnikiem standaryzowanym umieralności z przyczyn nowotworowych, a co za tym idzie niskim wskaźnikiem chorobowości 5-letniej.

Wykres 2. Chorobowość 5-letnia na nowotwory złośliwe w krajach europejskich w 2012 r.

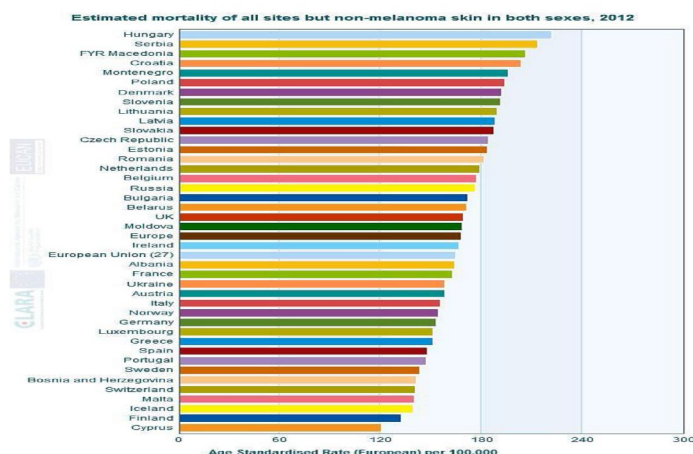


Źródło: Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego /2019-2023/, s. 11.

Nowotwory złośliwe są drugą przyczyną zgonów w Polsce, powodując w 2016 roku 27,3% zgonów wśród mężczyzn i 24,1% zgonów wśród kobiet. Bezwzględna liczba zgonów z tej przyczyny w 2016 roku wyniosła 99 965. Są także najczęstszą przyczyną przedwczesnej umieralności kobiet w młodszym i średnim wieku, odpowiadając za 32,2% zgonów w wieku 20-44 lata i 48,6% zgonów w wieku 45-64 lata. W populacji młodych mężczyzn (20-44 lata), nowotwory złośliwe stanowią trzecią przyczynę umieralności (9,5% zgonów), a wśród panów w wieku 45-64 lata są na drugim miejscu wśród przyczyn zgonów (28,9%) (Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, 2018, s.67,s.71).

W strukturze zgonów z przyczyn onkologicznych w Polsce przeważają zgony spowodowane nowotworem płuc (29,3% zgonów wśród mężczyzn, 17,1% wśród kobiet), na kolejnych pozycjach u mężczyzn są: nowotwór jelita grubego (12,4%), nowotwór gruczołu krokowego (9,4%) i rak żołądka (6,1%), a u kobiet: nowotwór piersi (14,5%), nowotwór jelita grubego (11,9%) oraz rak jajnika (5,9%) (Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, 2018, s.68).

Wykres 3. Współczynnik standaryzowany umieralności z powodu nowotworów złośliwych w krajach europejskich w 2018 roku.

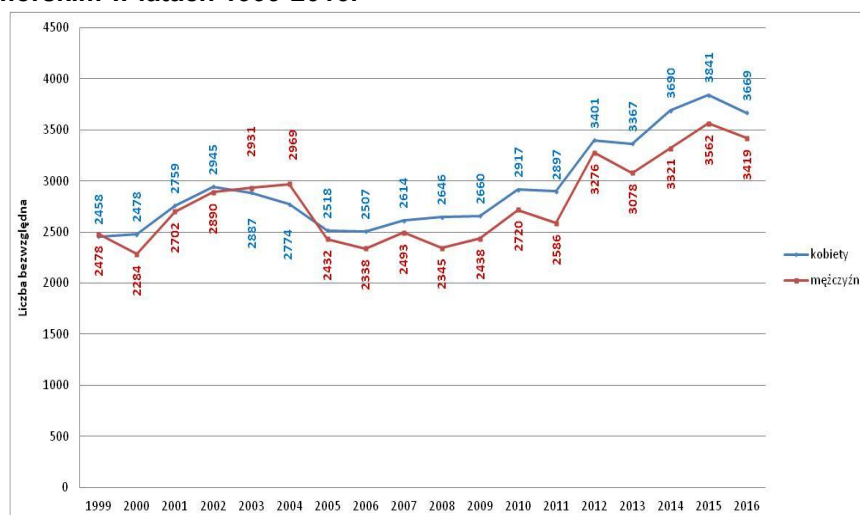


Źródło: Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych z terenu woj. łódzkiego /2019-2023/, s. 11.

W 2016 roku województwo zachodniopomorskie zajmowało 13 miejsce pośród województw według współczynnika zachorowalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wśród mężczyzn oraz 8 miejsce pod względem wartości współczynnika dla kobiet. Zapadalność w populacji mężczyzn wynosiła 411,3, przy średniej dla Polski 443,9, zaś wśród kobiet 418,1, przy średniej ogólnopolskiej 411,5, co oznacza, że na każde 100 tys. osób danej płci w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku zachorowało o 32 mężczyzn mniej i 7 kobiet więcej niż średnio w Polsce.

Podobnie jak w całym kraju, w województwie zachodniopomorskim zachorowalność z powodu nowotworów złośliwych w ciągu ostatnich kilkunastu lat miała trend rosnący. Liczba nowych przypadków choroby nowotworowej w 2016 roku była nieznacznie wyższa wśród kobiet i stanowiła 51,8% (3 669 przypadków) wszystkich zachorowań (7 088). Trendy liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w latach 1999-2016 wg płci przedstawia wykres 4.

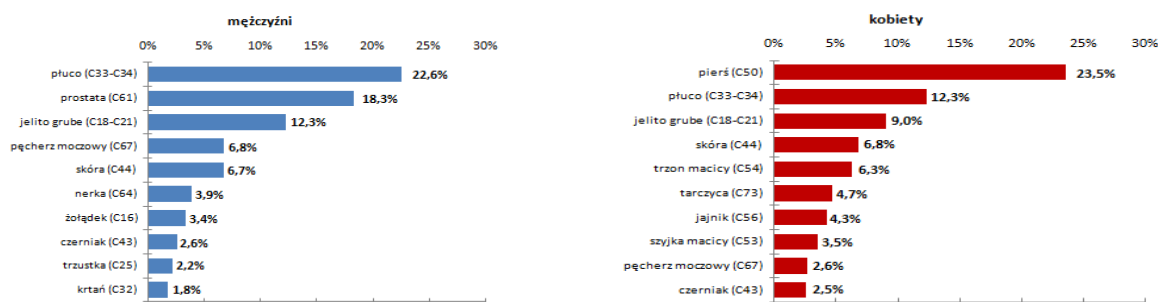
Wykres 4. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe ogółem według płci w województwie zachodniopomorskim w latach 1999-2016.



Źródło: Biuletyn Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim - dane za 2016 rok.

Struktura zachorowań z przyczyn nowotworowych u mężczyzn w województwie zachodniopomorskim (podobnie jak w kilku innych województwach) w 2016 roku była inna niż dla całego kraju i była odzwierciedleniem zachorowalności w najstarszej grupie wiekowej (65+). Na pierwszym miejscu wśród mężczyzn znalazły się nowotwory płuca (22,6% zachorowań z przyczyn onkologicznych), wyprzedzając nowotwory prostaty, które były na drugim miejscu (18,3% zachorowań). Trzecią pozycję zajmowały nowotwory jelita grubego (12,3%). W strukturze zachorowalności na nowotwory złośliwe w populacji kobiet z terenu województwa zachodniopomorskiego na pierwszym miejscu był rak piersi (23,5% zachorowań), następnie płuco (12,3%) i rak jelita grubego (9%). Najczęstsze nowotwory złośliwe wśród kobiet i mężczyzn w województwie zachodniopomorskim prezentuje wykres 5.

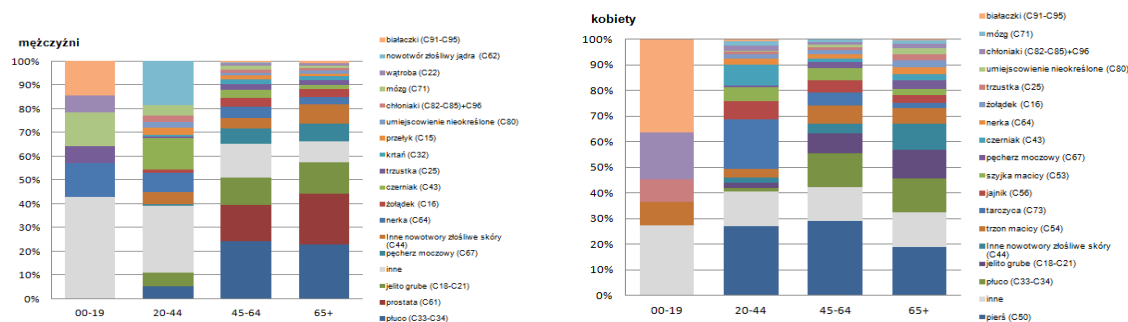
Wykres 5. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe wg płci w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku.



Źródło: Biuletyn Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim-dane za 2016 rok.

W porównaniu z resztą kraju, województwo zachodniopomorskie wypada niekorzystnie pod względem zapadalności na raka płuca. W 2016 roku u mężczyzn współczynnik standaryzowany zachorowalności na nowotwór płuca był na czwartym miejscu (od najwyższego), z wartością 51,4/100 tys. przy średniej dla kraju 44,4, a w przypadku kobiet na trzecim miejscu i osiągnął wartość 24,4/100 tys. przy średniej 19,2. Współczynnik standaryzowany zachorowalności na nowotwór piersi był na szóstym miejscu (od najwyższego), z wartością 54,7/100 tys. przy średniej dla kraju 54,1, a w przypadku raka szyjki macicy osiągnął wartość 8,5/100 tys. przy średniej 8,1. Odsetek wyników zachorowań na nowotwory potwierdzone badaniem histopatologicznym zgłoszonych do zachodniopomorskiego rejestru nowotworów w 2016 roku, w przypadku mężczyzn wynosił 84% przy średniej krajowej 91%, a u kobiet 87%, przy średniej krajowej 92%. Strukturę zachorowań na nowotwory złośliwe wg wieku i płci przedstawia wykres 6.

Wykres 6. Struktura zachorowań na wybrane nowotwory złośliwe wg wieku i płci w województwie zachodniopomorskim w 2016 r.

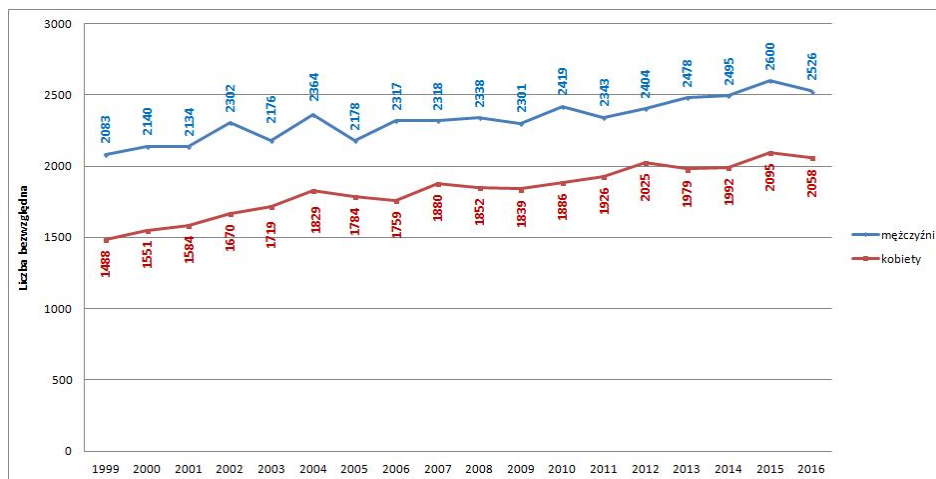


Źródło: Biuletyn Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim - dane za 2016 rok.

W grupie wiekowej 20-64 lata, która w przybliżeniu odzwierciedla populację docelową niniejszego programu, liczba przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe wśród mężczyzn w 2016 roku wyniosła 1 356. W strukturze zachorowalności dla tej populacji dominują: rak płuca (22,3% wszystkich zachorowań w tej grupie), rak prostaty (13,9%) i nowotwór jelita grubego (10,9%), na co mają głównie wpływ zachorowania mężczyzn w średnim wieku tj. w grupie 45-64 lata (gdzie zachorowanie w tej grupie wiekowej na raka płuca stanowi 22,3%, raka jelita grubego -14,2%, a na nowotwór gruczołu krokowego – 11,5%), z kolei w grupie młodych mężczyzn (20-44 lata) w strukturze zachorowań na nowotwory złośliwe przeważają nowotwory jądra (18,4% zachorowań), czerniak (13,2%) i nowotwór nerki (8,1%). Wśród kobiet w wieku 20-64 lat liczba nowych zachorowań wyniosła 1 873. W strukturze zachorowalności dla tej populacji dominują: piersi (27,3% wszystkich zachorowań w tej grupie),

rak płuca (10,7%) i nowotwór tarczycy (7,2%), Struktura zachorowań była inna w grupie 20-44 lata, gdzie dominowały nowotwory piersi (27%), rak tarczycy (19,3%) i czerniak (8%) niż w grupie 45-64 lata, w której było najwięcej przypadków nowotworów piersi (29%), płuca (13,3%) oraz jelita grubego (7,7%).

Wykres 7. Liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem według płci w województwie zachodniopomorskim w latach 1999-2016.

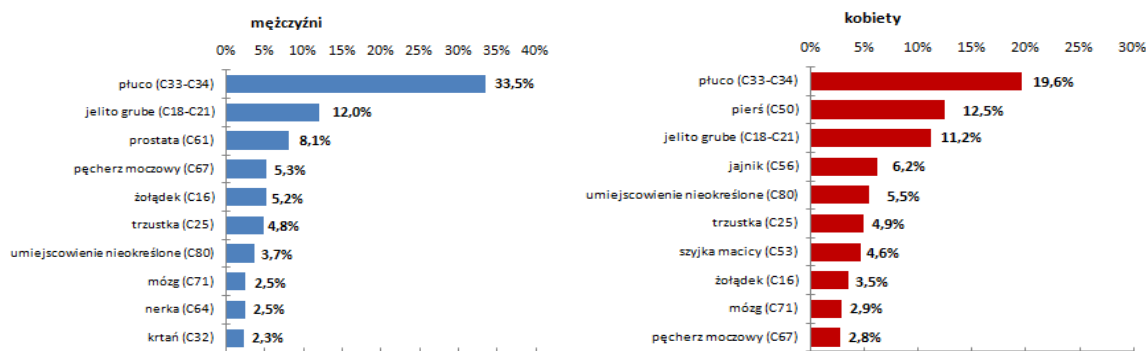


Źródło: Biuletyn Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim - dane za 2016 rok.

Nowotwory złośliwe są drugą co do częstości przyczyną zgonów mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. W 2016 roku spowodowały 26,9% wszystkich zgonów. Liczba zgonów z przyczyn nowotworowych w województwie zachodniopomorskim ma trend rosnący, co przedstawia wykres 7.

Pod względem umieralności z przyczyn nowotworowych województwo zachodniopomorskie wypada niekorzystnie na tle kraju. Surowy współczynnik umieralności z tej przyczyny w 2016 roku był dosyć wysoki i wynosił – 303,9/100 tys. dla mężczyzn (przy średniej ogólnopolskiej 297,2) i 234,5 dla kobiet (średnia dla Polski 225,4). Umieralność z powodu nowotworów złośliwych mężczyzn jest znacznie wyższa niż kobiet. Jeszcze większa przewaga współczynnika dla mężczyzn występuje po wyeliminowaniu różnic w strukturze wieku obu grup płci – standaryzowany współczynnik zgonów mężczyzn w woj. zachodniopomorskim jest dużo wyższy od współczynnika zgonów dla kobiet (164,2 vs. 95,8) (Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, 2018, s.21).

Wykres 8. Struktura zgonów na nowotwory złośliwe wg płci w województwie zachodniopomorskim w 2016 r.

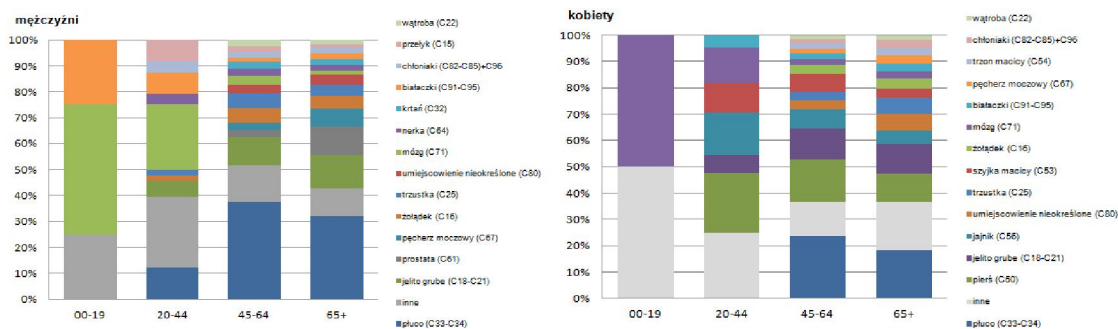


Źródło: Biuletyn Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim-dane za 2016 rok.

Bezwzględna liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych wyniosła w 2016 roku 4 584 (2 526 przypadków zgonów wśród mężczyzn i 2 058 zgonów wśród kobiet).

Najczęstszą nowotworową przyczyną zgonów u płci męskiej są nowotwory płuca (33,5% wszystkich zgonów), jelita grubego (12%) i prostaty (8,1%). Wśród kobiet najwyższą liczbą zgonów z przyczyn onkologicznych była spowodowana nowotworem płuca (19,6%), piersi (12,5%) i jelita grubego (11,2%) [więcej informacji w wykresie 8].

Wykres 9. Struktura zachorowań na wybrane nowotwory złośliwe wg wieku i płci w województwie zachodniopomorskim w 2016 r.

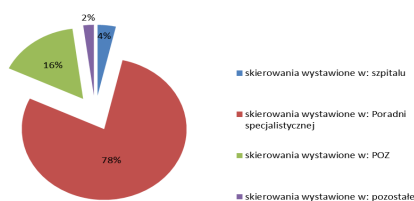


Źródło: Biuletyn Nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim - dane za 2016 rok.

W grupie wiekowej odzwierciedlającej w przybliżeniu populację programu (20-64 lata), najczęstszymi nowotworowymi przyczynami zgonów wśród młodych mężczyzn (20-44 lata) są: nowotwór mózgu (25% zgonów w tej grupie wiekowej), płuca (12,5%) i białaczki (8,3%), a w wśród mężczyzn w średnim wieku (45-64 lata) nowotwór płuca (37,6% zgonów), jelita grubego (10,6%) oraz żołądka (5,8%). Wśród kobiet z przedziału wiekowego 20-44 lata najwięcej przypadków zgonów z przyczyn nowotworowych było spowodowanych rakiem piersi (22,7%), rakiem jajnika (15,9%) i mózgu (13,6%). W starszym przedziale wiekowym (45-64) w strukturze zgonów przeważały z kolei nowotwory płuca (23,7%), piersi (15,8%) i jelita grubego (11,8%).

Według „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego” z 2018 roku, w 2016 roku w województwie zachodniopomorskim świadczeń z zakresu rehabilitacji stacjonarnej udzielało 3 świadczeniodawców, którzy zrealizowali 5 hospitalizacji w grupie chorób onkologicznych: 3 hospitalizacje pacjentów z rakiem piersi, 1 hospitalizację z rakiem głowy i szyi i 1 hospitalizację z rakiem OUN. W tym samym roku w województwie zachodniopomorskim w zakresie rehabilitacji dziennej świadczyło usługi 9 świadczeniodawców (4,7% w skali kraju) dla 450 pacjentów, z czego 96% osób, które skorzystały ze świadczeń, to kobiety w wieku 63 lat z nowotworem piersi. Na poniższym wykresie przedstawiono miejsca, w których wystawiono skierowania do ośrodków dziennych. Wykres przedstawia dane dla 98,68% przypadków.

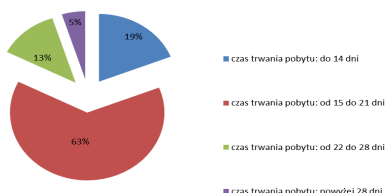
Wykres 10. Struktura skierowań do Ośrodków Dziennych według miejsc ich wystawienia w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku.



Opracowanie własne na podstawie: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego, str. 354-356)

Mediana czasu oczekiwania na świadczenia w ośrodku dziennym dla Polski w 2016 roku wynosiła 53 dni. W województwie zachodniopomorskim wartość ta wyniosła 159 dni. Jednak 75% przyjęć jest realizowanych w ciągu 239 dni, jedynie 12,76 % przyjęć zostało zrealizowanych w terminie do 30 dni od daty wystawienia skierowania. Najkrócej czekali chorzy z nowotworem pęcherza (44 dni), a najdłużej z nowotworem nerki i tarczycy (295 dni i 239 dni). Średni czas trwania pobytu pacjenta w ośrodku dziennym w 2016 roku to 21 dni. Wykres poniżej przedstawia strukturę czasu trwania pobytów.

Wykres 11. Struktura czasu trwania pobytu pacjenta w Ośrodku Dziennym w 2016 roku



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego, str. 357)

Według prognoz z „Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. zachodniopomorskiego 2018 rok”, przy uwzględnieniu wariantu demograficznego minimalnego w 2022 roku zapadalność rejestrowana w województwie zachodniopomorskim wyniesie ponad 10 tys. przypadków. Najczęstszymi nowotworami nadal będą nowotwory płuc (wzrost zapadalności w stosunku do 2016 roku - 18%), nowotwory piersi (wzrost 12%), gruczołu krokowego (31% więcej zachorowań) i jelita grubego (wzrost 25%).

Prognozowana zapadalność rejestrowana na nowotwory w województwie zachodniopomorskim w 2031 roku wyniesie ok. 11 tys. Dane dotyczące prognozowanej liczby zapadalności przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Prognozowana zapadalność rejestrowana w 2022 r. i 2031 r. dla danych grup chorób.¹

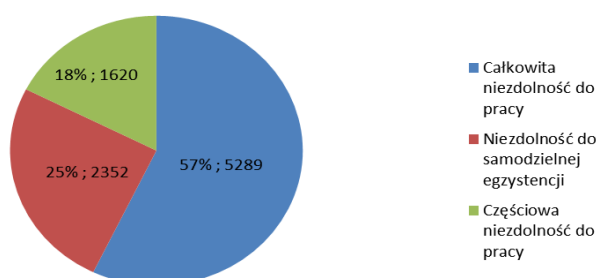
Rodzaj nowotworu	Zapadalność 2022	Zapadalność 2031	Zmiana %
pierś	870	940	8%
ginekologiczne	680	730	7%
prostata	1 060	1 160	9%
dolny odcinek przewodu pokarmowego	1 050	1 150	10%
górny odcinek przewodu pokarmowego	870	940	8%
płuco	940	1 030	10%
głowa i szyja	350	390	11%
czerniak	180	190	6%
nerka	370	400	8%
pęcherz	520	570	10%
OUN	210	230	10%
tarczycza	110	110	0%
jądro	40	40	0%
pozostałe nowotwory	2 830	3 070	8%
	10 080	10 950	

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ujętych w Mapach potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego, 2018

¹ Prognoza przedstawiona na podstawie współczynników obliczonych z wariantu demograficznego „minimalnego”, Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego, 2018 rok, str. 488

Prognozowana 5-letnia chorobowość onkologiczna w województwie zachodniopomorskim wzrośnie do 25 tys. w 2029 roku. Największa chorobowość 5-letnia będzie dotyczyć nowotworów złośliwych piersi (4 118 przypadków). Na drugim miejscu pod względem największej 5-letniej chorobowości będą nowotwory gruczołu krokowego (3 724 przypadki). Choroby nowotworowe są obecnie najczęstszym powodem pierwszorazowego orzekania o niezdolności do pracy w Polsce (23,0% ogółu pierwszorazowych orzeczeń o niezdolności do pracy wydanych w 2018 roku), w tym do całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji (55,7% orzeczeń w tej grupie) oraz do całkowitej niezdolności do pracy (40,6% orzeczeń). Zajmują również pierwsze miejsce wśród przyczyn dezaktywacji zawodowej z powodów zdrowotnych w populacji kobiet (28,6% orzeczeń pierwszorazowych o niezdolności do pracy wydanych kobietom). Niezdolność do pracy z tej przyczyny jest orzekana najczęściej w grupie wiekowej 50-59 lat. Powstawanie niezdolności do pracy u osób z chorobami nowotworowymi w 2018 roku powodowały głównie nowotwory złośliwe sutka 15% orzeczeń o niezdolności do pracy z przyczyn onkologicznych oraz nowotwory złośliwe oskrzela i płuca 12,9%. Na wykresie 12 przedstawiono strukturę orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy z powodu nowotworów wydanych w Polsce w 2018 r. Wśród orzeczeń stwierdzających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji wydanych ponownie w 2018 roku, najwięcej (25,4%) było spowodowanych chorobą nowotworową (*Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2018 roku, ZUS 2019*).

Wykres 12. Liczba orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, według stopnia niezdolności do pracy wydanych w Polsce w 2018 r. z powodu nowotworów



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS, *Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2018 roku, ZUS 2019*

Tabela 2. przedstawia strukturę orzeczeń (bez orzeczeń ustalających uprawnienia do świadczenia rehabilitacyjnego, orzeczeń o celowości przekwalifikowania zawodowego, orzeczeń w sprawie renty socjalnej oraz orzeczeń o rentę rodzinną) według wieku osób badanych w grupie chorób nowotworowych.

Przeciętny okres ważności orzeczeń wydanych w 2018 r. ustalających niezdolność do pracy w przypadku nowotworów wynosił 18,3 miesiąca.

Nowotwory są także przyczyną najdłuższych absencji chorobowych przypadających na jedno zaświadczenie lekarskie wystawione z tytułu choroby własnej populacji osób w wieku aktywności zawodowej z przedziału 29-50 lat (średni okres absencji to 20 dni).

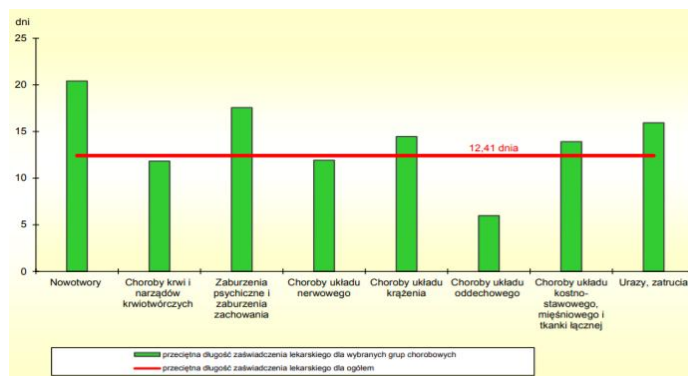
Tabela 2. Struktura orzeczeń wydanych przez ZUS w 2018 roku dla rozpoznań nowotworowych według grup wiekowych (w %)

Typ orzeczenia	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65 lat i więcej	Średni wiek w latach
Całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji	1	5,8	15,5	46,6	24,3	0,7	54
Całkowitą niezdolność do pracy	1,9	6,7	17	47	23,3	0,7	53,3
Częściową niezdolność do pracy	1,7	9	23,2	48,8	16,9	0,3	51,8

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS, Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2018 roku, ZUS 2019

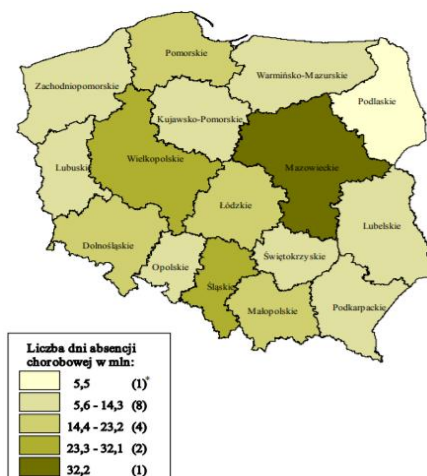
Liczba dni absencji chorobowej w tys. z powodu nowotworów w Polsce w 2017 roku wynosiła 8 629,1 dni, z czego w województwie zachodniopomorskim 375,9 dni. Zachodniopomorskie jest szóstym województwem o najniższej liczbie dni absencji chorobowej z tytułu nowotworów w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych w ZUS. Najdłuższa absencja z przyczyn onkologicznych w Polsce występuje w grupie wiekowej 50-59 lat (35,2%), a następnie w grupie 40-49 lat (25,5%) (Absencja chorobowa w 2017 roku, ZUS, 2018) - wykres 13 i mapa 1.

Wykres 13. Przeciętna liczba dni absencji chorobowej przypadająca na jedno zaświadczenie lekarskie wystawione z tytułu choroby własnej osobom ubezpieczonym w ZUS dla wybranych grup chorób



Źródło: Absencja chorobowa w 2017 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2018,²

Mapa 1. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu nowotworów osób ubezpieczonych w ZUS w przeliczeniu na 1 tys. ubezpieczonych zdrowotnie według województw



Źródło: Absencja chorobowa w 2017 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2018,³

² <https://www.zus.pl/documents/10182/39590/Absencja+chorobowa+w+2017+roku.pdf/1fae5bd6-b760-4a7e-8dec-0194b19c4cf1>, pobranie z dnia 27.05.2019.

³ jw.

I.3. Opis obecnego postępowania

Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej rehabilitacja powinna stanowić integralną formę wsparcia leczenia onkologicznego i spełniać zasady wczesności, powszechności, ciągłości i kompleksowości.

Rehabilitacja pacjentów chorych na nowotwory i po zakończeniu leczenia realizowana jest na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. 2018 poz. 465)

Świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, domowych, w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego oraz w warunkach stacjonarnych. Niestety dostęp do kompleksowych świadczeń rehabilitacyjnych dostosowanych do specyficznych potrzeb pacjenta onkologicznego jest ograniczony. Nie ma oddzielnego produktu kontraktowego „Rehabilitacja onkologiczna”.

Wśród świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w trybie dziennym wyróżnia się rehabilitację ogólnoustrojową dla określonej grupy pacjentów - m.in. po leczeniu raka piersi, z dysfunkcją ręki, z obrzękiem limfatycznym o różnej etiologii i umiejscowieniu.

ZOW NFZ informuje, że kontrakt na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach ośrodka/oddziału dziennego w województwie zachodniopomorskim w 2019 r. posiada 18 placówek (11 w ramach odrębnego zakresu i 7 w ramach PSZ). Średni czas oczekiwania na świadczenia w tym zakresie w 2019 roku przedstawia się różnie w zależności od ośrodka realizującego świadczenia. ZOW NFZ informuje, że w lipcu 2019 roku najkrótszy termin na świadczenie w trybie stabilnym wynosił 37 dni oraz bez czasu oczekiwania w trybie pilnym. Wykazany przez świadczeniodawców w ww. zakresie maksymalny średni czas oczekiwania to 469 dni (przypadki stabilne) i 301 dni (przypadki pilne).

Od 2010 roku w ramach prewencji rentowej Zakładu Ubezpieczeń Społecznych funkcjonuje program rehabilitacji dla kobiet po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego. Jest on realizowany w trybie stacjonarnym, jako 24-dniowy turnus obejmujący kompleksowe świadczenia rehabilitacyjne, w tym ćwiczenia, zabiegi fizykalne, porady psychologiczne, edukację zdrowotną i promocję zdrowia. W całej Polsce w 2017 roku program rehabilitacji po leczeniu nowotworu gruczołu piersiowego ukończyło 1 699 osób. Koszt programu wyniósł ok. 4,029 mln zł.

Uzasadnienie potrzeby wprowadzenia Programu

Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie *Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Przewidywane interwencje przyczynią się do realizacji celów określonych w *narzędziu nr 3 Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy*⁴.

Proponowany Program dotyczy rehabilitacji leczniczej pacjentów leczonych onkologicznie. Wpisuje się zatem w priorytety zdrowotne: „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych” oraz „rehabilitację” określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych* (Dz.U. 2018, poz. 469).

⁴ Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>

Program będzie stanowić uzupełnienie dostępności do świadczeń realizowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej chorych onkologicznych, dodatkowo przewiduje edukację zdrowotną, konsultacje dietetyczne, wsparcie psychologiczne, które nie są w pełni zapewnione w ramach świadczeń obecnie gwarantowanych ze środków publicznych NFZ.

W systemie opieki zdrowotnej istnieją ograniczone możliwości rehabilitacji pacjentów po przebytej chorobie nowotworowej. Na ograniczenia w dostępie do rehabilitacji onkologicznej wskazuje NIK w informacji o wynikach kontroli „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Według Najwyższej Izby Kontroli brak oddzielnego produktu rozliczeniowego dla rehabilitacji onkologicznej powoduje, że pacjenci onkologiczni wraz z pozostałymi pacjentami czekają w długich kolejkach na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych. W ramach środków finansowych przeznaczonych na realizację umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza, nie ma wyodrębnionej kwoty na świadczenia dla pacjentów onkologicznych. Koszty rehabilitacji takich pacjentów stanowiły w 2015 roku zaledwie 0,72% środków wydatkowanych na świadczenia we wszystkich zakresach rehabilitacji leczniczej. Rehabilitacja dla pacjentów chorych na nowotwory nie została także ujęta w pakiecie onkologicznym. Rekomendacje NIK dotyczą zapewnienia pacjentom onkologicznym szybkiej i efektywnej rehabilitacji onkologicznej, tak aby nie zaprzepaścić pozytywnych, uzyskanych dużym nakładem kosztów efektów leczenia i zapewnić jak najszybszy powrót do sprawności zdrowotnej, społecznej i zawodowej (NIK, 2017).

Leczenie systemowe nowotworów powoduje pogorszenie sprawności psychofizycznej, pojawienie się obrzęku limfatycznego, powikłań, stanów zapalnych, niedowładów, porażień, słoniowacizny kończyn lub naczyńmięsa limfatycznego. Dodatkowo sama choroba nowotworowa, jak również leczenie i jej następstwa są silnym stresem, który negatywnie wpływa na psychikę pacjentów, wywołując zaburzenia lękowe, depresję, niską samoocenę, niepokój i nadwrażliwość emocjonalną. Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania zaburzeniom czynnościowym i przywracania sprawności psychofizycznej po leczeniu nowotworów złośliwych jest rehabilitacja lecznicza i wsparcie psychologiczne.

Niniejszy Program wpisuje się także w „Narodowy Program Zwalczenia Chorób Nowotworowych na lata 2016–2024” ustanowiony uchwałą Nr 208 Rady Ministrów z dnia 3 listopada 2015 r. W *priorytecie V.3 Wsparcie procesu leczenia nowotworów*, cel szczegółowy 1, zakłada m.in. podejmowanie działań nakierowanych na rozwój i upowszechnianie współczesnych metod rehabilitacji chorych oraz ograniczania odległych następstw leczenia oraz opieki paliatywnej, z uwzględnieniem psychoonkologii.

Ponadto, w „*Priorytetach Regionalnej Polityki Zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego dla województwa zachodniopomorskiego na okres 01.01.2019 – 31.12.2021 r.*”⁵ mając na uwadze stan zdrowia mieszkańców oraz uzyskanie jak najlepszych efektów zdrowotnych przyjęto Priorytet 1: „Zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób układu sercowo-naczyniowego, w tym zawałów serca, niewydolności serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych (...) – w tym obszar interwencji 1.7 *Kompleksowa opieka nad osobami dorosłymi oraz dziećmi chorymi na nowotwór* – w co w pełni wpisuje się niniejszy Program.

⁵ Wojewoda Zachodniopomorski, Szczecin, 2018 r.
[http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/6575/\(20180831.145932\).wersja_do_publicacji.doc.pdf](http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/6575/(20180831.145932).wersja_do_publicacji.doc.pdf)

II. Cele Programu i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny

Ułatwienie powrotu do sprawności i poprawa jakości życia co najmniej 30% chorych będących w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym poprzez zastosowanie rehabilitacji leczniczej wśród pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2020-2022

II.2. Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie dostępu do rehabilitacji leczniczej dla co najmniej 500 mieszkańców województwa zachodniopomorskiego uczestniczących w Programie w latach 2020-2022.
- 2) Zmniejszenie częstości występowania bólu i wybranych zaburzeń czynności (tj. ograniczona ruchomość w stawach, obrzęk chłonny) u co najmniej 30% uczestników Programu z wymienionymi dysfunkcjami w latach 2020-2022.
- 3) Poprawa sprawności u co najmniej 30% uczestników Programu w latach 2020-2022.
- 4) Poprawa jakości życia u co najmniej 30% uczestników Programu w latach 2020-2022.
- 5) Wzrost poziomu wiedzy i umiejętności u 80 % personelu medycznego uczestniczącego w różnych formach szkolenia w zakresie rehabilitacji, fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym, realizowanych w ramach Programu w latach 2020-2022.

II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu

Przesłanki przyjętych wartości docelowych dla celów szczegółowych i mierników efektywności

CEL SZCZEGÓŁOWY	NAZWA MIERNIKA	PRZESŁANKI
1) Zwiększenie dostępu do rehabilitacji leczniczej dla co najmniej 500 mieszkańców woj. zachodniopomorskiego uczestniczących w Programie w latach 2020-2022	1) Liczba uczestników Programu	Przyjęta wartość docelowa (co najmniej 500 osób) możliwa do objęcia działaniami w związku z określonym budżetem Programu.
2) Zmniejszenie częstości występowania bólu i wybranych zaburzeń czynności (tj. ograniczona ruchomość w stawach, obrzęk chłonny) u co najmniej 30% uczestników Programu z ww. dysfunkcjami w latach 2020-2022	2) Odsetek osób, u których zmniejszył się lub ustąpił obrzęk limfatyczny	Wartości docelowe zostały przyjęte jako minimalna, bezpieczna granica, która może świadczyć o efektywności realizowanego Programu, na podstawie przeprowadzonego przeglądu piśmiennictwa medycznego. Wzięto pod uwagę, że adresaci Programu są grupą niejednorodną. Wyniki rehabilitacji mogą być różne w zależności od rodzaju nowotworu, zastosowanej metody leczenia, stanu pacjenta przystępującego do rehabilitacji, a także rodzaju i częstotliwości wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych
	3) Odsetek osób, u których zwiększył się zakres ruchu w obrębie stawów	
	4) Odsetek osób, u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe (tzn. odsetek osób, u których stopień nasilenia bólu oceniany przy pomocy skali NRS na zakończenie udziału w Programie był niższy niż na początku)	
3) Poprawa sprawności u co najmniej 30% uczestników Programu w latach 2020-2022.	5) Odsetek osób, u których stwierdzono wyższy stopień sprawności mierzonej skalą Karnofsky'ego na zakończenie udziału w Programie niż na początku)	
4) Poprawa jakości życia u co najmniej 30% uczestników Programu w latach 2020-2022.	6) Odsetek osób, które lepiej oceniają jakość swojego życia po udziale w Programie, np. wg skali Spitzera/rotterdamska, RSCL lub EORTC QLQ-C30	

5) Wzrost poziomu wiedzy i umiejętności u 80 % personelu medycznego uczestniczącego w różnych formach szkolenia w zakresie rehabilitacji, fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym, realizowanych w ramach Programu w latach 2020-2022.	7) Liczba osób personelu medycznego, które zwiększyły swoje kompetencje potwierdzone uzyskaniem certyfikatu/świadectwa ukończenia szkolenia z zakresu fizjoterapii w onkologii lub psychoonkologii (ogółem oraz w podziale na rodzaj kształcenia)	Wartość docelowa (co najmniej 50 osób z personelu medycznego) została przyjęta jako minimalna. Przy jej określeniu kierowano się informacjami o licznych szkoleniach personelu medycznego (m.in. lekarzy POZ) organizowanych w ramach interwencji publicznych, w tym innych projektów współfinansowanych ze środków EFS, co ogranicza ich dyspozycyjność w kontekście bieżących obowiązków zawodowych.
	8) Odsetek liczby personelu medycznego, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie objętym szkoleniem.	

Sposób pomiaru mierników

Lp.	Miernik	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
1	Liczba uczestników Programu	Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w Programie	500	Sprawozdawczość dotycząca liczby osób zakwalifikowanych do udziału w Programie
2	Odsetek osób, u których zmniejszył się lub ustąpił obrzęk limfatyczny	Liczba uczestników Programu ze stwierdzonym obrzękiem limfatycznym	min 30% uczestników Programu ze stwierdzonym obrzękiem limfatycznym	Porównanie wyników pomiarów obrzęku limfatycznego podczas pierwszej i ostatniej lekarskiej konsultacji rehabilitacyjnej
3	Odsetek osób, u których zwiększył się zakres ruchu w obrębie stawów	Liczba uczestników Programu ze stwierdzonym ograniczeniem zakresu ruchu w stawach	min. 30% uczestników Programu ze stwierdzonym ograniczeniem zakresu ruchu w stawach	Porównanie wyników pomiarów zakresu ruchu w stawach przeprowadzonych przy pomocy goniometru podczas pierwszej i ostatniej lekarskiej konsultacji rehabilitacyjnej
4	Odsetek osób, u których zmniejszyły się dolegliwości bólowe (tzn. odsetek osób, u których stopień nasilenia bólu oceniany przy pomocy skali NRS na zakończenie udziału w Programie był niższy niż na początku)	Liczba uczestników Programu z dolegliwościami bólowymi	min. 30% uczestników Programu	Porównanie oceny stopnia nasilenia bólu przeprowadzonej przy pomocy skali NRS podczas pierwszej i ostatniej lekarskiej konsultacji rehabilitacyjnej
5	Odsetek osób, u których stwierdzono wyższy stopień sprawności mierzonej skalą Karnofsky'ego na zakończenie udziału w Programie niż na początku)	Liczba uczestników Programu	min. 30% uczestników Programu	Porównanie wyników pomiaru sprawności przeprowadzonej przy pomocy skali sprawności Karnofsky'ego podczas pierwszej i ostatniej lekarskiej konsultacji rehabilitacyjnej
6	Odsetek osób, które lepiej oceniają jakość swojego życia po udziale w Programie	Liczba uczestników Programu	min. 30% uczestników Programu	Porównanie wyników badań jakości życia przeprowadzonych przy użyciu kwestionariusza (indeks jakości życia Spitzera/rotterdamska lista objawów (RSCL) lub kwestionariusz oceny jakości życia EORTC QLQ-C30) podczas pierwszego i ostatniego pomiaru
7	Liczba osób personelu medycznego, które zwiększyły swoje kompetencje potwierdzone uzyskaniem certyfikatu/świadectwa ukończenia kształcenia z zakresu rehabilitacji, fizjoterapii w onkologii lub psychoonkologii (ogółem oraz w podziale na rodzaj kształcenia)	Liczba osób z personelu medycznego uczestniczących w różnych formach szkolenia	min. 50 osób	Sprawozdawczość dotycząca liczby osób korzystających z różnych form szkolenia
8	Odsetek liczby personelu medycznego, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy w zakresie objętym szkoleniem.	Liczba uczestników szkoleń	80%	Porównanie wyników wiedzy przed i po szkoleniu z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety

Dodatkowo, efektywność Programu zostanie zmierzona na podstawie:

- 1) liczby wykonanych świadczeń każdego rodzaju, tj. konsultacji onkologicznych, lekarskich porad rehabilitacyjnych, zabiegów fizjoterapeutycznych, konsultacji dietetycznych i psychologicznych, sesji psychoterapeutycznych, itd.
- 2) liczby pacjentów, którzy zrezygnowali z udziału w Programie z własnej woli.
- 3) liczba pacjentów, którzy przegrali udział w Programie z powodów zdrowotnych.

III. Charakterystyka populacji docelowej oraz interwencji planowane w ramach Programu

III.1. Populacja docelowa

Adresatami programu są mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej⁶, w trakcie leczenia lub po zakończonym radykalnym leczeniu z powodu choroby nowotworowej.

Z uwagi na to, że nowotwory są najczęstszą przyczyną orzekania o niezdolności do pracy, wybrana populacja docelowa spełnia kryteria określone w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, według których programy rehabilitacji medycznej finansowane ze środków EFS powinny być kierowane do osób najbardziej narażonych na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbliższych powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych.

Według danych GUS na dzień 31.12.2017 roku województwo zachodniopomorskie liczyło 1 705 533 mieszkańców, z czego 1 049 621 (61,54%) stanowiły osoby w wieku produkcyjnym. W 2016 roku w województwie zachodniopomorskim było 7 088 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, z czego 3 141 w grupie wiekowej 20-64 lata (*dane KRN*).

Do wyliczenia populacji docelowej posłużono się danymi dotyczącymi prognozowanej zapadalności na nowotwory w województwie zachodniopomorskim w 2016 roku, pochodzącymi z „*Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla województwa zachodniopomorskiego*”, gdzie chorobowość 5-letnią w województwie zachodniopomorskim w 2016 r. oszacowano na 22 tys. przypadków. Biorąc pod uwagę odsetek osób w wieku produkcyjnym w populacji województwa (61,54%), przyjęto, że chorobowość 5-letnia z przyczyn onkologicznych w tej grupie wynosi 13 539 przypadków (średniorocznie 2 708 przypadków).

W 3-letnim okresie realizacji Programu będzie to szacunkowa chorobowość wielkości 8 124 przypadków - ta liczba będzie odniesieniem do określenia wielkości populacji objętej interwencjami w ramach Programu.

Z Programu będzie mogło skorzystać co najmniej 500 pacjentów, mieszkańców województwa zachodniopomorskiego ze schorzeniem nowotworowym, tj. 6,15% przypadków szacowanej chorobowości w latach 2020-2022.

Dodatkowo w Programie planuje się wsparcie szkoleniowe kierowane do co najmniej 50 osób personelu medycznego realizujących świadczenia na rzecz pacjentów onkologicznych, m.in. lekarzy POZ, lekarzy udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji, fizjoterapeutów i psychologów, w szczególności uczestniczących w realizacji Programu w latach 2020-2022.

⁶Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Minister Inwestycji i Rozwoju, Warszawa 21 czerwca 2019 r.

Według *Informatora statystycznego ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 rok*⁷ w podmiotach leczniczych na terenie województwa zachodniopomorskiego w 2017 r. zatrudnionych było: 838 lekarzy POZ, 22 lekarzy onkologów klinicznych, 4 chemioterapeutów, 25 chirurgów onkologicznych, 16 hematologów, 17 radioterapeutów onkologicznych, 41 lekarzy rehabilitacji medycznej, 21 lekarzy balneologii i medycyny fizykalnej, 716 fizjoterapeutów, 293 techników fizjoterapii, 87 masażyistów oraz 140 psychologów.

III.2. Kryteria kwalifikacji do Programu oraz wyłączenia z Programu

Kryteria włączenia do Programu:

- 1) Posiadanie statusu mieszkańca województwa zachodniopomorskiego.
- 2) Wiek aktywności zawodowej, kobiety do 59 r.ż. i mężczyźni do 64 r.ż. deklarujący gotowość do podjęcia zatrudnienia.
- 3) Chorzy będący w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu onkologicznym.
- 4) Stan zdrowotny umożliwiający samodzielne poruszanie się (lub z pomocą osoby bliskiej/opiekuna).
- 5) Włączenie do Programu będzie warunkowane kolejnością zgłoszeń (do osiągnięcia limitu liczby osób ustalonego w Programie).
- 6) Podpisanie przez uczestnika świadomej zgody na udział w Programie.

Zakłada się dwie ścieżki włączenia do Programu:

Ścieżka 1:

Osoba spełniająca kryteria uczestnictwa zostanie skierowana do udziału w Programie przez swojego lekarza prowadzącego, np: onkologa, chirurga onkologa, torakochirurga, chemioterapeutę, radioterapeutę, neurochirurga, ortopedę, ginekologa, itp. Przez skierowanie rozumie się wystawienie przez lekarza druku pn. „Zalecenie udziału w Regionalnym Programie Zdrowotnym Województwa Zachodniopomorskiego – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022” według załącznika 2. Osoba, ta nie będzie miała konsultacji onkologicznej, o której mowa w ścieżce 2.

Ścieżka 2:

Osoba spełniająca kryteria uczestnictwa zgłasza się do Programu sama, a kwalifikacji dokonuje lekarz⁸ podczas konsultacji onkologicznej, na podstawie wywiadu, badania lekarskiego oraz przedstawionej przez pacjenta dokumentacji potwierdzającej przebieg leczenia choroby nowotworowej. W uzasadnionych przypadkach możliwa jest dodatkowa konsultacja innego lekarza (np. chirurga naczyniowego, neurologa, ortopedy) lub wykonanie badania USG Doppler.

Lekarz może odmówić włączenia pacjenta do Programu z uwagi na przeciwwskazania zdrowotne. Potwierdzeniem kwalifikacji do Programu jest wystawiane przez lekarza druku pn. „Zalecenie udziału w Regionalnym Programie Zdrowotnym Województwa Zachodniopomorskiego - Rehabilitacja lecznicza dla pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022” według załącznika 2.

⁷ Informator Statystyczny ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego za 2017 r., Urząd Statystyczny w Szczecinie, grudzień 2018 r.
[http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/\(20190225.155125\).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_wojewodztwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf](http://www.szczecin.uw.gov.pl/systemfiles/articlefiles/2524/(20190225.155125).informator_statystyczny_ochrony_zdrowia_wojewodztwa_zachodniopomorskiego_za_2017_rok.pdf)

⁸ Lekarz, posiadający kwalifikacje do przeprowadzenia konsultacji onkologicznej, określone w rozdziale IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Kryteria wyłączenia z Programu:

- 1) Jednoczesne korzystanie w czasie trwania Programu ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym lub przebyłym leczeniem onkologicznym, finansowanej przez NFZ, ZUS, KRUS, jednostki samorządu terytorialnego, programy krajowe lub fundusze unijne (podpisanie oświadczenia, stanowiącego załącznik 1 do Programu).
- 2) Posiadanie orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy.
- 3) Przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w rehabilitacji leczniczej.
- 4) Brak samodzielności w podejmowaniu decyzji przez pacjenta.

III.3. Planowane interwencje

Program przewiduje działania rehabilitacyjne uwzględniające świadczenia z zakresu kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, kinesiotapingu oraz psychoonkologii, edukacji zdrowotnej, poradnictwa żywieniowego skierowane do pacjentów, będących w trakcie i po leczeniu onkologicznym oraz działania szkoleniowe skierowane do personelu medycznego, m.in. lekarzy rehabilitacji, fizjoterapeutów, psychologów, lekarzy POZ.

Moduł 1. Działania informacyjno-promocyjne

Realizator Programu będzie prowadzić działania informacyjno-promocyjne, m.in. poprzez: przygotowanie materiałów informacyjno-promocyjnych (np. plakatów, ulotek) oraz rozesłanie informacji do pomiotów leczniczych w województwie zachodniopomorskim udzielających świadczeń zakresu onkologii, chirurgii onkologicznej, chemo- i radioterapii oraz podmiotów POZ, celem rozpowszechnienia tych informacji wśród pacjentów oraz wśród lekarzy ww. placówek, którzy powinni pełnić główną rolę przy zachęcaniu lub kierowaniu swoich pacjentów do udziału w Programie, poprzez utworzenie i prowadzenie strony internetowej w celu zamieszczenia informacji o Programie oraz kontakt z organizacjami pozarządowymi działającymi na rzecz pacjentów onkologicznych.

Prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego jest przewidziane w SOOP RPO WZ 2014-2020, działanie 6.8, pkt 14. Typy projektów, pkt 2, lit.i) do finansowania w ramach kosztów bezpośrednich. Inne koszty przeprowadzonych działań informacyjno-promocyjnych, będą finansowane w ramach kosztów pośrednich Programu, określonych w Wytocznych⁹.

Moduł 2. Kwalifikacja pacjentów do Programu

Kwalifikacja do Programu, w tym konsultacja onkologiczna ma na celu określić, czy dany rodzaj/typ choroby nowotworowej, a także stopień jej zaawansowania i uwarunkowania indywidualne pacjenta pozwalają na zastosowanie działań rehabilitacyjnych.

Przy konsultacji onkologicznej, w razie potrzeby, zostaną przeprowadzone dodatkowe konsultacje lekarskie (np. neurologiczna, ortopedyczna, chirurga naczyniowego) lub wykonanie USG Doppler (badanie na zlecenie lekarza onkologa, mające na celu określenie przez specjalistę innych uwarunkowań wpływających na podjęcie decyzji o kwalifikacji do Programu, np. czy pacjent nie ma zakrzepicy żył głębokich), czy są przerzuty do kręgosłupa lub inne zmiany chorobowe, czy są przeciwwskazania do rehabilitacji. Do Programu zostanie zakwalifikowanych 500 pacjentów. W przypadku wyczerpania limitu 500 miejsc, będzie utworzona lista rezerwowa pacjentów, którzy mogą być zakwalifikowani do Programu w przypadku rezygnacji lub konieczności wycofania z udziału w Programie pacjentów wcześniej zakwalifikowanych.

⁹ Wytoczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020, MIIIR, Warszawa, 22 sierpnia 2019 r.

Moduł 3. Szkolenia dla personelu medycznego

Program przewiduje szkolenia lub inne formy kształcenia dla 50 pracowników medycznych z zakresu fizjoterapii pacjentów onkologicznych, skierowane do lekarzy rehabilitacji, lekarzy POZ, fizjoterapeutów oraz z zakresu psychoonkologii skierowane do psychologów, lekarzy rehabilitacji, lekarzy POZ i fizjoterapeutów.

Celem szkoleń z zakresu fizjoterapii pacjentów onkologicznych jest podniesienie poziomu wiedzy i praktycznych umiejętności z zakresu postępowania fizjoterapeutycznego u pacjentów onkologicznych. Szkolenia powinny uwzględniać tematykę diagnostyki oraz oceny funkcjonalnej w rehabilitacji osób z chorobami nowotworowymi, bezpieczeństwa i skuteczności metod fizjoterapeutycznych stosowanych w rehabilitacji pacjentów onkologicznych, zasad rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym, doboru różnych form aktywności ruchowej i prowadzenia zajęć rekreacyjnych z osobami po zakończonym leczeniu onkologicznym.

W ramach Programu możliwe jest także dofinansowanie kursów/szkoleń zewnętrznych dotyczących kompleksowej terapii obrzękowej, drenażu limfatycznego, technik Kinesiology Tapingu i z zakresu fizjoterapii w onkologii.

Celem szkoleń z zakresu psychoonkologii jest podniesienie poziomu wiedzy w zakresie udzielania wsparcia psychologicznego pacjentom onkologicznym, a także przeciwdziałania zespołowi wypalenia zawodowego u personelu medycznego zajmującego się pacjentem onkologicznym. Szkolenia powinny uwzględniać tematykę dotyczącą aspektów psychologicznych choroby nowotworowej o różnej lokalizacji, kryzysu psychicznego wywołanego chorobą nowotworową, zaburzeń seksualnych i problemów w relacjach z partnerem, strategii radzenia sobie ze stresem, radzenia sobie z traumą psychiczną i fizyczną w reakcji na zachorowanie i konieczność leczenia, efektywnej komunikacji pomiędzy pacjentem onkologicznym i jego bliskimi a lekarzem, wsparcia rodzinnego i społecznego, terapii indywidualnej i grupowej pacjenta z chorobą nowotworową i jego rodziny oraz przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu członków zespołu terapeutycznego.

Beneficjent realizujący Program może zorganizować szkolenia we własnym zakresie bądź lub dofinansować (w przypadku, gdy koszty kształcenia przewyższają kwoty podane w rozdziale VI. *Budżet programu polityki zdrowotnej*) uczestnikom udział w zewnętrznych szkoleniach/kursach. W Programie jedna osoba może skorzystać tylko z jednej formy szkolenia. Warunkiem jest uzyskanie certyfikatu/świadectwa ukończenia kształcenia do czasu zakończenia Programu.

Moduł 4. Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych

Działania reahabilitacyjne zaplanowane w Programie nakierowane są głównie na zapobieganie powstawaniu oraz redukcję ubytków funkcjonalnych związanych z operacją chirurgiczną, radioterapią czy leczeniem cytostatykami, a w szczególności na: przywracanie prawidłowej ruchomości w stawach i siły mięśniowej, poprawę sprawności i wydolności psychofizycznej, redukcję obrzęków chłonnych, zapobieganie wadom postawy lub korekcję nieprawidłowej postawy ciała oraz zmniejszanie ryzyka objawów polineuropatii.

Osoby zakwalifikowane do Programu będą miały zapewnioną 3-krotną **lekarską poradę rehabilitacyjną**: pierwszą przed rozpoczęciem rehabilitacji, drugą po zakończeniu pierwszego i trzecią po zakończeniu drugiego turnusu rehabilitacyjnego. Podczas porady rehabilitacyjnej lekarz przeprowadzi badanie fizykalne i dokona oceny psychoruchowej pacjenta oraz występujących u niego zaburzeń czynnościowych. Odbędzie się pomiar ruchomości w stawach, pomiar wielkości obrzęku, ocena dolegliwości bólowych za pomocą skali numerycznej (NRS - Numerical Rating Scale), ocena stopnia funkcjonalnej samodzielności przy pomocy skali sprawności Karnofsky'ego oraz ocena jakości życia przy pomocy jednego z wybranych kwestionariuszy (do wyboru: indeks jakości życia Spitzera/rotterdamaska lista

objawów (RSCL) lub kwestionariusz oceny jakości życia EORTC QLQ-C30).

W ramach pierwszej porady rehabilitacyjnej każdy pacjent otrzyma **indywidualny plan rehabilitacji**, uwzględniający rodzaj, częstotliwość oraz czas trwania poszczególnych interwencji. Jest to zgodne z rekomendacjami, według których pacjenci powinni otrzymywać tyle świadczeń terapeutycznych ile potrzebują i są w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania. Zasadnym jest, aby nie narzucać każdemu uczestnikowi sztywno przyjętej ilości i częstotliwości spotkań/zajęć¹⁰.

Czas trwania rehabilitacji w ramach Programu wynosi od 10 do 20 dni zabiegowych w trybie 10-dniowych turnusów rehabilitacyjnych i obejmuje od 4 do 10 procedur dziennie w zależności od potrzeb danego pacjenta. Po każdej serii tj. 10 dniach zabiegowych odbędzie się lekarska porada rehabilitacyjna w celu stwierdzenia zasadności dalszej rehabilitacji oraz ewentualnej modyfikacji planu rehabilitacji. W przypadku, gdy nie będzie potrzeby dalszej rehabilitacji lekarz dokona końcowej oceny procesu usprawniania poprzez pomiar mierników wykorzystując do tego m.in. te same testy, które zostały zastosowane podczas pierwszej wizyty. Po końcowej lekarskiej poradzie rehabilitacyjnej każdy z uczestników wypełni ankietę jakości, której wzór stanowi załącznik 3 do Programu.

Program uwzględnia również finansowanie dojazdu do miejsca realizacji świadczeń rehabilitacyjnych dla uczestników.

W poniższej tabeli podano przykładowe zakresy świadczeń dla różnych grup uczestników Programu, natomiast wyboru odpowiednich świadczeń dostosowanych indywidualnie do potrzeb danego pacjenta dokonuje lekarz podczas lekarskiej porady rehabilitacyjnej.

Tabela 10. Przykładowe zakresy świadczeń dla pacjentów z różnymi problemami onkologicznymi.

Problem zdrowotny	Średnia liczba procedur fizjoterapeutycznych w ciągu dnia
<p>Rehabilitacja po mastektomii z rekonstrukcją piersi lub bez rekonstrukcji: Kinezyterapia (ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia prawidłowej postawy, ćwiczenia czynne kończyn górnych, ćwiczenia wg. Burgera, czynne wspomaganie barku, ćwiczenia zwiększające zakres ruchomości barku (PIR, ćw. bierne barku), ćwiczenia w odciążeniu barków); Mobilizacja blizny Drenaż limfatyczny Kinesiotaping Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna z nauką automasażu</p>	7
<p>Rehabilitacja w obręku limfatycznym np. po usunięciu węzłów chłonnych z powodu raka piersi, tkanek macicy, czerniaka czy mięsaków kończyn: Kinezyterapia (ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia czynne kończyn, czynne wzmacniające barków, ćwiczenia wg Burgera, prawidłowej postawy, ćwiczenia propriocepcji kończyn) Masaż wirowy kończyn Masaż wibracyjny kończyn Drenaż limfatyczny kończyn Masaż pneumatyczny kończyn Bandażowanie/W yroby uciskowe Kinesiotaping Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna z nauką automasażu</p>	7

¹⁰ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 54/2017 z dnia 16 marca 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w wieku aktywności zawodowej na lata 2017-2019 w zakresie rehabilitacji medycznej schorzeń kręgosłupa oraz narządów ruchu

<p>Rehabilitacja po operacjach w obrębie szyi i głowy: Kinezyterapia (ćwiczenia mięśni mimicznych, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia rozluźniające mięśnie obręczy barkowej, ćw. zwiększające siłę mięśni i zakres ruchów barkowych, ćw. poprawiające stabilizację łopatki i mięśni obręczy barkowej) Masaż twarzy Drenaż limfatyczny Terapia logopedyczna Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna z instruktążem postępowania w czynnościach dnia codziennego</p>	4
<p>Rehabilitacja z powodu raka prostaty i guzów okolicy dna miednicy: Kinezyterapia (ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia wzmacniające mięśnie dna miednicy, ćwiczenia relaksacyjne, ogólnousprawniające) Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna z instruktążem postępowania w czynności dnia np. jak kąsać, siedzieć itd.</p>	4
<p>Rehabilitacja w uszkodzeniach Ośrodkowego i Obwodowego Układu Nerwowego (np. po operacjach guza mózgu, przerzutach do OUN, powikłaniach po chemioterapii i radioterapii w postaci neuropatii): Kinezyterapia (ćwiczenia wg. neurofizjologicznych metod, ćwiczenia propriocepcji, ćw. równoważne, ćw. koordynacji ruchowej, ćwiczenia wzmacniające mięśnie kończyn z niedowładem (ćwiczenia czynne wspomagane w odciążeniu, czynne, czynne oporowe), ćwiczenia bierne w stawach kończyn, manualne, ćwiczenia mimiczne twarzy, ćwiczenia z wykorzystaniem zjawiska biofeedback, ćwiczenia samoobsługi, pionizacja, nauka poprawnego chodu) Masaż pneumatyczny kończyn Masaż wirowy kończyn Masaż klasyczny Stymulacje mm Kinesiotaping Terapia logopedyczna Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna</p>	9
<p>Rehabilitacja po amputacji kończyny lub założeniu endoprotezy resekcyjnej z powodu nowotworu kości lub tkanek miękkich kończyn: Bandażowanie i hartowanie kikuta amputowanej kończyny Kinezyterapia (ćwiczenia usuwające przykurcze w stawach operowanej kończyny, ćwiczenia czynne wspomagane w odciążeniu, czynne, czynne oporowe, ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia propriocepcji kończyny operowanej, ćw. równoważne, ćw. koordynacji ruchowej, ćwiczenia oddechowe, ogólnokondycyjne, nauka chodu) Nauka chodu Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna</p>	6
<p>Rehabilitacja po operacjach z powodu nowotworu płuc lub nowotworu w obrębie klatki piersiowej: Kinezyterapia (ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia czynne wspomagane obręczy barkowej, ćwiczenia zwiększające zakres ruchu w stawie barkowym strony operowanej, ćwiczenia ogólnokondycyjne), Oklepywanie lub masaż wibracyjny Konsultacje: konsultacja psychologiczna/terapia Zasady prawidłowego żywienia (konsultacje dietetyczne) Edukacja zdrowotna z nauką oddychania torem piersiowym lub brzuszny, nauką efektywnego kaszlu oraz stabilizacji miejsca operowanego</p>	5

Świadczenia rehabilitacyjne dla poszczególnych uczestników będą dobrane zgodnie z zaleceniami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK, 2013).

Według ww. zaleceń w trakcie terapii jak i po zakończonym leczeniu onkologicznym największy wpływ na szybszy powrót do sprawności psychofizycznej mają ćwiczenia fizyczne, dlatego podstawą rehabilitacji w Programie będzie kinezyterapia. Ćwiczenia fizyczne zostaną dobrane indywidualnie do stanu ogólnego pacjenta z uwzględnieniem występujących u niego deficytów czynnościowych, m.in. zgodnie z zaleceniami określonymi w tabeli 3. Będą się odbywać indywidualnie lub w grupach. Intensywność ćwiczeń musi zostać dobrana

do wydolności układu chłonnego, tak by uniknąć obrzęku powysiłkowego.

W przypadku anemii powinna być stosowana forma interwałowa ćwiczeń, małopłytkowość jest wskazaniem do unikania urazowych form ruchu, a stan neutropenii uzasadnia ograniczenie ćwiczeń sprzyjających infekcji (np. ćwiczenia w dużych grupach, na basenie lub w ostrych warunkach klimatycznych).

Do pół roku po terapii raka odbytnicy lub raka gruczołu krokowego niewskazana jest jazda na rowerze, natomiast przetoka nerkowa stanowi przeciwwskazanie do pływania.

W przypadku osłabienia struktury kości należy unikać dużych obciążeń, a w sytuacjach związanych z zaburzeniami koordynacji nie są zalecane ćwiczenia w pozycji stojącej.

U osób po leczeniu z powodu raka prostaty przy stosowaniu ćwiczeń oporowych należy zwrócić uwagę, że ich obciążenie nie powinno przekraczać 70% maksymalnego obciążenia w związku ze zwiększonym wyrzutem testosteronu (Kwolek A. red., 2013).

Tabela 3. Wskazania do ćwiczeń fizycznych po leczeniu chorych na nowotwory złośliwe

Deficyty czynnościowe	Rodzaje ćwiczeń fizycznych
Zmniejszenie sprawności i wydolności fizycznej	Ćwiczenia fizyczne o charakterze ciągłym lub interwałowym dostosowane do poziomu tolerancji wysiłkowej
Ograniczenie ruchomości	Ćwiczenia czynne w odciążeniu i wolne Delikatne ćwiczenia redresyjne PNF Terapia manualna Poizometryczna relaksacja mięśni
Oslabienie siły mięśni	Ćwiczenia izometryczne Ćwiczenia izotoniczne Ćwiczenia izokinetyczne
Niedowład lub porażenie mięśni	Ćwiczenia bierne Reedukacja nerwowo-mięśniowa PNF
Układu oddechowego	Ćwiczenia oddechowe Ćwiczenia skutecznego kaszlu Ćwiczenia wytrzymałościowe i z oporem dostosowane do zdolności wysiłkowych
Obrzęk chłonny	Ćwiczenia czynne Ćwiczenia bierne Ćwiczenia oddechowe Ćwiczenia rozluźniające

Źródło: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Tom I, M. Krzakowski red., K. Warzocha red., i wsp. red., VM Media Sp z o.o. VM Group sp. k. (Grupa Via Medica), 2013.

Zgodnie z zaleceniami PTOK świadczenia z zakresu kinezyterapii mogą zostać uzupełnione zabiegami fizykalnymi i masażem, natomiast przy wyborze zabiegów należy wziąć pod uwagę rodzaj nowotworu, stopień jego zaawansowania i złośliwości, lokalizację, czy siłę oddziaływania proponowanego zabiegu.

a) Rehabilitacja chorych z obrzękiem chłonnym po leczeniu onkologicznym

Najbardziej uznaną i najczęściej stosowaną metodą postępowania jest kompleksowa terapia udrażniająca: ręczny drenaż chłonny, kompresjoterapia, ćwiczenia ruchowe i higiena kończyn.

Tabela 4. Metody redukcji obrzęku chłonnego po leczeniu chorych na raka piersi

Metoda / czas trwania	Opis	Wskazania
Kompleksowa fizjoterapia 3–5/tydzień przez 4 tygodnie	Ćwiczenia, bandażowanie, spacer, automasaż, masaż ręczny i wibracyjny, elastyczny rękaw	Obrzęk jednostronny, < 5 cm, > 150 ml, czas > 1 rok
Ręczny drenaż chłonny 3-4/tydzień, 6-8 sesji w 2 tygodnie	Metody standardowe	Obrzęk jednostronny, > 2 cm lub > 200 ml, czas > 1 rok, > 10% różnicy
Ćwiczenia fizyczne 2/dzień przez 1 miesiąc 3/tydzień przez 8 tygodni	Ćwiczenia kończyn górnych, ćwiczenia oddechowe	Obrzęk jednostronny, > 200 ml, czas > 0,5 roku, 2–8 cm

Przerywana kompresja pneumatyczna 2–5/tydzień przez 2–4 tygodnie	0–30 min, 90–120 mm Hg 1 godz., 40–60 mm Hg 6 godz., 160 mm Hg	Obrzęk jednostronny, > 10 cm, > 100 ml, > 20% różnicy
Bandażowanie Elastyczny rękaw 18 dni 24 godziny na dobę	b.d.	Obrzęk jednostronny, > 20% różnicy

Źródło: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej¹¹

b) Rehabilitacja chorych z ograniczeniami ruchomości stawów po leczeniu onkologicznym

Zaleca się stosowanie podstawowych metod zwiększania ruchomości (zwłaszcza ćwiczenia rozciągające, techniki terapii manualnej i torowania nerwowo-mięśniowego). Ćwiczenia rozciągające powinny być stosowane w formie statycznej i dynamicznej.

Dynamiczne ćwiczenia rozciągające powinny być stosowane zwłaszcza u osób młodszych z dobrze rozwiniętą muskulaturą, szczególnie w ramach wspomagania rozwoju dynamicznej ruchomości. Natomiast dla osób starszych, prowadzących siedzący tryb życia, lepsze są statyczne ćwiczenia rozciągające. W początkowym okresie zwiększania ruchomości powinno być to rozciąganie statyczne, a w miarę postępu - rozciąganie dynamiczne. Innymi metodami zwiększającymi ruchomość stosowanymi u chorych po leczeniu nowotworów złośliwych są ćwiczenia w odciążeniu, czynne wspomagane, ćwiczenia oparte na rytmicznym pobudzeniu, powtarzane skurcze i poizometryczna relaksacja mięśni.

c) Rehabilitacja chorych z zaburzeniami czynności płuc po leczeniu onkologicznym

Ze względu na zróżnicowany przebieg zaburzeń wentylacji płuc po leczeniu nowotworów złośliwych rehabilitacja oddechowa zawsze powinna być poprzedzona badaniem czynnościowym układu oddechowego i ustaleniem charakteru zaburzeń, od których zależą metody rehabilitacji.

U osób z usuniętą tkanką płucną zmniejszają się możliwości wentylacyjne płuc, dlatego najbardziej wskazany w tym okresie jest trening interwałowy, który stosuje się u osób o słabej kondycji. W późniejszym okresie można prowadzić trening ciągły, który jest dostosowany do pacjentów o większej wydolności i umożliwia wykonanie większej pracy. W rehabilitacji chorych po usunięciu miąższu płucnego w przebiegu leczenia nowotworów złośliwych można także wykorzystać trening oporowy mięśni szkieletowych, zwłaszcza kończyn dolnych. Trening oporowy może być stosowany jako trening izometryczny, izotoniczny i izokinetyczny jednej lub kilku grup mięśniowych.

Tabela 5. Metody rehabilitacji chorych z zaburzeniami czynności układu oddechowego po leczeniu przeciwnowotworowym

Ćwiczenia fizyczne	Fizykoterapia i masaż
Ćwiczenia oddechowe	Inhalacje
Ćwiczenia skutecznego kaszlu	Oklepywanie klatki piersiowej
Wczesna pionizacja	Masaż wibracyjny
Ćwiczenia ogólnousprawniające	Wysokie pozycje ułożeniowe
Trening wytrzymałościowy ciągły lub interwałowy	Pozycje drenażowe
Trening oporowy	
Trening mieszany	

Źródło: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej¹²

¹¹ Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Tabela uwzględniona w rekomendacjach wskazanych w raporcie nr: OT.441.195.2018 Agencji Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji wykonanym w związku z opinią nr 225/2018 z dnia 26.11.2018 r.

¹² jw.

Rekomendacje dot. rehabilitacji osób przed leczeniem przeciwnowotworowym oraz w trakcie leczenia

– Zalecenia dot. ćwiczeń fizycznych u chorych na nowotwory.

Osoby chore na nowotwory mogą i powinny uprawiać wszystkie rodzaje ćwiczeń fizycznych we wszystkich stadiach choroby oraz podczas stosowania różnych metod leczenia. Ćwiczenia powinny być wykonywane po zabiegu operacyjnym, w trakcie radio- i chemioterapii, zarówno profilaktycznie, jak i leczniczo oraz paliatywnie (w celu łagodzenia objawów). Powinny uwzględniać możliwości oraz sprawność i wydolność chorych.

– Rehabilitacja chorych po leczeniu operacyjnym.

Najskuteczniejszym sposobem zapobiegania powikłaniom po leczeniu jest wczesna rehabilitacja (poziom wiarygodności 2+, stopień rekomendacji C), która powinna być prowadzona przez cały czas pobytu chorego w szpitalu i obejmować fizjoterapię klatki piersiowej, ćwiczenia i zabiegi przeciwzakrzepowe, ćwiczenia utrzymujące poziom sprawności fizycznej oraz ćwiczenia samoobsługi. W tym czasie można także włączyć do programu rehabilitacji metody zapobiegania obrzękowi chłonnemu.

– Rehabilitacja chorych podczas radioterapii i/lub chemioterapii

W przypadku radioterapii i/lub chemioterapii należy wykonać nową ocenę czynnościową, taką jak przed zabiegiem operacyjnym (poziom wiarygodności 2+, stopień rekomendacji C). Rehabilitacja powinna być prowadzona w trakcie i po zakończeniu radioterapii, a jej cele i metody zależą od wskazań oraz okresu radioterapii.

Rehabilitację po radioterapii najlepiej prowadzić indywidualnie lub w małych grupach, unikając warunków i form ruchu, które mogą się przyczynić do rozwoju stanu zapalnego (np. ostry klimat lub ćwiczenia w wodzie). W związku z częstym zaburzeniem czynności układu oddechowego należy stosować fizjoterapię klatki piersiowej obejmującą ćwiczenia oddechowe, oklepywanie, pozycje drenażowe, inhalacje i skuteczny kaszel. Dla zapobiegania przykurczom w stawach duże znaczenie mają pozycje ułożeniowe oraz ćwiczenia czynne i łagodne redresje (najlepiej jako autoregresje lub ułożeniowe wyciągi redresyjne), a dla utrzymania sprawności i wydolności fizycznej wskazane są umiarkowane ćwiczenia fizyczne. Mogą być to ćwiczenia wytrzymałościowe o charakterze interwałowym o intensywności 60–80% maksymalnej częstości tętna odpowiedniej dla wieku według formuły $220 - \text{wiek}$ lub ćwiczenia oporowe z obciążeniem 50–70% 1 RM (% jednokrotnego maksymalnego powtórzenia – 1 RM, one repetition maximum). Najbardziej wskazane są naturalne formy ruchu angażujące duże grupy mięśniowe (np. marsz).

Tabela 6. Przykłady treningów fizycznych w onkologii

Rodzaj nowotworu	Rodzaj treningu	Czas trwania [tygodnie]	Intensywność	Obciążenie/powtórzenia
Nowotwory łitte i chłoniaki	Tlenowy Interwałowy Bieżnia ruchoma	6	85% HRmax	5 × 3; 4 × 5; 3 × 8; 3 × 10; 2 × 15 1 × 30 min
Nowotwory łitte i chłoniaki	Tlenowy Interwałowy Cykloergometr w pozycji leżącej	8	50% Hrez	32 W 15 × 1 min wysiłku + 15 × 1 min przerwy
Rak piersi	Tlenowy Ciągły Cykloergometr w pozycji leżącej	15	70–75% VO ₂ max	1 × 15 min przez 3 tygodnie Wzrost o 5 min do 35 min
Rak gruczołu krokowego	Oporowy	12	60–70% max	2 serie × 8–12 powtórzeń Wzrost o 2,5 kg
Zaawansowany rak wątroby	Tlenowy	6	Niska/średnia	2/tydzień

HRmax (maximal heart rate) — tętno maksymalne; Hrez (heart rate reserve) — rezerwa serca

Źródło: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej¹³

¹³ jw.

U osób z obrzękiem chłonnym stosuje się różne metody redukcji obrzęku, przy czym poziom wiarygodności tych metod oraz ich skuteczność jest najwyższa dla Kompleksowej Terapii Udrażniającej, dzięki której możliwe jest zmniejszenie obrzęku prawie o połowę (tabela 7, rycina 1).

Tabela 7. Poziom wiarygodności metod redukcji wtórnego obrzęku chłonnego po leczeniu chorych na raka piersi (Harris i wsp., 2001).

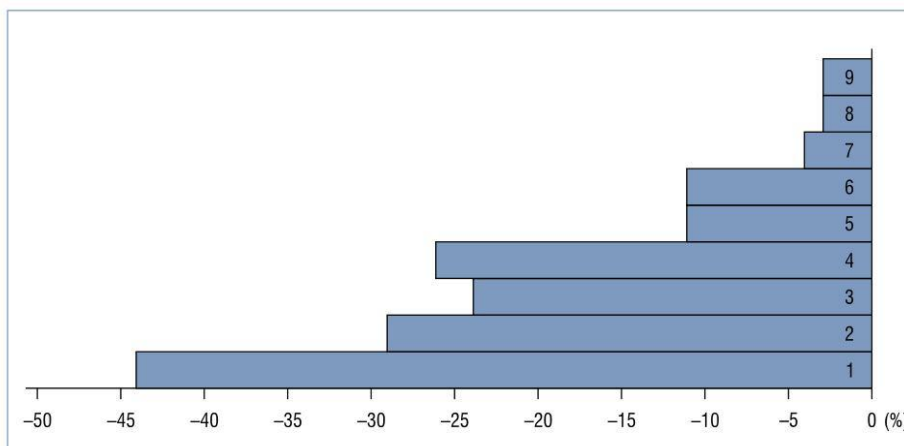
Metoda	Poziom wiarygodności (EBM)
Kompleksowa terapia udrażniająca	I
Ręczny drenaż chłonny	II/III*
Przerywana kompresja pneumatyczna	II/V*
Wyroby uciskowe	V
Wyroby uciskowe + elektroterapia	II
Bandażowanie	III
Laser biostymulacyjny	V
TENS	
Magnetoterapia	
Elektroterapia	
Ultradźwięki	
Hydroterapia	

*Połączenie z inną metodą zwiększa poziom EBM; EBM (evidence based medicine) — medycyna oparta na dowodach naukowych; TENS (transcutaneous electrical nerve stimulation) — przezskórna elektrostymulacja nerwów

Źródło: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Tom I, M. Krzakowski red., K. Warzocha red., i wsp. red., VM Media Sp z o.o. VM Group sp. k. (Grupa Via Medica), 2013.

Rycina 1. Skuteczność różnych metod redukcji obrzęku chłonnego

1. Kompleksowa terapia udrażniająca, 2. Kompleksowa fizjoterapia, 3. Ręczny drenaż chłonny, 4. Przerywana kompresja pneumatyczna, 5. Laser biostymulujący, 6. Kompresjoterapia, 7. Ćwiczenia fizyczne, 8. Ułożenie kończyny, 9. Automasaż (Moseley i wsp. 2007)



Źródło: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych, Tom I, M. Krzakowski red., K. Warzocha red., i wsp. red., VM Media Sp z o.o. VM Group sp. k. (Grupa Via Medica), 2013.

Kompleksowa terapia udrażniająca obejmuje dwie fazy:

a) Fazę I - redukcji obrzęku, podczas której prowadzi się codziennie intensywne postępowanie obejmujące drenaż limfatyczny, wielowarstwowe bandażowanie kończyny, ćwiczenia przeciwobrzękowe i pielęgnację skóry – czas trwania 2-4 tygodnie.

b) Fazę II – utrwalającą, w której drenaż limfatyczny stosuje się 1-2 razy w tygodniu, a zamiast bandaży używa się gotowych wyrobów uciskowych – czas trwania w zależności do potrzeb (Malicka i Marciniak, 2015).

Jednocześnie badania pokazują, że skuteczną metodą w redukcji zastoju i obrzęku

limfatycznego, zwiększaniu zakresu ruchu w stawach kończyny górnej po stronie operowanej i zmniejszaniu subiektywnego odczuwania bólu jest Kinesiology Taping (*Darowska-Olszewska i Śliwiński, 2016, Lipińska i in., 2015*), który może być z powodzeniem stosowany jako alternatywa dla wielowarstwowego bandażowania w Kompleksowej Terapii Udrażniającej (*Darowska-Olszewska i Śliwiński, 2016*). W opinii pacjentek po mastektomii jest to metoda wygodniejsza i w mniejszym stopniu utrudniająca codzienne funkcjonowanie niż bandażowanie (*Tsai i wsp., 2009*).

Fakultatywną formą wsparcia, która może być udzielana w ramach Programu są **grupowe zajęcia aktywności ruchowej** skierowane do uczestników np. z zakresu jogi, body ball, choreoterapii, zajęcia nordic walking, zajęcia w wodzie bądź inne, zaproponowane przez Beneficjenta realizującego Program we wniosku o dofinansowanie projektu. Beneficjent może zorganizować zajęcia we własnym zakresie lub zakupić tego typu usługę dla uczestników Programu na zewnątrz (np. wykupić zajęcia na basenie lub zajęcia jogi w klubie fitness dla grupy uczestników).

Moduł 5. Wsparcie psychologiczne

Zintegrowana opieka nad pacjentami onkologicznymi i ich bliskimi, uwzględniająca dobre samopoczucie i wsparcie psychospołeczne jest istotnym elementem rehabilitacji onkologicznej, którą należy rozwijać. Założenia i postulaty o zintegrowanej opiece i pomocy psychologicznej zawarte zostały w standardach określonych w Narodowym Programie Zwalczania Chorób Nowotworowych na lata 2016 – 2024.

Pomoc psychologiczna, indywidualna czy grupowa, w jakiegokolwiek formie i metodologii generalnie nakierowana jest na poprawę lub przywrócenie zdrowia psychicznego, na trening umiejętności, które pozwalają taki stan utrzymać. Odnosi się do regulacji emocji, myśli, zachowań, jest kierowana do osób przeżywających stany lub epizody obniżonego nastroju, depresji, smutku, lęku, trudnego do skontrolowania gniewu, psychicznego i fizycznego zmęczenia, zamglenia, spadku motywacji, spadku poczucia vitalności, osobistej wartości. Pacjenci, którzy doświadczają leczenia onkologicznego lub przez nie przeszli, często w taki właśnie sposób opisują jego psychiczne konsekwencje.

Choroba nowotworowa dla dużej części pacjentów przekształca się w stan przewlekły, zagrażający poczuciu bezpieczeństwa i życiu, co stanowi nowe wyzwanie dla opieki onkologicznej i psychoonkologicznej. Obejmuje ona m.in. zmianę roli pacjenta na bycie bardziej aktywnym w decyzjach terapeutycznych i w samym leczeniu oraz w kształtowaniu swojego życia zarówno w trakcie, jak i po leczeniu – z realizacją życiowych ról w nowym kontekście. Aby zapewnić skuteczność tego procesu, z pacjentami onkologicznymi pracują psycholodzy-psychoonkolodzy. Są to osoby, które potrafią samodzielnie diagnozować stan psychiczny pacjenta onkologicznego oraz indywidualne potrzeby chorego i jego otoczenia, a także udzielać im profesjonalnej pomocy psychologicznej. Leczenie onkologiczne może wywoływać znaczne długo- i krótkoterminowe skutki uboczne, np. utratę funkcjonalną w różnych domenach behawioralnych i życiowych (fizycznych, poznawczych, emocjonalnych, społecznych i zawodowych). W związku z tym, jakość życia i status funkcjonalny pacjenta ulegają znacznemu pogorszeniu, a pacjenci i ich rodziny stają w obliczu wielu wyzwań związanych z radzeniem sobie w tej sytuacji. W związku z tym niezbędne jest zapewnienie chorym i ich rodzinom właściwej diagnozy stanu psychicznego oraz profesjonalnej pomocy psychologicznej i adekwatnych oddziaływań terapeutycznych.

W ramach Programu dostępna jest pomoc psychologiczna o charakterze indywidualnym i grupowym.

a) Konsultacje psychoonkologiczne.

Konsultacja psychologiczna obejmuje przeprowadzenie diagnozy psychologicznej i określenie rodzaju wsparcia psychologicznego dostosowanego do indywidualnych potrzeb pacjenta.

Standardowy czas trwania konsultacji psychologicznej – psychoonkologicznej to 45 min. Jej celem jest dokonanie oceny stanu psychicznego pacjenta w kontekście przebytej choroby i leczenia onkologicznego, znoszenia ich długoterminowych konsekwencji, zdolności adaptacji do życia po leczeniu, wdrażania zachowań prozdrowotnych. Zwraca się tutaj uwagę szczególnie na dwa aspekty kondycji psychicznej: rozumianej jako reakcja na zachorowanie, leczenie i niepełnosprawność oraz rozumianej jako czynnik mogący sprzyjać zachorowaniu (np. brak psychicznych zasobów do radzenia sobie ze stresem, destruktywne mechanizmy obronne). W zależności od wyniku działań diagnostycznych – realizowanych przez wywiad kliniczny, obserwację, zastosowanie testów – pacjent otrzymuje dostosowaną i uzgodnioną z nim pomoc: wsparcie psychologiczne, poradnictwo, interwencję w sytuacji kryzysu emocjonalnego, psychoedukację, elementy terapii celowanej, stosowanej w obszarze psychoonkologii (m.in.: Racjonalna Terapia Zachowania, Terapia Simontonowska, terapia traumy). Jeżeli rozpoznane problemy wymagają będą dłuższego procesu terapeutycznego, pacjent będzie mógł ją kontynuować w trybie dostępnym każdemu innemu pacjentowi w ramach gwarantowanych świadczeń zdrowotnych z NFZ.

Konsultacje psychoonkologiczne przeprowadza psycholog, który posiada kwalifikacje do stosowania diagnozy i pomocy psychologicznej osobom chorym onkologicznie, osobom po chorobie nowotworowej, ich rodzinom i otoczeniu.

W ramach podejmowanych czynności diagnostycznych posługuje się zarówno standardowymi, jak i swobodnymi technikami. Na podstawie zebranych informacji – w wyniku wywiadu klinicznego, narzędzi psychometrycznych, obserwacji – opracowuje wnioski wraz z zaleceniami dotyczącymi pomocy psychologicznej. Psychoonkolog w ramach konsultacji psychoonkologicznych samodzielnie udziela porad psychologicznych, wsparcia instrumentalnego oraz edukacyjnego. Jest również kompetentny do podejmowania interwencji kryzysowych. Wykorzystuje różnorodne metody i techniki terapeutyczne o udokumentowanej w obszarze psychoonkologii skuteczności (oparte na dowodach), dostosowując je do zdiagnozowanej wcześniej sytuacji psychologicznej pacjenta. W prowadzonych działaniach psychoonkolog kieruje się zasadami etyki zawodowej oraz posługuje się wiedzą o bieżących aktach prawnych, regulujących wsparcie i leczenie osób z chorobami nowotworowymi w systemie ochrony zdrowia. Podejmuje odpowiedzialność za autonomicznie realizowane przez siebie działania. W procesie udzielanego wsparcia może podejmować współpracę z innymi specjalistami oraz instytucjami, zajmującymi się pomocą pacjentom onkologicznym.

b) Warsztaty umiejętności psychologicznych.

Grupowe zajęcia psychologiczne dla pacjentów onkologicznych mogą mieć formułę: grupy wsparcia, grupy terapeutycznej nakierowanej na radzenie sobie z wybranymi aspektami funkcjonowania, grupy warsztatowej, ukierunkowanej na rozwój wybranych umiejętności psychologicznych, np. radzenia sobie ze stresem, uważności, komunikacji, asertywności.

Warsztaty umiejętności psychologicznych odbędą się 2 razy po 90 minut lub 2 razy po 60 minut zależności od modułu zaplanowanego przez prowadzącego w ok. 6-7 osobowych grupach. Są w nim elementy teoretyczne służące poznaniu jakiegoś aspektu psychicznego funkcjonowania ludzi oraz praktyczne ćwiczenia wykonywane przez grupę albo indywidualnie na tle grupy, których celem jest nabycie określonych umiejętności w omawianym teoretycznie zakresie. Celem warsztatów jest zwiększenie samoświadomości ich uczestników, wzbogacenie ich psychicznych zasobów, wyposażanie w takie umiejętności, które ułatwiają samodzielne dbanie o psychiczny dobrostan i relacje społeczne. Ten zakres tematyczny

wpisuje się w główny cel Programu, przywrócenie sprawności i jakości życia osób po leczeniu onkologicznym. Wsparcie psychologiczne ukierunkowane jest na osiągnięcie efektu długofalowego w dalszym życiu uczestników Programu, na zwiększenie motywacji i odpowiednich umiejętności, celem utrzymania prozdrowotnych zachowań i jak najlepszego samopoczucia.

Moduł 6. Edukacja zdrowotna pacjentów

Integralną część świadczeń udzielanych w Programie stanowi edukacja zdrowotna obejmująca wiedzę w zakresie kształtowania nawyków warunkujących utrzymanie zdrowia. Tematyka edukacji zdrowotnej będzie dotyczyła aktywności fizycznej, nauki ćwiczeń ruchowych do stosowania w warunkach domowych, zarządzania zmęczeniem oraz konsultacji dietetycznych. Edukacja zdrowotna powinna odpowiadać na indywidualne potrzeby uczestników, w zależności od występujących u nich dolegliwości i dysfunkcji.

a) Edukacja na temat aktywności ruchowej

Edukacja prozdrowotna pacjentów onkologicznych powinna obejmować m.in. naukę redukcji ryzyka złamań i upadków u pacjentów z kruchością kości, strategii postępowania z bólem, redukcji ryzyka rozwoju obrzęku limfatycznego, naukę automasażu, instruktaż postępowania w czynnościach dnia codziennego oraz naukę ćwiczeń do samodzielnego wykonywania w domu. W ramach edukacji zdrowotnej uczestnicy Programu powinni być zachęceni do uprawiania aktywności fizycznej we własnym zakresie po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych.

Przy zalecaniu aktywności fizycznej należy poinformować pacjenta o występujących u niego ograniczeniach: np. konieczności unikania dużych obciążeń przez osoby z osłabioną strukturą kości, przeciwwskazaniach do pływania u osób z przetoką nerkową, ograniczeniach w wykonywaniu ćwiczeń sprzyjających infekcjom (np. na basenie, czy w dużych skupiskach osób) pacjentom z neutropenią, czy unikania jazdy na rowerze do pół roku po terapii u osób po leczeniu raka odbytnicy i prostaty.

Edukacja będzie prowadzona indywidualnie przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. W celu utrwalenia przekazywanych informacji realizator Programu zapewni uczestnikom materiały edukacyjne (opracowane we własnym zakresie lub inne dostępne materiały edukacyjne).

Zalecany przez PTOK poziom aktywności fizycznej po zakończonym leczeniu onkologicznym powinien wynosić 1000 kcal tygodniowo lub 150 – 400 kcal dziennie.

Tabela 8. Zalecane i niewskazane formy aktywności fizycznej dla osób z obrzękiem chłonnym po leczeniu przeciwnowotworowym

Zalecane formy aktywności fizycznej	Niewskazane formy aktywności fizycznej
Spacery Jazda na rowerze/cykloergometrze Pływanie Biegi Tai chi Joga, Trening wytrzymałości mięśniowej	Tenis Piłka nożna Wioślarstwo Wspinaczka górską Jazda na nartach

Tabela 9. Formy aktywności fizycznej po leczeniu raka gruczołu krokowego

Zalecane formy aktywności fizycznej	Niewskazane formy aktywności fizycznej
Spacery, nordic walking, Wycieczki turystyczne górskie, narciarstwo biegowe, Tenis, golf Step, chodzenie po schodach, Tai chi Jazda na rowerze po 4-6 miesiącach od operacji	Pływanie w przypadku nietrzymania moczu, Sporty walki, Gry zespołowe, Inne sporty kontaktowe Jazda na rowerze do 4-6 miesięcy po operacji

Źródło: Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej (2013)¹⁴.

¹⁴ Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych 2013 rok. Tabela uwzględniona w rekomendacjach wskazanych w raporcie nr: OT.441.195.2018 Agencji Oceny technologii Medycznych i Taryfikacji wykonanym w związku z opinią nr 225/2018 z dnia 26.11.2018 r.

b) Konsultacje dietetyczne

Kolejną interwencją dostępną w ramach Programu są indywidualne konsultacje dietetyczne, średnio dwie konsultacje 60-minutowe na jednego uczestnika Programu (w przypadku, gdy nie wszyscy uczestnicy będą korzystać z tej formy wsparcia, maksymalnie do pięciu konsultacji na osobę). Spotkanie ma charakter długiej rozmowy, podczas której przeprowadzony zostaje szczegółowy wywiad zdrowotny i żywieniowy. W praktyce oznacza to przyjrzenie się ogólnemu stanowi zdrowia, omówienie trybu życia, udział wysiłku fizycznego oraz ocenę nawyków żywieniowych. Konsultacja trwa średnio godzinę, podczas której wykonywane są wszelkie pomiary, w tym pomiar obwodu tali, bioder, brzucha i wzrostu. Bardzo ważnym elementem takiego spotkania jest analiza składu ciała, pozwalająca określić nie tylko wagę ciała, ale i zawartość tłuszczu, masy mięśniowej, stopień nawodnienia organizmu, a także szybkość przemiany materii oraz co bardzo ważne wiek metaboliczny ciała.

Po zebraniu wszelkich niezbędnych informacji opracowywane są zalecenia żywieniowe, dalsze postępowanie i określenie planu żywieniowego oraz czas jego trwania.

Na koniec konsultacji pacjent otrzyma: raport z analizy dietetycznej, wyniki analizy dotychczasowego sposobu odżywiania, wyniki analizy składu ciała oraz indywidualne zalecenia żywieniowe, w tym m.in.: zapotrzebowanie na białka, węglowodany, tłuszcze, rozkład czasowy posiłków i wyszczególniona ich kaloryczność. Na kolejne spotkanie przygotowany zostaje 7 - dniowy zbilansowany jadłospis stworzony konkretnie pod indywidualne potrzeby pacjenta. Porady dietetyczne będą realizowane w sposób dostosowany do harmonogramu zajęć rehabilitacyjnych.

Spójność

Program jest zgodny z założeniami określonymi w dokumencie *Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020*. Przewidywane interwencje przyczynią się do realizacji celów określonych w *narzędziu nr 3 Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy*¹⁵ oraz z priorytetami zdrowotnymi wymienionymi w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych* (Dz. U. z 2018 r., poz. 469): „zmniejszenie zapadalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych” i „rehabilitacja”.

Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi z zakresu rehabilitacji leczniczej¹⁶, uzupełnia dostępność pacjentów onkologicznych do świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej. Program jest skierowany do zdefiniowanej grupy docelowej i w połączeniu finansowaniem dodatkowych ponadstandardowych usług rehabilitacyjnych, jak np. Kinesiology Taping, zajęcia aktywności ruchowej, edukacja zdrowotna pacjentów, konsultacje dietetyczne, wsparcie psychologiczne i szkolenia personelu medycznego oraz refundacja kosztów dojazdu do miejsca realizacji świadczeń stanowią logiczną całość, co zgodnie z *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze ochrony zdrowia na lata 2014-2020* można uznać za działania wykraczające poza zakres świadczeń gwarantowanych i niezastępujących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto, podjęcie dodatkowej wczesnej rehabilitacji medycznej w ramach Programu wpłynie na skrócenie czasu oczekiwania na zabiegi rehabilitacyjne w ramach koszyka świadczeń gwarantowanych oraz może we wczesnej fazie przeciwdziałać i

¹⁵ Krajowe ramy strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020, <http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycje/fundusze-europejskie-dla-sektora-ochrony-zdrowia/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper/>

¹⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. 2018 poz. 465 ze zm. Dz.U. z 2019 r. poz. 1061)

zmniejszyć nasilenie skutków leczenia przeciwnowotworowego, ułatwić powrót do sprawności i poprawić jakość życia chorych.

Zgodnie z „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” świadczenia rehabilitacyjne przewidziane w Programie będą udzielane zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w szczególności zarządzenia nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Niniejszy Program dotyczy zakresu działań rehabilitacyjnych, edukacyjnych, szkoleniowych i wsparcia psychologicznego, które nie są objęte analogicznymi programami zdrowotnymi opracowywanymi, wdrażanymi, realizowanymi i finansowanymi przez NFZ, określonymi w art. 48 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Program jest komplementarny z „Ogólnopolskim programem profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi” realizowanym przez Ministra Zdrowia.

III.4. Sposób udzielania świadczeń

Wszystkie świadczenia przewidziane w niniejszym Programie oraz produkty wykorzystywane podczas ich realizacji (np. bandaże, wyroby uciskowe, plastry do kinesiotapingu) są dla uczestników bezpłatne.

Świadczenia zdrowotne będą udzielane przez zespół lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów, psychoterapeutów oraz dietetyków posiadających kwalifikacje opisane w rozdziale IV.2. *Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych*, w miejscach wskazanych przez Beneficjentów realizujących Program, w wyznaczonych dniach i godzinach, zgodnie z określonym przez nich harmonogramem. Harmonogram należy zaplanować w taki sposób, aby do czasu zakończenia trwania Programu każdy uczestnik przeszedł pełną ścieżkę postępowania.

Zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej, ich częstotliwość i czas trwania zostały opisane w rozdziale III.3. *Planowane interwencje*.

Beneficjent realizujący Program przygotowuje we własnym zakresie wzór dokumentacji medycznej, którą będzie wykorzystywał w celu udokumentowania przeprowadzonej oceny psychoruchowej pacjentów oraz zakresu świadczeń wykonanych u każdego uczestnika oraz zapewni testy diagnostyczne wykorzystywane podczas lekarskich konsultacji rehabilitacyjnych.

III.5. Sposób zakończenia udziału w Programie polityki zdrowotnej

Zakończenie udziału w Programie powinno nastąpić po zrealizowaniu planu rehabilitacji, a w przypadku osób korzystających dodatkowo z innych form wsparcia (psycholog, grupowe zajęcia aktywności fizycznej), najpóźniej do czasu zakończenia Programu.

Każda osoba kończąca cykl rehabilitacji zostanie poinformowana o innych dostępnych formach świadczeń, które można uzyskać ze środków publicznych oraz otrzyma pisemne zalecenia do kontynuacji rehabilitacji domowej z wykorzystaniem ćwiczeń do samodzielnego wykonywania, których nauczy się podczas udziału w Programie.

Uczestnicy mają możliwość zakończenia udziału na każdym etapie Programu na swoje wyraźne życzenie, potwierdzone na piśmie, które będzie dołączone do dokumentacji programowej.

IV. Organizacja Programu polityki zdrowotnej

IV.1. Etapy Programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów

Etapy realizacji Programu są ściśle związane z planowanymi interwencjami opisanymi w *podrozdziale III.3. Planowane interwencje*.

- 1) Realizator Programu wyłoniony zostanie w procedurze konkursowej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, zgodnie z zasadami określonymi w *ustawie z dnia 11 lipca 2014 roku o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 (t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 1460 z późn. zm.)*.
- 2) Działania informacyjno-promocyjne, mające na celu pozyskanie chętnych do udziału w Programie, będą skierowane do mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej, będących w trakcie leczenia lub po leczeniu onkologicznym. Działania promocyjne i informacyjne będą przeprowadzane na terenie województwa przy wykorzystaniu internetu, bezpośrednich kontaktów z podmiotami leczniczymi prowadzącymi leczenie onkologiczne, przy współdziałaniu i współpracy z podmiotami POZ. Ponadto zostanie wykorzystana poczta elektroniczna i tradycyjna oraz narzędzia konwencjonalnej reklamy, takie jak plakaty i ulotki.
- 3) Przyjmowanie zgłoszeń i kwalifikacja do Programu będzie prowadzona na bieżąco przez lekarza onkologa lub innego lekarza prowadzącego leczenie pacjenta, z zastrzeżeniem, że każdy uczestnik musi zostać włączony do Programu w terminie pozwalającym na realizację całego planu rehabilitacji. W przypadku wyczerpania limitu 500 miejsc zaleca się tworzenie list rezerwowych. Kwalifikacja do Programu odbywa się zgodnie z zasadami opisanymi w *podrozdziale III.2 Kryteria kwalifikacji do Programu oraz wyłączenia z Programu*.
- 4) Działania szkoleniowe dla personelu medycznego na temat fizjoterapii i psychoonkologii zostaną skierowane do 50 pracowników medycznych. Szkolenia z zakresu fizjoterapii pacjentów onkologicznych będą skierowane do lekarzy rehabilitacji, lekarzy POZ, fizjoterapeutów, a szkolenia z zakresu psychoonkologii do psychologów, lekarzy rehabilitacji, lekarzy POZ i fizjoterapeutów. Sposób realizacji szkoleń bądź innych form kształcenia został opisany w *podrozdziale III.3*.
- 5) Działania rehabilitacyjne dla pacjentów onkologicznych będą polegały na realizacji indywidualnego planu kinezyterapii, fizykoterapii, masażu, kinesiotapingu. Przewiduje się także 3 porady rehabilitacyjne dla każdego uczestnika Programu, pierwsza ustalająca plan rehabilitacji, druga po zakończeniu cyklu 10-dniowej rehabilitacji i trzecia po zakończeniu drugiego cyklu 10-dniowej rehabilitacji. Zakres i sposób realizacji świadczeń rehabilitacyjnych przewidzianych w Programie został opisany w *podrozdziale III.3*.
- 6) Wsparcie psychologiczne będzie dostępne dla wszystkich uczestników Programu w formie indywidualnych 2 konsultacji psychologicznych i 20 grupowych warsztatów umiejętności psychologicznych. Spotkania z psychologiem będą dostosowane do harmonogramu zajęć rehabilitacyjnych i edukacyjnych ze szczególnym uwzględnieniem stanu zdrowotnego i możliwości pacjenta.
- 7) Edukacja zdrowotna pacjentów uczestniczących w Programie będzie dotyczyła aktywności

fizycznej, nauki ćwiczeń ruchowych do stosowania w warunkach domowych, zarządzania zmęczeniem oraz porad dietetycznych. Edukacja na temat aktywności fizycznej będzie prowadzona indywidualnie przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych. Konsultacje dietetyczne odbędą się w formie dwóch 60-minutowych spotkań na jednego uczestnika Programu o charakterze rozmowy, podczas której przeprowadzony zostaje szczegółowy wywiad zdrowotny i żywieniowy. Po zebraniu wszelkich niezbędnych informacji opracowane zostaną zalecenia żywieniowe, dalsze postępowanie i określony plan żywieniowy. Na koniec konsultacji pacjent otrzyma: raport z analizy dietetycznej, wyniki analizy dotychczasowego sposobu odżywiania, wyniki analizy składu ciała oraz indywidualne zalecenia żywieniowe. Realizator Programu zapewni uczestnikom materiały edukacyjne. Szczegółowy opis w *podrozdziale III.3.*

8) Monitorowanie jakości i celowości zaplanowanych i podejmowanych działań odbywać się będzie w trakcie całego okresu realizacji Programu. Analizie i ocenie zostaną poddane m.in. takie elementy, jak: zgłaszalność do Programu, uczestnictwo w zajęciach, przyczyny nieobecności i rezygnacji z udziału w Programie, włączanie kolejnych osób z listy rezerwowej, podsumowanie ocen stanu zdrowotnego uczestników rehabilitacji, analiza ankiet oceny wiedzy przed i po szkoleniach, ankiet satysfakcji pacjenta z udziału w Programie oraz sporządzane okresowe sprawozdania i raporty. Bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu zostanie przeprowadzona ewaluacja, zgodnie z wymogami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.* Za przebieg wszystkich działań będzie odpowiedzialny koordynator organizacyjny całego Programu.

IV.2. Warunki realizacji Programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych

Realizacja projektów służących wdrożeniu niniejszego Programu odbywa się w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020.* W celu wyboru realizatorów Programu ogłoszony zostanie konkurs zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „*Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020*” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju i Finansów.

Świadczenia zdrowotne w Programie mogą być udzielane wyłącznie przez podmioty wykonujące działalność leczniczą określone w *art. 4 ust. 1 oraz w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, posiadające w swojej strukturze komórki organizacyjne, w których mogą być udzielane świadczenia w zakresie:

- onkologii/onkologii klinicznej/chirurgii onkologicznej (odpowiednio w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej lub leczenia szpitalnego) – dotyczy przeprowadzenia konsultacji onkologicznej,
- lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej oraz fizjoterapii ambulatoryjnej (w jednej lokalizacji¹⁷) lub rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym.

¹⁷ Lokalizacja – budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń (zgodnie z rozp. MZ z dn. 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej).

Warunki realizacji Programu dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych będą spełniały wymogi określone w *rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (t.j. Dz.U. 2018 poz. 465 ze zm. Dz.U. z 2019 r. poz. 1061)*

Warunki realizacji Programu dotyczące personelu

- konsultacja onkologiczna: lekarz specjalista w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej
- lekańska porada rehabilitacyjna: lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu lub rehabilitacji ogólnej, lub rehabilitacji lub rehabilitacji medycznej, z doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi min. 3 lata.
- zabiegi fizjoterapeutyczne oraz edukacja zdrowotna: fizjoterapeuta; w tym masaż: fizjoterapeuta lub masażysta. Osoby te powinny być przeszkolone i/lub mieć doświadczenie w pracy z pacjentami onkologicznymi min. 3 lata.
- konsultacja psychologiczna: psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, z doświadczeniem w pracy za pacjentami onkologicznymi min. 3 lata.
- konsultacja dietetyczna: dietetyk (osoba posiadająca tytuł licencjata lub magistra na kierunku dietetyka lub magistra/magistra inżyniera technologii żywności i żywienia człowieka o specjalności żywienie człowieka lub posiadająca tytuł zawodowy dietetyka lub dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie dietetyk lub tytuł zawodowy technika technologii żywienia w specjalności dietetyka).

Warunki realizacji Programu dotyczące wyposażenia i warunków lokalowych

W przypadku realizacji świadczeń z zakresu rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym wymagane są:

- sala do ćwiczeń z zakresu kinezyterapii – materace, laski do ćwiczeń, piłki lekkie,
- aparatura do prowadzenia terapii obrzęku – aparat do przerywanej kompresji pneumatycznej jedno- lub wielokomorowy,
- stół lub łóżko do manualnego drenażu limfatycznego bez kompresji lub z kompresją,
- wanny do masażu wirowego,
- urządzenie do masażu wibracyjnego.

Pomieszczenia muszą być wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz posiadające stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku oraz dokumenty potwierdzające dokonanie aktualnych przeglądów wykonanych przez uprawnione podmioty.

Beneficjent realizujący Program musi zapewnić dostęp do innych dodatkowych konsultacji lekarskich (m.in. chirurga naczyniowego, neurologa, kardiologa lub ortopedy) oraz do badań USG Doppler. W przypadku prowadzenia psychoterapii grupowej konieczne jest zapewnienie pomieszczenia z miejscami siedzącymi.

Warunki realizacji Programu dotyczące przeprowadzenia szkoleń

W tym obszarze wymagane jest od osób szkolących posiadanie co najmniej 3-letniego doświadczenia w prowadzeniu szkoleń w zakresach określonych w Programie samodzielnie przez Realizatora. Szkolenia mogą odbywać się we współpracy z innym podmiotem poprzez

zakup usług szkoleniowych na zewnątrz od podmiotów posiadających dokumenty potwierdzające doświadczenie w prowadzeniu szkoleń z danej tematyki. W przypadku organizacji szkoleń przez Realizatora Programu konieczne jest zapewnienie dostępu do sal wykładowych i sprzętu audiowizualnego oraz odpowiedniej kadry dydaktycznej posiadającej znajomość przedmiotu i legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń w zakresie, którego dotyczy szkolenie:

- w przypadku szkoleń z psychoonkologii – są to osoby z tytułem co najmniej magistra z wykształceniem z następujących zakresów: psychologia, psychoonkologia oraz z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi,
- w przypadku szkoleń z zakresu fizjoterapii pacjentów onkologicznych – są to specjaliści fizjoterapii lub lekarze specjaliści w dziedzinie rehabilitacji w chorobach narządu ruchu /rehabilitacji ogólnej/rehabilitacji/rehabilitacji medycznej, z co najmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji

Założenia systemu monitorowania i ewaluacji Programu są zgodne z „Wytocznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” oraz z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej.

Monitorowanie i ewaluacja obejmują ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń oraz efektywności Programu.

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie będzie procesem zbierania danych o stanie realizacji Programu oraz kontrolowania jego przebiegu i postępu działań. Monitoring Programu w praktyce będzie polegał na analizie dwóch podstawowych zagadnień, oceny zgłaszalności do Programu i oceny jakości świadczeń zdrowotnych.

System monitorowania będzie oparty przede wszystkim na sprawozdawczości w ramach *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020*, danych raportowanych przez Beneficjenta w ramach miesięcznych obowiązków sprawozdawczych, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie:

- liczby osób, które zgłosiły się do udziału w Programie;
- liczby osób, które zostały zakwalifikowane do Programu;
- liczby osób, które przeszły pełen cykl rehabilitacyjny;
- liczby osób, które skorzystały z konsultacji psychologicznej/psychoonkologicznej indywidualnej/grupowej (oddzielnie dla każdego rodzaju wsparcia);
- liczby osób, które skorzystały z porad dietetycznych;
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w Programie w trakcie jego trwania, z analizą przyczyn rezygnacji;
- liczby lekarzy rehabilitacji, fizjoterapeutów, psychologów, którzy wzięli udział w szkoleniach (oddzielnie dla każdej grupy zawodowej) oraz rodzajów i form kształcenia, z których skorzystali.

Niezbędne będzie bieżące monitorowanie zgłaszalności uczestników przez Realizatora Programu, w przypadku osób opuszczających zajęcia rehabilitacyjne konieczne będzie

kontaktowanie się w celu ustalenia przyczyny nieobecności oraz w miarę możliwości zachęcenia do kontynuacji udziału w Programie. Dane niezbędne do przeprowadzenia oceny zgłaszalności będą pochodziły ze sprawozdań merytorycznych z realizacji Programu, przesyłanych okresowo przez Beneficjentów realizujących Program.

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie badania satysfakcji (metodą badania ankietowego) przeprowadzonego wśród uczestników Programu (wzór ankiety stanowi załącznik 3). W ocenie jakości uwzględnione zostaną ponadto uwagi pisemnie zgłoszone przez Beneficjentów realizujących Program. Kwestionariusze będą okresowo zbierane i analizowane pod kątem zgłaszanych uwag i poziomu zadowolenia. Zbiorcze wyniki będą wyrażały odsetek opinii pozytywnych do wszystkich ankiet satysfakcji wypełnionych przez uczestników. Wyciągnięte wnioski będą służyły do zwiększenia jakości prowadzonego Programu i zwiększenia poziomu satysfakcji uczestników. Utrzymanie wysokiej jakości świadczeń będzie nadzorował koordynator Programu. Monitorowanie kończy się wraz z zakończeniem realizacji Programu.

V.2. Ewaluacja

Po zakończeniu realizacji Program zostanie poddany ewaluacji w celu sprawdzenia, czy zaproponowane interwencje okazały się wystarczające dla uzyskania założonych w nim efektów.

Ewaluacja przeprowadzona przez Beneficjenta, nastąpi bezpośrednio po zakończeniu realizacji Programu i dotyczyć będzie jego całości, zgodnie z wymogami *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej*.

Ewaluacja będzie analizą danych z Programu, realizowaną w celu oceny efektów prowadzonych działań/interwencji, w wymiarze jakościowym i ilościowym. Ewaluacja Programu i ocena efektywności Programu będzie porównaniem stanu końcowego ze stanem wyjściowym w oparciu o ww. wskaźniki monitorowania oraz zdefiniowane mierniki efektywności Programu opisane szczegółowo w *podrozdziale II.3. Mierniki efektywności realizacji Programu*.

Ewaluację Programu równocześnie przeprowadza na poziomie regionalnym, IZ - Instytucja Zarządzająca RPO WZ 2014-2020 lub wskazana przez IZ RPO, właściwa IP - Instytucja Pośrednicząca, w tym przypadku Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie. Ewaluacja ta może być finansowana z Pomocy Technicznej RPO, zgodnie z Planem Ewaluacji RPO. Ewaluacja IZ RPO winna korzystać z danych gromadzonych w trakcie realizacji RPZ (w tym od Beneficjenta) i mieć wymiar jakościowy i ilościowy.

Dane niezbędne do dokonania oceny efektywności będą pochodziły ze sprawozdań Beneficjenta realizującego Program, przekazywanych do Instytucji Pośredniczącej RPO WZ 2014-2020 w ustalonych okresach sprawozdawczych:

- monitoring w zakresie mierników efektywności, specyficznych i określonych dla Programu będzie prowadzony poprzez sprawozdania merytoryczne z realizacji Programu,
- monitoring w zakresie wskaźników wymaganych dla projektów współfinansowanych z EFS będzie prowadzony poprzez informacje o postępie rzeczowym dotyczące osiągnięcia wskaźników uwzględnione we wnioskach o płatność, dotyczących kolejnych okresów rozliczeniowych, wprowadzanych okresowo przez Beneficjenta do centralnego systemu teleinformatycznego – SL 2014.

VI. Budżet Programu

Instytucja Zarządzająca Regionalnym Programem Operacyjnym Województwa Zachodniopomorskiego 2014–2020 na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: *Regionalny Program Zdrowotny Województwa Zachodniopomorskiego - Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022*” w ramach RPO WZ 2014–2020, zaplanowała kwotę **6 395 950 zł.**

VI.1. Koszty jednostkowe

Koszty Programu ujęto w następujących grupach:

- 1) Koszty działań informacyjno-promocyjnych
- 2) Koszty kwalifikacji pacjentów do Programu
- 3) Koszty rehabilitacji leczniczej
- 4) Koszty wsparcia psychologicznego
- 5) Koszty dojazdów na turnusy rehabilitacyjne
- 6) Koszty szkoleń personelu medycznego
- 7) Koszty edukacji pacjentów
- 8) Koszty zakupu sprzętu i wyrobów medycznych
- 9) Koszty monitorowania
- 10) Koszty pośrednie

1) Koszty działań informacyjno-promocyjnych: 9 600 zł

Działania informacyjno-promocyjne mające na celu wdrożenie Programu będą przeprowadzane przy współdziałaniu i we współpracy z innymi podmiotami leczniczymi.

Koszty działań będą związane z organizacją kampanii informacyjno-promocyjnej skierowanej do pacjentów leczonych onkologicznie tj.: przygotowanie i dystrybucja informacji o programie, korespondencja, zaprojektowanie i wydruk ulotek i materiałów informacyjnych.

Szacunkowe koszty:

Koszty opracowania i wysyłki informacji do podmiotów leczniczych: 3 lata x 200 zł = 600 zł

Koszty opracowania i wydruk materiałów informacyjnych: 3 lata x 2 000 zł = 6 000 zł

Koszty utworzenia i prowadzenia strony internetowej: 3 lata x 1 000 zł = 3 000 zł.

2) Koszty kwalifikacji pacjentów do Programu: 150 000 zł

Koszty kwalifikacji pacjentów do rehabilitacji obejmują koszty porady onkologicznej, w tym analizę dokumentacji medycznej posiadanej przez pacjenta oraz podjęcie decyzji o zakwalifikowaniu pacjenta do Programu. Przewiduje się, że w ramach konsultacji onkologicznej w razie potrzeby, dla ok. 50% pacjentów, zostaną wykonane inne konsultacje lekarskie, m.in. neurologiczna, ortopedyczna, chirurga naczyniowego lub badanie USG Doppler.

Rodzaj świadczenia	Liczba pacjentów	Ilość świadczeń na osobę	Cena jednostkowa (w zł)	Koszty ogółem (w zł)
konsultacja onkologiczna, w tym kwalifikacja do programu	500	1	200	100 000
dodatkowe konsultacje lekarskie (np. neurologiczna, ortopedyczna, chirurga naczyniowego) lub wykonanie USG Doppler	250	1	200	50 000
Razem				150 000

3) Koszty rehabilitacji leczniczej: 4 300 000 zł

Koszty rehabilitacji leczniczej obejmują porady lekarskie rehabilitacyjne, cykl dwóch 10-dniowych turnusów rehabilitacyjnych oraz koszty pobytu na turnusie rehabilitacyjnym.

Rodzaj świadczeń	Liczba pacjentów	Ilość świadczeń na osobę	Cena jednostkowa (w zł)	Koszty ogółem (w zł)
porady lekarskie rehabilitacyjne	500	3 porady	200	300 000
cykl rehabilitacji	500	2 turnusy	2 750	2 750 000
koszty pobytu pacjenta na turnusie rehabilitacyjnym	500	20 dni	125	1 250 000
Razem				4 300 000

Porady lekarskie rehabilitacyjne odbędą się 3-krotnie dla każdego pacjenta, pierwsza przed rozpoczęciem rehabilitacji, druga po zakończeniu pierwszego turnusu rehabilitacyjnego i trzecia po zakończeniu drugiego turnusu rehabilitacyjnego.

Cykl rehabilitacji leczniczej będzie obejmował 2 turnusy 10-dniowe. Koszt 10-dniowego turnusu rehabilitacyjnego jednego pacjenta wynosi 2 750 zł. Wysokość kosztu oszacowano w następujący sposób:

- przygotowano listę podmiotów leczniczych z województwa zachodniopomorskiego, publicznych i niepublicznych, wykonujących świadczenia rehabilitacyjne, zidentyfikowanych w oparciu o dostępne źródła informacji,
- na podstawie zebranych danych oszacowano średnią cenę zabiegu fizjoterapeutycznego, w wysokości 55 zł. Do oszacowania średniej ceny wzięto ceny najczęściej stosowanych u pacjentów onkologicznych zabiegów z zakresu kinezyterapii, masażu, hydroterapii i kinesiotapingu, grupowych zajęć aktywności ruchowej,
- pomnożono tak oszacowaną średnią cenę przez liczbę zabiegów dziennie przypadającą na jednego uczestnika. Program zakłada, że może być wykonywanych od min. 4 do max. 10 zabiegów dziennie. Przyjęto szacunkowo, że pacjent będzie mieć wykonywanych średnio 5 zabiegów dziennie (większa liczba może być często utrudnieniem dla pacjenta).
- pomnożono tak oszacowaną średnią przez liczbę 2 turnusów po 10 dni.
- przyjęto, że podczas turnusu odbędą się także lekarskie porady rehabilitacyjne kontrolne, finansowane ze środków na realizację cyklu rehabilitacji.

Koszty pobytu pacjenta na turnusie rehabilitacyjnym obejmują koszty noclegów i wyżywienia osób uczestniczących w cyklu zajęć rehabilitacyjnych odbywających się podczas dwóch 10-dniowych turnusów rehabilitacyjnych, dla których codzienny dojazd na turnus rehabilitacyjny stanowi barierę do udziału w Programie, w tym mieszkańców obszarów wiejskich i słabo zaludnionych. Na potrzeby założeń Programu przyjęto, że z ww. kosztów skorzysta 100% uczestników działań, a średni koszt jednostkowy pobytu wyniesie ok. 125 zł.

Poniżej przedstawiono średnie ceny jednostkowe wybranych zabiegów. Przedstawione kwoty są jednocześnie stawkami jednostkowymi oszacowanymi w trakcie opracowania Programu i powinny być zastosowane. Nie jest to katalog zamknięty, Beneficjent realizujący Program we wniosku o dofinansowanie projektu może założyć wykonywanie również innych zabiegów fizjoterapeutycznych, niewymienionych poniżej. Przy wycenie innych zabiegów Beneficjent nie może przekraczać stawek stosowanych w podmiocie.

Stawki jednostkowe oszacowane dla zabiegów

Rodzaj świadczenia	Cena jednostkowa
Kinezyterapia	
Kinezyterapia – zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane przez terapeutę: - indywidualna praca z pacjentem: w szczególności ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje – czas trwania zabiegu – nie mniej niż 30 min.	100
Kinezyterapia – zabiegi fizjoterapeutyczne wykonywane przez terapeutę: - pionizacja bierna i czynna, - ćwiczenia izometryczne, - nauka czynności lokomocji – czas trwania zabiegu – nie mniej niż 15 min.	50
Kinezyterapia – ćwiczenia wykonywane przez pacjenta pod nadzorem terapeuty: - ćwiczenia wspomagane, - ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, - ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, - wyciągi, - inne formy usprawniania (kinezyterapia) – czas trwania zabiegu – nie mniej niż 15 min.	30
Masaże	
Masaż suchy częściowy – nie mniej niż 30 min.	80
Masaż limfatyczny ręczny leczniczy – nie mniej niż 30 min.	100
Masaż limfatyczny mechaniczny leczniczy – nie mniej niż 30 min.	40
Hydroterapia	
Masaż podwodny – hydropowietrzny (nie obejmuje urządzeń jacuzzi) - czas trwania zabiegu - nie mniej niż 30 min.	40
Kąpiel wirowa kończyn – czas trwania zabiegu – nie mniej niż 30 min.	40
Pozostałe zabiegi	
Kinesiotaping – czas trwania zabiegu – nie mniej niż 30 min.	35
Grupowe zajęcia aktywności ruchowej – czas trwania – nie mniej niż 30 min.	35

4) Koszty wsparcia psychologicznego: 450 000 zł

Na koszty wsparcia psychologicznego składają się 2 indywidualne konsultacje psychologiczne dla każdego pacjenta oraz 20 (grupy 6-7 osobowych) warsztatów umiejętności psychologicznych. Przewiduje się, że chęć udziału w spotkaniach grupowych z psychologiem wyrazi ok. 25% pacjentów.

Rodzaj	Liczba pacjentów	Ilość świadczeń na osobę	Cena jednostkowa (w zł)	Koszty ogółem (w zł)
konsultacja psychologiczna	500	2	200	200 000
warsztaty umiejętności psychologicznych	125	20	100	250 000
Razem				450 000

5) Koszty dojazdów na turnusy rehabilitacyjne: 70 000 zł

Dofinansowanie kosztów dojazdu na zabiegi rehabilitacyjne przewiduje się dla wszystkich uczestników Programu. Średnie koszty dojazdu oszacowano na podstawie ceny biletu miesięcznego komunikacji miejskiej linią zwykłą dzienną w mieście Szczecinie (70 zł). Szacunkowe koszty dofinansowania dojazdów: 500 osób x 2 turnusy x 70 zł = 70 000 zł

6) Koszty szkoleń personelu medycznego: 150 000 zł

Kwota udziału jednej osoby w kursach/szkoleniach w ramach Programu wynosi maksymalnie do 3 000 zł. Kwota ta uwzględnia koszty dofinansowania szkolenia zewnętrznego w zakresie tematyki objętej Programem lub koszty organizacji własnego szkolenia przez Realizatora Programu, w tym m.in. wynajem sali, wynagrodzenie wykładowców, catering dla prowadzącego i uczestników, materiały szkoleniowe, koszty przygotowania certyfikatów

ukończenia szkolenia itd. Zakłada się udział w szkoleniach co najmniej 50 osób. Koszt szacunkowy: 50 osób x 3 000 zł = 150 000 zł

7) Koszty edukacji pacjentów: 275 000 zł

Koszty edukacji pacjentów odbędą się w dwóch blokach tematycznych, jeden nt. aktywności ruchowej i wykonywania samodzielnych ćwiczeń, drugi nt. prawidłowego odżywiania.

Przeprowadzenie edukacji zdrowotnej podczas zajęć fizjoterapeutycznych:

500 osób x 100 zł = 50 000 zł

Konsultacje dietetyczne: 500 osób x 2 x 200 zł = 200 000 zł

Przygotowanie i druk materiałów edukacyjnych: 500 osób x 50 zł = 25 000 zł

8) Koszty zakupu sprzętu i wyrobów medycznych: 359 900 zł

Zakup dotyczy sprzętu, aparatury i materiałów medycznych, w tym jednorazowych, zapewniających odpowiedni standard prowadzenia rehabilitacji pacjentów onkologicznych podczas realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych i ćwiczeń ruchowych oraz innych elementów wyposażenia, niezbędnych podczas realizacji 2 turnusów rehabilitacyjnych 10-dniowych w grupach ok. 10-osobowych. Sprzęt o cechach trwałych będzie wykorzystywany do dalszej rehabilitacji pacjentów onkologicznych po zakończeniu Programu. Na zakończenie udziału w Programie pacjenci otrzymają wyprawki motywujące ich do dalszej, stałej aktywności ruchowej i dbania o dobre samopoczucie.

Sprzęt i wyposażenie do prowadzenia rehabilitacji:

	Liczba	Szacunkowa cena (w zł)	Koszt ogółem (w zł)
Aparat do sekwencyjnego masażu pneumatycznego-BOA	2	13 000	26 000
Rehacom-system do rehabilitacji funkcji poznawczych wraz z opragromowaniem	1	100 000	100 000
Kabina UGUL do ćwiczeń, rehabilitacji i zawieszek z osprzętem i dostosowaniem pomieszczenia	1	15 000	15 000
Piłki rehabilitacyjne	10	150	1 500
Taśmy gimnastyczne TheraBand	1 szt.(50 m.)	600	600
Steppery do ćwiczeń	10	70	700
Maty do ćwiczeń	10	300	3 000
Rotory	2	250	500
Poduszki sensomotoryczne	10	160	1 600
Fotele do masażu	10	5 000	50 000
Rekawy uciskowe i bandaże do kompresoterapii	20	50	1 000
Kije do Nordic Walking	20 kpl.	200	4 000
Akcesoria do prowadzenia zajęć tanecznych (chusty, kwiaty na sznurach na szyję, itp.)	1 komplet	3 000	3 000
Automat do napojów dla uczestników rehabilitacji	1	3 000	3 000
Wyprawki motywujące dla uczestników do aktywności ruchowej po zakończeniu Programu (specjalistyczna bielizna, kije do NW, torby, zestawy kosmetyków naturalnych, itp.)	500	300	150 000
Razem			359 900

9) Koszty monitorowania Programu: 50 000 zł

Koszty monitorowania Programu obejmą przygotowanie narzędzi do pomiaru okresowych i końcowych efektów Programu na podstawie określonych mierników, przeprowadzenie badań satysfakcji pacjenta, analiz kwestionariuszy ankiet przeprowadzanych podczas całego okresu realizacji Programu, opracowanie raportów okresowych i innych dokumentów w ramach monitorowania przebiegu Programu oraz końcowej ewaluacji bezpośrednio po zakończeniu

Programu. Koszty oszacowano na ok. 100 zł na jednego uczestnika programu.
Szacunkowy koszt: 500 osób x 100 zł = 50 000 zł

10) Koszty pośrednie: 581 450 zł

Koszty pośrednie wynoszą do 10% kosztów bezpośrednich Programu tj. maksymalnie do 581 450 zł. Koszty pośrednie obejmują m.in. koszty administracyjne związane z obsługą Programu m.in. personelu bezpośrednio zaangażowanego w zarządzanie, rozliczanie, monitorowanie lub prowadzenie innych działań administracyjnych, koszty personelu obsługowego, koszty obsługi powierzchni biurowych, opłaty za energię i media, koszty usług pocztowych itd. Koszty pośrednie są uwzględniane poprzez stawkę ryczałtową. Stawki dla kosztów pośrednich są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich w „Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020”.

Koszty ww. działań, za wyjątkiem kosztów pośrednich, których stawki są określone obligatoryjnie w powiązaniu z wysokością kosztów bezpośrednich, zostaną oszacowane przez wnioskodawcę zamierzającego realizować Program i przedstawione na etapie składania wniosku o dofinansowanie. Będą uzależnione od planowanej liczby osób objętych wsparciem, cen rynkowych, specyfiki grupy docelowej oraz planowanych form wsparcia.

Powyższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektów, które otrzymają dofinansowanie w ramach konkursu. Poszczególne projekty mogą różnić się pod względem kosztów ich przeprowadzenia.

Istnieje możliwość sfinansowania innych rodzajów kosztów zgodnych z typem operacji wskazanych w SOOP RPO WZ 2014-2020, co może poszerzyć katalog wydatków w projekcie w stosunku do katalogu zapisanego w Programie.

VI.2. Koszty całkowite

Przewidywany łączny koszt realizacji *Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego-Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022* wynosi: **6 395 950 zł**.

Elementy składowe kosztów

Lp.	RODZAJE KOSZTÓW	KOSZTY (w zł)
1)	Działania informacyjno-promocyjne	9 600
2)	Kwalifikacja pacjentów do Programu	150 000
3)	Rehabilitacja lecznicza	4 300 000
4)	Wsparcie psychologiczne	450 000
5)	Koszty dojazdów na turnusy rehabilitacyjne	70 000
6)	Szkolenia dla personelu medycznego	150 000
7)	Działania informacyjno-edukacyjne dla pacjentów	275 000
8)	Zakup sprzętu i wyrobów medycznych	359 900
9)	Koszty monitorowania Programu	50 000
	KOSZTY BEZPOŚREDNIE	5 814 500
10)	Koszty pośrednie – do 10% kosztów bezpośrednich	581 450
	KOSZTY CAŁKOWITE	6 395 950

VI.3. Źródła finansowania

Program będzie finansowany w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, określonego w Szczegółowym Opisie Osi Priorytetowych (SOOP) RPO WZ 2014-2020, Oś priorytetowa VI Rynek pracy, Działanie 6.8 Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy, umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, typ projektu 2 Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy, Realizacja Programu będzie współfinansowana ze środków UE w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Zgodnie z założeniami SOOP RPO WZ 2014-2020 montaż finansowy projektów to maksymalnie 85% środków z Europejskiego Funduszu Społecznego, maksymalnie 5% środków pochodzących z budżetu państwa, minimalnie 10% stanowi wkład własny beneficjenta.

VII. Bibliografia

1. <https://onkologia.mp.pl/informacje/61208,nowotwor>, pobranie z dnia 27.03.2018 r.
2. <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/lymphedema/lymphedema-hp-pdq>, pobranie z dnia 26.03.2018.
3. Woźniewski M. red., Fizjoterapia w onkologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.
4. Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024, 2016
http://walkazrakiem.pl/sites/default/files/library/files/startegia_walki_z_rakiem_2016_final.pdf, pobranie z dnia 1 marca 2016.
5. Raport inicjatywy All.Can: Poprawa efektywności i stabilności opieki onkologicznej. Rekomendacje dla Polski, 2017.
6. Wojciechowska, Czaderny, Ciuba, Olasek, Didkowska, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2016 roku, W-wa 2018.
7. Silver J.K., Baima J., Mayer R.S., Impairment-Driven Cancer Rehabilitation: An Essential Component of Quality Care and Survivorship CA Cancer J Clin. 2013 Sep;63(5):295-317. doi: 10.3322/caac.21186. Epub 2013 Jul 15.
8. Dalzell M.A., Smirnow N., Sateren W., Sintharaphone A., Ibrahim M., Mastroianni L., Vales Zambrano L.D., O'Brien S. Rehabilitation and exercise oncology program: translating research into a model of care, Curr Oncol. 2017 June;24(3):e191-e198.
9. Chruszcz M., Brzęk A., Famuła A., Gaździk T.S., Kompleksowa rehabilitacja kobiet po mastektomii, The Journal of Orthopaedics Trauma Surgery and Related Research, 6(26) 2011, 45-51.
10. Porębiak M.I., Zaburzenia i problemy psychiczne pacjentów onkologicznych, Medycyna Praktyczna – Psychiatria 2012, <https://psychiatria.mp.pl/choroby/70085,zaburzenia-i-problemy-psychiczne-pacjentow-onkologicznych>, pobranie z dnia 21.03.2018.
11. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
12. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2015.
13. Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla woj. zachodniopomorskiego, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2018.
14. Biuletyn zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim. Dane za 2016 rok, Zachodniopomorski Rejestr Nowotworów Złośliwych.
15. Rocznik demograficzny 2018 <https://szczecin.stat.gov.pl/publikacje-i-foldery/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-województwa-zachodniopomorskiego-2018,6,18.html> pobranie z dnia 28.03.2019.
16. European Cancer Observatory 2012, <http://eco.iarc.fr/EUCAN/Cancer.aspx?>
17. Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2018 roku, <https://www.zus.pl/documents/10182/39599/Orzeczenia+lekarzy+orzecznik%C3%B3w+ZUS+o+niezdolno%C5%9Bci+do+pracy+wydane+w+2018+roku.pdf/1eec2ab9-6e43-3fb4-a1fe-650732ec34d3> pobranie z dnia 15.03.2019.
18. Absencja chorobowa w 2018 roku, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Warszawa 2018, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/opracowania-tematyczne/absencja-chorobowa>, pobranie z dnia 15.05.2018.
19. Tsai H.J., Hung H.C., Yang J.L. i wsp. Could Kinesio tape replace the bandage in decongestive lymphatic therapy for breast-cancer-related lymphoedema? A pilot study. Support Care Cancer 2009; 17: 1353–1360.
20. http://onkologia.zalecenia.med.pl/pdf/zalecenia_PTOK_tom1_05_Rak%20piersi_20190214.pdf- pobranie 05.07.2019.
21. <https://dziennikzachodni.pl/chorzy-powinni-sie-ruszac-rehabilitacja-onkologiczna-jest-dzis-koniecznoscia/ar/3446891> - pobranie 05.07.2019
22. Prognozy zachorowalności umieralności na nowotwory złośliwe w Polsce do 2025 roku” Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska, Witold Zatoński - pobranie 05.07.2019.
23. „Wytyczne postępowania diagnostyczno – terapeutycznego. Rak piersi. Breast cancer pod. Red. J.Jassem, M.Krzakowski I współ. VIA MEDICA, 2018 r.
24. Brown J.C et al. Cancer, Physical Activity, and Exercise, Compr Physiol.2012 2(4):2775-2809.
25. Meneses –Echaves JF. Supervised exercise reduces cancer-related fatigue: a systematic review. J Physiother 2015;61(1):3-9.
26. Rezende LFM et al. Physical activity and cancer: an umbrella review of the literature including 22 major anatomical sites and 770 000 cancer cases. Br J Sports med. 2017.

VIII. Załączniki

Załącznik 1

Oświadczenie uczestnika
Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego
- Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

1. Wyrażam świadomą zgodę na udział w Programie.

2. Oświadczam, że:

- posiadam status mieszkańca województwa zachodniopomorskiego;
- nie posiadam wydanego orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy;
- nie korzystam obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystał ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym/przebyłym leczeniem onkologicznym finansowanych z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

.....

Miejscowość, data i podpis uczestnika Programu

Załącznik 2

**Zalecenie udziału
w Regionalnym Programie Zdrowotnym Województwa Zachodniopomorskiego
- Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022**

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

Kwalifikacja do udziału w Programie w związku z trwającym/przebyłym* leczeniem nowotworu

złośliwego (wg ICD 10)

.....

Data

.....

Podpis lekarza

*zakreślić właściwe

Załącznik 3

Ankieta

Szanowny Panie/Szanowna Pani,

Poniższa ankieta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii oraz uwag na temat
**Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego
- Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022**

Otrzymane informacje pomogą nam na jeszcze lepszą organizację tego rodzaju przedsięwzięć w przyszłości.
Proszę o udzielanie odpowiedzi, zaznaczając odpowiednie pole znakiem X.
Ankieta jest anonimowa.

1. Płeć:

kobieta mężczyzna

2. Data urodzenia: (proszę wpisać).....

3. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak powiedzieć

4. Czy wzięłyby Pan/wzięłyby Pani ponownie udział w podobnym Programie?

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak powiedzieć

5. Czy poleciliby Pan/poleciliby Pani ten Program innym osobom?

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak powiedzieć

6. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń w Programie (godziny udzielania świadczeń, warunki lokalowe itd.?)

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak powiedzieć

7. Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w Programie (pod względem uprzejmości, życzliwości, zainteresowania pacjentem)?

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak powiedzieć

8. Czy zakres świadczeń udzielanych w Programie odpowiadał na Pan/Pani potrzeby zdrowotne?

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak nie powiedzieć

9. Czy przez udział w Programie zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat aktywności ruchowej, którą może Pan/Pani sam/sama wykonywać w warunkach domowych?

zdecydowanie raczej tak raczej nie zdecydowanie trudno
tak nie powiedzieć

Miejsce na Pana/Pani dodatkowe uwagi:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!