

„Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego”

Poznań 2023 r.

Okres realizacji programu: **48 miesięcy**

Autorzy programu:

Autorem regionalnego programu zdrowotnego pt: „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” jest **Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego**.

Program powstał przy merytorycznym udziale i wsparciu niniejszych osób:

Dr n. med. Dariusz Godlewski, lekarz onkolog, specjalista zdrowia publicznego, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. w Poznaniu

Dr n. med. Honorata Przybyszewska, specjalista z zakresu onkologii klinicznej, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. w Poznaniu

Dr n. hum. Małgorzata Adamczak, psycholog kliniczny, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. w Poznaniu

Dr n. med. Janusz Doś, specjalista fizjoterapii, Zakład Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Dr n. o k. f. Magdalena Górka-Doś, fizjoterapeuta, zakład Fizjoterapii, Akademia Wychowania Fizycznego w Poznaniu

Dr n. rol. Aleksandra Kostrzewa-Tarnowska, specjalista w zakresie technologii żywności i żywienia, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A. w Poznaniu

Mgr Piotr Wojtyś specjalista zdrowia publicznego, epidemiolog, Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. Aliny Pienkowskiej S.A., Poznań

Spis treści

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	5
1. Problem zdrowotny	5
2. Epidemiologia	9
3. Obecne postępowanie	14
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu	15
II. CELE PROGRAMU	25
1. Cel główny programu	25
2. Cele szczegółowe	25
3. Oczekiwane efekty programu	26
4. Mierniki efektywności programu	26
III. ADRESACI PROGRAMU	26
1. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie	26
IV. Organizacja programu	27
1. Etapy organizacji programu	27
2. Kryteria włączenia i wyłączenia	28
3. Działania organizacyjne w programie	29
3.1 Utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego	29
3.2 Filie centrum	31
4. Rehabilitacja ruchowa i usprawniająca prowadzona w Centrum i filiach	32
5. Poradnictwo psychologiczne i działania psychoterapeutyczne	35

6.	Szkolenia dla kadry medycznej	40
7.	Materiały edukacyjno-informacyjne przeznaczone dla pacjentów i ich bliskich	42
8.	Działania edukacyjno-informacyjne dostępne dla pacjentów, którzy nie przystąpią do realizacji Programu	42
9.	Pozostałe uwarunkowania organizacyjne Programu.....	43
V.	Koszty	46
	Planowane koszty:.....	47
1.	Źródła finansowania, partnerstwo.....	50
2.	Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	50
3.	Monitorowanie i ewaluacja Programu	50
3.1	Ocena zgłaszalności do Programu oraz jakości świadczeń.....	51
3.2	Ocena efektywności programu	51
4.	Trwałość efektów zdrowotnych.....	52
VI.	BIBLIOGRAFIA.....	57
VII.	SPIS RYCIN	58
VII.	SPIS TABEL.....	58

I. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1. Problem zdrowotny

Nowotwory złośliwe stanowią obecnie jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych, społecznych, a zarazem ekonomicznych na całym świecie. Wyrazem rosnącego zagrożenia są zmiany w liczbie zachorowań i zgonów, jak również w wartościach współczynników zachorowalności oraz umieralności. W 2020 roku Międzynarodowa Agencja Badań nad Rakiem (*International Agency for Research on Cancer – IARC*)¹ oszacowała 18,1 mln nowych zachorowań na raka oraz 9,9 mln zgonów. Nowotwory złośliwe znajdują się na drugim miejscu, tuż za chorobami układu krążenia wśród najczęstszych przyczyn umieralności.

Nowotwór zazwyczaj wywodzi się z pojedynczej zmutowanej komórki. Mutacje mogą być wrodzone lub nabyte. Mutacje wrodzone stanowią przyczynę 10–15% wszystkich nowotworów, natomiast nabyte aż 85–90%. Nabyte uszkodzenia DNA dzieli się na uszkodzenia endogenne, spowodowane m.in. przez działanie uszkodzających czynników powstających w prawidłowych procesach metabolicznych komórki, i na uszkodzenia egzogenne, wywołane przez zewnętrzne czynniki szkodliwe. Czas upływający od wystąpienia mutacji do powstania nowotworu, który można już wykryć, w zależności od typu nowotworu wynosi od 5 do nawet 20 lat.

Aktualny wzrost liczby zachorowań na nowotwory jest bezpośrednio spowodowany wzrostem liczebności populacji i jej starzeniem się, zwiększaniem oddziaływania niekorzystnych czynników środowiskowych oraz rozpowszechnianiem się zachowań sprzyjających rozwojowi nowotworów.

Wśród głównych czynników środowiskowych, które mają związek z powstawaniem nowotworów złośliwych wyróżnić można palenie tytoniu, picie alkoholu, otyłość, nieodpowiednią dietę, brak aktywności fizycznej, czynniki zawodowe, zanieczyszczenie środowiska, promieniowanie ultrafioletowe, promieniowanie jonizujące, wirusy i bakterie.

Dzięki metodom wczesnego rozpoznawania choroby nowotworowej i nowoczesnym sposobom jej leczenia wzrasta możliwość całkowitego wyleczenia nowotworu lub znacznego wydłużenia czasu życia chorych. W leczeniu chorych na nowotwory wykorzystuje się m.in. chemioterapię, radioterapię, leczenie chirurgiczne, hormonoterapię oraz immunoterapię.

Skuteczność leczenia wielu typów nowotworów jest coraz wyższa. Osiągnięcia w wykrywaniu i terapii pozwalają na wydłużenie życia pacjentów onkologicznych. Stosowane metody leczenia, pomimo oszczędzającego charakteru, mogą stanowić jednak przyczynę poważnych zaburzeń czynnościowych i strukturalnych. W efekcie coraz więcej pacjentów wymaga

¹ <http://gco.iarc.fr/today/homeglobocan.iarc.fr/Default.aspx> [dostęp z dnia 11.09.2023]

profesjonalnej rehabilitacji. Rozpoznanie choroby nowotworowej oraz jej leczenie mogą prowadzić do powstania zmian w wyglądzie, sprawności oraz psychice pacjenta. W następstwie warunkuje to rozwój niepełnosprawności, uszkodzeń i upośledzeń w funkcjonalności organizmu jako integralnej całości.

Rehabilitacja pacjentów onkologicznych to proces medyczno-społeczny, którego celem jest przywrócenie lub poprawa stanu psychofizycznego pacjenta z chorobą nowotworową. Zgodnie z aktualnymi rekomendacjami, powinna być ona postrzegana jako integralna i komplementarna część interdyscyplinarnego leczenia onkologicznego. Ten typ rehabilitacji powinien uwzględniać zarówno aspekt medyczny w postaci przywracania zdrowia, ale również poprawę stanu psychicznego, kwestie społeczne (takie jak powrót do pełnej aktywności społecznej i pełnionych ról życiowych) oraz zawodowe (m.in. zapobieganie wykluczeniu na rynku pracy). Rehabilitacja powinna obejmować wszystkich pacjentów leczonych z powodu choroby nowotworowej niezależnie od fazy choroby oraz metod jej leczenia. Powinna rozpoczynać się w momencie postawienia diagnozy. Opieka nad pacjentem onkologicznym w zakresie fizjoterapii, dietetyki i psychologii powinna być sprawowana podczas terapii antynowotworowej, po jej zakończeniu, w grupie osób wyleczonych oraz wśród pacjentów paliatywnych.

Właściwa organizacji rehabilitacji w onkologii powinna uwzględniać poszczególne fazy choroby nowotworowej oraz wynikające z nich potrzeby pacjentów.

Cele i zadania rehabilitacji onkologicznej zmieniają się w zależności od etapu leczenia oraz stopnia zaawansowania choroby nowotworowej danej osoby. Cel profilaktyczny rehabilitacji polega na zapobieganiu niepełnosprawności i upośledzeniom fizycznym oraz psychicznym powstającym jako przewidywany skutek leczenia onkologicznego. Istotną rolę odgrywa tu edukacja i wsparcie informacyjne udzielane osobie chorej. Cel leczniczy rehabilitacji onkologicznej polega na możliwie jak najskuteczniejszym przywracaniu sprawności psychofizycznej pacjentów, a w jego realizacji wykorzystywane może być wiele metod rehabilitacji, przy udziale i zaangażowaniu zespołu składającego się z fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka. Celem jest poprawa stanu ogólnego, a także wspomaganie osoby chorej w jak najszybszym powrocie do możliwie najlepszej, osiągalnej aktywności życiowej oraz uzyskania niezależności i samodzielności. Zadaniem rehabilitacji jest w tym przypadku bezpieczne przeprowadzenie osób leczonych z powodu nowotworów przez okres leczenia. Inny cel dotyczy etapu paliatywnego choroby nowotworowej, w którym kluczowe jest łagodzenie objawów terminalnego okresu choroby nowotworowej i poprawa jakości życia pacjenta poprzez możliwe zwiększenie jego samodzielności i niezależności.

W Europie w 2020 roku zanotowano ponad 4,0 mln nowych zachorowań na raka, z czego 53% to nowotwory złośliwe u mężczyzn i 47% u kobiet. Z kolei w krajach UE zarejestrowano 2,7 mln zachorowań. Średnia zachorowalność w krajach UE wynosiła 258,1/10 (współczynnik standaryzowany na 100 tys.) wśród kobiet oraz 317,1/10 wśród mężczyzn. Wśród mężczyzn w krajach UE najczęściej rejestrowano nowotwory złośliwe gruczołu krokowego (23,2%), płuca (14,2%), jelita grubego i odbytnicy (13,2%), pęcherza (8,4%) oraz czerniaka złośliwego (3,8%). Natomiast u kobiet najczęściej diagnozowano nowotwory złośliwe piersi (28,7 %), jelita grubego i odbytnicy (12,2%), płuca (9,1%), trzonu macicy (5,9%), czerniaka złośliwego (4,1%) oraz trzustki (3,9%).

W 2020 roku w krajach UE z powodu nowotworu złośliwego zmarło około 1,26 mln osób. Średnie wartości współczynników umieralności mężczyzn wynosiły 133,7/10 u mężczyzn oraz 84,4/10 u kobiet. Wśród mężczyzn najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe płuca (24,2%), a kolejnymi według przyczyny zgonów były nowotwory jelita grubego i odbytnicy (12,3%), gruczołu krokowego (9,9%) oraz trzustki (6,3%) i pęcherza moczowego (5,3%), natomiast u kobiet najczęstszą przyczyną zgonów były nowotwory piersi (16,5%), a kolejnymi nowotwory płuca (15,6%), jelita grubego i odbytnicy (12,4%), trzustki (8,0%) i jajnika (4,9%).

Przewiduje się, że w Europie problem chorób nowotworowych będzie narastał, głównie wskutek zmian demograficznych, a szczególnie w wyniku procesu starzenia się populacji. Oszacowano, że w 2030 roku liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w krajach EU wzrośnie do 3,3 mln, zaś liczba zgonów do 1,5 mln. Na tle innych państw europejskich **Polskę** charakteryzuje średnio niska zachorowalność oraz wysoka umieralność z powodu nowotworów złośliwych. Dane z Krajowego Rejestru Nowotworów² wskazują, iż w 2020 roku w Polsce zdiagnozowano 73 467 nowych zachorowań na nowotwory złośliwe u mężczyzn oraz 74 277 zachorowań u kobiet. W tym samym okresie zmarło z powodu nowotworów złośliwych 54 370 mężczyzn oraz 45 500 kobiet. Współczynnik zachorowalności (standaryzowany względem populacji świata) wynosił 215,6/10 u mężczyzn oraz 195,0/10 u kobiet, zaś współczynnik umieralności odpowiednio 147,8/10 u mężczyzn oraz 90,8/10 u kobiet.

Wśród mężczyzn najczęściej diagnozowanym nowotworem złośliwym był nowotwór gruczołu krokowego (19,6%), a kolejnymi nowotwory płuca (15,8%), jelita grubego i odbytnicy (12,4%), pęcherza moczowego (6,6%), żołądka (3,9%) oraz nerki (4,1%), natomiast wśród kobiet dominowały nowotwory złośliwe piersi (23,8%), płuca (9,9%), jelita grubego i odbytnicy (9,6%), trzonu macicy (7,1%), jajnika (4,0%) oraz tarczycy (3,7%). Głównymi przyczynami

² <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp z dnia 11.09.2023]

zgonów z powodu nowotworów złośliwych w Polsce były u mężczyzn nowotwory płuca (26,2%), jelita grubego i odbytnicy (13,2%), gruczołu krokowego (10,6%), żołądka (5,7%), pęcherza moczowego (5,9%), trzustki (4,5%) oraz nerki (2,9%), zaś w przypadku kobiet nowotwory złośliwe płuca (17,6%), piersi (15,3%), jelita grubego i odbytnicy (11,7%), jajnika (5,9%), trzustki (5,6%), żołądka (3,6%) oraz trzonu macicy (4,0%).

Wskaźniki względnych 5-letnich przeżyć na świecie i Polsce CONCORD-3³.

W ciągu piętnastu lat, średnio o 5% wzrosła przeżywalność na nowotwory złośliwe na świecie. W Polsce również przybywa wyleczonych, ale dalej umiera w Polsce z powodu raka o 10% chorych więcej niż w krajach Europy Zachodniej. Nowotwory są szybko diagnozowane i najskuteczniej leczone w USA, Kanadzie, Australii, Nowej Zelandii, Finlandii, Islandii, Norwegii oraz Szwecji. Dla kobiet z nowotworem piersi zdiagnozowanym w latach 2010-2014, 5-letnia przeżywalność jest najwyższa w USA (90,2%) oraz w Australii (89,5%). Na drugim końcu skali są m.in. Indie, gdzie 5-letnia przeżywalność po raku piersi wynosi 66,1%. Wyniki przeżywalności dla Polski dla przypadków nowotworów piersi zdiagnozowanych w latach 2010-2014 wynoszą 76,5%, co oznacza poprawę o około 5% w relacji do przypadków z okresu 2000-2004. Jednak jest to o ponad 15% mniej wyleczonych niż w Stanach Zjednoczonych i średnio o 10% mniej niż w krajach Europy Zachodniej.

Dla nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego, w Polsce w analizowanym okresie, zaobserwowano około pięcioprocentowy wzrost 5-letniej przeżywalności. W przypadku nowotworów żołądka przeżywalność wzrosła z 15,9% (przypadki zachorowań z lat 2000-2004) do 20,9% (okres 2010-2014).

Dla nowotworów jelita grubego, wzrost przeżywalności na przestrzeni 15 lat to ponad 7% (45,3% do 52,9%). Więcej wyzdrowień, pięcioletnich przeżyć zanotowano także w przypadku nowotworów odbytnicy z 42,5% do 48,4%. Jednak dla analizowanych nowotworów przewodu pokarmowego, przeżywalność w naszym kraju jest ciągle niższa w relacji do krajów Europy Zachodniej. Przykładowo w relacji do Holandii różnica ta jest szczególnie widoczna dla nowotworów jelita grubego i odbytnicy i wynosi około 15%. W przypadku nowotworu gruczołu krokowego obserwuje się 10% poprawę 5-letniej przeżywalności w Polsce (68,8% dla przypadków z lat 2000-2004, 78,1% dla zachorowań z okresu 2010-2014).

³ Claudia Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo, Hannah K Weir, PhD Prof Michel P Coleman, BM BCh CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14(CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. Lancet 2018; 391; 1023-1075.

Ponownie przeżywalność jest ciągle o ponad 10% niższa w relacji do np. Holandii czy Norwegii. Dla nowotworów charakterystycznych dla dzieci (białaczki, chłoniaki) poprawa przeżywalności w Polsce wyniosła około 7% dla ostrej białaczki limfoblastycznej (z 79,6% do 86,9%) i ponad 10% dla chłoniaka (z 81,7% do 92,6%).

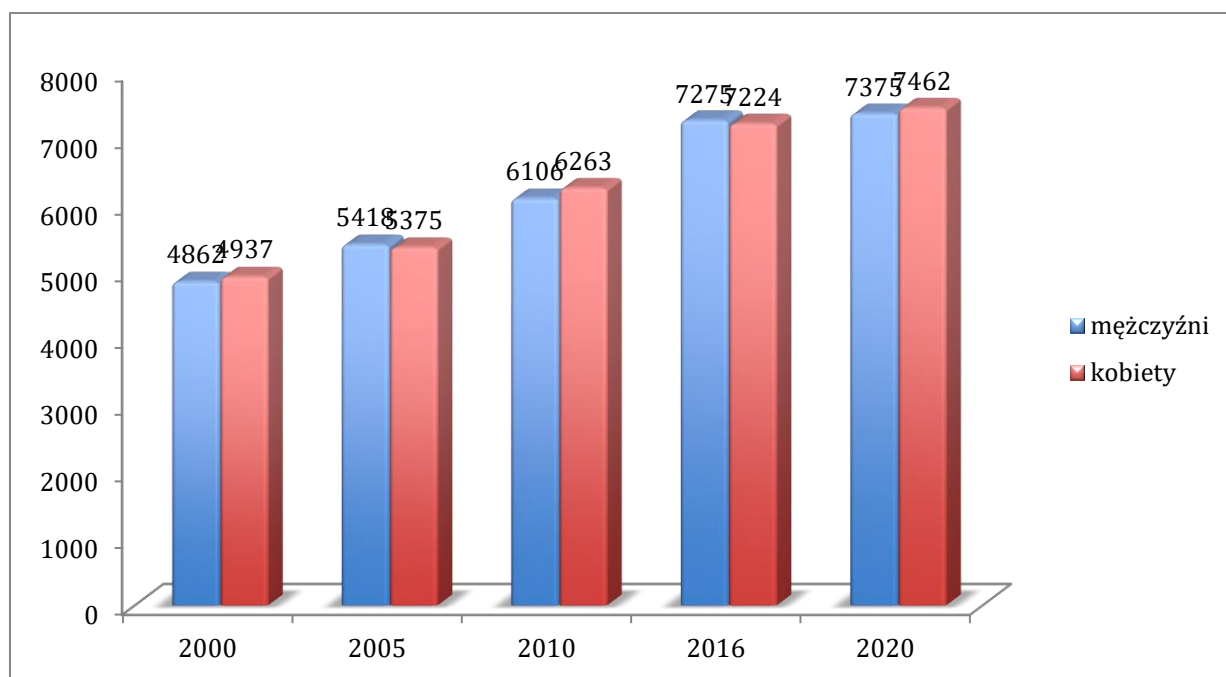
Dodatkowo, pandemia COVID-19 i związane z nią ograniczenia miały istotny i długotrwały wpływ na świadczenie opieki zdrowia, zwłaszcza w dziedzinie chorób nowotworowych. W wyniku pandemii nastąpiło znaczne ograniczenie liczby wykonywanych planowanych procedur medycznych i badań przesiewowych w kierunku nowotworów. Badania przesiewowe zawieszono na okres kwiecień–maj 2020 r. i do 2021 r. ich liczba nie wróciła do poziomu sprzed pandemii.⁴ Można prognozować, iż najbliższe po pandemiczne lata przyniosą wzrost wskaźników zachorowalności spowodowany zdiagnozowanymi z opóźnieniem zachorowaniami.

2. Epidemiologia

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nowotworów złośliwych w województwie wielkopolskim przedstawia się następująco: liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w 2020 roku wyniosła 14 837 (7 375 zachorowań u mężczyzn oraz 7 462 zachorowania u kobiet), w stosunku do roku 2000 nastąpił 51% wzrost liczby zachorowań u kobiet oraz 52% wzrost liczby zachorowań u mężczyzn - rycina 1. Standaryzowany współczynnik zachorowalności w 2020 roku wynosił 249,1/10 u mężczyzn oraz 226,4/10 u kobiet.

Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim

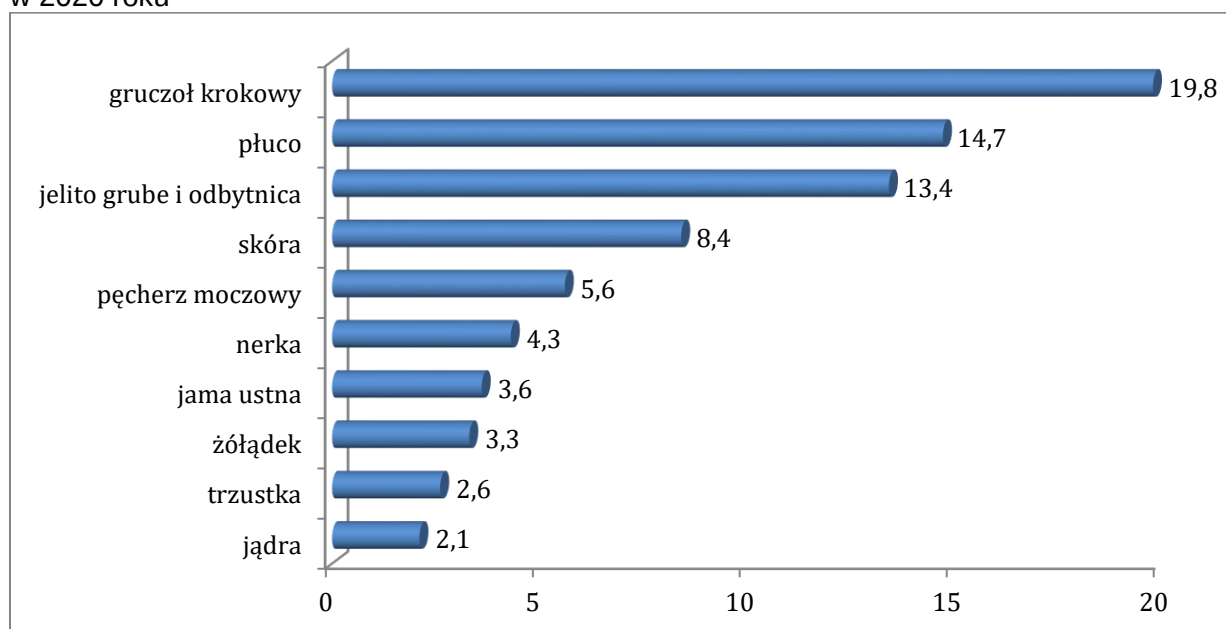
⁴ OECD (2023), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/aab579a7-pl>.



Źródło: Opracowanie na podstawie danych Krajowego Rejestru Nowotworów

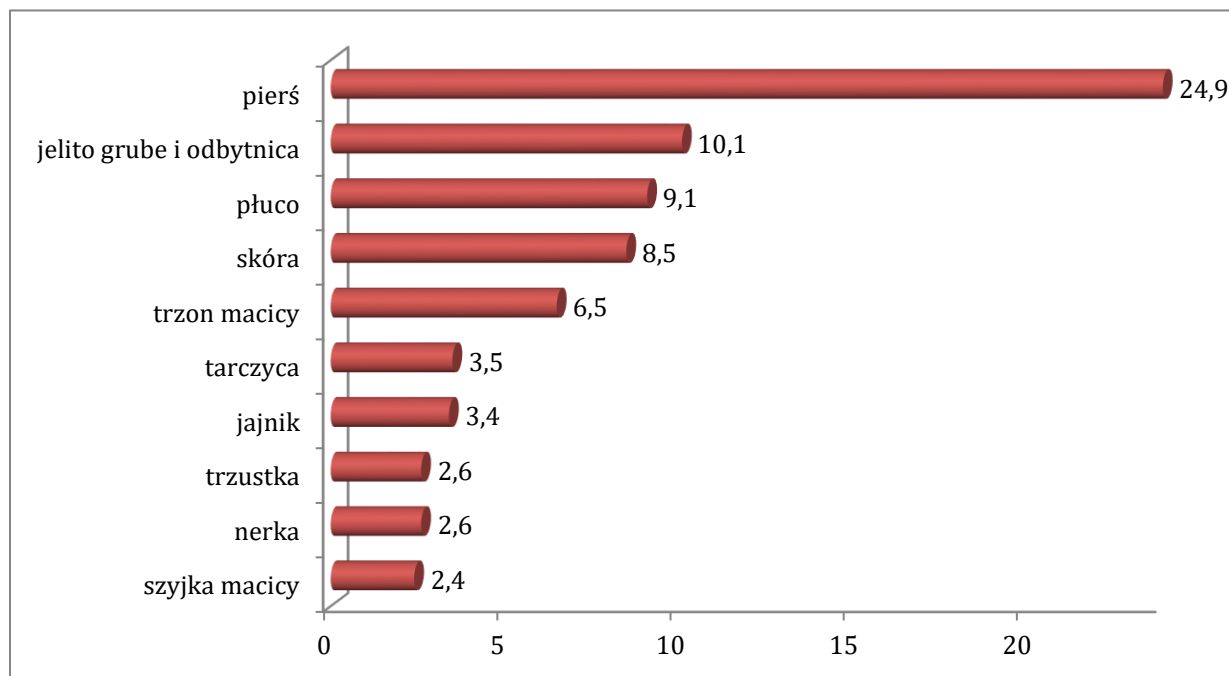
W 2020 roku najczęściej diagnozowanymi nowotworami u mężczyzn w Wielkopolsce były nowotwory: gruczołu krokowego (19,8%), płuca (14,7%), jelita grubego i odbytnicy (13,4%), skóry (8,4%), pęcherza moczowego (5,6%), oraz nerki (4,3%) (rycina 2), natomiast u kobiet nowotwory: piersi (24,9%), jelita grubego i odbytnicy (10,1%), płuca (9,1%), skóry (8,5%), trzonu macicy (6,5%) oraz tarczycy (3,5%) (rycina 3).

Rycina 2. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

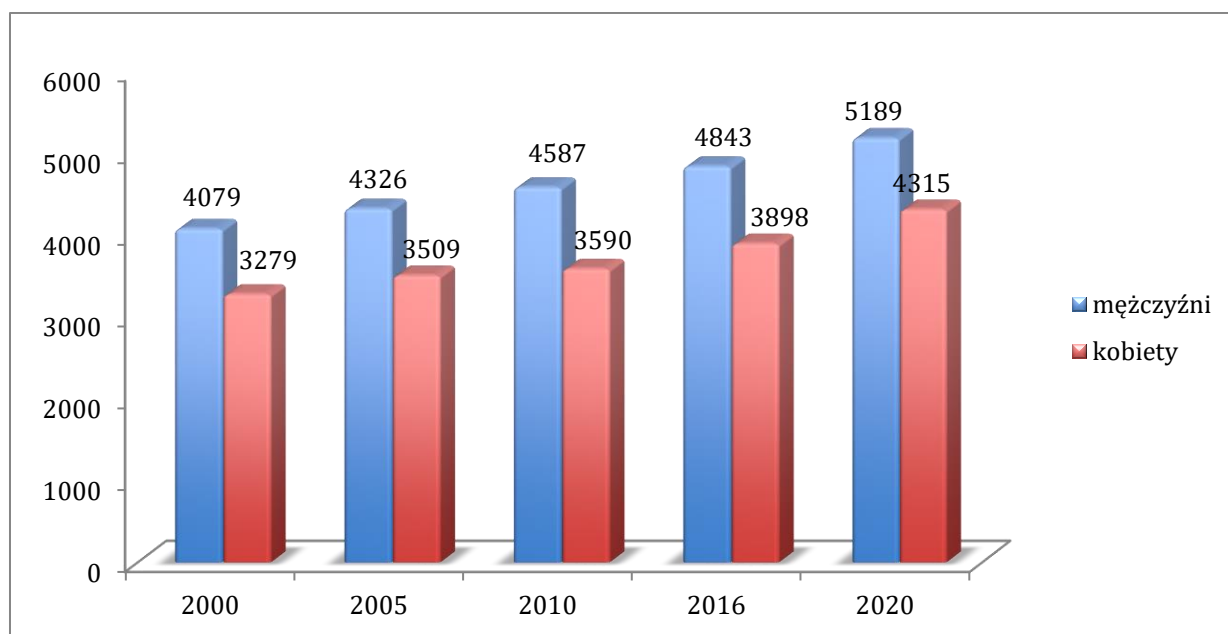
Rycina 3. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

W 2020 roku w województwie wielkopolskim odnotowano 9 504 zgonów z powodu nowotworów złośliwych (5 189 u mężczyzn oraz 4 315 u kobiet), w stosunku do roku 2000 nastąpił 27% wzrost liczby zgonów u mężczyzn oraz 31% wzrost liczby zgonów u kobiet – rycina 4. Standaryzowany współczynnik umieralności w 2020 roku wynosił u mężczyzn 165,0/10, natomiast u kobiet 100,6/10.

Rycina 4. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim

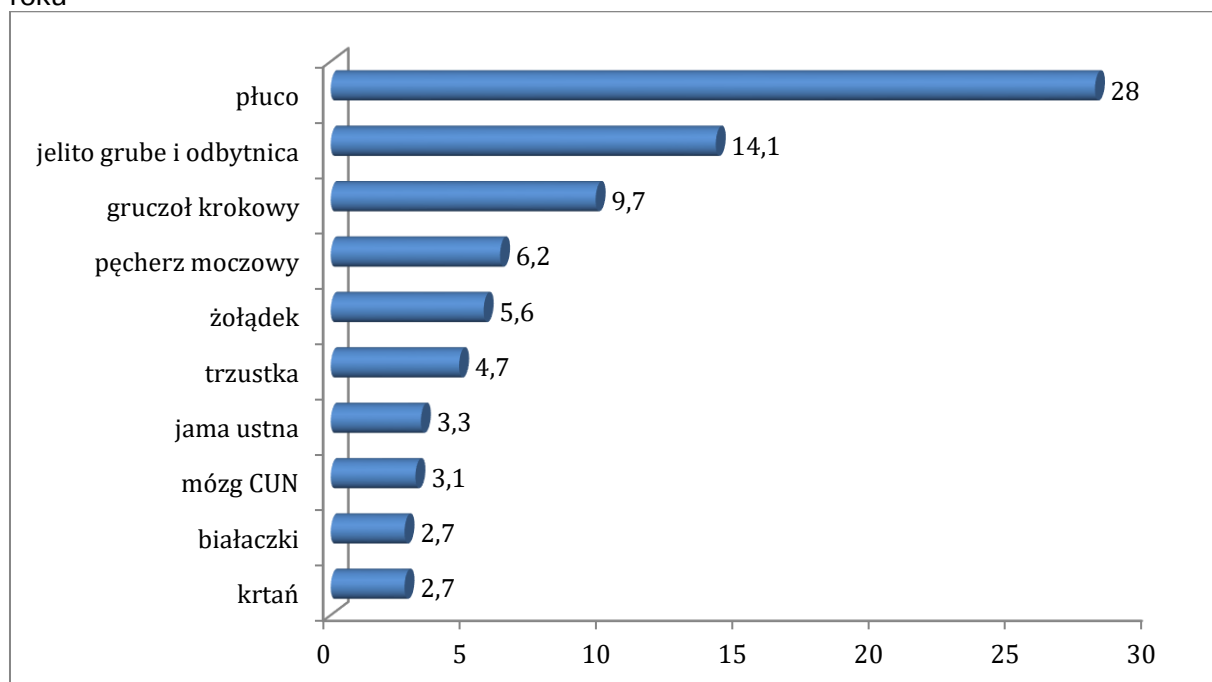


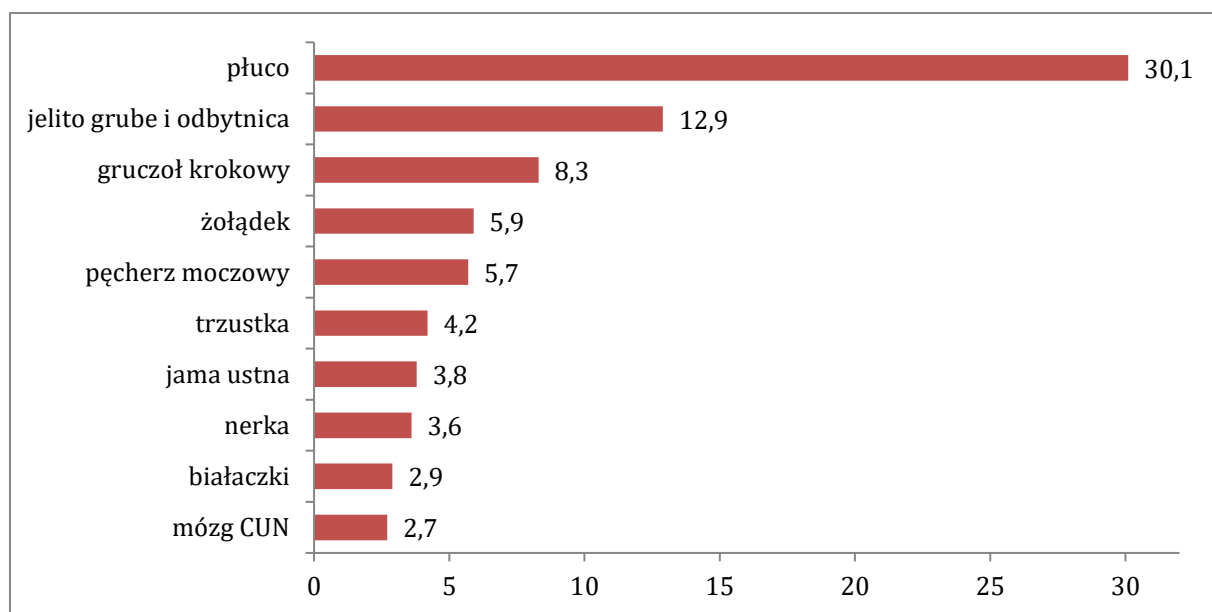
Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Najczęstszymi przyczynami zgonów z powodu nowotworów złośliwych u mężczyzn były nowotwory: płuca, jelita grubego i odbytnicy, gruczołu krokowego oraz pęcherza moczowego – rycina 5.

U kobiet najczęstszymi przyczynami zgonów był nowotwory: płuca, piersi, jelita grubego i odbytnicy oraz trzustki – rycina 6.

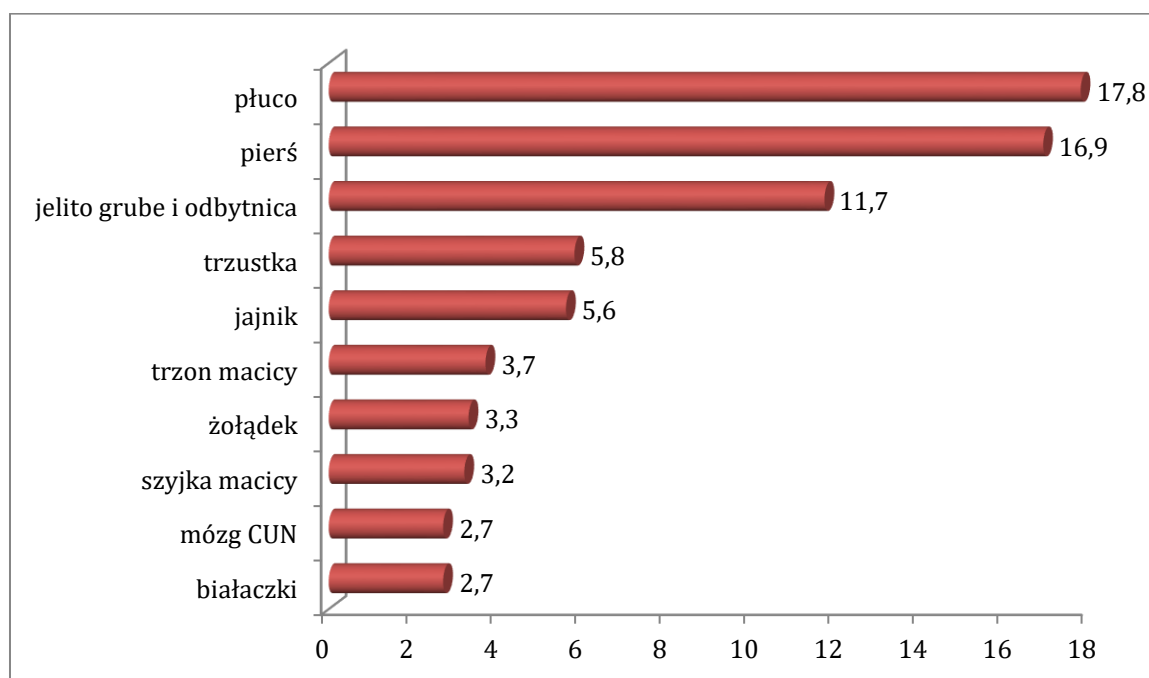
Rycina 5. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku

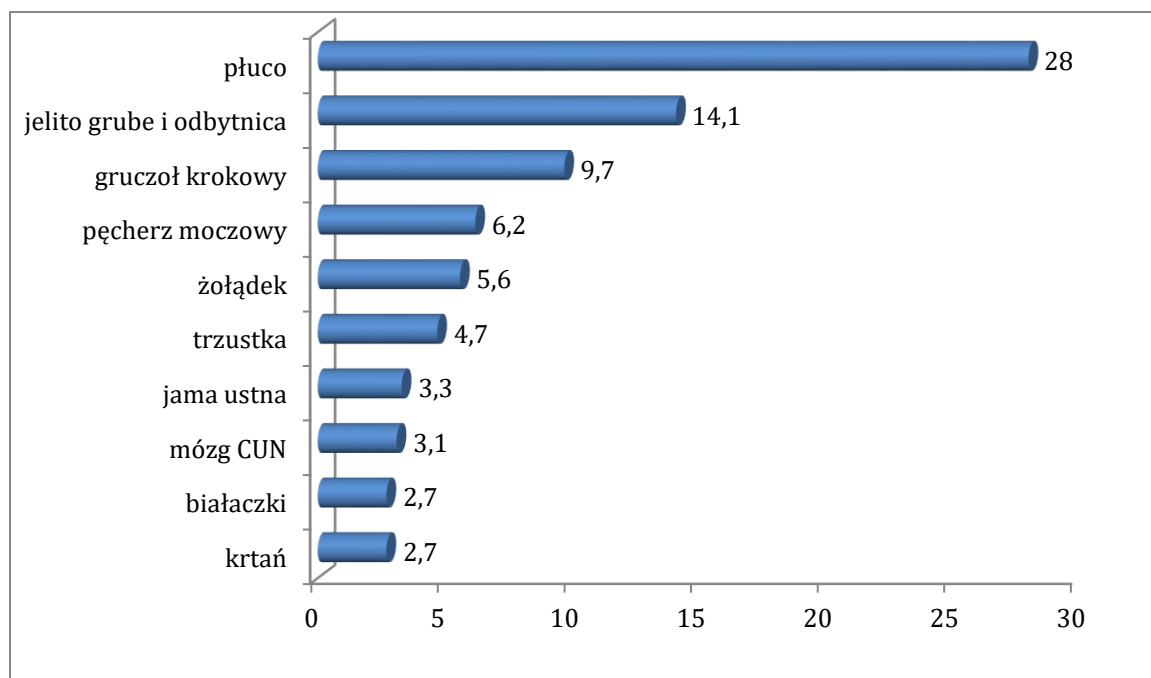




Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Rycina 6. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku





Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

3. Obecne postępowanie

Warunkiem skutecznej strategii zwalczania następstw choroby nowotworowej jest spełnienie kilku podstawowych warunków rzutujących na efektywność leczenia i przekładających się na jego skuteczność, minimalizację skutków choroby oraz w miarę możliwy powrót do pełnej sprawności po zakończonym leczeniu bądź w jego trakcie. Pierwszym krokiem w osiągnięciu tego celu jest wczesne wykrycie choroby nowotworowej, które może nastąpić dzięki interwencji lekarza rodzinnego i założeniu Karty DILO bądź uczestnictwie pacjentów w programach badań profilaktycznych finansowanych przez NFZ, Ministerstwo Zdrowia lub ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+). Wczesna diagnoza powinna nieść ze sobą jak najszybsze rozpoczęcie leczenia onkologicznego finansowanego ze środków NFZ. Leczenie to prowadzone jest w wyspecjalizowanych placówkach onkologicznych i często ma charakter skojarzony obejmując zabieg chirurgiczny, radioterapię, chemioterapię i hormonoterapię. Kompilacja metod leczenia zależy od typu nowotworu, jego zaawansowania i stanu ogólnego pacjenta. Leczenie trwać może od kilku tygodni do kilkunastu miesięcy czy nawet kilku lat. Pacjent przez pierwsze 5 lat po leczeniu onkologicznym powinien być monitorowany pod względem parametrów klinicznych oceniających efekty dotychczasowego leczenia lub ewentualnych nawrotów choroby. Okres rekonwalescencji niejednokrotnie ograniczony jest tylko do monitoringu parametrów klinicznych, nie uwzględniając i nie diagnozując potrzeb z zakresu kompleksowej rehabilitacji, psychologii i dietetyki które są niezwykle istotne w procesie dojścia do optymalnego funkcjonowania i pełnienia ról zawodowych rodzinnych i społecznych. Postępowanie w tym zakresie nie jest możliwe do

realizacji w czasie pobytu szpitalnego prowadzącego leczenie specjalistyczne ani też ze względu na swój złożony i kompleksowy charakter przez lekarza rodzinnego. W procesie rekonwalescencji istotnym jest stosunkowo szybkie i komplementarne jej rozpoczęcie, aby uniknąć utrwalenia nabytych deficytów sprawnościowych i fałszywych kompensacji, a konieczność oczekiwania zarówno w okresie rekonwalescencji po zakończeniu intensywnej i obciążającej terapii, jak i w przypadku wystąpienia ograniczeń w późniejszym czasie wskutek kumulowania się ubocznych skutków zachorowania i leczenia nie sprzyjają pełnemu, a tym bardziej szybszemu, powrotowi do pełnienia ról zawodowych, osobistych i społecznych. Eksperci z dziedziny rehabilitacji onkologicznej wskazują na potrzebę opracowania standardów i systemu kompleksowej rehabilitacji w onkologii.

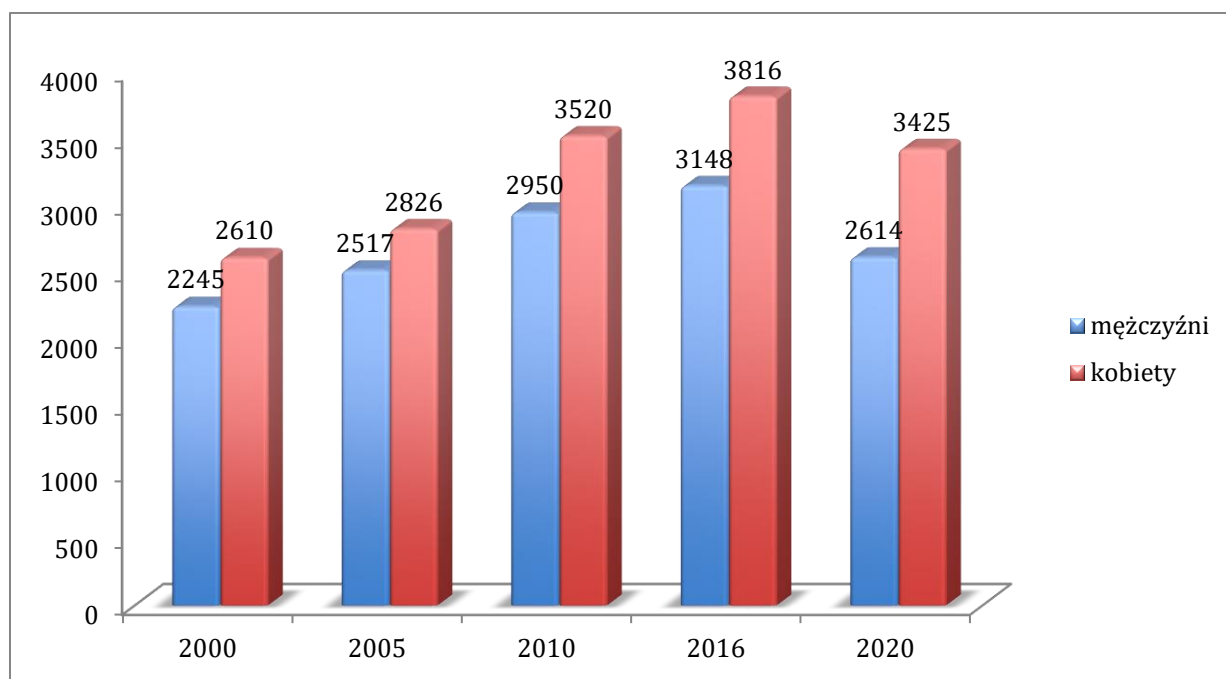
4. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Sytuacja epidemiologiczna w zakresie nowotworów złośliwych w grupie wieku 20-64 lata w województwie wielkopolskim stanowi podstawę dla szerszego uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu.

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w grupie wieku 20-64 lata w województwie wielkopolskim.

W województwie wielkopolskim liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w grupie wieku 20-64 lata w 2020 roku wyniosła 6 039 (2614 zachorowań u mężczyzn oraz 3425 zachorowań u kobiet), w stosunku do roku 2000 nastąpił 16% wzrost liczby zachorowań u mężczyzn oraz 31% wzrost u kobiet – rycina 7.

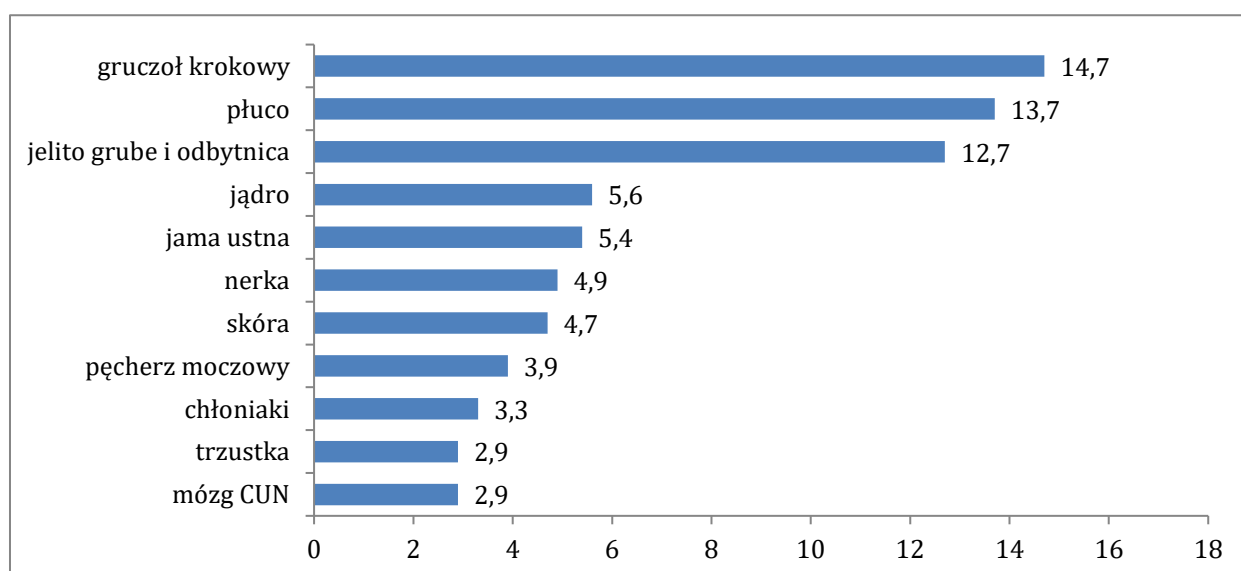
Rycina 7. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim w grupie wieku 20-64 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

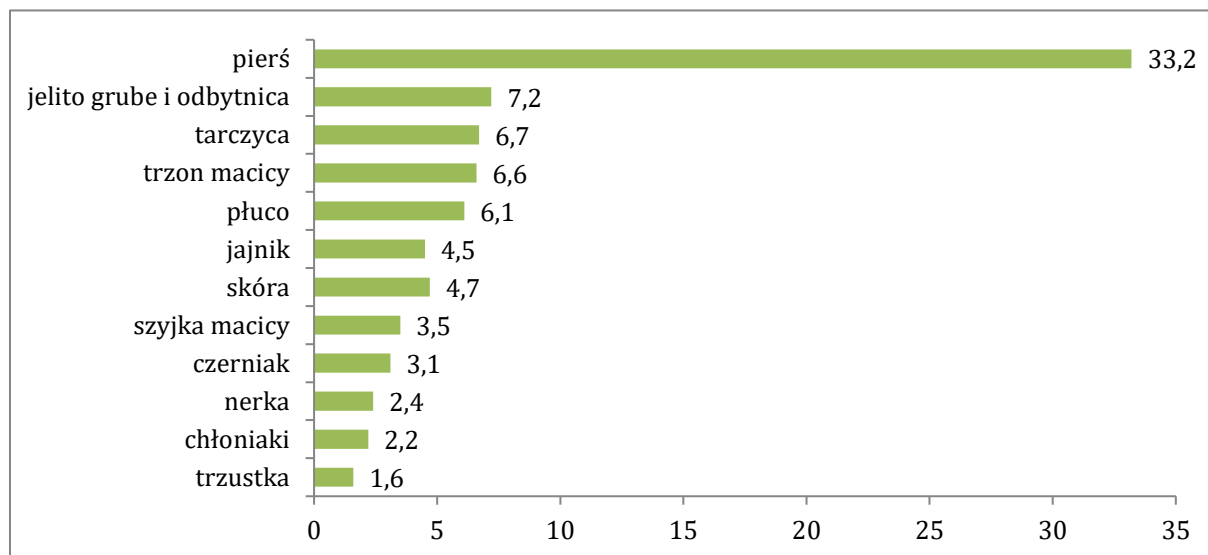
Zachorowania w grupie wieku 20-64 lata stanowiły 35,2% wszystkich zachorowań u mężczyzn oraz 45,8% zachorowań u kobiet. W strukturze zachorowań u mężczyzn w grupie wieku 20-64 lata dominowały nowotwory złośliwe: gruczołu krokowego (14,7%), płuca (13,7%), jelita grubego i odbytnicy (12,7%), jądra (5,6%) oraz jamy ustnej (5,4%) - rycina 8, natomiast u kobiet nowotwory: piersi (33,2%), jelita grubego i odbytnicy (7,2%), tarczycy (6,7%) oraz płuca (6,1%) – rycina 9.

Rycina 8. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Rycina 9. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata

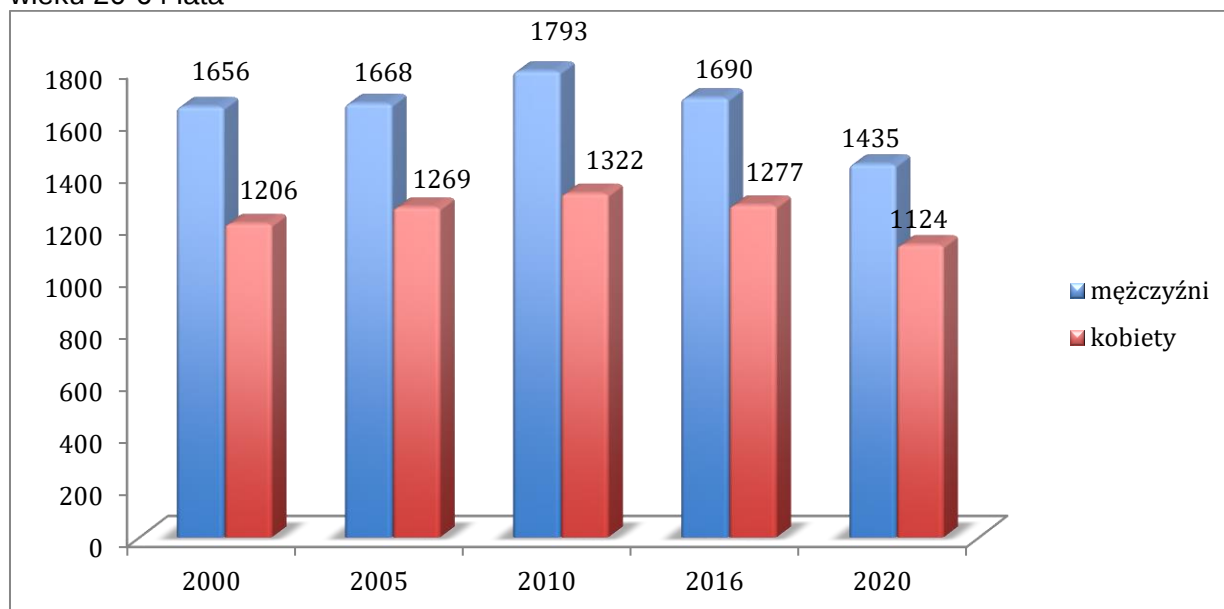


Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Umieralność na nowotwory złośliwe w grupie wieku 20-64 lata w województwie wielkopolskim.

W województwie wielkopolskim na nowotwory złośliwe w grupie wieku 20-64 lata zmarło w 2020 roku 2 559 osób (1435 zgonów u mężczyzn oraz 1124 zgonów u kobiet), w stosunku do roku 2000 nastąpił spadek liczby zgonów zarówno u kobiet jak i u mężczyzn – rycina 10.

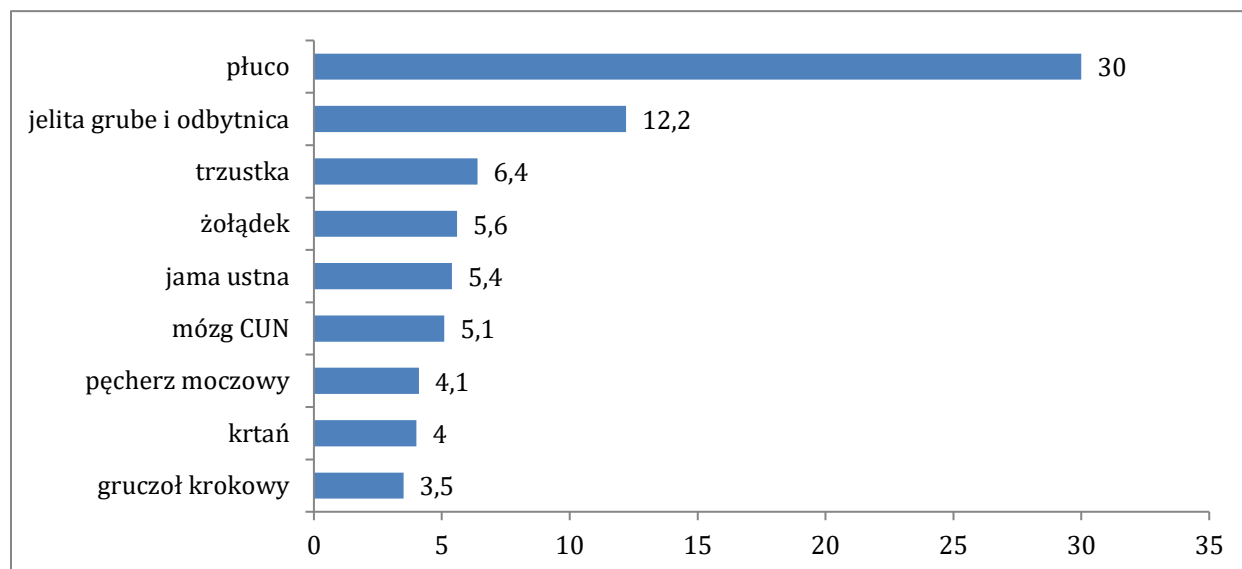
Rycina 10. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim w grupie wieku 20-64 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

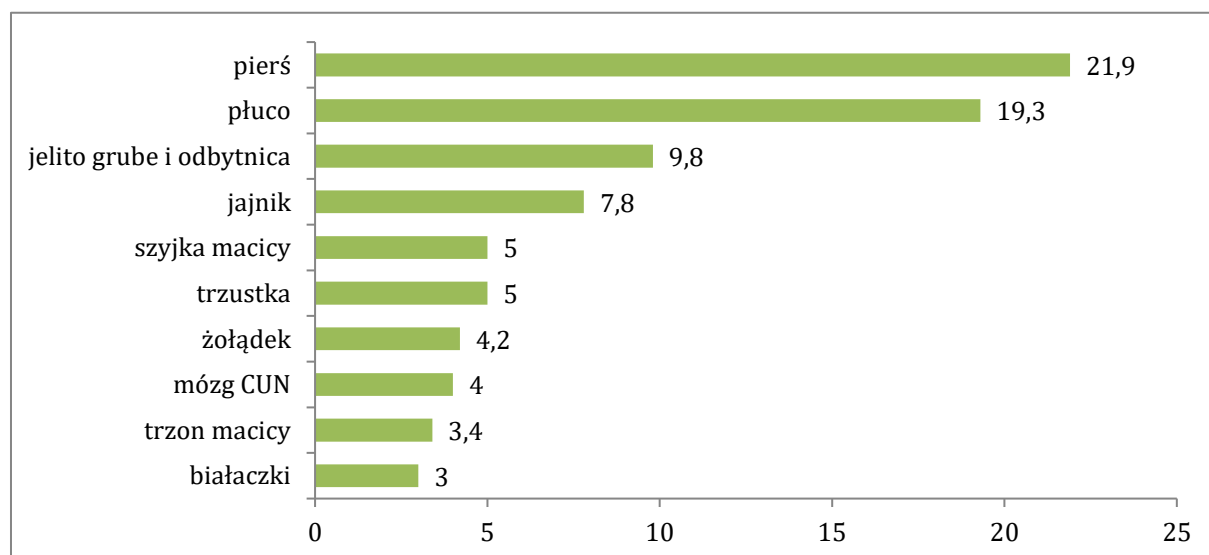
Zgony w grupie wieku 20-64 lata stanowiły 27,6% wszystkich zgonów u mężczyzn oraz 26,0% zgonów u kobiet. W strukturze zgonów u mężczyzn w grupie wieku 20-64 lata dominowały nowotwory złośliwe: płuca (30,0%), jelita grubego i odbytnicy (12,2%), trzustki (6,4%), żołądka (5,6%) oraz jamy ustnej (5,4%) - rycina 11, natomiast u kobiet nowotwory: piersi (21,9%) płuca (19,3%), jelita grubego i odbytnicy (9,8%) oraz jajnika (7,8%) – rycina 12.

Rycina 11. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Rycina 12. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata



Źródło: Opracowanie na podstawie danych KRN

Chorobowość 5-letnia jest miarą, która określa liczbę żyjących chorych z rozpoznaniem nowotworu zdiagnozowanym w ciągu poprzedzających 5 lat. Według oszacowań chorobowości przeprowadzonych dla 2020 roku, w Polsce żyło 551 237 osób z nowotworem złośliwym zdiagnozowanym w ciągu ostatnich 5 lat. Wskaźnik 5-letniej chorobowości jest pochodną struktury nowotworów złośliwych w danym kraju, częstości zachorowań, wczesnej diagnozy i skuteczności leczenia.

Na podstawie wskaźników demograficznych i epidemiologicznych dla roku 2020 liczbę chorych na nowotwór złośliwy w Wielkopolsce w grupie wiekowej 20-64 lata oszacowano na około 17 tysięcy (17 323 osoby z nowotworem złośliwym zdiagnozowanym w ostatnich 5-latach, z największym udziałem nowotworów złośliwych piersi, jelita grubego i odbytnicy oraz płuca).

Poza danymi epidemiologicznymi na potrzebę realizacji programu wskazują przyczyny chorobowości oraz orzeczenia o niepełnosprawności wśród mieszkańców Wielkopolski.

Przeciętna długość trwania życia mieszkańców województwa wielkopolskiego, nieznacznie wyższa od ogólnopolskiej w przypadku mężczyzn i na poziomie przeciętnym w przypadku kobiet wskazuje, że stan zdrowia mieszkańców województwa można ogólnie uznać za zbliżony do mieszkańców Polski ogółem. Niewątpliwie istotny problem zdrowotny stanowią w województwie choroby nowotworowe wśród osób dorosłych, gdyż poziom zachorowalności, chorobowości oraz w konsekwencji związanej z nimi niepełnosprawności są wyższe od poziomu ogólnopolskiego.

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji dla pacjentów onkologicznych wpisuje się w Wojewódzki Plan Transformacji, w którym zauważono potrzebę zwiększenia dostępu do świadczeń rehabilitacji leczniczej ze względu na to, że już obecnie popyt przewyższa podaż i powoduje wydłużenie czasu oczekiwania na te świadczenia. Zgodnie z zapisami dokumentu „Zdrowa Przyszłość. Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” wg. WHO nowotwory kwalifikowane są jako choroby cywilizacyjne, czyli takie, które nasilają się globalnie i są wynikiem zmian stylu życia i stanu środowiska. Wzrost umieralności z powodu chorób nowotworowych wynika zarówno ze zjawiska starzenia się ludności, jak i z nasilonego narażenia populacji na czynniki rakotwórcze. Według prognoz do 2028 r. nastąpi wzrost liczby zachorowań na nowotwory wśród kobiet o 3,5% i o 3,9% wśród mężczyzn. Program odpowiada założeniom Celu 1.1 [Dostępność] Zapewnienie równej dostępności do świadczeń zdrowotnych w ilości i czasie adekwatnych do uzasadnionych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Działania realizowane z EFS Plus na

poziomie regionalnym w ramach przedmiotowego programu polityki zdrowotnej mogą być komplementarne z działaniami realizowanymi w ramach Narodowego Programu Zwalczania chorób nowotworowych na lata 2016-2024.

Z raportu ZUS wynika, że liczba świadczeniobiorców pobierających emerytury i renty w marcu 2023 w Polsce wyniosła 7,89 mln osób, z czego 565,8 tys. pobierało renty z tytułu niezdolności do pracy.⁵

Ocena pod względem orzekanych w 2018 roku grup chorobowych wykazała, że najczęstszą przyczyną orzekania o niezdolności do pracy były choroby nowotworowe, które stanowiły 22,6% ogólnej ich liczby.⁶

Jak wynika z analizy orzeczeń pierwszorzazowych wydanych dla celów rentowych w 2022 r., najczęściej powstawanie niezdolności do pracy powodowały choroby związane z ogólnym stanem zdrowia. Orzeczenie z przyczyn choroby nowotworowej stanowiły 21,6% ogółu orzeczeń.

Powstawanie niezdolności do pracy u osób z chorobami nowotworowymi powodowały głównie nowotwory złośliwe sutka – 17,3%, nowotwory złośliwe oskrzela i płuca – 10,6% oraz nowotwory jelita grubego – 6,4%.

W 2022 u mężczyzn niezdolność do pracy spowodowana była w 17,5% przypadków chorobami nowotworowymi, natomiast u kobiet spowodowana była w 27,7% przypadków chorobami nowotworowymi.

W grupie orzeczeń, które zostały wydane z powodu choroby nowotworowej 20,9% orzeczeń stanowiły orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, 62,5% orzeczenia ustalające całkowitą niezdolność do pracy i 16,6% orzeczenia stwierdzające częściową niezdolność do pracy.

Orzeczenia bezterminowe najczęściej uzyskiwały osoby, u których występują choroby nowotworowe (23,4%).

Rozpatrując orzeczenia o najdłuższym okresie ważności, tj. od 10 do 12 miesięcy widać, że najczęściej uzyskiwały je osoby, u których występują choroby nowotworowe (62,1%).

Rozpatrując poszczególne grupy chorobowe według okresu ważności orzeczenia, najwyższy odsetek badanych, którym wydano orzeczenie o najdłuższym okresie wystąpił wśród osób dotkniętych chorobami nowotworowymi - 31,2%.

⁵ Struktura wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2023 roku", raport ZUS, Warszawa 2023

⁶ Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2018 r. Warszawa sierpień 2019 r.

Z analizy przestrzennego zróżnicowania orzeczeń pierwszorazowych z ustalonym stopniem niezdolności do pracy wydanych w 2022 r. wynika, że w województwie wielkopolskim wydano 11,2% orzeczeń (n= 4406) ⁷

Tabela 1.

Dynamika orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy w 2018 r. w stosunku do 2014 r. i do 2017 r. według płci oraz wybranych grup chorobowych będących przyczyną niezdolności do pracy

Grupa chorobowa	Ogółem ^{*)}	Mężczyźni	Kobiety	Ogółem ^{*)}	Mężczyźni	Kobiety
	2014 r. = 100%			2017 r. = 100%		
Ogółem	91,7%	92,2%	90,6%	99,1%	99,5%	98,6%
Niektóre choroby zakaźne i pasożytnicze	62,9%	64,9%	46,7%	90,5%	86,4%	84,5%
Nowotwory	90,1%	92,4%	86,8%	95,1%	96,0%	93,6%

W skali kraju, w przypadku orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy w 2018 roku związanych z nowotworami, 67,4% orzeczeń dotyczyło osób przed 60 rokiem życia (58,9% orzeczeń u mężczyzn oraz 82,1% u kobiet dotyczyło osób przed 60 rokiem życia).⁸ Absencja chorobowa w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy wynosiła w Polsce w 2015 roku 8 174,3 tys. dni by do roku 2017 wzrosnąć do poziomu 8 629,1 tys. dni.⁹ Większość orzeczeń o niezdolności do pracy w związku z zachorowaniem na nowotwór złośliwy to orzeczenia o całkowitej niezdolności do pracy samodzielnej egzystencji lub całkowitej niezdolności do pracy.¹⁰

Przedstawione dane umożliwiają poznanie skali korzystania ze zwolnień lekarskich oraz świadczeń rentowych wynikających z orzeczenia o niepełnosprawności oraz porównanie skutków wywoływanych przez choroby nowotworowe z innymi schorzeniami cywilizacyjnymi w zakresie ograniczenia i wykluczenia z aktywności zawodowej.

Postęp w zakresie wczesnego wykrywania nowotworów wpływa na możliwość przedłużenia życia, jednakże zastosowanie radykalnej, często okaleczającej terapii wiąże się z deformacją ciała i utratą sprawności, a standardowo usuwane węzły chłonne powodują występowanie lub przynajmniej zagrożenie wystąpieniem obrzęku limfatycznego, który przyczynia się do ograniczenia sprawności fizycznej oraz powoduje wyłączenie z aktywności zawodowej

⁷ Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2022 roku", raport ZUS, Warszawa 2023

⁸ Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2018 r.", raport ZUS, Warszawa, sierpień 2019

⁹ Rocznik statystyczny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2015 – 2017, Warszawa 2019

¹⁰ Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2022 roku", raport ZUS, Warszawa 2023

i znacząco obniża jakość życia. Co więcej, specyfika niesprawności po zabiegach chirurgicznych, a tym samym rehabilitacji pacjentów onkologicznych sprawia, że pacjent nie odzyskuje sprawności trwale, lecz wymaga wieloletniego i systematycznego jej podtrzymywania, tym bardziej, że na ten rodzaj ograniczeń psychoruchowych nakłada się pogorszenie sprawności powodowanej wiekiem i innymi współistniejącymi chorobami.

W chwili obecnej zapotrzebowanie na kompleksową rehabilitację pacjentów onkologicznych nie jest zaspokojone, a szereg osób ma problemy z dostępem do fachowej specjalistycznej rehabilitacji, która umożliwiłaby im powrót do pełnej sprawności po ciężkim i obciążającym leczeniu.

Liczna grupa chorych, z obawy przed utratą pracy czy „naznaczeniem” w środowisku zawodowym, wraca możliwie szybko do pracy i nie korzysta z możliwości uzyskania orzeczenia o występującej ograniczonej sprawności, szczególnie w tych przypadkach, gdy trwałe skutki choroby i przebytego leczenia można w różny sposób ukryć, a wiek przemawia za nie obniżaniem własnej pozycji na rynku pracy. Jest to grupa chorych, którzy bardziej niż inni wymaga ułatwień w dostępie do, przynajmniej okresowej, fizjoterapii czy rehabilitacji, jak również do pomocy psychologicznej i poradnictwa dietetycznego, które daje szansę na przywrócenie poczucia sprawowania kontroli nad własnym zdrowiem i życiem, zaburzonej przez zachorowanie na raka i obciążone wieloma skutkami ubocznymi leczenie.

Wobec prognozowanego blisko 18% wzrostu zachorowalności na nowotwory złośliwe w ciągu najbliższych 15 lat, objęcie pacjentów onkologicznych wielodyscyplinarną opieką na etapie diagnostyczno-terapeutycznym, dla osiągnięcia realnej skuteczności kosztownych specjalistycznych terapii wymaga wypracowania kompleksowego modelu rehabilitacji psychofizycznej z poradnictwem dietetycznym, który w efekcie końcowym umożliwi ograniczenie finansowych i społecznych kosztów leczenia, przyczyniając się do zwiększenia odsetka dorosłych pacjentów wracających do aktywności zawodowej. Nabiera to szczególnego znaczenia gdy uwzględnimy raport NIK z roku 2017 wskazujący, iż na rehabilitację onkologiczną wydaje się w Polsce 0,2% budżetu dedykowanego leczeniu nowotworów, co stanowi 16 mln zł rocznie.

Zgodnie z raportem konsultanta krajowego z dziedziny rehabilitacji medycznej z 2019 r., elementem zwiększający niepełnosprawność w Polsce będą stanowiły nowotwory. Szacuje się, że psychofizyczne następstwa leczenia nowotworów są przyczyną obniżenia jakości życia u około 70% chorych.¹¹

¹¹ M. Woźniewski, Fizjoterapia w onkologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych jako jeden z rekomendowanych kierunków działań w zakresie rehabilitacji wskazuje na konieczność objęcia rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie. Przykładem jest onkologia, gdzie tylko ok. 3% chorych w 2018 r. było rehabilitowanych.¹²

Istotną kwestią jest to, iż 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 oraz etap leczenia oraz wykonywać systematycznie (Woźniewski red. 2012). Zgodnie z dokumentem „Strategia walki z rakiem w Polsce 2015-2024” utworzenie ośrodków rehabilitacji onkologicznej przy dużych placówkach onkologicznych, a także wyodrębnienie przez NFZ nowego produktu rozliczeniowego „Rehabilitacja onkologiczna”, jest jednym z kluczowych działań, które należałoby wdrożyć w celu zapewnienia odpowiedniej jakości świadczonych usług, a także umożliwienia specjalizacji i nabycia doświadczenia w zakresie rehabilitacji pacjentów onkologicznych również personelowi udzielającemu świadczeń w innych placówkach rehabilitacyjnych. Na ograniczenia w dostępie do rehabilitacji onkologicznej wskazuje również NIK w informacji o wynikach kontroli „Dostępność i efekty leczenia nowotworów”. Według NIK brak oddzielnego produktu rozliczeniowego dla rehabilitacji onkologicznej powoduje, że pacjenci onkologiczni wraz z pozostałymi pacjentami czekają w długich kolejkach na udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych. Program ten przyczyni się również do wzrostu wiedzy i umiejętności kadry medycznej w zakresie rehabilitacji i wsparcia psychologicznego pacjentów onkologicznych poprzez szkolenia lub inne formy kształcenia skierowane do fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków. Wpłynie on także na zwiększenie dostępu do rehabilitacji ukierunkowanej na choroby onkologiczne.

Jednocześnie „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” wpisuje się w Wytyczne dotyczące realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 w ramach którego programy zdrowotne mogą być realizowane w formie programów z zakresu rehabilitacji leczniczej ułatwiającej powrót do pracy lub utrzymanie zatrudnienia.

W celu zapobiegania podwójnemu finansowaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji medycznej, pacjenci będą zobligowani do złożenia pisemnego oświadczenia, iż

¹² Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Warszawa, sierpień 2021

w momencie przystąpienia do Programu, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystają/nie będą korzystać z rehabilitacji w związku z trwającym/przebytym leczeniem onkologicznym w ramach innych środków publicznych np. NFZ, ZUS, KRUS, środków jednostek samorządu terytorialnego, środków krajowych lub unijnych (wzór oświadczenia stanowi załącznik nr 2 do programu). W przypadku rozpoczęcia rehabilitacji finansowanej z innych źródeł publicznych uczestnik zobowiązuje się do niezwłocznego poinformowania o tym podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach Programu.

II. CELE PROGRAMU

1. Cel główny programu

Poprawa sprawności funkcjonalnej¹³ u nie mniej niż 30% uczestników Programu w okresie jego realizacji¹⁴.

2. Cele szczegółowe

- Poprawa kondycji psychicznej u nie mniej niż 15 % uczestników w okresie realizacji Programu zdrowotnego.
- Poprawa stanu odżywienia u nie mniej niż 15 % uczestników w okresie realizacji Programu zdrowotnego.
- Poprawa aktywności i sprawności fizycznej u nie mniej niż 30% uczestników w okresie realizacji Programu zdrowotnego.
- Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy u nie mniej niż 75% osób z otoczenia pacjenta tj.: członków rodzin/opiekunów, które wzięły udział w edukacji w ramach programu.
- Podniesienie lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy u nie mniej niż 85% kadry medycznej programu (fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków), która wzięła udział w szkoleniach w ramach programu.

Wartości docelowe zostały przyjęte mając na uwadze specyfikę grupy docelowej oraz jej różnorodność. Przyjęte wartości pozwalają na jednoznaczną ocenę efektywności realizacji Programu przy jednoczesnym uwzględnieniu realnej możliwości ich wykonania. Wyniki interwencji założonych w programie mogą być różne w zależności od rodzaju nowotworu, zastosowanej metody leczenia, stanu pacjenta przystępującego do rehabilitacji, a także rodzaju i częstotliwości wykonywanych zabiegów fizjoterapeutycznych.

Ponadto założone cele szczegółowe nr 1-3 wprost wpisują się w realizację celu głównego Programu. Natomiast objęcie wsparciem osób z otoczenia pacjenta oraz kadry medycznej, wzmacnia pozytywny efekt realizowanego Programu, stanowiąc o jego wartości dodanej. Poziom wiedzy osób z otoczenia oraz kadry medycznej mierzony będzie za pomocą pre- i post- testów, gdzie o wysokim poziomie wiedzy świadczyć będzie min. 70% poprawnych odpowiedzi.

¹³ Sprawność funkcjonalna osoby może być rozumiana jako zdolność do wykonywania normalnych codziennych życiowych zadań bezpiecznie i samodzielnie, bez nadmiernego wysiłku

¹⁴ Okres realizacji programu to około 4 lata, niemniej jednak zakłada się, iż okres realizacji może być krótszy lub dłuższy - zależy od informacji wskazanej przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.

3. Oczekiwane efekty programu

- Zwiększenie aktywności i sprawności fizycznej uczestników programu.
- Poprawa kondycji psychicznej pacjentów biorących udział w programie.
- Poprawa stanu odżywienia pacjentów biorących udział w programie.
- Wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy kadry medycznej zatrudnionej przy realizacji programu.
- Wzrost lub utrzymanie wysokiego poziomu wiedzy u osób z otoczenia pacjenta tj.: rodzin/opiekunów, w zakresie wskazanej aktywności ruchowej, zasad prawidłowego odżywiania lub udzielania wsparcia psychicznego uczestnikom programu.

4. Mierniki efektywności programu

- Liczba osób, u których po opuszczeniu programu nastąpiła poprawa sprawności funkcjonalnej – u nie mniej niż 750 osób.
- Liczba osób z otoczenia pacjenta, u których nastąpił wzrost wiedzy lub utrzymał się wysoki poziom wiedzy dotyczącej profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej po leczeniu choroby nowotworowej oraz metod rehabilitacji ruchowej, wsparcia psychicznego i żywieniowego pacjentów onkologicznych – nie mniej niż 188 osób.
- Liczba osób uczestniczących w interwencji rehabilitacyjnej, u której nastąpiła poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej – nie mniej niż 750 osób.
- Liczba osób, u których nastąpiła poprawa kondycji psychicznej mierzona testem HRQL- nie mniej niż 375 osób.
- Liczba osób, u których nastąpiła poprawa stanu odżywienia podczas trwania programu zdrowotnego – nie mniej niż 375 osób.
- Liczba kadry medycznej zatrudnionej przy realizacji programu, u której zwiększył się lub utrzymał wysoki poziom wiedzy specjalistycznej – u nie mniej niż 85% osób.

III. ADRESACI PROGRAMU

1. Oszacowanie populacji biorącej udział w programie

Na populację województwa wielkopolskiego w roku 2020 składało się 3 500 361 osób, z czego liczbę mieszkańców w wieku 18 – 64 lat określa się na 2 218 812 osób osoby, co stanowi 63,4% mieszkańców. **Ze względu na fakt, że dane o liczbie zachorowań na nowotwory złośliwe podawane są w 5-letnich grupach wiekowych, analiza występowania nowotworów złośliwych została przedstawiona od grupy wiekowej 20-24 lata.** Działaniami objęta zostanie populacja mieszkańców województwa wielkopolskiego, którzy są w trakcie lub po leczeniu onkologicznym.

Tabela 2. Populacja Wielkopolski dla przedziału wiekowego 18-64 lata

Ludność województwa wielkopolskiego z podziałem na grupy wiekowe	2020 rok
O G Ó Ł E M	2 218 812
18-24	254 679
25-29	228 105
30-34	264 925
35-39	300 111
40-44	285 138
45-49	247 479
50-54	203 266
55-59	202 696
60-64	232 413

Źródło: Główny Urząd Statystyczny

Na podstawie wskaźników demograficznych i epidemiologicznych dla roku 2020 liczbę chorych na nowotwór złośliwy w Wielkopolsce w grupie wiekowej 20-64 lata oszacowano na około 17 tysięcy (zgodnie z pkt 4 Uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu) – ta liczba będzie uznawana za wielkość populacji docelowej. Z programu skorzysta ok. 2500 osób, tj. 14,7 % populacji docelowej.

Dodatkowo poza uczestnikami rehabilitacji i terapii, do programu zaproszone zostaną osoby z najbliższego otoczenia pacjenta - rodzina/opiekunowie (w szczególności opiekun prawny, rodzic, osoba sprawująca opiekę nad pacjentem). Liczba osób co do zasady zależna będzie od liczby zainteresowanych. Niemniej jednak zakłada się, iż około 10% osób z otoczenia pacjenta będzie zainteresowane wsparciem oferowanym w programie tj. 250 osób.

IV. Organizacja programu

W ramach programu wyłoniony zostanie realizator w procedurze konkursowej zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Projekt będzie realizowany zgodnie z warunkami określonymi w ramach konkursu przez Instytucję Zarządzającą.

1. Etapy organizacji programu

Na początku realizacji programu wybrany zostanie jego realizator (nabór ogłoszony w ramach FEW w oparciu o zapisy rozdziału 14 ustawy z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2021-2027). Do realizatora należeć będzie zadanie z zakresu organizacji, koordynacji i realizacji zaplanowanych interwencji, monitorowanie realizacji projektu, ewaluacja zrealizowanych działań.

Pierwszym etapem programu będzie akcja informacyjno-edukacyjna. W ramach programu podmiot realizujący zorganizuje kampanię informacyjno-edukacyjną na temat programu, za którą będzie w pełni odpowiedzialny. Celem działania informacyjno-edukacyjnego w ramach programu jest poinformowanie ogółu społeczeństwa o realizacji programu oraz o źródłach jego finansowania, o problemie zdrowotnym, do którego program się odnosi, o tym, kto może wziąć udział w programie oraz o kryteriach i sposobie kwalifikacji uczestników do programu. Wszystkie powyższe informacje umieszczone zostaną na stronie internetowej podmiotu realizującego program.

Mieszkańcy województwa wielkopolskiego będą informowani o programie zdrowotnym za pośrednictwem lokalnych mediów, przychodni POZ, podmiotów leczniczych udzielających świadczeń z zakresu onkologii, chirurgii onkologicznej chemio - i radioterapii, miejskich i gminnych ośrodków pomocy społecznej (OPS, MOPS, GOPS), powiatowych centrów pomocy rodzinie (PCPR), organizacji pozarządowych działających na rzecz osób z chorobą nowotworową itp. Wyboru konkretnych sposobów dystrybucji i rozpowszechnienia wiedzy o programie dokona realizator.

Drugi etap programu to utworzenie/utrzymanie na terenie Poznania Centrum Referencyjnego, odpowiedzialnego za logistykę, realizację i koordynację działań w siedzibie oraz w czterech utworzonych na terenie subregionów województwa wielkopolskiego filiach (specjalistyczne szkolenie kadry oraz w przypadku konieczności doposażenie centrum oraz ośrodków filialnych w sprzęt niezbędny do realizacji zaplanowanych działań rehabilitacyjnych).

Trzecim etapem będzie prowadzenie kompleksowej rehabilitacji z możliwością skorzystania ze wsparcia psychologicznego i/lub poradnictwa dietetycznego dla osób w trakcie lub po przebytym leczeniu onkologicznym, połączone z działaniami profilaktyczno-edukacyjnymi, którymi objęci zostaną zarówno pacjenci onkologiczni, jak i osoby z najbliższego ich otoczenia, a także personel medyczny.

2. Kryteria włączenia i wyłączenia

2.1 Kryteria włączenia

Do Programu będą kwalifikowane osoby spełniające łącznie poniższe kryteria:

- uczą się, pracują lub zamieszkują na obszarze województwa wielkopolskiego;
- osoby pracujące lub zarejestrowane jako bezrobotne;
- aktualnie trwająca choroba nowotworowa lub przebyta choroba nowotworowa;
- w momencie przystąpienia do Programu jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystają/nie będą korzystać z rehabilitacji w związku z trwającym/przebytym leczeniem onkologicznym w ramach środków publicznych np. NFZ, ZUS, KRUS, środki jednostek samorządu terytorialnego, środki krajowe lub unijne (potwierdzone pisemnym oświadczeniem – wzór w załączniku nr 2);
- skierowanie do udziału w programie (przez skierowanie należy rozumieć wystawione przez lekarza „Zalecenie udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lat z terenu województwa wielkopolskiego” – wzór w załączniku nr 1);

O dopuszczeniu do udziału w Programie decyduje lekarz onkolog.

2.2 Kryteria wyłączenia

- orzeczona trwała niezdolność do pracy;
- konieczność zapewnienia stałego intensywnego nadzoru medycznego;
- inne ograniczenia medyczne stwierdzone i uzasadnione przez onkologa w trakcie kwalifikacji do udziału w programie, które uniemożliwiają skorzystanie z działań rehabilitacyjnych;
- rezygnacja z udziału po zapoznaniu się ze szczegółami programu.

3. Działania organizacyjne w programie

3.1 Utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego

W ramach Programu planuje się utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego. Za utworzenie i koordynowanie Centrum, przez cały okres realizacji Programu, odpowiedzialny będzie realizator. Centrum będzie podstawowym miejscem udzielania świadczeń w Programie oraz pełnić będzie funkcje koordynujące i audytujące filie, celem zapewnienia dostępności świadczeń zdrowotnych o porównywalnym standardzie osobom włączonym do Programu.

Centrum będzie odpowiedzialne za zarządzanie, jakość udzielonego wsparcia, za wszystkie działania logistyczne, organizacyjne oraz informacyjno-edukacyjne.

Zadaniem Centrum będzie również opracowanie szczegółowych programów w zakresie kompleksowej fizjoterapii, pomocy psychologicznej i poradnictwa dietetycznego dla kadry zaangażowanej w Programie. Programy te będą służyły do utrzymania standardu

realizowanych działań oraz będą podstawą do ich monitorowania. Fizjoterapeuci, psychologowie, dietetycy pracujący przy realizacji Programu będą mogli wziąć udział w specjalistycznym szkoleniu, które dostarczy wiedzy i zweryfikuje umiejętności w zakresie niezbędnym do podejmowania działań w Programie. Po zakończeniu szkolenia poszczególni realizatorzy otrzymają opracowane przez merytorycznych koordynatorów programu, wprowadzające standardy pracy z pacjentami, co zapewni porównywalność działań w poszczególnych lokalizacjach.

Wymogi dotyczące Centrum Referencyjnego:

- Kadra:
 - lekarze onkolodzy z doświadczeniem klinicznym – ocena stanu zdrowia pacjentów i kwalifikacja pacjentów do udziału w programie (nie mniej niż 2 osoby);
 - fizjoterapeuci w liczbie umożliwiającej przeprowadzenie nie mniej niż 50 000 zabiegów fizjoterapeutycznych;
 - koordynator medyczny pracy fizjoterapeutów w Centrum i filiach (mgr fizjoterapii posiadający aktualne prawo wykonywania zawodu, z co najmniej 5 letnim doświadczeniem w pracy, w tym także z doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi);
 - dietetycy lub technolodzy żywności z wykształceniem w zakresie żywienia człowieka, z doświadczeniem w prowadzeniu indywidualnego i zbiorowego poradnictwa dietetycznego w liczbie umożliwiającej przeprowadzenie około 6650 porad dietetycznych;
 - koordynator medyczny pracy dietetyków w Centrum i filiach (absolwent kierunku dietetyka lub technologia żywności ze specjalizacją żywienie człowieka lub dietetyka, z co najmniej 5 letnim doświadczeniem, w tym także doświadczeniem w pracy z pacjentem onkologicznym);
 - psychologowie z doświadczeniem klinicznym w zakresie poradnictwa i terapii w liczbie umożliwiającej przeprowadzenie około 10 200 zajęć psychologicznych;
 - koordynator medyczny pracy psychologów w Centrum i filiach (wymagania dotyczące koordynatora: psycholog z co najmniej 5 letnim doświadczeniem, w tym także doświadczeniem w pracy z pacjentem onkologicznym).
- Baza lokalowa i sprzęt*, np.:
 - sala do ćwiczeń dla pacjentów indywidualnych i pracy zespołowej wyposażona w meble, aparat do pressoterapii z mankietami i stolikiem pod aparat, bieżnia, ergometr

* Liczba musi być dostosowana do sprawnej i rzetelnej realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego.

pionowy i poziomy, orbitrek, analizator obrzęku z jednostką sterującą (laptop), monitor aktywności fizycznej;

- gabinet do pracy dietetyka wyposażony w meble, sprzęt komputerowy z drukarką i dostępem do internetu. Analizator składu ciała uwzględniający kąt fazowy (posiadający certyfikaty medyczne) oraz laptop z profesjonalnym oprogramowaniem;
- gabinet do pracy psychologa z pacjentem indywidualnie lub w kilkuosobowej grupie, wyposażony w meble, sprzęt komputerowy z drukarką i dostępem do internetu, odtwarzacz muzyki;
- biuro do obsługi Programu, gabinet lekarski, pokój koordynatorów Programu wyposażone w meble, telefon i sprzęt komputerowy, pomieszczenia biurowe ze stanowiskami komputerowymi, internet.

Organizator będzie realizował Program w Centrum Referencyjnym i filiach na terenie czterech subregionów województwa co umożliwi dotarcie do poszczególnych ośrodków mieszkańcom całego regionu. Centrum referencyjne ustali zasady działania filii, m.in. definiując niezbędną do realizacji świadczeń bazę lokalową i zabiegową oraz określając zespół specjalistów niezbędny do zaangażowania przy realizacji Programu.

Centrum Referencyjne we współpracy z filiami opracuje model funkcjonowania ośrodków spójny z działaniem Centrum, uwzględniający lokalne uwarunkowania i potrzeby.

3.2 Filie centrum

Model zakłada funkcjonowanie ośrodka centralnego o statusie referencyjnym w stosunku do ambulatoryjnych ośrodków filialnych zlokalizowanych na terenie subregionów województwa wielkopolskiego.

Każdy ośrodek filialny będzie pracował według standardów określonych przez centrum referencyjne i będzie obejmował działania w zakresie edukacji, rehabilitacji, poradnictwa psychologicznego i dietetycznego oraz monitoringu beneficjentów.

Realizacja Programu będzie elementem ograniczającym i likwidującym bariery dostępności do ambulatoryjnych specjalistycznych usług medycznych w zakresie szeroko rozumianej rehabilitacji i profilaktyki III fazy dla pacjentów onkologicznych.

Personel zatrudniony w każdym miejscu realizacji projektu będzie spełniał wymogi opracowanego przez centrum programu dedykowanego trzem ww. grupom specjalistów i podlegał będzie bieżącej ewaluacji ze strony centrum referencyjnego.

Wymogi dotyczące filii:

- Kadra musi obejmować fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków w każdej lokalizacji w liczbie umożliwiającej sprawne i rzetelne realizowanie Programu;
- Baza lokalowa - sprzęt diagnostyczno-rehabilitacyjny – liczba i rodzaj sprzętu dostosowany proporcjonalnie do liczby uczestników w danym miejscu.

4. Rehabilitacja ruchowa i usprawniająca prowadzona w Centrum i filiach

Zakres świadczenia: w trakcie lub po zakończeniu leczenia: chirurgicznego, rekonstrukcyjnego, radioterapii, chemioterapii, brachyterapii, hormonoterapii czy skojarzonego lub innego dopuszczonego przez lekarza onkologa.

Cykl zabiegowy dla 1 osoby obejmuje 5 dni zabiegowych (jednorazowo), a w razie potrzeby kolejny cykl bądź cykle po 5 dni zabiegowych. W przypadku niewykorzystania dni zabiegowych przez wskazaną grupę osób istnieje możliwość objęcia wsparciem większej liczby osób.

Wizyta kwalifikacyjna zostanie przeprowadzona przez lekarza onkologa

Osoba spełniająca kryteria formalne uczestnictwa zgłasza się do Programu sama, a kwalifikacji dokonuje lekarz podczas konsultacji onkologicznej m.in. uwzględniającej przedstawioną przez pacjenta dokumentację potwierdzającą diagnozę i/lub przebieg leczenia choroby nowotworowej. Lekarz może odmówić włączenia pacjenta do Programu m.in. z uwagi na przeciwwskazania zdrowotne. Potwierdzeniem kwalifikacji do Programu jest wystawiane przez lekarza skierowanie (przez skierowanie należy rozumieć wystawione przez lekarza „Zalecenie udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lat z terenu województwa wielkopolskiego” – wzór w załączniku nr 1”).

Lekarz onkolog, podczas wizyty kwalifikacyjnej, zbiera także wywiad medyczny w kierunku zachorowania na nowotwory w rodzinie, analizuje ewentualne wyniki badań genetycznych pacjenta i w wymagających tego przypadkach informuje o możliwości skorzystania z poradnictwa genetycznego w ramach projektów finansowanych ze środków publicznych.

Zakłada się, iż około 5% pacjentów nie zostanie objętych Programem, ponieważ nie spełni kryteriów kwalifikacji do Programu.

Osoby zakwalifikowane do udziału w Programie przez lekarza onkologa zostaną skierowane do realizujących Program specjalistów z zakresu fizjoterapii, psychologii i dietetyki, w celu szczegółowego zaplanowania właściwej interwencji.

Dodatkowo zakłada się, że około 10 % uczestników w trakcie rehabilitacji w projekcie będzie wymagało dodatkowej konsultacji z onkologiem – z powodu istotnej zmiany stanu zdrowia w trakcie udziału w projekcie, na skutek np. równoległe prowadzonego leczenia.

Działania terapeutyczne

Wizyta fizjoterapeutyczna – interwencyjna (terapeutyczna) – w zależności od celu usprawniania wybierany jest rodzaj interwencji:

- kinezyterapia indywidualna, zastosowanie specjalistycznych metod kinezyterapeutycznych, np. PNF - poprawa propriocepcji (czucia głębokiego), zakresu ruchu, siły mięśni i zręczności,
- ćwiczenia ogólnokondycyjne – indywidualnie dobierane parametry i monitorowanie (bieżnia, cykloergometr, stepper, orbitrek),
- ćwiczenia mięśni dna miednicy dla kobiet i mężczyzn,
- terapia przeciwobrzękowa/redukcja obrzęku limfatycznego (przerywana kompresja pneumatyczna, manualny drenaż limfatyczny, bandażowanie wielowarstwowe, terapia w restrykcjach blizn, terapia manualna).

Pierwsza wizyta fizjoterapeutyczna obejmować może również następujące elementy:

- wywiad – określenie przeciwwskazań,
- ocena ogólnej tolerancji wysiłku i wydolności – test marszu 6-minutowego (6-MWT) - zgodne z wytycznymi ICF 2016,
- ocena wskaźnika Body Mass Index BMI,
- ocena funkcji kończyn górnych i dolnych – siła, zakresy ruchu,
- ocena równowagi – test utrzymania równowagi na wąskiej podstawie,
- ocena obwodów kończyn (ew. indeks L-Dex),
- ocena stopnia niewydolności mięśni dna miednicy,
- ocena spoistości tkankowej (Pitting test - test uciskowy zagłębienie po uciśnięciu skóry wracające lub nie do normy po 5-30 s),
- omówienie wyników oceny funkcjonalnej z pacjentem,
- ustalenie z pacjentem wspólnego celu usprawniania.

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.

Ostatnia wizyta fizjoterapeutyczna może również obejmować następujące elementy:

- ocena ogólnej tolerancji wysiłku i wydolności – test marszu 6-minutowego (6-MWT) - zgodne z wytycznymi ICF 2016,
- ocena wskaźnika Body Mass Index BMI,
- oceny funkcji kończyn górnych i dolnych – siła, zakresy ruchu,
- ocena równowagi – test utrzymania równowagi na wąskiej podstawie,
- ocena obwodów kończyn (ew. indeks L-Dex),
- ocena stopnia niewydolności mięśni dna miednicy,
- ocena spoistości tkankowej, (Pitting test - test uciskowy zagłębienie po uciśnięciu skóry wracające lub nie do normy po 5-30 s),
- omówienie wyników oceny funkcjonalnej z pacjentem.

Działania edukacyjne w trakcie wizyt fizjoterapeutycznych – Integralną część świadczeń udzielanych w Programie stanowi edukacja zdrowotna obejmująca wyrobienie nawyków warunkujących utrzymanie zdrowia. Powinna ona odpowiadać na indywidualne potrzeby uczestników, w zależności od występujących u nich dolegliwości, np. obejmować tematykę dotyczącą zarządzania zmęczeniem, 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. Ponadto w ramach edukacji zdrowotnej uczestnicy Programu powinni być zachęceni do uprawiania aktywności fizycznej we własnym zakresie po zakończeniu cyklu zabiegów rehabilitacyjnych. Zalecany przez PTOK poziom aktywności fizycznej po zakończonym leczeniu onkologicznym powinien wynosić 1000 kcal tygodniowo lub 150 – 400 kcal dziennie. 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. Powyższe działania edukacyjne będą prowadzone podczas działań fizjoterapeutycznych.

Ponadto działania edukacyjne przewidziane są też dla osób z najbliższego otoczenia pacjenta - rodziny/opiekuna (w szczególności opiekun prawny, rodzic, osoba sprawująca opiekę nad pacjentem). Tematyka i problemy poruszane z opiekunami będą dotyczyły profilaktyki wtórnej po leczeniu choroby nowotworowej oraz metod rehabilitacji ruchowej, wsparcia psychicznego i żywieniowego pacjentów onkologicznych. Liczba osób co do zasady zależna będzie od liczby zainteresowanych. W przypadku niemożności uczestnictwa osoby z otoczenia pacjent na zakończenie udziału w Programie profilaktycznym może otrzymać opracowane w formie

elektronicznej lub papierowej materiały edukacyjne. Edukacja dla osób z otoczenia pacjenta będzie prowadzona przez fizjoterapeutów podczas udzielania świadczeń fizjoterapeutycznych w celach instruktażowych.

5. Poradnictwo psychologiczne i działania psychoterapeutyczne

Program zakłada dostęp do interwencji psychologicznych i psychoterapeutycznych. Uczestnicy będą mogli skorzystać z indywidualnych konsultacji z psychologiem oraz z psychoterapii grupowej. Forma indywidualna przewiduje odbywanie jednogodzinnych sesji jeden raz w tygodniu, co do zasady przez trzy kolejne tygodnie, licząc spotkanie diagnostyczne.

Cykl pracy z pacjentem (sesje), zgodnie z zamieszczonym niżej szczegółowym opisem będą miały charakter psychoedukacyjny i terapeutyczny, z koncentracją na emocjach.

Program zakłada możliwość powtórzenia sesji jednokrotnie lub wielokrotnie przez jednego pacjenta, zależnie od potrzeb i dostępnych środków.

Grupowa forma pomocy będzie bazowała na grupach liczących nie więcej niż 5 osób, w których podobna do sesji indywidualnych tematyka uzyska wzmocnienie przez wzajemne społeczne wsparcie udzielane przez uczestników.

Przewiduje się do czterech spotkań (4 h) dla danej grupy. Udział w sesjach indywidualnych nie będzie obligował do uczestnictwa w formie grupowej. Zakłada się kontynuację pomocy indywidualnej w grupie przez nie więcej niż 10% tj. około 250 osób zakwalifikowanych do części psychologicznej programu.

Pomoc psychologiczna będzie koncentrowała się na optymalizacji psychicznego, tzn. poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania i dążeniu do poprawy poczucia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL – Health Related Quality of Live) i zakończy się wręczeniem poradnika (w wersji papierowej/elektronicznej) wraz z ustnymi indywidualnymi zaleceniami, w celu utrwalenia uzyskanych rezultatów.

O liczbie sesji i udziale w grupie terapeutycznej ostatecznie zdecyduje beneficjent realizujący program. Psychoterapię należy zaplanować w taki sposób, aby każda sesja stanowiła odrębną całość, by w przypadku nagłej rezygnacji pacjent nie pozostał z niezamkniętym problemem.

Szczegółowe formy i techniki działania:

Spotkanie diagnostyczne (1 godzina) dla wszystkich uczestników Programu, obejmujące:

- ocenę stanu psychicznego w kontekście zachorowania, przebytego leczenia oraz czasu jaki upłynął od zakończenia terapii;

- sformułowanie oczekiwań pacjenta;
- zaplanowanie rodzaju interwencji psychoterapeutycznych.

Interwencje terapeutyczne z wykorzystaniem następujących form:

- interaktywna psychoedukacja (wprowadzenie/wyjaśnienie, analiza osobistych doświadczeń związanych z zachorowaniem i leczeniem);
- stres związany z chorobą (źródła, przejawy, sposoby radzenia sobie);
- frustracja wywołana przez chorobę i jej leczenie;
- komunikowanie się z otoczeniem na temat choroby i leczenia (rodzina, personel medyczny, dalsze otoczenie społeczne);
- emocjonalne konsekwencje choroby i leczenia (reakcje i przeżycia emocjonalne ich źródła, przejawy, radzenie sobie z emocjami);
- konflikty dnia codziennego uwarunkowane i/lub nasilone przez zachorowanie i leczenie nowotworu (źródła, strategie rozwiązywania, skutki nierozwiązanych konfliktów osobistych i interpersonalnych);
- choroba w rodzinie – modele powstawania i kumulowania się obciążeń, zmiana ról i konsekwencje;
- negatywne i pozytywne następstwa choroby – rozpoznawanie własnych potrzeb;
- techniki odreagowania emocji;
- seksualność w chorobie;
- droga do równowagi psychicznej po zachorowaniu i leczeniu choroby nowotworowej.

Na życzenie pacjenta w sesjach indywidualnych wybiórczo może uczestniczyć dorosła osoba z rodziny lub najbliższego otoczenia chorego.

Terapia grupowa będzie ukierunkowana na poprawę stanu emocjonalnego, uzyskanie lepszego wglądu w występujące problemy oraz na doświadczeniu i nauce technik odreagowujących i relaksacyjnych, obejmując podczas czterech spotkań następujące działania:

- relaksacja przy muzyce (sugestie słowne, nauka regulowania napięcia psychicznego przez kontrolowane oddychanie oraz napinanie i rozluźnienie mięśni, uspokajające autoperswazje);
- relaksacja połączona z wizualizacją (uruchomienie wyobraźni, sugestie słowne);
- psychoedukacja połączona z analizą posiadanych zasobów osobistych i społecznych, umożliwiających adaptację do życia po leczeniu choroby nowotworowej oraz podejmowanie działań psychoprophylaktycznych.

Poradnictwo dietetyczne

Zależnie od rodzaju nowotworu, zastosowanego leczenia oraz stanu odżywienia pacjenta, poradnictwo dietetyczne obejmuje:

- Ocenę komponentów składu ciała i wskaźników antropometrycznych w momencie przystąpienia do Programu;
- Analizę wskaźników biochemicznych (np. wskaźniki niedoborów pokarmowych i stopnia niedożywienia) – wskazanie parametrów do weryfikacji poprzez sposób żywienia;
- Ocenę sposobu żywienia – wywiad żywieniowy – weryfikacja dotychczasowego sposobu żywienia, korygowanie błędów, eliminacja skutków leczenia onkologicznego;
- Opracowanie Programu żywieniowego (7-dniowego) w oparciu o indywidualne wskazania żywieniowe oraz inne elementy Programu opieki onkologicznej;
- Ustalenie Programu terapeutycznego – wytyczenie celów Programu i harmonogram wizyt dopasowane do pacjenta.

Przykładowe zastosowanie poradnictwa dietetycznego dla pacjentów z najczęściej rozpoznawanymi nowotworami.

Modelowe postępowanie w przypadku raka piersi leczonego adiuwantowo

Zasadność interwencji:

Rozwój nowotworów piersi, podobnie jak innych typów nowotworów, jest zależny od działania czynników mutagennych, które uszkadzają cząsteczkę DNA, prowadząc do powstania mutacji w genomie prawidłowej komórki, jak i czynników mitogennych, sprzyjających mitotycznym podziałom komórkowym. Do specyficznych czynników ryzyka nowotworów piersi o udokumentowanym znaczeniu, należą modyfikowalne elementy stylu życia czy niemodyfikowalne cechy fizjologiczne, których wpływ, szczególnie skojarzony, może prowadzić do zwiększenia stężeń hormonów, zaburzenia regulacji hormonalnej i immunologicznej czy akumulacji substancji kancerogennych.

Spośród czynników żywieniowych należy uwzględnić: dieta typu zachodniego, nadmierne spożycie tłuszczów, szczególnie zwierzęcych, a także wysokie spożycie mięsa czerwonego i smażonego, żelaza oraz niskie spożycie świeżych warzyw i owoców czy występowanie nadwagi/otyłości po menopauzie.

Konsekwencją nadmiernej zawartości tkanki tłuszczowej w organizmie kobiet po menopauzie jest zwiększona produkcja estrogenów, wysokie stężenie insuliny i insulinopodobnego

czynnika wzrostu 1 [IGF-1] oraz stopień insulinooporności, natomiast jednocześnie niskie stężenie ochronnych adiponektyn.

Modelowe postępowanie w przypadku raka jelita grubego

Zasadność interwencji:

Rak jelita grubego stanowi największą grupę nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego. Najważniejsze żywieniowe czynniki ryzyka zachorowania na raka jelita grubego, uznawane za przekonujące, to: spożycie czerwonego i przetworzonego mięsa, nadmierne spożycie alkoholu oraz otyłość. Ponadto, bada się inne czynniki, które podejrzewa się o działanie rakotwórcze, do których zalicza się sery, a także żywność bogatą w żelazo, tłuszcze zwierzęce i cukry proste.

Czynnikami ochronnymi są w tym przypadku żywność bogata w błonnik pokarmowy, czosnek, a także mleko bogate w wapń. Aczkolwiek czynniki te traktuje się jako bardzo prawdopodobne, gdyż większość badań klinicznych oraz epidemiologicznych i eksperymentalnych potwierdza ich znaczenie. Jednocześnie czynnikami podejrzewanymi o działanie przeciwnowotworowe są warzywa niskoskrobiowe, owoce, ryby, a także produkty bogate w witaminę D. Czynniki te traktuje się jako prawdopodobne, lecz wymagające dalszych badań. Do niedawna do grupy czynników modyfikujących zachorowania i rozwój raka jelita grubego na tym poziomie istotności zaliczano także żywność bogatą w kwas foliowy oraz selen. Jednak w 2010 r. po przeanalizowaniu najnowszych danych American Institute for Cancer Research (AICR) oraz World Cancer Research Fund (WCRF) wydały oficjalne oświadczenie o zmniejszeniu wiarygodności dla tych czynników i konieczności poddania ich dalszej weryfikacji.

W dietoprofilaktyce raka jelita grubego, zaleca się także ograniczenie spożycia alkoholu, ze względu na rakotwórczy, reaktywny metabolit alkoholu — aldehyd octowy, który może uszkadzać materiał genetyczny komórek (DNA) i zaburzać mechanizmy jego naprawy. Alkohol zmniejsza także stężenie kwasu foliowego we krwi, niezbędnego do prawidłowej syntezy i ochrony DNA komórek.

Profilaktyka wrażliwych na otyłość guzów jelita grubego nakazuje także utrzymanie wskaźnika masy ciała BMI w zakresie referencyjnym, zaś obwodu brzucha poniżej 80 cm u kobiet i 94 cm u mężczyzn, unikając przekraczania tych granic.

Przebieg wizyty diagnostycznej – kwalifikacji do interwencji

Wybór metody leczenia dietetycznego zostanie ustalony na podstawie informacji uzyskanych od onkologa, dotyczącej oceny stopnia klinicznego zaawansowania choroby oraz

zdiagnozowanego podtypu. Elementem różnicującym będą markery swoiste dla raka piersi np. CA15.3 bądź HER2.

Dodatkowo na wybór terapii wpływać będą:

- obecność chorób towarzyszących – cukrzyca, otyłość, nietolerancje i alergie pokarmowe;
- przebyte uprzednio leczenie przeciwnowotworowe – radio-, chemio-, hormono- lub immunoterapia i skutki uboczne im towarzyszące (np. brak apetytu, nudności i wymioty, zmiana odczuwania zmysłów chemoreceptyjnych, zaburzenia jelitowe objawiające się wzdęciami lub biegunkami, zapalenie śluzówki jamy ustnej oraz przewodu pokarmowego);
- ocena czynników związanych ze stylem życia — palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu;
- analiza dotychczasowego sposobu żywienia – wywiad żywieniowy ze szczególnym uwzględnieniem trybu żywienia, preferencji pokarmowych i zwyczajów żywieniowych;

Ocena ogólnego stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem stanu odżywienia:

- pomiar parametrów antropometrycznych;
- analiza komponentów składu ciała, tj. zawartość tkanki tłuszczowej, stopień nawodnienia;
- obecność zakażeń i stanów zapalnych;

Ustalenie dalszego planu działań terapeutycznych na podstawie uzyskanych informacji:

określenie częstości wizyt kontrolnych (zakłada się, iż 80% uczestników skorzysta z 2 lub 3 wizyt u dietetyka):

- program podstawowy – wizyta diagnostyczna;
- program rozszerzony - wizyta diagnostyczna + wizyta terapeutyczna + wizyta końcowa;
- program dodatkowy - terapia warsztatowo-edukacyjna (grupowa do 5 osób).

Przebiegu programu rozszerzonego:

Wizyta diagnostyczna – wg schematu powyżej;

Wizyta terapeutyczna:

- Analiza błędów żywieniowych i propozycja ich korekty;
- Ocena stanu odżywienia – parametry antropometryczne i komponenty składu ciała;

- Ocena wartości energetyczno-odżywczej całodzienniej racji pokarmowej i omówienie roli wybranych składników pokarmowych, głównie pod kątem białka, wybranych strategicznych w chorobie nowotworowej piersi aminokwasów (np. cysteina i metionina, ornityny i argininy czy glutamina), istotnych witamin i składników mineralnych (np. witaminy C, cynku, seleniu, itd.) oraz potencjału antyoksydacyjnego i źródeł związków bioaktywnych;
- Omówienie interwencji żywieniowej związanej z działaniami niepożądanymi wywołanymi w trakcie leczenia onkologicznego;

Wizyta końcowa (ewaluacja efektów terapeutycznych):

- Ocena stanu odżywienia – parametry antropometryczne i komponenty składu ciała;
- Ocena realizacji zaleceń żywieniowych i korekty działań niepożądanych po leczeniu onkologicznym;
- Poradnik żywieniowo-dietetyczny – otrzymanie opracowanego przewodnika w formie książkowej lub aplikacja komputerowa.

Edukacja żywieniowa – prelekcje grupowe (dla 250 osób, w grupach do 5 osób - ok. 3h/spotkanie)

Ocena dostępnej na rynku żywności funkcjonalnej przeznaczonej dla pacjentów z chorobami nowotworowymi – warsztaty teoretyczno-praktyczne.

Labelling – informacja żywieniowa na opakowaniach.

Ocena diet wspomagających leczenie nowotworowe – wady i zalety.

Ocena przydatności działania suplementacyjnego.

Ziołolecznictwo i fitoterapia wspomagająca żywieniowe leczenie onkologiczne.

W przypadku mniejszej liczby osób zainteresowanych udziałem w interwencji dietetycznej (indywidualnej/grupowej) lub w przypadku niewykorzystania wszystkich założonych na osobę godzin istnieje możliwość rozdysponowania tej puli dla osób potrzebujących dłuższej pomocy z zakresu dietetyki.

6. Szkolenia dla kadry medycznej

Specjaliści realizujący świadczenia będą mogli przejść szkolenia teoretyczne i praktyczne wg programu przygotowanego przez Realizatora. Szkolenia będą realizowane przez koordynatorów wskazanych w pkt. 3.1 Utworzenie/utrzymanie Centrum Referencyjnego – Kadra. Przeprowadzanie szkoleń przez koordynatorów w ramach ich zadań umożliwi

optymalne dopasowanie terminów i treści do poszczególnych pracowników i zapotrzebowania na personel w projekcie (np. prowadzenie szkoleń np. bezpośrednio w filiach). Celem szkoleń jest zapewnienie fizjoterapeutom, psychologom i dietetykom wiedzy koniecznej do skutecznego wykonywania Programu wobec pacjentów onkologicznych. Liczba osób podlegających szkoleniu będzie uzależniona od fluktuacji kadry.

Fizjoterapeuci – (ok. 32 osoby)

Szkolenie (jedna edycja - 10 h) dla fizjoterapeutów w zakresie:

- oceny i monitorowania zaburzeń i powikłań czynnościowych po leczeniu onkologicznym,
- specyficznego postępowania terapeutycznego po leczeniu onkologicznych (m.in. terapia blizn, terapia obrzęku limfatycznego, ćwiczenia mięśni dna miednicy),
- prowadzenia działań edukacyjnych zarówno dla pacjentów jak i ich rodzin.

z uwagi na czas trwania Programu zakłada się potrzebę przeprowadzania szkoleń dla nowych fizjoterapeutów. W przypadku stabilności kadry, kolejne edycje szkolenia będą poświęcone doskonaleniu posiadanych umiejętności oraz wymianie doświadczeń w pracy z pacjentami onkologicznymi.

Psychologowie – (ok.10 osób)

Szkolenie (jedna edycja - 10 h) w zakresie wieloaspektowej pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej z wykorzystaniem znanych paradygmatów teoretycznych i analiza ich użyteczności w pracy z pacjentem onkologicznym na różnych etapach zdrowienia.

Analogicznie jak w przypadku fizjoterapeutów, dodatkowe edycje szkolenia będą uzależnione od potrzeb wynikających z fluktuacji kadry i obejmą nowych psychologów lub umożliwią podniesienie kwalifikacji psychologom pracującym w Programie.

Dietetycy – (ok. 10 osób)

Szkolenie (jedna edycja - 10 h) w zakresie wieloaspektowej pomocy w celu poprawy sposobu żywienia i stanu odżywienia pacjenta onkologicznego, uwzględniając stan niedożywienia, skutki leczenia onkologicznego w trakcie jego realizacji i po zakończeniu oraz możliwości wspomagającego działania chemoprewencji żywieniowej i fitoterapii.

Analogicznie jak w przypadku fizjoterapeutów, dodatkowe edycje szkolenia będą obejmować nowych dietetyków lub umożliwią podniesienie kwalifikacji dietetykom pracującym w Programie.

7. Materiały edukacyjno-informacyjne przeznaczone dla pacjentów i ich bliskich

Lekarz onkolog oraz koordynatorzy poszczególnych dziedzin rehabilitacji opracują spójne dla Programu materiały edukacyjne, zawierające specjalistyczne, a przy tym możliwie uniwersalne treści, z których będą mogli skorzystać beneficjenci bezpośrednio oraz w późniejszym czasie, co utrwali uzyskane w Programie efekty. Materiały obejmą wszystkie aspekty kompleksowej rehabilitacji wraz z instruktażem postępowania w najpowszechniej występujących konsekwencjach choroby nowotworowej i jej adjuwantowego leczenia. W ich treści zawarte będą również informacje praktyczne dotyczące możliwości i form uzyskania różnorodnego wsparcia z zakresu aktywizacji zawodowej, dedykowane osobom chcącym wrócić do pracy w trakcie lub po chorobie nowotworowej. Materiały edukacyjne znajdą się na nośniku elektronicznym oraz w papierowej broszurze adresowanej do pacjentów onkologicznych i wspierających ich osób bliskich. Opracowane materiały beneficjenci otrzymają na zakończenie tej formy rehabilitacji, która zakończy cykl działań adresowanych do konkretnego uczestnika Programu.

8. Działania edukacyjno-informacyjne dostępne dla pacjentów, którzy nie przystąpią do realizacji Programu

Na stronie elektronicznej realizatora Programu zostanie utworzony portal wyposażony w moduł edukacyjny. Na podstawowe treści i funkcjonalności portalu składać się będą:

- opracowane zestawy ćwiczeń uniwersalnych, dedykowanych pacjentom onkologicznym,
- praktyczne porady dotyczące radzenia sobie z doświadczeniem choroby nowotworowej, poczuciem zagrożenia zdrowia i życia, obawą przed nawrotem nowotworu,
- adresowane do osób z nowotworem porady i zalecenia dotyczące żywienia się w trakcie i po chemioterapii czy radioterapii,
- porady dla osób bliskich i opiekunów pacjentów dotyczące sposobów wspierania chorego w trakcie zdrowienia i rehabilitacji psychosomatycznej,
- materiały informacyjno-edukacyjne dla personelu medycznego w zakresie pracy z pacjentem onkologicznym.

Działania podsumowujące:

Każdy z uczestników poddany zostanie ewaluacji na potrzebę oceny efektów działań. Dla każdego z uczestników zostaną również opracowane zalecenia dla utrwalenia uzyskanych efektów po zakończeniu Programu.

9. Pozostałe uwarunkowania organizacyjne Programu

9.1 Spójność merytoryczna i organizacyjna oraz sposób powiązania działań Programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych.

Uczestnicy Programu będą mieli możliwość skorzystania ze specjalistycznej pomocy w trakcie choroby lub w okresie rekonwalescencji w wybranej lokalizacji (np. takiej, do której najprościej dotrzeć) co przyczyni się do lepszego zaspokojenia zapotrzebowania na usługi fizjoterapeutyczne w ramach działań profilaktyki III fazy, a tym samym obniży koszty powrotu do zdrowia i przyspieszy powrót na rynek pracy. Program jest spójny merytorycznie i organizacyjnie ze świadczeniami gwarantowanymi w ramach NFZ. Przewidziano w nim usługi zdrowotne wymienione w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej, które będą udzielane jako podstawowe i jednocześnie niezbędne dla realizacji tego Programu, jak i usługi zdrowotne ponadstandardowe tj.: wsparcie psychologiczne i dietetyczne dla uczestników. Zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi realizacji projektów z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w regionalnych programach na lata 2021-2027 świadczenia rehabilitacyjne przewidziane w Programie będą udzielane zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto w momencie deklarowania chęci do udziału w Programie osoby składają oświadczenie, iż nie korzystają z rehabilitacji w związku z trwającym/przebytym leczeniem onkologicznym w ramach środków publicznych (np. NFZ, ZUS, KRUS, środki jednostek samorządu terytorialnego, środki krajowe lub unijne) lub nie mają zagwarantowanego dostępu do takich świadczeń ze środków publicznych w trakcie uczestnictwa w Programie.

W przypadku leczenia schorzeń nowotworowych potrzeba podtrzymywania sprawności i wydolności organizmu oraz zapotrzebowanie na wsparcie psychiczne występuje bezterminowo, co oznacza, że dla wielu beneficjentów istotne jest regularne korzystanie z szeroko rozumianej rehabilitacji.

Spójność działań pomiędzy Centrum Referencyjnym, a filiami zapewni wspólna koordynacja, audyt i monitoring realizowane przez koordynatorów poszczególnych form rehabilitacji zatrudnionych w Centrum.

9.2 Sposób zakończenia udziału w Programie i możliwość kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników Programu.

Zakończenie udziału w Programie nastąpi po zrealizowaniu indywidualnie zaprojektowanego schematu interwencji. Możliwa jest rezygnacja uczestnika z udziału w Programie, głównie z przyczyn niezależnych od niego, jak pogorszenie stanu zdrowia przez nawrót lub dalszy rozwój choroby, czy nasilenie się objawów ubocznych stosowanego leczenia. Przerwanie udziału jest możliwe na każdym etapie Programu. Rezygnacja przed zakończeniem Programu będzie wymagała oświadczenia pisemnego, które zostanie dołączone do dokumentacji medycznej.

Dopuszcza się ponowny udział (powrót/kontynuację wsparcia) danego uczestnika w Programie m.in. w sytuacji, gdy zmieni się jego sytuacja zdrowotna.

W przypadku zaistnienia potrzeby kontynuowania interwencji po zakończeniu realizacji cyklu działań oraz w przypadku gdy dostępne będą środki finansowe, może nastąpić skierowanie beneficjenta do kolejnych działań objętych Programem.

9.3 Bezpieczeństwo planowanych interwencji

Opracowany przez specjalistów Program, uwzględniać musi aktualny poziom wiedzy z zakresu kompleksowej rehabilitacji - fizjoterapii, pomocy psychologicznej, dietetyki, zdrowia publicznego i onkologii. Na każdym etapie działania programu i podejmowanych interwencji aktywny będzie system monitoringu i ewaluacji, umożliwiający zmianę planowanych działań w przypadku zaistnienia okoliczności tego wymagających.

W związku z obowiązkiem ochrony danych osobowych dane uczestników będą podlegały ochronie, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych oraz Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE. W przypadku konieczności raportowania postępów w realizacji Programu dane uczestników będą kodowane wg. wcześniej ustalonego schematu.

Beneficjenci są zobowiązani prowadzić wymaganą przepisami dokumentację medyczną, zapewnić bezpieczeństwo planowanych interwencji pod względem zgodności postępowania ze sztuką lekarską, jak również w zakresie poszanowania praw pacjenta, w szczególności w odniesieniu do ochrony danych osobowych i tajemnicy medycznej. Interwencje będą zgodne

z aktualną wiedzą naukową, sprawdzone klinicznie. Prowadzone w Programie działania muszą odbywać się z zachowaniem prawa do intymności.

Świadczenia Programu będą przeprowadzane w pomieszczeniach spełniających wymagania stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.

9.4 Dowody skuteczności planowanych działań.

Rehabilitacja jest nieodzowną składową rozwoju medycznego i socjalnego każdego nowoczesnego kraju. Rehabilitacja oznacza zespół działań, którego celem jest przywrócenie lub kształtowanie u człowieka z niepełnosprawnością utraconych optymalnych funkcji biologicznych, rodzinnych i społecznych. Rehabilitacja powinna umożliwić szybki powrót osoby z niepełnosprawnością do rodziny i całego społeczeństwa. Osiągnięcie tego celu możliwe jest poprzez realizację zadań rehabilitacji leczniczej, zawodowej, pedagogicznej i społecznej. Motorem rehabilitacji społecznej, pedagogicznej i zawodowej staje się wieloaspektowa, wczesna, kompleksowa rehabilitacja medyczna (lecznicza)¹⁵.

Ze względu na zróżnicowanie oddziaływań rehabilitacja jest często prowadzona przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny składający się z lekarzy różnych specjalności, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, pielęgniarek, logopedów, psychologów, dietetyków itp. W realizacji procesu rehabilitacji wykorzystuje się szereg specjalistycznych metod i technik. Głównie są to zabiegi fizjoterapeutyczne, które obejmują kinezyterapię, masaż oraz fizykoterapię.

Fizjoterapia jest obszernym działem medycyny zajmującym się w szczególności leczeniem zachowawczym (nieoperacyjnym) z wyłączeniem leczenia farmakologicznego. Faktem jest jednak, że większość osób szuka pomocy u fizjoterapeuty lub jest do niego kierowana w przypadku dolegliwości typu dysfunkcja narządu ruchu, a konkretnie w przypadkach takich jak dolegliwości bólowe i urazy ze strony układu mięśniowo-szkieletowego.

¹⁵ Haski J., Gawęcki J., (red.), Żywnienie człowieka zdrowego i chorego (tom 2), PWN, Warszawa 2007.

Jasem J., Krzakowski M. (red.), wyd. Via Medica, Gdańsk 2013.

Krzakowski M., Warzocha K. (red.), i wsp., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych (tom 1), Wyd. Via Medica, Gdańsk 2013.

Krzemieniecki K. (red.), Leczenie wspomagające w onkologii, Wyd. Termedia, Poznań 2018.

Markowska J., Mądry R. (red.), Terapie wspomagające w nowotworach złośliwych, (tom 2), Wyd. MedPharm Polska, Wrocław 2011.

Pisula E., Bargiel-Matusiewicz K., Walewska K., Oblicza rehabilitacji, Wyd. Medipage, Warszawa 2011.

Szawłowski A. (red.), Powikłania chirurgii onkologicznej. Występowanie -leczenie, PZWL, Warszawa 2014.

Woźniewski M., Fizjoterapia w onkologii, PZWL, Warszawa 2015.

Istnieje wiele chorób, których wczesne lub późne skutki powodują znaczne ograniczenie funkcji organizmu przynajmniej w dwóch aspektach: somatycznym i psychicznym. Choroby te wymagają włączenia, możliwie szybko, rehabilitacji leczniczej. Ten pierwszy etap procesu rehabilitacji stanowi podstawę do dalszych lub równoczesnych działań, obejmujących sferę psychiczną i społeczną, w tym rehabilitację zawodową.

Celem rehabilitacji jest przywrócenie sprawności fizycznej i psychicznej w jak najszerszym zakresie i najkrótszym czasie, aby odbudować zdolność do pracy i czynnego udziału w życiu społecznym, a tym samym poprawić jakość życia i zwolnić postęp niesamodzielności.

Pomoc dla pacjenta onkologicznego nie powinna się kończyć w momencie zakończenia leczenia konwencjonalnego. Istota choroby nowotworowej, jej wieloaspektowe oddziaływanie na różne dziedziny życia chorego i jego rodziny sprawia, że niezwykle istotne jest maksymalne przygotowanie osoby po leczeniu do funkcjonowania w trakcie rekonwalescencji i po jej zakończeniu, by lęk przed nawrotem choroby nie pozbawiał pacjenta pełnego uczestnictwa w różnych aspektach życia. Odnosi się to zarówno do sprawności ruchowej, zmiany stylu życia i sposobu żywienia, jak również poznawczego i emocjonalnego odnalezienia się w zmienionej przez zachorowanie i przebyte leczenie rzeczywistości. Konsekwencje tego typu działań przekładają się bezpośrednio na funkcjonowanie osoby dotkniętej chorobą (samodzielność, samowystarczalność, robienie planów życiowych, powrót na rynek pracy), jak również na funkcjonowanie w najbliższym otoczeniu (rodzina, środowisko, znajomi, współpracownicy).

V. Koszty

Wydatki muszą być ponoszone na warunkach określonych w Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminie wyboru projektu.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu, który otrzyma dofinansowanie w ramach konkursu. Zaplanowane przez beneficjenta szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku o dofinansowanie. Beneficjent na etapie wniosku o dofinansowanie przygotowuje szczegółowy budżet projektu.

Całkowity koszt jaki Instytucja Zarządzająca przeznaczyła na realizację „Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” wynosi **około 22 953 700,00 zł.**

Największy koszt projektu stanowią wynagrodzenia personelu wykonującego usługi na rzecz uczestników projektu. Ceny jednostkowe poszczególnych świadczeń zostały ustalone na

podstawie aktualnych cen rynkowych, z uwzględnieniem prognozowanych wzrostów, wynikającym m.in. z przepisów prawa.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych siatka płac kształtowana jest na podstawie przeciętnej pensji brutto w gospodarce narodowej, która stale wzrasta. Uchwalona w 2022 roku nowelizacja tej ustawy gwarantuje coroczną rewaloryzację minimalnych pensji, m.in. fizjoterapeutów, dietetyków oraz lekarzy.

Jednocześnie, sytuacja na rynku usług medycznych, pokazuje jednoznaczny stały wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych w tym sektorze. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w gospodarce narodowej w 2021 r. w porównaniu z 2020 r. wzrosło o 8,4%. W porównaniu z poprzednim rokiem odnotowano wzrost nominalnego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto we wszystkich analizowanych grupach, ale największy wystąpił w sekcji opieka zdrowotna i pomoc społeczna (o 17,2%).¹⁶

Planowane koszty:

1. Koszty prowadzenia kompleksowej rehabilitacji ze wsparciem psychologicznym i z poradnictwem dietetycznym:

- kwalifikacja medyczna uczestników Programu przez lekarza onkologa (2 625 osób x 220 zł = 577 500,00 zł)
- konsultacja z onkologiem dla wybranych uczestników Programu w trakcie udziału w programie (250 osób x 220 zł = 55 000,00 zł)
- wizyta fizjoterapeutyczna – interwencyjna (terapeutyczna) (2 500 osób x średnio 20h¹⁷ x 160 zł¹⁸ = 8 000 000,00 zł)
- wizyta kwalifikacyjna do zajęć psychoterapii indywidualnej (2 500 osób x 1h x 220 zł = 550 000 zł)
- pomoc psychologiczna, psychoterapia, psychoedukacja (2 500 osób x 3 sesje¹⁹ x 220 zł = 1 650 000,00 zł)
- pomoc psychologiczna - zajęcia grupowe: 250 osób (w grupach 5 osobowych) x 4 godziny zajęć x 220 zł = 44 000,00 zł)

¹⁶ GUS. Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r.

¹⁷ Celem stworzenia budżetu założono 20 godzin zabiegowych dla jednego uczestnika.

¹⁸ Jest to uśredniony koszt za 1h zajęć/zabiegów rehabilitacyjnych (tj.: 1 usługę trwającą 1h lub kilka mniejszych/krótszych dających łącznie 1h). W ramach projektów realizowanych ze środków unijnych realizator będzie się rozliczał na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków, a kwoty poszczególnych usług będą weryfikowane czy są zgodne ze stawkami rynkowymi na etapie oceny wniosku o dofinansowanie oraz na etapie realizacji projektu podczas składania i weryfikacji wniosków o płatność.

¹⁹ Celem stworzenia budżetu założono około 3h/osobę.

- wizyta dietetyczna kwalifikująca do interwencji (2 500 osób x 1h x 220 zł = 550 000,00 zł)
- poradnictwo dietetyczne (2000 osób x 2h x 220 zł = 880 000,00 zł)
- poradnictwo dietetyczne grupowe (250 osób (w 5 osobowych grupach) x 3h x 220 zł = 33 000,00 zł)

2. Szkolenia dla kadry medycznej (kwota obejmuje koszty organizacji szkolenia takie jak: catering dla prowadzącego i uczestników, materiały szkoleniowe, koszty certyfikatów, wynajem sali, itp.)

- koszty wynajmu sali i cateringu – 150 h x 150 zł = 22 500,00 zł,
- materiały szkoleniowe dla fizjoterapeutów – 32 x 500 zł = 16 000,00 zł.

Razem: 38 500,00 zł.

3. Koszty materiałów niezbędnych do prowadzenia rehabilitacji

- środki do pielęgnacji – 2 500 kompletów x 50 zł = 125 000,00 zł
- materiały jednorazowe do prowadzenia rehabilitacji – 2 500 kompletów x 40 zł = 100 000,00 zł

Razem: 225 000,00 zł.

4. Koszty działań informacyjno – edukacyjnych (np. artykuły edukacyjne w prasie, spoty edukacyjne, ulotki, broszury, plakaty, platforma informacyjno-edukacyjna, strona internetowa, profil w mediach społecznościowych, wysyłka zaproszeń/informacji o Programie, wydruk materiałów edukacyjno-informacyjnych, filmiki instruktażowe, materiały informacyjno-edukacyjne dla personelu medycznego, materiały informacyjne dot. aktywizacji zawodowej, wynagrodzenie merytorycznych opiekunów uczestnika itp.) – ok. 2 000 000,00 zł.

5. Monitoring i ewaluacja – wynagrodzenie zespołu (w wymiarze 5 etatów) zajmującego się m.in. bieżącym monitorowaniem poszczególnych form wsparcia uczestników, reagowaniem na występujące w projekcie problemy, oceną efektywności programu, opracowaniem rekomendacji i raportu efektywności – 45 000 zł x 48 m-cy = 2 160 000,00 zł

Tabela 3. Planowane koszty

Rejestracja pacjenta	Maksymalna liczba jednostek	Cena jednostki	Suma
wizyta kwalifikacyjna lekarska	2625 usł.	220	577 500,00
wizyta konsultacyjna - onkolog	250 usł.	220	55 000,00
wizyta fizjoterapeutyczna-interwencyjna (terapeutyczna)	50 000 usł.	160	8 000 000,00
wizyta kwalifikacyjna psychoterapeutyczna	2 500 usł.	220	550 000,00
indywidualne konsultacje z psychologiem	7 500 usł.	220	1 650 000,00
zajęcia grupowe z psychologiem	200 usł.	220	44 000,00
wizyta kwalifikacyjna dietetyczna	2 500 usł.	220	550 000,00
poradnictwo dietetyczne (2000 os x 2h)	4 000 usł.	220	880 000,00

zajęcia grupowe z dietetykiem (250 os. w 5 osobowych grupach x 3h.)	150 usł.	220	33 000,00
			12 339 500,00
Wynajem sali na szkolenia	150 h	150	22 500,00
Materiały szkoleniowe dla fizjoterapeutów	32 komplety	500	16 000,00
			38 500,00
Koszt pracy koordynatora działu psychologii	48 m-cy	8500	408 000,00
Koszt pracy koordynatora działu dietetyki	48 m-cy	8500	408 000,00
Koszt pracy koordynatora działu fizjoterapii	48 m-cy	8500	408 000,00
			1 224 000,00
Materiały umożliwiające rehabilitację:			
- środki do pielęgnacji	2500 kompletów	50	125 000,00
- materiały jednorazowe	2500 kompletów	40	100 000,00
			225 000,00
Wynajem pomieszczeń			
centrum referencyjne	48 m-cy	20 000	960 000,00
filie (*4)	48 m-cy	40 000	1 920 000,00
			2 880 000,00
Działania informacyjno-edukacyjne			2 000 000,00
Monitoring i ewaluacja	48 m-cy	45000	2 160 000,00
Łącznie			20 867 000,00
Pozostałe koszty:			
• koszty pośrednie 10% kosztów bezpośrednich			2 086 700,00
Całość			22 953 700,00

Koszty pośrednie będą stanowiły odpowiedni % kosztów bezpośrednich założonych w projekcie – zgodnie z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027. Na potrzeby stworzenia szacunkowego budżetu programu założono, że koszty pośrednie będą stanowić około 10% całkowitych łącznych kosztów bezpośrednich.

Wydatki muszą być ponoszone zgodnie z przepisami, które będą obowiązywały w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027

Całkowity koszt przeznaczony na realizację programu „Program rehabilitacyjny dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego” zakładającego rehabilitację dla osób chorych onkologicznie wynosi 22 953 700,00 zł.

Poniższe wyliczenia są jedynie symulacją, a ostateczne wielkości kosztów będą zależały od projektu, który otrzyma dofinansowanie w ramach konkursu. Zaplanowane przez wnioskodawcę szczegółowe wydatki zostaną zweryfikowane podczas oceny wniosku

o dofinansowanie. Wnioskodawca na etapie wniosku o dofinansowanie przygotuje szczegółowy budżet projektu.

Zakres wykorzystania zakupionych w ramach programu środków trwałych/infrastruktury zarówno w okresie realizacji programu, jak również po jego zakończeniu będzie zgodny z zapisami Wytocznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027 oraz Regulaminu wyboru projektu.

1. Źródła finansowania, partnerstwo

Program finansowany będzie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, budżetu państwa (jeśli dotyczy) i wkładu własnego wnioskodawcy. Procentowy poziom podziału środków będzie zgodny z przepisami, które obowiązują w nowej perspektywie finansowej na lata 2021-2027.

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

Program zakłada stworzenie modelu funkcjonalnego opartego w swoim działaniu na pracy kilku placówek, zlokalizowanych w różnych miejscach na terenie województwa. Umożliwi to ograniczenie do minimum barier dostępności dla beneficjentów i umożliwi skorzystanie ze specjalistycznych usług niedostępnych dotąd na danym terenie. Dążenie do maksymalnego usprawnienia, poprawy jakości życia i powrotu na rynek pracy osób objętych Programem będzie miało również wymiar w zmniejszeniu kosztów społecznych ponoszonych na opiekę nad osobą po przebytych leczeniu onkologicznym.

3. Monitorowanie i ewaluacja Programu

Monitorowanie realizacji niniejszego Programu zdrowotnego dotyczyć będzie głównie tych elementów Programu, które zmieniają się w czasie pod względem wielkości, a zatem przede wszystkim osiągniętych wskaźników oraz ponoszonych wydatków. Monitoringowi poddana będzie także liczba przeprowadzonych zabiegów rehabilitacyjnych.

Monitoring dotyczyć będzie również jakości zaplanowanych działań w ramach Programu. W tym zakresie informacje monitoringowe będą miały charakter opisowy. Monitoring będzie prowadzony z uwzględnieniem mierników wskazanych w niniejszym Programie.

Zaplanowane zadania w ramach Programu będą podzielone w taki sposób, aby wszystkie elementy Programu podlegały monitorowaniu i raportowaniu. Koordynator

Programu posiadać będzie również informacje dotyczące bieżącego wydatkowania środków. Informacje przekazywane koordynatorowi będą przez niego agregowane i na ich podstawie będzie powstawał raport z postępów.

3.1 Ocena zgłaszalności do Programu oraz jakości świadczeń

Podmiot realizujący Program zdrowotny zobowiązany jest do prowadzenia rejestru wszystkich pacjentów zgłaszających się do udziału w Programie. W rejestrze odnotowywane musi być czy pacjent został zakwalifikowany do Programu czy nie. W przypadku braku kwalifikacji do Programu w rejestrze musi znaleźć się adnotacja o przyczynach niezakwalifikowania pacjenta do udziału w Programie. Analizie poddawana będzie liczba osób zgłaszających się do Programu w stosunku do liczby osób zakwalifikowanych do udziału. Ocena zgłaszalności zostanie dokonana na podstawie:

- liczby osób, które zgłosiły się do udziału w Programie,
- liczby osób, które zostały zakwalifikowane do Programu,
- liczby osób korzystających z fizjoterapii w ramach programu,
- liczby osób korzystających z poradnictwa psychologicznego i/lub psychoterapii,
- liczby osób korzystających z poradnictwa dietetyka,
- liczby osób z otoczenia pacjenta korzystających ze wsparcia edukacyjnego w programie,
- 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 form kształcenia, z których skorzystali.

Ocena jakości świadczeń:

Ocena jakości świadczeń zostanie dokonana na podstawie badania satysfakcji (metodą badania ankietowego) przeprowadzonego wśród uczestników Programu. W ocenie jakości Realizator może również uwzględnić swoje uwagi jeśli zostaną wykryte na etapie realizacji projektu. Wzór ankiety satysfakcji stanowi załącznik nr 3.

3.2 Ocena efektywności programu

Po zakończeniu Programu zdrowotnego realizator sporządzi „Raport efektywności Programu”. Raport musi uwzględniać stan przed rozpoczęciem realizacji programu zdrowotnego i stan po jego zakończeniu. W raporcie musi nastąpić ocena efektywności Programu, która zostanie przeprowadzona na podstawie wskaźników opisanych szczegółowo w punkcie II.4. Mierniki

efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej. Ponadto w raporcie muszą zostać uwzględnione wszystkie aspekty Programu zdrowotnego, tj. liczba zgłaszających się osób do Programu oraz liczba osób zakwalifikowanych, liczba wykonanych procedur medycznych, liczba przyjętych pacjentów, poziom zadowolenia z otrzymanych świadczeń medycznych, ocenę jakości świadczeń w Programie, wpływ otrzymanych świadczeń zdrowotnych na stan zdrowia uczestników Programu, itp. Ocena efektywności programu będzie bazowała na porównaniu stanu uczestnika przed wprowadzeniem działań i po zakończeniu jego udziału w programie. Powyższy raport stanowić będzie podsumowanie realizacji całego Programu. Ponadto zgodnie z zapisami wytycznych w obszarze zdrowia ewaluacja może zostać przeprowadzona na poziomie regionalnym przez IŻ (tj. badanie weryfikujące wpływ udzielanego wsparcia na jakość i dostępność świadczeń zdrowotnych na terenie województwa wielkopolskiego) albo może zostać zrealizowana w ramach ewaluacji realizowanej z poziomu krajowego, jeżeli tematyka RPZ została w niej uwzględniona.

4. Trwałość efektów zdrowotnych

Stworzenie i wdrożenie Programu realizowanego w kilku punktach na terenie województwa wielkopolskiego stwarza podstawę pod sieć placówek świadczących kompleksowe usługi w zakresie interdyscyplinarnego usprawniania pacjenta onkologicznego. Stworzenie tejże sieci wraz z przygotowaniem personelu daje możliwość kontynuowania podejmowanych działań po zakończeniu realizacji Programu w zależności od posiadanych środków.

Załącznik nr 1 Wzór

Kwalifikacja do udziału w Programie rehabilitacyjnym dla pacjentów onkologicznych z terenu województwa wielkopolskiego

Imię i Nazwisko.....

Kwalifikacja do udziału w Programie rehabilitacji/pomocy psychologicznej/poradnictwa dietetycznego, w związku z trwającym/przebytym* leczeniem nowotworu złośliwego (wg ICD 10).

ICD-10:.....

Data.....

Podpis lekarza

* Niewłaściwe skreślić.

Załącznik nr 2

Wzór oświadczenia uczestnika Programu

Imię i Nazwisko.....

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie.

2. Oświadczam, że:

w momencie przystąpienia do Programu, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie korzystam/nie będę korzystał z rehabilitacji w związku z trwającym/przebytym leczeniem onkologicznym w ramach innych środków publicznych np. NFZ, ZUS, KRUS, środków jednostek samorządu terytorialnego, środków krajowych lub unijnych. W przypadku rozpoczęcia rehabilitacji finansowanej z innych źródeł publicznych zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania o tym podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach Programu.

3. Wszystkie podane przeze mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Miejscowość, data

Podpis uczestnika Programu

Załącznik nr 3

Wzór ankiety satysfakcji dla uczestników

Ankieta jest anonimowa.

Prosimy o wskazanie odpowiedzi poprzez zaznaczenie znakiem „X” odpowiedniego pola.

Płeć:

kobieta ☐ mężczyzna ☐

Wiek:

18-25 r.ż. ☐ 26-40 r.ż. ☐ 41-50 r.ż. ☐ 51-64 r.ż. ☐

Status na rynku pracy:

osoba pracująca ☐ osoba bezrobotna ☐

1. W jaki sposób dowiedział/a się Pan/i o realizacji programu zdrowotnego?

plakat: ☐ lekarz rodzinny/specjalista: ☐ Internet: ☐ rodzina/znajomi: ☐ media: ☐

ulotka/zaproszenie: ☐ inne: ☐ (jakie?)

2. Czy w Pana/Pani ocenie, obecny stan Pana/Pani zdrowia pozwala na kontynuowanie lub podjęcie pracy zawodowej?

- ☐ zdecydowanie tak
☐ raczej tak
☐ ani tak, ani nie
☐ raczej nie
☐ zdecydowanie nie

3. Prosimy dokonać oceny różnych aspektów związanych z realizacją projektu poprzez zaznaczenie znaku „X” w odpowiednim polu.

PARAMETR PODLEGAJĄCY OCENIE	BARDZO DOBRZE	RACZEJ DOBRZE	ANI DOBRZE, ANI ŹLE	RACZEJ ŹLE	BARDZO ŹLE	NIE DOTYCZY
Sposób/forma przekazywania informacji przez personel medyczny						
Uprzejmość i życzliwość personelu medycznego						
Zainteresowanie pacjentem przez personel medyczny						
Możliwość zadawania pytań i uzyskiwania wyjaśnień od specjalistów						
Czas trwania rehabilitacji						
Dostosowanie rehabilitacji do indywidualnych potrzeb uczestnika						

Uprzejmość personelu niemedycznego						
Kontakt z osobami umawiającymi wizyty (opiekunami uczestnika)						
Dostępność terminów wizyt						
Możliwość dostosowania terminów wizyt do własnych potrzeb						
Wyposażenie gabinetów w sprzęt						
Warunki, w których odbywały się wizyty (wyposażenie i czystość pomieszczeń, dostęp do szatni, toalety itp.)						
Możliwość udziału osób bliskich w wybranych wizytach						
Wzrost poziomu własnej wiedzy						
Przydatność zdobytych podczas rehabilitacji informacji						
Poprawa stanu zdrowia						
Spełnienie Pana/Pani oczekiwań						
Pana/Pani dodatkowe uwagi lub opinie na temat udziału w projekcie rehabilitacji onkologicznej, które nie zostały ujęte w ankiecie						

4. Czy poleciłby/poleciłaby Pan(i) udział w projekcie rehabilitacji onkologicznej innym osobom?

- ☐ zdecydowanie tak
☐ raczej tak
☐ ani tak, ani nie
☐ raczej nie
☐ zdecydowanie nie

Data:

BIBLIOGRAFIA

- ¹ <http://gco.iarc.fr/today/homeglobocan.iarc.fr/Default.aspx> [dostęp z dnia 11.09.2023]
- ² <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp z dnia 11.09.2023]
- ³ Claudia Allemani, Tomohiro Matsuda, Veronica Di Carlo, Hannah K Weir, PhD Prof Michel P Coleman, BM BCh CONCORD Working Group. Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14(CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* 2018; 391; 1023-1075
- ⁴ OECD (2023), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/aab579a7-pl>
- ⁵ Struktura wysokości świadczeń wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2023 roku”, raport ZUS, Warszawa 2023
- ⁶ Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2018 r. Warszawa, sierpień 2019
- ⁷ Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2022 roku”, raport ZUS, Warszawa 2023
- ⁸ Przestrzenne zróżnicowanie współczynników częstości orzekania o niezdolności do pracy w 2018 r.”, raport ZUS, Warszawa, sierpień 2019
- ⁹ Rocznik statystyczny Zakładu Ubezpieczeń Społecznych 2015 – 2017, Warszawa 2019
- ¹⁰ Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2022 roku”, raport ZUS, Warszawa 2023
- ¹¹ M. Woźniewski, Fizjoterapia w onkologii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2012.
- ¹² Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Warszawa, sierpień 2021
- ¹³ Sprawność funkcjonalna osoby może być rozumiana jako zdolność do wykonywania normalnych codziennych życiowych zadań bezpiecznie i samodzielnie, bez nadmiernego wysiłku
- ¹⁴ Okres realizacji programu to około 4 lata, niemniej jednak zakłada się, iż okres realizacji może być krótszy lub dłuższy - zależy od informacji wskazanej przez Wnioskodawcę we wniosku o dofinansowanie.
- ¹⁵ Haski J., Gawęcki J., (red.), Żywnienie człowieka zdrowego i chorego (tom 2), PWN, Warszawa 2007
- Jasem J., Krzakowski M. (red.), wyd. Via Medica, Gdańsk 2013
- Krzakowski M., Warzocha K. (red.), i wsp., Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych (tom 1), Wyd. Via Medica, Gdańsk 2013
- Krzemieniecki K. (red.), Leczenie wspomagające w onkologii, Wyd. Termedia, Poznań 2018.

Markowska J., Mądry R. (red.), Terapie wspomagające w nowotworach złośliwych, (tom 2), Wyd. MedPharm Polska, Wrocław 2011

Pisula E., Bargiel-Matusiewicz K., Walewska K., Oblicza rehabilitacji, Wyd. Medipage, Warszawa 2011

Szawłowski A. (red.), Powikłania chirurgii onkologicznej. Występowanie -leczenie, PZWL, Warszawa 2014

Woźniewski M., Fizjoterapia w onkologii, PZWL, Warszawa 2015

¹⁶ GUS. Zatrudnienie i wynagrodzenia w gospodarce narodowej w 2021 r.

VII. SPIS RYCIN

Rycina 1. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim

Rycina 2. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 3. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 4. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim

Rycina 5. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 6. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku

Rycina 7. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim w grupie wieku 20-64 lata

Rycina 8. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata

Rycina 9. Struktura zachorowań (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata.

Rycina 10. Liczba zgonów na nowotwory złośliwe w województwie wielkopolskim w grupie wieku 20-64 lata

Rycina 11. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u mężczyzn w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata

Rycina 12. Struktura zgonów (%) na nowotwory złośliwe u kobiet w Wielkopolsce w 2020 roku, grupa wiekowa 20-64 lata

VI. SPIS TABEL

Tabela 1. Dynamika orzeczeń pierwszorazowych ustalających niezdolność do pracy w 2018 r. w stosunku do 2014 r. i do 2017 r. według płci i oraz wybranych grup chorobowych będących przyczyną niezdolności do pracy

Tabela 2. Populacja Wielkopolski dla przedziału wiekowego 18-64 lata

Tabela 3. Planowane koszty