



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



AKCEPTUJĘ

,

/dokument podpisany elektronicznie/

Janusz Cieszyński
Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia

Program przygotowano w ramach projektu „Opracowanie koncepcji i założeń merytorycznych programów polityki zdrowotnej planowanych do wdrożenia w procedurze konkursowej” nr POWR.05.01.00-00-0001/15 współfinansowanego ze środków Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój

Departament Funduszy Europejskich i e-Zdrowia, (22) 53 00 360; fax: (22) 53 00 350; dep-fz@mz.gov.pl; ul Miodowa 15, 00-952 Warszawa,

Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi

Okres realizacji programu polityki zdrowotnej: co najmniej 36 miesięcy – (projekty wdrażające program będą mogły być realizowane w latach 2019-2023)

Autor programu polityki zdrowotnej: **dr n. med. Anna Opuchlik** – ekspert MZ przy merytorycznym udziale i wsparciu grupy roboczej składającej się z przedstawicieli Polskiej Koalicji Pacjentów Onkologicznych, Fundacji My Pacjenci, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia.

Program został stworzony z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych - zgodnie z zapisem art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn. zm.).

Warszawa, 2018

Spis treści

I. Opis choroby lub problemu zdrowotnego i uzasadnienie wprowadzenia programu polityki zdrowotnej.....	3
I.1 Opis problemu zdrowotnego	3
I.2 Dane epidemiologiczne.....	8
I.3 Opis obecnego postępowania	10
II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji	13
II.1 Cel główny	13
II. 2 Cele szczegółowe	13
II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej	13
III. Charakterystyka populacji docelowej oraz charakterystyka interwencji, jakie są planowane w ramach programu polityki zdrowotnej	15
III.1 Populacja docelowa	15
III.2 Kryteria kwalifikacji do udziału w programie polityki zdrowotnej oraz kryteria wyłączenia z programu polityki zdrowotnej	19
III.3. Planowane interwencje.....	22
III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej...	32
III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej	39
IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej.....	41
IV.1 Etapy programu polityki zdrowotnej i działania podejmowane w ramach etapów	41
IV.2. Warunki realizacji programu polityki zdrowotnej dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych	43
V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej	46
V.1. Monitorowanie.....	46
V.2. Ewaluacja	47
VI. Koszty.....	47
VII. Bibliografia.....	48

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

I.1 Opis problemu zdrowotnego

Zgodnie z *Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie onkologii dla Polski w 2012 r.*, drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem w Polsce był nowotwór złośliwy piersi – w 2012 r. stwierdzono zachorowanie u 19,5 tys. osób¹. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet. Natomiast zgodnie z *Mapą potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla Polski z 2018 r.* w zakresie oddziału chirurgii onkologicznej zabiegi w obrębie piersi (J02 i J03) stanowiły 17,7% hospitalizacji według produktów.

Nowotwór złośliwy piersi (C50) wywodzi się z nabłonka przewodów lub zrazików gruczołu sutkowego, początkowo rozwija się miejscowo w piersi, dając przerzuty za pośrednictwem naczyń chłonnych czy krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów odległych².

Etiologia większości przypadków raka piersi jest nieznana. Najważniejszym czynnikiem ryzyka są:

- starszy wiek,
- nosicielstwo mutacji niektórych genów (przede wszystkim BRCA1 i BRCA2),
- rodzinne występowanie raka piersi, zwłaszcza w młodszym wieku,
- pierwsza miesiączka we wczesnym wieku,
- menopauza w późnym wieku,
- późny wiek pierwszego porodu zakończonego urodzeniem żywego dziecka,
- długotrwała hormonalna terapia zastępcza (HTZ),
- ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego,

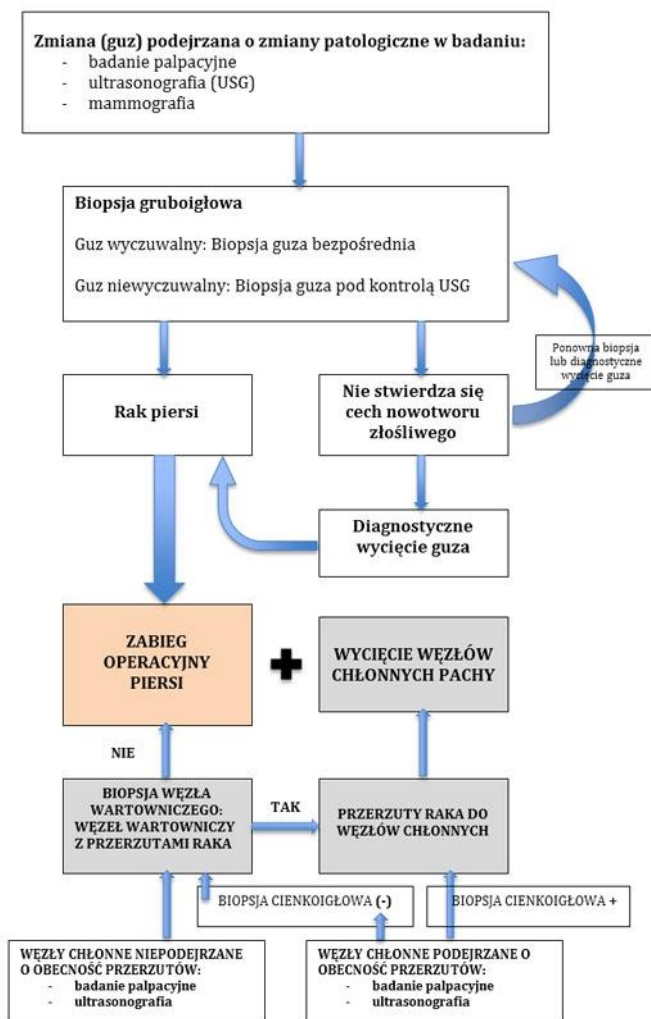
¹ http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska.pdf, dostęp 29.04.2018

² A. Smaga, M. Mikułowska, A. Komorowska, B. Falkiewicz, J. Gryglewicz, Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja, str. 8; dostęp 28.04.2018

- niektóre łagodne choroby rozrostowe piersi.³

Proces diagnostyczny jest istotny z punktu widzenia dalszego przebiegu leczenia chorej. Poniżej przedstawiono przykładowy schemat procesu diagnostycznego.

DIAGNOSTYKA RAKA PIERSI



Źródło: http://www.onkonet.pl/dp_np_rakpiersi.php, dostęp 1.05.2018

Stopień zaawansowania raka piersi określony jest według klasyfikacji pTNM (system stopniowania oparty o pomiar wielkości guza pierwotnego T, ocenę stanu regionalnych węzłów chłonnych N i występowania przerzutów odległych M). W klasyfikacji wyróżniono stopnie: 0, IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC i IV.

³ Rak piersi pod red : J. Jassem, M. Krzakowski, str. 213; dostęp 1.05.2018

Główne opcje lecznicze stosowane w schematach terapii przeciwnowotworowej to:

- zabieg chirurgiczny,
- radioterapia,
- chemioterapia,
- hormonoterapia,
- leczenie biologiczne⁴.

Standardem w terapii raka piersi pozostaje zespołowe leczenie wielodyscyplinarne, w celu wybrania optymalnego postępowania i zapewnienia wsparcia medycznego, psychologicznego i społecznego. Dostęp do kompleksowej opieki zespołu wielodyscyplinarnego zapewniają ośrodki referencyjne Breast Cancer Unit (BCU) skupiające w jednym miejscu doświadczonych specjalistów z zakresu chirurgii onkologicznej, onkologii klinicznej, radioterapii, patomorfologii, diagnostyki oraz prowadzące rehabilitację onkologiczną i oferujące profesjonalne wsparcie psychoonkologa⁵. W ostatnich latach obserwuje się szereg zmian w terapii raka piersi. Podstawowym zabiegiem chirurgicznym stała się operacja oszczędzająca Breast Conserving Surgery-BCS (kwadrantektomia, lumpektomia) z SNLB łącząca się z następową radioterapią oraz zabiegi rekonstrukcji jednoczasowej. Amputację piersi wykonuje się u chorych z wyższym stopniem zaawansowania raka piersi, które ze względów medycznych nie kwalifikują się do leczenia oszczędzającego lub nie wyrażają na nie zgody. Zabieg polega na usunięciu całej piersi wraz ze skórą pokrywającą gruczoł (nie dotyczy to tylko amputacji podskórnej). Wykonywane są zabiegi operacyjne w obrębie regionalnych węzłów chłonnych⁶ – biopsja węzła wartowniczego SLNB oraz limfadenektomia pachowa ALND⁷. Biopsja węzła wartowniczego jest standardową procedurą diagnostyczną u chorych na raka piersi, u których w badaniu klinicznym stwierdza się wolne od przerzutów pachowe węzły chłonne (cecha N0). Procedura ta pozwala na wiarygodną ocenę stanu pachowych węzłów chłonnych. Jeśli w węzle wartowniczym nie stwierdza się przerzutów, można bezpiecznie odstąpić od limfadenektomii pachowej. Stwierdzenie przerzutów w węzle wartowniczym (z wyjątkiem obecności w węzle

⁴ za: A. Smaga, M. Mikułowska, A. Komorowska, B. Falkiewicz, J. Gryglewicz, Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja, str. 8; dostęp 28.04.2018, str. 27

⁵ <https://www.zwrotnikraka.pl/leczenie-raka-piersi-breast-cancer-unit/> dostęp 02.05.2018

⁶ Rak piersi pod red : J. Jassem, M. Krzakowski, str. 236; dostęp 1.05.2018

⁷ za: Freier B, Urbański F., Więckowska B: Model struktury leczenia w nowotworach piersi W: Proces leczenia w Polsce – analizy i modele T.1 Onkologia red. Więckowska B, Warszawa 2015:143-171; Opuchlik A, Bocian A, Biskup M, et al. Postępy w chirurgicznym leczeniu raka piersi i fizjoterapia pooperacyjna. Studia Medyczne 2016; 32(2): 136-144

pojedynczych komórek raka lub mikroprzerzutów) jest na ogół wskazaniem do limfadenektomii pachowej⁸.

Limfadenektomia pachowa wiąże się z ryzykiem nieodwracalnych powikłań czynnościowych i powinna być wykonywana jedynie w przypadku znalezienia przerzutów w węzłach chłonnych oraz u chorych z przeciwwskazaniami do biopsji węzła wartowniczego. W takiej sytuacji należy wykonać usunięcie pachowych węzłów chłonnych I i II piętra. Usunięcie węzłów chłonnych III piętra jest wskazane jedynie w przypadku klinicznych cech przerzutów w węzłach chłonnych I lub II piętra pachy⁹.

Po interwencji chirurgicznej niezbędne jest podjęcie kompleksowej rehabilitacji onkologicznej, która ma na celu zapobieganie obrzękom limfatycznym oraz powrót do pełnej sprawności ruchowej, a także poprawę stanu psychicznego i pomoc w akceptacji choroby¹⁰. Dlatego istotne jest wprowadzenie odpowiednich działań rehabilitacyjnych nie tylko niezwłocznie po operacji, ale także przed zabiegiem.

Leczenie chirurgiczne raka piersi zapewnia największe szanse pełnego powrotu do zdrowia, ale jednocześnie niesie ze sobą możliwość wystąpienia niepożądanych następstw, które mogą pojawić się już w trakcie lub bezpośrednio po zabiegu, albo wiele lat po nim. Wczesne powikłania zdarzają się rzadko i obejmują przede wszystkim miejscowe zakażenia rany operacyjnej. Jest to także między innymi:

- martwica płatów skórnych,
- rozejście się rany,
- krwaki,
- limfotok.

Do późnych powikłań należą:

- przeczulica i parestezje w obszarze operowanej skóry,
- neuropatie,
- przerost blizny pooperacyjnej,
- zwłóknienia i przykurcze ograniczające ruchomość w stawie ramiennieo-łopatkowym,
- zaniki niektórych grup mięśniowych,

⁸ Rak piersi pod red : J. Jassem, M. Krzakowski, str. 236; dostęp 1.05.2018

⁹ Rak piersi pod red : J. Jassem, M. Krzakowski, str. 237; dostęp 1.05.2018

¹⁰ Rak piersi pod red : J. Jassem, M. Krzakowski, str. 213; dostęp 1.05.2018

- trwale deformacje w stawach obręczy barkowej,
- wady postawy ciała,
- obrzęk limfatyczny kończyny górnej¹¹.

Obrzęk limfatyczny dotyczy od 24% do 49%, a nawet do 60% (w zależności od przyjętych kryteriów) kobiet po ALND i od 4% do 28% kobiet po biopsji węzła wartowniczego.

Zróznicowanie raportów odnoszących się do częstości występowania tego powikłania wynika ze stosowania różnych schematów leczenia raka piersi. Do innych czynników ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego zalicza się uszkodzenia urazowe kończyny, zakażenia, otyłość z wysokim wskaźnikiem BMI, napromienianie skutkujące włóknieniem naczyń i węzłów chłonnych oraz genetyczne predyspozycje. Nie ma zgodności względem wpływu różnych czynników na częstość występowania obrzęków u kobiet po leczeniu raka piersi. Większość autorów zwraca uwagę na istotne znaczenie wieku, rodzaju zastosowanego cięcia chirurgicznego, otyłości i powikłań infekcyjnych oraz czy operowana piersz znajduje się po stronie kończyny dominującej¹². U pacjentek, u których obrzęk stale narasta osiągając znaczną objętość, należy oczekiwać ograniczeń sprawności funkcjonalnej kończyny górnej, co przyczynia się do obniżenia jakości ich życia¹³. Z kolei obniżenie wydolności fizycznej po leczeniu raka piersi ma najczęściej charakter odwracalny. Jest to możliwe dzięki zastosowaniu wczesnej fizjoterapii, poprawiającej nie tylko zakresy ruchomości w stawach kończyny, czy siłę mięśni, ale i wydolność fizyczną. Formy ruchu jakie mogą spełnić to zadanie, to: trening tlenowy (aerobowy), treningi marszowe na bieżni, treningi na cykloergometrze, a także ćwiczenia o charakterze wytrzymałościowym¹⁴.

Częstość występowania obrzęków limfatycznych po chirurgicznym leczeniu raka piersi jest istotnym problemem dla kobiet po leczeniu raka piersi. Stąd niniejszy program będzie skupiać się na profilaktyce wystąpienia obrzęku. Interwencje zostaną uzupełnione o wsparcie psychologiczne i dietetyczne dla kobiet, co również stanowi ważny aspekt walki z chorobą nowotworową. Przedmiotowe interwencje wpisują się w zalecenia Polskiej Unii Onkologii z 2014 roku dotyczących raka piersi, gdzie zaprezentowano kompleksowe zasady postępowania diagnostyczno–terapeutycznego. Ponadto połączona opieka fizjoterapeutyczna oraz

¹¹ Jezierski A., Jaśkiewicz J. Leczenie chirurgiczne. [W:] Jassem J., Krzakowski M. (red.). Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy. Wyd. VM Media Group. Gdańsk 2009: 105-127, Wierzbicka B., Urban J. Analiza wczesnych powikłań u kobiet poddanych leczeniu chirurgicznemu i rehabilitacji z powodu raka piersi. Wyd. Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży 2013;52:91-103

¹² Macek P., Stanisławek A., Gózdź S. Lymphoedema – literature review. Onkol Radioter 2010;4(14):23-31

¹³ Kaźmierczak U., Bułatowicz I., Radziwińska A., Strojek K., Zukow W. Abnormal attitudes that occur in women after mastectomy. J Health Sci 2013; 3(10):337-346

¹⁴ Woźniowski M. (2005) Aktywność ruchowa u chorych na nowotwory złośliwe. W: Murawska-Ciałowicz E., Zatoń M. (red.): Znaczenie aktywności ruchowej dla zdrowia. AWF, Wrocław: 139-154, Malicka I., Pawłowska K. (2008) Aktywność ruchowa w prewencji pierwotnej i wtórnej raka piersi. Rehabilitacja Medyczna, 12 (1): 32-38

psychospołeczna dla kobiet chorych na nowotwór piersi stosowana jest w Wielkiej Brytanii czy też w Niemczech.

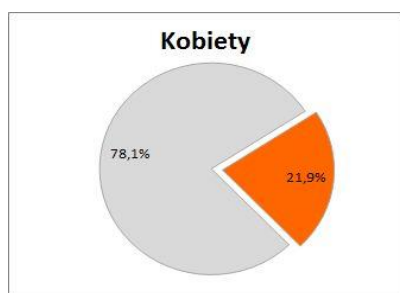
I.2 Dane epidemiologiczne

Według International Agency for Research on Cancer (IARC) nowotwór piersi jest drugim po raku płuca najczęściej występującym nowotworem złośliwym na świecie, a piątym w strukturze zgonów z powodu nowotworów złośliwych ogółem. Jest silnie determinowany przez wiek. Na podstawie obserwowanego od lat niekorzystnego trendu demograficznego dotyczącego starzenia się populacji kobiet w Polsce, szacuje się wzrost zachorowań o 24% w 2025 roku w porównaniu z 2012 rokiem.

Nowotwór złośliwy piersi występuje równie często u kobiet w krajach słabo rozwiniętych jak i wysoko rozwiniętych. Zgony z powodu raka piersi są o 60% częściej obserwowane u kobiet zamieszkujących kraje słabo rozwinięte, w porównaniu z kobietami z krajów wysoko rozwiniętych¹⁵.

Sytuacja epidemiologiczna Polski na tle innych krajów europejskich jest niekorzystna. Istnieje znaczna dysproporcja w wynikach terapii pomiędzy Polską, a krajami Europy Zachodniej. Świadczą o tym różnice w pięcioletnich przeżyciach – najniższe obok Łotwy¹⁶.

Nowotwór piersi był drugim najczęściej rozpoznawanym nowotworem złośliwym w Polsce w roku 2013, stanowiąc 22% zachorowań u kobiet (rys. 1).



Rysunek 1. Częstość zachorowań na nowotwory piersi w Polsce w 2013 roku

źródło: Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii

¹⁵ Gózdź S., Macek P. Rak piersi w województwie świętokrzyskim w latach 1999-2012, ŚCO Kielce 2015, ISBN 978-83-7971-404-9

¹⁶ Użyto też na str. 4: Freier B, Urbański F., Więckowska B: Model struktury leczenia w nowotworach piersi W: Proces leczenia w Polsce – analizy i modele T.1 Onkologia red. Więckowska B, Warszawa 2015:143-171

Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 27.04.2018

Poniższa tabela wskazuje, że liczba zachorowań na nowotwór piersi w Polsce ma tendencje wzrostowe.

Tabela 1. Zachorowalność na nowotwory piersi w Polsce w latach 1980-2013

Rok	Kobiety		
	Liczba	Wsp. surowy	Wsp. stand.
1980	5144	28,2	23,0
1985	6138	32,2	26,1
1990	6649	34,0	26,8
1995	9173	46,3	34,3
2000	10987	55,3	38,8
2005	13385	67,9	44,5
2010	15784	79,4	49,6
2013	17142	86,3	51,8

źródło: Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej - Curie. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/> dostęp z dnia 27.04.2018

Zgodnie z Krajowym Rejestrem Nowotworów zachorowalność u dorosłych kobiet w wieku przedmenopauzalnym (20.-49. lat) wzrosła w ciągu ostatnich trzech dekad około 1,7 razy. Jednak, najwyższy wzrost ryzyka zachorowania notuje się wśród kobiet w wieku 50.-69. lat.

W ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się znaczny wzrost dynamiki zachorowań kobiet młodszych. W ostatnim trzydziestoleciu aż dwukrotnie wzrosła liczba chorych w grupie 20.-49. r.ż. Jednocześnie obserwuje się podwajanie liczby zachorowań w każdej dekadzie życia do menopauzy. Po wystąpieniu menopauzy ryzyko zachorowania osiąga stały poziom i utrzymuje się do 70.r.ż., a następnie spada.

Zdrowy tryb życia, w tym wysoka lub umiarkowana aktywność fizyczna, zachowanie prawidłowego wskaźnika masy ciała (BMI), zbilansowana dieta, ograniczanie używek i racjonalne stosowanie terapii hormonalnych stanowi pakiet zaleceń, które może ograniczyć ryzyko wystąpienia choroby¹⁷.

¹⁷ Freier B, Urbański F., Więckowska B: Model struktury leczenia w nowotworach piersi W: Proces leczenia w Polsce – analizy i modele T.1 Onkologia red. Więckowska B, Warszawa 2015:143-171

I.3 Opis obecnego postępowania

Wykonywane w latach 2016-2017 zabiegi chirurgiczne w obrębie piersi pokazują poniższe dane NFZ.

Tabela 2. Zabiegi chirurgiczne w obrębie piersi w latach 2016-2017

Grupa JGP	Nazwa	Liczba wykonanych procedur	Liczba pacjentów	Liczba wykonanych procedur	Liczba pacjentów
		2016	2016	2017	2017
Zabiegi w grupie JGP J01	Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją	1 070	1 031	1 450	1 401
Zabiegi w grupie JGP J02	Kompleksowe zabiegi w obrębie piersi	15 692	15317	15 542	15 184
Zabiegi w grupie JGP J03	Duże zabiegi w obrębie piersi	6 408	6 237	3 622	3 195
Zabiegi w grupie JGP J03E	Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 R.Ż.	brak	brak	639	625
Zabiegi w grupie JGP J03F	Duże zabiegi w obrębie piersi < 66 R.Ż.	brak	brak	2 221	2 177
RAZEM		23 170	22 585	23 474	22 582

Źródło: Dane NFZ

Dane z NFZ¹⁸ potwierdzają (tab.1), że w roku 2017 operacjom radykalnym z jednoczasowym odtworzeniem piersi J01 – poddano 1 401 pacjentek. Z kolei kompleksowymi zabiegami radykalnymi w obrębie piersi (mastektomia, BCT) - J02 objęto 15 184 kobiet. Duże zabiegi w obrębie piersi (mastektomia), J03 – przeprowadzono u 3195 kobiet i J03E u 625 kobiet, a (rekonstrukcje) J03F – u 2177 pacjentek.

Udział pacjentek w rehabilitacji wczesnej finansowany ze środków publicznych nie spełnia ich wszystkich oczekiwań. NFZ nie refunduje w ramach świadczeń stacjonarnych wczesnej

¹⁸ <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/AnalizaPrzekrojowaSzczegoly.aspx?id=268>, <https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/KatalogJGP.aspx>,

rehabilitacji czy programów edukacyjnych dla tej populacji. W 2016 r. zawarto 549 umów z podmiotami leczniczymi na realizację świadczeń Rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, a w warunkach fizjoterapii ambulatoryjnej – 2685¹⁹. Nie wszystkie z nich obejmują grupę pacjentek po leczeniu raka piersi. Świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej dotyczą przede wszystkim kompleksowej rehabilitacji po leczeniu raka piersi kobiet, u których już wystąpiły niekorzystne skutki zastosowanego wcześniej leczenia chirurgicznego. W świadczeniach gwarantowanych cykl średnio 5 zabiegów fizjoterapii dziennie trwa 15–30 dni. Jednocześnie jest ograniczana liczba dni zabiegowych do 40 w jednym roku kalendarzowym w porównaniu z innymi schorzeniami, co dyskryminuje pacjentów z obrzękiem limfatycznym w stosunku do innych chorych wymagających rehabilitacji ogólnoustrojowej, jednocześnie utrudniając wdrażanie długotrwałych programów opieki²⁰. System świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej ma mniejszy zakres (do 5 zabiegów fizjoterapeutycznych w 1 serii trwającej 10 dni) i nie zawsze uwzględnia wszystkie potrzeby chorych tj. wsparcie psychologiczne, porady dietetyka czy edukację²¹. W części ośrodków brakuje odpowiednio wykwalifikowanej kadry fizjoterapeutów zapewniającej specjalistyczne leczenie. Dlatego pacjentki nie mogą liczyć na właściwą profilaktykę przeciwobrzękową ze strony tych profesjonalistów, na których z racji wykształcenia spoczywa największy obowiązek edukacyjny i terapeutyczny. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej oraz fizjoterapeuci z uwagi na przygotowanie zawodowe powinni odgrywać kluczową rolę w identyfikacji i selekcji osób zagrożonych obrzękiem limfatycznym oraz w kierowaniu do odpowiednich programów terapeutycznych²².

W dniu 3 lipca 2018 r. opublikowano Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 2 lipca 2018 r. *w sprawie zaleceń postępowania dotyczącego diagnostyki i leczenia raka piersi*. W zakresie rehabilitacji zalecenia przewidują:

- zapewnienie wszystkim chorym na raka piersi dostępu do fizycznej i psychicznej rehabilitacji,
- pomoc psychologiczna w formie psychoedukacji, krótko- i długotrwałej, indywidualnej terapii oraz działalności społecznej w grupach wsparcia zapewniona chorej jak i jej bliskim,

¹⁹ <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/>

²⁰ Załącznik 1 punkt 3a-Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych – punkt 9 (str.17) do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. (Dz. U. z 12 grudnia 2013 r. poz. 1522)

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej z późniejszymi zmianami (Dz.U. 2013 poz. 1522)

²² Ochałek K., Grądański T., Postępowanie w obrzęku chłonnym Medycyna Paliatywna w Praktyce 2017,11,1: 24-30

- rehabilitacja fizyczna obejmuje zapobieganie wtórnym obrzękom limfatycznym, prowadzenie kompleksowej zachowawczej terapii obrzęku w przypadku jego wystąpienia, uzyskanie pełnej sprawności ruchowej w obrębie pasa barkowego oraz zapobieganie i zachowawcze leczenie wad postawy wynikających z amputacji piersi,
- zapewnienie protez piersi, peruk oraz rękawów uciskowych,
- w okresie obserwacji po pierwotnym leczeniu zapewnienie możliwości usprawniania z powodu ewentualnych współistniejących chorób; rozpoznanie raka piersi nie stanowi przeciwwskazania do fizjoterapii (pełen zakres zabiegów).

Jednocześnie trwają prac w zakresie włączenia Breast Cancer Unitów jako świadczenia gwarantowanego.

Proponowany program będzie spełniał zalecenia w zakresie zapewnienia pacjentkom odpowiedniej opieki po chirurgicznym leczeniu raka piersi w zakresie profilaktyki przeciwobrzękowej. Działania zostaną uzupełnione o interwencje dietetyka i psychologa.

Podejmowane działania będą również zgodne z zaleceniami postępowania z pacjentkami wskazanymi przez międzynarodowe i krajowe towarzystwa, m. in:

- Polska Unia Onkologii (2014 - fizjoterapia ma na celu usprawnianie pacjentek w różnych okresach leczenia),
- Cheng, K. K. F., et al. (2017) Home-based multidimensional survivorship programmes for breast cancer survivors – interwencje w zakresie edukacji (udzielanie informacji, porady dotyczące leczenia objawów choroby, porady dietetyczne oraz porady dotyczące samodzielnej opieki), treningów, wsparcia psychologicznego (doradztwo i terapie kognitywne);
- D'Egidio, V., et al. (2017). "Counseling interventions delivered in women with breast cancer to improve health-related quality of life: a systematic review." Quality of Life Research 26(10) – zapewnienie poradnictwa dotyczącego zdrowego stylu życia; ćwiczenia fizyczne: ćwiczenia domowe i instruktażowe oraz nadzorowany program szkoleniowy przez wykwalifikowanego fizjologa, połączone interwencje związane ze stylem życia, interwencja psychologiczna;
- National Comprehensive Cancer (2017) - pacjentkę należy edukować, monitorować i odwoływać się do leczenia obrzęku limfatycznego.

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1 Cel główny

Celem głównym programu jest zmniejszenie, w okresie jego realizacji, o 10% ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego u kobiet po leczeniu raka piersi poprzez edukację i rehabilitację oraz poprawę lub podtrzymanie wydolności fizycznej.

II.2 Cele szczegółowe

- 1) Zwiększenie w trakcie okresu realizacji programu skuteczności wczesnej oceny ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego oraz monitorowania wielkości kończyn górnych przez personel medyczny u co najmniej 50% uczestniczek programu.
- 2) Podniesienie w trakcie okresu realizacji programu poprzez edukację, świadomości profilaktyki przeciwobrzękowej u pacjentek i wprowadzenie działań prewencyjnych z nią związanych u co najmniej 70% uczestniczek programu.
- 3) Poprawa sprawności funkcjonalnej pacjentek poddanych leczeniu chirurgicznemu raka piersi w okresie wczesnym i kształtowanie lub podtrzymywanie aktywności fizycznej w okresie późniejszym poprzez kinezyterapię ogólnokondycyjną u co najmniej 50% uczestniczek programu.
- 4) Zwiększenie dostępności do wiedzy i edukacji dla grupy docelowej programu w okresie jego trwania w zakresie konieczności podnoszenia aktywności fizycznej, utrzymania właściwej masy ciała i zastosowania odpowiedniej diety oraz wsparcia psychologicznego przez konsultacje z właściwymi specjalistami oraz działania informacyjno-edukacyjne i udział w warsztatach psychologicznych u co najmniej 70% uczestniczek programu.

II.3 Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej

- 1) Liczba kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi, u których wcześniej zdiagnozowano wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej – ok. 1,9 tys. kobiet w okresie realizacji programu.

- 2) Odsetek kobiet, u których nastąpiło zwiększenie świadomości profilaktyki przeciwobrzękowej po chirurgicznym leczeniu raka piersi – 90% pacjentek objętych działaniami w zakresie fizjoterapii.
- 3) Zwiększenie możliwości udziału w zajęciach ruchowych o charakterze ogólnokondycyjnym, podnoszących lub podtrzymujących aktywność fizyczną. Liczba kobiet, które skorzystały z kinezyterapii ogólnokondycyjnej – 6 tys. kobiet
- 4) Odsetek kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi, u których nastąpiło zwiększenie świadomości, w zakresie zastosowania odpowiedniej diety - 90% pacjentek objętych działaniami w zakresie dietetyki.
- 5) Liczba osób, którym udzielono konsultacji i porad psychologa oraz skorzystały z warsztatów psychologicznych – 5,1 tys kobiet.
- 6) Liczb kobiet, u których wystąpi obrzęk limfatyczny kończyny górnej po stronie leczenia chirurgicznego raka piersi w stosunku do liczby kobiet objętych programem.

Systematyczne monitorowanie wielkości kończyn oraz edukacja pacjentek zagrożonych wystąpieniem obrzęku limfatycznego, umożliwia wczesne rozpoznanie choroby w stadium odwracalnym, co zapobiegnie większym kosztom związanym z opieką specjalistyczną.

Ocena ryzyka wystąpienia obrzęku chłonnego będzie przeprowadzana przez personel medyczny przed i po zastosowaniu leczenia chirurgicznego na podstawie badań – BMI, i porównawczych pomiarów liniowych obwodów kończyn górnych.

Zwiększenie świadomości profilaktyki przeciwobrzękowej przez edukację grupy docelowej, również w zakresie samoobserwacji, a interwencje z nią związane będą polegały na wykonywaniu automasażu kończyny i ćwiczeń ruchowych w okresie leczenia szpitalnego i po powrocie do domu. Interwencje zapobiegą niekorzystnym skutkom zbiegów chirurgicznych związanych z ograniczeniem sprawności funkcjonalnej, czy przyrostem masy ciała, zmniejszą również ryzyko śmiertelności związane z brakiem optymalnej aktywności fizycznej.

Podnoszenie lub utrzymanie aktywności fizycznej zostanie ocenione w teście czynnościowym.

Poziom wiedzy w tych obszarach zostanie zbadany na podstawie ankiety uwzględniającej zalecenia samoobserwacji względem wczesnych objawów obrzęku limfatycznego, depresji, radzenia sobie ze stresem, a także prawidłowych nawyków żywieniowych – Rada ds. Oceny

i Ewaluacji opracuje po powołaniu minimalny wzór ankiety, który będzie musiał być stosowany przez wszystkich realizatorów. Pacjentki otrzymają również zalecenia na piśmie od wszystkich specjalistów – lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej / fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka (minimalny zakres zaleceń stanowi załącznik nr 1 do programu).

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

III.1 Populacja docelowa

Program skierowany jest do wszystkich kobiet w wieku aktywności zawodowej z rozpoznanym rakiem piersi zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego, także z wielochorobowością, w trakcie i po zakończeniu chemioterapii, z powikłaniami leczenia chirurgicznego i uzupełniającego²³.

W 2015 roku najczęściej rejestrowanym przez Krajowy Rejestr Nowotworów był nowotwór złośliwy piersi u 18 106 (22,2%) kobiet^{24, 25}. Najwięcej zachorowań w latach 1999-2015 było u kobiet zamieszkujących województwo mazowieckie – 33 444, śląskie – 29 705 i wielkopolskie – 24 299²⁶. Kobiety w średnim wieku (45-64 lata) są najbardziej narażone na zachorowanie na nowotwory złośliwe piersi (29% wszystkich zachorowań)²⁷. Zgodnie z informacjami statystycznymi dotyczącymi struktury ludności w Polsce (stan na 30 czerwca 2015) kobiet w tym przedziale wiekowym było 1 160 878 (5,8%)²⁸.

Ważnym elementem analizy funkcjonowania i planowania zasobów w sektorze ochrony zdrowia jest prognozowanie. Na potrzeby modelu prognozowania popytu na świadczenia zdrowotne w onkologii wyodrębniono grupy:

- Zabiegi chirurgiczne (na podstawie klasyfikacji ICD-9),
- Pozostałe świadczenia szpitalne z rozpoznaniem nowotworowym,

²³ Realizacja Programu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój wymaga zawężenia grupy do osób w wieku aktywności zawodowej.

²⁴ http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_rok

²⁵ Didkowska J. i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2017

²⁶ http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy

²⁷ Potrykowska J. i wsp. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014

²⁸ Didkowska J. i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2017

- Pozostałe świadczenia szpitalne bez rozpoznania nowotworowego.

Dla każdej z wyodrębnionych grup pacjentów oraz zdefiniowanych grup świadczeń obliczono krzywe realizacji świadczeń. Pacjentki z nowotworami piersi z grupy chirurgicznych zabiegów radykalnych zostały podzielone na stadia zaawansowania choroby – s1 ,s2 ,s3 i s4. Stadium 1 nowotworu było najczęściej leczone przez zastosowanie operacji radykalnej niezwłocznie po rozpoczęciu leczenia. Podobny przebieg obserwowano w pierwszym miesiącu od rozpoczęcia leczenia u chorych w stadium 2 i 3. Prognozę zapotrzebowania na świadczenia chirurgiczne z zakresu onkologii oparto na danych Narodowego Funduszu Zdrowia odnoszących się do tego typu zabiegów realizowanych w latach 2009-2014²⁹. Dla każdej kohorty pacjentów określono liczbę i rozkład w czasie realizowanych radykalnych zabiegów chirurgicznych. Prognoza zapotrzebowania na hospitalizacje celem wykonania radykalnego zabiegu chirurgicznego w grupie kobiet z nowotworem złośliwym piersi przedstawiała się następująco:

- w 2016 roku – 18,9 tys.,
- w 2018 r. – 19,2 tys.,
- w 2024 r. – 20,0 tys.,
- w 2029 r. – 20,85 tys.

Dla porównania tej prognozy dane dotyczące świadczeń wykonanych rzeczywiście w 2012 r., wynosiły 17,2 tys. radykalnie operowanych kobiet. Dynamikę zmian w prezentowanych danych wyjaśnić można zmianami w strukturze demograficznej, gdyż model prognozowania zakłada stałość współczynników zapadalności oraz metod leczenia. Należy podkreślić znaczenie analizy wrażliwości wyników na ewentualne zmiany przyjętych założeń. Przykładowo zamiana struktury stadiów, w jakich rozpoznawane są nowotwory piersi, może istotnie wpłynąć na wyniki prognozy, jeśli zmaleje odsetek diagnozowanych w stadium 4, w którym radykalne zabiegi chirurgiczne odgrywają rolę drugoplanową³⁰.

Najczęstszym schematem leczenia nowotworu piersi w Polsce jest równoczesna chirurgia – 80,6%, radioterapia – 53,0% i chemioterapia – 51,7%. Najrzadziej stosuje się samą radioterapię

²⁹ Więckowska J., Dagiel J., Tolarczyk A. et al. Popyt na świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii i kardiologii – wyniki modelu prognostycznego, W: Świadczenia onkologiczne i kadriologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb, red. Więckowska B, Min. Zdr. Warszawa 2015: 147-161

³⁰ Więckowska J., Dagiel J., Tolarczyk A. et al. Popyt na świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii i kardiologii – wyniki modelu prognostycznego, W: Świadczenia onkologiczne i kadriologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb, red. Więckowska B, Min. Zdr. Warszawa 2015: 147-161

i chemioterapię. Braki danych odnośnie stadium zaawansowania nowotworu występujące w Krajowym Rejestrze Nowotworów wskazują na niedoszacowanie zarówno statystyk zapadalności jak i chorobowości³¹.

Spośród zabiegów wykonanych w obrębie piersi, opisanych w tabeli nr 2, wyselekcjonowano zabiegi operacyjne, w trakcie których dokonano usunięcia węzła wartowniczego ICD (ICD 9: 40.12) i wszystkich węzłów chłonnych dołu pachowego (ICD 9: 40.51). Wykonywane w latach 2016-2017 zabiegi w rejonie piersi z interwencjami chirurgicznymi w obszarze węzłów chłonnych pokazują dane NFZ w tabeli 3.

Tabela 3. Zabiegi chirurgiczne w obrębie piersi i węzłów chłonnych w latach 2016-2017

Grupa JGP	Kod procedury ICD9	Nazwa procedury ICD9	2016		2017	
			Liczba procedur	Liczba pacjentów	Liczba procedur	Liczba pacjentów
J01 RADYKALNE ODJĘCIE PIERSI Z REKONSTRUKCJĄ	40.12	WYCIĘCIE WĘZŁA WARTOWNICZEGO	268	262	783	373
	40.51	DOSZCZĘTNE WYCIĘCIE PACHOWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH	45	45	52	51
J02 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI	40.12	WYCIĘCIE WĘZŁA WARTOWNICZEGO	5 046	4 796	5 243	5 006
	40.51	DOSZCZĘTNE WYCIĘCIE PACHOWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH	452	443	503	497
J03 DUŻE ZABIEGI W OBRĘBIE PIERSI	40.12	WYCIĘCIE WĘZŁA WARTOWNICZEGO	658	655	331	326
	40.51	DOSZCZĘTNE WYCIĘCIE PACHOWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH	61	61	10	10
J03E DUŻE ZABIEGI W	40.12	WYCIĘCIE WĘZŁA WARTOWNICZEGO			132	132

³¹ Freier B, Urbański F., Więckowska B: Model struktury leczenia w nowotworach piersi W: Proces leczenia w Polsce – analizy i modele T.1 Onkologia red. Więckowska B, Warszawa 2015:143-171

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

OBREMBIE PIERSI > 65 R.Ż.	40.51	DOSZCZĘTNE WYCIĘCIE PACHÓWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH			7	7
J03F DUŻE ZABIEGI W OBREMBIE PIERSI < 66 R.Ż.	40.12	WYCIĘCIE WĘZŁA WARTOWNICZEGO			161	159
	40.51	DOSZCZĘTNE WYCIĘCIE PACHÓWYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH			1	1
Razem			6 530	6 262	7 223	6 562

Źródło: Dane NFZ.

Wyodrębniono także grupę pacjentek, którym wykonano zabieg usunięcia węzła wartowniczego (ICD 9: 40.12) lub wszystkich węzłów chłonnych dołu pachowego (ICD 9: 40.51) w ramach odrębnej hospitalizacji (równocześnie od zabiegu usunięcia zmiany w piersi). Wykonywane w latach 2016-2017 zabiegi chirurgiczne w obrębie węzłów chłonnych przedstawiają dane NFZ w tabeli 4.

Tabela 4. Zabiegi chirurgiczne w obrębie węzłów chłonnych, wykonane równocześnie od zabiegu usunięcia zmiany w piersi w latach 2016-2017

Grupa JGP	Nazwa	Liczba wykonanych procedur	Liczba wykonanych procedur
		2016	2017
Zabiegi w grupie JGP Q18 z procedurą 40.12	Wycięcie węzła wartowniczego	1466	1437
Zabiegi w grupie JGP Q18 z procedurą 40.51	Wycięcie węzłów dołu pachowego	125	132
Zabiegi w grupie JGP Q19 z procedurą 40.12	Wycięcie węzła wartowniczego	2206	2238
Zabiegi w grupie JGP Q19 z procedurą 40.51	Wycięcie węzłów dołu pachowego	0	0
RAZEM		3797	3807

Źródło: Dane NFZ

Z powyższych danych wynika, iż w 2017 r. wykonano u **5 996 kobiet (grupa II)** operacji w rejonie piersi z wycięciem węzła wartowniczego (tab. 2 – J01, J02, J03, J03E i J03F z ICD 9: 40.12), a u tylko **566 pacjentek (grupa I)** zabiegów z wycięciem węzłów dołu pachowego (J01, J02, J03, J03E i J03F z ICD 9: 40.51) – łącznie obie grupy stanowią: **6 562 kobiety** po

leczeniu chirurgicznym raka piersi. Ta grupa najbardziej jest narażona na wystąpienie obrzęku limfatycznego - LE. Dane te dowodzą, że standardem stały się zabiegi oszczędzania węzłów chłonnych dołu pachowego dla profilaktyki pierwotnej obrzęku limfatycznego oraz oszczędzających gruczoł piersiowy.

Ponadto wyodrębniono dane (tab.4) dotyczące operacji w obszarze węzła wartowniczego – JPG Q18 i Q19 z ICD 9: 40.12, które wykonano w okresie późniejszym i wskazują na 3 675 zabiegów (grupa II) w 2017 roku, a w rejonie wszystkich węzłów dołu pachowego – JPG Q18 i Q19 z ICD 9: 40.51: tylko 132 (grupa I) w tym samym roku .

Należy zauważyć, że zgodnie z danymi NFZ liczba kobiet w wieku aktywności zawodowej poddanych ww. procedurom wynosi średnio 65%. Podsumowując, zgodnie z danymi NFZ liczba kobiet w wieku aktywności zawodowej poddanych ww. zabiegom chirurgicznym w 2017 r. wynosiła ok. 4,25 tys. Jest to populacja docelowa programu w ciągu jednego roku. Ponadto, założono, że nie wszystkie ośrodki wykonujące powyższe zabiegi będą chciały wziąć udział w programie. Wzięto również pod uwagę, że część pacjentek nie będzie chciała skorzystać ze wsparcia w ramach programu. Zatem przewiduje się, że rocznie w ramach Programu wsparcie otrzyma ok. 2,12 tys. kobiet, co w ciągu 3 lat prawie 6,4 tys. kobiet.

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

Projekt będzie realizowany przez ośrodki onkologiczne oferujące dostęp do kompleksowych świadczeń przez chirurga onkologa, lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, dietetyka, psychologa. W miarę możliwości ośrodka, powinien zostać zapewniony również lekarz angiolog. To do zadań realizatora będzie należała kwalifikacja pacjentek do programu, zgodnie z poniższymi kryteriami.

Pacjentki w zależności od stopnia klinicznego zaawansowania i postaci histologicznej nowotworu piersi kwalifikowane są do różnych metod leczenia chirurgicznego³².

³² Schmidt-Hansen M. et al. Axillary surgery in women with sentinel node-positive operable breast cancer: a systematic review with meta-analyses, SpringerPlus 2016, 5:85

Program jest skierowany do pacjentek w wieku aktywności zawodowej. Pierwszym kryterium kwalifikacji pacjentek jest poddanie pacjentki chirurgicznemu leczeniu raka piersi. Dalszy dobór chorych do udziału w programie opiera się na następujących kryteriach:

- **Grupa 1** – kobiety zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej BCRL: poddane limfadenektomii pachowej ALND i chirurgicznemu leczeniu raka piersi (12 mies.) – kryterium kwalifikacji - limfadenektomia pachowa ALND;
- **Grupa 2a** – kobiety w mniejszym stopniu zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej po zabiegach z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi (6 mies.) - kryterium kwalifikacji - biopsja węzła wartowniczego SLNB;
- **Grupa 2b** – kobiety po zabiegach z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii zagrożone, na skutek promieniowania wystąpieniem obrzęku limfatycznego (12 mies. po RTH – czyli ok. 13 mies. po operacji) - kryterium kwalifikacji - biopsja węzła wartowniczego SLNB wraz z późniejszą radioterapią.

Kobiety z grupy 1 zostaną objęte programem przez okres 12 miesięcy, z grupy 2a przez 6 miesięcy, natomiast grupy 2b przez około 13 miesięcy. Czas interwencji w ostatniej grupie będzie uzależniony od momentu rozpoczęcia i zakończenia radioterapii.

Pacjentki ze wszystkich grup w wieku aktywności zawodowej kierowane będą do projektu przez lekarza chirurga onkologa i udzielą świadomej zgody na udział w jego realizacji. Zakłada się, że program zostanie skierowany do 50% pacjentek poddanych zabiegom. Zakłada się, że nie wszystkie pacjentki będą kwalifikować się do programu oraz nie wszystkie pacjentki będą chciały skorzystać z oferowanej formy wsparcia. Udział w programie będzie dobrowolny. Ponadto, założono, że nie wszystkie ośrodki wykonujące powyższe zabiegi będą chciały wziąć udział w programie.

Przy takim założeniu można przyjąć, że w ciągu jednego roku trwania programu liczba kobiet objętych działaniami w programie będzie wynosić 2,12 tys. Przyjmując okres realizacji programu 36 miesięcy, zakłada się wsparcie 6,4 tys. kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi.

Interwencje związane z oceną ryzyka obrzęku limfatycznego Breast Cancer Related Lymphedema (BCRL) i analizą funkcjonalną oraz nadzorem nad realizacją usprawniania zostaną przeprowadzone przez fizjoterapeutę. Wszystkie procedury będą wykonane zgodnie

z metodologią, by zwiększyć bezpieczeństwo badanych. Osoby realizujące interwencje programowe muszą wykazać się udokumentowanym, przynajmniej 5-letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi. Miejsce, w którym przeprowadzony będzie program powinno być wyposażone w odpowiedni do tego sprzęt i aparaturę, a w przypadku nieprzewidywalnych sytuacji zdrowotnych placówka zapewni dostęp do lekarza onkologa lub lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej. W miarę możliwości ośrodek powinien zapewnić również dostęp do lekarza angiologa.

Ze względu na decyzje odnośnie sposobu dalszego leczenia podejmowane na późniejszym etapie udziału pacjentki w programie, możliwa jest zmiana zakwalifikowania pacjentki do innej grupy w czasie udziału w programie.

Kryteria wyłączenia oceniane przez lekarza chirurga onkologa i lekarza specjalistę rehabilitacji medycznej obejmują:

- Kobiety po leczeniu raka piersi zakwalifikowane do zabiegu mastektomii z rozpoznaniem obrzękiem limfatycznym kończyny górnej,
- Kobiety po leczeniu raka piersi z odległymi przerzutami, znajdujące się w terminalnym okresie leczenia onkologicznego,
- Kobiety po leczeniu raka piersi z oznakami zakażenia w rejonie kończyny górnej, z objawami niewydolności serca lub nerek, z zakrzepicą żył, ciężką niewydolnością płuc lub wątroby.

Informację o realizacji programu przekaże kobietom oczekującym na zabieg operacyjny lekarz chirurg onkolog lub fizjoterapeuta. Dodatkowo informacja o otrzymaniu wsparcia psychologicznego oraz porady dietetyka będzie udzielona przez fizjoterapeutę wykonującego badanie, usprawnianie i edukację chorej. O możliwości zakwalifikowania pacjentki do programu będzie decydował lekarz chirurg onkolog lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej, bądź fizjoterapeuta po konsultacji z lekarzem chirurgiem onkologiem. Usprawnianie ruchowe i kształtowanie aktywności fizycznej będzie wykonywane przez fizjoterapeutę również w godzinach popołudniowych i wieczornych (co najmniej w 3 dni robocze) oraz wybrane weekendy (co najmniej 1 sobota w miesiącu), co przyczyni się do lepszego ich dostępu dla kobiet pracujących. Realizator zapewni, że wszystkie świadczenia oferowane pacjentkom w ramach programu będą realizowane poza świadczeniami NFZ. Należy zapewnić rozdzielność świadczeń.

Ograniczenia budżetowe ilości osób biorących udział w programie będzie limitowana, dlatego o możliwości otrzymania rehabilitacji po leczeniu raka piersi będzie decydować kolejność zgłoszeń.

III.3. Planowane interwencje

ZADANIE 1

Przygotowanie przez realizatora materiałów edukacyjnych dla kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi. Realizator będzie zobowiązany do przygotowania następujących materiałów:

- broszura informacyjna w zakresie koniecznych do wykonania ćwiczeń, zaleceń dietetycznych (broszura powinna być umieszczona na stronie i możliwa do pobrania i wydrukowania przez realizatorów zadania 2 i 3 oraz innych podmiotów),
- film / filmy instruktażowe gotowe do umieszczenia na płyty DVD / CD z przykładowymi ćwiczeniami, zaleceniami dla kobiet po leczeniu raka piersi (materiały powinny być umieszczona na stronie i możliwa do pobrania przez realizatorów zadania 2 i 3 oraz innych podmiotów),
- przygotowania aplikacji mobilnej dla kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi – w ramach aplikacji powinny znajdować się opisy koniecznych do wykonania ćwiczeń, zaleceń dietetycznych oraz film / filmy instruktażowe
- strony internetowej, na której będą znajdowały się możliwe do pobrania broszury, filmy instruktażowe. Na stronie internetowej musi znajdować się również moduł dotyczący informacji o zachorowalności na raka piersi, metodach i formach leczenia, profilaktyce, krokach niezbędnych do podjęcia po leczeniu raka piersi. Ponadto, na stronie muszą znajdować się informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, wskazanie organizacji pozarządowych wspierających kobiety po leczeniu raka piersi, grupy wsparcia, przykłady kobiet, które opowiedzą o swoich doświadczeniach. Informacje o

możliwości otrzymanie pomocy psychologicznej, organizacjach pozarządowych, grupach wsparcia powinny być dostępne również w formie wyszukiwania po lokalizacji lub nazwie miejscowości lub województwie. Dane dot. ww podmiotów powinny zawierać co najmniej adres, telefon, adres strony internetowej. Realizator powinien aktualizować bazę o pomocy psychologicznej, organizacjach pozarządowych, grupach wsparcia przynajmniej raz na miesiąc.

- stała obecność projektu w mediach społecznościowych,
- zapewnienie wsparcia specjalistów – lekarza onkologa lub chirurga onkologa, lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka w formie forum prowadzonego czy to na stronie internetowej lub w mediach społecznościowych. Zainteresowane osoby mają możliwość zadawania do realizatora pytań, na które odpowiedzą ww. specjaliści. Czas przewidziany na odpowiedź nie powinien być dłuższy niż 3 dni robocze.

Wszystkie materiały opracowane w ramach zadania 1 powinny zostać udostępniane bezpłatnie organizacjom pozarządowym wspierającym kobiety po leczeniu raka piersi. Realizator powinien skontaktować się z organizacjami pozarządowymi i przekazać im informacje o realizowanym przez siebie projekcie oraz dostępnych materiałach.

Przygotowane materiały, strona internetowa powinny być opracowane przez specjalistów w zakresie merytorycznym (lekarza onkologa lub chirurga onkologa, lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka). Ponadto, powinny one zostać skonsultowane z organizacjami pacjenckimi. Wymogi co do specjalistów zostaną określone w kolejnych rozdziałach.

Zadanie 1 będzie realizowane przez jednego, odrębnie wybranego, realizatora. Zasięg działań będzie ogólnopolski.

Realizator zadania 1 będzie również odpowiedzialny za monitorowanie i ewaluację całości programu. Realizator będzie odpowiedzialny za zbieranie informacji o stopniu realizacji założonych wskaźników przez realizatorów zadania 2 i 3, którzy będą zobowiązani do przekazywania niezbędnych informacji o realizacji programu w terminie 15 dni roboczych od zakończenia kwartału. Realizator zadania 1 określi formę i zakres przekazywanych danych. Realizator będzie również nadzorować działanie Rady ds. Oceny i Ewaluacji.

ZADANIE 2

Ocena ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego

Ocena zostanie przeprowadzona u pacjentek z ryzykiem BCRL, a więc po:

- ALND,
- z wysokim wskaźnikiem BMI >25,
- po radioterapii.

Kobiety z ryzykiem BCRL zostaną zbadane w zakresie:

- wskaźnika Body Mass Index BMI - według wzoru³³:
$$BMI = \frac{\text{masa}_{\text{kg}}}{\text{wzrost}_{\text{m}}^2}$$
 - badanie przeprowadzi dietetyk lub fizjoterapeuta,
- obustronnych pomiarów liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej na co najmniej czterech poziomach:
- wokół stawów śródrečno-paliczkowych
- wokół stawu promieniowo-nadgarstkowego
- 10 cm poniżej nadkłykcia bocznego kości ramiennej,
- 15 cm powyżej nadkłykcia bocznego kości ramiennej^{34, 35} - badanie przeprowadzi fizjoterapeuta.

Wzrost różnicy obwodu między kończynami w przynajmniej 1 dowolnym miejscu pomiarowym powyżej 2 cm jest stosowany do określenia obrzęku limfatycznego. Najważniejsze są przedoperacyjne pomiary wyjściowe kończyn górnych ipsilateralnych i kontralateralnych, ponieważ różnice pomiędzy kończynami - dominującą i niedominującą, nie przekraczające 2 cm dowodzą o braku niepokojących objawów. Obwody przekraczające 2 cm są jednym z symptomów klinicznych obrzęku limfatycznego. Wymienione techniki rekomendowane są przez panel ekspertów Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Piersi ASBrS³⁶ oraz National Lymphedema Network³⁷, czy stowarzyszenie The National Comprehensive Cancer Network NCCN³⁸.

³³ Chan D. S. M. et al. Body mass index and survival in women with breast cancer—systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies, *Ann Oncol.* 2014 Oct; 25(10): 1901–1914

³⁴ Harris S.R., Hugi M.R., Olivetto I.A., Levine M.: Clinical practice guidelines for the care and treatment of breast cancer: 11. Lymphedema, *CMAJ* 2001;164(2):191-999

³⁵ Adriaenssens N. et al. Comparative study between mobile infrared optoelectronic volumetry with a Perometer and two commonly used methods for the evaluation of arm volume in patients with breast cancer related lymphedema of the arm. *Lymphology.* 2013 Sep;46(3):132-43

³⁶ McLaughlin S.A. et al. Considerations for Clinicians in the Diagnosis, Prevention, and Treatment of Breast Cancer-Related Lymphedema: Recommendations from a Multidisciplinary Expert ASBrS Panel, *Annals of Surgical Oncology* October 2017, Volume 24, Issue 10: 2818–2826; McLaughlin S.A. et al Considerations for Clinicians in the Diagnosis, Prevention, and Treatment of Breast Cancer-Related Lymphedema, Recommendations from an Expert Panel: Part 2: Preventive and Therapeutic Options, *Ann Surg Oncol* (2017) 24:2827–2835

³⁷ NLN Medical Advisory Committee, Position Statement of the National Lymphedema Network, Risk Reduction 2012

³⁸ Shah C. et al. The impact of early detection and intervention of breast cancer-related lymphedema: a systematic review. *Cancer Med.* 2016; 5(6): 1154–1162

Z uwagi na ograniczenia budżetowe programu nie wszystkie z rekomendowanych zaleceń zostaną uwzględnione, jak i również czas wizyt interwałowych zostanie skrócony z 6 (przed operacją i 1, 3, 6, 9 i 12 miesiąc po zabiegu) do 4 (przed operacją oraz w **1, 4-6, 10-12** po zabiegu). Uznane w świecie metody diagnostyczne obrzęku limfatycznego różnią się od siebie i nie mieszczą się w katalogu świadczeń gwarantowanych w Polsce. Każda z nich przedstawia swoją właściwość do zastosowania w praktyce klinicznej. Metoda wypierania wody (zwana "złotym standardem") jest najbardziej niezawodnym sposobem mierzenia objętości kończyn, ale nie jest praktyczna szczególnie dla pacjentów z ranami. Wysokie koszty perometrii ograniczają jej zastosowanie, chociaż mogą szybko i dokładnie obliczyć objętość kończyn. Obrazowanie radiologiczne może nie być praktyczne ze względu na wysokie koszty i długi czas oczekiwania. Pomiar obwodowy jest prostą i taną techniką. Odniesienie objętości kończyny zagrożonej LE do wielkości kończyny po stronie zdrowej uwzględnia wielkość człowieka jak i zmiany BMI.³⁹

Okresowe monitorowanie wielkości kończyn u pacjentów zagrożonych wystąpieniem obrzęku limfatycznego, umożliwia wczesne rozpoznanie choroby w stadium przemijającym i zapobiega dalszym komplikacjom⁴⁰. Ocenia się, że ponad 40% kobiet, które przeżyły raka piersi może spełniać kryteria zagrożenia BCRL przez całe życie⁴¹.

Do najważniejszych czynników ryzyka wystąpienia LE należą otyłość, ALND, radioterapia pooperacyjna, zakażenie rany, zapalenie naczyń chłonnych w wywiadzie oraz czas drenażu pachowego. Eliminacja lub zapobieganie tym czynnikom może zmniejszyć częstość występowania obrzęku limfatycznego⁴².

Ocena wydolności fizycznej:

Badanie będzie przeprowadzone za pomocą:

- testu marszu 6 min.(6-minute walking test 6-MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki.

Test 6-MWT jest prostą metodą oceny wydolności fizycznej. Określa adaptację pacjenta do codziennych wysiłków fizycznych. Zdrowa dorosła osoba pokonuje go w 6 min 400–700m. Średni dystans u kobiet w wieku 20-80 lat wynosi 659 ± 56 m.

³⁹ Wanchai A. et al. Breast cancer-related lymphedema: A literature review for clinical practice, International Journal of Nursing Sciences 3,2,2016:202-207

⁴⁰

⁴¹ Ostby P.L et al.Surveillance Recommendations in Reducing Risk of and Optimally Managing Breast Cancer-Related Lymphedema J Pers Med. 2014 Sep; 4(3): 424–447

⁴² Ugur S. et al. Risk Factors of Breast Cancer-Related Lymphedema, Lymphat Res Biol. 2013 Jun; 11(2): 72–75, Kwan ML et al. Risk factors for lymphedema in a prospective breast cancer survivorship study: the Pathways Study. Arch Surg. 2010 Nov;145(11):1055-63

Dystans marszu poniżej 300 m jest niezależnym czynnikiem złej prognozy. W tej grupie pacjentów śmiertelność roczna wynosi 10,2%, a wskaźnik hospitalizacji w obserwacji rocznej 40,9%⁴³. Przyjęto, że u badanych kobiet dystans poniżej 400 m kwalifikuje je do ćwiczeń aerobowych w formie treningu ogólnokondycyjnego i obwodowego w okresie pooperacyjnym późniejszym w celu kształtowania aktywności fizycznej. Kobiety, które uzyskały w teście lepszy wynik będą wykonywały ćwiczenia w celu podtrzymania aktywności fizycznej.

Lub: za pomocą wybranego testu funkcjonalnego oceniającego wydolność fizyczną.

Usprawnianie ruchowe

- W okresie szpitalnym leczenia onkologicznego wykonywanie ćwiczeń indywidualnych pod nadzorem fizjoterapeuty – co najmniej 2-4 interwencje fizjoterapeutyczne i samodzielne kontynuowanie ich w warunkach domowych,
- W okresie późniejszym uczestniczenie w zajęciach ogólnokondycyjnych grupowych i treningu obwodowym prowadzonych przez fizjoterapeutę w formie ćwiczeń aerobowych wraz z gimnastyką oddechową.

Aby nie dopuścić do wystąpienia niepożądanych skutków ubocznych leczenia chirurgicznego już w pierwszej dobie po zabiegu, wprowadza się wczesne usprawnianie ruchowe. Jego rola polega na przyspieszeniu gojenia blizn i powrotu do pełnej funkcji ruchowej kończyny górnej oraz mobilizuje do lepszej pracy układ chłonny. Efektywny przepływ limfy zależy od wystarczającej aktywności mięśni i stawów („pompa mięśniowa”) i układu oddechowego (kinezyterapia klatki piersiowej i przepony) szczególnie w przypadku pogorszenia funkcjonalności układu limfatycznego (m.in. po naruszeniu węzłów dołu pachowego). Najlepiej, aby protokoły ćwiczeń były przeprowadzane dwa do trzech razy dziennie przez około 10-15 minut, a po nich pacjentka powinna odpocząć z uniesioną kończyną na specjalnym klinie⁴⁴. Wczesna fizjoterapia odgrywa również pozytywną rolę w szybszym powrocie do funkcji u kobiet bez chirurgicznego naruszenia węzłów chłonnych dołu pachowego. Jednakże w grupie pacjentek po rekonstrukcjach piersi należy zachować dużą ostrożność względem dynamiki i zakresu ruchów w stawie ramienno-łopatkowym, szczególnie powyżej linii barków⁴⁵. Zmniejszenie wydolności fizycznej kobiet po leczeniu raka piersi ma z reguły

⁴³ Wolszakiewicz J. The 6-minute walking test – clinical usefulness and limitations. *Kardiologia Polska* 2010; 68: 2

⁴⁴ Shiang-Ru Lu et al. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery, *Ther Clin Risk Manag.* 2015; 11: 319–327, McNeely ML et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues *Cancer.* 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2226-36

⁴⁵ Shiang-Ru Lu et al. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery, *Ther Clin Risk*

charakter odwracalny. Jest to możliwe dzięki wczesnej fizjoterapii, która może zapobiegać obniżeniu wydolności fizycznej lub wręcz prowadzić do jej poprawy. Regularną aktywność fizyczną łączy się także z profilaktyką występowania niektórych nowotworów, a nawet z obniżeniem śmiertelności z ich powodu⁴⁶. Brak monitoringu efektów interwencji fizjoterapeutycznych, może skutkować pogorszeniem aktywności fizycznej, tym bardziej, że niewiele kobiet po leczeniu chirurgicznym nowotworów piersi, wykazuje prawidłowe wartości dla aktywności fizycznej. Najczęściej rehabilitacja onkologiczna nastawiona jest na cel krótkoterminowy, jakim jest osiągnięcie maksymalnej sprawności funkcjonalnej małej motoryki, przy rekomendacji dotyczącej codziennej aktywności fizycznej, której pacjentki nie spełniają. Wiele badań potwierdza ograniczenie śmiertelności nawet w 20-30% u kobiet, które aktywność fizyczną uprawiały regularnie (treningi o submaksymalnej intensywności)⁴⁷.

Udział w programie zapewnia dostęp do świadczeń, których często brakuje pacjentkom w czasie realizacji rehabilitacji onkologicznej. Jednakże w przypadku pojawienia się powikłań takich, jak nieprawidłowy zakres ruchomości w stawie barkowo-łopatkowym, osłabiona siła mięśni zaopatrujących funkcjonalnie stawy kończyny górnej i obręczy barkowej, Axillary Web Syndrome (AWS), funkcjonalne wady postawy, restrykcje tkanek miękkich w okolicy pooperacyjnej czy zaburzenia funkcjonalne innych rejonów ciała – **pacjentki mogą korzystać ze świadczeń refundowanych przez NFZ w warunkach ambulatoryjnych lub w oddziale dziennym rehabilitacji pod warunkiem, że nie będą te świadczenia udzielane równocześnie z interwencjami programu, a przed lub po ich zakończeniu⁴⁸. Za koordynację udziału pacjentki w Programie oraz korzystanie z fizjoterapii ze środków NFZ odpowiadać będzie koordynator pacjentki⁴⁹.**

Interwencje profilaktyki przeciwobrzękowej – indywidualna edukacja

Postępowanie edukacyjne będzie związane również z:

- nauką pacjentek uproszczonej wersji ręcznego drenażu limfatycznego (simply lymph drainage – SLD/ self-MLD) w formie automasażu według Voddera obejmującego

Manag. 2015; 11: 319–327, McNeely ML et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues Cancer. 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2226-36

⁴⁶ Biskup M. et al. The role of physical activity in maintaining health after mastectomy, Studia Medyczne 2015; 31 (2): 146–154

⁴⁷ Włoch A. et al. Effectiveness of specific types of structured physical activities in the rehabilitation of post-mastectomy women: a systematic review, Medical Studies/Studia Medyczne 2018; 34 (1): 86-92

⁴⁸ Marszałek S. Fizjoterapia w ograniczeniach ruchomości stawowej i tkankowej po leczeniu nowotworów złośliwych. [W:] Woźniowski M. (red.). Fizjoterapia w onkologii. PZWL. Warszawa 2012:65-69, Lipińska A., Opuchlik A. Kinezyterapia w onkologii. [W:] Śliwiński Z., Sieroń A. (red.). Wielka fizjoterapia. Tom 2. Wyd. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2014:102-116,

⁴⁹ Marszałek S. Fizjoterapia w ograniczeniach ruchomości stawowej i tkankowej po leczeniu nowotworów złośliwych. [W:] Woźniowski M. (red.). Fizjoterapia w onkologii. PZWL. Warszawa 2012:65-69, Lipińska A., Opuchlik A. Kinezyterapia w onkologii. [W:] Śliwiński Z., Sieroń A. (red.). Wielka fizjoterapia. Tom 2. Wyd. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2014:102-116,

najpierw okolice szyi, węzłów chłonnych pachowych po stronie nieoperowanej i węzłów pachwinowych po stronie operowanej, a następnie tułowia z zachowaniem kierunków odpływów limfy do pobudzonych w ten sposób naczyń i węzłów, na samym końcu kończyny górnej (w kolejności: ramię, przedramię ręką i powrót)⁵⁰;

- nauką wykonywania ćwiczeń fizycznych udrażniających z założonym na kończynie górną rękawem kompresyjnym okrągłodziannym w celi obejmującym: śródreczę, przedramię i ramię lub przedramię i ramię – rodzaj wyrobu kompresyjnego ustala fizjoterapeuta na podstawie krótkiego wywiadu z pacjentką na temat zaangażowania kończyny górnej w czynnościach dnia ADL, zawodowych, aktywności ruchowej itp. Rękaw należy zakładać na czas ćwiczeń ruchowych i prac wykonywanych zagrożoną obrzękiem kończyną – średnio należy go nosić 8h w ciągu dnia, przez cały czas trwania programu⁵¹.

Subkliniczny obrzęk limfatyczny jest mierzalny, a jego wczesna identyfikacja ułatwia interwencje zachowawcze i może zmniejszyć prawdopodobieństwo, przerodzenia się tego stadium w przewlekłe i bardziej zaawansowane, aż po nieodwracalne. Wczesne rozpoznanie i leczenie obrzęku limfatycznego gwarantuje większy sukces terapeutyczny i potencjalnie obniża koszty związane ze stałym zaopatrywaniem się przez chore w odzież kompresyjną i z wykonywaniem specjalistycznych zabiegów przez fizjoterapeutów oraz porad lekarskich. Edukacja dla samo opieki, self-MLD, psychospołeczne wsparcie oraz ćwiczenia należą do istotnych działań profilaktycznych obrzęku limfatycznego kobiet z BCRL⁵².

ZADANIE 3

Edukacja prozdrowotna grupy docelowej

Interwencja edukacyjna będzie opierała się na indywidulowanym i **ustnym przekazaniu przez fizjoterapeutę informacji dotyczących możliwych powikłań pooperacyjnych wpływających na obniżenie sprawności funkcjonalnej i jakości życia kobiet po leczeniu raka piersi wspieranych broszurą /płytą DVD**. Propagowanie wiedzy na temat prewencji obrzęku chłonnego uwzględni:

- utrzymanie prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej,

⁵⁰ Li L. et.al. Current Treatments for Breast Cancer-Related Lymphoedema: A Systematic Review, Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(11): 4875–4883

⁵¹ Diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2016 Consensus document of the International Society of Lymphology, Lymphology 49 (2016) 170-184,

⁵² Shah C. et al. The impact of early detection and intervention of breast cancer-related lymphedema: a systematic review. Cancer Med. 2016; 5(6): 1154–1162

- znajomość czynników wyzwalających LE (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii),
- odpowiednią pielęgnację skóry i paznokci,
- wykonywanie długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym⁵³.

Edukację obejmującą **wsparcie psychologiczne i psychoedukację przeprowadzi psycholog.**

Do edukacji zostaną wprowadzone **instrukcje związane z zachowaniem prawidłowych nawyków żywieniowych, których udzieli dietetyk.**

Działania podejmowane w ramach wsparcia psychologicznego

Interwencje rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne zastosowane u kobiet w czasie trwania projektu, to⁵⁴:

- **Porada psychologiczna**, jest specjalistycznym świadczeniem zdrowotnym nastawionym na rozwiązanie zgłaszanego przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna, problemu. Porada obejmuje: wstępną rozmowę, wywiad i obserwację, określenie problemu chorego (diagnozę) oraz zakończenie kontaktu przez przekazanie choremu psychologicznych obserwacji, wyjaśnień i skierowanie go do odpowiedniej dla niego formy leczenia. **Czas trwania takiej porady: 60 min i przeprowadza ją psycholog w I dobie po leczeniu chirurgicznym oraz kontrolnie w 1, 4-6 i 10-12 miesiącu po operacji, w z zależności od grupy kobiet**
- **Warsztaty psychologiczne** forma pracy grupowej polegająca na wprowadzeniu zmian na poziomie zachowań. Nabycie wiedzy i umiejętności przydatnych do prawidłowego funkcjonowania. Praca na zasobach, umiejętnością radzenia sobie w sytuacji kryzysu pozyskanie umiejętności komunikacji społecznej czy zrozumienia procesu zdrowienia w celu poprawy jakości życia.
Realizowane w grupach o nie więcej niż 12 kobiet, w czasie 180 min raz w tygodniu w okresie od 1 miesiąca po zakończonym leczeniu chirurgicznym przez 12 tyg.
Warsztaty będą skierowane wyłącznie do pacjentek, nie do ich rodzin.

⁵³ Shah C. et al. The impact of early detection and intervention of breast cancer-related lymphedema: a systematic review. Cancer Med. 2016; 5(6): 1154–1162

⁵⁴ Toeplitz-Winiewska M. i zespół: Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych projekt MZiOS, Warszawa 1999r.

Pacjent z chorobą nowotworową nie tylko mierzy się z chorobą pierwotną, ale także narażony jest na stany emocjonalne, które przy niesprzyjających warunkach i dużym obciążeniu mogą prowadzić do depresji, zwiększonego lęku i w konsekwencji do różnych zaburzeń psychicznych⁵⁵.

Do objawów związanych z depresją należą:

- osłabienie koncentracji uwagi,
- obniżenie nastroju,
- zmęczenie,
- lęk,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze,
- zaburzenia snu,
- dolegliwości bólowe,
- suchość w ustach,
- zmniejszony apetyt⁵⁶.

Aby zapobiec wystąpieniu zaburzeń adaptacyjnych w tym zaburzeń depresyjnych i ważne jest wprowadzenie wczesnej diagnozy psychologicznej i zastosowanie przez psychologa odpowiednich testów psychologicznych w zakresie funkcjonowania poradni (koszt zakupu 1 testu z arkuszem – oryginalny test dla 1 pacjentki 0,50-1 zł), zebranie strukturalizowanego wywiadu oraz obiektywne wskaźniki oceny zachowań na temat funkcjonowania pacjentki w sytuacjach kryzysowych, ustalenie, jakie czynniki w psychice oraz środowisku pacjentki mogą przyczynić się do postępów w leczeniu. Podjęcie odpowiednich interwencji dostosowanej do potrzeby pacjentki oraz udział w warsztatach psychologicznych pomoże w lepszym zrozumieniu siebie i środowiska, co w konsekwencji przyniesie lepsze przystosowanie do sytuacji choroby i procesu zdrowienia. Psycholog na koniec udziału w warsztatach, będzie zobowiązany przekazać uczestniczkom informacje o formach wsparcia psychologicznego po zakończeniu programu, działających aktualnie w danym województwie / regionie ośrodkach

⁵⁵ Kieszkowska-Grudny A., Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne, OncoReview, 2013/3/, 2:119-128

⁵⁶ World Health Organization 1993, Red. Pużyński S, Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, UWM Vesalius, Kraków 1998: 82-89

wsparcia psychologicznego, grupach wsparcia, organizacjach pozarządowych - lista będzie możliwa do pozyskania ze strony opracowanej w ramach zadania 1.

Ocena odżywiania i wykształcenie prawidłowych nawyków żywieniowych

Ocena stanu odżywienia dokonana przez dietetyka na podstawie:

- wywiadu żywieniowego,
- subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia SGA (wzór ankiety znajduje się w standardach⁵⁷,
- badań biochemicznych,
- wskaźnika BMI przeprowadzonego w badaniach przez fizjoterapeutę.

Do edukacji kobiet zostaną wprowadzone instrukcje związane z właściwym odżywianiem się i wykształceniem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowaniem zbilansowaniem diety, których udzieli dietetyk. Zostanie również obliczone indywidualne zapotrzebowanie pacjentki na składniki odżywcze diety i energię⁵⁸.

Międzynarodowa Agencja Badań Nowotworów (IARC) donosi, że niewłaściwa dieta była przyczyną wystąpienia 25% przypadków zachorowań na raka piersi. Eliminacja czynników ryzyka związanych ze stylem życia (ograniczenie wartości energetycznej diety, zachowanie prawidłowej masy ciała, zmniejszenie spożycia cukrów prostych oraz alkoholu, a zwiększenie udziału w diecie wielonasyconych kwasów tłuszczowych - WNKT z grupy n-3, warzyw i owoców oraz regularna aktywność fizyczna), może przyczynić się do obniżenia ryzyka wystąpienia raka piersi nawet o 50%⁵⁹.

Niewłaściwy sposób odżywiania jest drugim po paleniu tytoniu elementem naszego codziennego życia mającym duży wpływ na ryzyko wystąpienia choroby nowotworowej. Osobie pragnącej odżywiać się prozdrowotnie zaleca się dietę śródziemnomorską. Należy przyjąć zasadę, by jeść wszystko, ale we właściwych proporcjach. Jadłospis musi być prawidłowo zbilansowany pod względem zawartości węglowodanów, tłuszczu i białek oraz mikroelementów i witamin. Obfitość różnych roślinnych produktów, duże ilości produktów zbożowych, a także oliwa, jako główne źródło tłuszczu, niewiele czerwonego mięsa i wino spożywane w umiarkowanych ilościach, stanowią podstawę zbilansowanej diety. Duże znaczenie ma sposób picia alkoholu, ale przede wszystkim jego ilość⁶⁰.

⁵⁷ Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W.J. et al. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii, Via Medica 2015: 19-36

⁵⁸ Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W.J. et al. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii, Via Medica 2015: 19-36

⁵⁹ Małczyk E., Majkrzak Ż., Żywieniowe czynniki rozwoju raka piersi, Probl Hig Epidemiol 2015, 96(1): 67-76

⁶⁰ <http://onkologia.org.pl/dieta/dostęp> 20.05.2018

III.4. Sposób udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach programu polityki zdrowotnej

Udział w świadczeniach w ramach programu polityki zdrowotnej będzie stanowił uzupełnienie niektórych świadczeń realizowanych zgodnie z umowami z NFZ. **Udział w programie będzie dobrowolny i bezpłatny.**

a) Oddział/ Klinika Chirurgii Onkologicznej przed zabiegiem operacyjnym

Po przyjęciu do oddziału szpitalnego, **przed operacją każdej z kobiet zakwalifikowanych do zabiegów radykalnych i oszczędzających lekarz chirurg onkolog, lub lekarz specjalista rehabilitacji medycznej lub fizjoterapeuta zaproponuje udział w programie. Następnie pacjentka wyrażająca na piśmie zgodę w jego realizacji, w zależności od planowanej metody operacyjnej zostanie skierowana do właściwej grupy.**

Kobiety z grupy 1 – z wysokim czynnikiem ryzyka BCRL zostaną objęte przez fizjoterapeutę przedoperacyjnymi interwencjami związanymi z oceną ryzyka obrzęku limfatycznego. Działania zostaną wprowadzone na podstawie modelu PROSURV-BCRL, rekomendowanego przez organizacje międzynarodowe, jak: International Society of Lymphology (ISL), International Lymphoedema Framework (ILF), European Wound Management Association (EWMA), American Lymphedema Framework Project (ALFP)⁶¹. Będą polegały na wykonaniu interwencji wymienionych w rozdziale III.3 takich, jak :

- ocena wskaźnika BMI,
- obustronne pomiary obwodów.

Oprócz tego zostanie wykonana ocena wydolności fizycznej (test 6MWT lub inny oceniający wydolność fizyczną) niezbędna dla ustalenia dalszych interwencji (ćwiczeń aerobowych z treningiem obwodowym i ćw. oddechowymi) lub wybranym testem funkcjonalnym oraz dostarczenie przez fizjoterapeutę informacji edukacyjnych.

Kobiety z grupy 2a - z niskim czynnikiem ryzyka BCRL (po SLNB) nie będą wymagały wykonania badań związanych z oceną ryzyka obrzęku limfatycznego. Ta grupa będzie oceniona przez fizjoterapeutę pod względem wydolności:

⁶¹ Ostby P.L et al. Surveillance Recommendations in Reducing Risk of and Optimally Managing Breast Cancer-Related Lymphedema J Pers Med. 2014 Sep; 4(3): 424–447

- testem 6MWT by zaplanować dalsze interwencje (ćwiczeń aerobowych z treningiem obwodowym) lub wybranym testem funkcjonalnym,
- zostaną również dostarczone przez fizjoterapeutę informacje edukacyjne w formie indywidualnej
- wskaźnika BMI.

Kobiety z grupy 2b, to w tym etapie te same co z 2a – zakwalifikowane do leczenia oszczędzającego z SLNB, z niskim czynnikiem BCRL na tym etapie leczenia również nie będą wymagały interwencji związanych z oceną ryzyka obrzęku limfatycznego. Tak samo jak u kobiet z grupy 2a wykonają test 6MWT lub wybrany test funkcjonalny oceniający ich wydolność i wskaźnik BMI oraz zostaną objęte przez fizjoterapeutę edukacją prozdrowotną i poinformowane o dalszym postępowaniu w przypadku późniejszego wprowadzenia radioterapii (skierowanie do grupy 2b) lub po rozszerzeniu marginesu operacji z SNLB do ALND.

b) Oddział/ Klinika Chirurgii Onkologicznej po zabiegu operacyjnym

Kobiety z grupy 1 w I-III dobie po operacji najpierw zostaną poddane edukacji, następnie fizjoterapeuta przeprowadzi interwencje profilaktyki przeciwobrzękowej (SLD i gimnastyka ruchowa z założonym na kończynę górną rękawem okrągło dzianym w cel1.). Ćwiczenia dostosowane przez fizjoterapeutę do stanu chorej, prowadzone są w pozycjach izolowanych z umiarkowaną intensywnością i krótkim czasem 10-15 min, zawierają dynamiczne ruchy kończyny górnej (uruchomienie pompy mięśniowej) do granicy bólu oraz trening oddechowy. Kobiety nauczone ćwiczeń powinny powtarzać je dwa-trzy razy dziennie i kontynuować w takim zakresie w warunkach domowych. W kolejnych dobach pobytu w oddziale fizjoterapeuta zwiększa intensywność i stopień trudności zadań ruchowych. Jeżeli pacjentka nie jest w stanie wykonać trudniejszych ćwiczeń, to fizjoterapeuta powinien zademonstrować sposób usprawniania w kolejnych dobach, w tym zadań ruchowych do realizacji w warunkach domowych (wsparcie broszurą/filmem z zad.1). W tym etapie indywidualną poradę psychologiczną oraz wsparcie psychologiczne przeprowadzi psycholog – czas porady ok. 60 min. Podczas rozmowy psycholog określi stan psychiczny pacjentki i zaproponuje dalszą formę wsparcia oraz wyznaczy termin indywidualnej rozmowy na 1-2 mies. od zabiegu chirurgicznego.

W czasie jej trwania zostaną również przeprowadzone:

- wsparcie praktyczne - psychoedukacja nt.:
 - autodiagnozy,

- komunikacji interpersonalnej,
 - trening zachowań asertywnych,
 - odreagowania emocji,
 - radzenia sobie z własną bezradnością,
 - radzenie sobie ze stresem,
 - praca z przekonaniami, schematami myślowymi, stereotypami życiowymi,
 - techniki oddechowe
- RTZ - racjonalna terapia zachowania nastawiona na poprawę jakości życia poprzez modyfikację zachowań i sposobu myślenia u pacjentki.

W edukacji kobiet dietetyk wprowadzi instrukcje związane z właściwym odżywianiem się. Będą one polegały na ustaleniu indywidualnych zaleceń żywieniowych. Następnie dietetyk wyznaczy termin wizyty na 1 mies. po leczeniu operacyjnym i poinformuje pacjentkę o kolejnych etapach postępowania oraz wskaże jakie badania biochemiczne powinna wykonać przed tą wizytą – zlecenie wystawi lekarz chirurg onkolog na wizycie pooperacyjnej w Poradni Chirurgicznej. Zakres badań biochemicznych niezbędnych dla dalszej diagnostyki i postępowania żywieniowego obejmuje:

- stężenie albumin,
- stężenie wit. B12, kwasu foliowego i wapnia Ca,
- gospodarka lipidowa,
- poziom cholesterolu z frakcjami trójglicerydów,
- liczba krwinek czerwonych i białych,
- stężenie hemoglobiny⁶².

Na koniec pobytu w oddziale fizjoterapeuta przekaże w formie pisemnej zalecenia do samodzielnej obserwacji w warunkach domowych i stosowania interwencji niezbędnych dla profilaktyki przeciwobrzękowej i poprawy funkcji kończyny górnej, a także instrukcje na temat diety i wsparcia psychologicznego oraz zostanie wyznaczony termin wizyty w zakładzie fizjoterapii/ rehabilitacji na 1 miesiąc od zabiegu chirurgicznego.

Kobiety z grupy 2a w I-III dobie po zabiegu zostaną poddane edukacji i gimnastyce ruchowej. Ćwiczenia będą prowadzone podobnie jak w grupie 1, ale bez zastosowania na czas ćwiczeń i wysiłków rękawa profilaktycznego. Działania edukacji zdrowotnej: indywidualna porada

⁶² Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W.J. et al. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii, Via Medica 2015: 19-36; Jarosz M. Praktyczny podręcznik dietetyki Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2010: 117-124

psychologiczna i wsparcie psychologiczne, a także dobór diety i zaleceń przez dietetyka jak w grupie 1.

Na koniec pobytu w oddziale fizjoterapeuta przekaże w formie pisemnej zalecenia do samodzielnej obserwacji w warunkach domowych i stosowania interwencji niezbędnych dla poprawy funkcji kończyny górnej oraz zostanie wyznaczony termin wizyty w zakładzie fizjoterapii/ rehabilitacji na ok. 1 miesiąc od zabiegu chirurgicznego.

Kobiety z grupy 2b - postępowanie w tym okresie nie odbiega od grupy 2a (zakłada się możliwość pojawienia się pacjentek w tej grupie dopiero po wizycie pooperacyjnej 2-3 tygodnie po zabiegu, po uzyskaniu wyniku badań histopatologicznych i konsylium oraz decyzji o chemioterapii i/lub radioterapii).

c) Zakład/ Pracownia Fizjoterapii (Rehabilitacji) / Dział Fizjoterapii (Rehabilitacji) – ambulatorium

Kobiety z grupy I zgłoszą się do zakładu ok. **1 miesiąc** operacji w celu przeprowadzenia badań kontrolnych (wizyta pooperacyjna) polegających na:

- Ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego:, obustronnych pomiarach obwodów kończyn;
- Wsparciu edukacyjnym fizjoterapeuty – ocena umiejętności przeprowadzania przez pacjentkę w warunkach domowych ćwiczeń ruchowych i automasażu i ewentualna ich korekta, ocena znajomości zasad postępowania przeciwobrzękowego, samoobserwacji i dalsze wskazówki;
- Na podstawie wyników testu 6MWT lub wybranego testu funkcjonalnego wykonywanego przez chorą w czasie pobytu w oddziale chirurgii zostaje skierowana do interwencji związanych z gimnastyką ogólnokondycyjną kształtującą lub podtrzymującą aktywność fizyczną, a także wpływającą na utrzymanie właściwej masy ciała – realizacja od 1-go miesiąca po zabiegu chirurgicznym. Niezależnie od udziału w programie kobiety będą mogły korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych na zlecenie lekarza, szczególnie w zaburzeniach funkcjonalnych kończyny, czy restrykcjach blizn pooperacyjnych i innych, pod warunkiem że w tym samym czasie nie będą realizowały zdań związanych z programem. Ćwiczenia o charakterze wysiłków aerobowych, oporowych i oddechowych z założonym na kończynę górną rękawem profilaktycznym i aktywizujące duże grupy mięśniowe, prowadzone przez fizjoterapeutę w formie zespołowej oraz treningu obwodowego z zastosowaniem rowerków stacjonarnych, orbitreków realizowane są 1-2 razy w tygodniu, trwające średnio 45-60 min, przez okres **6 tygodni**. Zajęcia organizowane

w sali kinezyterapii również w godzinach popołudniowych (15-18) z możliwością dostępu również w soboty. Zajęcia będą odbywać się w ośrodku realizującym program lub w poradni rehabilitacyjnej współpracującej w ramach programu z realizatorem, co umożliwi kobietom z innych miejscowości swobodny udział w rehabilitacji.

W tym okresie niezbędne jest również przeprowadzenie oceny psychologicznej. Po niej pacjentka bierze udział w warsztatach psychologicznych trwających **180 min, 1 raz w tygodniu przez okres 12 tygodni**. Jeżeli istnieje potrzeba przeprowadzenia psychoterapii indywidualnej, zostanie ona skierowana na terapię w ramach NFZ, a skierowanie wystawi chirurg onkolog lub lekarz psychiatra. **Psycholog wyznaczy termin kolejnych konsultacji psychologicznych na okres: 4-6 i 10-12 miesięcy od zabiegu.** Możliwe jest zorganizowanie warsztatów w jednostkach współpracujących z realizatorem w mniejszych miejscowościach.

Równocześnie odbywa się ocena sposobu żywienia przez dietetyka, który dokona jej na podstawie:

- wywiadu,
- ankiety SGA,
- badań biochemicznych
- wskaźnika BMI – badanie przeprowadzi fizjoterapeuta.

Następnie **opracuje indywidualną dietę dla każdej uczestniczki programu i wyznaczy termin kolejnych konsultacji na okres: 4-6 i 10-12 miesięcy pod zabiegu operacyjnym.** Wizyta indywidualna u dietetyka powinna trwać 60 min. Przed kolejną konsultacją (12 mies.) wskaże pacjentce jakie badania biochemiczne powinna przed nią wykonać – zlecenie wystawi lekarz chirurg onkolog w Poradni Chirurgicznej.

Ważnym elementem dietoterapii jest edukacja chorego i w zakresie sposobu żywienia, w tym zwłaszcza odpowiedniego doboru pełnowartościowych produktów żywnościowych, technik przygotowywania potraw, ilości i objętości posiłków. W czasie wizyt kontrolnych dietetyk ocenia indywidualnie stan odżywienia pacjentki i zwraca uwagę na ewentualne błędy związane z niedożywieniem lub przekarmianiem.

Niezależnie od prowadzonej gimnastyki kobiety będą odbywały wizyty kontrolne u fizjoterapeuty związane z oceną ryzyka obrzęku limfatycznego. Zostaną wyznaczone w okresie między 4-6 i 10-12 miesiącem po zabiegu. W czasie ich trwania interwencje będą polegały na:

- ocenie indeksu BMI,
- obustronnych pomiarach obwodów kończyn,
- ocenie stanu skóry: test dołka-Pitting, t.Stemmera oglądanie – inspekcja.

Dodatkowo między 10-12 miesiącu obserwacji zostanie przeprowadzony test 6MWT lub wybrany test funkcjonalny oceniający wydolność fizyczną badanych.

Po roku od operacji zaleca się dalsze monitorowanie wielkości kończyn u pacjentek zagrożonych wystąpieniem obrzęku limfatycznego w postaci półrocznych wizyt przez okres 1-3 lat w Poradni Rehabilitacji w ramach świadczeń NFZ.

Kobiety z grupy 2a zgłoszą się do zakładu 1 miesiąc od operacji w celu przeprowadzenia badań kontrolnych (wizyta pooperacyjna) polegających na:

- ocenie przez fizjoterapeutę umiejętności przeprowadzania przez pacjentkę w warunkach domowych ćwiczeń ruchowych i ewentualna ich korekta. W przypadku wskazań (ograniczenia funkcji kończyny górnej, restrykcje blizn) do wykonywania kinezyterapii indywidualnej z fizjoterapeutą pacjentka może realizować te zadania na zasadach określonych przez NFZ, na podstawie zlecenia lekarskiego w czasie przerwy w udziale w programie;
- **W tym etapie przeprowadzona zostanie przez psychologa ocena psychologiczna, jak w grupie 1 – i udział kobiet w warsztatach psychologicznych , trwających 180 min, 1 raz w tygodniu przez okres 12 tygodni, wyznaczenie terminu indywidualnych porad psychologicznych w 3-4 i 5-6 miesiącu po operacji.**
- Równocześnie odbywa się **ocena sposobu żywienia i wsparcie żywieniowe wraz oceną BMI (badanie wykona fizjoterapeuta) przez dietetyka, jak w grupie 1 – wyznaczenie wizyt kontrolnych w 3-4 i 5-6 miesiącu po operacji;**
- Na podstawie wyników testu 6MWT lub wybranego testu funkcjonalnego oceniającego wydolność fizyczną, wykonywanego przez chorą w czasie pobytu w oddziale chirurgii zostaje, skierowana do interwencji związanych z gimnastyką ogólnokondycyjną aerobową i treningiem stacjonarnym prowadzonych przez **6 tyg. 1-2x w tyg. w czasie 45-60 min.** – realizacja od 1-2 miesiąca po zabiegu chirurgicznym. Ocena wydolności fizycznej (test 6MWT lub inny) odbędzie się w czasie wizyty kontrolnej u fizjoterapeuty w 6 mies. po operacji – **każda chora otrzyma harmonogram wizyt.** Pacjentki, które zostały zakwalifikowane do radioterapii dołu pachowego aRT zmieniają grupę na 2b.

Z uwagi na mniejsze ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego w tej grupie zaproponowano interwencje skupione na działaniach fizjoterapeutycznych.

Kobiety z grupy 2b zgłoszą się do zakładu po lekarskiej wizycie pooperacyjnej (ok. 1 mies. po operacji), w czasie której otrzymają zalecenie poddania się napromienianiu okolic dołu pachowego a RT.

Wszystkie wymienione poniżej interwencje związane z oceną ryzyka obrzęku będą wykonywane przez fizjoterapeutę na **1 dzień przed** rozpoczęciem radioterapii i **ostatniego dnia** leczenia w oddziale radioterapii oraz **4-6 i 10-12 miesięcy po zakończeniu** radioterapii:

- Ocena ryzyka obrzęku limfatycznego:
 - wskaźnik BMI
 - Obustronne pomiary obwodów kończynOcena skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry.
- W etapie tym kobiety otrzymają od fizjoterapeuty interwencje profilaktyki przeciwobrzękowej:
 - nauka SLD (automasażu)
 - nauka ćwiczeń fizycznych udrażniających z rękawem kompresyjnym okrągło dzianym o ccl1, który zostanie przekazany chorej bezpłatnie.
- Na podstawie testu 6MWT lub innego testu funkcjonalnego wykonywanego przez chorą w czasie pobytu w oddziale chirurgii zostaje skierowana do interwencji związanych z gimnastyką ogólnokondycyjną przeprowadzoną w rękawie profilaktycznym, kształtującą aktywność fizyczną, a także wpływającą na utrzymanie właściwej masy ciała – realizacja od 2-go miesiąca po zabiegu chirurgicznym w trakcie a RT przez 6 tyg. Niezależnie od udziału w programie kobiety będą mogły korzystać z zabiegów fizjoterapeutycznych realizowanych na zlecenie lekarza szczególnie w zaburzeniach funkcjonalnych kończyny, czy restrykcjach blizn pooperacyjnych w czasie przerw w udziału w programie. Ćwiczenia o charakterze wysiłków aerobowych i oporowych oraz oddechowych, wykonywane w założonym na kończynę rękawem kompresyjnym aktywizujące duże grupy mięśniowe, prowadzone przez fizjoterapeutę w formie zespołowej oraz treningu obwodowego z zastosowaniem rowerków stacjonarnych, orbitreków realizowane 1-2 razy w tygodniu, trwające średnio 45-60 min, przez okres **6 tygodni**. Zajęcia organizowane w sali kinezyterapii również w godzinach

popołudniowych (15-18) z możliwością dostępu również w soboty. Ocena wydolności fizycznej (test 6MWT lub inny) odbędzie się w czasie wizyty kontrolnej u fizjoterapeuty w 4-6 i 10-12 mies. po a RT – każda chora otrzyma harmonogram wizyt.

- W tym etapie odbywa się ocena psychologiczna. Po niej pacjentka bierze udział w warsztatach psychologicznych trwających 180 min, 1 raz w tygodniu przez okres 12 tygodni. Jeżeli istnieje potrzeba przeprowadzenia psychoterapii indywidualnej, to wsparcie odbędzie się w ramach NFZ - skierowanie wystawi chirurg onkolog lub lekarz psychiatra.
Wyznaczenie terminu indywidualnych porad psychologicznych w 4-6 i 10-12 miesiącu po radioterapii.
- Równocześnie odbywa się ocena sposobu żywienia i wsparcie żywieniowe, a także ocena BMI (badanego przez fizjoterapeutę) przez dietetyka, jak w grupie I – wyznaczenie wizyt kontrolnych w 4-6 i 10-12 miesiącu po radioterapii.

Szczegóły dotyczące interwencji znajdują się również w załączniku nr 2.

III.5 Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Grupa 1

Czas trwania obserwacji kobiet wynosi w tej grupie 1 rok. Na zakończenie programu kobiety otrzymają zalecenia dalszego postępowania, szczególnie w sytuacji zauważenia przez nie objawów takich, jak:

- ból kończyny,
- uczucie ciężkości kończyny,
- ciasne rękawy i rejon biżuterii (zegarek, bransoletka, obrączka),
- zauważalne obrzęki rąk lub przejściowe obrzęki,
- wgniatanie skóry pod naciskiem palca,
- zmiana temperatury w rejonie kończyny,
- zaburzenia czucia,
- ograniczenie ruchomości i siły w stawach kończyny górnej.

Po stwierdzeniu jednej z powyższych obserwacji pacjentka proszona będzie o szybkie skontaktowanie się z fizjoterapeutą lub lekarzem specjalistą rehabilitacji medycznej/onkologiem⁶³.

Pojawienie się powikłań i nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodują zakończenie udziału w programie, a chora kierowana jest do poradni specjalistycznej (chirurgicznej, onkologicznej lub rehabilitacji medycznej).

W przypadku stwierdzenia przez fizjoterapeutę objawów wskazujących na rozpoznanie obrzęku limfatycznego, takich jak:

- przyrost różnicy obwodu między kończynami powyżej 2 cm w dowolnym jednym z czterech punktów pomiarów obwodowych kończyny górnej,
- test Stemmera dodatni – test wykonany na części grzbietowej paliczka bliższego II palca,
- Pitting test dodatni – test wykonany na części grzbietowej śródreżca i/lub przedramieniu, ramieniu

kobieta zostaje odesłana na wizytę do lekarza rehabilitacji medycznej lub chirurga onkologa, w celu podjęcia działań związanych z jak najszybszym rozpoczęciem specjalistycznego postępowania fizjoterapeutycznego - Complete Decongestive Therapy CDT realizowanego na mocy umów z NFZ. Zaleca się, aby obrzęk był leczony z wykorzystaniem metody CDT z możliwością wprowadzenia metody IPC – jednak ostateczna decyzja w zakresie leczenia należy do lekarza i/lub fizjoterapeuty.

Uczestniczki mają możliwość zakończenia udziału bez podawania przyczyny na każdym etapie programu. Realizator powinien dołożyć starań, aby pozyskać odpowiednie oświadczenie o rezygnacji od pacjentki. W przypadku braku informacji ze strony pacjentki o rezygnacji oraz braku obecności pacjentki na wyznaczonych wizytach bez uprzedzenia (2 nieobecności), możliwe jest skreślenie pacjentki z dalszego udziału w programie.

Pacjentki, które nabyły umiejętność radzenia sobie w sytuacji choroby nowotworowej przez modyfikację zachowań i sposobu myślenia, co wpływa na poprawę jakości życia kończą udział w warsztatach psychologicznych i w programie. Kobiety z objawami depresji zostaną skierowane przez psychologa na indywidualną psychoterapię do Poradni Pomocy Psychologicznej/Zdrowia Psychicznego.

⁶³ Shamley D., Robb K. An early warning surveillance programme for detecting upper limb deterioration after treatment for breast cancer: A novel technology supported system, BMC Cancer, 2015, 15:635

Kobiety u których wykształcono prawidłowe nawyki żywieniowe kończą udział w programie w wyznaczonym terminie w zależności od grupy. Pacjentki, u których nie udało się wprowadzić przestrzegania zasad właściwej diety kierowane są do Poradni Chorób Metabolicznych/ Specjalistycznej Poradni Dietetycznej/ Poradni Leczenia Otyłości.

Realizatorzy projektu na podstawie zgromadzonych danych z przeprowadzonych interwencji oraz oceny uczestniczek, podsumują jego realizację – wykłady w sali konferencyjnej. Pozytywne wyniki programu mogą przyczynić się do wprowadzenia go przez NFZ, jako standardowego postępowania w rehabilitacji kobiet po leczeniu raka piersi.

Grupa 2a

Czas trwania obserwacji kobiet wynosi w tej grupie 6 miesięcy. W przypadku pojawienia się powikłań, nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjentka kierowana będzie do dalszej obserwacji w poradni rehabilitacji lub chirurgicznej/onkologicznej.

Również z powodu braku przyczyn zdrowotnych, uczestniczki mają możliwość zakończenia udziału na każdym etapie programu.

Grupa 2b

Czas trwania obserwacji wynosi 12 miesięcy od zakończenia radioterapii. Wszystkie zasady zakończenia udziału w programie są takie same jak w grupie I. Dodatkowo w sytuacji powikłań związanych z a RT takich jak pojawienie się odczynu w obszarze napromienianym– rumień, należy skonsultować chorobę z lekarzem radioterapeutą względem sposobu postępowania terapeutycznego i ewentualnego przesunięcia w czasie udziału w zajęciach gimnastyki ogólnokondycyjnej. Na zakończenie udziału w programie kobiety otrzymają od fizjoterapeuty dalsze zalecenia względem samoobserwacji ryzyka wystąpienia LE.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

Etap I – wybór realizatorów

Realizatorzy programu zostaną wyłonieni w ramach ogłoszonych naborów wniosków o dofinansowanie projektu. Wybór realizatorów nastąpi w oparciu o zapisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych

w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014 - 2020. Zakłada się, że do opracowania zadania 1 zostanie wyłoniony jeden realizator a do pozostałych zadań (2-3) kilku realizatorów.

Zakłada się, że w ramach naboru wnioski o dofinansowanie na realizację zadań 2 i 3 będą mogły składać następujące podmioty:

- uczelnie medyczne działające w oparciu o ustawę z dnia 27 lipca 2005 r. Prawo o szkolnictwie wyższym,
- instytuty badawcze uczestniczące w systemie ochrony zdrowia działający w oparciu o ustawę z 30 kwietnia 2010 r. o instytutach badawczych ,
- podmiot leczniczy posiadający umowę z OW NFZ na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie onkologia lub chirurgia.

Realizatorzy zadań nr 2 i 3 będą zobowiązani do nawiązania współpracy / partnerstwa z co najmniej pięcioma podmiotami leczniczymi posiadającymi umowę z OW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej realizowanych w ramach fizjoterapii ambulatoryjnej lub warunkach oddziału dziennego w rodzaju rehabilitacji ogólnoustrojowej. Partnerstwa mają za zadanie umożliwienie korzystania przez pacjentki z zabiegów fizjoterapeutycznych jak najbliżej miejsca zamieszkania. Zatem wybór partnerów powinien uwzględniać zróżnicowanie regionalne / lokalne.

Realizator zadania 1 będzie zobowiązany do współpracy z realizatorami zadania 2 i 3 i odwrotnie. Realizatorzy zadania 2 i 3 będą zobowiązani o przekazywania niezbędnych informacji dla realizatora zadania 1 w celu monitorowania i ewaluacji programu.

Etap 2 – przygotowanie materiałów edukacyjnych

Realizator zadania 1 przygotowuje wymagane programem materiały edukacyjno-informacyjne, aplikację oraz stronę internetową, która będzie ogólnodostępna.

Etap 3 - kwalifikacja pacjentek do programu

Odbywa się w Klinice/ Oddziale Chirurgii Onkologicznej przez specjalistę chirurgii onkologicznej lub lekarza rehabilitacji medycznej i lub fizjoterapeutę w dniu przyjęcia chorej.

Etap 4 - badania i interwencji wczesnej

Wykonywany w Klinice / Oddziale Chirurgii Onkologicznej. Wszystkie interwencje przeznaczone dla kobiet z grupy 1 i 2a i 2b przeprowadza fizjoterapeuta w dniu przyjęcia do oddziału i kontynuuje je po zabiegu. Następnie edukuje i realizuje usprawnianie ruchowe, z jednoczesną nauką ćwiczeń do wykonywania przez chorą w warunkach domowych. W etapie tym realizują swoje zadania dietetyk i psycholog. Przed wypisaniem do domu pacjentka otrzymuje w formie pisemnej zalecenia fizjoterapeuty, dietetyka i psychologa oraz termin kolejnych wizyt w ambulatorium zakładu fizjoterapii/ rehabilitacji.

Etap 5 - interwencja i badania kontrolne

Realizowany w Zakładzie / Pracowni Fizjoterapii (Rehabilitacji). Interwencje polegającą na prowadzeniu zajęć gimnastyki ogólnokondycyjnej przeznaczonej dla wszystkich kobiet realizuje fizjoterapeuta 1-2 razy w tygodniu po średnio 45-60 min przez 6 tygodni. Test 6MWT lub inny sprawdzający wydolność fizyczną wykona fizjoterapeuta u wszystkich kobiet na 1 dzień przed operacją. Następnie powtórzy go po zrealizowaniu zajęć gimnastyki zespołowej: w grupie 1 – w 10-12 miesiącu, w grupie 2a – w 4-6 miesiącu po operacji i w grupie 2b – w 4-6 i 10-12 miesiącu po radioterapii. Kobiety z obu grup mają zapewnioną poradę psychologa i udział w warsztatach psychologicznych – grupa 1 – w 1, 4-6 i 10-12 miesiącu od operacji, grupa 2a – w 1,2-3 i 5-6 miesiącu od operacji i grupa 2b – w 1, 4-6 i 10-12 miesiącu od radioterapii. Z kolei wizyty u dietetyka przebiegają w grupie 1 w 1, 4-6 i 10-12 miesiącu od operacji, grupa 2a – w 1 i 5-6 miesiącu od operacji i grupa 2b – w 1, 4-6 i 10-12 miesiącu od radioterapii. U pacjentek z grupy 1 i 2b fizjoterapeuta jest odpowiedzialny za monitorowanie ryzyka obrzęku limfatycznego, zgodnie z ustalonym wcześniej harmonogramem (obwody kończyn). Kobiety z grupy 2a nie będą podlegały interwencjom ocenie ryzyka wystąpienia LE, tylko ocenie czynnościowej w okresach: przed operacją oraz 5-6 miesięcy po zabiegu.

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

Personel medyczny:

- Oddział/ Klinika Chirurgii Onkologicznej oraz Zakład Rehabilitacji / Pracownia Fizjoterapii
 - Lekarz specjalista chirurgii onkologicznej (1-2 osób),

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

- Lekarz specjalista rehabilitacji medycznej (1-2 osób) –
- Fizjoterapeuta (1-3 osób) z 5 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi, posiadający certyfikat ukończenia kursu uprawniającego do pracy z pacjentami z obrzękiem limfatycznym; fizjoterapeuci wpisani są do Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów; dla prowadzenia zajęć na prowadzeniu zajęć gimnastyki ogólnokondycyjnej wymagane jest 3-letnie doświadczenie;
- Psycholog (1-2 osób) – uprawnienia: absolwent studiów magisterskich na kierunku psychologia z 3 letnim doświadczeniem w pracy z pacjentami onkologicznymi, premiowanie realizatorów zatrudniających **psychologów**, którzy ukończyli studia podyplomowe w zakresie psychoonkologii
- Dietetyk (1-2 osób) - wykształcenie średnie medyczne w zawodzie dietetyka lub osoba, która ukończyła studia wyższe na kierunku dietetyka lub osoba, która rozpoczęła przed dniem 1 października 2007 r. studia wyższe na kierunku technologia żywności i żywienie człowieka o specjalności żywienie człowieka i uzyskała tytuł licencjata lub magistra lub magistra inżyniera na tym kierunku;
- **Sekretarka medyczna / koordynator pacjentki (co do zasady 1 osoba) sprawująca nadzór nad prowadzeniem dokumentacji z przeprowadzonych badań i podjętych interwencji, nad harmonogramem interwencji, kontaktem z pacjentami (telefoniczne/mailowe przypominanie o terminach wizyt), przekazywaniem wszystkich niezbędnych informacji dla lekarzy prowadzących pacjentkę oraz fizjoterapeutów. Koordynator odpowiada również za skoordynowanie udziału pacjentki w Programie oraz ewentualnym udziale w fizjoterapii ze środków NFZ oraz korzystanie z innych świadczeń gwarantowanych, celem uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń.. Ponadto, koordynator pomaga w uzyskaniu skierowania na badania biochemiczne, niezbędne dla dietetyka.**
- W miarę możliwości ośrodek powinien zapewnić również wsparcie lekarza angiologa.

Wypożyczenie:

Klinika/Oddział Chirurgii Onkologicznej – budynek i warunki techniczne (korytarz potrzebny do testu 6MWD) zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, *gabinet zabiegowy* i podstawowy sprzęt –

leżanka dla pacjenta, krzesło, biurko, komputer do zapisania danych, a w *salach chorych – kliny* zapewniające wyższe ułożenie kończyny górnej dla kobiet z BCRL

Zakład / Pracownia Fizjoterapii (Rehabilitacji) - budynek i warunki techniczne zgodne z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, *sala kinezyterapii zespołowej* i podstawowy sprzęt: drabinki, materace, lustra oraz przybory i urządzenia rehabilitacyjne:

- piłki miękkie małe lekarskie winylowe o średnicy 11 cm (20-30 sztuk),
- piłki rehabilitacyjne z ABS o średnicy 45 cm (5 sztuk),
- laski gimnastyczne o długości 80-100 cm (10-20 szt.),
- taśmy gumowe do ćwiczeń o dł. 45,5: zielona mocna 2 op. i czerwona o średnim stopniu rozciągliwości 2 op.,
- rower treningowy stacjonarny magnetyczny – 2 sztuki,
- orbitrek magnetyczny – 1-2 sztuki,
- leżanka dla pacjenta, krzesło, biurko, komputer do zapisania danych. Dla psychologa/ dietetyka – *gabinet* zapewniający możliwość odbycia indywidualnej rozmowy.

Oraz wyposażenie do badań (tylko Zakład Fizjoterapii (Rehabilitacji)) :

- Waga lekarska ze wzrostomierzem (BMI),
- Taśma do pomiarów obwodowych,
- Stoper, ciśnieniomierz lekarski, licznik okrążeń, słupek - test 6MWT,

Rękaw okrągłodziały o I klasie ucisku (ccl1) obejmujący różne rozmiary i rejony kończyny górnej: śródreczę, przedramię i ramię lub przedramię i ramię – dla pacjentek z czynnikiem ryzyka BCRL

Dla wsparcia dietetycznego i konsultacji psychologicznych – zapewnienie osobnego gabinetu, gdzie może odbywać się porada. Należy zapewnić intymność rozmowy.

Dla warsztatów psychologicznych – zapewnienie osobnej sali dla 13 osób, umożliwiającej przeprowadzenie wsparcia.

Realizacja działań w zadaniu 1 – przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych: materiały te w swojej treści merytorycznej powinny zostać przygotowane przez lekarza onkologa lub chirurga onkologa, lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej, fizjoterapeuty, psychologa i dietetyka, którzy mają co najmniej 5 lat doświadczenia w pracy z pacjentkami onkologicznymi.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

W ramach Programu zostanie powołana Rada ds. Oceny i Ewaluacji, do której powinna być oddelegowana co najmniej 1 osoba od każdego realizatora programu. Rada będzie odpowiedzialna za ocenę realizacji programu, nadzór nad prowadzeniem systemu monitorowania uczestników programu, podsumowanie programu, analizę statystyczną i epidemiologiczną wyników programu, przygotowanie raportu końcowego. Zebraniom Rady będzie przewodniczył przedstawiciel realizatora zadania 1. Spotkania Rady powinny odbywać się co najmniej dwa razy w roku.

Ocenie Rady zostanie poddane przed wszystkim:

1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do programu będzie oceniana na podstawie danych otrzymanych od realizatorów programu dotyczących procentowej liczby osób, które uczestniczyły w Programie w stosunku do liczby osób, którym zaproponowano udział w programie. Rada będzie również oceniać na podstawie informacji przekazanych przez realizatorów odsetek kobiet, które zrezygnowały z udziału w programie w trakcie trwania poszczególnych interwencji.

2. Ocena jakości świadczeń w programie

Kontrola jakości świadczeń w programie odbywać się będzie na bieżąco na podstawie sprawozdań przedkładanych przez realizatorów programu oraz obserwacji realizacji programu. Na zakończenie udziału w programie pacjentki wypełnią ankietę oceny jakości programu. Jednolita ankieta zostanie opracowana przez Radę.

3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostanie przeprowadzona na podstawie osiągnięcia zaplanowanych w programie mierników.

4. Ocena trwałości efektów programu

Funkcjonowanie Rady będzie odbywać się w ramach zadania 1.

Opracowany i przetestowany program polityki zdrowotnej zostanie udostępniony dla jednostek samorządu terytorialnego w celu jego kontynuacji, przy niezbędnych modyfikacjach, np. w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych 2014 - 2020 i ewentualnie innych środków.

V.2. Ewaluacja

W przypadku realizacji przez Ministerstwo Zdrowia ewaluacji realizowanych programów polityki zdrowotnej, włączenie ww. Programu do działań ewaluacyjnych zostanie wzięte pod uwagę. W ramach ewaluacji zostanie porównany stan przed wprowadzeniem działań w ramach programu ze stanem po realizacji programu. Ocenie zostanie również poddana realizacja zakładanych efektów i mierników w programie. Szczegółowe pytania badawcze zostaną opracowane na etapie przygotowania postępowania przetargowego w zakresie wyłonienia podmiotu realizującego ewaluację.

VI. Koszty

Koszty będą ponoszone zgodnie z zapisami Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020, dostępnych tu: <https://www.mr.gov.pl/strony/zadania/fundusze-europejskie/wytyczne/wytyczne-na-lata-2014-2020/>.

Zaleca się rozliczenie kosztów metodami uproszczonymi, opisanymi w ww. Wytycznych. Szczegółowy opis sposobu rozliczania zostanie doprecyzowany w umowie o dofinansowanie projektu.

Źródło finansowania działań to środki Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój. Zakładany koszt realizacji Programu to ok. 15 mln zł. Z uwagi na różne grupy pacjentek oraz różne interwencje proponowane pacjentkom nie jest możliwe wskazanie kosztu jednostkowego.

Proponowane szczegółowe koszty poszczególnych świadczeń zostały wykazane w **załączniku nr 3**. Koszty te zostały wyliczone na podstawie wycenę eksperta opracowującego program, danych z NFZ oraz przeprowadzonego rozeznania rynkowego. Ostateczne koszty zaproponowanych świadczeń zostaną wskazane w dokumentacji konkursowej.

VII. Bibliografia

Strony internetowe:

<https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/>

http://www.archiwum.mz.gov.pl/wp-content/uploads/2015/12/MPZ_onkologia_Polska.pdf,

<https://www.zwrotnikraka.pl/leczenie-raka-piersi-breast-cancer-unit/>

http://onkologia.org.pl/raporty/#tabela_rok

http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy

<http://onkologia.org.pl/dieta/> dostęp 20.05.2018

<https://prog.nfz.gov.pl/app-jgp/AnalizaPrzekrojowaSzczegoly.aspx?id=268>

1. Adriaenssens N. et al. Comparative study between mobile infrared optoelectronic volumetry with a Perometer and two commonly used methods for the evaluation of arm volume in patients with breast cancer related lymphedema of the arm. *Lymphology*. 2013 Sep;46(3):132-43
2. Biskup M. et al. The role of physical activity in maintaining health after mastectomy, *Studia Medyczne* 2015; 31 (2): 146–154

3. Chan D. S. M. et al. Body mass index and survival in women with breast cancer—systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies, *Ann Oncol.* 2014 Oct; 25(10): 1901–1914
4. Diagnosis and treatment of peripheral lymphedema: 2016 Consensus document of the International Society of Lymphology, *Lymphology* 49 (2016) 170-184
5. Didkowska J. i wsp. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2015 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2017
6. Freier B, Urbański F., Więckowska B: Model struktury leczenia w nowotworach piersi W: *Proces leczenia w Polsce – analizy i modele T.1 Onkologia* red. Więckowska B, Warszawa 2015:143-171
7. Góźdz S., Macek P. Rak piersi w województwie świętokrzyskim w latach 1999-2012, *ŚCO* Kielce 2015, ISBN 978-83-7971-404-9
8. Jarosz M. Praktyczny podręcznik dietetyki Instytut Żywności i Żywienia , Warszawa 2010: 117-124
9. Jeziorski A., Jaśkiewicz J. Leczenie chirurgiczne. [W:] Jassem J., Krzakowski M. (red.). *Rak piersi. Praktyczny przewodnik dla lekarzy.* Wyd. VM Media Group. Gdańsk 2009: 105-127
10. Kaźmierczak U., Bułatowicz I., Radziwińska A., Strojek K., Zukow W. Abnormal attitudes that occur in women after mastectomy. *J Health Sci* 2013; 3(10):337-346
11. Kieszowska-Grudny A., Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne, *OncoReview*, 2013/3/, 2:119-128
12. Kłęk S., Jankowski M., Kruszewski W.J. et al. Standardy leczenia żywieniowego w onkologii, *Via Medica* 2015: 19-36
13. Li L. et.al. Current Treatments for Breast Cancer-Related Lymphoedema: A Systematic Review, *Asian Pac J Cancer Prev.* 2016; 17(11): 4875–4883
14. Lipińska A., Opuchlik A. Kinezyterapia w onkologii. [W:] Śliwiński Z., Sieroń A. (red.). *Wielka fizjoterapia. Tom 2.* Wyd. Elsevier Urban & Partner. Wrocław 2014:102-116

15. Macek P., Stanisławek A., Gózdź S. Lymphoedema – literature review. *Onkol Radioter* 2010;4(14):23-31
16. Malczyk E., Majkrzak Ż., Żywieniowe czynniki rozwoju raka piersi, *Probl Hig Epidemiol* 2015, 96(1): 67-76
17. Malicka I., Pawłowska K. (2008) Aktywność ruchowa w prewencji pierwotnej i wtórnej raka piersi. *Rehabilitacja Medyczna*, 12 (1): 32-38
18. Marszałek S. Fizjoterapia w ograniczeniach ruchomości stawowej i tkankowej po leczeniu nowotworów złośliwych. [W:] Woźniewski M. (red.). *Fizjoterapia w onkologii*. PZWL. Warszawa 2012:65-69
19. McLaughlin S.A. et al. Considerations for Clinicians in the Diagnosis, Prevention, and Treatment of Breast Cancer-Related Lymphedema: Recommendations from a Multidisciplinary Expert ASBrS Panel, *Annals of Surgical Oncology* October 2017, Volume 24, Issue 10: 2818–2826
20. McLaughlin S.A. et al Considerations for Clinicians in the Diagnosis, Prevention, and Treatment of Breast Cancer-Related Lymphedema, Recommendations from an Expert Panel: Part 2: Preventive and Therapeutic Options, *Ann Surg Oncol* (2017) 24:2827–2835
21. McNeely ML et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and postreconstructive issues *Cancer*. 2012 Apr 15;118(8 Suppl):2226-36
22. NLN Medical Advisory Committee, Position Statement of the National Lymphedema Network, Risk Reduction 2012
23. Ochalek K., Grądalski T., Postępowanie w obrzęku chłonnym *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2017,11,1: 24-30
24. Ochalek K. et al. Physical Activity With and Without Arm Sleeves: Compliance and Quality of Life After Breast Cancer Surgery-A Randomized Controlled Trial, *LYMPHATIC RESEARCH AND BIOLOGY*, 00, 00, 2017, <https://doi.org/10.1089/lrb.2017.0045> i *Lymphat Res Biol* 2018; 16: 294-299
25. Opuchlik A, Bocian A, Biskup M, et al. Postępy w chirurgicznym leczeniu raka piersi i fizjoterapia pooperacyjna. *Studia Medyczne* 2016; 32(2): 136-144

26. Ostby P.L et al. Surveillance Recommendations in Reducing Risk of and Optimally Managing Breast Cancer-Related Lymphedema J Pers Med. 2014 Sep; 4(3): 424–447
27. Potrykowska J. i wsp. Zachorowalność i umieralność na nowotwory a sytuacja demograficzna Polski, Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa 2014
28. Rak piersi pod red : J. Jassem, M. Krzakowski,
29. Schmidt-Hansen M. et al. Axillary surgery in women with sentinel node-positive operable breast cancer: a systematic review with meta-analyses, SpringerPlus 2016, 5:85
30. Shamley D., Robb K. An early warning surveillance programme for detecting upper limb deterioration after treatment for breast cancer: A novel technology supported system, BMC Cance, 2015,15:635
31. Shah C. et al. The impact of early detection and intervention of breast cancer-related lymphedema: a systematic review. Cancer Med. 2016; 5(6): 1154–1162
32. Shiang-Ru Lu et al. Role of physiotherapy and patient education in lymphedema control following breast cancer surgery, Ther Clin Risk Manag. 2015; 11: 319–327
- a. Smaga, M. Mikułowska, A. Komorowska, B. Falkiewicz, J. Gryglewicz, Rak piersi w Polsce – leczenie to inwestycja
33. Toeplitz-Winiewska M. i zespół: Standardy psychologicznych świadczeń zdrowotnych projekt MZiOS, Warszawa 1999r
34. Ugur S. et al. Risk Factors of Breast Cancer-Related Lymphedema, Lymphat Res Biol. 2013 Jun; 11(2): 72–75, Kwan ML et al. Risk factors for lymphedema in a prospective breast cancer survivorship study: the Pathways Study. Arch Surg. 2010 Nov;145(11):1055-63
35. Wanchai A. et al. Breast cancer-related lymphedema: A literature review for clinical practice, International Journal of Nursing Sciences 3,2,2016:202-207
36. Wierzbicka B., Urban J. Analiza wczesnych powikłań u kobiet poddanych leczeniu chirurgicznemu i rehabilitacji z powodu raka piersi. Wyd. Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży 2013;52:91-103

37. Więckowska J., Dągiel J, Tolarczyk A. et al. Popyt na świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii i kardiologii – wyniki modelu prognostycznego, W: Świadczenia onkologiczne i kardiologiczne w Polsce – podejście ilościowe do oceny jakości leczenia i szacowania potrzeb, red. Więckowska B, Min. Zdr. Warszawa 2015: 147-161
38. Włoch A. et al. Effectiveness of specific types of structured physical activities in the rehabilitation of post-mastectomy women: a systematic review, Medical Studies/Studia Medyczne 2018; 34 (1): 86-92
39. Wolszakiewicz J. The 6-minute walking test – clinical usefulness and limitations. Kardiologia Polska 2010; 68: 2
40. World Health Organization 1993, Red. Pużyński S, Wciórka J.: Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, UWM Vesalius, Kraków 1998: 82-89
41. Woźniewski M. (2005) Aktywność ruchowa u chorych na nowotwory złośliwe. W: Murawska-Ciałowicz E., Zatoń M. (red.): Znaczenie aktywności ruchowej dla zdrowia. AWF, Wrocław: 139-154

Zalecenia dla kobiet po chirurgicznym leczeniu nowotworów piersi

Pacjentki po usunięciu węzłów chłonnych dołu pachowego o wysokiej masie ciała, po radioterapii lub po usunięciu węzła wartowniczego i radioterapii zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego kończyny górnej:

I. Ćwiczenia i ochrona przed wystąpieniem obrzęku limfatycznego

- wykonuj w rękawie profilaktycznym nauczoną w szpitalu gimnastykę 2-3 x dziennie (rano i popołudniu) przez 10-15 min, w warunkach domowych wprowadzaj gimnastykę obręczy barkowej we wszystkich płaszczyznach ruchu i staraj się poprawiać zakresy ruchomości,
- po uzyskaniu sprawności kończyny zwiększ intensywność ćwiczeń nawet do 45 min. - 3 x w tyg., starając się nie obniżać aktywności fizycznej
- przeprowadzaj delikatny autodrenaż popołudniu lub wieczorem,
- po zagojeniu ran wykonuj delikatny automasaż w okolicy nad i pod blizną,
- podtrzymuj aktywność fizyczną – udział w lubianych zajęciach ruchowych (co najmniej 3xtyg. przez 45 min) w rękawie przeciwobrzekowym np. pływanie, nordic walking, spacer, joga, bieganie, aerobik,
- utrzymuj prawidłową masę ciała.

Pamiętaj, że czynniki wywołujące obrzęk limfatyczny, to:

- nadwaga, zwłaszcza otyłość,
- zastosowanie radioterapii,
- urazy i zakażenia (uwaga na skaleczenia, również w czasie pielęgnacji skóry i paznokci),
- czynniki termiczne (przeciwwskazaniem sauna),
- brak aktywności fizycznej, ale i nadmierny wysiłek fizyczny (długotrwała praca bez rękawa kompresyjnego).

Sygnały ostrzegawcze!

- ból rozpierający kończyny,
- uczucie ciężkości kończyny,
- ciasne rękawy i rejon biżuterii (zegarek, bransoletka, obrączka),
- zauważalne obrzęki rąk lub przejściowe obrzęki,
- wgniatanie skóry pod naciskiem palca,
- zmiana temperatury w rejonie kończyny,
- zaburzenia czucia,
- ograniczenie ruchomości i siły w stawach kończyny górnej.

Jeżeli zaobserwujesz u siebie przynajmniej 1 z wymienionych objawów - natychmiast zgłoś się do fizjoterapeuty lub lekarza.

Jeżeli twoja sprawność fizyczna, mimo stosowania przez siebie gimnastyki jest niezadowolająca – zgłoś się do lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty.

II. Równowaga psychiczna

- pracuj nad zmianą niezdrowych przekonań za pomocą Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ),
- popracuj z wyobraźnią nad przekształceniem lęku w spokój umysłu poprzez wizualizację, metody behawioralne,
- rozwijaj wzmacniaj nadzieję oraz zaufanie do procesu leczenia,
- konstruktywnie radź sobie ze stresem związanym z leczeniem lub nawrotem choroby poprzez identyfikację niezdrowych zachowań i zastępuj je zdrowymi zachowaniami,
- zwiększaj energię do życia poprzez tworzenie osobistego planu zdrowienia i jednocześnie zaspakajaj własne ważne potrzeby np.: poprzez określenie celu ważnego dla siebie,
- udoskonalać system wsparcia poprzez zdrową komunikację z samym sobą i najbliższym otoczeniem,
- angażuj się w takie czynności poprzez które odczuwasz radość, zadowolenie i spokój umysłu.

Objawy związane z depresją:

- osłabienie koncentracji uwagi,
- obniżenie nastroju,
- zmęczenie,
- lęk,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze,
- zaburzenia snu,
- dolegliwości bólowe,
- suchość w ustach,
- zmniejszony apetyt.

Jeżeli nie radzisz sobie z stresem, brakiem nadziei i lękiem, zauważasz, że jesteś smutna, przygnębiona, masz objawy związane z wystąpieniem depresji i nie umiesz sobie poradzić z aktualną sytuacją zdrowotną i osobistą - zgłoś się do Zakładu Psychoonkologii/Poradni Pomocy Psychologicznej/Poradni Zdrowia Psychicznego w celu profesjonalnej pomocy u specjalistów zdrowia psychicznego.

III. Podstawowe zasady diety

Żywienie dietetyczne ma duże znaczenie w całokształcie leczenia różnego rodzaju schorzeń. Dobrze zaplanowana dieta i umiejętne jej realizowanie w wielu wypadkach znaczenie przyspiesza powrót do zdrowia.

Wartość energetyczna powinna być ustalona w zależności od wydatków energetycznych; należy starać się utrzymywać stałą masę ciała, nie dopuszczając do nadmiernego jej przyrostu.

- spożywaj 5 mniejszych objętościowo posiłków w ciągu dnia;
- pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa i owoce powinny być głównym źródłem energii w diecie i znajdować się w większości posiłków; należy ograniczyć do minimum spożycie cukru i słodczy;
- źródłem pełnowartościowego białka w diecie powinny być: chude i półtłuste sery twarogowe, odtłuszczone mleko i jego fermentowane przetwory (jogurt, kefir, kwaśne mleko, maślanka), ponadto chude mięso drobiowe bez skóry, cielęcina, mięso z królika, ryby, jaja; warto wykorzystywać także białko pochodzenia roślinnego w postaci nisko przetworzonych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych;
- tłuszcze w diecie powinny pochodzić z ryb morskich, drobiu, oleju rzepakowego, lnianego, oliwy z oliwek, orzechów i nasion; ilość tłuszczu zwierzęcych, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe należy zredukować do niezbędnych wartości zalecanych (ogranicz spożycie tłustego mięsa i wędlin, tłustych przetworów mlecznych, zrezygnuj ze smażenia, eliminuj słodczy produkowane przemysłowo, utwardzane margaryny, smalec);
- każdy posiłek powinien zawierać różnokolorowe (szczególnie zielone i żółtopomarańczowe) warzywa i owoce, co zapewni odpowiednią ilość witamin C, A, E, D i beta-karotenu w diecie; spożywaj więcej warzyw niż owoców (2/3 warzyw i 1/3 owoców); połowa z nich powinna być w postaci surowej;
- zwiększ spożycie błonnika (pełnoziarnistych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion warzyw strączkowych, otrąb, siemienia lnianego), przede wszystkim jego rozpuszczalnych frakcji, które regulują pracę przewodu pokarmowego;
- ogranicz do 1-2 razy w tygodniu spożywanie mięsa czerwonego (tygodniowo nie więcej niż 500 g mięsa po przygotowaniu), unikaj przedłużonego smażenia i grillowania;
- ogranicz spożycie soli kuchennej do 5 g dziennie (1 łyżeczka), poprzez zmniejszenie spożycia wędlin, konserw, serów podpuszczkowych, solonych przekąsek, zup w proszku, sosów, przypraw do zup oraz redukcję ilości soli dodawanej do przygotowywania potraw, sól wodę w ziemniakach lub makaronach pod koniec gotowania;
- unikaj spożywania alkoholu, nie pal tytoniu, nie zażywaj suplementów diety;
- codzienna dieta powinna być urozmaicona, aby zapobiegała niedoborom składników pokarmowych; znajdują się w niej produkty ze wszystkich grup spożywczych, możliwie jak najmniej przetworzone;
- wybieraj właściwe techniki przyrządzania posiłków (gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w folii aluminiowej, naczyniach żaroodpornych), dozwolony tłuszcz najlepiej dodawać do gotowych potraw;
- jedz powoli i dokładnie przeżuвай pokarm;
- napoje i potrawy powinny mieć umiarkowaną temperaturę;
- zaleca się spożywanie około 2 litrów płynów dziennie.

Należy eliminować z diety produkty: wysoko przetworzone, tłuste, wysoko słodzone, wędzone, konserwowane, marynowane, nadpsute, spleśniałe, zawierające sztuczne środki słodzące, syrop glukozowo-fruktozowy, glutaminian sodu, utwardzony tłuszcz palmowy, aromaty dymu wędzarniczego, dużą ilość soli.

Porada i zalecenia dietetyczne powinny być prowadzone dla każdej chorej indywidualnie w zależności od jej fizjologii i współistnienia chorób. Jeżeli nie zachowujesz właściwej diety, a twoje nawyki żywieniowe odbiegają od otrzymanych w szpitalu zaleceń zgłoś się do dietetyka.

.....

Pacjentki po usunięciu węzła wartowniczego po operacjach odtwórczych:

I. Ćwiczenia

- noś zalecony przez lekarza biustonosz z pasem kompresującym,
- wykonuj nauczoną w szpitalu gimnastykę 2x dziennie (rano i popołudniu) przez 10-15 min. – ćwiczenia obręczy barkowej bez nadmiernej pracy mięśnia piersiowego większego (dopuszczalny zakres ruchu zgięcia w stawie ramiennym to 90° **i nie należy go przekraczać przez najbliższy miesiąc**),
- w warunkach domowych wprowadzaj gimnastykę obręczy barkowej we wszystkich płaszczyznach ruchu, ale bez pokonywania kąta prostego w czasie wznosu ramienia przodem i bokiem,
- po zagojeniu ran wykonuj delikatny automasaż odtworzonej piersi,
- podtrzymuj aktywność fizyczną – udział w lubianych zajęciach ruchowych (co najmniej 3x tyg. przez 45 min) np. pływanie, nordic walking, spacer, joga, bieganie, aerobik,
- utrzymuj prawidłową masę ciała.

II. Równowaga psychiczna

- pracuj nad zmianą niezdrowych przekonań za pomocą Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ),
- popracuj z wyobraźnią nad przekształceniem lęku w spokój umysłu poprzez wizualizację, metody behawioralne,
- rozwijaj i wzmacniaj nadzieję oraz zaufanie do procesu leczenia,
- konstruktywnie radź sobie ze stresem związanym z leczeniem lub nawrotem choroby poprzez identyfikację niezdrowych zachowań i zastępuj je zdrowymi zachowaniami,
- zwiększaj energię do życia poprzez tworzenie osobistego planu zdrowienia i jednocześnie zaspakajaj własne ważne potrzeby np.: poprzez określenie celu ważnego dla siebie,
- udoskonalać system wsparcia poprzez zdrową komunikację z samym sobą i najbliższym otoczeniem,
- angażuj się w takie czynności poprzez które odczuwasz radość, zadowolenie i spokój umysłu.

Objawy związane z depresją:

- osłabienie koncentracji uwagi,
- obniżenie nastroju,
- zmęczenie,
- lęk,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,

- myśli i czyny samobójcze,
- zaburzenia snu,
- dolegliwości bólowe,
- suchość w ustach,
- zmniejszony apetyt.

Jeżeli nie radzisz sobie z stresem, brakiem nadziei i lękiem, zauważasz, że jesteś smutna, przygnębiona, masz objawy związane z wystąpieniem depresji i nie umiesz sobie poradzić z aktualną sytuacją zdrowotną i osobistą - zgłoś się do Zakładu Psychoonkologii/Poradni Pomocy Psychologicznej/Poradni Zdrowia Psychicznego w celu profesjonalnej pomocy u specjalistów zdrowia psychicznego.

III. Podstawowe zasady diety

Żywienie dietetyczne ma duże znaczenie w całokształcie leczenia różnego rodzaju schorzeń. Dobrze zaplanowana dieta i umiejętne jej realizowanie w wielu wypadkach znaczenie przyspiesza powrót do zdrowia.

Wartość energetyczna powinna być ustalona w zależności od wydatków energetycznych; należy starać się utrzymywać stałą masę ciała, nie dopuszczając do nadmiernego jej przyrostu.

- spożywaj 5 mniejszych objętościowo posiłków w ciągu dnia;
- pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa i owoce powinny być głównym źródłem energii w diecie i znajdować się w większości posiłków; należy ograniczyć do minimum spożycie cukru i słodczy;
- źródłem pełnowartościowego białka w diecie powinny być: chude i półtłuste sery twarogowe, odtłuszczone mleko i jego fermentowane przetwory (jogurt, kefir, kwaśne mleko, maślanka), ponadto chude mięso drobiowe bez skóry, cielęcina, mięso z królika, ryby, jaja; warto wykorzystywać także białko pochodzenia roślinnego w postaci nisko przetworzonych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych;
- tłuszcze w diecie powinny pochodzić z ryb morskich, drobiu, oleju rzepakowego, lnianego, oliwy z oliwek, orzechów i nasion; ilość tłuszczu zwierzęcych, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe należy zredukować do niezbędnych wartości zalecanych (ogranicz spożycie tłustego mięsa i wędlin, tłustych przetworów mlecznych, zrezygnuj ze smażenia, eliminuj słodkie produkowane przemysłowo, utwardzane margaryny, smalec);
- każdy posiłek powinien zawierać różnokolorowe (szczególnie zielone i żółtopomarańczowe) warzywa i owoce, co zapewni odpowiednią ilość witamin C, A, E, D i beta-karotenu w diecie; spożywaj więcej warzyw niż owoców (2/3 warzyw i 1/3 owoców); połowa z nich powinna być w postaci surowej;
- zwiększ spożycie błonnika (pełnoziarnistych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion warzyw strączkowych, otrąb, siemienia lnianego), przede wszystkim jego rozpuszczalnych frakcji, które regulują pracę przewodu pokarmowego;
- ogranicz do 1-2 razy w tygodniu spożywanie mięsa czerwonego (tygodniowo nie więcej niż 500 g mięsa po przygotowaniu), unikaj przedłużonego smażenia i grillowania;
- ogranicz spożycie soli kuchennej do 5 g dziennie (1 łyżeczka), poprzez zmniejszenie spożycia wędlin, konserw, serów podpuszczkowych, solonych przekąsek, zup w proszku, sosów, przypraw do zup oraz redukcję ilości soli dodawanej do

przygotowywania potraw, sól wodę w ziemniakach lub makaronach pod koniec gotowania;

- unikaj spożywania alkoholu, nie pal tytoniu, nie zażywaj suplementów diety
- codzienna dieta powinna być urozmaicona, aby zapobiegała niedoborom składników pokarmowych; znajdują się w niej produkty ze wszystkich grup spożywczych, możliwie jak najmniej przetworzone;
- wybieraj właściwe techniki przyrządzania posiłków (gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w folii aluminiowej, naczyniach żaroodpornych), dozwolony tłuszcz najlepiej dodawać do gotowych potraw;
- jedz powoli i dokładnie przeżuwaj pokarm;
- napoje i potrawy powinny mieć umiarkowaną temperaturę;
- zaleca się spożywanie około 2 litrów płynów dziennie.

Należy eliminować z diety produkty: wysoko przetworzone, tłuste, wysoko słodzone, wędzone, konserwowane, marynowane, nadpsute, spleśniałe, zawierające sztuczne środki słodzące, syrop glukozowo-fruktozowy, glutaminian sodu, utwardzony tłuszcz palmowy, aromaty dymu wędzarniczego, dużą ilość soli.

Porada i zalecenia dietetyczne powinny być prowadzone dla każdej chorej indywidualnie w zależności od jej fizjologii i współistnienia chorób. Jeżeli nie zachowujesz właściwej diety, a twoje nawyki żywieniowe odbiegają od otrzymanych w szpitalu zaleceń zgłoś się do dietetyka.

.....

Pacjentki po usunięciu węzła wartowniczego po operacjach oszczędzających piersi

I. Ćwiczenia

- wykonuj nauczoną w szpitalu gimnastykę 2-3 x dziennie (rano i popołudniu) przez 10-15 min.,
- w warunkach domowych wprowadzaj gimnastykę obręczy barkowej we wszystkich płaszczyznach ruchu i staraj się poprawiać zakresy ruchomości,
- po uzyskaniu sprawności kończyny zwiększ intensywność ćwiczeń nawet do 45 min. - 3 x w tyg., starając się nie obniżać aktywności fizycznej
- po zagojeniu ran wykonuj delikatny automasaż w okolicy nad i pod blizną,
- podtrzymuj aktywność fizyczną – udział w lubianych zajęciach ruchowych (co najmniej 3xtyg. przez 45 min) np. pływanie, nordic walking, spacer, joga, bieganie, aerobik,
- utrzymuj prawidłową masę ciała,
- jeżeli zostaniesz poddana radioterapii/chemioterapii zwiększ czujność względem wystąpienia obrzęku limfatycznego kończyny górnej oraz obserwuj okolicę napromienianą. Zgłoś się do fizjoterapeuty w celu uzyskania instrukcji postępowania przeciwobrzękowego i w trakcie wysokiej aktywności fizycznej noś rękaw profilaktyczny na kończynie (wiosłowanie, fitness, aerobik, jazda na rowerze) .

Pamiętaj, że czynniki wyzwalające obrzęk limfatyczny, to:

- nadwaga, zwłaszcza otyłość,
- zastosowanie radioterapii,
- urazy i zakażenia (uwaga na skaleczenia, również w czasie pielęgnacji skóry i paznokci),

- czynniki termiczne (przeciwwskazaniem sauna),
- brak aktywności fizycznej, ale i nadmierny wysiłek fizyczny (długotrwała praca bez rękawa kompresyjnego).

Sygnały ostrzegawcze!

- ból kończyny,
- uczucie ciężkości kończyny,
- ciasne rękawy i rejon biżuterii (zegarek, bransoletka, obrączka),
- zauważalne obrzęki rąk lub przejściowe obrzęki,
- wgniatanie skóry pod naciskiem palca,
- zmiana temperatury w rejonie kończyny,
- zaburzenia czucia,
- ograniczenie ruchomości i siły w stawach kończyny górnej.

Jeżeli zaobserwujesz u siebie przynajmniej 1 z wymienionych objawów - natychmiast zgłoś się do fizjoterapeuty lub lekarza.

Jeżeli twoja sprawność fizyczna, mimo stosowania przez siebie gimnastyki jest niezadowolająca – zgłoś się do lekarza rehabilitacji lub fizjoterapeuty .

II. Równowaga psychiczna

- pracuj nad zmianą niezdrowych przekonań za pomocą Racjonalnej Terapii Zachowania (RTZ),
- popracuj z wyobraźnią nad przekształceniem lęku w spokój umysłu poprzez wizualizację, metody behawioralne,
- rozwijaj wzmocniaj nadzieję oraz zaufanie do procesu leczenia,
- konstruktywnie radź sobie ze stresem związanym z leczeniem lub nawrotem choroby poprzez identyfikację niezdrowych zachowań i zastępuj je zdrowymi zachowaniami,
- zwiększaj energię do życia poprzez tworzenie osobistego planu zdrowienia i jednocześnie zaspakajaj własne ważne potrzeby np.: poprzez określenie celu ważnego dla siebie,
- udoskonalać system wsparcia poprzez zdrową komunikację z samym sobą i najbliższym otoczeniem,
- angażuj się w takie czynności poprzez które odczuwasz radość, zadowolenie i spokój umysłu.

Objawy związane z depresją:

- osłabienie koncentracji uwagi,
- obniżenie nastroju,
- zmęczenie,
- lęk,
- niska samoocena i mała wiara w siebie,
- poczucie winy i małej wartości,
- pesymistyczne, czarne widzenie przyszłości,
- myśli i czyny samobójcze,
- zaburzenia snu,
- dolegliwości bólowe,
- suchość w ustach,

- zmniejszony apetyt.

Jeżeli nie radzisz sobie z stresem, brakiem nadziei i lękiem, zauważasz, że jesteś smutna, przygnębiona, masz objawy związane z wystąpieniem depresji i nie umiesz sobie poradzić z aktualną sytuacją zdrowotną i osobistą - zgłoś się do Zakładu Psychoonkologii/Poradni Pomocy Psychologicznej/Poradni Zdrowia Psychicznego w celu profesjonalnej pomocy u specjalistów zdrowia psychicznego.

III. Podstawowe zasady diety

Żywnienie dietetyczne ma duże znaczenie w całokształcie leczenia różnego rodzaju schorzeń. Dobrze zaplanowana dieta i umiejętne jej realizowanie w wielu wypadkach znaczenie przyspiesza powrót do zdrowia.

Wartość energetyczna powinna być ustalona w zależności od wydatków energetycznych; należy starać się utrzymywać stałą masę ciała, nie dopuszczając do nadmiernego jej przyrostu.

- spożywaj 5 mniejszych objętościowo posiłków w ciągu dnia;
- pełnoziarniste produkty zbożowe, warzywa i owoce powinny być głównym źródłem energii w diecie i znajdować się w większości posiłków; należy ograniczyć do minimum spożycie cukru i słodczy;
- źródłem pełnowartościowego białka w diecie powinny być: chude i półtłuste sery twarogowe, odtłuszczone mleko i jego fermentowane przetwory (jogurt, kefir, kwaśne mleko, maślanka), ponadto chude mięso drobiowe bez skóry, cielęcina, mięso z królika, ryby, jaja; warto wykorzystywać także białko pochodzenia roślinnego w postaci nisko przetworzonych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion roślin strączkowych;
- tłuszcze w diecie powinny pochodzić z ryb morskich, drobiu, oleju rzepakowego, lnianego, oliwy z oliwek, orzechów i nasion; ilość tłuszczu zwierzęcego, bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe należy zredukować do niezbędnych wartości zalecanych (ogranicz spożycie tłustego mięsa i wędlin, tłustych przetworów mlecznych, zrezygnuj ze smażenia, eliminuj słodkie produkowane przemysłowo, utwardzane margaryny, smalec);
- każdy posiłek powinien zawierać różnokolorowe (szczególnie zielone i żółtopomarańczowe) warzywa i owoce, co zapewni odpowiednią ilość witamin C, A, E, D i beta-karotenu w diecie; spożywaj więcej warzyw niż owoców (2/3 warzyw i 1/3 owoców); połowa z nich powinna być w postaci surowej;
- zwiększ spożycie błonnika (pełnoziarnistych produktów zbożowych, warzyw i owoców, nasion warzyw strączkowych, otrąb, siemienia lnianego), przede wszystkim jego rozpuszczalnych frakcji, które regulują pracę przewodu pokarmowego;
- ogranicz do 1-2 razy w tygodniu spożywanie mięsa czerwonego (tygodniowo nie więcej niż 500 g mięsa po przygotowaniu), unikaj przedłużonego smażenia i grillowania;
- ogranicz spożycie soli kuchennej do 5 g dziennie (1 łyżeczka), poprzez zmniejszenie spożycia wędlin, konserw, serów podpuszczkowych, solonych przekąsek, zup w proszku, sosów, przypraw do zup oraz redukcję ilości soli dodawanej do przygotowywania potraw, sól wodę w ziemniakach lub makaronach pod koniec gotowania;
- unikaj spożywania alkoholu, nie pal tytoniu, nie zażywaj suplementów diety;

- codzienna dieta powinna być urozmaicona, aby zapobiegała niedoborom składników pokarmowych; znajdują się w niej produkty ze wszystkich grup spożywczych, możliwie jak najmniej przetworzone;
- wybieraj właściwe techniki przyrządzania posiłków (gotowanie w wodzie i na parze, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w folii aluminiowej, naczyniach żaroodpornych), dozwolony tłuszcz najlepiej dodawać do gotowych potraw;
- jedz powoli i dokładnie przeżuвай pokarm;
- napoje i potrawy powinny mieć umiarkowaną temperaturę;
- zaleca się spożywanie około 2 litrów płynów dziennie.

Należy eliminować z diety produkty: wysoko przetworzone, tłuste, wysoko słodzone, wędzone, konserwowane, marynowane, nadpsute, spleśniałe, zawierające sztuczne środki słodzące, syrop glukozowo-fruktozowy, glutaminian sodu, utwardzony tłuszcz palmowy, aromaty dymu wędzarniczego, dużą ilość soli.

Porada i zalecenia dietetyczne powinny być prowadzone dla każdej chorej indywidualnie w zależności od jej fizjologii i współistnienia chorób. Jeżeli nie zachowujesz właściwej diety, a twoje nawyki żywieniowe odbiegają od otrzymanych w szpitalu zaleceń zgłoś się do dietetyka.

Załącznik nr 2 do Programu

Lp.	Świadczenie	Opis świadczenia
1.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie przed zabiegiem (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej przed zabiegiem w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowy obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, w 4 punktach pomiarowych, • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność. Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta powinien przeprowadzić edukację prozdrowotną. Należy przekazać informacje o: • utrzymaniu prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, • czynnikach wywołujących obrzęk limfatyczny (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiedniej pielęgnacji skóry i paznokci, • wykonywaniu długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Pacjentce zostanie bezpłatnie przekazany rękaw kompresyjny, za którego dobór odpowiada fizjoterapeuta. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania – 90 min.
2.	wizyta fizjoterapeutyczna - świadczenie po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej po zabiegu w obrębie piersi w formie indywidualnej. W ramach wizyty zostaną przeprowadzone następujące interwencje: ▪ interwencje profilaktyki przeciwobrzękowej: • nauka automasażu (SLD), • nauka ćwiczeń fizycznych w rękawie kompresyjnym • w pierwszych dobach po zabiegu i w kolejnych dniach • w czasie pobytu w domu (ćwiczenia udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe),

		• przekazanie przed wyjściem materiałów informacyjnych, zleceń do samoobserwacji, interwencji niezbędnych dla poprawy funkcji kończyny górnej, instrukcji na temat diety i wsparcia psychologicznego oraz harmonogramu wizyt kontrolnych u fizjoterapeuty; • usprawnianie ruchowe: wykonywanie ćwiczeń czynno-biernych, czynnych wolnych, oddechowych w rękawie kompresyjnym. Przewidywany czas jednej wizyty 30 min. Po zabiegu operacyjnym przewiduje się od 2 do 4 takich wizyt. O liczbie świadczeń decyduje fizjoterapeuta i/lub lekarz onkolog. Wycena dotyczy jednej wizyty.
3.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) - 1miesiąc po zabiegu	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po zabiegu w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronne pomiary liniowe obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej w czterech punktach pomiarowych, • ocenie wskaźnika BMI. W ramach wizyty zostanie przeprowadzona także edukacja fizjoterapeutyczna – kontrola poprawności wykonywanych ćwiczeń i autodrenażu. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 30-40 min.
4.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 4-6 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, • ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, • ocenie wskaźnika BMI. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 40 -50 min.
5.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 10-12 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej,

	raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu	• ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, • ocenie wskaźnika BMI, • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 90 min.
6.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej przed zabiegiem w obrębie piersi. Badanie polega na: • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność • ocenie wskaźnika BMI. Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta powinien przeprowadzić edukację prozdrowotną. Należy przekazać informacje o: • utrzymaniu prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, • czynnikach wywołujących obrzęk limfatyczny (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiedniej pielęgnacji skóry i paznokci, • wykonywaniu długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 45 min.
7.	wizyta fizjoterapeutyczna - po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej po zabiegu w obrębie piersi. W ramach wizyty zostaną przeprowadzone następujące interwencje: • usprawnianie ruchowe: ▪ wykonywanie ćwiczeń czynno-biernych, czynnych wolnych, oddechowych w pierwszych dobach po zabiegu i w kolejnych dniach w czasie pobytu w domu (ćwiczenia udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe) ▪ przekazanie przed wyjściem materiałów informacyjnych, zleceń do samoobserwacji, interwencji niezbędnych dla poprawy funkcji kończyny górnej, instrukcji na temat diety i wsparcia psychologicznego oraz harmonogramu wizyt kontrolnych u fizjoterapeuty.

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

		Przewidywany czas jednej wizyty 30 min. Po zabiegu operacyjnym przewiduje się od 2 do 4 takich wizyt. O ilości świadczeń decyduje fizjoterapeuta i/ lub lekarz. Wycena dotyczy jednej wizyty.
8.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie 1 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po zabiegu w obrębie piersi oraz 5-6 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi – łącznie 2 wizyty. Badanie polega na: • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność, • ocenie wskaźnika BMI. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 20 -30 min.
9.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po zabiegu w obrębie piersi oraz 5-6 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi – łącznie 2 wizyty. Badanie polega na: • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność, • ocenie wskaźnika BMI. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 20 -30 min.
10.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej przed zabiegiem w obrębie piersi. Badanie polega na: • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność, • ocenie wskaźnika BMI. Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta powinien przeprowadzić edukację prozdrowotną. Należy przekazać informacje o: • utrzymaniu prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, • czynnikach wyzwalających obrzęk limfatyczny (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiedniej pielęgnacji skóry i paznokci,

		wykonywaniu długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 45 min.
11.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej po zabiegu w obrębie piersi. W ramach wizyty zostaną przeprowadzone następujące interwencje: - usprawnianie ruchowe: - wykonywanie ćwiczeń czynno-biernych, czynnych wolnych, oddechowych w pierwszych dobach po zabiegu i w kolejnych dniach w czasie pobytu w domu (ćwiczenia udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe), - przekazanie przed wyjściem materiałów informacyjnych, zleceń do samoobserwacji, interwencji niezbędnych dla poprawy funkcji kończyny górnej, instrukcji na temat diety i wsparcia psychologicznego oraz harmonogramu wizyt kontrolnych u fizjoterapeuty. Przewidywany czas jednej wizyty 30 min. Po zabiegu operacyjnym przewiduje się od 2 do 4 takich wizyt. O ilości świadczeń decyduje fizjoterapeuta i/ lub lekarz. Wycena dotyczy jednej wizyty.
12.	wizyta fizjoterapeutyczna - badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii. Badanie polega na: - ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, - ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, - ocenie wskaźnika BMI. Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta wykona (tylko przed rozpoczęciem radioterapii): Interwencję profilaktyki przeciwobrzękowej: - nauka automasażu (SLD), - nauka ćwiczeń fizycznych w rękawie kompresyjnym (ćwiczenia udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe); Edukację prozdrowotną: - utrzymanie prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, - znajomość czynników wyzwalających LE (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności

		i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiednią pielęgnację skóry i paznokci, • wykonywanie długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania dwóch badań 120 min. Wycena dotyczy jednej wizyty u fizjoterapeuty.
13.	wizyta fizjoterapeutyczna 4-6 miesiąc oraz w 10-12 mies. po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) w 4-6 miesiącu oraz w 10-12 miesiącu od zakończenia radioterapii. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, • ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, • ocenie wskaźnika BMI, • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania dwóch badań 90 min. Wycena dotyczy jednej wizyty u fizjoterapeuty.
14.	Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy)	Świadczenie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii / Poradni rehabilitacyjnej. Na pierwszych zajęciach fizjoterapeuta oceni umiejętności przeprowadzenia przez pacjentkę ćwiczeń ruchowych, automasażu i dokona ewentualnej ich korekty, oceni znajomość zasad postępowania przeciwobrzękowego i samoobserwacji, w razie konieczności przekaże dalsze wskazówki. Następnie podejmowane są zajęcia ruchowe: • Ćwiczenia zespołowe wykonywane w rękawie kompresyjnym – 45- min (grupa 8-10 os.): czynne wolne, czynne z oporem, oddechowe. • Trening obwodowy z wykorzystaniem sprzętu: rowerki, orbitreki, piłki rehabilitacyjne, gumowe taśmy do ćwiczeń (ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem). Przewidywany czas jednej sesji zajęć to 45 min. Zajęcia ruchowe będą odbywały się 1-2 razy w tygodniu przez okres 6 tygodni. Wycena dotyczy kosztu 45 min zajęć ruchowych dla jednej osoby.

15.	Porad psychologiczna	Porada, udzielona przez psychologa, jest specjalistycznym świadczeniem zdrowotnym nastawionym na rozwiązanie zgłaszanego przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna, problemu. Porada obejmuje: wstępną rozmowę, wywiad i obserwację, określenie problemu chorego oraz zakończenie kontaktu przez przekazanie choremu psychologicznych obserwacji, wyjaśnień i skierowanie go do odpowiedniej dla niego formy leczenia. Czas trwania takiej porady: 60 min. Porada prowadzona jest w I dobie po leczeniu chirurgicznym oraz kontrolnie 1, 4-6 i 10-12 miesięcy po zabiegu (częstotliwość badań kontrolnych zależy od rodzaju zabiegu). Wycena obejmuje koszt jednej porady.
16.	Warsztaty psychologiczne	Warsztaty psychologiczne polegają na forma pracy grupowej polegająca na wprowadzeniu zmian na poziomie zachowań. Nabycie wiedzy i umiejętności przydatnych do prawidłowego funkcjonowania. Praca na zasobach, umiejętnością radzenia sobie w sytuacji kryzysu pozyskanie umiejętności komunikacji społecznej czy zrozumienia procesu zdrowienia w celu poprawy jakości życia. Warsztaty prowadzi psycholog. Realizowane w grupach o nie więcej niż 12 kobiet, w czasie 180 min raz w tygodniu w okresie od 1 miesiąca po zakończonym leczeniu chirurgicznym przez 12 tyg. Wycena dotyczy jednego warsztatu dla jednej osoby.
17.	Porada dietetyczna	Ocena stanu odżywienia dokonana przez dietetyka na podstawie: • wywiadu żywieniowego, • subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia SGA (wzór ankiety znajduje się w standardach), • badań biochemicznych, • ocenie wskaźnika BMI. Do edukacji kobiet zostaną wprowadzone instrukcje związane z właściwym odżywianiem się i wykształceniem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowaniem zbilansowaniem diety, których udzieli dietetyk. Zostanie również obliczone indywidualne zapotrzebowanie pacjentki na składniki odżywcze diety i energię. Czas trwania takiej porady: 60 min. Porada prowadzona jest w I dobie po leczeniu chirurgicznym oraz kontrolnie 1, 4-6 i 10-12 miesięcy po zabiegu (częstotliwość badań kontrolnych zależy od rodzaju zabiegu). Cena dotyczy jednej porady.

Tabela 1. Wykaz przewidywanych świadczeń⁶⁴ oraz ich koszt

Lp.	Świadczenie	Opis świadczenia	Wycena
1.	wizyta fizjoterapeutyczna 1 - badanie przed zabiegiem (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej przed zabiegiem w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowy obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, w 4 punktach pomiarowych, • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność. Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta powinien przeprowadzić edukację prozdrowotną. Należy przekazać informacje o: • utrzymaniu prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, • czynnikach wyzwalających obrzęk limfatyczny (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiedniej pielęgnacji skóry i paznokci, • wykonywaniu długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Pacjentce zostanie bezpłatnie przekazany rękaw kompresyjny, za którego dobór odpowiada fizjoterapeuta.	91 zł

⁶⁴ W stosunku do świadczeń wykazanych w zał. 2 w przypadku podobnego zakresu wizyty fizjoterapeutycznej przedłożono jedną propozycję wyceny.

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

		Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania – 90 min	
2.	wizyta fizjoterapeutyczna 2 - świadczenie po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej po zabiegu w obrębie piersi w formie indywidualnej. W ramach wizyty zostaną przeprowadzone następujące interwencje: ▪ interwencje profilaktyki przeciwobrzękowej: • nauka automasażu (SLD), • nauka ćwiczeń fizycznych w rękawie kompresyjnym • w pierwszych dobach po zabiegu i w kolejnych dniach • w czasie pobytu w domu (ćwiczenia udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe), • przekazanie przed wyjściem materiałów informacyjnych, zleceń do samoobserwacji, interwencji niezbędnych dla poprawy funkcji kończyny górnej, instrukcji na temat diety i wsparcia psychologicznego oraz harmonogramu wizyt kontrolnych u fizjoterapeuty; • usprawnianie ruchowe: wykonywanie ćwiczeń czynno-biernych, czynnych wolnych, oddechowych w rękawie kompresyjnym. Przewidywany czas jednej wizyty 30 min. Po zabiegu operacyjnym przewiduje się od 2 do 4 takich wizyt. O liczbie świadczeń decyduje fizjoterapeuta i/lub lekarz onkolog. Wycena dotyczy jednej wizyty.	52 zł
3.	wizyta fizjoterapeutyczna 3 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) - 1miesiąc po zabiegu	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po zabiegu w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronne pomiary liniowe obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej	53 zł

		taśmy mierniczej w czterech punktach pomiarowych, • ocenie wskaźnika BMI. W ramach wizyty zostanie przeprowadzona także edukacja fizjoterapeutyczna – kontrola poprawności wykonywanych ćwiczeń i autodrenażu. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 30-40 min.	
4.	wizyta fizjoterapeutyczna 4 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 4-6 miesięcy po zabiegu	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 4-6 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, • ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, • ocenie wskaźnika BMI. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 40 - 50 min.	58 zł
5.	wizyta fizjoterapeutyczna 5 - badanie kontrolne po zabiegu operacyjnym (limfadenektomia pachowa ALND i chirurgiczne leczenie raka piersi) – 10-12 miesięcy po zabiegu	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 10-12 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, • ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, • ocenie wskaźnika BMI, • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność.	84 zł

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

		Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 90 min.	
6.	wizyta fizjoterapeutyczna 6 - badanie przed zabiegiem (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi oraz zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej przed zabiegiem w obrębie piersi. Badanie polega na: • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność • ocenie wskaźnika BMI. Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta powinien przeprowadzić edukację prozdrowotną. Należy przekazać informacje o: • utrzymaniu prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, • czynnikach wyzwalających obrzęk limfatyczny (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiedniej pielęgnacji skóry i paznokci, • wykonywaniu długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 45 min.	66 zł
7.	wizyta fizjoterapeutyczna 7 - po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi oraz zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę na Oddziale Chirurgii Onkologicznej po zabiegu w obrębie piersi. W ramach wizyty zostaną przeprowadzone następujące interwencje: • usprawnianie ruchowe: ▪ wykonywanie ćwiczeń czynno-biernych, czynnych wolnych, oddechowych w pierwszych dobach po zabiegu i w kolejnych dniach w czasie pobytu w domu (ćwiczenia	49 zł

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

	zastosowaniem radioterapii)	udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe) przekazanie przed wyjściem materiałów informacyjnych, zleceń do samoobserwacji, interwencji niezbędnych dla poprawy funkcji kończyny górnej, instrukcji na temat diety i wsparcia psychologicznego oraz harmonogramu wizyt kontrolnych u fizjoterapeuty. Przewidywany czas jednej wizyty 30 min Po zabiegu operacyjnym przewiduje się od 2 do 4 takich wizyt. O ilości świadczeń decyduje fizjoterapeuta i/ lub lekarz. Wycena dotyczy jednej wizyty.	
8.	wizyta fizjoterapeutyczna 8 - badanie 1 miesiąc po zabiegu oraz badanie 5-6 miesiąc po zabiegu (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniu raka piersi)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po zabiegu w obrębie piersi oraz 5-6 miesięcy po zabiegu w obrębie piersi – łącznie 2 wizyty. Badanie polega na: - teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność, - ocenie wskaźnika BMI. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania badania 20 - 30 min. Wycena dotyczy jednej wizyty.	46 zł
9.	wizyta fizjoterapeutyczna 9 - badanie 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) 1 miesiąc po operacji i 1 dzień przed radioterapią oraz w dniu zakończenia radioterapii. Badanie polega na: - ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, - ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, - ocenie wskaźnika BMI.	103 zł

		Ponadto, w ramach wizyty fizjoterapeuta wykona (tylko przed rozpoczęciem radioterapii): Interwencję profilaktyki przeciwobrzękowej: • nauka automasażu (SLD), • nauka ćwiczeń fizycznych w rękawie kompresyjnym (ćwiczenia udrażniające, czynne wolne, czynne, czynno-bierne, oddechowe); Edukację prozdrowotną: • utrzymanie prawidłowej masy ciała i aktywności fizycznej, • znajomość czynników wyzwalających LE (urazy i zakażenia, czynniki termiczne, brak aktywności i nadmierny wysiłek fizyczny, nadwaga, zwłaszcza otyłość i zastosowanie radioterapii), • odpowiednią pielęgnację skóry i paznokci, • wykonywanie długotrwałych prac fizycznych/ćwiczeń w rękawie kompresyjnym. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania dwóch badań 120 min. Wycena dotyczy jednej wizyty u fizjoterapeuty.	
10.	wizyta fizjoterapeutyczna 10 4-6 miesiąc oraz w 10-12 mies. po zakończeniu radioterapii - (zabieg z biopsją węzła wartowniczego SLNB i chirurgicznym leczeniem raka piersi z późniejszym zastosowaniem radioterapii)	Badanie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii (szpital lub przychodnia przyszpitalna) w 4-6 miesiącu oraz w 10-12 miesiącu od zakończenia radioterapii. Badanie polega na: • ocenie ryzyka obrzęku limfatycznego poprzez obustronny pomiar liniowych obwodów kończyn górnych za pomocą nieelastycznej taśmy mierniczej, • ocenie stanu skóry: test Pitting, t.Stemmer, inspekcja skóry, • ocenie wskaźnika BMI, • teście marszu 6 min (6-minute walking test 6MWT) z nawrotami na długim, prostym korytarzu (≥ 30 m), we własnym	94 zł

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

		tempie pacjentki lub innym teście oceniającym wydolność. Wyniki zostaną zapisane w formularzu/karcie oceny fizjoterapeutycznej. Przewidywany czas wykonania dwóch badań 90 min. Wycena dotyczy jednej wizyty u fizjoterapeuty.	
11.	Zajęcia ruchowe (wszystkie grupy)	Świadczenie przeprowadzone przez fizjoterapeutę w Klinice/Zakładzie Rehabilitacji/Fizjoterapii / Poradni rehabilitacyjnej. Na pierwszych zajęciach fizjoterapeuta oceni umiejętności przeprowadzenia przez pacjentkę ćwiczeń ruchowych, automasażu i dokona ewentualnej ich korekty, oceni znajomość zasad postępowania przeciwobrzękowego i samoobserwacji, w razie konieczności przekaże dalsze wskazówki. Następnie podejmowane są zajęcia ruchowe: • Ćwiczenia zespołowe wykonywane w rękawie kompresyjnym – 45- min (grupa 8-10 os.): czynne wolne, czynne z oporem, oddechowe. • Trening obwodowy z wykorzystaniem sprzętu: rowerki, orbitreki, piłki rehabilitacyjne, gumowe taśmy do ćwiczeń (ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem). Przewidywany czas jednej sesji zajęć to 45 min. Zajęcia ruchowe będą odbywały się 1-2 razy w tygodniu przez okres 6 tygodni. Wycena dotyczy kosztu 45 min zajęć ruchowych dla jednej osoby.	45 zł
12.	Porad psychologiczna	Porada, udzielona przez psychologa, jest specjalistycznym świadczeniem zdrowotnym nastawionym na rozwiązanie zgłaszanego przez pacjenta, jego rodzinę lub opiekuna, problemu. Porada obejmuje: wstępną rozmowę, wywiad i obserwację, określenie problemu chorego oraz zakończenie kontaktu przez przekazanie choremu psychologicznych obserwacji, wyjaśnień i skierowanie go do odpowiedniej dla niego formy leczenia. Czas trwania takiej porady: 60 min.	86 zł

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

		Porada prowadzona jest w I dobie po leczeniu chirurgicznym oraz kontrolnie 1, 4-6 i 10-12 miesięcy po zabiegu (częstotliwość badań kontrolnych zależy od rodzaju zabiegu). Wycena obejmuje koszt jednej porady.	
13.	Warsztaty psychologiczne	Warsztaty psychologiczne polegają na formacji pracy grupowej polegająca na wprowadzeniu zmian na poziomie zachowań. Nabycie wiedzy i umiejętności przydatnych do prawidłowego funkcjonowania. Praca na zasobach, umiejętnością radzenia sobie w sytuacji kryzysu pozyskanie umiejętności komunikacji społecznej czy zrozumienia procesu zdrowienia w celu poprawy jakości życia. Warsztaty prowadzi psycholog. Realizowane w grupach o nie więcej niż 12 kobiet, w czasie 180 min raz w tygodniu w okresie od 1 miesiąca po zakończonym leczeniu chirurgicznym przez 12 tyg. Wycena dotyczy jednego warsztatu dla jednej osoby.	36 zł za 1 os. w grupie
14.	Porada dietetyczna	Ocena stanu odżywienia dokonana przez dietetyka na podstawie: • wywiadu żywieniowego, • subiektywnej globalnej oceny stanu odżywienia SGA (wzór ankiety znajduje się w standardach), • badań biochemicznych, • ocenie wskaźnika BMI. Do edukacji kobiet zostaną wprowadzone instrukcje związane z właściwym odżywianiem się i wykształceniem prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowaniem zbilansowaniem diety, których udzieli dietetyk. Zostanie również obliczone indywidualne zapotrzebowanie pacjentki na składniki odżywcze diety i energię. Czas trwania takiej porady: 60 min. Porada prowadzona jest w I dobie po leczeniu chirurgicznym oraz kontrolnie 1, 4-6 i 10-12 miesięcy po zabiegu (częstotliwość badań kontrolnych zależy od rodzaju zabiegu). Cena dotyczy jednej porady.	66 zł

Tabela 2. Wykaz przewidywanych pozostałych kosztów w Programie

1.	Realizacja zadania 1	Przygotowanie przez realizatora materiałów edukacyjnych dla kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi. Realizator będzie zobowiązany do przygotowania następujących materiałów: • broszura informacyjna w zakresie koniecznych do wykonania ćwiczeń, zaleceń dietetycznych, • film / filmy instruktażowe gotowe do umieszczenia na płyty DVD / CD z przykładowymi ćwiczeniami, zaleceniami dla kobiet po leczeniu raka piersi, • przygotowania aplikacji mobilnej dla kobiet po chirurgicznym leczeniu raka piersi, • strony internetowej, na której będą znajdowały się możliwe do pobrania broszury, filmy instruktażowe. Na stronie internetowej musi znajdować się również moduł dotyczący informacji o zachorowalności na raka piersi, metodach i formach leczenia, profilaktyce, krokach niezbędnych do podjęcia po leczeniu raka piersi. Ponadto, na stronie muszą znajdować się, informacje, gdzie można otrzymać pomoc psychologiczną, wskazanie organizacji pozarządowych wspierających kobiety po leczeniu raka piersi, grupy wsparcia, przykłady kobiet, które opowiedzą o swoich doświadczeniach. Informacje o możliwości otrzymanie pomocy psychologicznej, organizacjach pozarządowych, grupach wsparcia powinny być dostępne również w formie wyszukiwania po lokalizacji lub nazwie miejscowości lub województwie. Dane dot. ww. podmiotów powinny zawierać co najmniej adres, telefon, adres strony internetowej. Realizator powinien aktualizować bazę o pomocy psychologicznej, organizacjach pozarządowych, grupach wsparcia przynajmniej raz na miesiąc. • stała obecność projektu w mediach społecznościowych, • zapewnienie wsparcia specjalistów – onkologa, fizjoterapeuty, psychologa i	3 mln zł
----	----------------------	--	----------

*Ogólnopolski program profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
przewidywany okres realizacji co najmniej 36 miesięcy*

		dietetyka w formie forum prowadzonego czy to na stronie internetowej lub w mediach społecznościowych. Zainteresowane osoby mają możliwość zadawania do realizatora pytań, na które odpowiedzą ww. specjaliści. Czas przewidziany na odpowiedź nie powinien być dłuższy niż 3 dni robocze.	
2.	Koszty pośrednie	Koszty funkcjonowania Rady	10 tys. zł
3.	Rękawy kompresyjne	Zakup rękawów kompresyjnych	1,5 mln zł
4.	Koszty pośrednie projektu		500 tys. zł