



Rzeczpospolita  
Polska



SAMORZĄD WOJEWÓDZTWA  
WIELKOPOLSKIEGO

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## **RAPORT EFEKTYWNOŚCI** **dotyczący realizacji projektu pn.**

### **„Rehabilitacja pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata, z terenu Wielkopolski, realizowana przez OPEN S.A. w latach 2021-2023”**

1. Opis projektu
2. Przesłanki, które skłoniły autorów do opracowania i wdrożenia projektu
3. Uczestnicy projektu
  - 3.1. Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w projekcie
  - 3.2. Liczba osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w projekcie
  - 3.3. Płeć i wiek uczestników
  - 3.4. Charakterystyka uczestników projektu
4. Poprawa sprawności funkcjonalnej uczestników
5. Ocena działań fizjoterapeutycznych
  - 5.1. Liczba osób korzystających z fizjoterapii w ramach projektu
  - 5.2. Poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej uczestników
  - 5.3. Komentarz zespołu fizjoterapeutów
6. Ocena działań psychologicznych
  - 6.1. Liczba osób korzystających z poradnictwa psychologicznego i/lub psychoterapii
  - 6.2. Poprawa kondycji psychicznej uczestników
  - 6.3. Komentarz zespołu psychologów
7. Ocena działań dietetycznych
  - 7.1. Liczba osób korzystających z poradnictwa dietetycznego
  - 7.2. Poprawa stanu odżywienia uczestników
  - 7.3. Komentarz zespołu dietetyków
8. Udział osób bliskich z otoczenia
9. Wsparcie grupowe w projekcie
10. Rezygnacje uczestników z udziału w projekcie
11. Ocena jakości świadczeń
12. Personel projektu
13. Informacja o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej
14. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje

## 1. Opis projektu

Projekt pn. „Rehabilitacja pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata, z terenu Wielkopolski, realizowana przez OPEN S.A. w latach 2021-2023” był realizowany w okresie od 1.05.2021 r. do 28.09.2023 r.

Realizatorem projektu był Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów im. A. Pienkowskiej w Poznaniu. Partnerami projektu były Społeczna Fundacja „Ludzie dla Ludzi” oraz Zakład Rehabilitacji Leczniczej Magdalena Górską – Doś.

Projekt powstał w oparciu o zapisy „Programu rehabilitacyjnego dla pacjentów onkologicznych w wieku 18-64 lata z terenu województwa wielkopolskiego”, którego autorem jest Urząd Marszałkowski Województwa Wielkopolskiego.

Projekt był współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - Wielkopolski Regionalny Program Operacyjny na lata 2014-2020, poddziałanie 6.6.1 Wspieranie aktywności zawodowej pracowników poprzez działania prozdrowotne.

Grupę docelową projektu stanowiły osoby uczące się, pracujące i zamieszkujące woj. wielkopolskie, w wieku 18-64 lat, kwalifikujące się do rehabilitacji, które chorują lub są po chorobie nowotworowej. Warunkiem uczestnictwa w projekcie było nie korzystanie z rehabilitacji w związku z trwającym lub przebyłym leczeniem onkologicznym w ramach środków publicznych (w momencie przystąpienia do projektu i w jego trakcie).

Kwalifikacji do udziału w projekcie dokonywał lekarz onkolog z OPEN, wykluczając takie przeciwwskazania jak np. konieczność zapewnienia stałego intensywnego nadzoru medycznego lub innych ograniczeń medycznych, które uniemożliwiały skorzystanie z działań rehabilitacyjnych.

Celem projektu był wzrost szans na rynku pracy osób w wieku 18-64 lat z Wielkopolski zagrożonych dezaktywacją zawodową z powodu choroby nowotworowej, poprzez poprawę sprawności funkcjonalnej u nie mniej niż 30% uczestników z 2000 osób objętych programem rehabilitacyjnym oraz wsparcie 200 osób z bezpośredniego otoczenia pacjenta w okresie od 1.05.2021 r. do 28.09.2023 r.

Projekt zapewniał uczestnikom udział w bezpłatnej fizjoterapii oraz pomoc psychologa i dietetyka. Uczestnicy projektu mieli zapewniony indywidualny kontakt z każdym ze specjalistów, z którym ustalali plan rehabilitacji w danym zakresie. W wybranych wizytach razem z uczestnikiem mogły brać udział także osoby bliskie z otoczenia. W ramach projektu zaplanowane były także spotkania grupowe z psychologiem oraz dietetykiem.

Projekt rehabilitacji onkologicznej realizowany był w Centrum Referencyjnym w Poznaniu oraz w filiach zlokalizowanych w Pile, Kaliszu, Koninie i Lesznie, w których zorganizowano i odpowiednio wyposażono w sprzęt placówki, w których mogła odbywać się kompleksowa rehabilitacja.

Projekt zakładał również podniesienie kompetencji specjalistów realizujących świadczenia poprzez ich udział w praktycznych i teoretycznych szkoleniach, przygotowanych na podstawie autorskich programów opracowanych przez koordynatorów poszczególnych działów (dietetyki, fizjoterapii, psychologii).

W ramach projektu powstał portal informacyjno-edukacyjny – <https://rehabilitacja-open.pl>, który jest bazą rzetelnej wiedzy z zakresu fizjoterapii, psychologii i dietetyki onkologicznej dla pacjentów onkologicznych i ich bliskich.

## **2. Przesłanki, które skłoniły autorów do opracowania i wdrożenia projektu**

Ośrodek Profilaktyki i Epidemiologii Nowotworów w Poznaniu od powstania koncentruje się na podnoszeniu wiedzy mieszkańców na temat profilaktyki oraz rozpoznawania wczesnych symptomów chorób nowotworowych. Wieloletnie systematyczne działania zachęcające do świadomej troski o zdrowie, skutkują ciągle zbyt niskim, ale poprawiającym się uczestnictwem w badaniach z zakresu profilaktyki nowotworów piersi, szyjki macicy, prostaty czy jelita grubego. Tym samym dotyczą grupy nowotworów najczęściej występujących wśród mieszkańców Wielkopolski. Prowadzona przez OPEN Onkologiczna Poradnia Genetyczna sprawuje opiekę nad ponad 14-tysiącami rodzin, u których wystąpił lub z dużym prawdopodobieństwem wystąpi w przyszłości nowotwór warunkowany dziedzicznie. Wcześnie rozpoznane nowotwory, w większości przypadków, umożliwiają przeprowadzenie specjalistycznego leczenia oraz powrót do zdrowia i sprawności, a tym samym do pełnienia ról społecznych i zawodowych. Długotrwała i obciążająca dla organizmu pacjenta terapia choroby nowotworowej pozostawia następstwa wymagające kompleksowej rehabilitacji psychosomatycznej, którą zapewnił realizowany przez OPEN projekt nastawiony na poprawę sprawności i biologicznej wydolności uczestników, wspartej poradnictwem dietetycznym i pomocą psychologiczną.

Przesłanki, które skłoniły autorów do opracowania i wdrożenia projektu:

- zachorowalność na nowotwory rośnie z roku na rok, a w Polsce nowotwory złośliwe stanowią drugą przyczynę zgonów odpowiadając odpowiednio za 25,7% zgonów mężczyzn i 23,2% zgonów kobiet. Stanowią one istotny problem zdrowotny przede wszystkim u osób w młodym i średnim wieku (25–64 lat). Zjawisko to szczególnie dotyczy populacji kobiet, ponieważ to właśnie u nich od kilku lat nowotwory są najczęstszą przyczyną zgonów przed 65 r.ż., odpowiadając odpowiednio za 31,7% zgonów u młodych kobiet i 46,8% u tych w średnim wieku,

- wysoki wskaźnik orzeczeń o niepełnosprawności wśród mieszkańców Wielkopolski na tle reszty kraju,
- ograniczona baza rehabilitacyjna w istniejących placówkach onkologicznych,
- brak rozwiązań systemowych dotyczących kompleksowej opieki nad pacjentem onkologicznym po zakończonym leczeniu,
- ograniczone możliwości i brak wiedzy wśród chorych na temat konieczności systematycznej kontroli organizmu, stanu psychicznego czy stylu życia po przebyciu choroby nowotworowej,
- zauważalna w społeczeństwie stygmatyzacja osób z chorobą nowotworową, utrudniająca części z nich powrót do pełnienia funkcji społecznych i zawodowych przed zachorowaniem, co skutkuje wykluczeniem społecznym,
- pojawiający się na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat obraz pacjenta po leczeniu onkologicznym jako tzw. „pacjenta niechcianego”: krótki pobyt w szpitalu i koncentracja na procesach terapeutycznych, trudności z terminowym i pełnym uczestnictwem w systemie badań kontrolnych z powodu niewiedzy i ograniczenia możliwości placówek onkologicznych, brak dostatecznej wiedzy lekarzy rodzinnych odnośnie sposobu opieki nad osobą po leczeniu onkologicznym,
- istniejące bariery dostępności do placówek onkologicznych zlokalizowanych głównie na terenie Poznania,
- brak holistycznego podejścia do opieki nad pacjentem po zakończeniu leczenia pierwotnego w sytuacji, w której choroba nowotworowa jest chorobą przewlekłą, a z powodu agresywnych i skutecznych terapii niesie ze sobą ryzyko wystąpienia powikłań, które stanowią niejednokrotnie duże obciążenie dla osoby chorej i jej otoczenia.

### **3. Uczestnicy projektu**

#### **3.1. Liczba osób, która zgłosiła się do udziału w projekcie**

Do udziału w projekcie zgłosiło się łącznie 2019 osób, z czego zakwalifikowanych zostało 2005 osób (99,3%).

14 osób nie uzyskało kwalifikacji do udziału w projekcie – 2 z nich z powodu występowania chorób współistniejących uniemożliwiających udział w rehabilitacji, 12 z powodu niespełnienia kryterium rozpoznania nowotworu złośliwego (m.in. guzy jajników, zmiany łagodne w piersiach, mięśniaki macicy).

#### **3.2. Liczba osób, które zostały zakwalifikowane do udziału w projekcie**

Osoby zakwalifikowane do projektu – **2005 uczestników**, w tym:

- Poznań – 1089 osób
- Piła – 176 osób

- Konin – 275 osób
- Kalisz – 242 osoby
- Leszno – 223 osoby

Jest to **100,25%** zakładanej w Programie Zdrowotnym łącznej liczby uczestników projektu.

### 3.3. Płeć i wiek uczestników

	Poznań	Kalisz	Konin	Leszno	Piła	łącznie
<b>kobiety</b>	966	205	247	193	150	<b>1761</b>
<b>mężczyźni</b>	123	37	28	30	26	<b>244</b>

Wiek uczestników w momencie kwalifikacji do projektu:

18-20 lat	21-25 lat	26-30 lat	31-35 lat	36-40 lat
8	13	34	57	148
41-45 lat	46-50 lat	51-55 lat	56-60 lat	61-64 lat
263	343	416	382	341

### 3.4. Charakterystyka uczestników projektu

- 88 % uczestników stanowiły kobiety, 12 % to mężczyźni
- średnia wieku uczestników – 51 lat
- 12,96% uczestników stanowiły osoby do 40 r.ż.
- najmłodszy uczestnik - 18 lat, najstarszy uczestnik – 64 lata
- osoby pracujące – 64,6 % uczestników
- w projekcie wzięły udział osoby, u których łącznie rozpoznano 52 typy nowotworów złośliwych
- 66% uczestniczek projektu stanowiły kobiety z rakiem piersi
- innymi najczęściej występującymi rozpoznaniem wśród pacjentów był nowotwór złośliwy jajnika, tarczycy, jelita grubego, trzonu macicy, szyjki macicy, gruczołu krokowego i nerki.

## WYNIKI MONITOROWANIA I EWALUACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

### 4. Poprawa sprawności funkcjonalnej uczestników

Sprawność funkcjonalna w zdrowiu i chorobie jest wypadkową parametrów mierzalnych oraz subiektywnie ocenianych własnych możliwości, odczuć i osobistego porównania aktualnie doświadczanej sprawności odnoszonej do swoich możliwości z przeszłości oraz porównań społecznych (równolatkowie, inne osoby po analogicznych przejściach chorobowych itp.). W projekcie zastosowane zostało narzędzie pomiaru pod nazwą Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia EQ-5D-5L, wersja do stosowania w Polsce, obejmujące pięć parametrów (poruszanie się, samoobsługę, zwykłe czynności, odczuwany ból/dyskomfort, niepokój/przygnębienie) oraz niestandardyzowaną skalę, na której uczestnicy zaznaczali aktualną ocenę swojego zdrowia w stosunku do najlepszego i najgorszego zdrowia jakie mogli sobie wyobrazić.

Pomiar przeprowadzany był dwukrotnie – standardowo podczas pierwszej i ostatniej wizyty u fizjoterapeuty. Kwestionariusz wypełniło 1958 uczestników, których odpowiedzi w **1176** przypadkach (60%) wskazały na poprawę sprawności funkcjonalnej.

Jednym z mierników efektywności projektu, odnoszącym się do celu głównego, była poprawa sprawności funkcjonalnej u nie mniej niż 30% uczestników Programu w okresie jego realizacji (tj. 600 osób). Cel ten został osiągnięty.

Największa liczba uczestników zauważyła poprawę sprawności funkcjonalnej w zakresie odczuwanego bólu i dyskomfortu (916 osób) oraz w stopniu odczuwanego niepokoju bądź przygnębienia (731 osób). Najmniejsza zmiana wystąpiła pod względem zdolności do samoobsługi (319 uczestników) oraz w zakresie poruszania się (409). Uzyskane wyniki są zgodne z oceną stanu zdrowia i sprawności uczestników, którzy pomimo wielorakich i znaczących różnic pomiędzy sobą, w zdecydowanej większości byli osobami mobilnymi i niezależnymi od pomocy otoczenia w zakresie podstawowego funkcjonowania. Ograniczenia doświadczane przez uczestników wiązały się głównie z dysfunkcjami spowodowanymi specyficznym umiejscowieniem nowotworu w obrębie różnych narządów oraz zastosowanym inwazyjnym leczeniem onkologicznym. Tym samym w wielu zakresach sprawności funkcjonalnej w czasie przystąpienia do programu nie występowały ograniczenia, które wymagały usunięcia lub zmniejszenia wskutek realizacji indywidualnego programu fizjoterapii. Przemawiają za tym wyniki przeprowadzonych dwukrotnie pomiarów wskazujące, że poprawy nie osiągnięto, ale nie była ona oczekiwana lub w konkretnym przypadku nie była możliwa do osiągnięcia. W kontekście parametrów charakterystycznych dla wszystkich uczestników, dobrym wskaźnikiem jest osiągnięcie zauważalnego subiektywnie komfortu psychicznego oraz obniżenie niepokoju i przygnębienia, towarzyszących zwykle chorowaniu na nowotwór złośliwy.

## **5. Ocena działań fizjoterapeutycznych**

### **5.1. Liczba osób korzystających z fizjoterapii w ramach projektu**

Na wizycie u fizjoterapeuty pojawiło się 1958 osób, 47 uczestników nie zrealizowało żadnego spotkania z fizjoterapeutą.

Łącznie w ramach projektu zrealizowano 36753 godzin wsparcia fizjoterapeutycznego.

Średnia liczba wizyt fizjoterapeutycznych przypadających na jednego uczestnika w projekcie wyniosła 19,2h.

### **5.2. Poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej uczestników**

W projekcie zakładana była poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej u nie mniej niż 30% uczestników w okresie realizacji Programu zdrowotnego, tj. 600 osób.

Ocena ta była prowadzona za pomocą testów funkcjonowania ICF, wybieranych przez fizjoterapeutów, m.in. testu 6-min. marszu 6MWT, 30-sek. testu wstawania z krzesła 30CST, testu 6-min. na stepie MST, testu utrzymania równowagi (Romberg) 30 s., testu palce-podłoga, podnoszenia przedmiotu (aby przemieścić go z niższego poziomu na wyższy).

Liczba osób uczestniczących w interwencji rehabilitacyjnej, u których nastąpiła poprawa aktywności fizycznej i sprawności ruchowej, mierzonej ww. metodami, wyniosła **1372**.

Cel projektu w tym zakresie został osiągnięty.

### **5.3. Komentarz zespołu fizjoterapeutów**

Fizjoterapeuci pracujący z uczestnikami projektu jednoznacznie bardzo dobrze ocenili możliwość pracy indywidualnej 1:1 z pacjentem, która dawała im możliwość bieżącego monitorowania stanu uczestnika, reagowania na wszelkie występujące w trakcie trwania rehabilitacji zmiany i możliwie najlepszego indywidualnego dopasowania planu terapii dla każdej osoby.

W projekcie brały udział osoby na różnym etapie choroby – od momentu diagnozy, poprzez fazę aktywnego leczenia, a także osoby, które dawno zakończyły już terapię. Co istotne, dla każdej z tych osób można było indywidualnie dopasować działania, których celem było przywrócenie lub wzmocnienie sprawności funkcjonalnej, pomoc w radzeniu sobie z ograniczeniami narzuconymi przez chorobę - zarówno w sferze fizycznej jak i psychologicznej, przeciwdziałanie dalszemu spadkowi kondycji fizycznej oraz nawrotom choroby. W przypadku osób w trakcie trwania choroby kluczowe okazało się w wielu przypadkach odpowiednie przygotowanie do zabiegu, co skutkowało poprawą stanu ogólnego pacjentów, tak aby zmniejszyć ryzyko powikłań i umożliwić tym osobom jak najszybszy powrót do najlepszego, możliwego do osiągnięcia stanu zdrowia. W przypadku sporej grupy uczestników, efektem prowadzonego wsparcia

w zakresie fizjoterapii był wzrost możliwości wysiłkowych, ustąpienie zmęczenia i możliwość swobodnego wykonywania czynności życiowych, a nawet uprawiania sportu czy możliwość powrotu do pracy.

Ważną obserwacją dostrzeżoną przez zespół fizjoterapeutów był także fakt, że znaczna część uczestników projektu wymagała działania w zakresie edukacji zdrowotnej, by w pierwszej kolejności uświadomić im, że dzięki podejmowaniu działań fizjoterapeutycznych stan ich zdrowia może ulec poprawie, a ich dolegliwości nie są niemożliwe do zniwelowania. Było to szczególnie istotne w przypadku pacjentów, którzy leczenie zakończyli jakiś czas temu i nie wierzyli w możliwe efekty terapii. Sytuacja taka dotyczyła m.in. wielu uczestniczek projektu z rakiem piersi, u których wskutek prowadzonych działań znacznie zredukował się obrzęk limfatyczny. Efekty były także widoczne np. w kontekście pracy z blizną czy ćwiczeniami dna miednicy, a także poprawy wydolności uczestników projektu.

Fizjoterapeuci jako istotne i korzystne ocenili także przygotowanie indywidualnych zaleceń dla uczestników, którzy otrzymywali je po zakończeniu swojego udziału w projekcie razem z broszurą edukacyjną. Zalecenia te, poprzedzone odpowiednim instruktażem podczas ostatniej wizyty, miały za zadanie wzmocnić efekt terapeutyczny, dając uczestnikom jasne i rzetelne informacje i narzędzia do tego, aby mogli samodzielnie w dalszym ciągu wykonywać ćwiczenia i móc się usprawniać.

## **6. Ocena działań psychologicznych**

### **6.1. Liczba osób korzystających z poradnictwa psychologicznego i/lub psychoterapii**

Zgodnie z założeniami projektu, każdy uczestnik po zakwalifikowaniu umawiał termin wizyty u psychologa. W spotkaniu z psychologiem uczestniczyło 1951 osób. W Poznaniu 98,7% uczestników odbyło co najmniej jedną wizytę u psychologa, w Pile 97,7%, w Koninie i Lesznie odsetek stanowił po 96,4%, a w Kaliszu 92,5%. Zwarzywszy na niewielką gotowość dorosłych Polaków do korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej można przyjąć, iż przedstawienie takiej możliwości było niezwykle skuteczne i przekonywujące.

Podczas pierwszej wizyty uczestnicy mieli okazję ocenić swój aktualny stan psychiczny, występujące potrzeby w zakresie wsparcia oraz wstępnie uzgodnić z psychologiem rodzaj i zakres oczekiwanej pomocy. Do udziału w jednej wizycie ograniczyło się 46% uczestników, pozostali zaplanowali i realizowali uzgodniony program pomocy psychologicznej, rozłożony na dwie do 51 wizyt, czyli na wsparcie długoterminowe. Uczestnicy, którzy ograniczyli kontakt z psychologiem do jednej wizyty byli najczęściej osobami, które samodzielnie lub z pomocą poradziły sobie z doświadczeniem choroby nowotworowej, co wiązało się z upływem dłuższego czasu od zachorowania lub posiadaniem takich cech charakterologicznych oraz/lub wsparcia nieprofesjonalnego ze strony otoczenia społecznego, że dostępna pomoc psychologa nie była



potrzebna. W tej grupie zwykle deklaracje dotyczące dobrego stanu psychicznego potwierdzał wynik przeprowadzonego testu określającego poczucie jakości życia, skonstruowanego na użytek Projektu (HRQL).

Do jednorazowego kontaktu z psychologiem ograniczali się również uczestnicy, którzy z różnych powodów nie potrafili przyjąć oferowanej pomocy. Znalazły się tutaj osoby z trudnościami w komunikowaniu przeżywanych stanów psychicznych, z niezdolnością do formułowania myśli wyrażających swoje przeżycia, odczucia, potrzeby, stany emocjonalne, jak również takie, które uznały, że radzą sobie z własnym życiem i nie chcą naruszać względnej psychicznej równowagi przez analizowanie aktualnego czy minionego złego stanu psychicznego, by nie przywoływać trudnych wspomnień. Najmniej liczną grupę stanowiły osoby, które podeszły do proponowanej pomocy w sposób dość nonszalancki i akcentowały swój dystans połączony z pewnym poczuciem wyższości. W żadnym przypadku nie byli namawiani do dalszego udziału, a jedynie uwrażliwiani na zwrócenie się po pomoc psychologiczną, gdyby zauważyli taką potrzebę. W tej grupie pomiar HRQL był znacznie zróżnicowany. Elastyczne, dopasowane do indywidualnych potrzeb uczestników traktowanie każdej nowej osoby umożliwiło psychologom pracę dopasowaną do występujących oczekiwań oraz stawianych przed nimi wyzwań, zarówno pod względem liczby, jak i merytorycznej strony udzielanego wsparcia, a łączna liczba 6317 godzinnych wizyt indywidualnych (średnio trzy wizyty na jedną osobę) wymownie świadczy o solidnym wkładzie w poprawę dobrostanu uczestników.

Poza wsparciem indywidualnym, na mniejszą skalę dostępne było również wsparcie w małych, zwykle czteroosobowych grupach. Miały one zarówno charakter psychoedukacyjny, jak i służyły wymianie doświadczeń pomiędzy uczestnikami. Praca w grupie umożliwiała spojrzenie na przeżywane osobiste doświadczenia z perspektywy innych osób, a tym samym wzbogacała dostępne zasoby osobiste o cudze przemyślenia, co sprzyjało budowaniu nowej perspektywy w stosunku do własnej sytuacji uwarunkowanej przez zachorowanie. Ten rodzaj pomocy psychologicznej wybierany jest przez osoby o specyficznych cechach osobowościowych, a ponieważ jeden uczestnik miał możliwość udziału w więcej niż w jednej grupie, znaleźli się uczestnicy, którzy wzięli udział w kilku grupach podejmujących zróżnicowaną tematykę.

## **6.2. Poprawa kondycji psychicznej uczestników**

Narzędziem służącym do pomiaru oceny stanu psychicznego był kwestionariusz dedykowany samoocenie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (HRQL). Pomiar, z założenia przeprowadzany podczas pierwszej i ostatniej wizyty.

Podczas pierwszej wizyty u przeważającej liczby uczestników dominowała umiarkowanie dobra jakość życia (QL). Taki pomiar odnotowano u 54,7% osób. Poczucie wysokiej jakości życia wystąpiło u 31,9%, a niska jakość wystąpiła u 11,9%. Uzyskane pomiary nie znalazły bezpośredniego odzwierciedlenia w gotowości do

przyjęcia pomocy psychologicznej, która nie jest jednoznaczną konsekwencją posiadania dobrostanu psychicznego lub jego braku.

Wśród osób, które ograniczyły się do jednego spotkania z psychologiem dominowała umiarkowanie dobra (49,8% grupy) i wysoka (41,5%) jakość życia, co odzwierciedla przytoczone wcześniej uzasadnienie odstąpienia od rozłożonego na więcej wizyt wsparcia przez część uczestników w dobrej i bardzo dobrej kondycji psychicznej według ich własnej oceny. Pozostałe osoby, pomimo niskiego i bardzo niskiego wyniku, czyli przeżywanego aktualnie dyskomfortu psychicznego odmówiły przyjęcia oferowanej pomocy.

Błędem byłoby założenie, że praca z psychologiem w tej niezwykle specyficznej grupie osób każdorazowo przyczyni się do poprawy poczucia jakości życia. Drugi i końcowy pomiar wskazuje, że najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które kończyły terapię z poczuciem umiarkowanej jakości życia (48,3%) oraz z wysoką jakością (43,5%). Przez 8,1% osób jakość życia została oceniona jako niska. Do uzyskania takich wyników przyczyniło się w głównej mierze znaczące zróżnicowanie uczestników programu, który umożliwił uczestnictwo zarówno osobom, które krótko po zdiagnozowaniu choroby nowotworowej skorzystały z szansy uzyskania wielorakiego wsparcia, jak i pacjentów w trakcie długotrwałej uciążliwej terapii onkologicznej, w tym leczenia nawrotów choroby, jak i osobom, które zakończyły specjalistyczne leczenie w bardziej lub mniej odległej przeszłości, a aktualnie doświadczają jedynie konsekwencji przebytej choroby i zastosowanego leczenia.

Projekt zakładał poprawę kondycji psychicznej mierzonej testem HRQL u nie mniej niż 300 osób.

W toku jego realizacji odnotowano poprawę kondycji psychicznej u **591** uczestników. Cel projektu w tym zakresie został osiągnięty.

Nieco ponad 30% osób nie zauważyło zmiany (w tej grupie są osoby, które pomimo dobrego samopoczucia skorzystały z możliwości pracy z psychologiem), a u 8,9%, z przyczyn wyżej opisanych nastąpiło nasilenie dyskomfortu psychicznego.

Opinie uczestników projektu wyrażone w anonimowej ankiecie wskazują na wysoką ocenę sposobu organizacji wsparcia psychologicznego oraz zaangażowanie i kompetencje posiadane przez pracujących w nim psychologów.

### **6.3. Komentarz zespołu psychologów**

Psychologowie zaangażowani w realizację projektu zarówno w Poznaniu, jak i w pozostałych miejscowościach wysoko ocenili propacjenckie założenia, które dawały uczestnikom swobodę w zakresie wykorzystania oferowanych możliwości (np. liczba wizyt, udział w spotkaniach grupowych, możliwość

uczestnictwa osób z otoczenia), jak również nie skutkowało zmniejszeniem liczby wizyt w przypadku opuszczenia umówionego spotkania.

Za bardzo wartościową została uznana możliwość uzgadniania z każdym uczestnikiem liczby wizyt, częstości ich odbywania oraz planowania zakresu pomocy dopasowanej do aktualnych i przewidywanych przez uczestników potrzeb. Na przykład pacjenci, którzy zakończyli pewien etap specjalistycznego leczenia (m.in. po zabiegu operacyjnym), którzy rozpoczęli korzystanie z terapii, mogli uzgodnić przerwę i powrót po rozpoczęciu chemio- czy radioterapii, jeśli przewidywali, że nowe doświadczenie związane z leczeniem adjuwantowym spowoduje nowy rodzaj obciążenia i przeżyć, do którego przed ich doświadczeniem nie mogli się przygotować.

Realizacja projektu w pięciu lokalizacjach, w tym wyjście naprzeciw potrzebom mieszkańców oddalonych od Poznania miejscowości, umożliwiło zaobserwowanie pewnych różnic środowiskowych, jak np. częstsze w mniejszych miejscowościach nastawienie na ukrywanie przed społecznym otoczeniem samego faktu zachorowania na chorobę nowotworową, czy skalę skarg na brak dostępu do bezpłatnej pomocy psychologicznej i fizjoterapii, ze wskazaniem znaczącego wpływu utrzymującej się niesprawności po leczeniu (np. trwałe obrzęki limfatyczne) na samopoczucie i kondycję psychiczną.

## **7. Ocena działań dietetycznych**

### **7.1. Liczba osób korzystających z poradnictwa dietetycznego**

Liczba osób, które uczestniczyły w poradnictwie dietetycznym to 1963. 42 osoby nie odbyły żadnej wizyty u dietetyka.

Łącznie uczestnicy projektu wzięli udział w 4149 godzinach wizyt indywidualnych z dietetykiem oraz 150 godzinach grupowych spotkań edukacyjnych.

Każdy z uczestników miał możliwość skorzystania z jednej konsultacji dietetycznej, a następnie – po przeprowadzonym wywiadzie dietetycznym i ocenie składu masy ciała, część z uczestników otrzymała propozycję dalszego uczestnictwa w wizytach – zgodnie z planem dietetycznym A (obejmującym łącznie 3 wizyty) lub z planem dietetycznym B (obejmującym łącznie 4 wizyty i przygotowanie tygodniowego jadłospisu).

Z jednej wizyty w projekcie skorzystało łącznie 949 osób (48%) korzystających ze wsparcia w zakresie dietetyki. 742 osoby (38%) zrealizowały 3 wizyty, w ramach programu dietetycznego A, a 211 (10,7%) osób 4 wizyty w ramach programu B. 61 osób (3,1%) nie zrealizowała pełnego zaplanowanego programu, uczestnicząc w mniejszej niż zakładana w danym planie liczba wizyt.

### **7.2. Poprawa stanu odżywienia uczestników**

Stan odżywienia uczestników był oceniany za pomocą medycznej platformy do nieinwazyjnego pomiaru i analizy składu ciała oraz oceny stanu zdrowia, metodą bioimpedancji spektroskopowej (BIS). Oceniano wskaźnik masy ciała uczestników (BMI), zmianę poziomu masy mięśniowej, zmianę poziomu tkanki tłuszczowej, całkowitą ilość wody oraz kąt fazowy.

W miernikach efektywności programu zakładana była poprawa stanu odżywienia po wystąpieniu objawów ubocznych długotrwałego leczenia u nie mniej niż 300 uczestników w okresie realizacji programu zdrowotnego.

Poprawę stanu odżywienia, na podstawie analizy ww. parametrów, odnotowano u **455** uczestników projektu. Cel projektu w tym zakresie został osiągnięty.

Dietetycy biorący udział w projekcie zwracali dodatkowo uwagę na inne niemierzalne parametry, które ulegały poprawie. Wśród nich znalazły się m.in. ustąpienie objawów będących skutkiem leczenia onkologicznego, wdrożenie odpowiedniej terapii żywieniowej przed chemio- czy radioterapią, poprawa wybranych wskaźników biochemicznych krwi, co skutkowało możliwością przyjęcia leczenia onkologicznego zgodnie z harmonogramem.

### **7.3. Komentarz zespołu dietetyków**

Zespół dietetyków realizujących wizyty w ramach projektu zgodnie zauważył, że pacjenci onkologiczni na każdym etapie – już od momentu diagnozy, poprzez przygotowanie do zabiegu, leczenie oraz w okresie po zakończeniu terapii wymagają wsparcia dietetycznego, a jednocześnie poszukują go głównie na własną rękę, wobec braku świadczeń finansowanych ze środków publicznych w tym zakresie. Nieliczni pacjenci biorący udział w projekcie deklarowali, że otrzymali wsparcie żywieniowe po diagnozie lub w trakcie leczenia szpitalnego i zazwyczaj miało ono formę przekazania materiałów drukowanych (poradników, ulotek, ogólnych zaleceń), a nie formę indywidualnej wizyty. Podkreślono jednocześnie, że wsparcie dietetyczne stanowi jeden z filarów skutecznego leczenia onkologicznego. Nie ma uniwersalnych zaleceń dietetycznych dla wszystkich pacjentów onkologicznych i zawsze powinny być one dobierane indywidualnie.

Dietetycy w trakcie indywidualnej wizyty mieli możliwość szczegółowej analizy uzupełnianego przez uczestników kwestionariusza do badania zachowań żywieniowych i opinii na temat żywności i żywienia, dzienniczka bieżącego notowania, a także możliwość przeprowadzenia analizy składu masy ciała. Ocena stanu odżywienia pozwalała na zidentyfikowanie specyficznych zagrożeń żywieniowych lub stwierdzenie niedożywienia i stanowiła podstawę do opracowania indywidualnych zaleceń. Pacjenci wymagający dalszego wsparcia lub monitorowania stanu odżywienia mieli możliwość skorzystania z dodatkowych wizyt oraz otrzymania przygotowanego dla nich jadłospisu.

Pacjenci onkologiczni to grupa chorych, która jest szczególnie narażona na zaburzenia stanu odżywienia ze względu na występowanie zmian metabolicznych, różne reakcje organizmu na zastosowane leczenie oraz często zmniejszoną podaż białkowo-energetyczną. Wsparcie żywieniowe odgrywa istotną rolę w tej grupie pacjentów, często niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem. Jego celem było zapewnienie uczestnikom projektu rzetelnych informacji i pomoc w zrozumieniu zagadnień żywieniowych, by przyniosło to skutki w postaci trwałej zmiany ich nawyków żywieniowych oraz wywarło pozytywny wpływ na stan odżywienia. Dowody naukowe wskazują bowiem, że zindywidualizowane poradnictwo dietetyczne prowadzone przez specjalistów skierowane do grupy pacjentów onkologicznych wpływa m.in. na podniesienie jakości życia, zwiększenie podaży energii i białka, skutkuje rzadszym przerwaniem terapii przeciwnowotworowej, wywiera pozytywny wpływ na stan odżywienia, a także może poprawić wskaźnik przeżycia.

## **8. Udział osób bliskich z otoczenia**

Możliwość uzyskania wsparcia przez osoby związane z uczestnikami została przyjęta z nieukrywanym zaskoczeniem oraz komentarzami wskazującymi, że jakiegokolwiek formy pomocy finansowane ze środków NFZ nie uwzględniały takiego rozwiązania, również dla osób ze znacznie ograniczoną sprawnością i licznymi trudnościami spowodowanymi przez chorobę nowotworową. Z założenia ta forma wsparcia miała ułatwić bliskim poznanie podstawowych umiejętności niezbędnych podczas usprawniania w trakcie i po zakończeniu leczenia.

Ze wsparcia dla osób z otoczenia skorzystało łącznie 229 osób.

W trakcie realizacji okazało się, że do fizjoterapeutów trafiło jedynie 20 osób bliskich z otoczenia uczestników. Najliczniejsza grupa zgłosiła się do dietetyków zatrudnionych przy realizacji projektu (109 osób), a nieznacznie mniejsza do psychologów (100 osób).

Łączna liczba potwierdzonych wizyt, w których brały udział osoby bliskie z otoczenia uczestnika była ponad dwukrotnie wyższa i wyniosła 503 godziny, co wskazuje na potrzebę co najmniej powtórnego spotkania tej samej osoby z otoczenia uczestnika ze specjalistą. Największa liczba kilkukrotnych wizyt dotyczyła pomocy psychologicznej. Zdarzało się także, że osoby z otoczenia pacjenta korzystały ze wsparcia w dwóch lub trzech zakresach.

Oczekiwania osób z otoczenia były bardzo zróżnicowane, ale bez względu na to z jakim specjalistą chciały mieć kontakt, spodziewały się poszerzenia wiedzy, wyjaśnienia niezrozumiałych zdarzeń czy zachowań, podniesienia własnych kompetencji w zakresie wspierania bliskiej osoby, czy po prostu odreagowania przeżywanych emocji, uspokojenia, obniżenia przeżywanego lęku.

Osoby z otoczenia, które korzystały ze wsparcia miały możliwość wyrażenia opinii czy obecność na spotkaniu przyczyniła się do wzrostu posiadanej wiedzy, umiejętności bądź kompetencji.

Jednym z mierników efektywności programu był wzrost wiedzy dotyczącej profilaktyki wtórnej i trzeciorzędowej wśród nie mniej niż 150 osób z otoczenia pacjenta, tj.: członków rodzin/opiekunów, które wzięły udział w edukacji w ramach programu.

Spośród 201 osób bliskich z otoczenia pacjenta, które oceniły swój udział w spotkaniu, 95,5% (**192 osoby**) zadeklarowało, że wizyta zdecydowanie lub raczej spełniła ich oczekiwania, a w wyniku obecności na spotkaniu wzrósł poziom ich wiedzy, umiejętności lub kompetencji, co potwierdza prawidłowość dobranego wsparcia dla osób z otoczenia uczestników. Cel projektu w tym zakresie został osiągnięty.

### **9. Wsparcie grupowe w projekcie**

W ramach wsparcia grupowego w projekcie odbyło się 49 spotkań z psychologiem. Omawianymi zagadnieniami były m.in. relaksacja, radzenie sobie ze stresem, asertywność, dbanie o komfort życia, usprawnianie procesów poznawczych i trening pamięci, sztuka adaptacji do życiowych zmian, rozwijanie umiejętności komunikacyjnych, zarządzanie sobą w czasie, rozwijanie umiejętności radzenia sobie z lękiem i emocjami. Spotkania miały zarówno charakter psychoedukacyjny, jak i służyły wymianie doświadczeń pomiędzy uczestnikami. Praca w grupie umożliwiała spojrzenie na przeżywane osobiste doświadczenia z perspektywy innych osób, a tym samym wzbogacała dostępne zasoby osobiste o cudze przemyślenia, co sprzyjało budowaniu nowej perspektywy w stosunku do własnej sytuacji uwarunkowanej przez zachorowanie.

Podczas zrealizowanych 50 warsztatów edukacyjnych prowadzonych przez dietetyków uczestnicy omawiali m.in. tematykę roli prawidłowego odżywiania w walce z nadwagą i otyłością u pacjentów onkologicznych, informacji żywieniowej, diety dla zapracowanych, fitoterapii i ziołolecznictwa w onkologii, diet alternatywnych, chemioprewencji żywieniowej, mikrobioty jelitowej, wzmocnienia odporności, faktów i mitów żywieniowych.

Ze spotkań grupowych z psychologiem we wszystkich miastach skorzystało łącznie 125 uczestników projektu, a z warsztatów z dietetykiem 123 osoby.

### **10. Rezygnacje uczestników z udziału w projekcie**

Wśród 2005 uczestników projektu, 81 osób nie skorzystało z kompletu 4 podstawowych pierwszych wizyt (wizyty kwalifikacyjnej u onkologa, pierwszej wizyty u fizjoterapeuty, dietetyka i psychologa).

26 osób zmarło w trakcie trwania rehabilitacji.

Wśród głównych przyczyn rezygnacji z udziału w projekcie uczestnicy wskazywali m.in.

- pogorszenie stanu zdrowia – 10 osób,
- brak czasu/inne zobowiązania – 5 osób,
- chęć skorzystania z rehabilitacji w innym miejscu – 3 osoby,
- poprawę stanu zdrowia – 2 osoby,
- zbyt dużą odległość miejsca rehabilitacji od miejsca zamieszkania – 2 osoby.

Należy także wskazać na grupę uczestników, która zrezygnowała z udziału w projekcie bez wskazania przyczyny, nie pojawiając się na umówionych wizytach i nie odpowiadając na podejmowany przez OPEN kontakt telefoniczny, SMS-owy oraz listowny. Powód rezygnacji dla tej grupy osób jest nieznany.

262 osoby nie ukończyły zaplanowanej terapii i nie uczestniczyły w wizytach końcowych u fizjoterapeuty, a 61 osób nie zrealizowało określonego programu dietetycznego.

#### **11. Ocena jakości świadczeń**

Uczestnicy projektu, po zakończeniu udziału w rehabilitacji, proszeni byli o wypełnienie anonimowej ankiety oceniającej różne aspekty związane z realizacją projektu, m.in. sposób przekazywania informacji przez personel medyczny, uprzejmość i życzliwość personelu, możliwość zadawania pytań i uzyskiwania wyjaśnień, czas trwania rehabilitacji, dostosowanie do indywidualnych potrzeb, dostępność terminów wizyt, przydatność zdobytych informacji, wzrost poziomu własnej wiedzy, poprawę stanu zdrowia.

Ankiety w wersji papierowej lub elektronicznej wypełniło łącznie 1053 uczestników projektu.

**96,87%** uczestników, którzy wypełnili ankietę wskazało na **wzrost poziomu własnej wiedzy** – 70,85% oceniło ten wzrost bardzo dobrze, a 26,02% raczej dobrze.

**98,48%** uczestników, którzy wypełnili ankietę oceniło bardzo dobrze (82,43%) lub raczej dobrze (16,05%) **przydatność zdobytych podczas rehabilitacji informacji.**

**95,44%** uczestników, którzy wypełnili ankietę wskazało na **poprawę swojego stanu zdrowia.**

**98,2%** osób ankietowanych wskazało, że **program rehabilitacji spełnił ich oczekiwania.**

**99,62%** osób ankietowanych wskazało, że poleciliby udział w projekcie rehabilitacji onkologicznej prowadzonym przez OPEN innym osobom, w tym 97% zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie tak”.

## 12. Personel projektu

W projekcie odbyło się 12 edycji 20-godzinnych szkoleń dla specjalistów – 6 edycji szkoleń dla fizjoterapeutów, 3 dla psychologów i 3 dla dietetyków. W szkoleniach wzięło udział łącznie 65 osób – 47 fizjoterapeutów, 7 psychologów i 11 dietetyków.

W projekcie zakładany był wzrost poziomu wiedzy u nie mniej niż 85% kadry medycznej programu (fizjoterapeutów, psychologów i dietetyków), biorącej w szkoleniach w ramach programu .

**100%** uczestników szkoleń (51 kobiet, 14 mężczyzn) zaliczyło szkolenie z wynikiem pozytywnym i tym samym podniosło swoje kompetencje w aspekcie pracy z pacjentem onkologicznym.

Cel projektu w tym zakresie został osiągnięty.

## 13. Informacja o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej

Głównym problemem w realizacji działań zaplanowanych w projekcie była pandemia COVID-19. Kolejne fale pandemii spowodowały znaczne ograniczenie udziału w projekcie osób leczonych z powodu nowotworów, które to szczególnie zwracały uwagę na ryzyko zakażenia. Pomimo zainteresowania udziałem w projekcie i licznych zapytań, część osób odkładała decyzję o rozpoczęciu rehabilitacji na późniejszy okres, bliżej nieokreślony, nie decydując się jednocześnie nawet na wizytę kwalifikacyjną u onkologa.

Sytuacja epidemiologiczna powodowała także problemy w realizacji świadczeń z powodu regularnie odwoływanych przez uczestników wizyt (kwarantanna, izolacja, kwarantanna dzieci lub zdalne nauczanie, które uniemożliwiało udział w rehabilitacji z powodu konieczności zapewnienia opieki dzieciom). Sytuacja ta powodowała, że finalna liczba zrealizowanych konsultacji znacznie różniła się od tej zaplanowanej. Jednocześnie uczestnicy informowali o odwołaniu wizyty ze zbyt krótkim wyprzedzeniem lub nie informowali o planowanej nieobecności wcale, co uniemożliwiało znalezienie na ich miejsce innego uczestnika.

Sytuacja epidemiologiczna od stycznia do marca 2022 roku spowodowała także problemy w realizacji świadczeń z powodu zachorowania części personelu.

Nawet po zakończeniu stanu zagrożenia związanego z COVID-19, Realizator nie był w stanie w pełni wykorzystać dyspozycyjności i dostępności specjalistów, ponieważ uczestnicy nadal informowali o odwołaniu wizyty ze zbyt krótkim wyprzedzeniem lub nie informowali o planowanej nieobecności wcale.

Trudność w realizacji stanowiły także osoby, które, m.in. ze względu na swój stan zdrowia lub trwające leczenie, przerywały swój udział w projekcie i z którymi nie można było się skontaktować, by ustalić ich chęć kontynuacji lub możliwość zakończenia wsparcia.



W każdej sytuacji, na którą Realizator projektu miał realny wpływ, prowadzone były działania modyfikujące, polegające m.in. na udziale w szkoleniach dla specjalistów dodatkowych osób jako zabezpieczenie dla ciągłości działań projektowych w przypadku zachorowania personelu, próbę optymalnego i elastycznego wykorzystania dostępności personelu i dostępnych dla uczestników wolnych godzin wsparcia, wdrożenie dodatkowych działań i kanałów mających na celu zgłaszanie się maksymalnej liczby potencjalnych uczestników (emisję radiową spotów informacyjnych, intensyfikację działań informacyjnych poprzez telefoniczne, mailowe oraz listowne powiadomienia jednostek samorządowych, organizacji pozarządowych, placówek POZ, poradni i szpitali z zakresu onkologii, chirurgii onkologicznej i opieki paliatywnej o realizacji projektu, kampanię w Kolejach Wielkopolskich, udział w programach radiowych i telewizyjnych).

#### **14. Podsumowanie, wnioski i rekomendacje**

Przed wdrożeniem działań w ramach projektu na terenie województwa wielkopolskiego nie funkcjonował żaden program kompleksowego i systemowego wsparcia dla pacjentów onkologicznych. Pacjenci onkologiczni mogli i nadal mogą korzystać ze świadczeń w zakresie fizjoterapii i psychologii, finansowanych ze środków publicznych przez NFZ, ale nie są to działania dedykowane tej grupie chorych, która obarczona jest licznymi przeciwwskazaniami i dla której katalog świadczeń jest ograniczony. Nie są to też działania skoordynowane. Dostęp do wsparcia fizjoterapeutycznego, połączonego ze wsparciem psychologa i dietetyka był jednostkowy, mocno ograniczony głównie do podejmowania działań w szpitalach i zdecydowanie połączenie tych trzech zakresów działań nie stanowiło standardu w opiece nad pacjentem onkologicznym. Czas oczekiwania na te usługi i nierówności związane z miejscem zamieszkania uniemożliwiały często skuteczne podjęcie terapii w określonym czasie. Dodatkowo zaobserwowaną i zgłaszaną przez samych pacjentów trudnością, która miała swój wpływ na ich sytuację, był niekiedy niski poziom wiedzy i świadomości personelu medycznego w kwestii możliwości, zakresu i metod rehabilitacji osób zmagających się z chorobą nowotworową.

Ewaluacja realizacji projektu oraz opinie wyrażone przez jego uczestników wskazują, że projekt zaczął identyfikować i zaspokajać istniejące rzeczywiste problemy leczenia onkologicznego, które do tej pory były traktowane marginalnie. Wydaje się, że tylko kompleksowe podejście do profilaktyki w onkologii, a więc pierwszorzędowa, drugorzędowa i trzeciorzędowa profilaktyka jest drogą do poprawy efektywności leczenia, poprawy jakości życia pacjentów oraz minimalizacji skutków społecznych nowotworów jako grupy chorób cywilizacyjnych. Działania te prowadzą także do wzrostu poziomu jakości życia osób chorych i umożliwiają im powrót do najlepszego, osiągalnego stanu zdrowia. Istotnym elementem działania w tym zakresie jest konieczność stałego wzrostu świadomości pacjentów. Aktualnie bowiem pacjentom brakuje wiedzy i umiejętności poruszania się po systemie ochrony zdrowia, a proces ten nadal nie jest skoordynowany.

Stworzenie i wdrożenie programu realizowanego w kilku punktach na terenie województwa wielkopolskiego stworzyło podstawę pod sieć placówek świadczących kompleksowe usługi w zakresie interdyscyplinarnego usprawniania pacjenta onkologicznego. Zastosowane formy wsparcia, zarówno indywidualnego jak i grupowego, uwzględniały stan i potrzeby każdego z uczestników w sposób spersonalizowany. Stworzenie tejże sieci wraz z przygotowaniem personelu daje możliwość kontynuowania podejmowanych działań po zakończeniu realizacji programu w zależności od posiadanych środków, a zastosowane w toku realizacji projektu rozwiązania mogą stanowić zbiór dobrych praktyk prowadzenia kompleksowej rehabilitacji pacjentów onkologicznych.

Lokalizacja placówek na terenie 5 miast województwa wielkopolskiego dała szansę na zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń ze względu na miejsce zamieszkania. Jest to kluczowe, ponieważ dla wielu pacjentów poważnym obciążeniem są koszty dojazdu, zakwaterowania oraz poświęconego czasu. W sytuacji kiedy rehabilitacja jest możliwa w pobliżu miejsca zamieszkania, staje się ona dostępna także dla osób pracujących oraz sprawujących opiekę nad osobą zależną.

Zrealizowane w ramach projektu działania i interwencje w zakresie profilaktyki onkologicznej dedykowanej osobom chorym lub po zakończeniu choroby nowotworowej, wielokierunkowo stanowiły wsparcie w przeciwdziałaniu dezaktywacji zawodowej ze względu na chorobę oraz umożliwiały niektórym uczestnikom powrót do aktywności społecznej, w tym także do pracy zawodowej.

Szkolenia dedykowane fizjoterapeutom, psychologom i dietetykom, dotyczące praktycznych aspektów pracy z pacjentem onkologicznym, podniosły poziom wiedzy i umiejętności tych specjalistów, a także zwiększyły ich świadomość w zakresie szeroko rozumianej rehabilitacji w onkologii.

Poznań, grudzień 2023 r.