

**UCHWAŁA NR XX/254/2025
RADY MIASTA CHORZÓW**

z dnia 28 sierpnia 2025 r.

w sprawie przyjęcia Programu profilaktyki przeciwozrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026 - 2028

Na podstawie art.18 ust.1 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (t.j. Dz.U. z 2025 r. poz.1153) w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1), art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz.146 z późn. zm.)

**Rada Miasta Chorzów
uchwała**

§ 1.

1. Przyjąć Program profilaktyki przeciwozrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026 - 2028.

2. Program profilaktyki przeciwozrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej zamieszkałych na terenie Miasta Chorzów na lata 2026 - 2028 będzie realizowany ze środków budżetu Miasta Chorzów przez Miasto Chorzów.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Chorzów.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady
Miasta Chorzów

Katarzyna Sudoł

Urząd Miasta Chorzów



**PROGRAM PROFILAKTYKI PRZECIWOBRZĘKOWEJ DLA OSÓB
PO ZABIEGACH Z ZAKRESU CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ ZAMIESZKAŁYCH
NA TERENIE MIASTA CHORZÓW NA LATA 2026-2028**

Program został opracowany na podstawie art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.
o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2024 r.
poz. 146 z późn. zm.)

Program został przygotowany przez:
Wydział Zdrowia Urzędu Miasta Chorzów
41-500 Chorzów, Rynek 1

Chorzów, lipiec 2025 r.

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

I.1. Opis problemu zdrowotnego

Układ limfatyczny składa się z narządów centralnych (grasica, szpik kostny), narządów obwodowych (śledziona, węzły chłonne, migdałki, grudki chłonne związane z jelitami i układem oddechowym) oraz naczyń chłonnych. Zasadniczo narządy centralne są miejscem namnażania, różnicowania i wstępnego dojrzewania komórek układu odpornościowego, a obwodowe są miejscem ich ostatecznego dojrzewania. Główną rolą układu chłonnego jest funkcja odpornościowa. Komórki tego układu mogą aktywnie zwalczać zagrożenia ze strony drobnoustrojów, produkować przeciwciała, a także szeroko wspomagać działania odpornościowe organizmu [1,2,3].

Fizjologicznie dochodzi do nieustannej wymiany pomiędzy płynem wpływającym do przestrzeni międzykomórkowej z tętnic, a płynem odbieranym w drodze resorpcji przez naczynia żyłne oraz w drodze drenażu przez naczynia limfatyczne. W przypadku gdy dochodzi do zmiany w równowadze tych procesów, może dojść do patologicznego zwiększenia objętości płynu śródtkankowego, czyli obrzęku. Nadmierny napływ krwi do tkanek może nastąpić w przebiegu wysokiego ciśnienia tętniczego, zwiększonej przepuszczalności ścian tętnic, a także w przypadku niedoboru białek osoczowych. Niedostateczny odpływ przez naczynia żyłne, występuje najczęściej w niewydolności żyłnej i niewydolności prawej komory serca. Zaburzenie może również występować w naczyniach limfatycznych, utrudniając odpływ chłonki. [1,2,3]

Prawidłowo drenaż chłonki odbywa się do ślepo zakończonych włosowatych naczyń limfatycznych znajdujących się w tkankach. Limfa przesącza się do naczyń włosowatych dzięki cienkiej ścianie naczynia, zbudowanej tylko z śródbłonka, który może tworzyć niewielkie przestrzenie, zwane *stigmata*. Otwory te powstają podczas przemieszczania się tkanek względem naczynia, tak jak w przypadku ruchów stawowych, napięcia mięśni, a także podczas masażu o cechach drenażu limfatycznego. Następnie limfa przechodzi do większych naczyń, a na końcu uchodzi do układu żylnego. [1,2,3]

Obrzęk limfatyczny, zgodnie z definicją, jest to nagromadzenie płynu tkankowego w wyniku niewydolności limfatycznej. Dochodzi do gromadzenia się płynu bogatego w białko, komórki odpornościowe, produkty metaboliczne, komórki śródbłonka i komórki ulegające apoptozie (programowana śmierć komórki). Może to prowadzić do:

1. włóknienia naczyń,
2. stanów zapalnych obrzękniętych tkanek,
3. namnażania komórek w miejscu obrzęku – sprzyja temu duża ilość białka,
4. uszkodzenia dróg chłonnych,
5. nasilający się proces tworzenia może stać się niekontrolowany i doprowadzić do wytworzenia naczyniakomięsaka limfatycznego (*lymphangiosarcoma*). [1,2]

Obrzęk limfatyczny jest zaburzeniem nie tylko kosmetycznym – powodując zwiększenie obwodu kończyny, ale także procesem upośledzającym funkcje układu limfatycznego oraz prowadzącym do poważnych powikłań. Szacuje się, iż na świecie problem ten może dotyczyć nawet 140 milionów osób. [2]

Obrzęk limfatyczny pod względem etiologii dzielimy na:

- niewydolność dynamiczną – w której upośledzenie odprowadzenia płynu nie wynika z nieprawidłowości układu naczyń limfatycznych, lecz związane jest z nadmiernym wytwarzaniem płynu w niewydolności serca, nerek lub wątroby, a także chorób nadnerczy, tarczycy oraz w przebiegu ciąży;
- niewydolność mechaniczną – odpływ chłonki jest w tym przypadku upośledzony poprzez pierwotne lub wtórne uszkodzenie naczyń limfatycznych;
- możemy także wyróżnić niewydolność typu "brak funkcji wentylu bezpieczeństwa", w której profilaktyka przeciwobrzękowa jest najistotniejsza. W przypadku tym, mamy do czynienia z brakiem występowania obrzęku mimo istniejącej dysfunkcji naczyń limfatycznych. Stan ten jest jednak chwiejny, a po operacjach onkologicznych - często pozorną - równowagą, do zaburzenia której łatwo doprowadzić za sprawą zwiększenia filtracji tkankowej lub

dalszego ograniczenia resorpcji limfatycznej. Dlatego takie przypadki wymagają szczególnej uwagi i działań prewencyjnych. [2]

Najczęściej podział obrzęku chłonnego jest oparty na podstawie etiologii, na pierwotny i wtórny. Obrzęk pierwotny związany jest głównie z mutacjami genetycznymi powodującymi zaburzenia rozwoju układu limfatycznego. Obrzęk wtórny powstaje w przebiegu schorzeń, takich jak:

- choroby zapalne,
- choroby nowotworowe,
- choroby pasożytnicze,
- choroby popromienne,
- po operacjach i urazach. [1,2]

W zależności od stopnia zaawansowania zmian, obrzęk limfatyczny dzielimy na :

- 1 stopnia – pojawia się okresowo, związany z wysiłkiem, ustępuje po odpoczynku nocnym,
- 2 stopnia – stały, ustępuje po uniesieniu kończyny,
- 3 stopnia – stały, nie ustępuje samoistnie, zaznacza się sklerotyzacja, wymaga stałego leczenia fizjoterapeutycznego,
- 4 stopnia – słoniowaczna ze zmianami wstecznymi skóry i powikłaniami. [1,2]

Międzynarodowe Towarzystwo Limfologiczne (*International Society of Lymphology*) wskazuje, iż podstawową metodą leczenia obrzęku limfatycznego jest tzw. kompleksowa metoda udrażniająca (CDT; *Complex Decongestive Therapy*). Metoda ta obejmuje:

- manualny drenaż limfatyczny – technika masażu polegająca na powolnych, delikatnych ruchach okrężnych, obrotowych, pompujących i czerpiących. Głównym jego celem jest pobudzenie aktywności, udrożnienie naczyń chłonnych oraz odprowadzenie przez nie powstałego obrzęku. Formą utrwalającą i podtrzymującą terapię jest stosowany przez pacjenta – automasaż. Wynikiem drenażu jest zwiększenie aktywności mięśniówki gładkiej naczyń limfatycznych i wzrost efektywności przepływu chłonki;
- bandażowanie wielowarstwowe – technika ta polega na założeniu materiału uciskowego w celu poprawienia efektu drenażu limfatycznego. Bandażowanie rozpoczyna się od nałożenia pierwszej bawełnianej warstwy na suchą i umytą skórę, pełniącą funkcję ochronną. Następnie stosuje się warstwę waty, w celu ochrony i wchłonięcia ewentualnie powstałego limfotoku. Trzecią warstwę stanowią bandaże o niskim stopniu rozciągliwości, zakładane z zachowaniem zasady stopniowania ciśnienia ucisku (malejącego w kierunku bliższym). Można również stosować gotowe materiały uciskowe, takie jak: rękawy, pończochy;
- ćwiczenia ruchowe, wykorzystując m.in. mechanizm pompy mięśniowej - mają za zadanie usprawnić tak resorpcję, jak i transport chłonki, poprawić kondycję pacjenta i ogólne samopoczucie. Ćwiczenia wykonywane są z minimalnym oporem zewnętrznym, o niskiej intensywności i bez dodatkowego obciążenia. Stosowane są również ćwiczenia oddechowe, wytwarzające ujemne ciśnienie w klatce piersiowej, ułatwiające transport chłonny. Należy pamiętać, iż każda intensywna forma aktywności fizycznej jest przeciwwskazana, ze względu na zwiększony przepływ krwi przez tkanki i konieczność odprowadzenia większej ilości płynu tkankowego;
- pielęgnację skóry – istotną rolę przypisuje się zabiegom pielęgnacyjnym, ze względu na zmniejszenie funkcji immunologicznej oraz osłabienie struktury skóry podczas obrzęku. Drobne urazy, zadrapania, skaleczenia, otarcia, ukąszenia owadów czy oparzenia mogą powodować silne stany zapalne i zakażenia. [4,5,6,7,8]

Pacjenci po operacjach związanych z chorobą nowotworową, są szczególnie narażeni na wystąpienie patologicznego obrzęku. Do czynników ryzyka zaliczamy: zakres operacji, ilość wyciętych węzłów chłonnych, wcześniejsze stosowanie radioterapii, przebycie infekcji kończyny, wiek, otyłość, nadciśnienie oraz nadmierny wysiłek fizyczny.

Podczas operacji onkologicznych istotne jest aby wyciąć zmienioną nowotworowo tkankę wraz z marginesem, a także w przypadku podejrzenia przerzutów drogą limfatyczną, okolicznych węzłów chłonnych. Zabieg ten wiąże się z dużym ryzykiem powikłań w postaci obrzęku

limfatycznego, z powodu zniszczenia struktury układu chłonnego wokół operowanego narządu i utrudnione krążenie limfy. W przebiegu leczenia radioterapeutycznego dochodzi do wystąpienia reakcji zapalnej zarówno w naświetlanych tkankach, jak i naczyniach chłonnych. W konsekwencji może dojść do bliznowacenia oraz zamknięcia światła naczyń, utrudnienia w odpływie oraz zastojów chłonki. [1,2,12]

Wg US National Cancer Institute obrzęk limfatyczny może pojawić się po każdym leczeniu nowotworowym, niezależnie od umiejscowienia nowotworu. U 80% pacjentów pojawia się on w okresie 3 lat od operacji. Doniesienia światowe podają, iż podczas okresu 2-letniej obserwacji po zabiegu operacyjnym powikłanie w postaci obrzęku limfatycznego pojawia się u 8-56% pacjentów. Do grupy osób leczonych na nowotwory zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego należą pacjenci leczeni z powodu raka sutka, raka trzonu macicy, raka szyjki macicy, raka gruczołu krokowego, rak sromu, raka jajnika, czerniaka i chłoniaka. [16]

Większość kobiet po radykalnej amputacji piersi nie wymaga profesjonalnej rehabilitacji psychofizycznej. Rehabilitacji wymagają jedynie późne powikłania operacji w postaci przykurczu stawu ramiennego i obrzęku limfatycznego kończyny górnej (ok. 10% operowanych). Częstotliwość wystąpienia obrzęku limfatycznego w zależności od typu przeprowadzonego zabiegu szacuje się na 13-33,5% w przypadku usunięcia piersi, oraz ponad 36-44% gdy równocześnie zastosowano radioterapię. W przypadku operacji ginekologicznych ryzyko wystąpienia jest największe w przebiegu raka trzonu i szyjki macicy – 28-36%. U mężczyzn po operacji w przebiegu choroby nowotworowej prostaty ryzyko jest stosunkowo niskie i wynosi ok. 10% [13,14,15].

Ważnym aspektem zapobiegającym nawrotom obrzęku limfatycznego, lub pogorszenia stanu zdrowia u pacjentów, jest ich właściwa edukacja. Pacjent po intensywnej terapii przeciwoobrzękowej powinien potrafić sam w domu wykonać proste ćwiczenia i automasaż. Istotną wydaje się również codzienna dbałość o należyłą higienę i pielęgnację skóry, wyczuwanie na pierwsze oznaki i symptomy zakażenia, stosowanie właściwej i odpowiednio dobranej odzieży, a także właściwy styl życia i odżywiania. [1,4,8]

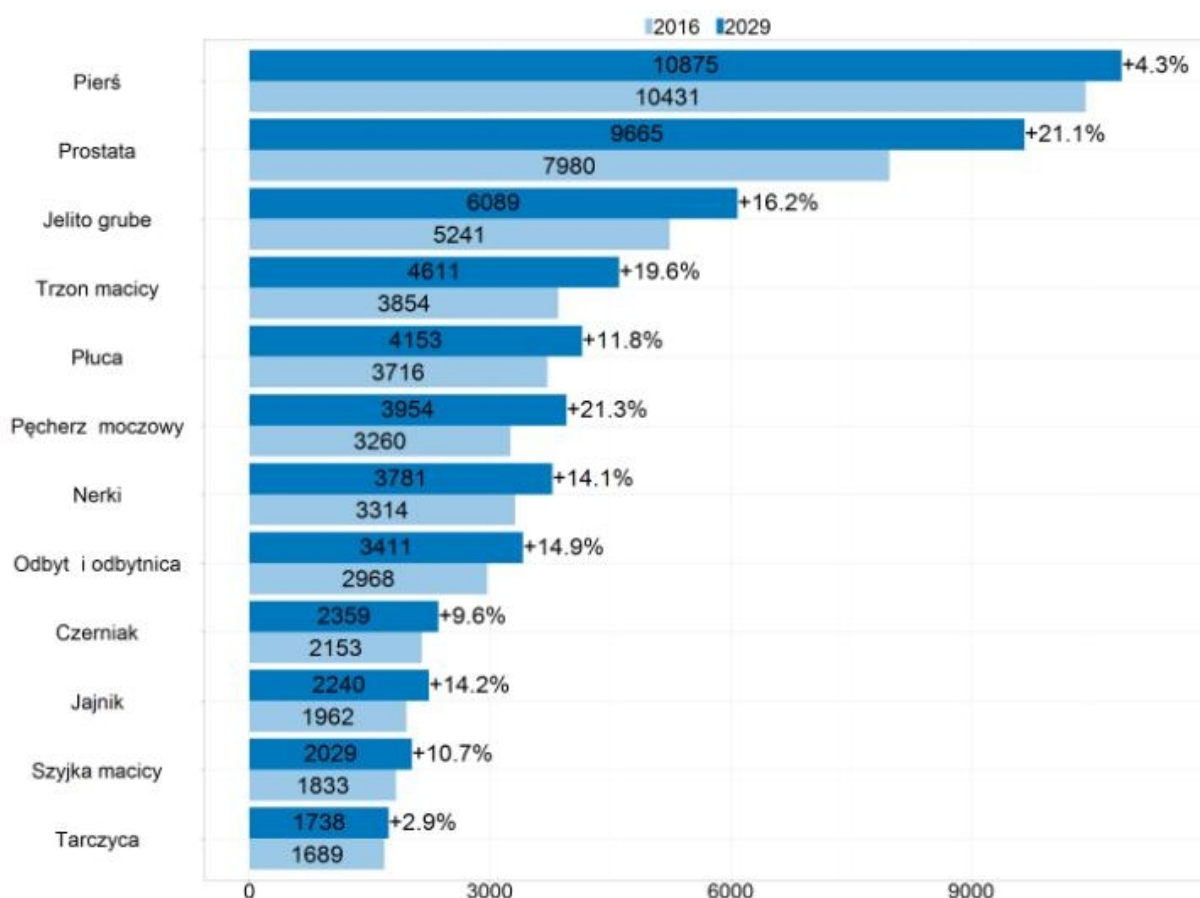
Powikłanie choroby nowotworowej w postaci obrzęku powoduje upośledzenie funkcji fizycznych, problemy emocjonalne oraz uniemożliwia codzienną aktywność sprzed choroby. Wobec pacjentów nieleczonych z zaawansowanymi postaciami, najczęściej orzekana jest trwała niezdolność do pracy. Uczucie wyobcowania z powodu ograniczonej mobilności, ograniczenia kontaktów społecznych, dodatkowo pogłębia się przez zmniejszone możliwości finansowe spowodowane utratą pracy. Adekwatnie podjęte leczenie pozwala w dużym stopniu zredukować bądź całkowicie wyeliminować obrzęk limfatyczny oraz umożliwić powrót do zdrowia, a także do pracy zawodowej. [7,9]

I.2. Dane epidemiologiczne

Obecnie w Polsce żyje ponad 1,17 mln osób z chorobą nowotworową. W 2022 r. do Krajowego Rejestru Nowotworów wpłynęły informacje o niemal 183,3 tys. nowych zachorowań na nowotwory, w tym 89 794 dotyczyło nowotworów złośliwych u mężczyzn i 91 506 u kobiet. W 2022 roku odnotowano ogółem 96 tys. zgonów z ich powodu. Nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów w Polsce powodując w 2022 r. 23% zgonów mężczyzn i 20% zgonów kobiet. Choroby nowotworowe stanowią istotny problem zdrowotny przede wszystkim u osób w młodym i średnim wieku (25-64 lat). Najczęstszym nowotworem mężczyzn jest nowotwór gruczołu krokowego z udziałem 23,3%. Nowotwory złośliwe płuca są drugim najczęstszym nowotworem mężczyzn (13,7%). Na trzecim miejscu (11,7% zachorowań) znajduje się rak jelita grubego (okrężnica i odbytnica), miejsce czwarte zajmuje rak pęcherza moczowego tj. 5,7% zachorowań. W populacji kobiet wiodącymi umiejscowieniami nowotworów nadal pozostają: piersi - 23,6%, płuco – 9,2%, trzon macicy – 6,6%, jelito grube (okrężnica i odbytnica) – 6,1% tarczycy – 4,5%, jajnik – 3,9, czerniak skóry – 2,3%. Szacuje się, że w 2022 r. na każde 100 tys. osób w polskiej populacji u 479 osób zdiagnozowano nowotwór [10].

W województwie śląskim w 2022 r. zarejestrowano łącznie ogółem 21 463 zachorowań na nowotwory złośliwe, w tym 10 721 zachorowań u mężczyzn (49,95%) i 10 742 u kobiet (50,05%). W 2022 roku odnotowano ponad 6000 więcej przypadków zachorowań niż w roku 1999 i ponad 500 więcej niż w roku 2021, ale o ponad 300 mniej niż w roku 2019, co miało najprawdopodobniej

związek z pandemią koronawirusa. Najczęściej zgłaszanymi nowotworami złośliwymi w 2022 roku były nowotwory jelita grubego (12.4%), płuca (12.3%), piersi (11.3%), gruczołu krokowego (10.7%) i inne nowotwory złośliwe skóry (6,6%). Stanowią one 53,3% wszystkich zarejestrowanych nowotworów złośliwych w 2022 roku. Spośród ogółu zgłaszanych nowotworów złośliwych, u mężczyzn najczęściej rejestrowane były nowotwory gruczołu krokowego (24.5%), płuca (13.4%), jelita grubego (12.5%), inne nowotwory złośliwe skóry (6.7%) i nowotwór pęcherza (6.0%). U kobiet najczęściej rejestrowanymi nowotworami złośliwymi były nowotwory piersi (22.7%), jelita grubego (10.6%), płuca (8.9 %), inne nowotwory złośliwe skóry (7.4%) i trzonu macicy (7.1%). Nowotwory złośliwe występują zazwyczaj częściej u mężczyzn niż u kobiet. Wyjątkiem są dane za rok 2022, w którym liczba zachorowań rozłożyła się niemal równo po połowie. W 2022 r. w województwie śląskim zarejestrowano łącznie 12 258 zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi. [11]



Ryc. 1: Prognozowany wzrost chorobowości 5-letniej w województwie śląskim między rokiem 2016 – 2029.

(Źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych w Zakresie Onkologii, Ministerstwo Zdrowia)

Prognozuje się że w kolejnych latach liczba nowych przypadków nowotworów złośliwych piersi zwiększy się o ok. 8%, natomiast nowotworów macicy do nieco ponad 30% do 2029 roku, w województwie śląskim. W przypadku raka gruczołu krokowego prognozy przewidują wzrost zachorowań o ponad 20%.

W poniższej tabeli przedstawiono zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Chorzowie w 2022 r. Ogółem zarejestrowano w Chorzowie w ww. roku 650 zachorowań (tj. o 6 więcej niż w roku 2021 i 84 więcej niż w roku 2017), w tym 309 mężczyzn, tj. o 46 więcej niż w roku 2017 i 341 kobiet, tj. o 6 więcej niż w 2021 r. i o 44 więcej niż w roku 2017. Najczęstsze nowotwory złośliwe u mężczyzn to: nowotwory przewodu pokarmowego 28,5%, głównie jelita grubego 17,5%, układu oddechowego 18,4% - głównie nowotwory tchawicy, oskrzeli i płuc 14,9%, nowotwory męskich

narządów płciowych 19,1%, głównie gruczołu krokowego 17,5%. U kobiet do najczęściej występujących rejestrowanych nowotworów złośliwych w Chorzowie należały: nowotwory piersi 20,2%, nowotwory przewodu pokarmowego 16,7% szczególnie nowotwór jelita grubego 10,3%, układu oddechowego 16,1%, w szczególności tchawicy, oskrzeli i płuca 15,8%, nowotwory żeńskich narządów płciowych 13,8%, nowotwory skóry 10%, nowotwory tkanki limfatycznej krwiotwórczej i pokrewne 3,2%. Z powodu nowotworów złośliwych zarejestrowano w 2022 r. w Chorzowie 164 zgonów mężczyzn i 179 zgonów kobiet [11].

Zarejestrowane zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe ogółem w powiecie Chorzów w 2022 roku, MĘŻCZYŹNI I KOBIETY.

Liczby bezwzględne (N), odsetek (%), współczynniki surowe (w.sur) i standaryzowane (w.std (W)), wskaźnik (Zg/Zh).

Mężczyźni - zachorowania					m. Chorzów	2463	Mężczyźni zgony				
MKCh-X	N	w.sur.	w.std (W)	Odsetek %	umiejscowienie	MKCH-X	N	w.sur.	w.std (W)	Odsetek %	Zg/Zh(%)
C00-D09	309	635,4	324,8	100	Nowotwory ogółem	C00-D09	164	337,2	156,5	100,0	53%
C00-C14	9	18,5	9,8	2,9	Jama ustna i gardło	C00-C14	7	14,4	7,6	4,3	78%
C15-C26	88	180,9	84,9	28,5	Przewód pokarmowy	C15-C26	55	113,1	49,9	33,5	63%
C16	12	24,7	11,2	3,9	Żołądek	C16	6	12,3	6,1	3,7	50%
C18-C21	54	111,0	53,0	17,5	Jelito grube	C18-C21	26	53,5	19,3	15,9	48%
C25	7	14,4	7,6	2,3	Trzustka	C25	8	16,4	9,2	4,9	114%
C30-C39	57	117,2	59,0	18,4	Układ oddechowy	C30-C39	41	84,3	40,8	25,0	72%
C32	9	18,5	10,5	2,9	Krtąń	C32	2	4,1	1,9	1,2	22%
C33-C34	46	94,6	46,3	14,9	Tchawica, oskrzele i płuco	C33-C34	37	76,1	36,9	22,6	80%
C40-C41	0	0,0	0,0	0,0	Kości	C40-C41	0	0,0	0,0	0,0	-
C43-C44	32	65,8	32,9	10,4	Skóra	C43-C44	3	6,2	2,9	1,8	9%
C45-C49	2	4,1	2,2	0,6	Międzybłonek i tkanki miękkie	C45-C49	4	8,2	4,6	2,4	200%
C60-C63	59	121,3	60,4	19,1	Nowotwory męskich narządów płciowych	C60-C63	18	37,0	15,6	11,0	31%
C61	54	111,0	53,3	17,5	Gruczoł krokowy	C61	16	32,9	12,9	9,8	30%
C64-C68	25	51,4	25,5	8,1	Układ moczowy	C64-C68	11	22,6	10,0	6,7	44%
C69-C72	5	10,3	9,0	1,6	Mózg Centralny System Nerwowy	C69-C72	5	10,3	6,4	3,0	100%
C73-C75	4	8,2	5,3	1,3	Tarczycza i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	1	2,1	0,9	0,6	25%
C76-C80	7	14,4	8,1	2,3	Niedokładnie określone, umiejscowione oraz wtórne	C76-C80	7	14,4	5,8	4,3	100%
C81-C96	20	41,1	26,9	6,5	Tkanka limfatyczna, krwiotwórcza	C81-C96	11	22,6	10,6	6,7	55%

					i pokrewne							
D00-D09	1	2,1	0,7	0,3	Nowotwory in situ	D00-D09	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0%
Kobiety - zachorowania					m. Chorzów	2463	Kobiety - zgony					
MKCh-X	N	w.sur.	w.std (W)	Odsetek %	umiejscowienie	MKCh-X	N	w.sur.	w.std (W)	Odsetek %	Zg/Zh(%)	
C00-D09	341	632,3	273,7	100,0	Nowotwory ogółem	C00-D09	179	331,9	117,7	100,0	52%	
C00-C14	5	9,3	3,7	1,5	Jama ustna i gardło	C00-C14	4	7,4	4,0	2,2	80%	
C15-C26	57	105,7	37,3	16,7	Przewód pokarmowy	C15-C26	43	79,7	23,8	24,0	75%	
C16	6	11,1	4,0	1,8	Żołądek	C16	9	16,7	4,2	5,0	150%	
C18-C21	35	64,9	23,0	10,3	Jelito grube	C18-C21	21	38,9	9,8	11,7	60%	
C25	7	13,0	5,2	2,1	Trzustka	C25	6	11,1	4,8	3,4	86%	
C30-C39	55	102,0	35,8	16,1	Układ oddechowy	C30-C39	36	66,8	26,0	20,1	65%	
C32	0	0,0	0,0	0,0	Krtań	C32	0	0,0	0,0	0,0	-	
C33-C34	54	100,1	35,2	15,8	Tchawica, oskrzele i płuco	C33-C34	35	64,9	25,6	19,6	65%	
C40-C41	0	0,0	0,0	0,0	Kości	C40-C41	0	0,0	0,0	0,0	-	
C43-C44	34	63,0	24,1	10,0	Skóra	C43-C44	3	5,6	1,3	1,7	9%	
C45-C49	3	5,6	3,2	0,9	Międzybłonek i tkanki miękkie	C45-C49	4	7,4	2,4	2,2	133%	
C50	69	127,9	63,9	20,2	Nowotwory piersi	C50	31	57,5	24,1	17,3	45%	
C51-C58	47	87,2	46,2	13,8	Nowotwory żeńskich narządów płciowych	C51-C58	26	48,2	18,9	14,5	55%	
C53	9	16,7	11,4	2,6	Szyjka macicy	C53	6	11,1	6,5	3,4	67%	
C64-C68	24	44,5	20,3	7,0	Układ moczowy	C64-C68	13	24,1	7,5	7,3	54%	
C69-C72	5	9,3	4,5	1,5	Mózg Centralny System Nerwowy	C69-C72	3	5,6	1,2	1,7	60%	
C73-C75	13	24,1	15,8	3,8	Tarczycza, i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego	C73-C75	0	0,0	0,0	0,0	0%	
C76-C80	16	29,7	10,9	4,7	Niedokładnie określone umiejscowienie oraz wtórne	C76-C80	12	22,3	7,2	6,7	75%	
C81-C96	11	20,4	5,9	3,2	Tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i pokrewne	C81-C96	4	7,4	1,4	2,2	36%	
D00-D09	2	3,7	2,0	0,6	Nowotwory in situ	D00-D09	0	0,0	0,0	0,0	0%	

Źródło: biuletyn *Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2022 r.* (Rok wydania – 2024)
<https://rejestrslaski.io.gliwice.pl/-biuletyn2022>

W Chorzowie w 2022 r. liczba zachorowań na nowotwory złośliwe zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego ogółem mężczyzn i kobiet wynosiła – **267** osób, w tym:

- gruczołu krokowego: 54 osoby,
- piersi: 69,
- żeńskich narządów płciowych: 47,
- skóry: 66,
- tkanki limfatycznej i krwiotwórczej i pokrewne - 31

Dla porównania w 2021 r. liczba zachorowań na nowotwory złośliwe zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego ogółem mężczyzn i kobiet wynosiła – **277** osób, w tym:

- gruczołu krokowego: 44 osoby,
- piersi: 78 osób,
- żeńskich narządów płciowych: 39 osób,
- skóry – 62 osoby,
- tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i pokrewne – 54 osoby,

a w 2017 r. liczba zachorowań na nowotwory złośliwe zagrożone wystąpieniem obrzęku limfatycznego ogółem mężczyzn i kobiet wynosiła **213**, w tym:

- gruczołu krokowego – 65 osób,
- piersi – 61,
- żeńskich narządów płciowych – 40 osób,
- skóry – 27 osób,
- tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i pokrewne – 20.

I.3. Opis obecnego postępowania

Miasto Chorzów aktualnie realizuje program polityki zdrowotnej pn. „*Program profilaktyki przeciwobrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej zamieszkałych na terenie miasta Chorzów na lata 2021-2025*” w ramach kontynuacji programu realizowanego w latach 2018-2020. Do programu została wydana pozytywnie warunkowa Opinia Prezesa AOTMiT nr 226/2017 z dnia 29 sierpnia 2017.

W latach 2018-2020 objęto interwencjami programowymi 239 osób, w tym liczba osób z obrzękiem limfatycznym 220, liczba osób z zagrożeniem wystąpienia obrzęku limfatycznego 19. Efektem przeprowadzonych interwencji było ustąpienie obrzęku limfatycznego u 11 osób, zmniejszenie obrzęku limfatycznego odnotowano u 209 osób. W wszystkich osób biorących udział w programie zwiększyła się umiejętność przeprowadzania ćwiczeń domowych oraz u wszystkich odnotowano zwiększenie umiejętności przeprowadzania automasażu. U wszystkich uczestników odnotowano zwiększenie świadomości w zakresie pielęgnacji skóry a u 218 osób odnotowano poprawę stanu psychicznego.

W latach 2021-2024 objęto interwencjami programowymi 362 osoby, w tym liczba osób z obrzękiem limfatycznym 350, liczba osób z zagrożeniem wystąpienia obrzęku limfatycznego 12. Efektem przeprowadzonych interwencji było zmniejszenie obrzęku limfatycznego u 352 osób. U wszystkich osób biorących udział w programie zwiększyła się umiejętność przeprowadzania ćwiczeń domowych. Odnotowano zwiększenie umiejętności przeprowadzania automasażu u 340 osób. U wszystkich uczestników odnotowano zwiększenie świadomości w zakresie pielęgnacji skóry oraz poprawę stanu psychicznego.

Niniejszy program stanowi kontynuację ww. na kolejne trzy lata. Program ma za zadanie zapobiec wystąpieniu lub zmniejszeniu już występującego pooperacyjnego obrzęku limfatycznego w przebiegu choroby nowotworowej. Osoby, u których wystąpił obrzęk limfatyczny borykają się z niesprawnością fizyczną, problemami emocjonalnymi, zmienionym obrazem własnego ciała, ograniczeniem uczestnictwa w życiu społecznym oraz niezdolnością do pracy zarobkowej [7]. Program ma na celu zarówno poprawę stanu fizycznego, psychicznego jak i społecznego, a co za tym idzie zwiększa szansę na powrót do zdrowia we wszystkich jego aspektach [7,9].

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest to zestaw interwencji, których celem jest optymalizacja funkcjonowania i redukcji niepełnosprawności u osób, których stan zdrowia ogranicza interakcję

z otoczeniem. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu. Poza niezaprzeczalną korzyścią dla pacjenta proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia ZUS (wcześniejsze zakończenie zwolnienia lekarskiego) oraz na zwiększenie PKB (wcześniejszy powrót do pracy lub większa wydajność pracownika dotkniętego schorzeniem). Prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na rehabilitację, związany ze zwiększającą się liczbą ludności w wieku poprodukcyjnym. Przełoży się to na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej. Długi czas oczekiwania na rehabilitację stanowi istotny problem zwłaszcza w przypadku pacjentów po ostrych incydentach chorobowych (w tym w przebiegu choroby nowotworowej) lub urazach. Tacy pacjenci, ze względu na swój stan zdrowia powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenia rehabilitacyjne gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych. [17]

Działania w ramach programu profilaktyki przeciwozrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej kompleksowo uzupełniają i pogłębiają świadczenia proponowane oraz refundowane przez NFZ. Świadczenia refundowane przez NFZ są objęte kolejkami oczekujących, co w przypadku ich kompleksowości (konsultacja chirurgiczna, psychologiczna, zabiegi fizjoterapeutyczne), znacznie wydłużałoby możliwość skorzystania z nich. Długie kolejki oczekiwania i brak kompleksowości metod terapeutycznych, stwarza ryzyko zdrowotne dla osób zagrożonych wystąpieniem obrzęku limfatycznego w przebiegu leczenia onkologicznego. Program ułatwia dostęp do świadczeń i zwiększa szansę na szybszy powrót do zdrowia i aktywności zawodowej. Dodatkowo w programie przewidziane są: edukacja i bandażowanie kompresyjne, nie objęte refundacją NFZ, zwiększające i utrwalające uzyskane efekty.[17]

Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację jest bardzo długi (np. rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w trybie pilnym: 270 dni, ośrodek rehabilitacji dziennej w trybie pilnym: 158 dni, fizjoterapia ambulatoryjna w trybie pilnym: 116 dni). Na fizjoterapię ambulatoryjną w marcu 2023 r. oczekiwało łącznie 959 tys. pacjentów, co w odniesieniu do liczby 3,06 mln. pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej w całym 2023 r. pokazuje skalę braku zaspokojenia potrzeby na świadczenia. Długi czas oczekiwania to szczególnie istotny problem zwłaszcza dla pacjentów pourazowych i pozabiegowych, którzy ze względu na skuteczność i efektywność leczenia powinni mieć zapewniony dostęp w czasie możliwie najkrótszym po incydencie. [17]

Wg danych zamieszczonych na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia /<https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/> okres oczekiwania na świadczenia z zakresu:

- fizjoterapii wynosi ok. 1 rok,
- chirurgii naczyniowej wynosi ok. 1 rok,
- konsultacji psychologicznej wynosi ok. 3 miesiące.

W strukturze rozpoznań pacjentów korzystających z rehabilitacji leczniczej w RP w 2023 r. zdecydowanie dominowały schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, które stanowiły aż 71,4% wszystkich przypadków. Kolejnymi najczęstszymi przyczynami kierowania na rehabilitację były choroby układu nerwowego (15,9%) oraz choroby układu krążenia (3,6%). Pozostałe grupy rozpoznań, takie jak inne choroby zakaźne (1,3%), zaburzenia psychiczne (0,8%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,7%), stanowiły marginalny odsetek ogółu pacjentów. Warto zwrócić uwagę na wyjątkowo niski odsetek pacjentów onkologicznych objętych rehabilitacją – mimo rosnącej liczby chorych na nowotwory, w 2023 r. rehabilitację przeszło zaledwie 24,5 tys. osób z tej grupy. **Może to wskazywać na niewystarczające włączenie rehabilitacji do kompleksowej opieki nad pacjentem onkologicznym, mimo że jest ona istotnym elementem procesu zdrowienia i poprawy jakości życia.** [17].

Jak podano w Rekomendacji nr 11/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji terapia rehabilitacyjna powinna stanowić kombinację manualnego drenażu limfatycznego, terapii kompresyjnej, ćwiczeń fizycznych oraz

pielęgnacji skóry, co określa się mianem kompleksowej terapii udrażniającej (CDT). Aktywność fizyczna i ćwiczenia ruchowe stanowią element profilaktyki obrzęku limfatycznego. Zgodnie z wynikami analizy klinicznej w redukcji obrzęku limfatycznego skuteczna jest terapia wykorzystująca: przerwany masaż pneumatyczny, manualny drenaż limfatyczny połączony z nałożeniem bandażu wielowarstwowych lub terapii kompresyjnej. Dodatkowo odnalezione badania wskazują, że istotne w profilaktyce i leczeniu obrzęku mogą być ćwiczenia fizyczne oraz zachowanie odpowiedniej masy ciała. [18]

Program jest spójny z celami określonymi w art. 2 ustawa z dnia 26 kwietnia 2019 r. o Narodowej Strategii Onkologicznej (Dz. U. poz. 969) takimi jak:

„(...) 2)poprawa profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych; 3)rozwój systemu opieki zdrowotnej w obszarze onkologii przez koncentrację działań wokół chorego i jego potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem poprawy jakości życia chorych i ich rodzin; 4) zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej w obszarze onkologii, udzielanych zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;”

Program wpisuje się w działania określone w aktualnym Planie Transformacji dla Województwa Śląskiego na lata 2022-2026 m.in.:

- W pkt 2.1. wskazano czynniki ryzyka i profilaktykę, pkt 3.1. Rekomendowana jest „Edukacja zdrowotna na temat wpływu czynników ryzyka na stan zdrowia. Szczególną rolę w tym zakresie powinna odgrywać ambulatoryjna opieka zdrowotna. Działania z zakresu zdrowia publicznego powinny być dopasowane do najbardziej obciążających czynników ryzyka”
- W pkt 2.6. wskazano rehabilitację medyczną - w pkt 8.1. Rekomendowana jest „Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w odniesieniu do pacjentów ze wskazaniami klinicznymi do objęcia rehabilitacją w czasie i zakresie pozwalającym na optymalne wspomaganie procesu leczenia”. Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa: „Zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, w tym utrzymanie i rozwój infrastruktury leczniczej oraz infrastruktury technicznej, informatycznej, działanie koordynowane”.
- W pkt 2.6. wskazano rehabilitację medyczną, w pkt 8.2. Rekomendowane jest „Ograniczenie nierówności w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych, w szczególności w zakresie rehabilitacji ambulatoryjnej i domowej, dla mieszkańców poszczególnych powiatów” [19].

Program wpisuje się również w obszar objęty Krajowym Planem Transformacji na lata 2022-2026 m.in. w części 2.8. Rehabilitacja medyczna, w pkt 1 najważniejszych potrzeb zdrowotnych wskazano: „Dążenie do poprawy dostępności świadczeń w szczególności w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej”, w pkt 2 wskazano: „Należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach”.

W mapach potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 do 31 grudnia 2031 (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. w sprawie map potrzeb zdrowotnych – Dz. Urz. Min. Zd. 2025.42) w dziale 8. Rehabilitacja, w części 8.7 wskazano Rekomendowane Kierunki Działania, w tym m.in.:

- konieczność objęcia rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie
- prowadzić edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji,
- w działaniach rehabilitacyjnych uwzględnić założenia programów NPChUK oraz NSO. Programy te wskazują rehabilitację jako kluczowy element kompleksowej opieki nad pacjentem po przebytych chorobach układu krążenia oraz nowotworach. Ich integracja z systemem rehabilitacji pozwoli na wdrożenie sprawdzonych standardów postępowania,

poprawę jakości świadczeń, zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej i onkologicznej oraz lepsze przygotowanie systemu ochrony zdrowia na rosnące potrzeby związane ze starzejącym się społeczeństwem i wzrostem liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi [17].

Program wpisuje się pośrednio w cel.3 Narodowego Programu Zdrowia tj. Promocja zdrowia psychicznego. W ramach programu będzie prowadzona konsultacja z psychologiem, która ma wspierać uczestników programu [20].

II. Cele programu polityki zdrowotnej i mierniki efektywności jego realizacji

II.1. Cel główny:

Zmniejszenie liczby chorych z obrzękiem limfatycznym lub ryzykiem jego wystąpienia po operacjach onkologicznych i poprawa ich stanu fizycznego i psychicznego, poprzez zredukowanie ryzyka wystąpienia obrzęku limfatycznego w okresie trwania programu.

II.2. Cele szczegółowe:

1. Zmniejszenie występowania obrzęku limfatycznego u co najmniej 70% chorych.
2. Zwiększenie sprawności fizycznej po przebytej operacji u co najmniej 50% chorych.
3. Nauczenie umiejętności przeprowadzania ćwiczeń domowych oraz automasażu po zakończeniu programu u co najmniej 50% chorych.
4. Zwiększenie świadomości dotyczącej profilaktyki przeciwoobrzękowej – 70% uczestników będzie potrafiło określić metody pielęgnacji skóry oraz metody zapobiegania obrzękom limfatycznym.
5. Poprawa stanu psychicznego u co najmniej 50% chorych.

II.3. Mierniki efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej:

1. Liczba i odsetek uczestniczących w programie chorych, u których zmniejszył się lub całkowicie ustąpił obrzęk limfatyczny.
2. Liczba i odsetek chorych, którzy nauczyli się wykonywać poprawnie automasaż, ćwiczenia w domu oraz pielęgnację skóry, na podstawie badań ankietowych wejściowych i końcowych.
3. Liczba i odsetek chorych, u których doszło do poprawy stanu psychicznego na podstawie ankiet wejściowych i końcowych.

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

III.1. Populacja docelowa

Populacja podlegająca Urzędowi Miasta Chorzów na dzień 5 czerwca 2025 r. wynosi 87 203 osoby (tj. osoby stale zameldowane w Chorzowie)¹. Do programu zostaną włączone osoby, u których zachodzi ryzyko wystąpienia obrzęku limfatycznego, lub wystąpił obrzęk po operacji z zakresu chirurgii onkologicznej w przebiegu raka sutka, trzonu i szyjki macicy, gruczołu krokowego, sromu, jajnika, czerniaka oraz chłoniaka do roku od operacji. Z danych wynika, iż roczna liczba zachorowań w Chorzowie, w związku z wymienionymi chorobami wynosi ok. 267 osoby rocznie. Na podstawie danych epidemiologicznych szacuje się, że ok. 56% chorych jest zagrożonych wystąpieniem obrzęku limfatycznego, tj. ok. 150 osób. Ze względu na brak danych odnośnie liczby operacji wykonanych w przebiegu tych chorób u mieszkańców Chorzowa, a także biorąc pod uwagę doświadczenie z realizacji programu w latach poprzednich, Miasto Chorzów planuje objąć programem 150 osób w każdym roku realizacji programu tj. w lata 2026-2028 programem zostanie objętych 450 osób.

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

Kryteria kwalifikacji do udziału w programie

¹ Na podstawie danych Urzędu Miasta Chorzów.

Do udziału w programie zostaną włączeni chorzy, mieszkający na terenie Miasta Chorzów, u których zostanie zdiagnozowany obrzęk limfatyczny kończyn górnych bądź dolnych lub z zagrożeniem jego wystąpienia do roku po przeprowadzonych zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej z powodu chorób nowotworowych, tj. raka szyjki macicy, trzonu macicy, sutka, raka gruczołu krokowego, sromu, jajnika, czerniaka oraz chłoniaka. Kwalifikację do programu będzie przeprowadzać lekarz konsultujący.

Kryteria wyłączenia z programu:

- zamieszkiwanie poza terenem miasta Chorzów,
- brak kwalifikacji przez lekarza konsultującego na podstawie ww. kryteriów kwalifikacji.

III.3. Planowane interwencje

Każdy uczestnik programu zostanie objęty:

- 1 konsultacją lekarza specjalisty z zakresu chirurgii, chirurgii naczyniowej lub angiologii, przeszkolonego w dziedzinie diagnostyki i terapii przeciwobrzękowej (konsultacja obejmuje wywiad, diagnozę, badanie fizykalne oraz kwalifikacje do udziału w programie);
- ustaleniem indywidualnego programu postępowania przeciwobrzękowego przez lekarza konsultującego;
- 1 konsultacją psychologa;
- 40 zabiegami fizjoterapeutycznymi opartymi o metodę CDT, składającymi się z:
 - manualnego drenażu limfatycznego (45 minut) – 1 świadczenie,
 - kompresoterapii z użyciem bandażu (15 minut) – 1 świadczenie,
 - kinezyterapii indywidualnej (30 minut) – 1 świadczenie,
 - pielęgnacji skóry (15 minut) – 1 świadczenie,
 - edukacji i instruktażu postępowania przeciwobrzękowego (15 min) – 1 świadczenie.
- 1 konsultacją końcową lekarza specjalisty z zakresu chirurgii, chirurgii naczyniowej lub angiologii, przeszkolonego w dziedzinie diagnostyki i terapii przeciwobrzękowej, w celu zweryfikowania osiągniętych efektów terapii.

Zawarte w wytycznych Międzynarodowego Towarzystwa Limfologicznego (*ISL; International Society of Lymphology*) z 2013r. [4], standardy leczenia obrzęku limfatycznego zawierają:

- 1) zalecaną podstawową metodą leczenia obrzęku limfatycznego jest kompleksowa terapia udrażniająca (*CDT; Complex Decongestive Therapy*), obejmująca:
 - manualny drenaż limfatyczny,
 - wielowarstwowe bandażowanie,
 - ćwiczenia usprawniające przepływ chłonki,
 - pielęgnację skóry,
 - leczenie powinno odbywać się w 2 fazach:
 - I faza – tzw. intensywna, obejmuje manualny drenaż, bandażowanie, ćwiczenia oraz pielęgnację skóry.
 - II faza – tzw. utrwalająco-optimalizująca, pozwala podtrzymać efekty uzyskane w fazie pierwszej, obejmuje: automasaż, kompresoterapię w postaci elastycznych materiałów uciskowych (np. pończochy, rękawy), ćwiczenia oraz pielęgnację skóry.
- 2) w procesie terapeutycznym należy zapewnić dostęp do lekarzy zajmujących się problematyką limfologiczną oraz wyspecjalizowanych i doświadczonych fizjoterapeutów w dziedzinie przeciwobrzękowej;
- 3) bandażowanie może wykonać jedynie wykwalifikowany personel medyczny ponieważ złe założenie bandażu uciskowych może być nieskuteczne lub powodować ból, a nawet powiększenie obrzęku;
- 4) CDT może być stosowane we wtórnym obrzęku limfatycznym po zablokowaniu odpływu z naczyń chłonnych w przebiegu choroby nowotworowej;
- 5) najkorzystniejszy dla pacjenta jest ucisk wynoszący pomiędzy 20 – 60 mmHg;
- 6) nie stwierdza się zwiększonych korzyści płynących z przerywanego masażu pneumatycznego lub samego drenażu limfatycznego;
- 7) stosowanie terapii ciepłem, nawet skojarzonej z pielęgnacją skóry wraz z metodami uciskowymi pozostaje niejasne i wymaga dalszych badań naukowych;

- 8) nowe metody, takie jak np. laser niskoenergetyczny, pomimo doniesień o skuteczności nadal wymagają badań naukowych;
- 9) integralną częścią terapii przeciwobrzękowej powinno być wsparcie psychologiczne i społeczne.

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

Świadczenia zostaną udzielone mieszkańcom Chorzowa spełniającym kryteria kwalifikacji.

Ww. osobom zostaną udzielone następujące świadczenia:

- 1 wizyta konsultacyjna lekarza ze specjalizacją z zakresu chirurgii, chirurgii naczyniowej lub angiologii; wizyta powinna obejmować: wywiad, diagnozę, badanie fizykalne oraz kwalifikację do programu, a także na zakończenie programu zweryfikowanie efektów terapii;
- 1 wizyta konsultacyjna z psychologiem;
- 40 wizyt fizjoterapeutycznych; dla jednego uczestnika programu przez okres 8 tygodni po 2 godziny dziennie. Wizyta obejmować będzie: manualny drenaż limfatyczny (45 minut), kompresoterapię (15 minut), kinezyterapię (30 minut), pielęgnację skóry (15 minut) oraz edukację i instruktaż w zakresie postępowania przeciwobrzękowego utrwalającego (15 minut).

Realizator będzie prowadził ewidencję uczestników programu, u których przeprowadzono badania, ćwiczenia fizjoterapeutyczne oraz konsultacje specjalistyczne, łącznie z terminem oraz liczbą udzielonych świadczeń.

Zaplanowane interwencje w tym wymiarze uzupełniają świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych i stanowią wartość dodaną, która bezpośrednio przełoży się na efekt zdrowotny populacji.

III.5. Sposób zakończenia udziału w programie polityki zdrowotnej

Uczestnik może zrezygnować w każdej chwili trwania programu. Po zakończeniu każda osoba otrzyma zalecenia odnośnie dalszego postępowania, profilaktyki przeciwobrzękowej oraz stylu życia.

IV. Organizacja programu polityki zdrowotnej

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

- wybór realizatora programu w drodze konkursu ofert,
- opracowanie oraz przygotowanie materiałów informacyjnych, ankiet przez realizatora oraz Urząd Miasta,
- prowadzenie akcji informacyjnej oraz przyjmowanie zgłoszeń do programu będzie prowadzone przez realizatora wybranego w drodze konkursu ofert;
- prowadzenie przez Miasto Chorzów działań informacyjnych na stronach internetowych Urzędu Miasta Chorzów, lokalnych mediach, portalach społecznościowych, jednostkach organizacyjnych Miasta Chorzów oraz podmiotach prowadzących działalność leczniczą na terenie Chorzowa.
- poinformowanie podmiotów leczniczych o organizacji badań, trybu zapraszania do programu, przedstawienia zdrowotnych i społecznych skutków leczonego późno obrzęku limfatycznego oraz przekazania materiałów informacyjnych,
- wykonanie zaplanowanych świadczeń programu zgodnie z planem przygotowanym przez realizatora,
- przygotowanie i prowadzenie bazy danych oraz dokumentacji programu.
- nadzór, monitorowanie i ewaluacja programu.

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

Świadczenia udzielane będą w siedzibie realizatora programu będącego podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 450 z późn. zm.) tj. w gabinecie lekarskim, sali gimnastycznej oraz odpowiednio wyposażonym w sprzęt – gabinecie rehabilitacyjnym, zgodnie z wymogami określonymi przepisami prawa obowiązującymi dla tego rodzaju świadczeń.

Świadczenia w ramach programu udzielane będą przez:

- lekarza ze specjalizacją w zakresie chirurgii, chirurgii naczyniowej lub angiologii z doświadczeniem w zakresie profilaktyki przeciwobrzękowej, zgodnie z wymaganiami i przepisami obowiązującymi w tym zakresie;
- psychologa posiadającego co najmniej roczne doświadczenie;
- fizjoterapeutę posiadającego co najmniej roczne doświadczenie w terapii przeciwobrzękowej. Procedury medyczne zostaną wykonane przy użyciu specjalistycznej aparatury medycznej, będącej w posiadaniu realizatora, spełniającej wszystkie kryteria dopuszczające do użytku medycznego, potrzebnej do wykonania świadczeń objętych programem, zgodnie z przepisami prawa obowiązującymi w tym zakresie.

V. Sposób monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej

V.1. Monitorowanie

Monitorowanie programu polityki zdrowotnej będzie prowadzone na bieżąco, w okresie trwania programu, na podstawie sporządzania raportów okresowych i końcowych zawierających szczegółowe dane z przebiegu realizacji. Monitorowanie rozpocznie się od początku realizacji programu a zakończy się po jego przeprowadzeniu. Podczas monitorowania zostaną użyte dwa poniższe wskaźniki:

- ocena zgłaszalności do programu - poprzez określenie liczby osób objętych programem w danym roku oraz ogółem w ciągu 3 lat; w sytuacji niskiej frekwencji planowane jest wprowadzenie działań naprawczych polegających na uzupełniającą akcją zapraszającą do udziału oraz w przypadku osób nie pojawiających się regularnie i wg ustalonego planu na zajęciach rehabilitacyjnych ustalenie przyczyny nieobecności oraz (w miarę możliwości) przywrócenie zaangażowania pacjenta.
- ocena jakości programu - poprzez ankiety dla uczestników.

V.2. Ewaluacja

Ewaluacja programu polityki zdrowotnej rozpocznie się po zakończeniu realizacji. Ewaluacja będzie się opierała na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia programowych działań ze stanem po jego zakończeniu. Do przeprowadzenia planowanej ewaluacji po zakończeniu realizacji programu zostaną wykorzystane mierniki efektywności określone wcześniej, które będą na bieżąco rejestrowane i zbierane przez podmiot opracowujący program, przez cały okres realizacji programu. Uzyskana zmiana każdego z mierników świadczyć będzie o stopniu osiągnięcia zamierzonych celów programowych. Ocena efektywności programu poprzez:

- liczba zdiagnozowanych obrzęków limfatycznych;
- liczba osób, u których zmniejszy się lub całkowicie ustąpi obrzęk;
- badanie ankietowe odnośnie podniesienia poziomu wiedzy i umiejętności z zakresu profilaktyki przeciwobrzękowej.

Ocena trwałości efektów programu

Program realizowany będzie przez Miasto Chorzów przez 3 lata, co oznacza, że profilaktyce przeciwobrzękowej, zostanie poddanych łącznie ok. 450 osób.

VI. Budżet programu polityki zdrowotnej

VI.1. Koszty jednostkowe

Tab. 2 Koszty jednostkowe realizacji programu w latach 2026-2028

Rok	Koszt opracowania merytorycznego materiałów inf. - eduk. (zł)	Opracowanie graficzne oraz wydruk materiałów inf.-edu.	Konsultacje (zł.)		Koszt zakupu materiałów med./ 1 osobę c	Koszt procedur fizjoterapeutycznych (zł.) za godz.			Koszt świadczeń ogółem dla 1 osoby (zł.) a+b+c+(d x e)
			Lekarza a	Psychologa b		Koszt procedury za 1 godz. d	Liczba godzin procedur e	Koszt procedur ogółem dla 1 osoby d x e	
2026	2000,00	840,00	150,00	60,00	105,00	40,00	80	3200,00	3515,00 zł
2027	-	882,00	158,00	63,00	110,00	42,00	80	3360,00	3691,00 zł
2028	-	926,00	166,00	66,00	115,00	44,00	80	3520,00	3867,00 zł

VI.2. Koszty całkowite

Tab. 3 Koszt całkowity realizacji programu w latach 2026-2028

Rok	Koszt opracowania i wydruku materiałów edukacyjno-informacyjnych (zł.) a	Koszt świadczeń dla 1 osoby (zł.) b	Liczba osób c	Koszt świadczeń ogółem (zł.) b x c	Koszt programu ogółem/rok (zł.) a + (b x c)
2026	2840,00	3515,00	150	527 250,00 zł	530 090,00 zł
2027	882,00	3691,00	150	553 650,00 zł	554 532,00 zł
2028	926,00	3867,00	150	580 050,00 zł	580 976,00 zł
Koszt całkowity programu w latach 2026-2028					1 665 598,00 zł

Ww. koszty zostały oszacowane w oparciu o:

- cennik usług zamieszczony na stronach internetowych,
- ceny zamówień rodzajowo – podobnych z roku 2025 z uwzględnieniem prognozowanego średniorocznego wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych ogółem wynoszącego 105,0% (wzrost cen o 5 %) zgodnie z art. 17 ustawy budżetowej na rok 2025 z dnia 9 stycznia 2025 r. (Dz. U. poz. 63).

Ww. ceny są szacunkowe i w razie potrzeby będą aktualizowane. Ostateczne koszty za realizację programu w każdym roku są uzależnione od cen zaoferowanych przez oferentów w procedurze otwartego konkursu ofert - w przypadku świadczeń zdrowotnych (art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.).

VI.3. Źródła finansowania

Program finansowany będzie w całości ze środków budżetu Miasta Chorzów.

VII. Bibliografia

- [1]. Wiktor M., Daroszewski P., Chęciński P.: Patologia obrzęku chłonnego. Chirurgia po Dyplomie 2013; 8 (1); 4-14
- [2]. Biały S. Patogeneza obrzęku limfatycznego. Polskie Towarzystwo Limfologiczne. Dostęp w: <http://limfologia.pl/ptl/publikacje> [data dostępu: 29.12.2016 r. i 05.08.2025 r.].
- [3]. Traczyk W.: Fizjologia człowieka w zarysie. PZWL. Warszawa 2013r.
- [4]. The diagnosis and treatment of perypheral lymphedema: 2013 consensus document of the International Society of Lymphology. Lymphology 46 (2013), 1-11
- [5]. Pyszora A.: Kompleksowa fizjoterapia pacjentów z obrzękiem limfatycznym. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010, 4, 1: 23-29
- [6]. Krukowska J., Terek M., Macek P., Woldańska-Okońska M.: Metody redukcji obrzęku obrzęku limfatycznego u kobiet po mastektomii. Fizjoterapia 2010, 18, 4, 3-10.
- [7]. Chachaj A., Małyszczak K., Lukas J., Pyszel K., Pudełko M., Tarkowski R., Andrzejak R., Szuba A.: Jakość życia kobiet z obrzękiem limfatycznym kończyny górnej po leczeniu raka piersi. Współczesna Onkologia (2007), vol. 11; 9 (444-448)
- [8]. Position Statement of National Lymphedema Network. Dostęp w: <http://www.lymphnet.org> [data dostępu: 19.12.2016 r. i 05.08.2025 r.]
- [9]. Stanisic M., Gabriel M., Pawlaczyk K., Snoch M., Stefaniak K.: Wpływ intensywnej terapii przeciwobrzękowej na przywrócenie zdolności do pracy u chorych z zaawansowanymi postaciami obrzęków limfatycznych. Orzecznictwo Lekarskie 2007, 4 (2): 85-92
- [10]. U. Wojciechowska, J.A. Didkowska, K. Barańska, M. Miklewska, I. Michałek, P. Olasek, A. Jawołowska, Nowotwory złośliwe w Polsce w 2022 roku, Krajowy Rejestr Nowotworów, Warszawa 2024
- [11]. M. Motnyk, E. Czajkowska, E. Garmulewicz, M. Polak, B. Włodarczyk-Marciniec, U. Wojciechowska, Nowotwory złośliwe w województwie śląskim w 2022 roku, Gliwice 2024.
- [12]. Perżyło K., Miotła P., Lis E., Rechberger T.: Wartość prognostyczno-terapeutyczna limfadenektomii w onkologii ginekologicznej. Ginekol. Pol. 2013, 84, 630-636
- [13]. Deo SV., Ray S., Rath GK., Shukla NK., Kar M., Asthana S., Raina V.: Prevalence and risk factors for development of lymphedema following breast cancer treatment. Indian J Cancer. 2004 Jan -Mar;41(1):8-12.
- [14]. National Cancer Control Programme. Prevention of clinical lymphoedema after cancer treatment: Early detection and risk reduction. A guide for health professionals. NCCP 2015.
- [15]. Bieda J., Bączyk M., Łuczak J.: Obrzęk limfatyczny – wartość diagnostyczna i prognostyczna limfoscyntygrafii dynamicznej kończyn górnych u pacjentek po mastektomii. Polska Medycyna Paliatywna 2003, tom 2, nr 2.
- [16]. Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 226/2017 z dnia 29 sierpnia 2017r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki przeciwobrzękowej dla osób po zabiegach z zakresu chirurgii onkologicznej zamieszkałych na terenie miasta Chorzów na lata 2018-2020”
- [17]. Mapy potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2025 r. (Dz. U. M. Zdr. Nr 2025,42)
- [18]. Rekomendacja nr 11/2020 z dnia 30 listopada 2020 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zalecanych technologii medycznych, działań przeprowadzanych w ramach programów polityki zdrowotnej oraz warunków realizacji tych programów, dotyczących profilaktyki obrzęku limfatycznego po leczeniu raka piersi
- [19]. Plan Transformacji dla Województwa Śląskiego na lata 2022-2026 – Aktualizacja, udostępniony na stronie internetowej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, link: <https://www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia/plany-transformacji-w-ochronie-zdrowia> [data dostępu: 23 lipca 2025 r.]
- [20]. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 marca 2021 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025 (Dz. U. Poz. 642)