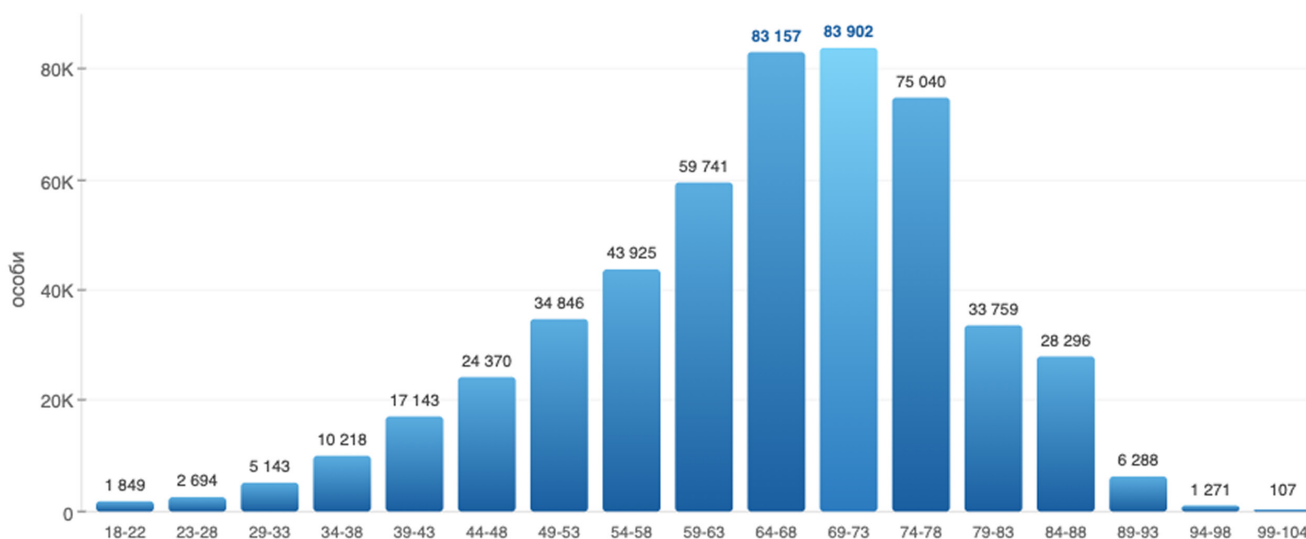
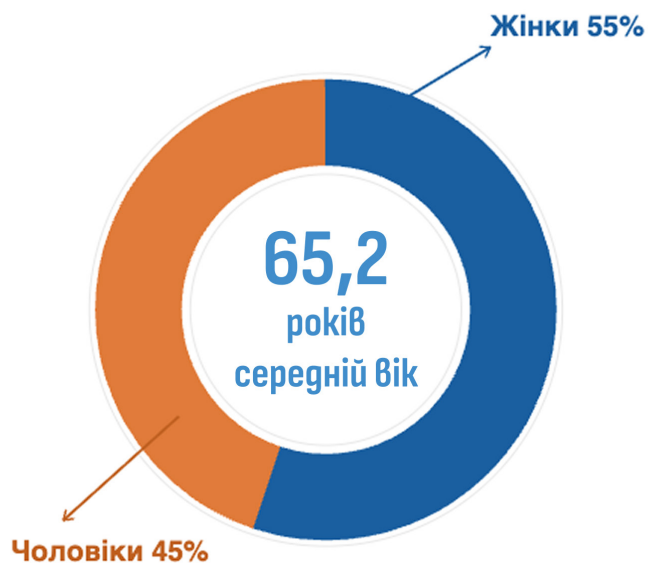


Потреби та бар'єри на шляху до реабілітації людей з онкологічними захворюваннями

СТАТОВО-ВІКОВА СТРУКТУРА ПАЦІЄНТІВ



Віковий діапазон

РОЗПОДІЛ ЛОКАЛІЗАЦІЙ ЗЛОЯКІСНИХ НОВОУТВОРЕНЬ ЗА СТАТТЮ

- **Топ-3 локалізацій злоякісних новоутворень у жінок:**
молочна залоза (20,8%),
жіночі статеві органи (19%),
органи травлення (16,4%).
- **Топ-3 локалізацій злоякісних новоутворень у чоловіків:**
органи травлення (22,3%),
чоловічі статеві органи (16%),
органи дихання та органи грудної клітки (14,3%).

РЕАБІЛІТАЦІЯ НЕ ВБУДОВАНА В УНІВЕРСАЛЬНИЙ МАРШРУТ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗЛОЯКІСНИМИ НОВОУТВОРЕННЯМИ

- для 71,4% випадків не виявлено жодного реабілітаційного втручання.
- для 0,04% випадків реабілітація була виявлена впродовж усього реабілітаційного континууму — під час лікувальних епізодів (гостра реабілітація) та з отриманням реабілітаційної допомоги як за пакетом медичних гарантій (ПМГ) 53 (реабілітація у стаціонарі) та 54 (амбулаторна реабілітація).
- Реабілітаційні втручання у лікувальних епізодах були частіше (**у 27,9% випадків**) ніж надання послуг післягострої реабілітації у стаціонарі за ПМГ 53 (**0,36% випадків**) та амбулаторної реабілітації за ПМГ 54 (**0,82% випадків**).
- **Менше 2,5% пацієнтів** мали хоча б один окремо зафіксований реабілітаційний епізод за пакетами 53 або 54 ПМГ. Тривалість реабілітації для них в середньому складала **34 дні**

НЕРІВНОМІРНІСТЬ ДОСТУПУ ЗА ЛОКАЛІЗАЦІЯМИ ЗЛОЯКІС- НИХ НОВОУТВОРЕНЬ

Реабілітаційні послуги **найчастіше** надавалися на гострому етапі — передусім при новоутвореннях ока та ЦНС (42,49% випадків), кісток і суглобових хрящів (35,97%) та при неточно визначених і вторинних локалізаціях (33,96%).

Спеціалізована реабілітація за пакетами **53 і 54 ПМГ** залишалася низькою для всіх без винятку локалізацій. Повний реабілітаційний континуум — поєднання гострого етапу з пакетами 53 і 54 ПМГ — фіксувався вкрай рідко, переважно лише у **0,02–0,04% випадків**. Навіть найвищий показник, зафіксований при новоутвореннях ока та ЦНС, не перевищував **0,30%**.

СОЦІОДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПИТАНИХ. ФАХІВЦІ

Охоплення	167 осіб
Топ 3 регіонального представництва	
Київська обл.	18,2%
Дніпропетровська обл.	11%
Львівська обл.	11,3%
Вік	37,1 ± 9,9 років
Стать	
Ж	78%
Ч	22%
Посади (роль з РОЗ)	
• фізичний терапевт	46,5%
• ерготерапевт	15,2%
• лікар фізичної та реабілітаційної медицини	12,1%
• асистент ФТ/ЕТ	12,1%
• психолог/клінічний психолог/психотерапевт	6,1%
• медична сестра з реабілітації	2%
• дієтолог/нутриціолог	1%
• клінічний адміністратор	1%
• логопед/терапевт мови та мовлення	1%
• лікар-онколог	1%
• медична сестра	1%
• соціальний працівник	1%

СОЦІОДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОПИТАНИХ. ПАЦІЄНТИ

Охоплення	536 пацієнтів
Топ 3 регіонального представництва	
Київська обл.	31%
Львівська обл.	6,9%
Дніпропетровська обл.	5,5%
Вік	50,7 ± 9,1 років
Стать	
Ж	95,7%
Ч	4,1%
Зайнятість	
• Працює	48%
• Зміни у статусі зайнятості через онкозахворювання	51,2%
Локалізація пухлини	
• молочна залоза	59,3%
• яєчник	10,7%
• шийка матки	4,9%
• пряма кишка	4,2%
• тіло матки	2,9%
Час від встановлення діагнозу	
1-3 роки	38,3%
Понад 3 роки	37,9%
4-11 місяців	17,8%
0-3 місяці	5,5%

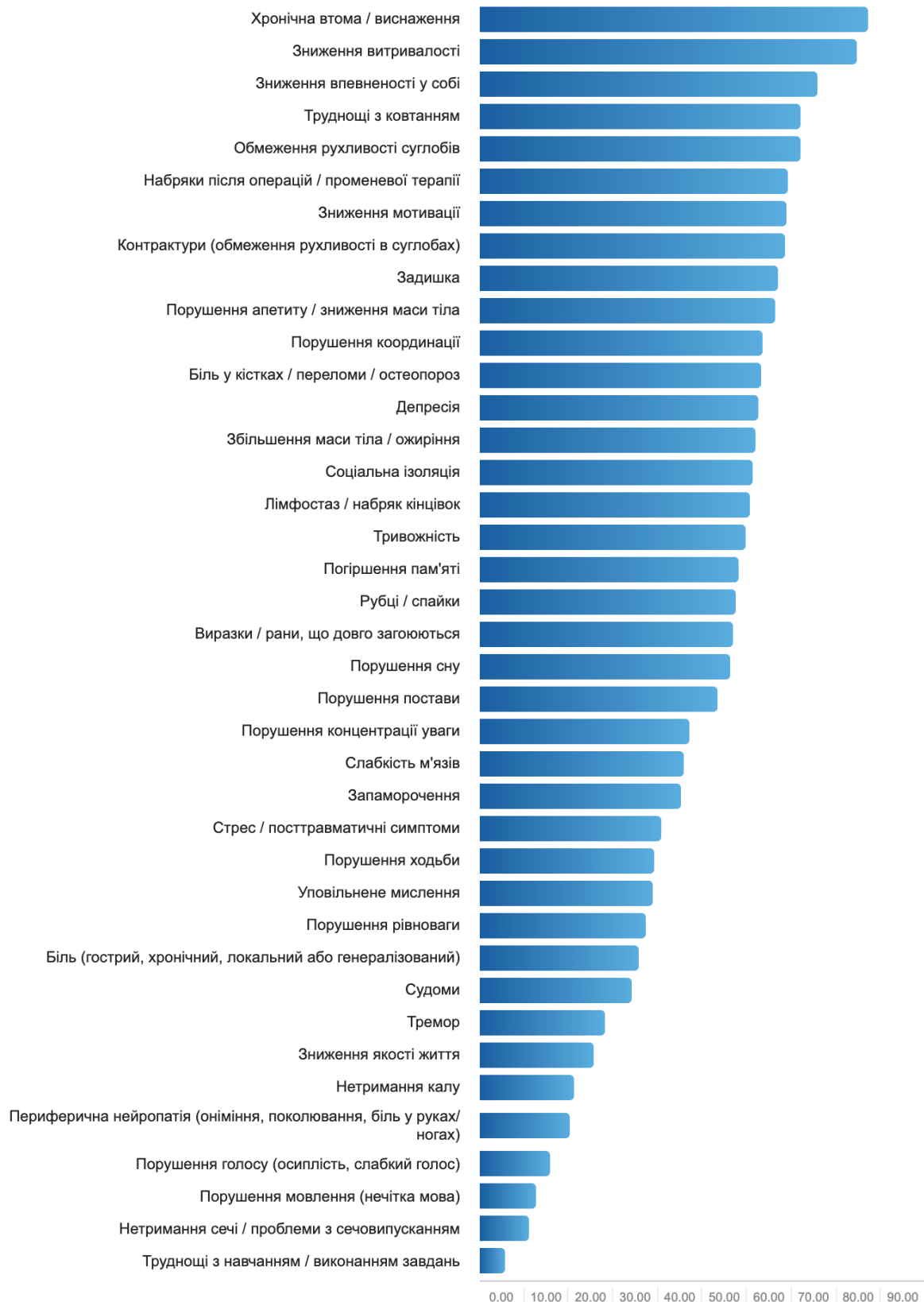
РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ. ФАХІВЦІ

- Домінування фахівців з реабілітації із невеликим досвідом в онкореабілітації: **72% опитаних фахівців мали досвід роботи 2 і менше років у сфері онкореабілітації, 25% — до 10 років.**
- Недостатня спеціалізована підготовка та потреба в системних програмах навчання з онкореабілітації: **30% брали участь у програмах підвищення кваліфікації з онкореабілітації за останні 3 роки.**
- Концентрація надання реабілітаційної допомоги переважно на післяго-
стро-му амбулаторному етапі — забезпечує представленість у **77% ЗОЗ.**
- Найменш охопленими у ЗОЗ є **надання реабілітаційних послуг у ВРІТ (лише 34%),** реабілітація у домашніх умовах.
- Маршрути направлення пацієнтів на реабілітацію залишаються неуніфі-
кованими та значною мірою залежать від окремих фахівців та локальних
практик, що свідчить про неповну інтеграцію реабілітації в стандартний
процес онкологічного лікування: для ініціації стаціонарної реабілітації у
більшості потрібне направлення. **Лише 9% фахівців зазначили, що у ста-
ціонарі пацієнти автоматично спостерігаються фахівцем з реабілітації.**
- **Топ 5 локалізацій ЗН** з якими пацієнти направляються на отримання по-
слуг з реабілітації є:
 - рак молочної залози (81,0%);
 - рак головного мозку (45,2%);
 - рак шийки матки (38,1%);
 - рак кісток (33,3%);
 - рак тіла матки, рак шлунку, рак яєчників: 31,0% (кожна локалізація).
- Пізній старт реабілітації та недостатня інтеграція преабілітації, реабіліта-
ції на ранніх етапах лікування: **81,0% направляються до реабілітаційних
служб після завершення специфічного лікування.**

РЕЗУЛЬТАТИ ОПИТУВАННЯ. ПАЦІЄНТИ

- Домінування фахівців з реабілітації із невеликим досвідом в онкореабілітації: **72% опитаних фахівців мали досвід роботи 2 і менше років у сфері онкореабілітації, 25% — до 10 років.**
- Недостатня спеціалізована підготовка та потреба в системних програмах навчання з онкореабілітації: **30% брали участь у програмах підвищення кваліфікації з онкореабілітації за останні 3 роки.**
- Концентрація надання реабілітаційної допомоги переважно на післяго-
стро-му амбулаторному етапі — забезпечує представленість у **77% ЗОЗ.**
- Найменш охопленими у ЗОЗ є **надання реабілітаційних послуг у ВРІТ (лише 34%),** реабілітація у домашніх умовах.
- Маршрути направлення пацієнтів на реабілітацію залишаються неуніфі-
кованими та значною мірою залежать від окремих фахівців та локальних
практик, що свідчить про неповну інтеграцію реабілітації в стандартний
процес онкологічного лікування: для ініціації стаціонарної реабілітації у
більшості потрібне направлення. **Лише 9% фахівців зазначили, що у ста-
ціонарі пацієнти автоматично спостерігаються фахівцем з реабілітації.**
- **Топ 5 локалізацій ЗН** з якими пацієнти направляються на отримання по-
слуг з реабілітації є:
 - рак молочної залози (81,0%);
 - рак головного мозку (45,2%);
 - рак шийки матки (38,1%);
 - рак кісток (33,3%);
 - рак тіла матки, рак шлунку, рак яєчників: 31,0% (кожна локалізація).
- Пізній старт реабілітації та недостатня інтеграція преабілітації, реабіліта-
ції на ранніх етапах лікування: **81,0% направляються до реабілітаційних
служб після завершення специфічного лікування.**

ФІЗИЧНІ СИМПТОМИ АБО ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОБМЕЖЕННЯ, ЯКІ ТУРБУЮТЬ У ПАЦІЄНТА ПІСЛЯ ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ



ПРОБЛЕМИ

- Реабілітація не інтегрована в універсальний клінічний маршрут пацієнтів із злоякісними новоутвореннями.
- Система онкорекреабілітації залишається фрагментованою та реактивною, а послуги характеризуються епізодичністю, без безперервної підтримки пацієнта.
- Відсутні системні механізми раннього виявлення реабілітаційних потреб, скринінгу та автоматичного скерування на реабілітацію.
- Існує невідповідність між озвученими потребами пацієнтів і фактично доступними або запропонованими реабілітаційними втручаннями.

БАР'ЄРИ

- Доступ до онкорекреабілітації є нерівномірним і залежить від кадрових, територіальних, організаційних та фінансових чинників.
- Дефіцит спеціалізованих кадрів і нерівномірний розподіл фахівців обмежують своєчасний доступ пацієнтів до реабілітаційної допомоги.
- Недостатня кількість інформації і низька видимість реабілітації в онкологічній допомозі ускладнюють доступ до послуг.
- Фінансові обмеження та неповне покриття потреб пацієнтів створюють додаткову нерівність доступу.

МОЖЛИВІ ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

- Інтеграція реабілітації в онкомаршрут. Вбудувати реабілітацію в маршрут від діагнозу до довготривалого спостереження — з раннім стартом, превентивним фокусом, безперервним електронним реабілітаційним планом і поетапною координацією випадків.
- Цифрова інфраструктура та автоматизація скерування. Електронний маршрут в ЕСОЗ зі стандартизованим скринінгом потреб, автоматичним скеруванням, інструментами навігації пацієнта та уніфікованим збором даних і показників результатів.
- Кадровий потенціал. Системна підготовка та БПР фахівців з онкорекреабілітації, підтримка спеціалізації та менторства.
- Рівність доступу та повернення до повноцінного життя. Зменшення регіональних і фінансових нерівностей та програми повернення до праці й фізичної активності.
- Управління, стандарти та моніторинг. Національні стандарти, локалізовані настанови, моніторинг результатів, освіта пацієнтів і посилення лідерства та міжсекторальної координації.

