

**RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Data wpływu:.....
Sygn. akt:
wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

<p style="text-align: center;">Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego</p> <p style="text-align: center;">oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
<p>Nazwa programu polityki zdrowotnej: Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2.</p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2018-2020</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018-2021</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾</p> <p>Celem głównym programu polityki zdrowotnej było zwiększenie do 2021 roku wśród co najmniej 7.000 mieszkańców województwa łódzkiego świadomości w zakresie występowania u nich wysokiego ryzyka zachorowania na cukrzycę, stanu przedcukrzycowego lub cukrzycy oraz poziomu wiedzy na temat sposobów redukcji czynników ryzyka rozwoju choroby.</p>	

¹⁾ Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Cele szczegółowe założone w Programie:

- Zwiększenie poziomu wykrywalności cukrzycy typu 2 wśród populacji objętej Programem w latach 2018-2021.
- Zwiększenie poziomu wiedzy na temat cukrzycy oraz metod jej zapobiegania u co najmniej 50% osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi w ramach Programu w latach 2018-2021.
- Poprawa wybranych wskaźników stanu zdrowia mających wpływ na redukcję ryzyka rozwoju cukrzycy u osób uczestniczących w Programie (wskaźnik masy ciała BMI, glikemia na czczo) w latach 2018-2021.

Cele programu zostały osiągnięte.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Wskazany program zrealizowany był przez dwóch Beneficjentów, którzy zostali wyłonieni w ramach ogłoszonego konkursu. Alokacja przeznaczona na konkurs sięgała kwoty 3 640 000,00 PLN, natomiast podpisano łącznie 4 umowy o wartości dofinansowania 1 135 037,15 PLN.

Dwie z podpisanych umów zostały rozwiązane.

U osób zakwalifikowanych do Programu przeprowadzano konsultację oraz wykonanie badań laboratoryjnych mających na celu ocenę gospodarki węglowodanowej.

1. Etap badań przesiewowych

Pierwsza konsultacja (lekarska i pielęgniarska) obejmowała:

- Wywiad z pacjentem,
- Dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego,
- Pomiar wzrostu i masy ciała oraz określenie wskaźnika BMI.
- Pomiar obwodu pasa.
- Wypełnienie części Karty badania profilaktycznego zawierającej m.in. skalę FINDRISC, zgodnie z załącznikiem 2a do Programu.
- Ocenę ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 na podstawie skali FINDRISC oraz skierowanie uczestnika Programu na oznaczenie glikemii na czczo w osoczu krwi żyłnej. Należy przekazać pacjentowi informację, jak ma przygotować się do badania. **Jednocześnie osoby z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę typu 2 określonym na podstawie skali FINDRISC (tj. które uzyskały 15 lub więcej punktów) zostawały**

²⁾ Należy wymienić wszystkie wdrożone interwencje w danej populacji docelowej programu polityki zdrowotnej

zakwalifikowane do udziału w etapie działań informacyjno-edukacyjnych niezależnie od wyników badania glikemii.

Dalsze postępowanie w ramach Programu uzależnione było od wyniku oznaczenia glukozy na czczo:

A. Jeżeli glikemia na czczo była ≤ 99 mg/dl ($<5,5$ mmol/l):

Informowano pacjenta (np. telefonicznie), że ma się zgłosić na **drugą konsultację lekarską** w ramach Programu.

Osoby z **hipoglikemią** były informowane o skutkach zdrowotnych hipoglikemii oraz zalecano im wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach NFZ w celu przeprowadzenia dalszej niezbędnej diagnostyki.

Osoby z normoglikemią [70-99 mg/dl (3,9-5,5 mmol/l)], które w kwestionariuszu FINDRISC uzyskały poniżej 15 punktów były informowane o zalecanej częstości wykonywania badań kontrolnych w ramach NFZ (tj. co 3 lata u osób bez czynników ryzyka i co roku u osób z czynnikami ryzyka zachorowania na cukrzycę określonymi przez PTD).

Z każdym z pacjentów, który kończył udział w Programie na tym etapie, w trakcie konsultacji lekarskiej została przeprowadzona indywidualna rozmowa edukacyjna na temat zasad zdrowego stylu życia (m.in. korzyści zdrowotnych związanych z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną — przynajmniej 150 min tygodniowo). Lekarz uzupełniał kartę badania profilaktycznego (załącznik 2a).

Uczestnicy wypełniali ankietę satysfakcji z udziału w Programie przygotowaną według załącznika 4 oraz otrzymywali Informację dla uczestnika Programu (załącznik 5a).

Na tym ich udział w Programie został zakończony.

Wyjątkiem były:

- osoby z normoglikemią, które uzyskały 15 lub więcej punktów w skali FINDRISC - brały one udział w etapie działań informacyjno-edukacyjnych.
- gdy u pacjenta pomimo glikemii na czczo poniżej 100 mg/dl istniało uzasadnione podejrzenie nieprawidłowej tolerancji glukozy lub cukrzycy - lekarz kierował go na doustny test tolerancji glukozy.

B. Jeżeli glikemia na czczo wynosiła 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l):

W takim przypadku informowano pacjenta (np. telefonicznie), że powinien się zgłosić na **doustny test tolerancji glukozy** (udzielano mu informacji jak ma przygotować się do badania). Z wynikami badań uczestnik Programu zgłaszał się do poradni na **drugą konsultację lekarską**, podczas której lekarz dokonywał oceny stanu gospodarki węglowodanowej (stwierdzał stan przedcukrzycowy lub cukrzycę). Osoby te były zakwalifikowane do udziału w etapie informacyjno-edukacyjnym Programu. Ponadto otrzymały Informację dla uczestnika Programu (załącznik 5a). Lekarz uzupełnił kartę badania profilaktycznego (załącznik 2a).

C. Jeżeli glikemia na czczo wynosiła ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l)

Informowano pacjenta (np. telefonicznie), że powinien się zgłosić na **ponowne oznaczenie glikemii na czczo**.

Osoby, u których glikemia na czczo (drugie oznaczenie) wynosiła ≤ 99 mg/dl ($\leq 5,5$ mmol/l) zgłaszały się na **drugą konsultację lekarską** w ramach Programu. Uczestnicy z wynikiem testu FINDRISC równym lub większym 15 pkt uzyskanym podczas pierwszej konsultacji, byli kwalifikowani do etapu działań informacyjno-edukacyjnych. Z pozostałymi pacjentami, przeprowadzano indywidualną rozmowę edukacyjną na temat zasad zdrowego stylu życia (m.in. korzyści zdrowotnych związanych z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną — przynajmniej 150 min tygodniowo). Uczestnik wypełniał ankietę satysfakcji z udziału w Programie przygotowaną według wzoru 4. Zalecano mu również wizytę u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w ramach NFZ w celu ponownego skontrolowania poziomu glukozy we krwi. **Na tym etapie udział w Programie został zakończony.**

Osoby, u których glikemia na czczo (drugie oznaczenie) wyniosła 100-125 mg/dl (5,6-6,9 mmol/l) informowano, że powinny się zgłosić na **doustny test tolerancji glukozy**. Po wykonaniu badania, pacjent zgłaszał się na **drugą konsultację lekarską**, podczas której lekarz dokonywał oceny stanu jego gospodarki węglowodanowej. Osoby te otrzymały również zalecenie udziału w etapie informacyjno-edukacyjnym.

Uczestnicy, u których glikemia na czczo dwukrotnie wyniosła ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l), zgłaszali się na **drugą konsultację lekarską**. Rozpoznawano u nich cukrzycę. Zostawali oni włączeni do etapu informacyjno-edukacyjnego Programu.

Podczas drugiej konsultacji lekarz uzupełniał kartę badania profilaktycznego (załącznik 2a).

Każdy z pacjentów otrzymywał Informację dla uczestnika Programu (załącznik 5a).

Etap badań przesiewowych miał na celu wychwycenie osób z wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę oszacowanym na podstawie kwestionariusza FINDRISC (tj. tych, które uzyskały ≥ 15 pkt), osób ze stanem przedcukrzycowym oraz cukrzycą. Przechodzili oni do kolejnego etapu Programu mającego na celu edukację zdrowotną. Pozostałe osoby kończyły udział w Programie.

Do postawienia rozpoznania należy stosować nazewnictwo stanów hiperglikemicznych według Światowej Organizacji Zdrowia:

- prawidłowa glikemia na czczo: 70–99 mg/dl (3,9–5,5 mmol/l);
- nieprawidłowa glikemia na czczo (IFG, *impaired fasting glucose*): 100–125 mg/dl (5,6–6,9 mmol/l);
- nieprawidłowa tolerancja glukozy (IGT, *impaired glucose tolerance*): w 120. minucie OGTT glikemia 140–199 mg/dl (7,8–11 mmol/l);
- stan przedcukrzycowy — IFG i/lub IGT;
- cukrzyca — jedno z następujących kryteriów:

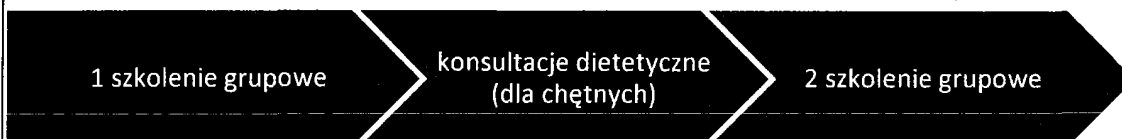
- 2-krotnie glikemia na czczo ≥ 126 mg/dl ($\geq 7,0$ mmol/l),
- glikemia w 120. minucie OGTT ≥ 200 mg/dl ($\geq 11,1$ mmol/l) (PTD, 2017).

2. Etap działań informacyjno – edukacyjnych

Z uwagi na zróżnicowaną populację zakwalifikowaną do tego etapu, przewidywało się dwie ścieżki postępowania:

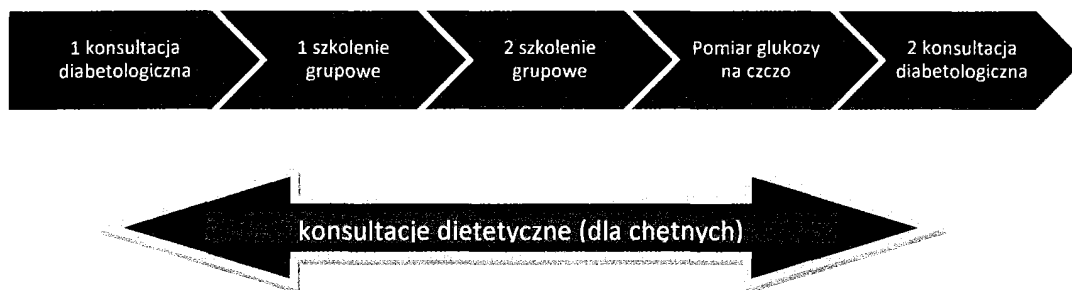
A. Osoby z wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę, tj. które uzyskały powyżej 15 pkt w skali FINDRISC, ale nie wykryto u nich stanu przedcukrzycowego ani cukrzycy – zostały objęte 2 szkoleniami grupowymi oraz mogły skorzystać z 4 (lub więcej w przypadku wolnych środków) konsultacji dietetycznych (w szczególności powinny zostać nimi objęte osoby z nadwagą i otyłość, u których zastosowanie indywidualnych porad żywieniowych ma na celu redukcję masy ciała). Czas trwania 1 szkolenia grupowego - 1,5 godziny. Tematyka spotkań została określona w dalszej części Programu w pkt *Szkolenia grupowe*. Na początku pierwszego szkolenia oraz pod koniec drugiego szkolenia uczestnicy wypełniają test wiedzy zgodnie z załącznikiem 3. Dodatkowo na drugim szkoleniu każdy uczestnik wypełnia ankietę satysfakcji z udziału w Programie przygotowaną według załącznika 4. Harmonogram poszczególnych szkoleń i konsultacji dietetycznych należało zaplanować w taki sposób, aby cała ścieżka w tym etapie dla jednego pacjenta trwała nie dłużej niż 6 miesięcy.

Schemat postępowania:



B. Osoby ze stanem przedcukrzycowym oraz ze zdiagnozowaną cukrzycą miały zapewnione konsultacje diabetologiczne, których elementem było m.in. przeprowadzenie edukacji indywidualnej, co pozwalało na dostosowanie przekazywanych treści do potrzeb oraz możliwości danego pacjenta. Dodatkowo osoby te brały udział w 2 szkoleniach grupowych (po 1,5 godziny każde), jak również mogły skorzystać z 4 (lub więcej w przypadku wolnych środków) indywidualnych porad dietetycznych. Do udziału w indywidualnych poradach żywieniowych były kierowane w szczególności osoby z nadwagą i otyłością. W szkoleniach i konsultacjach każdemu z uczestników mogła towarzyszyć jedna osoba bliska (z najbliższego otoczenia). Schemat postępowania dla tej grupy uczestników przedstawiono poniżej. Harmonogram poszczególnych konsultacji i szkoleń zaplanowano w taki sposób, aby cała ścieżka w tym etapie dla jednego pacjenta trwała nie dłużej niż 6 miesięcy.

Opis poszczególnych interwencji w ramach ww. ścieżek postępowania:



3. Pierwsza konsultacja diabetologiczna:

- przeprowadzenie wywiadu z pacjentem,
- ustalenie celów terapeutycznych oraz sposobu leczenia,
- wypełnienie przez pacjenta testu wiedzy zgodnie ze wzorem w załączniku 3,
- przeprowadzano wstępną edukację dotyczącą cukrzycy, powikłań ostrych i przewlekłych, technik samodzielnej obserwacji oraz motywowano pacjenta do modyfikacji stylu życia i realizacji zaleceń lekarskich.

4. Szkolenia grupowe:

Szkolenia edukacyjne były prowadzone w 10-15 osobowych grupach uczestników Programu (dodatkowo udział mogły brać ewentualne osoby towarzyszące z najbliższego otoczenia). Liczba grup szkoleniowych prowadzonych przez danego Beneficjenta realizującego Program zależała od liczby osób zakwalifikowanych przez niego do etapu działań informacyjno-edukacyjnych. Do jednej grupy szkoleniowej starano się kwalifikować osoby o podobnych problemach zdrowotnych (np. oddzielne szkolenia dla osób z cukrzycą i bez cukrzycy).

Tematyka szkoleń grupowych zostawała dostosowana do problemów danej grupy:

Zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego celem edukacji osób z wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę oraz ze stanem przedcukrzycowym było przede wszystkim uświadomienie korzyści zdrowotnych związanych z umiarkowanym zmniejszeniem masy ciała i regularną aktywnością fizyczną — przynajmniej 150 min tygodniowo. Dlatego głównym tematem szkoleń była edukacja żywieniowa oraz dotycząca aktywności fizycznej. Uczestnicy uzyskiwali wiedzę na temat:

- roli żywienia w zapobieganiu cukrzycy, produktów spożywczych zalecanych i niezalecanych w prewencji cukrzycy,

- zasad żywienia zgodnych z Piramidą Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej opracowaną przez Instytut Żywności i Żywienia,
 - zawartości węglowodanów w pokarmach, wartości energetycznej i kompozycji posiłków,
 - tworzenia planu żywienia,
 - profesjonalnych źródeł, z których można czerpać wiedzę na temat zdrowego żywienia (jak np. <http://www.izz.waw.pl/pl/>, <http://www.zachowajrownowage.pl/>,
 - roli wysiłku fizycznego w prewencji cukrzycy oraz zaleceń odnośnie aktywności fizycznej (częstotliwość, czas trwania)
- Osoby te powinny również uzyskać wiedzę na temat:
- czynników ryzyka rozwoju cukrzycy, podstawową wiedzę na temat samej choroby,
 - częstości wykonywania badań kontrolnych.

Osoby z cukrzycą powinny w szerszym zakresie uzyskiwały wiedzę na temat rozpoznawania ostrych i przewlekłych powikłań cukrzycy, metod leczenia, właściwego prowadzenia samokontroli glikemii, w tym uczyły się korzystania z glukometru oraz interpretacji wyników samokontroli.

Ramowy program edukacyjny dla osób z cukrzycą zgodnie z wytycznymi Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego z 2017 roku zawierał następujące elementy:

- Podstawowe informacje na temat cukrzycy i jej leczenia (przyczyny, rodzaje cukrzycy, przebieg i rokowanie, działanie leków hipoglikemizujących,).
- Naukę technik samodzielnej, systematycznej obserwacji - mierzenia stężenia glukozy we krwi, nowoczesnych metody monitoringu poziomu glukozy, oznaczenia stężenia ciał ketonowych, pomiaru ciśnienia tętniczego itp. oraz postępowania w sytuacjach wymagających interwencji.
- Wiadomości na temat zdrowego odżywiania się i jego roli w leczeniu (w tym praktyczne informacje dotyczące zawartości węglowodanów w pokarmach, wartości energetycznej i kompozycji posiłków, tworzenie planu żywienia, który uwzględni indywidualne nawyki, potrzeby i strategie terapeutyczne itp.).
- Wiadomości o wpływie ćwiczeń fizycznych na regulację stężenia glukozy we krwi (hipo-, hiperglikemia itp.).
- Wiadomości dotyczące rozpoznawania i leczenia powikłań ostrych (hipoglikemia, hiperglikemia, infekcje, zawał serca, udar mózgu itp.) oraz przewlekłych (nefropatia/choroby nerek, retinopatia, neuropatia, zaburzenia erekcji, stopa cukrzycowa), a także czynników ich ryzyka (hiperlipidemia, nadciśnienie, palenie tytoniu itp.) oraz sposobów zapobiegania powikłaniom i chorobom związanym z cukrzycą.
- Informacji na temat postępowania w sytuacjach szczególnych (np. podróż).
- Zasad korzystania z opieki zdrowotnej (częstość wizyt, badań kontrolnych), optymalnego stosowanie się do zaleceń lekarskich.

- Praw socjalnych osób chorych na cukrzycę (praca, prawo jazdy, ubezpieczenie itp.).
- Omawiano znaczenie problemów psychologicznych w postępowaniu z cukrzycą i możliwości opieki specjalistycznej.

Podczas szkoleń powinno się stosowano różnorodne metody nauczania (wykład, dyskusja, pokaz z objaśnieniem, ćwiczenia) oraz zapewniano materiały edukacyjne dla uczestników.

Szczegółowe plany szkoleń grupowych (dla poszczególnych grup problemowych pacjentów) określające tematy, które były poruszane podczas każdego spotkania, zostały zaproponowane przez wnioskodawców zgłaszających się do konkursu na realizację Programu we wnioskach o dofinansowanie projektów.

5. Badanie pomiaru stężenia glukozy na czczo.

Przed drugą konsultacją diabetologiczną osoby ze stanem przedcukrzycowym i cukrzycą zgłaszały się na pomiar stężenia glukozy na czczo w osoczu krwi żyłnej, w celu sprawdzenia wpływu przeprowadzonych interwencji edukacyjnych na wyrównanie glikemii.

6. Druga konsultacja diabetologiczna

Konsultacja obejmowała:

- wykonanie pomiaru ciśnienia tętniczego, pomiar masy ciała, określenie wskaźnika BMI, pomiar obwodu pasa,
- ocenę wyniku badania glikemii,
- wypełnienie karty badania profilaktycznego (załącznik 2b).
- ocenę skuteczności przeprowadzonej edukacji na podstawie rozmowy z pacjentem,
- uzupełnienie wiedzy pacjenta, wyjaśnienie wątpliwości,
- ponowne ustalenie celów terapeutycznych, powtórzenie zaleceń,
- wypełnienie przez pacjenta testu wiedzy zgodnie z załącznikiem 3 oraz ankiety satysfakcji z udziału w Programie stanowiącej załącznik 4.
- przekazanie pacjentowi Informacji dla uczestnika Programu zgodnie z załącznikiem 5b.

7. Konsultacje dietetyczne

Poza szkoleniami grupowymi uczestnicy Programu mieli możliwość skorzystania z indywidualnych konsultacji z dietetykiem. Konsultacje były skierowane do wszystkich osób, które zostały zakwalifikowane do etapu działań informacyjno-edukacyjnych i były zainteresowane indywidualnymi poradami żywieniowymi, natomiast

w szczególności były nimi objęte osoby z nadwagą lub otyłe w celu osiągnięcia u nich redukcji masy ciała. Z budżetu Programu gwarantowane było finansowanie 4 konsultacji dietetycznych na pacjenta. Jeżeli

Beneficjent realizujący Program uznał, że u danego uczestnika uzasadnione są dodatkowe spotkania z dietetykiem, dopuszczalne było przeznaczenie na ten cel wolnych środków z budżetu Programu.

Dietetyk dokonywał u każdego uczestnika analizy składu masy ciała, przeprowadzał wywiad żywieniowy i przekazywał zalecenia dietetyczne. Uczestnik programu był informowany o tym jak powinien się odżywiać, jakich błędów żywieniowych unikać, które pokarmy są dla niego zalecane, zapoznawał się z zasadami prawidłowego planowania jadłospisów, bądź otrzymywał indywidualnie ułożoną dla niego dietę. Konsultacja dietetyczna miała również na celu zmotywowanie do stosowania diety. W celu ułatwienia uczestnikowi stosowania się do zaleceń dietetycznych, istotne było przekazanie materiałów edukacyjnych wspierających zapamiętywanie przekazanych informacji.

Kolejne spotkania miały na celu ocenę skuteczności prowadzonej edukacji żywieniowej oraz monitorowanie postępów leczenia dietetycznego. Należało przeprowadzać kontrolę stosowania przez pacjenta zaleceń dietetycznych, zidentyfikować popełniane błędy żywieniowe, wprowadzać ewentualne zmiany w planie żywieniowym oraz ponownie omówić niezrozumiałe treści. Na każdym spotkaniu konieczne było dokonanie pomiaru składu masy ciała.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Konkurs na realizację projektów w ramach Programu został ogłoszony w listopadzie 2017 roku. W wyniku konkursu wybrano czterech Beneficjentów, którzy podjęli się realizacji Programu, niestety dwóch z nich zrezygnowało w trakcie. Przedstawione informacje sporządzono w oparciu o sprawozdania roczne realizatorów Programu polityki zdrowotnej oraz wnioski o płatność. Efekty realizacji Programu zdefiniowane zostały z wykorzystaniem mierników efektywności odpowiadających celom Programu. Ich analiza przedstawiona została poniżej.

Ocena zgłaszalności do Programu

Rekrutację uczestników do Programu polityki zdrowotnej poprzedzały działania informacyjno – promocyjne, prowadzone na bieżąco przez realizatorów.

³⁾ W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub po tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji. W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zdrowotnym w poszczególnych latach jego realizacji została zilustrowana w poniższej tabeli.

Tab. 1. Liczba osób objętych Programem w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020-2021
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	58	169	144
- w tym liczba osób w wieku powyżej 50 roku życia	46	116	108
- w tym liczba kobiet	38	94	82
- w tym liczba mężczyzn	20	75	62

Tab. 2. Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020-2021
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	58	169	144
- w tym liczba kobiet	38	94	82
- w tym liczba mężczyzn	20	75	62

Łączna liczba osób, które zostały objęte wsparciem w programie oraz zgłosiły się na badanie profilaktyczne w latach 2018-2021 wyniosła 371. Wszystkie osoby zakwalifikowane do udziału w programie wzięły udział minimum w jednej formie wsparcia zaplanowanego w ramach RPZ.

Zgodnie ze sprawozdaniami otrzymanymi od realizatorów, z powodów nie stawienia się na kolejne terminy badań i konsultacji w projekcie zrezygnowało łącznie 6 osób.

Tab. 3. Liczba osób biorących udział w konsultacjach lekarskich w ramach Programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Nazwa miernika	2018	2019	2020-2021	Ogółem
Liczba osób uczestniczących w I konsultacji	58	169	144	371
Liczba osób uczestniczących w II konsultacji	42	179	144	365

Powyższe wyniki wskazują, że wszystkie osoby, które zostały zakwalifikowane do odbycia konsultacji lekarskich zgłosiły się na nie. Zgodnie ze sprawozdaniami otrzymanymi od realizatorów, z powodów nie stawienia się na kolejne terminy badań i konsultacji w projekcie zrezygnowało łącznie 6 osób.

Tab. 4. Liczba osób, którym wykonano badania w ramach Programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020-2021	Ogółem
Liczba osób, którym wykonano oznaczenie glikemii na czczo (etap badań przesiewowych)	62	169	160	391
Liczba osób, którym wykonano oznaczenie glikemii na czczo (etap działań informacyjno-edukacyjnych)	0	19	60	79
Liczba osób, którym wykonano doustny test tolerancji glukozy	16	67	10	93

Powyższe wyniki wskazują, iż z badań na etapie przesiewowym skorzystało 391 osób, następnie na kolejnych etapach realizacji programu osób którym wykonano oznaczenie glikemii było proporcjonalnie mniej.

Tab. 5. Liczba przeprowadzonych konsultacji dietetycznych i diabetologicznych w ramach Programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Nazwa miernika	2018	2019	2020-2021	Ogółem
Liczba przeprowadzonych konsultacji diabetologicznych	19	91	114	224
Liczba przeprowadzonych konsultacji dietetycznych	104	376	318	798

Powyższe wyniki wskazują, że konsultacjami dietetycznymi i diabetologicznymi zainteresowały się osoby, które brały udział w warsztatach grupowych, co może świadczyć, iż Program zmotywował i zachęcił uczestników do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Tab. 6. Liczba osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi /przeprowadzonych szkoleń grupowych w ramach Programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020-2021
Liczba osób objętych działaniami informacyjno-edukacyjnymi w programie zdrowotnym	26	61	105
- w tym liczba kobiet	15	28	54
- w tym liczba mężczyzn	11	33	51
Liczba przeprowadzonych szkoleń grupowych	3	15	22

Powyższe wyniki wskazują, że praktycznie wszystkie osoby, które otrzymały zaproszenie na działania informacyjno-edukacyjne, zgłosiły się na nie i odbyły pełen ich cykl. W działaniach edukacyjnych wzięły udział 192 osoby.

Ocena jakości świadczeń w Programie

Realizatorzy wskazali, że uczestnicy, którzy zakończyli udział w Programie na etapie badań przesiewowych bardzo pozytywnie oceniają swój czas poświęcony na udział w projektach. Poniższe tabele w bardzo przejrzysty sposób odzwierciedlają ich ocenę.

Tab. 7. Odsetek zadowolonych osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych, w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w Programie?	zdecydowanie tak	153	104	257	69,09%
		raczej tak	13	95	108	29,03%
		raczej nie	0	0	0	0,00%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	7	7	1,88%

Jak wynika z powyższej tabeli, ponad 69% uczestników Programu jest zadowolonych z udziału w nim. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 372 uczestników.

Tab. 8. Odsetek osób chętnych do ponownego udziału w Programie, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych, w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy wzięłaby Pani/wziąłby Pan udział ponownie w podobnym Programie?	zdecydowanie tak	155	36	191	51,34%
		raczej tak	11	95	106	28,49%
		raczej nie	0	17	17	4,57%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	58	58	15,59%

Jak wynika z powyższej tabeli, 51,34% uczestników Programu wykazała chęć ponownego udziału w Programie. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 372 uczestników.

Tab. 9. Odsetek osób, które poleciłyby innym osobom udział w projekcie, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych, w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?	zdecydowanie tak	160	111	271	72,85%
		raczej tak	6	95	101	27,15%
		raczej nie	0	0	0	0,00%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	0	0	0,00%

Jak wynika z powyższej tabeli, 72,85% uczestników Programu poleciłaby innym osobom udział w Programie. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 381 uczestników.

Tab. 10. Odsetek osób, które były zadowolone ze sposobu organizacji świadczeń, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych, w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń (konsultacji z lekarzem oraz przeprowadzonych badań) w Programie (pod względem czasu oczekiwania na wizytę, godzin udzielania świadczeń, warunków lokalowych itd.?)	zdecydowanie tak	159	186	345	92,74%
		raczej tak	7	20	27	7,26%
		raczej nie	0	0	0	0,00%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	0	0	0,00%

Jak wynika z powyższej tabeli, ponad 92% uczestników Programu jest zadowolonych ze sposobu organizacji świadczeń w ramach Programu. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 372 uczestników.

Tab. 11. Odsetek osób, które są zadowolone z możliwości skorzystania z konsultacji diabetologicznych w Programie, w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z możliwości skorzystania z konsultacji diabetologicznych w niniejszym Programie?	zdecydowanie tak	60	38	98	91,59%
		raczej tak	7	2	9	8,41%
		raczej nie	0	0	0	0,00%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	0	0	0,00%

Jak wynika z powyższej tabeli, ponad 91,59% uczestników Programu jest zadowolonych z możliwości skorzystania z konsultacji diabetologicznych w ramach Programu.

Tab. 12 Odsetek osób, które są zadowolone z możliwości skorzystania z porad dietetyka w Programie, w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z możliwości skorzystania z porad dietetyka w niniejszym Programie?	zdecydowanie tak	97	60	157	91,81%
		raczej tak	9	5	14	8,19%
		raczej nie	0	0	0	0,00%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	0	0	0,00%

Jak wynika z powyższej tabeli, ponad 91,81% uczestników Programu jest zadowolonych z możliwości skorzystania z porad dietetyka w ramach Programu. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 171 uczestników.

Tab. 13 Odsetek osób, które zakończyły udział w Programie, deklarujących wzrost wiedzy na temat cukrzycy w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz ankiet wypełnionych przez uczestników).

L.p.	Pytanie	Odpowiedź	MOŻMED	MEDKOL	Łącznie	
			Ogółem	Ogółem	Ogółem	Odsetek
1	Czy uważa Pan/Pani, że przez udział w szkoleniach grupowych poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę o cukrzycy i zdrowym stylu życia?	zdecydowanie tak	93	62	155	90,64%
		raczej tak	13	2	15	8,77%
		raczej nie	0	0	0	0,00%
		zdecydowanie nie	0	0	0	0,00%
		trudno powiedzieć	0	1	1	0,58%

Jak wynika z powyższej tabeli, u 90,64% uczestników Programu nastąpił wzrost wiedzy nt cukrzycy oraz zagrożeń z nią związanych. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 171 uczestników.

Ocena efektywności Programu.

Poniższe tabele ukazują, że działania zaplanowane w Programie przełożyły się na poprawę zdrowia oraz wzrostu wiedzy wszystkich uczestników Programu, ze szczególnym uwzględnieniem osób, u których zdiagnozowano chorobę.

Tab. 14. Odsetek osób z wykrytym wysokim ryzykiem zachorowania na cukrzycę, bądź stanem przedcukrzycowym, w populacji objętej Programem (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Miernik	MOŻMED	MEDKOL	Odsetek
Liczba badanych osób	166	205	-
- cukrzycę	17	16	8,89%
- stanem przedcukrzycowym	50	35	22,91%

Jak wynika z powyższej tabeli, u 8,89% uczestników Programu wykryto wysokie ryzyko zachorowania na cukrzycę, a u 22,91% stan przedcukrzycowy.

Tab. 15. Odsetek osób, u których odnotowano obniżenie wskaźnika BMI w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów)

Miernik	MOŻMED	MEDKOL	Odsetek
Liczba badanych osób	67	10	-
Odsetek osób, u których odnotowano obniżenie wskaźnika BMI	24	7	40,26%

Jak wynika z powyższej tabeli, u ponad 40% uczestników Programu nastąpiło obniżenie wskaźnika BMI w stosunku do wyniku badania w trakcie badań przesiewowych.

Tab. 16. Odsetek osób, u których odnotowano poprawę wyniku badania glikemii na czczo w podziale na poszczególnych beneficjentów (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów)

Miernik	MOŻMED	MEDKOL	Odsetek
Liczba badanych osób	67	10	-
Odsetek osób, u których odnotowano poprawę wyniku badania glikemii na czczo	45	8	68,83%

Jak wynika z powyższej tabeli, u ponad 68% uczestników Programu odnotowano poprawę wyniku badania glikemii na czczo w stosunku do wyniku badania w trakcie badań przesiewowych.

Tab. 17. Odsetek osób z wykrytą chorobą, które zadeklarowały wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu w (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów)

Miernik	MOŻMED	MEDKOL
Liczba wykonanych testów	105	65
Średnia liczba punktów uzyskanych w teście wiedzy w populacji objętej działaniami informacyjno-educacyjnymi.		
pierwszym	7,95	7,95
drugim	10,61	11,55

Jak wynika z powyższej tabeli wśród uczestników Programu u obu Beneficjentów zwiększył się poziom wiedzy na temat cukrzycy i stanu przedcukrzycowego oraz prowadzenia zdrowego trybu życia.

Ocena trwałości efektów Programu

Wszyscy uczestnicy otrzymali zalecenia dotyczące potrzeby dalszej opieki lub wykonywania badań

przesiewowych w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Przeprowadzona edukacja zdrowotna, wpłynęła na zwiększenie świadomości zdrowotnej oraz wzrost zaangażowania chorego i jego umiejętności w zakresie samoopieki, co ma przełożenie na zapewnienie trwałości efektów Programu.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018

Zródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Dofinansowanie (EFS+BP)	15 886,32	0,00
2. Wkład własny	1 571,18	0,00

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019

Zródło finansowania ⁶⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Dofinansowanie (EFS+BP)	38 412,15	0,00
2. Wkład własny	3 927,85	0,00

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020

Zródło finansowania ⁷⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Dofinansowanie (EFS+BP)	56 284,43	0,00
2. Wkład własny	9 110,57	0,00

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021

Zródło finansowania ⁸⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Dofinansowanie (EFS+BP)	32 312,50	0,00
2. Wkład własny	0,00	0,00

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018-2021

Zródło finansowania ⁹⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Dofinansowanie (EFS+BP)	142 895,40	0,00
2. Wkład własny	14 609,60	0,00

⁴⁾ W przypadku realizacji programu polityki zdrowotnej w raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej należy przedstawić informację dla każdego kalendarzowego roku realizacji programu polityki zdrowotnej.

⁵⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

⁶⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

⁷⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

⁸⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

⁹⁾ Odpowiednio rozszerzyć w przypadku większej liczby źródeł finansowania albo problemów

Program wdrażany był poprzez realizację projektów rozliczanych z wykorzystaniem metod uproszczonych, tj. kwot ryczałtowych. W związku z powyższym, w Raporcie wskazano wydatki zaplanowane do wykorzystania w Programie w ramach Wniosków o dofinansowanie oraz wydatki, które faktycznie zostały poniesione w trakcie realizacji projektów.

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej¹⁰⁾

Zapisy programu nie zawierają informacji na temat kosztu jednostkowego. Na podstawie dostępnych danych można oszacować, że średni koszt uczestnictwa w latach 2018-2021 wyniósł 424,54 zł.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ¹¹⁾	Opis podjętych działań modyfikujących: ¹²⁾
<p>Problem 1:</p> <p>U zgłaszających się pacjentów, po ich zakwalifikowaniu do udziału w programie zostały wykonane pierwsze badania diagnostyczne. Wyniki tych badań nie pozwalały na przeprowadzanie dalszych badań i tym samym udział w projekcie został zakończony</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p> <p>Przeprowadzona została szeroka kampania promocyjno-informacyjna w poradniach POZ, w prasie, na stronach internetowych oraz portalu społecznościowym.</p>
<p>Problem 2:</p> <p>Powody, dla których pacjenci rezygnują z badań, to najczęściej brak czasu. Poza tym, w naszym społeczeństwie pokutuje jeszcze opinia, że lepiej nie wiedzieć co nam dolega. Nie wykonujemy badań, bo lęk przed diagnozą jest bardzo silny.</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p> <p>bezpośrednie spotkania z mieszkańcami – akcja niedzielne na ternach okolicznych parafii, stoisko informacyjne przed Urzędem Miasta, informacja o programie w radio Złote Przeboje oraz TVP Telewizja Regionalna oraz TVP lokalne PROMOK</p>
<p>Problem 3:</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p>

¹⁰⁾ Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

¹¹⁾ Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

¹²⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

<p>Brak chęci uczestnictwa w projekcie ze strony pacjentów. Niechęć dotyczy głównie kolejnych wizyt i braku czasu. Kierowanie na badania profilaktyczne spotyka się bardzo często z niechęcią i odmową (teraz nie mam czasu)</p>	<p>Przeprowadzona została szeroka kampania promocyjno-informacyjna w poradniach POZ, w prasie, na stronach internetowych oraz portalu społecznościowym.</p>	
<p>Miejscowość Łódź</p>	<p>24.03.2022 Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Izabela Mentek Inspektor ds. Obsługi Projektów EFS INSPEKTOR <i>Mentek</i> Izabela Mentek oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej¹³⁾</p>
<p>24.03.2022 Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><i>Mentek</i> Aleksandra Kubiś-Jerzyzak Zastępca Dyrektora <i>Mentek</i> oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej¹³⁾</p>	
<p>31.03.2022 Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Głównik Zarządu Województwa Łódzkiego <i>Adam R. K...</i> oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej¹³⁾</p>	

¹³⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe