

**RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

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

<p>Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego</p> <p>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 edukacyjno-rehabilitacyjny w zaburzeniach nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somaticzną dla mieszkańców województwa łódzkiego</p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2019-2022</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019-2022</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾</p> <p>Celem głównym Programu polityki zdrowotnej było ułatwienie powrotu do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej poprzez działania edukacyjne i rehabilitację, co najmniej 10% wśród 3 000 pacjentów z województwa łódzkiego z zaburzeniami nerwicowymi, związanymi ze stresem i pod postacią somatyczną.</p> <p>Cele szczegółowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - uzyskanie poprawy objawowej u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022, określanej na podstawie wyników przeprowadzonych kwestionariuszy/testów, w zakresie poziomu odczuwanego stresu, poczucia własnej skuteczności oraz ogólnego stanu zdrowia psychicznego, 	

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.

- zwiększenie wiedzy na temat zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022 (na poziomie deklaracyjnym; wiedza określana na podstawie badania ankietowego przeprowadzonego po zakończeniu udziału w Programie),
- wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej u co najmniej 30% pacjentów uczestniczących w Programie w latach 2019-2022 i korzystających z możliwości dofinansowania zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu (motywacja określana na poziomie deklaracyjnym, na podstawie badania ankietowego przeprowadzanego na zakończenie Programu).

Za mierniki efektywności przyjęto mierniki określone w Programie:

1. liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS,
2. liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie
3. liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie,
4. liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły lub kontynuowały zatrudnienie,

Dodatkowe mierniki określone w Programie to:

5. liczba osób, które po zakończeniu udziału w Programie podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie,
6. liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie odczuwanego stresu, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu testem PSS-10 wyniku mieszczącego się w 1-4 stenie.
7. liczba osób, u których po udziale w Programie nastąpi wzrost poczucia własnej skuteczności, rozumiany jako uzyskanie w powtórny badaniu skalą GSES wyniku mieszczącego się w 5-10 stenie,
8. liczba osób u których po udziale w Programie nastąpi poprawa w zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu kwestionariuszem GHQ wyniku mieszczącego się w 1-6 stenie,
9. liczba osób, u których zwiększy się poziom wiedzy dot. zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną,
10. liczba osób deklarujących wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej,
11. liczba osób objętych działaniami w ramach Programu.

Cele programu zostały osiągnięte poprzez realizację interwencji zaplanowanych w ramach programu.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

W ramach Programu oferowane były świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie może być prowadzona także po powrocie pacjenta do pracy zawodowej, zmniejszając ryzyko wystąpienia u niego nawrotu choroby i poprawiając jego codzienne funkcjonowanie.

Interwencje proponowane w ramach Programu zostały dobrane w taki sposób, aby oddziaływać m.in. na

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

czynniki ryzyka zaburzeń psychicznych czyli w szczególności na rozwijanie kompetencji i umiejętności osobistych (głównie poprzez edukację oraz zajęcia warsztatowe umożliwiające nabycie i wyćwiczenie praktycznych umiejętności poprzez zastosowanie ich w warunkach symulowanych). Kolejnym elementem Programu było zachęcanie uczestnika do podjęcia aktywności fizycznej, dostosowanej do jego stanu zdrowia i akceptowanej przez niego.

W ramach Programu podjęto następujące działania:

1) Etap promocji Programu. Działania informacyjne.

Działania skierowane były do ogółu mieszkańców województwa, mające na celu zaproszenie do udziału w Programie, a także działania skierowane do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, personelu poradni zdrowia psychicznego (lekarzy, psychologów, psychoterapeutów), organizacji pozarządowych zajmujących się tematyką zdrowia psychicznego, polegających m.in. na dostarczeniu im wiedzy na temat realizowanego w regionie Programu oraz możliwości kierowania pacjentów do udziału w nim.

W ramach akcji informacyjnej zostały wydrukowane i rozdystrybuowane m.in. ulotki, plakaty, broszury o Programie, a także zamieszczane były informacje w serwisach internetowych oraz przekazywano je drogą elektroniczną. Wybór sposobu realizacji działań informacyjnych należał do beneficjentów realizujących Program (realizatorów).

Informacje o podejmowanych w ramach Programu działaniach zostały zamieszczone także w serwisach internetowych dedykowanych zdrowiu i portalach społecznościowych Województwa Łódzkiego.

Wszystkie działania o charakterze informacyjno-promocyjnym mogły być finansowane jedynie w ramach kosztów pośrednich dostępnych w ramach projektu dla beneficjentów realizujących Program.

Zachęcony przez swojego lekarza, psychologa, psychoterapeutę lub spontanicznie, na podstawie uzyskanej przez siebie informacji pacjent kontaktował się z beneficjentem realizującym Program w celu przejścia etapu kwalifikującego do Programu.

2) Etap kwalifikacji pacjentów do Programu. Działania diagnostyczne.

Na tym etapie następowała weryfikacja czy osoba zgłaszająca się do udziału w Programie spełnia warunki określone w punkcie kryteria kwalifikacji do Programu. Proces ten uwzględniał także przeprowadzenie w oparciu o narzędzia psychologiczne oceny stanu psychicznego pacjenta.

Ocena stanu psychicznego zgłaszającego się pacjenta została wykonana przy pomocy następujących kwestionariuszy/testów :

1. Skala PSS-10 (Perceived Stress Scale - Skala odczuwanego stresu)
2. Skala GSES (Generalized Self-Efficacy Scale – Skala uogólnionej własnej skuteczności)
3. GHQ - Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga

W ramach Programu beneficjent realizujący Program mógł zakupić narzędzia diagnostyczne, które były niezbędne do przeprowadzenia kwalifikacji pacjentów do Programu oraz materiały konieczne do ich interpretacji (podręczniki).

3) Oddziaływania lecznicze.

Pacjent, który pomyślnie przeszedł etap kwalifikacji do Programu mógł skorzystać z opisanych dalej interwencji zaplanowanych do realizacji w ramach Programu.

Głównym elementem Programu był ok. 10 tygodniowy blok zajęć obejmujący obok behawioralnych treningów z zakresu: rozwijania umiejętności społecznych, poczucia własnej wartości, radzenia sobie ze stresem, zarządzania sobą w czasie, także trening relaksacyjny, zajęcia aktywności fizycznej oraz indywidualne konsultacje psychologiczne i/lub konsultacje psychiatryczne.

Moduł warsztatowy	trening rozwijania umiejętności psychospołecznych (2 zajęcia)
	trening radzenia sobie ze stresem (2 zajęcia)
	trening rozwijania umiejętności emocjonalnych (2 zajęcia)
	trening zarządzania sobą w czasie (1 zajęcia)
	trening relaksacyjny (3 zajęcia)

Indywidualne konsultacje psychologiczne i/lub psychiatryczne (max. 4)

Zajęcia aktywności fizycznej (max. 8)

W ramach Programu pacjent mógł wziąć udział m.in. w treningu rozwijania umiejętności psychospołecznych i radzenia sobie ze stresem. Treningi umiejętności społecznych miały na celu podniesienie kompetencji osobistych, niezbędnych do świadomego i efektywnego funkcjonowania w codziennym życiu, zarówno prywatnym, jak i zawodowym. Udział w warsztatach mógł stać się okazją do wypracowania skutecznych mechanizmów psychospołecznych nastawionych na modyfikację stylu życia. Treningi pełnią także funkcję zapobiegającą nawrotowi choroby lub zmniejszającą nasilenie dolegliwości odczuwanych w sytuacji choroby oraz zwiększającą motywację do podejmowania różnych wyzwań, w tym zawodowych.

Beneficjent realizujący program zorganizował zajęcia z każdego z wymienionych obszarów, każde trwające minimum 2 godziny zegarowe zgodnie ze schematem umieszczonym powyżej. Treningi odbywały się w grupach średnio 6 - osobowych. Treningi zawierały część teoretyczną i praktyczną, służącą nabyciu określonych umiejętności.

Trening rozwijania umiejętności psychospołecznych koncentrował się w szczególności na następujących

zagadnieniach:

- czym jest komunikacja interpersonalna i jej rodzaje (werbalna, niewerbalna),
- „skuteczne” słuchanie i mówienie, bariery w komunikacji,
- formułowanie komunikatów typu „Ja”, zagrożenia związane z używaniem komunikatów typu „Ty”,
- porozumienie bez przemocy Marshalla Rosenberga,
- agresja i konflikt; zachowania, które prowadzą do eskalacji konfliktu,
- asertywność, poczucie własnej wartości,
- wsparcie społeczne.

Trening radzenia sobie ze stresem obejmował m.in. następujące zagadnienia:

- czym jest stres i czynniki wywołujące stres,
- funkcje stresu,
- sposoby radzenia sobie ze stresem (diagnoza stylu radzenia sobie),
- dysfunkcjonalne przekonania, myśli automatyczne,
- świadomość ciała i jego reakcji w sytuacji wywołującej stres,
- oddech i aktywność fizyczna w walce ze stresem,
- skutki stresu (zdrowie somatyczne i zdrowie psychiczne).

Pozostałe treningi, które były oferowane uczestnikowi Programu to:

Trening rozwijania umiejętności emocjonalnych, który obejmował następujące zagadnienia tematyczne:

- emocje podstawowe (strach, złość, radość, smutek, wstręt), ich funkcja oraz manifestacja,
- znaczenie emocji dla zdrowia psychicznego (fizjologiczne mechanizmy emocji),
- myśli, emocje, ciało, zachowanie – wzajemne powiązania,
- dysfunkcjonalne przekonania, myśli automatyczne – jak wpływają na zachowania i samopoczucie, jak je modyfikować,
- empatia,
- sposoby budowania odporności psychicznej.

Trening zarządzania sobą w czasie obejmował następujące zagadnienia tematyczne:

- diagnoza indywidualnych przeszkód w efektywnej organizacji pracy własnej i wykorzystania czasu,
- wyznaczenie celów i planowanie - jak skonstruować cel by zwiększyć szanse na jego realizację (m.in. zasada SMART, cele krótko- i długoterminowe),
- ustalanie priorytetów, podział zadań na pilne, niepilne, ważne i nieważne,
- złodzieje czasu – pochłaniacze czasu, przerywacze pracy,
- przyczyny i metody walki z odkładaniem zadań na później,
- delegowanie zadań.

Każdy z w/w warsztatów trwał minimum 2 godziny zegarowe i odbywał się w grupach nie większych niż 6 - osobowe. Treningi zawierały część teoretyczną i praktyczną, służącą nabyciu określonych umiejętności.

W Programie zostały również uwzględnione treningi relaksacyjne. W ramach Programu pacjentowi oferowało

się 3 zajęcia z obszaru treningu relaksacyjnego, każde trwające minimum 45 minut oraz udostępniono materiały, w oparciu o które mógł on ćwiczyć samodzielnie.

Aktywność fizyczna

Uczestniczący w Programie pacjent mógł uzyskać zwrot kosztów udziału w zajęciach aktywności fizycznej, wybranych i zrealizowanych we wskazanym przez siebie miejscu (np. zajęcia jogi, tai-chi, pływanie, aerobik, pilates). Dofinansowanie obejmowało maksymalnie 8 zajęć aktywności fizycznej odbytych w trakcie trwania Programu. Niniejsze działanie miało na celu zachęcenie pacjenta do podjęcia aktywności fizycznej; mogła być to również okazja do wypróbowania i zapoznania się z różnymi rodzajami aktywności fizycznej, bez ponoszenia w związku z tym kosztów finansowych.

Konsultacje indywidualne z psychologiem i/lub lekarzem psychiatrą

Dodatkowo w ramach Programu pacjent mógł skorzystać z indywidualnych konsultacji psychologicznych (60-minutowych). W razie potrzeby, konsultacje psychologiczne mogły być zastąpione konsultacjami u lekarza psychiatry – na wyraźne życzenie pacjenta lub w związku z zaleceniem osoby kwalifikującej pacjenta do Programu lub psychologa przeprowadzającego konsultację.

- Co do zasady możliwe było skorzystanie z 4 konsultacji (do 4 konsultacji).
- W sytuacjach uzasadnionych rodzajem i stanem choroby, popartych dowodami naukowymi, dopuszczano się możliwość skorzystania z maksymalnie 12 konsultacji,

w szczególności:

- W przypadku osób ze stwierdzoną fobią społeczną nie należy rutynowo proponować grupowej terapii poznawczo-behawioralnej, gdyż jest ona mniej skuteczna od terapii indywidualnej (Rekomendacje dotyczące postępowania w fobii społecznej, National Institute for Health and Care – NICE 2013, zweryfikowane w 2017 r.).
- W przypadku stwierdzenia zespołu stresu uogólnionego, zespołu lęku napadowego o nasileniu słabym do umiarkowanego, zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych o nasileniu słabym do umiarkowanego, zespołu stresu pourazowego o nasileniu słabym do umiarkowanego, dysmorfofobii zasadnych może być więcej indywidualnych form terapii niż tylko 4 konsultacje (Rekomendacje dotyczące diagnostyki i postępowania w powszechnych zaburzeniach psychicznych, National Institute for Health and Care – NICE 2011, zweryfikowane w 2018 r.; Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole lęku uogólnionego i zespole lęku napadowego, National Institute for Health and Care –NICE 2011B, zweryfikowane w 2015 r.; Rekomendacje dotyczące zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych oraz dysmorfobii, National Institute for Health and Care – NICE 2005A, zweryfikowane w 2014 r.; Rekomendacje dotyczące postępowania w zespole stresu pourazowego, National Institute for Health and Care – NICE 2005B, zweryfikowane w 2015 r.).

4) Zakończenie udziału w Programie i ocena jego skuteczności.

Uczestnik Programu na zakończenie jego realizacji odbywał końcową indywidualną konsultację z psychologiem lub lekarzem psychiatrą. Końcowa konsultacja indywidualna jest połączona z oceną stanu psychicznego pacjenta przeprowadzoną przy użyciu tych samych narzędzi psychologicznych, co zastosowane w procesie kwalifikacji do Programu. Ocena porównawcza wyników testów uzyskanych przed uczestnictwem w Programie oraz po zakończeniu interwencji przewidzianych w Programie umożliwia realną i miarodajną ocenę skuteczności zastosowanych interwencji. Psycholog i/lub lekarz psychiatra na podstawie porównania wyników obu badań kwestionariuszowych (przeprowadzonego na etapie kwalifikacji oraz po zakończeniu udziału w Programie) oraz rozmowy przedstawiał pacjentowi zalecenia co do dalszego postępowania. Uzyskane przez pacjenta wyniki nanoszone były na kartę pacjenta. Końcowa konsultacja trwała min. 90 minut. Po jej zakończeniu pacjent wypełniał ankietę, oceniającą m.in. jakość świadczeń udzielonych w ramach Programu.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Konkurs na realizację projektów w ramach Programu został ogłoszony w grudniu 2018 roku. W wyniku konkursu wybrano 10 beneficjentów (1 Beneficjent rozwiązał umowę o dofinansowanie na początku realizacji projektu), którzy podjęli się realizacji Programu. Przedstawione informacje sporządzono w oparciu o sprawozdania roczne realizatorów Programu polityki zdrowotnej, wnioski o płatność oraz formularze monitorowania uczestników. 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. Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w Programie zdrowotnym w poszczególnych latach jego realizacji została zilustrowana w poniższej tabeli.

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.

Tab. 1. Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w programie w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych z wniosków o dofinansowanie i formularzy monitorowania uczestników).

Rok realizacji programu	2019	2020	2021	2022	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób objętych działaniami w ramach Programu	304	968	641	661	2 574	co najmniej 3 000
w tym liczba kobiet	227	682	471	507	1887	W Programie nie założono wartości w podziale na płeć
w tym liczba mężczyzn	77	286	170	154	687	
Liczba osób objętych działaniami w ramach Programu powyżej 50 roku życia	121	512	243	299	1175	1 200
w tym liczba kobiet	91	374	183	233	881	W Programie nie założono wartości w podziale na płeć
w tym liczba mężczyzn	30	138	60	66	294	

Zgodnie ze sprawozdaniami otrzymanymi od realizatorów z powodów osobistych, obawy przed zakażeniem wirusem COVID-19 lub bez podawania przyczyny z uczestnictwa w projekcie zrezygnowało łącznie 188 osób.

Jednym z efektów realizacji Programu było podjęcie pracy lub kontynuacja zatrudnienia po zakończonym udziale we wsparciu. Poniższa tabela przedstawia założenia i wyniki w tym zakresie (tab. 2.)

Tab.2. Efekty realizacji Programu w kontekście założeń wniosków o dofinansowanie (opracowanie własne na podstawie formularzy monitorowania uczestników załączanych do wniosków końcowych).

	Planowane przez realizatorów	Realizacja w 2019	Realizacja w 2020	Realizacja w 2021	Realizacja w 2022	Razem w latach 2019-2022	Procent realizacji
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	335	22	216	293	275	806	240%
Liczba osób 50+, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	158	16	94	78	96	284	179%

Tab.3. Efekty realizacji Programu w kontekście założeń konkursu (opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność i formularzy monitorowania uczestników).

	Szacowana w programie	Realizacja w 2019	Realizacja w 2020	Realizacja w 2021	Realizacja w 2022	Razem w latach 2019-2022	Procent realizacji
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	258	22	216	293	275	806	312%
Liczba osób 50+, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	118	16	94	78	96	284	240%

Zgodnie z Programem, co najmniej 10% uczestników Programu powinno podjąć pracę lub kontynuować dotychczasowe zatrudnienie - jak wskazuje powyższa tabela (tab. 3) liczba osób, które po zakończonym udziale w Programie podjęły zatrudnienie lub je kontynuowały znacznie przekroczyła 100% założeń konkursu. Wartość ta odnosi się również do osób w wieku 50+. W odniesieniu do faktycznej liczby uczestników Programu niniejsze wskaźniki również zostały osiągnięte znacznie powyżej założeń Programu tj. przekroczyły min. 10% (patrz tab. 2).

Mierniki realizacji Programu wskazujące na poziom odczuwalnego stresu u uczestników Programu w momencie wejścia do projektu i ich zmianę wskutek udzielonych form wsparcia zilustrowano w kolejnych tabelach.

Tab.4 Porównanie wyników badań testem PSS-10 przeprowadzonych podczas kwalifikacji do Programu i po zakończeniu udziału w Programie (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)⁴

Liczba osób w momencie etapu kwalifikacji do Programu z wynikiem testu PSS-10 w zakresie 5 stenów i więcej	Liczba osób po zakończeniu udziału w Programie z wynikiem testu mieszczącym się w 1-4 stenie
2 386	1 994

Zgodnie z Programem, u co najmniej 30% uczestników Programu powinna nastąpić poprawa w zakresie odczuwanego stresu, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu testem PSS-10 wyniku mieszczącego

⁴ Podczas zbierania danych wzięto pod uwagę uczestników, którzy odbyli końcową indywidualną konsultację z psychologiem lub lekarzem psychiatrą.

się w 1-4 stenie. Liczba osób z poprawą wyniku w teście PSS-10 wyniosła 1 994 osób, aż 83,57%.

Tab.5 Porównanie wyników badań testem GSES przeprowadzonych podczas kwalifikacji do Programu i po zakończeniu udziału w Programie (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)⁵

Liczba osób w momencie etapu kwalifikacji do Programu z wynikiem testu GSES w zakresie mieszczącym się w 1-4 stenie	Liczba osób po zakończeniu udziału w Programie z wynikiem testu mieszczącym się w 5-10 stenie
1 777	1 692

Zgodnie z Programem, u co najmniej 30% uczestników Programu powinien nastąpić wzrost poczucia własnej skuteczności, rozumiany jako uzyskanie w powtórny badaniu skalą GSES wyniku mieszczącego się w 5-10 stenie. Liczba osób z poprawą wyniku w teście GSES wyniosła 1 692, czyli u 95,21% nastąpiła poprawa poczucia własnej skuteczności.

Tab.6 Porównanie wyników badań testem GHQ przeprowadzonych podczas kwalifikacji do Programu i po zakończeniu udziału w Programie (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)⁵

Liczba osób w momencie etapu kwalifikacji do Programu z wynikiem testu GHQ w zakresie mieszczącym się w 7-10 stenie	Liczba osób po zakończeniu udziału w Programie z wynikiem testu mieszczącym się w 1-6 stenie
1 689	1 647

Zgodnie z Programem, u co najmniej 30% uczestników Programu powinna nastąpić poprawa w zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego, rozumiana jako uzyskanie w powtórny badaniu kwestionariuszem GHQ wyniku mieszczącego się w 1-6 stenie. Liczba osób z poprawą wyniku w teście GHQ wyniosła 1 647 osób, czyli u 97,51% nastąpiła poprawa ogólnego stanu zdrowia psychicznego.

Tab.7 Liczba osób, u których zwiększył się poziom wiedzy dotyczący zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną

Liczba osób które uczestniczyły w Programie	Liczba osób, u których zwiększył się poziom wiedzy na temat zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną po zakończeniu udziału w Programie
2 574	2 368

Zgodnie z Programem, u co najmniej 30% uczestników Programu powinien nastąpić wzrost poziomu wiedzy dotyczący zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, określany na podstawie odpowiedzi udzielanych w ankiecie przez uczestników na zakończenie udziału w Programie. Jako miernik wzrostu poziomu wiedzy wzięto pod uwagę odpowiedzi „zdecydowanie wyższa” i „raczej wyższa”. W odniesieniu do założeń Programu wartość została osiągnięta powyższej założeń Programu tj. wyniosła 92%.

⁵ Podczas zbierania danych wzięto pod uwagę uczestników, którzy odbyli końcową indywidualną konsultację z psychologiem lub lekarzem psychiatrą.

Tab.8 Liczba osób, które zadeklarowały wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej

Liczba osób, która korzystała z zajęć aktywności fizycznej w ramach Programu	Liczba osób, które zadeklarowały wzrost motywacji do podjęcia i utrzymania aktywności zawodowej na zakończenie udziału w Programie
1 530	1 387

Zgodnie z Programem, u co najmniej 30% uczestników Programu, którzy skorzystali z zajęć aktywności fizycznej powinna wzrosnąć motywacja do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej. Jako miernik wzrostu poziomu motywacji wzięto pod uwagę odpowiedzi „zdecydowanie wyższa” i „raczej wyższa”. W odniesieniu do założeń Programu wartość została osiągnięta powyżej założeń Programu tj. 90,65%.

Tab.9 Liczba osób, objętych działaniami w ramach Programu

Liczba osób, które wzięły udział w Programie i przeszły jego pełną ścieżkę	Liczba osób objęta rozmową końcową w Programie
co najmniej 3000	2 386

Zgodnie z Programem, co najmniej 3 000 uczestników Programu, powinno zostać objętych działaniami w ramach Programu. Jako wartość odniesienia założono w Programie liczbę osób, które wzięły udział w Programie i przeszły jego pełną ścieżkę. Jako, iż w programie nie określono definicji przejścia pełnej ścieżki (poszczególne etapy oddziaływania leczniczego były nieobowiązkowe) założono, iż fakt przejścia końcowej konsultacji indywidualnej był równoznaczny z zakończeniem pełnej ścieżki w Programie.

Dodatkowo, w ocenie efektywności Programu uwzględniono następujące dane:

- Liczba osób, które zgłosiły się i wypełniły testy kwalifikujące do Programu – w ramach wszystkich projektów wykonano 2 859 testów,
- Liczba wykonanych świadczeń w ramach treningów: 4 033,
- Liczba przeprowadzonych indywidualnych konsultacji psychologicznych lub psychiatrycznych: 11 407,
- W ramach aktywności fizycznej przeprowadzono 11 279 zajęć – w tym m.in. zajęcia fitness, siłownia, nordic walking, ćwiczenia z krokomierzem.

Ocena jakości świadczeń

Ankietowani wskazali, iż w zdecydowanej większości byli zadowoleni z organizacji i jakości udzielania świadczeń w ramach Programu. Wyrazili również chęć polecenia innym udziału w tym Programie. Tabela poniżej przedstawia wyniki ankiet wśród uczestników Programu.

Tab.10. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy Pana/Pani zdaniem Program odpowiada na potrzeby mieszkańców województwa?

	2019-2022	%
Zdecydowanie tak	1 980	82,98%
Raczej tak	355	14,88%
Trudno powiedzieć	51	2,14%
Raczej nie	0	0%
Zdecydowanie nie	0	0%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 97,86% uczestników Programu uważało, iż Program odpowiadał na potrzeby mieszkańców województwa. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 2 386 uczestników.

Tab.11. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z organizacji udzielania świadczeń w ramach Programu?

	2019-2022	%
Zdecydowanie tak	2 005	84,03%
Raczej tak	330	13,83%
Trudno powiedzieć	46	1,93%
Raczej nie	4	0,17%
Zdecydowanie nie	1	0,04%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 97,86% uczestników Programu było zadowolonych z organizacji udzielanych świadczeń w ramach Programu. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 2 386 uczestników.

Tab.12. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy poleciłaby Pani/poleciłby Pan ten Program innym osobom?

	2019-2022	%
Zdecydowanie tak	2 055	86,13%
Raczej tak	306	12,83%
Trudno powiedzieć	22	0,92%
Raczej nie	2	0,08%
Zdecydowanie nie	1	0,04%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 98,96% uczestników Programu poleciłoby innym osobom powyższy Program. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 2 386 uczestników.

Tab.13. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy jest Pani/Pan zadowolona/-y z jakości świadczeń udzielonych w Programie?

	2019-2022	%
Zdecydowanie tak	2 062	86,42%
Raczej tak	301	12,62%
Trudno powiedzieć	15	0,63%
Raczej nie	7	0,29%
Zdecydowanie nie	1	0,04%

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 99,04% uczestników Programu była zadowolona z jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w Programie wypełniło 2 386 uczestników.

Podsumowanie:

1. Realizacja Programu znacząco umożliwiła powrót do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej uczestników;
2. Wskaźniki odczuwanego stresu, poczucia własnej wartości oraz ogólnego stanu zdrowia uczestników uległy poprawie;
3. Na poziomie deklaratywnym wzrosła motywacja uczestników do podjęcia i utrzymania aktywności fizycznej;
4. Wdrożono określoną ścieżkę wsparcia;
5. Na poziomie deklaratywnym wzrósł poziom wiedzy uczestników dot. zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną;
6. Ocena świadczeń udzielanych w ramach Programu wystawiona przez uczestników wskazuje na wysoką jakość realizacji Programu;
7. W ramach realizacji Programu zrekrutowano mniejszą liczbę uczestników, niż planowano.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁶⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Srodki wspólnotowe	1 003 703 ,92 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	89 841,49 zł	0,00 zł

⁶⁾ 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.

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Srodki wspólnotowe	2 275 699,06 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	219 621,47 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Srodki wspólnotowe	1 031 499,35 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	103 511,07 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2022

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Srodki wspólnotowe	1 584 583,59 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	174 321,05 zł	0,00 zł

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2019-2022 (wartości podane w oparciu o rzeczywiście rozliczone środki w ramach zrealizowanych projektów).

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Srodki wspólnotowe	5 510 089,94 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	549 158,85 zł	0,00 zł

Program wdrażany był poprzez realizację projektów rozliczanych z wykorzystaniem metod uproszczonych, tj. kwot ryczałtowych, stawek ryczałtowych (koszty pośrednie), jak i na podstawie rzeczywiście poniesionych wydatków. W związku z powyższym, w Raporcie wskazano wydatki zaplanowane do wykorzystania w Programie oraz wydatki, które faktycznie zostały poniesione w trakcie realizacji projektów. Niemniej jednak, do dnia sporządzenia niniejszego dokumentu wnioski o płatność rozliczające wydatki w ramach Programu nie zostały zatwierdzone w całości.

6

<p>Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej⁷⁾</p> <p>Koszt jednostkowy realizacji Programu został wyliczony na podstawie rozliczonych bezpośrednich kosztów merytorycznych i wyniósł 1 725,00 zł/uczestnika, zatem był niższy, niż koszt zaplanowany w Programie tzn. 2 226,50 zł/uczestnika.</p>	
<p>Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej⁸⁾</p>	<p>Opis podjętych działań modyfikujących:⁹⁾</p>
<p>Problem 1: Wystąpienie pandemii COVID-19 w czasie realizacji Programu. Zamknięcie obiektów sportowych.</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wydłużenie okresu realizacji projektów; - wydłużenie okresu realizacji etapu oddziaływań leczniczych; - wprowadzenie konsultacji psychologicznych za pomocą teleporady i wprowadzenie warsztatów on - line; - wprowadzenie w ścieżce aktywności fizycznej refundacji poniesionych kosztów przez uczestników na zakup sprzętu sportowego , opasek treningowych; - przeprowadzanie zajęć w grupach 6 osobowych z zachowaniem dystansu społecznego;
<p>Problem 2: - Rekrutacja uczestników do udziału w projekcie, w tym osób 50+ w czasie pandemii</p>	<p>Działanie modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - zwiększenie nakładów na działania promocyjne; - rozszerzanie akcji informacyjnej, zmiana kanałów informujących o realizacji Programu; - nawiązanie współpracy z organami i instytucjami samorządowymi na terenie realizacji projektu i włączenie ich w proces rekrutacji; - wydłużenie terminów rekrutacji uczestników.

⁷⁾ 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.

⁸⁾ Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki z zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

⁹⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”



Problem 3: - Zmniejszenie liczby osób objętych programem wynikające z trudnej sytuacji epidemiologicznej, zmniejszenie w poszczególnych projektach liczb zakładanych uczestników oraz związanych z tym wartości wskaźnika produktu „liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”. Powodujące w efekcie zmniejszenie łącznej liczby osób objętych Programem.		Działanie modyfikujące: - Zmniejszenie wskaźników poprzez formularz zmian do wniosków o dofinansowanie, w celu zrealizowania projektu; - Aneksowanie umów o dofinansowanie w zakresie zmniejszenia liczb uczestników projektów.
Miejscowość Łódź	<p style="text-align: center;">14.03.2023</p> Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	<p style="text-align: center;">INSPEKTOR <i>Florczyk A.</i> Aleksandra Florczyk</p> oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ¹⁰⁾
	<p style="text-align: center;">20-03-2023</p> Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	<p style="text-align: center;">Dyrektor Departamentu Fundusze Europejskie Głównego 2027 <i>L. Stajuda</i> Lukasz Stajuda</p> oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ¹⁰⁾
	<p style="text-align: center;">21-03-2023</p> Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	<p style="text-align: center;">Wicemarszałek Województwa Łódzkiego <i>P. Adamczyk</i> Piotr Adamczyk</p> oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ¹⁰⁾

¹⁰⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe