

RAPORT KOŃCOWY Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
Nazwa programu polityki zdrowotnej: REGIONALNY PROGRAM REHABILITACJI DLA MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO PO PRZEBYTEJ CHOROBY COVID-19 „ŁÓDZKIE CENTRUM POSTCOVIDOWE”	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2021-2023	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021-2023

Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾

Celem głównym Programu była poprawa stanu funkcjonalnego w stosunku do stanu początkowego u 90% mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 uczestniczących w programie rehabilitacji w Łódzkim Centrum Postcovidowym w latach 2021-2023.

Cele szczegółowe:

1. Poprawa tolerancji wysiłku fizycznego nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie u 70% uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w powyższym zakresie po przebyciu COVID-19.
2. Poprawa czynności wentylacyjnej nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie u 70% uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w powyższym zakresie po przebyciu COVID-19.

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.

3. Zmniejszenie poziomu duszności o minimalną różnicę istotną klinicznie u 50% uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w powyższym zakresie po przebyciu COVID-19.
4. Zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia o minimalną różnicę istotną klinicznie u 50% uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w powyższym zakresie po przebyciu COVID-19.
5. Wzrost wiedzy u co najmniej 75% uczestników programu w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19.
6. Opanowanie przez co najmniej 75% uczestników programu biorących udział w rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym i domowym umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19.
7. Poprawa stanu psychicznego u 50% uczestników, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju związanych z przebyciem COVID-19.

Za mierniki efektywności przyjęto mierniki określone w Programie:

1. liczba uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę tolerancji wysiłku fizycznego (\geq MCID),
2. liczba uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę czynności wentylacyjnej (\geq MCID),
3. liczba uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu duszności (\geq MCID),
4. liczba uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (\geq MCID),
5. liczba uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19,
6. liczba uczestników programu, którzy opanowali umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19,
7. liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju związanych z przebyciem COVID-19,
8. liczba osób, które uczestniczyły w programie w podziale na poszczególne tryby rehabilitacji,
9. liczba wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju,
10. średnia liczba osobodni w rehabilitacji szpitalnej przypadającej na jednego uczestnika programu,
11. jakość opieki specjalistycznej w oparciu o badanie ankietowe satysfakcji uczestników programu,
12. liczba uczestników programu objętych programem, u których ponownie rozpoczęto hospitalizację z powodu powikłań po przebytej chorobie COVID-19 (jeżeli realizator będzie mógł uzyskać takie informacje).

Dodatkowe mierniki określone w Programie to:

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 pracę lub kontynuowały zatrudnienie.

Ocena zgłaszalności do programu objęła liczbę uczestników poszczególnych jego etapów i zakładanych trybów rehabilitacji na podstawie:

- liczby osób, które zgłosiły się do Programu,
- liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym jego etapie (weryfikowane będą przyczyny rezygnacji ze świadczeń oferowanych w ramach programu),
- liczby osób, które nie zostały objęte działaniami Programu wraz ze wskazaniem powodów,
- liczby osób korzystających z poszczególnych świadczeń zdrowotnych,
- liczby osób korzystających z poszczególnych trybów rehabilitacji,
- płci osób uczestniczących w Programie,
- liczby osobodni w poszczególnych latach realizacji Programu,
- średniej liczby zrealizowanych osobodni przypadającej na jednego uczestnika Programu w poszczególnych latach realizacji programu.

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

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Wskazany program realizowany był w latach 2021-2023. Do Programu przystąpił jeden Beneficjent, którego wyłoniono w ramach ogłoszonego konkursu. Alokacja przeznaczona na konkurs wyniosła 16 306 977,50 PLN, pierwotnie podpisano umowę o wartości 16 306 977,50 PLN, natomiast w trakcie realizacji projektu umowa została aneksowana w wyniku czego wartość projektu została zmniejszona do wysokości 12 575 828,96 PLN.

Program skierowany był do pacjentów, których stan zdrowia umożliwił podjęcie rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 i którzy jednocześnie spełniali kryteria formalne określone w Programie. O ostatecznej kwalifikacji do Programu decydował lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych realizujący świadczenia w ramach Programu, po uzyskaniu wyników badań. Ze względu na fakt, że istotą finansowanych ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego programów rehabilitacji medycznej jest ułatwianie powrotu do pracy, program był skierowany do osób w wieku aktywności zawodowej, w szczególności powyżej 50 roku życia (co wynika z zapisów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014- 2020). W przypadku osób w wieku 15-17 lat niezbędne było uzyskanie zgody rodziców lub opiekuna prawnego na udział osoby małoletniej w programie.

Schemat postępowania w ramach Programu przedstawiał się następująco:

Kwalifikacja formalna do Programu.

Kandydaci na uczestników programu zgłaszali się bezpośrednio do podmiotu realizującego projekt, w którym zostały przeprowadzone czynności związane z kryteriami formalnymi rekrutacji:

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

- mieszkańcy województwa łódzkiego,
- wiek aktywności zawodowej,
- status ozdrowieńca (wynik testu świadczącego o rozpoznaniu choroby COVID-19: genetycznego RT-PCR, RT-LAMP lub antygenowego wpisanego do systemu EWP lub wynik testu dotyczącego poziomu przeciwciał klasy IgG skierowanych przeciwko antygenowi nukleokapsydowemu N wirusa SARS COV2).

Ponadto zakwalifikowanie do Programu wymagało uzyskania pisemnej zgody uczestnika i złożenia oświadczenia potwierdzającego niekorzystanie ze zbieżnej rehabilitacji finansowanej z innych środków publicznych. Czynności te były wykonywane przez personel administracyjny podmiotu przed przystąpieniem do dalszych czynności.

Krok 1. Kwalifikacja do programu

Kolejnych czynności kwalifikacyjnych związanych z weryfikacją kryteriów o charakterze zdrowotnym i merytorycznym programu dokonywał lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych. Podczas pierwszej wizyty realizowane były następujące czynności:

- założenie dokumentacji i wpisanie pacjenta do bazy osób objętych programem i uzyskanie zgody na udział,
- założenie książeczki samoobserwacji,
- zebranie wyczerpującego wywiadu – przebieg choroby, czy pacjent był leczony w warunkach domowych czy też hospitalizowany, a jeśli tak, to czy z użyciem tlenoterapii/respiratora. Jakie dolegliwości i od kiedy występują. Czy były to dolegliwości, które wystąpiły lub uległy zaostrzeniu po zakażeniu, czy też wystąpiły po raz pierwszy po przechorowaniu COVID-19,
- zapoznanie się z dokumentacją z leczenia COVID-19 oraz pozostałą dokumentacją dotyczącą w szczególności chorób przewlekłych,
- ogólna ocena motywacji pacjenta do podjęcia działań, określenie zdolności pacjenta do podjęcia współpracy i realizacji programu,
- założenie teczek dokumentacji medycznej pacjenta (TDMP),
- zlecenie badań.

Krok 2. Wykonanie badań

W ramach programu możliwe było wykonanie niezbędnych badań, na podstawie których można było dobrać odpowiednie leczenie i dalsze postępowanie rehabilitacyjne dla pacjenta. W grupie zalecanych badań znajdowały się:

- Wykonanie RTG klatki piersiowej;
- Wykonanie spirometrii spoczynkowej;
- Wykonanie EKG;
- Wykonanie badania morfologii krwi obwodowej;
- Oznaczenie parametrów układu krzepnięcia (oznaczenie czasu protrombinowego, fibrynogenu i D-dimerów);

- Gazometria;
- Przeprowadzenie testu wysiłkowego.

Z uwagi na fakt występowania u pacjentów po przechorowaniu COVID-19 powikłań układu sercowonaczyniowego oraz oddechowego, upośledzona zostaje tolerancja wysiłku fizycznego. Każdy z uczestników mógł zostać skierowany na badania wysiłkowe. Badania wysiłkowe można podzielić na testy złożone oraz proste. Do pierwszej grupy zalicza się płucnosercowy test wysiłkowy na bieżni ruchomej lub cykloergometrze, do drugiej badania wykorzystujące w charakterze bodźca wyzwalającego odpowiedź wysiłek związany z chodzeniem. Najpopularniejszym prostym testem wysiłkowym jest test 6-minutowego chodu, do innych zalicza się testy chodu w innych ramach czasowych (np. 12-minutowy test chodu) lub testy chodu na określonych dystansach, test wchodzenia po schodach oraz wahadłowy test chodu. Aktualnie 6MWT³⁾ jest badaniem powszechnie wykorzystywanym do orientacyjnej oceny wydolności fizycznej i ze względu na swój charakter znacznie łatwiej jest go powiązać z codzienną aktywnością niż którekolwiek z pozostałych badań wysiłkowych. Podstawową zaletą prostych testów wysiłkowych jest brak wymagań sprzętowych i możliwość wykonania w większości zakładów opieki zdrowotnej. Zakłada się, iż powyższe badania powinny być dostępne dla pacjenta w ramach działalności Łódzkiego Centrum Postcovidowego, ich wykonanie zatem było łatwe i nieistwarzające obciążenia dla pacjenta.

Krok 3. Konsultacje wyników badań

Wyniki badań zostały omówione podczas drugiej wizyty z lekarzem specjalistą w dziedzinie chorób wewnętrznych (pracującym w Łódzkim Centrum Postcovidowym), który uzupełnił dokumentację medyczną pacjenta (TDMP) i zdecydował o ostatecznej kwalifikacji do dalszego etapu programu. W przypadku osób z niestabilnością neurologiczną lub sercowo-oddechową lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych mógł skierować pacjenta na dodatkowe konsultacje specjalistów dostępnych w ŁÓDZKIM CENTRUM POSTCOVIDOWYM:

- lekarza specjalisty kardiologa (w szczególności w przypadku potwierdzenia zmian w zapisie EKG i dalszego utrzymywania się objawów w postaci tachykardii czy zaburzeń rytmu serca),
- lekarza specjalisty neurologa (w szczególności w przypadku zgłaszania dolegliwości neurologicznych, zaburzeń nastroju, pamięci, zgłaszania objawów lękowych, czy też wykrycia deficytów poznawczych).

Dla pacjentów przewidziano maksymalnie 2 porady lekarza specjalisty kardiologa i lekarza specjalisty neurologa. Przyjęto, że 10% osób zakończy udział w programie na tym etapie. Powyższe założenie związane jest z faktem, iż u części pacjentów złe samopoczucie wynika bardziej z obaw powikłań po COVID-19 niż z rzeczywistych wskazań medycznych. Do Programu nie zostały także przyjęte osoby, u których łącznie: saturacja O₂ wynosiła poniżej 92% (stale) oraz spoczynkowa tachykardia utrzymywała się powyżej 100 uderzeń serca na minutę, lub u których zdiagnozowano niewydolność serca w IV stopniu skali NYHA, lub byli w stanie neurologicznym uniemożliwiającym wykonywanie ćwiczeń.

³⁾ Wytyczne Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc dotyczące podstaw zastosowania, sposobu wykonywania oraz interpretacji testu 6-minutowego chodu (6MWT).

Krok 4. Konsultacja rehabilitacyjna

Kolejnym etapem była wizyta u lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub magistra specjalisty fizjoterapii, który decydował o skierowaniu pacjenta na dany tryb rehabilitacji w oparciu o stan zdrowia pacjenta.

W Programie założono 3 tryby, tj.:

1. rehabilitacja w warunkach domowych,
2. rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych,
3. rehabilitacja w warunkach szpitalnych.

Wizyta fizjoterapeutyczna obejmowała analizę TDMP, ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta przy użyciu skali MRC oraz siły mięśniowej przy użyciu MRC (0-5), ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym: duszności (skala mMRC (0-4)), zmęczenia (skala MFIS), lęku i zaburzeń nastroju (skala HADS). Oceniono tolerancję wysiłku fizycznego przy użyciu testu adekwatnego do ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych Realizatora. Podczas wizyty oceniono sposób samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 (wzór ankiety do załącznik nr 3 do Programu).

Wskazania do rehabilitacji w warunkach domowych: wynik 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10) z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5), wynik oceny skali duszności mMRC (modified Medical Research Council): ≥ 1 (0-4) lub występowanie zespołu słabości nabytego podczas pobytu na OIT (ang. ICU Acquired Weakness). Świadczenia rehabilitacji w warunkach domowych udzielane były przez fizjoterapeutę. W zadeklarowanym czasie pracy wymagane było zapewnienie dostępu magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.

Wskazania do rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych: wynik oceny skali duszności mMRC (modified Medical Research Council): ≥ 1 (0-4) – program podstawowy; wynik ≥ 2 (0-4) – program rozszerzony. Świadczenia rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych udzielane były przez fizjoterapeutę. W zadeklarowanym czasie pracy gabinetu wymagane było zapewnienie nadzoru magistra fizjoterapii posiadającego co najmniej 3-letnie doświadczenie w zawodzie fizjoterapeuty.

Wskazania, do rehabilitacji w warunkach szpitalnych: wynik 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10) z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5), wynik oceny skali duszności mMRC (modified Medical Research Council): ≥ 1 (0-4) lub występowanie zespołu słabości nabytego podczas pobytu na OIT (ang. ICU Acquired Weakness) oraz jedno z nw. wskazań: saturacja O₂ większa lub równa 92% (stale), przewlekły kaszel słabo reagujący na leki przeciwkaszlowe, zaburzenia równowagi grożące urazem, stale utrzymująca się temperatura powyżej 37,2°C, znaczny stopień duszności, zawroty głowy, zaburzenia widzenia nieobserwowane przed zachorowaniem, w szczególności „rozmyty obraz”, utrzymująca się spoczynkowa tachykardia, znacznie podwyższone lub obniżone wartości ciśnienia krwi w stosunku do wyników sprzed zachorowania, w tym ciśnienie krwi 150/100 mmHg, utrzymujące się bóle klatki piersiowej.

Krok 5. Rehabilitacja pacjentów w programie

W programie założono trzy dostępne tryby rehabilitowania pacjentów po przebytej chorobie COVID-19:

1. rehabilitacja w warunkach domowych,
2. rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych,
3. rehabilitacja w warunkach szpitalnych.

Założono, iż z ww. rehabilitacji skorzysta 90% pacjentów biorących udział w programie.

Program rehabilitacji w warunkach domowych obejmował następujące procedury ICD-9⁴⁾: Procedury podstawowe: 93.1901 Ćwiczenia równoważne 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne 93.13 Usprawnianie czynne z oporem 93.1904 Ćwiczenia samoobsługi 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne 93.3807 Metody neurofizjologiczne – metoda NDT Bobath 93.3808 Metody neurofizjologiczne – PNF. Procedury dodatkowe: 93.18 Usprawnianie układu oddechowego 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem 93.1814 Nauka kaszlu i odkrztuszania 93.22 Reedukacja chodu 93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.

Program rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych obejmował następujące procedury ICD-9: Procedury podstawowe: 93.1202 Ćwiczenia czynne wolne 93.13 Usprawnianie czynne z oporem 39 35 93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne 93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym 93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym 93.3603 Trening stacyjny 93.3604 Trening marszowy. Procedury dodatkowe: 93.18 Usprawnianie układu oddechowego 93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe 93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem 93.1814 Nauka kaszlu i odkrztuszania 93.1901 Ćwiczenia równoważne 93.1904 Ćwiczenia samoobsługi 93.3605 Trening marszowy z przyborami 93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.

W czasie trwania rehabilitacji w warunkach domowych i ambulatoryjnych każdy pacjent miał do wykorzystania maksymalnie 15 wizyt terapeutycznych, które zostały zrealizowane maksymalnie w ciągu 28 dni. Częstotliwość i czas trwania każdej z nich określany był indywidualnie zgodnie z potrzebami zdrowotnymi pacjenta. Co do zasady, za cytowanymi wytycznymi Krajowej Rady Fizjoterapeutów, pacjent powinien zostać objęty 3 wizytami terapeutycznymi w tygodniu, podczas których otrzyma co najmniej 4 z wyżej wymienionych interwencji podstawowych. Możliwe było także zwiększenie wymiaru liczby wizyt do 5 w tygodniu, jeśli stan zdrowia pacjenta i jego możliwości czasowe na to pozwalały, przy zachowaniu wymogu maksymalnie 15 wizyt terapeutycznych. Zalecane było, aby początkowo stosować ćwiczenia o niskiej intensywności monitorując parametry życiowe (częstość akcji serca, pulsoksymetrię i ciśnienie krwi), stopniowy wzrost ćwiczeń. Zgodnie z rekomendacjami, pacjenci otrzymali tyle świadczeń terapeutycznych ile „potrzebowali” i byli w stanie tolerować, aby przystosować, odzyskać i/lub wrócić do optymalnego osiągnięcia niezależności funkcjonowania.

W końcowej fazie realizacji rehabilitacji domowej i ambulatoryjnej został przeprowadzony uproszczony sprawdzian praktyczny w zakresie właściwego wykonywania ćwiczeń rehabilitacji po przebyciu COVID-19. Ważnym elementem rehabilitacji była edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19. Obejmowała ona następujące zagadnienia:

- 1) czym jest duszność i jak sobie z nią radzić samodzielnie (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki

⁴ A. Pyszora et al., Program fizjoterapii dla osób po przebyciu COVID-19, Krajowa Izba Fizjoterapeutów, Warszawa 2020.

z zakresu fizjoterapii oddechowej),

- 2) czym jest zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie z nim radzić z użyciem metod niefarmakologicznych,
- 3) radzenie sobie z mgłą mózgową,
- 4) jak planować aktywność fizyczną (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość); wpływ braku aktywności na stan zdrowia,
- 5) edukację dotyczącą zdrowego stylu życia.

Edukacja była prowadzona w ramach wszystkich trybów rehabilitacji przez wszystkich członków zespołu. U chorych, u których występowały inne dolegliwości, np. związane z pobytem na OAiIT, program edukacji był poszerzony o dodatkowe zagadnienia związane ze zgłaszanymi przez nich problemami zdrowotnymi. Ponadto pacjenci otrzymali broszury informacyjne opracowane przez Światową Organizację Zdrowia WHO „Wsparcie w samodzielnej rehabilitacji po przebyciu choroby związanej z COVID-19” (załącznik nr 1 do Programu). W ulotce przedstawiono podstawowe ćwiczenia oraz porady dla osób dorosłych, które doświadczyły poważnego pogorszenia stanu zdrowia i zostały przyjęte do szpitala z rozpoznaniem infekcji COVID-19. Ulotka ta cieszy się bardzo dobrymi opiniami w środowisku lekarzy i fizjoterapeutów i stanowiła materiał pomocniczy dla pacjentów w samodzielnej pracy i powolnym powracaniu do aktywności sprzed choroby. Ponadto pacjenci mieli możliwość tele-konsultacji z zespołem ŁÓDZKIEGO CENTRUM POSTCOVIDOWEGO. Umożliwienie w trakcie trwania Programu stałego kontaktu pacjenta z lekarzem pozwoliło na stałe monitorowanie jego aktywności, pomoc i bieżącą konsultację. Forma komunikacji na odległość, niewymagających osobistego kontaktu między m.in. personelem medycznym a pacjentem (za pośrednictwem np. systemów łączności (np. przez telefon, czy komunikator np. Skype)) to nie tylko wygodne rozwiązanie, ale realna możliwość udzielania świadczeń (jeżeli ten sposób realizacji świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta). W czasach pandemii koronawirusa to również środek do ograniczenia rozprzestrzeniania się choroby COVID-19. Korzystanie z teleporad w związku z sytuacją epidemiologiczną zaleca m.in. Narodowy Fundusz Zdrowia, czy Rzecznik Praw Pacjenta.

Program fizjoterapii w warunkach szpitalnych obejmował świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu określonego w art. 15 ust. 2 pkt 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych realizowane według modelu fizjoterapii oddechowej (po przeprowadzeniu kwalifikacji do niej) określonego w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 (Dz.U. 2020, poz. 1246). W ramach niniejszego RPZ czas trwania rehabilitacji w warunkach szpitalnych było to maksymalnie 28 dni.

Krok 6. Spotkania z psychologiem

Podczas trwania cyklu rehabilitacji w przypadku zaburzeń nastroju, objawów lękowych, każdy uczestnik Programu mógł wziąć udział w maks. 6 indywidualnych sesjach psychoterapeutycznych (każde spotkanie trwające minimum 60 minut). Spotkania prowadzone były przez psychologa w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne.

Psychospołeczny aspekt rehabilitacji miał na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie. Miał także ułatwić akceptację ograniczeń, które narzuca pacjentom zarówno sama choroba, jak również ogólna sytuacja związana z pandemią. Powołując się na badania prof. Izdebskiego, które wykazały też, że 66 proc. Polaków jest zadowolonych ze swojego życia, 46 proc. doświadczyło w pandemii przemęczenia i kryzysu fizycznego, a ponad 30 proc. – kryzysu psychicznego, jednoznacznie można stwierdzić, że rośnie liczba osób, które potrzebują wsparcia psychologicznego.

Krok 7. Dodatkowe konsultacje specjalistów

Uczestnicy Programu mogli także skorzystać z dodatkowych konsultacji specjalistów dostępnych w Łódzkim Centrum Postcovidowym. Dla pacjentów przewidziano maks. 2 porady lekarza specjalisty kardiologa (w szczególności w przypadku potwierdzenia zmian w zapisie EKG i dalszego utrzymywania się objawów w postaci tachykardii czy zaburzeń rytmu) i lekarza specjalisty neurologa (w szczególności w przypadku zgłaszania dolegliwości neurologicznych, zaburzeń nastroju, pamięci, zgłaszanie objawów lękowych czy też wykrycia deficytów poznawczych). Skierowanie na powyższe konsultacje było wydawane po wykonaniu badań wymienionych w kroku 3, jak również na każdym etapie uczestnictwa w rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym i domowym. Fizjoterapeuta prowadzący świadczenie rehabilitacji mógł w jego trakcie skierować pacjenta do lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych (pracującego w Łódzkim Centrum Postcovidowym) celem skierowania pacjenta do dalszych konsultacji.

Krok 8. Wykonanie badań oraz ocena stanu zdrowia po zakończonej rehabilitacji

Po zakończonym postępowaniu terapeutycznym pacjent zgłaszał się na ponowne badania (skierowanie na badania z odroczonym terminem wykonania otrzymał od lekarza specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych (pracującego w Łódzkim Centrum Postcovidowym) na I lub II wizycie). Wyniki badań zostały uwzględnione w dokumentacji medycznej pacjenta (TDMP).

Krok 9. Konsultacja rehabilitacja końcowa

Kończącą wizytę przeprowadził lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej/ magister specjalista fizjoterapii. Podczas wizyty przeprowadzona była ocena skuteczności zastosowanych interwencji. Kończąca wizyta dotyczyła wszystkich pacjentów, którzy wzięli udział w Programie. Ponownie przeprowadzone były testy pozwalające ocenić stan funkcjonalny pacjenta oraz jego siłę mięśniową, nasilenie duszności, zmęczenia, lęku i zaburzeń nastroju, a także tolerancję wysiłku fizycznego. Podczas wizyty oceniony był sposób samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 (wzór ankiety w załączniku nr 3 do Programu). Dla umożliwienia analizy porównawczej, zostały zastosowane te same narzędzia, które były wykorzystane przy projektowaniu postępowania fizjoterapeutycznego w kroku 4. Wypełniona została ankieta satysfakcji i efektów uczestnictwa w programie.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:⁵⁾

Konkurs na realizację projektów w ramach Programu został ogłoszony w 2021 roku. Do realizacji Programu przystąpił jeden Beneficjent.

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, które zgłosiły się do udziału w Programie w poszczególnych latach jego realizacji została zilustrowana w poniższej tabeli:

Tab. 1. Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w programie
Liczba osób, które zgłosiły się do udziału w programie	249	1 543	2 063	3 855	3000
w tym liczba kobiet	145	1 012	1 455	2 612	w Programie nie założono wartości
w tym liczba mężczyzn	104	532	607	1 243	

Jak wynika z powyższej tabeli do projektu zgłosiło się więcej osób niż zaplanowano w Programie, przy znaczącym udziale kobiet, tj. 67,76% wszystkich uczestników projektu.

Zgodnie ze sprawozdaniami otrzymanymi od realizatora najczęstszymi powodami rezygnacji z uczestnictwa w projekcie były przyczyny osobiste, obawy przed zakażeniem wirusem COVID-19, brak czasu bądź choroba członka rodziny. Liczbę osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na każdym jego etapie przedstawia poniższa tabela:

⁵⁾ 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. 2. Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w Programie na każdym jego etapie w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba osób, które zrezygnowały z udziału w programie na każdym jego etapie	30	155	239	424

Łącznie w całym okresie realizacji Programu z udziału w projekcie zrezygnowały 424 osoby.

Natomiast liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu w poszczególnych latach jego realizacji przedstawia poniższa tabela:

Tab. 3. Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami w ramach programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2021	2022	2023	Ogółem
Liczba osób, które nie zostały objęte działaniami programu	24	26	22	72

72 osoby nie zostały objęte działaniami Programu z powodu przeciwwskazań zdrowotnych. Byli to pacjenci wymagający pogłębionej diagnostyki kardiologicznej i neurologicznej.

Ocena zgłaszalności do programu obejmuje również liczbę uczestników poszczególnych etapów realizacji programu, którą przedstawiono w poniższej tabeli:

Tab. 4. Liczba osób korzystających z poszczególnych świadczeń zdrowotnych w ramach programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

nazwa miernika	rodzaj świadczenia zdrowotnego	rok realizacji programu			ogółem
		2021	2022	2023	
Liczba osób korzystających z poszczególnych świadczeń zdrowotnych	kwalifikacja do programu	249	1 543	2 063	3 855
	wykonanie badań	249	1 539	2 050	3 838
	konsultacje wyników badań	247	1 522	1 969	3 738
	konsultacja rehabilitacyjna	228	1 447	1 902	3 577
	rehabilitacja pacjentów w programie	203	1 387	1 813	3 403
	spotkanie z psychologiem	37	113	37	187
	dodatkowe konsultacje specjalistów	172	1 153	1 771	3 096
	wykonanie badań oraz ocena stanu zdrowia po zakończeniu rehabilitacji	195	1 365	1 794	3 354
	konsultacja rehabilitacyjna końcowa	195	1 363	1 946	3 504

Jak wynika z powyższej tabeli do Programu zakwalifikowano 3855 osób, zatem powyżej 100% założeń Regionalnego Programu Rehabilitacji dla mieszkańców województwa łódzkiego po przebytej chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe”, w którym wielkość populacji kwalifikującej się do Programu oszacowano na 3000 osób.

Jednym z etapów Programu była wizyta u lekarza specjalisty w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub magistra specjalisty fizjoterapii, który decydował o skierowaniu pacjenta na dany tryb rehabilitacji w oparciu o stan zdrowia pacjenta. W Programie założono 3 tryby, tj.:

1. rehabilitacja w warunkach domowych,
2. rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych,
3. rehabilitacja w warunkach szpitalnych.

Liczbę osób korzystających z poszczególnych trybów rehabilitacji przedstawia poniższa tabela:

Tab. 5. Liczba osób korzystających z poszczególnych trybów rehabilitacji w ramach programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

nazwa miernika	tryb rehabilitacji	rok realizacji programu			Ogółem
		2021	2022	2023	
Liczba osób korzystających z poszczególnych trybów rehabilitacji	rehabilitacja ambulatoryjna	176	1 151	1 138	2 465
	rehabilitacja domowa	26	231	659	916
	rehabilitacja szpitalna	1	5	12	22
	Razem rehabilitacja	203	2 041	1 159	3 403

Jak wynika z powyższej tabeli uczestnicy programu najczęściej kierowani byli na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych. Z tej formy rehabilitacji skorzystało 2465 uczestników, co stanowi 72,52% wszystkich uczestników biorących udział w kroku 5 – rehabilitacja pacjentów.

W czasie trwania rehabilitacji w warunkach domowych i ambulatoryjnych każdy pacjent miał do wykorzystania maksymalnie 15 wizyt terapeutycznych, zaś w przypadku rehabilitacji w warunkach szpitalnych w ramach niniejszego RPZ czas trwania rehabilitacji to maksymalnie 28 dni.

Liczbę zrealizowanych osobodni przedstawia poniższa tabela:

Tab. 6. Liczba osobodni w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

nazwa miernika	rok realizacji programu			Ogółem
	2021	2022	2023	
Liczba osobodni w poszczególnych latach realizacji programu z poszczególnych trybów rehabilitacji	2 947	20 686	27 091	50 724

W trakcie trwania Programu zrealizowano 50 724 osobodni rehabilitacji dla 3403 pacjentów.

Średnią liczbę zrealizowanych osobodni przypadającą na jednego uczestnika w programie w poszczególnych latach realizacji przedstawia poniższa tabela:

Tab. 7. Średnia liczba zrealizowanych osobodni przypadających na jednego uczestnika programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

nazwa miernika	rok realizacji programu			Ogółem za 2021-2023
	2021	2022	2023	
Średnia liczba zrealizowanych osobodni przypadających na jednego uczestnika programu w poszczególnych latach realizacji programu	15,11	15,18	13,92	14,48

Jako wartość wyliczenia średniej liczby zrealizowanych osobodni przyjęto liczbę osób, które wzięły udział w Programie w kroku 9 – konsultacja rehabilitacyjna końcowa (3 504 osoby).

Ocena jakości świadczeń w Programie.

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.

Tabele poniżej przedstawiają wyniki ankiet wśród uczestników Programu:

Tab.8. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z udziału w programie?

	2021-2023	%
Zdecydowanie tak	2 470	93,2
Raczej tak	146	5,5
Trudno powiedzieć	13	0,5
Raczej nie	10	0,4
Zdecydowanie nie	12	0,5

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 93,2% uczestników programu była zadowolona z udziału w Programie. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Tab.9. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy wzięłoby Pan/wzięłaby Pani ponownie udział w podobnym programie?

	2021-2023	%
Zdecydowanie tak	2 357	88,9
Raczej tak	238	9,0
Trudno powiedzieć	20	0,8
Raczej nie	13	0,5
Zdecydowanie nie	23	0,9

Jak wynika z powyższej tabeli 88,9% uczestników programu ponownie wzięłoby udział w podobnym programie. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Tab.10. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy poleciliby Pani/poleciliby Pan ten Program innym osobom?

	2021-2023	%
Zdecydowanie wyższa	2 480	93,5
Raczej wyższa	130	4,9
Taka sama	13	0,5
Raczej niższa	6	0,2
Zdecydowanie niższa	22	0,8

Jak wynika z powyższej ankiety 93,5% uczestników poleciliby ten program innym osobom. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Tab.11. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a ze sposobu organizacji świadczeń w Programie (godziny udzielania)?

	2021-2023	%
Zdecydowanie wyższa	2 428	91,6
Raczej wyższa	192	7,2
Taka sama	13	0,5
Raczej niższa	9	0,3
Zdecydowanie niższa	9	0,3

Jak wynika z powyższej ankiety 91,6% uczestników była zadowolona ze sposobu organizacji świadczeń w programie szczególnie z uwzględnieniem godzin udzielania świadczeń. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Tab.12. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy jest Pan/Pani zadowolony/a z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w programie?

	2021-2023	%
Zdecydowanie wyższa	2 512	94,8
Raczej wyższa	114	4,3
Taka sama	4	0,2
Raczej niższa	6	0,2
Zdecydowanie niższa	15	0,6

Jak wynika z powyższej ankiety 94,8% uczestników była zadowolona z podejścia personelu medycznego udzielającego świadczeń w Programie. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Tab.13. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy zakres świadczeń udzielanych w programie odpowiadał na Pana/Pani potrzeby zdrowotne

	2021-2023	%
Zdecydowanie wyższa	2 051	77,4
Raczej wyższa	440	16,6
Taka sama	46	1,7
Raczej niższa	23	0,9
Zdecydowanie niższa	91	3,4

Jak wynika z powyższej ankiety dla 77,4% uczestników zakres świadczeń udzielanych w programie odpowiadał na ich potrzeby zdrowotne. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Tab.14. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy przez udział w Programie zwiększył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat ćwiczeń, które może Pan/Pani sam/sama wykonywać w domu?

	2021-2023	%
Zdecydowanie wyższa	2 232	84,2
Raczej wyższa	340	12,8
Taka sama	40	1,5
Raczej niższa	16	0,6
Zdecydowanie niższa	23	0,9

Jak wynika z powyższej ankiety 84,2 uczestników zwiększyło swoją wiedzę na temat ćwiczeń, które można samodzielnie wykonywać w domu w ramach poprawy stanu zdrowia po przebytej chorobie COVID-19. Zgodnie ze sprawozdaniami, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 2 651 uczestników.

Ocena efektywności Programu.

Jednym z efektów realizacji Programu była poprawa tolerancji wysiłku fizycznego wśród uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonowania w powyższym zakresie po przebyciu COVID-19. Poniższa tabela przedstawia założenia i wyniki w tym zakresie:

Tab.15. Liczba uczestników Programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę tolerancji wysiłku fizycznego (\geq MCID) (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w obszarze tolerancji wysiłku fizycznego na podstawie testu wysiłkowego podczas kwalifikacji	Liczba osób, u których uzyskano poprawę w obszarze tolerancji wysiłku fizycznego na podstawie testu wysiłkowego po zakończonej rehabilitacji
3 578	2 934

Zgodnie z założeniami Programu poprawa tolerancji wysiłku fizycznego powinna nastąpić u 70% uczestników Programu. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpiła poprawa w wymienionym obszarze u 2 934 osób, co stanowi 82% uczestników programu.

Kolejnym miernikiem efektywności realizacji Programu była poprawa czynności wentylacyjnej, co przedstawia poniższa tabela:

Tab.16. Liczba uczestników Programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę czynności wentylacyjnej (\geq MCID) (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w obszarze czynności wentylacyjnej na podstawie badania spirometrycznego podczas kwalifikacji	Liczba osób, u których uzyskano poprawę w obszarze czynności wentylacyjnej na podstawie badania spirometrycznego podczas po zakończonej rehabilitacji
3 720	845

Zgodnie z założeniami Programu poprawa czynności wentylacyjnej powinna nastąpić u 70% uczestników programu. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpiła poprawa w wymienionym obszarze u 845 osób, co stanowi 22,71% uczestników programu. Założenie nie zostało w pełni zrealizowane.

Celem programu było również zmniejszenie poziomu duszności, wyniki zostały przedstawione w poniższej tabeli:

Tab.17. Liczba uczestników Programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu duszności (\geq MCID) (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w zakresie duszności na podstawie skali nasilenia duszności mMRC (0-4) podczas kwalifikacji	Liczba osób, u których uzyskano poprawę w zakresie duszności na podstawie skali nasilenia duszności mMRC (0-4) po zakończonej rehabilitacji
3 577	3 020

Zgodnie z założeniami Programu zmniejszenie poziomu duszności powinno nastąpić u 50% uczestników programu. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpiło zmniejszenie poziomu duszności u 3 020 osób, co stanowi 84,43% uczestników programu.

Kolejnym efektem realizacji Programu było zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia, co przedstawia poniższa tabela:

Tab.18. Liczba uczestników Programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (\geq MCID) (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w zakresie przewlekłego zmęczenia na podstawie skali MFIS (Modified Fatigue Impact Scale) podczas kwalifikacji	Liczba osób, u których uzyskano poprawę w zakresie przewlekłego zmęczenia na podstawie skali MFIS (Modified Fatigue Impact Scale) po zakończonej rehabilitacji
3 576	2 876

Zgodnie z założeniami Programu zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia powinno nastąpić u 50% uczestników programu. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpiła zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia u 2 876 osób, co stanowi 80,42 % uczestników programu.

Ocenę stopnia realizacji Programu zweryfikowano również na podstawie wzrostu wiedzy u uczestników Programu w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami, które wystąpiły po przebyciu COVID-19.

Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli:

Tab.19. Liczba uczestników Programu, u których odnotowano wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, które zrealizowały ścieżkę programu	Liczba uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19
3 439	2 991

Zgodnie z założeniami Programu powinien nastąpić wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 u co najmniej 75% uczestników programu. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpił wzrost wiedzy w powyższym zakresie u 2 991 osób, co stanowi 86,97 % uczestników programu.

Kolejnym miernikiem efektywności było opanowanie przez uczestników projektu umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19, co przedstawiono w poniższej tabeli:

Tab.20. Liczba uczestników Programu, którzy opanowali umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19 (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, które zrealizowały ścieżkę programu dotyczącą rehabilitacji domowej i ambulatoryjnej	Liczba uczestników programu, którzy opanowali umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19
3 399	3 323

Zgodnie z założeniami Programu powinno nastąpić opanowanie umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19 przez co najmniej 75% uczestników Programu biorących udział w rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym i domowym. Jak wynika z powyższej tabeli 3 323 osób opanowało wymienione wyżej umiejętności, co stanowi 97,76 % uczestników programu.

Poprawa stanu psychicznego uczestników Programy było kolejnym miernikiem efektywności.

Wyniki przedstawiono w poniższej tabeli:

Tab.18. Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju związanych z przebyciem COVID-19 (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z RPZ)

Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie w zakresie lęku i zaburzeń nastroju na podstawie HADS – skali depresji i lęku podczas kwalifikacji	Liczba osób, u których stwierdzono poprawę stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju na podstawie HADS – skali depresji i lęku po zakończonej rehabilitacji
3 577	2 919

Zgodnie z założeniami Programu powinna nastąpić poprawa stanu psychicznego u 50 % uczestników programu, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju związanych z przebyciem COVID-19. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpiła poprawa stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju u 2 919 osób, co stanowi 81,60 % uczestników programu.

Poniższe tabele (19-22) ukazują dodatkowe mierniki, pozwalające dokonać oceny stopnia realizacji celów Programu.

Tab.19. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność złożonych przez Beneficjenta oraz formularza Monitorowanie uczestników)

Zaplanowana wielkość populacji kwalifikującej się do Programu	Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	
3 000	3 855	
	w tym liczba kobiet – 2 612	w tym liczba mężczyzn – 1 243

Zgodnie z założeniami Programu 3 000 uczestników, powinno zostać objętych działaniami w ramach tego Programu. Jako wartość odniesienia założono w Programie liczbę osób objętych programem zdrowotnym współfinansowanym z Europejskiego Funduszu Społecznego, zatem w tym zakresie cel Programu został zrealizowany w ponad 100%.

Program adresowany był do mieszkańców województwa łódzkiego, w wieku aktywności zawodowej, które chorowały na COVID-19, w szczególności do osób powyżej 50 roku życia (co wynika z zapisów Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020).

Tab.20. Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie (opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność złożonych przez Beneficjenta oraz formularza Monitorowanie uczestników)

Zaplanowana liczba uczestników projektu w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	Liczba uczestników projektu w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	
1 500	2 517	
	w tym liczba kobiet – 1 701	w tym liczba mężczyzn – 816

Zgodnie z założeniami Programu 1 500 uczestników w wieku 50 lat i powyżej, powinno zostać objętych działaniami w ramach tego Programu. Jako wartość odniesienia założono w Programie liczbę osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie, zatem w tym zakresie cel Programu został zrealizowany powyżej 100%.

Tab.21. Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność złożonych przez Beneficjenta oraz formularza Monitorowanie uczestników)

Zaplanowana liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	
300	500	
	w tym liczba kobiet – 384	w tym liczba mężczyzn – 166

Zgodnie z założeniami Programu co najmniej 10% uczestników (z założonej liczby 3000 osób w projekcie) objętych działaniami w ramach tego Programu, powinno po jego opuszczeniu podjąć pracę lub kontynuować zatrudnienie. Jako wartość odniesienia założono w Programie liczbę osób uczestniczących w projekcie, które przejdą ścieżkę programu (tj. osoby, które podjęły pracę – liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, osoby kontynuujące zatrudnienie – liczone w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia w programie). Cel Programu w tym zakresie został zrealizowany powyżej 100%.

Tab.22. Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność złożonych przez Beneficjenta oraz formularza Monitorowanie uczestników)

Zaplanowana liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	Liczba osób w wieku 50 lat i więcej, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	
150	291	
	w tym liczba kobiet – 194	w tym liczba mężczyzn – 97

Zgodnie z założeniami Programu co najmniej 10% uczestników w wieku 50+ (z założonej liczby 1500 osób w wieku 50+ w projekcie) objętych działaniami w ramach tego Programu, powinno po jego opuszczeniu podjąć pracę lub kontynuować zatrudnienie. Jako wartość odniesienia założono w Programie liczbę osób w wieku 50 lat i więcej uczestniczących w projekcie, które przejdą ścieżkę programu (tj. osoby, które podjęły pracę – liczone są w odniesieniu do osób bezrobotnych i biernych zawodowo, osoby kontynuujące zatrudnienie – liczone w odniesieniu do pracujących zagrożonych utratą pracy z przyczyn dotyczących stanu zdrowia w programie). Cel Programu w tym zakresie został zrealizowany powyżej 100%.

Efektywność Programu rehabilitacji po przebytej chorobie COVID-19 została dodatkowo oceniona na podstawie:

- liczby osób, które uczestniczyły w programie w podziale na poszczególne tryby rehabilitacji (tabela 5);
- liczby wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju (tabela 6);
- średniej liczby osobodni w rehabilitacji szpitalnej przypadającej na jednego uczestnika programu (tabela 23);
- liczby uczestników programu objętych programem, u których ponownie rozpoczęto hospitalizację z powodu powikłań po przebytej chorobie COVID-19; (realizator nie uzyskał takich informacji od uczestników projektu, stąd brak danych w tym zakresie).

Średnią liczbę zrealizowanych osobodni w rehabilitacji szpitalnej przypadającą na jednego uczestnika w programie w poszczególnych latach realizacji przedstawia poniższa tabela:

Tab. 23. Średnia liczba zrealizowanych osobodni w rehabilitacji szpitalnej przypadających na jednego uczestnika programu w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatora projektu oraz wniosków o płatność).

nazwa miernika	rok realizacji programu			Ogółem
	2021	2022	2023	
średnia liczba zrealizowanych osobodni rehabilitacji szpitalnej przypadających na jednego uczestnika programu w poszczególnych latach realizacji programu	0,10	0,08	0,15	0,12

Jako wartość wyliczenia średniej liczby zrealizowanych osobodni w rehabilitacji szpitalnej przyjęto liczbę osób, które wzięły udział w Programie w kroku 9 – konsultacja rehabilitacyjna końcowa (3 504 osoby).

Ocena trwałości efektów Programu.

Regionalny Program Rehabilitacji dla Mieszkańców Województwa Łódzkiego po Przebytej Chorobie COVID-19 „Łódzkie Centrum Postcovidowe” stanowi odpowiedź na jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych ostatnich lat – pandemię choroby wywoływanej przez koronawirusa SARS-CoV-2. Program służył poprawie sytuacji zdrowotnej osób zarażonych w/w wirusem, ich rekonwalescencji, obejmując zwłaszcza osoby które potrzebowały dalszego wsparcia w powrocie do sprawności zdrowotnej. Realizacja programu przyczyniła się do utrzymania i przedłużenia aktywności zawodowej mieszkańców regionu (w tym szczególnie osób powyżej 50 roku życia), co ma przełożenie na zapewnienie trwałości efektów Programu.

Podsumowanie:

Dzięki realizacji wsparcia w programie w sposób kompleksowy, odpowiadający potrzebom pacjentów, którzy przechorowali COVID-19 u uczestników projektu nastąpiła:

- poprawa tolerancji wysiłku fizycznego (82 % uczestników programu),
- poprawa czynności wentylacyjnej (23 % uczestników programu),
- zmniejszenie poziomu duszności (84 % uczestników programu),
- zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (80 % uczestników programu),
- wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebiegiem COVID-19 (87 % uczestników programu),

- opanowanie umiejętności właściwego wykonywania ćwiczeń w domu po przebyciu COVID-19 (98 % uczestników programu),
- poprawę stanu psychicznego osób, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju w związku z przebyciem COVID-19 (82 % uczestników programu).

Wartością dodaną Programu była koordynacja działań w ramach Łódzkiego Centrum Postcovidowego.

Zapewniała ona:

- synergię podejmowanych interwencji;
- łatwy i szybki dostęp do świadczeń (dzięki działaniom informacyjnym i promocyjnym mieszkańcy województwa, w tym również osoby zakażone koronawirusem, dowiedziały się o działaniu Centrum);
- maksymalizację efektów leczniczych;
- efektywność kosztową podejmowanych działań.

W programie odnoszącym się do walki z pandemią COVID-19 i jej skutkami uwzględniono postulaty:

- w zakresie racjonalizacji i reorganizacji świadczeń w spójną, kompleksową usługę rehabilitacyjną;
- każdy pacjent po przebytej chorobie COVID-19 był „widziany” przez system opieki zdrowotnej od samego początku (od pierwszego kontaktu z służbą zdrowia);
- usługi rehabilitacyjne były świadczone w wielu trybach (od szpitali po telerehabilitację);
- wsparcie pacjentów w różnym wieku i we wszystkich stanach ciężkości przebiegu choroby,
- zapewnienie pełnej integracji między usługami zdrowia psychicznego i usługami rehabilitacyjnymi.

Mając na uwadze bezprecedensową skalę pandemii COVID-19, niezbędne jest podejmowanie wszystkich działań mających na celu neutralizację jej skutków dla zdrowia mieszkańców województwa łódzkiego i życia gospodarczo-społecznego w regionie.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁶⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	1 148 842,51 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	202 736,90 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	0,00 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: 2022

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	3 946 465,29 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	696 435,06 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	0,00 zł	0,00 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1. Środki wspólnotowe	5 462 998,16 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	964 058,50 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	0,00 zł	0,00 zł

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2021-2023 (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. Środki wspólnotowe	10 558 305,86 zł	0,00 zł
2. Budżet państwa	1 863 230,46 zł	0,00 zł
3. Wkład własny	0,00 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.

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej⁷⁾

Koszt jednostkowy realizacji programu został wyliczony na podstawie rozliczonych bezpośrednich kosztów merytorycznych i wyniósł 3 222,19 zł/uczestnika, zatem był niższy, niż koszt zaplanowany we wniosku o dofinansowanie tj. 3 262,21 zł/uczestnika.

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.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: ⁸⁾	Opis podjętych działań modyfikujących: ⁹⁾
<p>Problem 1:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Trudności z rekrutacją pacjentów (niska zgłaszalność do programu / spadek liczby pacjentów mogących korzystać z programu) 	<p>Działanie modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dotarcie z informacją o programie do dużych firm z terenu Łodzi i okolic, szkół, przychodni, szpitali wojewódzkich itp.; - nawiązanie współpracy z rehabilitantami z regionu i zlecenie rehabilitacji domowej; - organizacja badań wyjazdowo, co pozwoliło dotrzeć do mieszkańców regionu; - kampania informacyjno-promocyjna w mediach (spotkania w Radio Parada, Radio Łódź, kampania internetowa i spotkania w TVP3).
<p>Problem 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obawy pacjentów przed wizytą w przychodni oraz liczne zachorowania kadry spowodowane kolejnymi mutacjami wirusa Covid-19 	<p>Działanie modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prowadzenie przez Beneficjenta edukacji pacjentów, licznych rozmów z pacjentami kwalifikującymi się do programu lub zainteresowanych udziałem w programie; - kampania edukacyjna, mająca na celu uświadomienie pacjentów o powikłaniach jakie choroba zostawia oraz o możliwości przebadania się i przejścia rehabilitacji; - prowadzenie przez Beneficjenta w trybie ciągłym naboru na lekarzy świadczących usługi medyczne przez co zapewniał zastępstwa w przypadku zaistnienia absencji.
<p>Problem 3:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inny niż zakładano w projekcie rozkład pacjentów w poszczególnych formach rehabilitacji (zdecydowanie więcej pacjentów niż zakładano kwalifikuje się do rehabilitacji ambulatoryjnej; mniej niż zakładano do rehabilitacji domowej; tylko pojedyncze osoby 	<p>Działanie modyfikujące:</p> <ul style="list-style-type: none"> - weryfikacja działań informacyjno-promocyjnych - podjęcie próby dotarcia do pacjentów, którzy prawdopodobnie potrzebowali rehabilitacji domowej lub szpitalnej;

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”

<p>kwalfikujące się do rehabilitacji szpitalnej)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - nawiązanie współpracy z kilkoma placówkami szpitalnymi o charakterze wojewódzkim w celu przekazywania informacji o prowadzonym projekcie bezpośrednio pacjentom opuszczającym oddziały tzw. „Covidowe”. - nawiązanie kontaktu z rehabilitantami w regionie, co wpłynęło na dostępność programu dla mieszkańców województwa łódzkiego i pomogło dotrzeć z promocją programu w regionie. 	
<p>Miejscowość</p> <p>Łódź</p>	<p>12-03-2024</p> <p>.....</p> <p>data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>INSPEKTOR <i>Małgorzata Sielska</i></p> <p>INSPEKTOR <i>Justyna Mazurkiewicz-Lapińska</i></p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej¹⁰⁾</p> <p>Naczelnik Wydziału Realizacji Różniczeń Projektów Społecznych</p>
<p>14-03-2024</p> <p>.....</p> <p>data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><i>Dariusz Majewski</i></p> <p>Dyrektor Biura Europejskiego Funduszu Europejskiego dla Łódzkiego 2027</p> <p>Łukasz Stajuda</p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej¹⁰⁾</p>	
<p>18-03-2024</p> <p>.....</p> <p>data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Wicemarszałek Województwa Łódzkiego</p> <p><i>Piotr Adamczyk</i></p> <p>Piotr Adamczyk</p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej¹⁰⁾</p>	

¹⁰⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe

