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: Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2018-2023	**Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:** 2018-2023

Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:[1)]

Celem głównym Programu polityki zdrowotnej było ułatwienie powrotu do sprawności, poprzez rehabilitację, co najmniej 10% pacjentów z województwa łódzkiego z chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej uczestniczących w Programie tak, aby mogli oni podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu.

Cele szczegółowe:

- poprawa kontroli wybranych czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej u pacjentów uczestniczących w Programie (tj. wskaźnik masy ciała BMI, aktywność fizyczna),
- wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaratywnym).

[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.

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,
5. liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała,
6. liczba osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej,
7. średni poziom codziennej aktywności fizycznej,
8. liczba osób, u których zmniejszy się natężenie dolegliwości bólowych,
9. liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych,
10. liczba osób objętych działaniami w ramach Programu.

Dodatkowo, efektywność Programu została oceniona na podstawie:

11. liczby wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju tj. liczby konsultacji lekarskich, sesji psychoedukacyjnych,
12. liczby osób deklarujących poprawę jakości życia (pomiar 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
13. średniego poziomu aktywności fizycznej (ocenianej na kontinuum od 0 do 10) w populacji objętej Programem przed i po jego zakończeniu (3 pomiary – podczas pierwszej rehabilitacyjnej porady lekarskiej, podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
14. średniego nasilenia objawów bólowych (ocenianych na kontinuum od 0 do 10) w populacji objętej Programem przed i po jego zakończeniu (3 pomiary - podczas pierwszej rehabilitacyjnej porady lekarskiej, podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
15. zmiany poziomu wiedzy na temat wpływu zdrowego odżywiania na redukcję czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (pomiar minimum dwukrotny - na podstawie ankiety – podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej),
16. zmiany poziomu wiedzy na temat wpływu regularnej aktywności fizycznej (odpowiednio dobranej do stanu zdrowia) na redukcję czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (pomiar minimum dwukrotny - na podstawie ankiety – podczas drugiej rehabilitacyjnej porady lekarskiej oraz 3 miesiące po drugiej rehabilitacyjnej poradzie lekarskiej).

Ocena zgłaszalności do programu obejmie liczbę uczestników poszczególnych jego etapów na podstawie:

- liczby osób, którym lekarz POZ zalecił udział w Programie,
- liczby osób zakwalifikowanych do Programu,
- liczby osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych,
- liczby osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych,
- wieku osób uczestniczących w Programie,
- rodzaju schorzenia osób uczestniczących w Programie, będącego przyczyną skierowania.

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 dwóch edycjach. Do Programu przystąpiło 32 Beneficjentów, których wyłoniono w ramach dwóch konkursów. Alokacja przeznaczona na konkursy wynosiła 18.748.231,24 PLN, natomiast podpisano umowy o wartości 18 204 129,12 PLN.

W ramach Programu oferowana była rehabilitacja w warunkach ambulatoryjnych. Rehabilitacja w tym trybie mogła być prowadzona również 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 czynniki ryzyka chorób układu mięśniowo-szkieletowego, np. otyłość. Sesje psychoedukacyjne uwzględniały aspekt utrzymywania prawidłowej diety, ale również konieczność nabycia jak najobszerniejszej wiedzy o swoich dolegliwościach oraz umiejętności radzenia sobie z sytuacją choroby.

Jednocześnie Program zachęcał do podejmowania codziennej aktywności fizycznej, dostosowanej do stanu zdrowia uczestnika i akceptowanej przez niego.

W ramach Programu podjęto następujące działania:

Krok 1. Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Pacjenci byli informowani o Programie przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, współpracujących z beneficjentami realizującymi Program. Na tym etapie zapewniono opracowanie i wydruk materiałów informujących o Programie. W celu pozyskania uczestników Programu każdy beneficjent realizujący Program współpracował z poradniami podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) znajdującymi się na terenie powiatu, w którym był realizowany Program (rekomendowane było pięć poradni). Lekarz POZ, informując pacjenta o możliwości udziału w Programie, wystawiał mu „Zalecenie udziału w Programie" i kierował pacjenta do beneficjenta realizującego Program.

Krok 2. Kwalifikacja do Programu – I porada rehabilitacyjna.

Ostatecznej kwalifikacji pacjenta do Programu dokonywał lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub magister specjalista fizjoterapii udzielający porady rehabilitacyjnej. Podczas wizyty przeprowadzany był szczegółowy wywiad, uwzględniający m.in. takie aspekty jak zakres niesprawności/zaburzenia, stosowane dotychczas metody leczenia i rehabilitacji, zażywane leki, rodzaj stosowanego zaopatrzenia ortopedycznego, informacje o wykonywanej pracy zawodowej, nawykach ruchowych, aktywności fizycznej i wykonywał odpowiednie badanie przedmiotowe (wydolności fizycznej, siły mięśniowej, zakresu ruchów, oceny zjawiska bólu - zakres i miejsce występowania bólu). Wywiad ten miał na celu zwiększenie skuteczności podejmowanych działań poprzez identyfikację zagrożeń, uprzedzeń i barier, jakie mogą wystąpić ze strony pacjenta. Jedną z nich może być

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

przekonanie o tym, że jakakolwiek aktywność fizyczna może wywołać lub spotęgować już istniejący ból. Ból związany z aktywnością fizyczną może być jednym z powodów, dla których pacjent przestaje ćwiczyć lub zmniejsza intensywność tych ćwiczeń. Następnie pacjent był informowany o przebiegu Programu. Po wyrażeniu zgody na udział w nim ustalany był program usprawnienia leczniczego (m.in. zlecenie na zabiegi fizjoterapeutyczne), uwzględniający obok założeń Programu także preferencje pacjenta.

Krok 3. Rehabilitacja z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej - zabiegi fizjoterapeutyczne.

W ramach Programu pacjent obywał cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Lekarz/ magister specjalista fizjoterapii wystawiał pacjentowi zlecenie na maksymalnie 5 zabiegów dziennie wykonywanych podczas 15 wizyt terapeutycznych zrealizowanych maksymalnie w ciągu 28 dni. Rodzaj zlecanych zabiegów fizykoterapeutycznych u poszczególnych pacjentów był ustalany każdorazowo w oparciu o wskazania i wytyczne o jak największej sile dowodowej.

Zabiegi mogły obejmować:

— kinezyterapię (której celem jest zwiększenie siły mięśni, poprawa sprawności fizycznej, zapobieganie przykurczom i zniekształceniom oraz uniknięcie niesprawności), m.in. ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje, ćwiczenia wspomagane, ćwiczenia czynne w odciążeniu i czynne w odciążeniu z oporem, ćwiczenia czynne wolne i czynne z oporem, ćwiczenia izometryczne, wyciągi. Spośród chorób reumatycznych kinezyterapii wymagają najczęściej: reumatoidalne zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, zapalenia stawów z zajęciem stawów kręgosłupa,

— ciepłolecznictwo; wskazania do ciepłolecznictwa to m.in. choroba reumatyczna, choroba zwyrodnieniowa (Kwolek (red), 2012),

— krioterapię; wskazania do krioterapii to m.in. reumatoidalne zapalenie stawów, zesztywniające zapalenie stawów, choroby zapalne tkanki łącznej, dyskopatie, fibromialgie, osteoporoza, choroba zwyrodnieniowa stawów, stany pourazowe stawów i mięśni, przykurcze w obrębie narządu ruchu, zespoły korzeniowe, profilaktyka przeciążeń narządu ruchu (Kwolek (red), 2012),

— hydroterapię, m.in. kąpiel wirowa kończyn, natrysk biczowy, szkocki; wskazania do hydroterapii to m.in. schorzenia narządu ruchu, choroby układu nerwowego z zaburzeniami czynności ruchowych, wady postawy, stany pourazowe, przewlekłe zapalenie stawów i zapalenia okołostawowe, nerwobóle (Kwolek (red), 2012),

— leczenie polem magnetycznym, m.in. impulsowe pole elektromagnetyczne wysokiej częstotliwości, diatermia krótkofalowa, mikrofalowa, impulsowe pole magnetyczne niskiej częstotliwości; wskazania do leczenia polem magnetycznym to m.in. wybrane schorzenia reumatologiczne: choroba zwyrodnieniowa stawów, podostre i przewlekłe zapalenie stawów, schorzenia tkanek miękkich, entezopatie, schorzenia urazowo-ortopedyczne: niektóre powikłania po zabiegach operacyjnych, wykręceniach, stanach pourazowych, osteoporoza (Kwolek (red), 2012),

— leczenie ultradźwiękami m.in. ultradźwięki miejscowe, ultrafonoforeza; wskazania do leczenia ultradźwiękami to m.in. zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa i stawów, entezopatie, zespoły korzeniowe, neuralgie, bóle poamputacyjne (Kwolek (red), 2012, Interna Szczeklika 2016),

— laseroterapię; wskazania do laseroterapii to m.in.: choroba zwyrodnieniowa stawów, zespoły bólowe w przebiegu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa, entezopatie, stany po urazach, skręceniach, reumatoidalne zapalenie stawów (Kwolek (red), 2012),

— elektroterapię m.in. galwanizacja, jonoforeza, kąpiele elektryczno-wodne; wskazania do elektroterapii to m.in.: zespoły bólowe, utrudniony zrost po złamaniach kości, wybrane schorzenia reumatologiczne (Kwolek (red), 2012),

— masaże m.in. masaż suchy, masaż limfatyczny ręczny, masaż limfatyczny mechaniczny, masaż podwodny, masaż mechaniczny; wskazania do masażu to m.in.: choroby reumatyczne, stany po urazach i zabiegach operacyjnych w obrębie narządu ruchu, zaburzenia czynności mięśni w następstwie chorób mięśni lub stawów, stany po długotrwałym unieruchomieniu (Kwolek (red), 2012),

— lub inne rekomendowane, zgodnie z osiągnięciami najnowszej wiedzy i praktyki rehabilitacyjnej.

Podane powyżej wskazania nie wyczerpują wszystkich możliwości zastosowania poszczególnych interwencji. Jednocześnie, należy mieć na uwadze, że istnieją także przeciwskazania do stosowania poszczególnych zabiegów. W cyklu rehabilitacji, w miarę możliwości, przeważały zabiegi z zakresu kinezyterapii, jako te, dla których wykazano największą skuteczność w rehabilitacji układu mięśniowo-szkieletowego. Ćwiczenia w ramach Programu były nadzorowane (ćwiczenia nadzorowane wykazały się większą skutecznością niż te prowadzone bez nadzoru lub w warunkach domowych (dowód o średniej mocy). Dobór ćwiczeń fizycznych uwzględniał w jak największym stopniu preferencje pacjenta, gdyż tylko wtedy jego motywacja pozwoli utrzymać później podjętą aktywność fizyczną. Zindywidualizowana, dopasowana do oczekiwań, potrzeb i ograniczeń pacjenta rehabilitacja ruchowa jest skuteczniejsza (Aitken, Buchbinder, Jones, Winzenberg, 2015). Element edukacyjny obejmował w szczególności aspekt codziennej aktywności fizycznej w danym schorzeniu układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej; fizjoterapeuta przedstawiał pacjentowi przykładowe ćwiczenia/propozycje aktywności fizycznych które mogą być przez niego podejmowane indywidualnie po zakończeniu rehabilitacji oraz naukę prawidłowych wzorców ruchowych.

Krok 4. Warsztaty psychoedukacyjne.

Uczestnik Programu miał możliwość udziału w dwóch indywidualnych warsztatach psychoedukacyjnych (każde spotkanie trwające min. 60 minut). Uwzględniając fakt, iż Program był realizowany w czasie zagrożenia epidemicznego związanego z pandemią COVID19, której towarzyszyły zmieniające się obostrzenia i ograniczenia dotyczące mobilności społecznej oraz zasady realizacji świadczeń zdrowotnych, zastąpiono grupowe warsztaty psychoedukacyjne spotkaniami indywidualnymi. Tematyka warsztatów nie uległa zmianie. Wprowadzając powyższą modyfikację kierowano się pozytywną oceną AOTMiT dotyczącą takiej formy wsparcia pacjentów w zbliżonym tematycznie „Programie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predestynuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy".

Warsztaty psychoedukacyjne prowadzone były przez: dietetyka (1 spotkanie) oraz psychologa (1 spotkanie prowadzone w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne). Każdorazowo zakres tematów był ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb (preferencji) zgłaszanych przez uczestników warsztatów podczas ich trwania. Beneficjent realizujący Program określił sposób, w jaki pacjenci byli przydzielani do poszczególnych grup warsztatowych. Wśród tematów poruszanych podczas psychoedukacji znajdowały się m.in.: – dieta w schorzeniach narządu ruchu (jak utrzymać prawidłową masę ciała - podstawowe zasady zdrowego żywienia), – psychospołeczne i organizacyjne czynniki związane z występowaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego (duże tempo pracy lub wysokie obciążenie pracą; dostrzegana monotonia pracy; niska satysfakcja z pracy; niewielka swoboda decyzyjna/kontrola nad wykonywanymi czynnościami; niedostateczne wsparcie społeczne), – rozwój umiejętności psychospołecznych. Psychospołeczny aspekt rehabilitacji miał na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie. Ułatwił akceptację ograniczeń, które narzuca pacjentom dana choroba. – związek pomiędzy sferą psychiczną i fizyczną - stres i umiejętność radzenia sobie z nim, techniki relaksacyjne (wpływ stresu, w tym zawodowego na nasilanie się dolegliwości mięśniowo-szkieletowych). Beneficjent realizujący Program miał możliwość (w postaci udostępnienia miejsca do spotkań) pacjentom uczestniczącym w Programie i wyrażającym taką potrzebę i chęć, zorganizowania spotkań w ramach pacjenckiej grupy wsparcia dla osób cierpiących na choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej przez cały okres realizacji Programu, a także minimum przez rok po jego zakończeniu (koszty takich działań będą pokrywane ze środków własnych beneficjenta poza projektem).

Krok 5. Końcowa konsultacja - II porada rehabilitacyjna.

W ciągu ok. 2 tygodni od zakończenia cyklu rehabilitacji oraz po odbyciu warsztatów psychoedukacyjnych pacjent zgłaszał się na końcową poradę lekarską, podczas której wypełniana była ankieta. Podczas II porady rehabilitacyjnej lekarz / magister specjalista fizjoterapii przeprowadzał ocenę skuteczności zastosowanych interwencji (m.in. dokonano oceny obecnych dolegliwości bólowych) oraz określał dalsze zalecenia. Podczas końcowej konsultacji ponownie zostały ocenione czynniki ryzyka tj. wskaźnik masy ciała, deklarowany poziom aktywności fizycznej. Zmiana nasilenia czynników ryzyka może świadczyć o skuteczności zastosowanej interwencji. Nasilenie czynników ryzyka również stanowiło element sprawozdawczości w ramach Programu.

Krok 6. Ocena skuteczności Programu - III porada rehabilitacyjna.

Po ok. 3 miesiącach od końcowej konsultacji – II rehabilitacyjnej porady lekarskiej pacjent zgłaszał się na wizytę u beneficjenta realizującego Program, która miała na celu ocenę skuteczności zastosowanych wcześniej interwencji. Podczas wizyty wypełniana była ankieta, a badający przeprowadzał wywiad w celu m.in. oceny wskaźnika masy ciała, deklarowanego poziomu aktywności fizycznej, nasilenia dolegliwości bólowych związanych z chorobą, stanowiącą przyczynę rehabilitacji w ramach Programu. Uzyskane wyniki nanoszone były na kartę wcześniej uzupełnioną podczas konsultacji - II rehabilitacyjnej porady lekarskiej, opisanej w Kroku 5.

Ważnym elementem w edukacji pacjenta była skuteczna komunikacja oraz okazywanie empatii choremu.

Personel prowadzący zabiegi rehabilitacyjne oraz działania edukacyjne przekazywał informacje w sposób uporządkowany, precyzyjny i prosty, bez używania specjalistycznych zwrotów.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:[3)]

Pierwszy z Konkursów na realizację projektów w ramach Programu został ogłoszony w 2017 roku, kolejny natomiast w 2022 roku.

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, którym lekarz POZ wystawił „Zalecenie udziału w Programie" oraz skierował pacjenta do beneficjenta realizującego Program zdrowotny w poszczególnych latach jego realizacji została zilustrowana w poniższej tabeli:

Tab. 1. Liczba osób, którym lekarz POZ zalecił udział w Programie do udziału w programie w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób, którym lekarz POZ zalecił udział w Programie	771	4 106	2 016	760	235	3 158	11 046	co najmniej 3 750 osób
w tym liczba kobiet	557	2 747	1 359	527	180	2 097	7 467	w Programie nie założono wartości
w tym liczba mężczyzn	214	1 359	657	233	55	1 061	3 579	

Zgodnie z kolejnym krokiem postępowania w ramach Programu była kwalifikacja uczestników do Programu, która odbyła się podczas I porady rehabilitacyjnej. Liczbę osób zakwalifikowanych do Programu przedstawia poniższa

[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.

tabela:

Tab. 2. Liczba osób zakwalifikowanych do udziału w Programie w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób zakwalifikowanych do Programu	766	4 037	1 995	760	235	3 146	10 939	co najmniej 3 750 osób
w tym liczba kobiet	553	2 745	1 342	527	180	2 097	7 444	w Programie nie założono wartości
w tym liczba mężczyzn	213	1 292	653	233	55	1 049	3 495	

Łączna liczba osób, które zostały zakwalifikowane do Programu w latach 2018-2023 wyniosła 10 939, co stanowi 99% osób, którym lekarz POZ zalecił udział w Programie.

Kolejnym krokiem w ramach Programu był cykl rehabilitacji z elementami edukacji w zakresie codziennej aktywności fizycznej. Liczbę osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych przedstawia poniższa tabela:

Tab. 3. Liczba osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób uczestniczących w zabiegach rehabilitacyjnych	766	4 037	1 995	745	233	3 146	10 939	co najmniej 3 750 osób

W zabiegach rehabilitacyjnych udział wzięło 10 939 uczestników Programu, którzy skorzystali z 652 130 zabiegów rehabilitacyjnych.

W ramach Programu przeprowadzono również warsztaty psychoedukacyjne prowadzone przez dietetyka i psychologa. Poniższa tabela przedstawia liczbę osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych w poszczególnych latach realizacji Programu:

Tab. 4. Liczba osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych w poszczególnych latach jego realizacji (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów oraz wniosków o płatność).

Rok realizacji programu	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Ogółem	Szacowana wartość w Programie
Liczba osób uczestniczących w warsztatach psychoedukacyjnych	766	4 002	1 954	714	127	3 146	10 709	co najmniej 3 750 osób

W warsztatach psychoedukacyjnych udział wzięło 10 709 uczestników Programu, którzy skorzystali z 37 708 warsztatów z dietetykiem i psychologiem.

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 618 osób.

Program adresowany był do mieszkańców województwa łódzkiego, osób w wieku aktywności zawodowej, powyżej 50 roku życia, ze zdiagnozowaną chorobą układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Wszyscy uczestnicy Programu byli w wieku powyżej 50 lat, zaś najczęstsze rodzaje schorzeń osób uczestniczących w Programie, będącymi przyczynami skierowania przedstawia poniższa tabela:

Tab. 5. Najczęściej występujące kody choroby osób uczestniczących w Programie, będące przyczyną skierowania (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów).

Najczęściej występujące kody choroby	M47	M15	M51	M17	G55	G54	Liczba osób, które uczestniczyły w zabiegach rehabilitacyjnych
Liczba osób	5 031	2 019	703	1 017	261	844	10 939

Z powyższej tabeli wynika, iż najczęstszą przyczyną skierowania do Programu były zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa (M47) występujące u 46% uczestników, zwyrodnienia wielostawowe (M15) występujące u 18,5% uczestników, natomiast u 9% uczestników choroba zwyrodnieniowa stawów kolanowych (M17).

Ocena jakości świadczeń w Programie.

Realizatorzy wskazali, iż uczestnicy którzy zakończyli udział w Programie pozytywnie oceniają swój czas poświęcony na udział w projektach o czym świadczy znaczny wzrost poziomu wiedzy zarówno na temat wpływu regularnej aktywności fizycznej jak również na temat wpływu zdrowego odżywiania na redukcję czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Poniższe tabele w bardzo przejrzysty sposób odzwierciedlają ocenę uczestników.

Tab.6. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy regularna aktywność fizyczna może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej

	2018-2023	%
Zdecydowanie tak	8 118	75,97
Raczej tak	2 386	22,33
Trudno powiedzieć	163	1,53
Raczej nie	11	0,10
Zdecydowanie nie	8	0,07

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 98,3% uczestników programu uważa, iż regularna aktywność fizyczna odpowiednio dobrana do stanu zdrowia jest ważna, aby zapobiegać rozwojowi chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej.

Tab.7. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy zdrowe odżywianie może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej

	2018-2023	%
Zdecydowanie tak	7 299	68,30
Raczej tak	3 057	28,61
Trudno powiedzieć	299	2,80
Raczej nie	23	0,22
Zdecydowanie nie	8	0,07

Jak wynika z powyższej tabeli, aż 96,91% uczestników programu uważa, iż zdrowe odżywianie może zapobiegać czynnikom ryzyka chorób układu kostno-stawowego i tkanki łącznej.

Tab.8. Wyniki ankiety wśród uczestników Programu na pytanie: Czy po przeprowadzonych zajęciach psychoedukacyjnych Pani/Pana motywacja do prowadzenia zdrowego stylu życia uwzględniającego m.in. zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną jest (w porównaniu do motywacji przed zajęciami) zdecydowanie wyższa, raczej wyższa, taka sama, raczej niższa bądź zdecydowanie niższa

	2018-2023	%
Zdecydowanie wyższa	5 570	52,12
Raczej wyższa	3 976	37,21
Taka sama	1 065	9,97
Raczej niższa	50	0,47
Zdecydowanie niższa	25	0,23

Jak wynika z powyższej ankiety 89,33% uczestników ocenia, iż wzrosła ich motywacja do prowadzenia zdrowego stylu życia w porównaniu do motywacji sprzed rozpoczęcia zajęć. Jako miernik wzrostu motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia wzięto pod uwagę odpowiedzi „zdecydowanie wyższa" i „raczej wyższa". Powyższe wyniki ankiety potwierdzają, iż zdobyta wiedza nt. zdrowego odżywiania i regularnej aktywności fizycznej zmieniła podejście uczestników Programu w zakresie dbania o swoje zdrowie.

Zgodnie ze sprawozdaniami przedstawionymi przez realizatorów Programu, ankietę po zakończonym udziale w programie wypełniło 10 686 uczestników.

Ocena efektywności Programu.

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.9. 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 2018	Realizacja w 2019	Realizacja w 2020	Realizacja w 2021	Realizacja w 2022	Realizacja w 2023	Razem w latach 2018-2023	Procent realizacji %
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	2 786	316	3 001	707	147	114	951	5 236	187,93

Tab.10. Efekty realizacji Programu w kontekście założeń Programu (opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność i formularzy monitorowania uczestników).

	Szacowane w Programie	Realizacja w 2018	Realizacja w 2019	Realizacja w 2020	Realizacja w 2021	Realizacja w 2022	Realizacja w 2023	Razem w latach 2018-2023	Procent realizacji %
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	1 068	316	3 001	707	147	114	951	5236	490,26

Zgodnie z Programem, co najmniej 10% uczestników Programu powinno podjąć pracę lub kontynuować dotychczasowe zatrudnienie - jak wskazuje powyższa tabela (tab.9) liczba osób, które po zakończonym udziale w Programie podjęły zatrudnienie lub je kontynuowały znacznie przekroczyła 100% założeń konkursu. W odniesieniu do faktycznej liczby uczestników Programu niniejsze wskaźniki również zostały osiągnięte znacznie powyższej założeń Programu tj. przekroczyły min. 10% (tab. 10).

Miernikiem efektywności realizacji Programu był również zaplanowany wzrost liczby osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała, co zilustrowano w poniższej tabeli.

Tab.11. Efekty realizacji Programu – Liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych przez realizatorów projektów).

Liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała w momencie zakwalifikowania uczestnika do Programu	Liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała w momencie zakończenia udziału uczestnika w Programie
2 599	2 675

Zgodnie z założeniami programu powinien nastąpić wzrost odsetka osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (uczestniczących w Programie) o minimum 10%. Jak wynika z przedstawionych danych nie udało się zrealizować założonego celu (nastąpił wzrost odsetka osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała o 2,92%).

Tab.12. Liczba osób, u których zwiększy się poziom codziennej aktywności fizycznej (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Liczba osób, które zrealizowały ścieżkę Programu	Liczba osób, u których nastąpiło zwiększenie poziomu codziennej aktywności fizycznej	%
10 686	6 466	60,51

Zgodnie z Programem, u co najmniej 10% uczestników Programu powinno nastąpić zwiększenie poziomu codziennej aktywności fizycznej. Jak wynika z powyższej tabeli u 6 466 pacjentów uczestniczących w Programie nastąpił wzrost codziennej aktywności fizycznej, co stanowi 60,51% uczestników, którzy zrealizowali ścieżkę Programu.

Tab.13. Średni poziom codziennej aktywności fizycznej uczestników programu (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

	I porada rehabilitacyjna	III porada rehabilitacyjna	%
Wartość średniego poziomu codziennej aktywności fizycznej	4,79	5,88	22,65

Zgodnie z Programem, powinien nastąpić wzrost średniego poziomu codziennej aktywności fizycznej o co najmniej 10% u uczestników niniejszego Programu. Jak wynika z powyższej tabeli nastąpił wzrost średniego poziomu codziennej aktywności fizycznej o 22,65%.

Tab.14. Liczba osób, u których zmniejszy się natężenie dolegliwości bólowych (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

Liczba osób zgłaszających ból podczas I porady rehabilitacyjnej	Liczba osób, u których nastąpiło zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych	%
10 939	9 721	88,86

Zgodnie z Programem, u co najmniej 10% uczestników Programu powinno nastąpić zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych. Jak wynika z powyższej tabeli u 9 721 pacjentów uczestniczących w Programie nastąpiło zmniejszenie natężenia dolegliwości bólowych po zakończeniu udziału w Programie, co stanowi 88,86% uczestników, którzy zgłosili ból podczas I porady rehabilitacyjnej.

Tab.15. Średnie nasilenie objawów bólowych (opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ)

	I porada rehabilitacyjna	III porada rehabilitacyjna	%
Wartość średniego natężenia dolegliwości bólowych	6,26	3,39	-45,88

Jak wynika z powyższej tabeli nastąpiło zmniejszenie średniego nasilenia objawów bólowych w populacji objętej Programem przed i po jego zakończeniu o 45,88%.

Tab.16. Liczba osób, które zadeklarowały wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych.

Liczba osób, które zrealizowały ścieżkę Programu	Liczba osób deklarujących wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych
10 686	9 546

Zgodnie z Programem, u co najmniej 25% uczestników Programu, którzy zrealizowali ścieżkę Programu powinien nastąpić wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaratywnym). 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. 89,33%.

Tab.17. Liczba osób, objętych działaniami w ramach Programu

Liczba osób objętych działaniami w ramach Programu - wartość zaplanowana w Programie	Liczba osób, które zrealizowały ścieżkę Programu
co najmniej 3 750	10 686

Zgodnie z Programem, co najmniej 3 750 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, zatem w tym zakresie cele Programu zostały zrealizowane w ponad 100%.

Ocena trwałości efektów Programu.

Program zakładał współpracę beneficjentów realizujących Program z lekarzami POZ pacjenta (lekarz POZ wypełniał m.in. Zalecenie do udziału w Programie). Dodatkowo, udział pacjenta w rehabilitacji obejmował edukację i zabiegi fizjoterapeutyczne oraz warsztaty psychoedukacyjne, które odegrały znaczącą rolę w zwiększeniu poziomu jego wiedzy, świadomości zdrowotnej oraz motywacji do utrzymania i podejmowania zachowań prozdrowotnych (m.in. kontynuowania aktywności fizycznej), a to z kolei zapewnia trwałość efektów Programu.

Podsumowanie:

1. Realizacja Programu znacząco umożliwiła powrót do sprawności umożliwiającej podjęcie pracy lub wydłużenie aktywności zawodowej uczestników;
2. Wskaźniki odczuwanego bólu, uczestników uległ 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. zarówno wpływu regularnej aktywności fizycznej jak również wpływu zdrowego odżywiania na redukcję czynników ryzyka chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej;
6. W ramach realizacji Programu zrekrutowano dużo większą liczbę uczestników, niż planowano.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej[4)]

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2018

Źródło finansowania	Wydatki bieżące zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie	Wydatki majątkowe zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie
1.Srodki wspólnotowe	796 863,86 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		

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

3.Wkład własny	60 341,59 zł	0,00 zł

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	5 468 506,68 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	570 799,74 zł	0,00 zł

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	2 679 987,09 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	269 104,51 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	476 473,41 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	39 939,35 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	160 337,69 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	16 484,10 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.Srodki wspólnotowe	5 393 922,29 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	997 187,40 zł	0,00 zł

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej 2018-2023 (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	14 976 091,02 zł	0,00 zł
2.Budżet państwa		
3.Wkład własny	1 953 856,69 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 zdrowotnej[5)]

Koszt jednostkowy realizacji programu został wyliczony na podstawie rozliczonych bezpośrednich kosztów merytorycznych i wyniósł 1 267,45 zł/uczestnika, zatem był niższy, niż koszt zaplanowany w Programie tzn. 1 277,10 zł .

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:[6)]	Opis podjętych działań modyfikujących:[7)]
Problem 1: - Problemem w trakcie realizacji projektu było przerywanie udziału w projekcie przez uczestników. Zjawisko to występowało od początku realizacji, ale wzmogło się w trakcie pandemii COVID-19.	Działanie modyfikujące: - każdorazowo, w przypadku, gdy uczestnik projektu nie stawił się w ustalonym terminie na poradę rehabilitacyjną/rehabilitację/warsztaty z Biura Projektu wykonywany był do uczestnika telefon z pytaniem o przyczynę nieobecności oraz z propozycją wyznaczenia kolejnego terminu wsparcia, - realizacja zabiegów w innym terminie lub

[5)] 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.

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

[7)] Wypełnić odpowiednio albo wpisać *„nie podejmowano"*

	w elastycznych godzinach dogodnych dla pacjenta;
Problem 2: - Trudności z rekrutacją pacjentów, szczególnie w okresie pandemii COVID-19.	Działanie modyfikujące: - 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.

Miejscowość Łódź	06 -03- 2024 ..... Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	INSPEKTOR Katarzyna Stasiak INSPEKTOR ..... oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
	06 -03- 2024 ..... Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Milena Gołus Naczelnik Wydziału Realizacji i Rozliczeń Projektów Społecznych Jarosław Majewski Dyrektor Departamentu Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2027 ..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej[8)] Łukasz Stajuda
	15 -03- 2024 ..... Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Wicemarszałek Województwa Łódzkiego Piotr Adamczyk ..... oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej[8)]

[8)] Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe