

UCHWAŁA NR 7231/23
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
Z DNIA 7 CZERWCA 2023 ROKU

W SPRAWIE:

przyjęcia raportu końcowego z realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD)

NA PODSTAWIE:

art. 14 ust. 1 pkt 2 i art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (t.j.Dz.U.2022.2094 ze zm), art. 48a ust. 13 i 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.Dz.U.2022.2561 ze zm.), Zarząd Województwa Świętokrzyskiego uchwała, co następuje:

§ 1

Przyjmuje się raport końcowy z realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Raport końcowy, o którym mowa w § 1, niezwłocznie:

1) przekazuje się do:

- a) Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie,
- b) Departamentu Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach,
- c) Departamentu Inwestycji i Rozwoju Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach,

2) publikuje się w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach.

§ 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Departamentu Ochrony Zdrowia.

§ 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**MARSZAŁEK
WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO**

ANDRZEJ BĘTKOWSKI
(dokument podpisano elektronicznie)

UZASADNIENIE
do UCHWAŁY Nr 7231/23
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA ŚWIĘTOKRZYSKIEGO
z dnia 7 czerwca 2023 r.

w sprawie przyjęcia raportu końcowego z realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD)

Regionalny Program Zdrowotny w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), zwany dalej Programem, został przyjęty do realizacji przez Zarząd Województwa Świętokrzyskiego Uchwałą Nr 2838/17 z dnia 19 lipca 2017 roku. Pierwotnie Program miał być realizowany w latach 2017 – 2019. Zarząd Województwa Świętokrzyskiego Uchwałami: Nr 3972/18 z dnia 6 czerwca 2018 roku oraz Nr 5223/22 z dnia 27 kwietnia 2022 roku zmienił i wydłużył okres jego realizacji od dnia 1 lutego 2019 roku do dnia 31 marca 2023 roku. Program finansowany był ze środków EFS ujętych w RPO WŚ na lata 2014 – 2020 w ramach Osi 8 „Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo” Działanie 8.2 „Aktywne i zdrowe starzenie się” Poddziałanie 8.2.1 „Przeciwdziałanie przedwczesnemu opuszczeniu rynku pracy przez osoby w wieku aktywności zawodowej”.

W Programie wzięło udział 50 lekarzy, 20 fizjoterapeutów oraz 330 pielęgniarek. Do Programu przystąpiło 540 pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD). Cykl rehabilitacji ukończyło jednak 539 osób z uwagi, że jeden z pacjentów ze względu na pogorszenie stanu zdrowia został wykluczony z Programu.

W wyniku realizacji Programu u 100,0% pacjentów (539 osób), którzy uczestniczyli we wszystkich interwencjach realizowanych w ramach Programu, stwierdzono poprawę sprawności fizycznej i psychicznej. Pacjenci zmienili również swój tryb życia na bardziej aktywny oraz wyeliminowali lub ograniczyli ekspozycję na czynniki ryzyka.

Po zakończeniu realizacji programu polityki zdrowotnej, zgodnie z art. 48a ust. 13 i 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, jednostaka samorządu terytorialnego, która go wdrożyła sporządza raport końcowy z realizacji programu. Raport należy sporządzić w terminie 3 miesięcy od dnia jego zakończenia, zgodnie ze wzorem przyjętym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (Dz.U.2017.2476). Raport końcowy przekazuje się niezwłocznie do Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w Warszawie oraz udostępnia w Biuletynie Informacji Publicznej podmiotu, który realizował Program.

Mając powyższe na uwadze, podjęcie niniejszej uchwały jest w pełni zasadne.

**RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

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

Urząd Marszałkowski Województwa Świętokrzyskiego w Kielcach oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	Regionalny Program Zdrowotny w zakresie kompleksowej rehabilitacji pulmonologicznej w ramach profilaktyki wtórnej u osób w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD)
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2017 - 2019	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 1 lutego 2019 – 31 marca 2023
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾ I Cel główny Programu - Umożliwienie osobom w wieku aktywności zawodowej z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (CRD), osiągnięcia maksymalnej możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej. Kluczowym założeniem Programu była poprawa stanu zdrowia oraz sprawności fizycznej i psychicznej mieszkańców województwa świętokrzyskiego w wieku aktywności zawodowej cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD). Udział w Programie w znaczący sposób wpłynął na zwiększenie świadomości jego uczestników na temat metod rehabilitacji, kontroli czynników ryzyka oraz podniesienia poziomu motywacji do utrzymania zachowań zdrowotnych wyuczonych w trakcie udziału w Programie.	

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.

Do Programu przystąpiło 540 pacjentów leczących się z powodu CRD. Jednak jeden z jego uczestników po 10 dniowym uczestnictwie w zajęciach rehabilitacyjnych, ze względu na nagłe pogorszenie stanu zdrowia i konieczność hospitalizacji, został wykluczony z dalszego udziału w Programie. Cykl interwencji realizowanych w ramach Programu ukończyło 539 pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD).

Pacjenci uczestniczący w Programie w trakcie 3- tygodniowego turnusu rehabilitacyjnego pod kierunkiem wykwalifikowanego personelu medycznego zmierzali do osiągnięcia maksymalnej sprawności fizycznej i psychicznej. Turnus rehabilitacyjny uwzględniał indywidualne potrzeby, aktualny stan zdrowia oraz samopoczucia każdego pacjenta. Obejmował on techniki z zakresu fizykoterapii i kinezyterapii, w tym ćwiczenia oddechowe, drenaż ułożeniowy, wibracje i oklepywanie klatki piersiowej, trening wydolnościowy czy ogólnokondycyjny. Każdy pacjent uczestniczył również w 5-godzinnym szkoleniu, którego zakres obejmował szeroko rozumianą edukację na temat konieczności wprowadzenia i modyfikacji zachowań zdrowotnych oraz uświadomienie korzyści jakie płyną ze zmiany nawyków żywieniowych, wdrożenie odpowiednio dobranej aktywności fizycznej, a także ograniczenie czynników ryzyka tj. palenia papierosów czy spożywania alkoholu. Każdy z pacjentów odbył również indywidualne spotkanie z psychologiem, w trakcie którego nabywał umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z obciążeniem przewlekłą chorobą.

Analiza testów przeprowadzonych u każdego pacjenta po zakończeniu udziału w turnusie rehabilitacyjnym oraz analiza wyników rocznego monitorowania funkcjonowania i samopoczucia pacjenta wykazała, że u 100,0% pacjentów (539 osób), którzy uczestniczyli we wszystkich interwencjach realizowanych w ramach Programu stwierdzono poprawę sprawności fizycznej i psychicznej.

Cel został osiągnięty.

II Cele szczegółowe:

1. Poprawa dostępu do rehabilitacji pulmonologicznej na terenie województwa świętokrzyskiego dla osób z CRD polegająca na możliwości przystąpienia do rehabilitacji przynajmniej 2 krotnie szybciej niż w przypadku placówek świadczących rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych oraz możliwość realizacji procedur możliwych w ramach świadczeń gwarantowanych tylko do realizacji w warunkach rehabilitacji na oddziale stacjonarnym lub sanatorium.

Przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), do których należą m.in. astma oskrzelowa, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), rozstrzenie oskrzeli czy rozedma płuc stanowią istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Obecne wytyczne Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc mówią o zaletach łączenia, w procesie leczenia pacjentów z CRD, farmakoterapii z indywidualnie dobraną rehabilitacją oddechową. Korzyści płynące z podejmowania takich działań to m.in.: poprawa wydolności oddechowej, zmniejszenie uczucia duszności, zmniejszenie częstości hospitalizacji i ogólna poprawa jakości życia pacjentów. Niestety dostępność do wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej jest w Polsce w znacznym stopniu ograniczona. Zapotrzebowanie na rehabilitację pulmonologiczną jest większe, niż możliwości prowadzących ją podmiotów leczniczych. Jednocześnie w województwie świętokrzyskim nie ma oddziału rehabilitacji pulmonologicznej, w którym pacjenci mogliby uzyskać kompleksową rehabilitację połączoną z edukacją i innymi formami wsparcia.

Z analizy dokumentów zgromadzonych w trakcie realizacji Programu wynika, że okres oczekiwania na podjęcie rehabilitacji od momentu złożenia skierowania i wyrażenia chęci udziału w Programie nie przekraczał średnio 2 tygodni. W tym samym czasie średni okres oczekiwania na rehabilitację ambulatoryjną finansowaną ze środków publicznych (NFZ) w podmiotach leczniczych mających swoją siedzibę na terenie województwa świętokrzyskiego wynosił powyżej 3 miesięcy.

Cel został osiągnięty.

2. Poprawa stanu zdrowia osób z CRD przejawiająca się stwierdzalnym zwiększeniem się ruchomości stawowej, zdolności do wysiłku, duszności i poczucia lepszego samopoczucia.

Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD) są mało aktywni fizycznie. Głównym czynnikiem ograniczającym ich zdolność wysiłkową jest duszność, która powoduje unikanie wszelkiej aktywności, co w konsekwencji prowadzi do ograniczenia ruchomości stawowej, pogorszenia zdolności wysiłkowej, pogorszenia jakości życia tych pacjentów oraz pogorszenia ich samopoczucia.

Udział we wszystkich formach wsparcia, w tym w 3 – tygodniowym turnusie rehabilitacyjnym przyczynił się do poprawy sprawności fizycznej i psychicznej uczestników Programu, w szczególności poprawy zdolności wysiłkowej, zwiększenia ruchomości stawowej, zmniejszenia duszności oraz poprawy jakości życia. Analiza testów przeprowadzonych u każdego pacjenta po zakończeniu udziału w turnusie rehabilitacyjnym oraz analiza wyników rocznego monitorowania funkcjonowania i samopoczucia pacjenta wykazała, że u 100,0% pacjentów (539 osób), którzy uczestniczyli we wszystkich interwencjach realizowanych w ramach Programu stwierdzono:

✓ poprawę sprawności fizycznej i psychicznej,

- ✓ poprawę jakości życia oraz
- ✓ zmianę trybu życia na bardziej aktywny.

Cel został osiągnięty.

3. Podniesienie kwalifikacji personelu medycznego zaangażowanego w proces rehabilitacji osób z CRD (szkolenia, materiały dydaktyczne).

W ramach Programu przeprowadzono:

- 1) 33 pięciogodzinne szkolenie dla personelu pielęgniarskiego, w których udział wzięło 330 osób (321 pielęgniarek i 9 pielęgniarzy). Zakres szkolenia obejmował: zasady kierowania i kwalifikacji do programu rehabilitacji pulmonologicznej, zasady monitorowania oraz oceny efektywności, korzyści płynące z udziału pacjenta w szkoleniu, promocji programu wśród pacjentów, promocji programu wśród lekarzy, budowanie motywacji pacjentów do podejmowania rehabilitacji, schemat współpracy i obiegu dokumentacji między oddziałami szpitalnymi, poradniami specjalistycznymi a podstawową opieką zdrowotną i koordynatorem projektu.
- 2) 10 trzygodzinnych szkoleń dla lekarzy, w których udział wzięło 50 osób (20 lekarek i 30 lekarzy). Zakres szkolenia obejmował: prewencję oraz leczenie w przypadku pogorszenia się stanu pacjenta, cel zadań i korzyści płynących z zastosowania rehabilitacji w chorobach płuc, założenia oraz budowę programu, zasady kierowania i kwalifikacji do programu rehabilitacji pulmonologicznej, zasady monitorowania oraz oceny efektywności, korzyści płynących z udziału pacjenta w szkoleniu, promocji programu wśród pacjentów, promocji programu wśród lekarzy, budowanie motywacji pacjentów do podejmowania rehabilitacji, schemat współpracy i obiegu dokumentacji między oddziałami szpitalnymi, poradniami specjalistycznymi a podstawową opieką zdrowotną i koordynatorem projektu.
- 3) 4 pięciogodzinne szkolenia dla fizjoterapeutów, w których udział wzięło 20 osób (17 fizjoterapeutek i 3 fizjoterapeutów). Zakres szkolenia obejmował: prewencję oraz postępowanie w przypadku pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, znaczenie fizjoterapii oddechowej, zasady doboru metod i środków w rehabilitacji pulmonologicznej.

Analiza wyników wykazała, że u 100,0% uczestników szkoleń (400 pracowników medycznych) zanotowano wzrost poziomu wiedzy.

Cel został osiągnięty.

4. Częstsze kierowanie pacjentów z CRD do rehabilitacji jako integralnej części leczenia, przez lekarzy prowadzących poprzez zwiększenie ich świadomości nt. znaczenia tej formy terapii (uzyskanej dzięki szkoleniom, czego miernikiem będzie liczba skierowań na rehabilitację pacjentów z CRD).

Przeprowadzone szkolenia dla pracowników medycznych miały istotny wpływ na zwiększenie świadomości personelu medycznego na temat znaczenia rehabilitacji oddechowej w procesie leczenia osób cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD). W trakcie szkoleń jego uczestnicy uzyskali szczegółową wiedzę dotyczącą korzyści płynących z wdrożenia indywidualnie dobranych form fizjoterapii celem wsparcia leczenia farmakologicznego osób z przewlekłymi chorobami układu oddechowego.

Uzyskana w trakcie szkolenia wiedza dotycząca możliwości kierowania pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego na rehabilitację pulmonologiczną, jak również przekazanie personelowi medycznemu materiałów dla pacjentów informujących o korzyściach płynących z udziału w Programie, w istotny sposób przełożyła się na zwiększenie liczby skierowań na rehabilitację pulmonologiczną wystawionych, w trakcie trwania Programu, pacjentom w wieku aktywności zawodowej cierpiącym na przewlekłe choroby układu oddechowego.

Cel został osiągnięty.

5. Częstsze informowanie pacjentów oddziałów szpitalnych i POZ leczących się z powodu CRD o możliwościach wspomagania leczenia przez rehabilitację, o korzyściach zdrowotnych i finansowych takiej rehabilitacji, przez personel medyczny który dzięki szkoleniom uzyska zwiększenie ich świadomości nt. znaczenia tej formy terapii (uzyskanej dzięki szkoleniom, czego miernikiem będzie liczba skierowań na rehabilitację pacjentów z CRD).

Przeprowadzone szkolenia dla pracowników medycznych miały istotny wpływ na zwiększenie świadomości personelu medycznego na temat znaczenia rehabilitacji oddechowej w procesie leczenia osób cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD). Uzyskana w trakcie szkolenia wiedza wraz z przekazanymi materiałami edukacyjnymi w istotny sposób przełożyła się na częstsze informowanie pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego na temat możliwości wspierania leczenia farmakologicznego indywidualnie dobraną rehabilitacją oraz zwiększenie liczby skierowań na rehabilitację pulmonologiczną wystawionych w trakcie trwania Programu pacjentom w wieku aktywności zawodowej cierpiącym na przewlekłe choroby układu oddechowego.

Cel został osiągnięty.

6. Podniesienie poziomu wiedzy członków rodzin i/lub opiekunów pacjentów z CRD na temat choroby i postępowania w niej, zwiększenie świadomości znaczenia aktywności ruchowej u w/w (szkolenia, materiały dydaktyczne).

Program przewidywał nieobowiązkowe szkolenia dla rodzin pacjentów. Zakładano, że będą one obejmowały edukację członków rodziny lub opiekunów pacjenta m.in. w zakresie: strategii oddychania (oddychanie przez „zasznurowane usta”, oddech czynny, oddychanie przeponowe, koordynowanie rytmicznego oddychania), prawidłowej czynności płuc, prawidłowego stosowania leków i tlenu, technik toalety drzewa oskrzelowego, korzyści z ćwiczeń i utrzymania aktywności fizycznej, prawidłowego odżywiania, zapobiegania i leczenia zaostrzeń choroby, a także radzenia sobie z przewlekłą chorobą płuc, w tym panowania nad lękiem i napadami paniki. Realizacja przedmiotowego celu prowadzona była poprzez zobowiązanie pacjentów uczestniczących w szkoleniu do przekazania wiedzy oraz otrzymanych materiałów edukacyjnych członkom swoich rodzin.

Cel nie był monitorowany.

7. Poprawa kontroli czynników ryzyka u chorych z CRD, polegająca na eliminowaniu lub znaczącym ograniczeniu ekspozycji na czynniki ryzyka: 1) alergeny (stwierdzenie ograniczenia lub wyeliminowanie ekspozycji/zmiana otoczenia, zaniechanie spożywania produktów alergizujących); 2) bierne palenie tytoniu (stwierdzenie ograniczenia lub wyeliminowanie ekspozycji/zmiana otoczenia); 3) dietę i żywienie (wprowadzenie modyfikacji diety, eliminacja produktów wysokoprzetworzonych, wysokocukrowych, wysokotłuszczowych, wprowadzenie do diety warzyw, owoców, ograniczenie/wyeliminowanie nikotyny, alkoholu, kofeiny); 4) narażenie na zawodowe czynniki ryzyka (dostosowanie stanowiska pracy do potrzeb: maski ochronne, odzież ochronna, siedziska itp.); 5) palenie tytoniu (min. ograniczenie palenia o 50%); 6) zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego (zwiększenie czasu przebywania w środowisku o mniejszym zanieczyszczeniu: park, las, wieś o 50% w stosunku do stanu sprzed przystąpienia do projektu); 7) zanieczyszczenia powietrze w pomieszczeniach mieszkalnych (palenie w domu, wietrzenie pomieszczeń, wietrzenie pościeli, unikanie palenia w piecu węglowym – poprawa o 50% w stosunku do stanu sprzed przystąpienia do projektu).

Kontrola zakresu eliminowania lub ograniczania przez pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego ekspozycji na czynniki ryzyka prowadzona była w okresie 1 roku od zakończenia udziału w turnusie rehabilitacyjnym. W trakcie spotkania oraz kontaktów telefonicznych i e-mailowych weryfikowano czy pacjent:

- ✓ ograniczył lub wyeliminował ekspozycję na czynniki ryzyka poprzez zmianę otoczenia, zaniechanie spożywania produktów alergizujących,
- ✓ ograniczył lub wyeliminował ekspozycję na bierne palenie tytoniu,
- ✓ wprowadził modyfikację diety, wyeliminował produkty przetworzone, wysokocukrowe, wysokotłuszczowe, wprowadził do diety więcej warzyw i owoców,
- ✓ ograniczył lub wyeliminował palenie papierosów (przynajmniej o 50%),
- ✓ ograniczył lub wyeliminował kofeinę (rezygnacja lub zmniejszenie ilości wypitych filiżanek kawy),
- ✓ dostosował warunki swojej pracy poprzez noszenie masek i odzieży ochronnej oraz stosowanie odpowiedniego siedziska,
- ✓ zwiększył okres czasu przebywania na świeżym powietrzu w lesie lub na wsi o 50% w stosunku do czasu sprzed udziału w Programie,
- ✓ zwiększył częstość wietrzenia pomieszczeń, ograniczył palenie w pomieszczeniach, zwiększył częstość wietrzenia pościeli, ograniczył palenie w piecu węglowym.

Analiza otrzymanych wyników wykazała, że 100,0% pacjentów (539 osób) uczestniczących we wszystkich interwencjach realizowanych w ramach Programu, wyeliminowało lub ograniczyło czynniki ryzyka oraz zmieniło swój tryb życia na bardziej aktywny.

Cel został osiągnięty.

8. Podniesienie poziomu motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie programu zachowań zdrowotnych i przekształcenie ich w nawyki i postawy zdrowotne poprzez działania edukacyjne, zaprezentowanie wyników po zakończeniu programu oraz monitoring zachowań zdrowotnych w ciągu roku od zakończenia programu.

W trakcie Programu każdy pacjent otrzymał indywidualne zalecenia fizjoterapeutyczne oraz uzyskał kompleksową wiedzę dotyczącą m.in. aktywności fizycznej, odżywiania oraz konieczności eliminowania czynników ryzyka. Działania te pozwoliły na zwiększenie świadomości zdrowotnej pacjentów cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD) oraz podniesienia poziomu motywacji do utrzymania wyuczonych zachowań zdrowotnych, a następnie przekształcenia ich w nawyki.

Analiza otrzymanych wyników wykazała, że 100,0% pacjentów (539 osób) uczestniczących we wszystkich interwencjach realizowanych w ramach Programu zadeklarowało kontynuowanie zmian w zakresie prawidłowych zachowań zdrowotnych.

Cel został osiągnięty.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Interwencja	Nazwa populacji	Wynik
szkolenie 5 godzinne dla pacjentów	Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD) zakwalifikowani do udziału w Programie.	W szkoleniu wzięło udział 540 pacjentów cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego.
szkolenie 3 godzinne dla lekarzy	Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, oddziałów chorób płuc, oddziałów chorób wewnętrznych, oddziałów kardiologicznych.	Przeszkolono 50 lekarzy.
szkolenie 5 godzinne dla pielęgniarek	Pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, oddziałów oraz poradni chorób płuc.	Przeszkolono 330 osób w tej grupie zawodowej.
szkolenie 5 godzinne dla fizjoterapeutów	Fizjoterapeuci, którzy w swojej pracy posiadają kontakt z pacjentami cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego.	Przeszkolono 20 fizjoterapeutów.
testy diagnostyczne	Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD) zakwalifikowani do udziału w Programie.	Wykonano 1 079 następujących testów diagnostycznych: 1. funkcjonalno-korytarzowych, ruchomości zgięciowej i rotacyjnej kręgosłupa, ruchomości oddechowej klatki piersiowej, skali Borga (ocena zmęczenia odczuwalnego podczas obciążenia wysiłkiem), skali MRC (ocena nasilenia duszności), 2. jakości życia – standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia, dotyczący m.in. zdrowia psychicznego oraz zdolności do samoopieki, 3. zachowań zdrowotnych - standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia uwzględniający palenie tytoniu i odżywianie, 4. innych – wywiad, w tym socjalny oraz rozumienie przekazów zdrowotnych „health literacy”, gdzie poddaje się analizie wiedzę na temat choroby i konieczności samoopieki, rodzaj podejmowanych zachowań zdrowotnych, korzystanie z badań profilaktycznych, uczęszczanie na wizyty lekarskie, stosowanie się do zaleceń lekarskich.
3 - tygodniowy turnus rehabilitacyjny (15 dni) obejmujący zabiegi fizykoterapii oraz kinezyterapii	Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), którzy zostali zakwalifikowani do udziału w Programie.	Do 3 tygodniowego turnusu rehabilitacyjnego zakwalifikowanych zostało 540 pacjentów. Cykl rehabilitacji ukończyło 539 osób. Jeden pacjent, z uwagi na pogorszenie stanu zdrowia, został wykluczony z dalszego udziału w Programie.
spotkanie z psychologiem	Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), którzy zostali zakwalifikowani do udziału w Programie.	W spotkaniu z psychologiem udział wzięło 540 pacjentów. Spotkanie terapeutyczne obejmowało porady dotyczące sposobów radzenia sobie ze stresem i problemami jakie przeszkadzają pacjentowi w realizacji zaleceń oraz udzielenie wsparcia emocjonalnego.
spotkanie edukacyjne	Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), którzy zostali zakwalifikowani do udziału w Programie.	W spotkaniu edukacyjnym udział wzięło 540 pacjentów. Edukacja pacjentów obejmowała porady dietetyczne oraz promocję i profilaktykę zdrowotną.
monitorowanie przez edukatorów funkcjonowania i samopoczucia pacjentów oraz stosowania otrzymanych zaleceń, a także efektów rehabilitacji	Pacjenci cierpiący na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD), którzy zakończyli udział w 3 tygodniowym turnusie rehabilitacyjnym.	Współpraca edukatora z pacjentem obejmowała 1 spotkanie oraz 5 rozmów telefonicznych i 5 kontaktów e-mailowych, które odbywały się po zakończonym turnusie rehabilitacyjnym. Monitorowaniem objęto 539 pacjentów.

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

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

wyniki monitorowania:

l.p.	miernik	planowany poziom osiągnięcia	poziom osiągnięty na koniec każdego roku kalendarzowego						
			2019	2020	2021	2022	03.2023	razem	
								liczba	%
1	2	3	4	5	6	7	8=3+4+5+6+7	9=8/2	
1	łączna liczba osób uczestnicząca w RPZ, w tym:	940	178	367	351	44	0	940	100,0%
1a	pacjenci z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (CRD)	540	56	252	231	1	0	540	100,0%
1b	lekarze	50	20	20	10	0	0	50	100,0%
1c	pielęgniarki	200	100	90	110	30	0	330	165,0%
1d	fizjoterapeuci	150	2	5	0	13	0	20	13,3%
1e	członkowie rodziny / opiekunowie pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (CRD)	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
2	liczba pacjentów wykluczonych z RPZ w związku z wystąpieniem przeciwwskazań wskazanych w RPZ (kolumna 9 stanowi odsetek pacjentów w łącznej liczbie pacjentów uczestniczących w RPZ)	0	1	0	0	0	0	1	0,2%
3	liczba osób, które z własnej woli zrezygnowały z udziału w RPZ w trakcie jego realizacji (kolumna 9 stanowi odsetek osób w łącznej liczbie osób uczestniczącej w RPZ)	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
3a	liczba pacjentów, którzy z własnej woli zrezygnowali z udziału w RPZ w trakcie jego realizacji (kolumna 9 stanowi odsetek pacjentów w łącznej liczbie pacjentów uczestniczących w RPZ)	0	0	0	0	0	0	0	0,0%

wyniki ewaluacji:

l.p.	mierniki efektywności	planowany poziom osiągnięcia	poziom osiągnięty na koniec każdego roku kalendarzowego						
			2019	2020	2021	2022	03.2023	razem	
								liczba	%
1	2	3	4	5	6	7	8=3+4+5+6+7	9=8/2	
1	Liczba pacjentów, która wzięła udział w 5 godzinnym szkoleniu	540	56	252	231	1	0	540	100%

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.

2	Liczba pacjentów, u których w wyniku udziału w szkoleniu, zanotowano wzrost poziomu wiedzy na temat: czynności płuc, strategii oddychania, stosowania leków i tlenu, technik toalety drzewa oddechowego, korzyści z ćwiczeń i utrzymania aktywności fizycznej, technik oszczędzania energii i upraszczania pracy, prawidłowego odżywiania i unikania czynników podrażniających, zapobiegania i wczesnego leczenia zaostrzeń choroby, podróży, radzenia sobie z przewlekłą chorobą płuc oraz panowania nad lękiem i napadami paniki, w tym technik relaksacyjnych i radzenia sobie ze stresem	540	56	252	231	1	0	540	100%
3	Odsetek pacjentów, u których w wyniku udziału w szkoleniu, zanotowano wzrost poziomu wiedzy w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w szkoleniu w ramach RPZ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	x
4	Liczba członków rodziny / opiekunów pacjenta z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (CRD), która wzięła udział w szkoleniu	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
5	Liczba członków rodziny / opiekunów pacjenta z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (CRD), u których w wyniku udziału w szkoleniu zanotowano wzrost poziomu wiedzy	0	0	0	0	0	0	0	0,0%
6	Odsetek członków rodziny / opiekunów pacjenta z przewlekłymi chorobami układu oddechowego (CRD), u których w wyniku udziału w szkoleniu, zanotowano wzrost poziomu wiedzy w stosunku do ich liczby uczestniczącej w szkoleniu w ramach RPZ	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	x
7	Liczba pracowników medycznych, która wzięła udział w szkoleniu	400	122	115	120	43	0	400	100%
8	Liczba pracowników medycznych, u których w wyniku udziału w szkoleniu, zanotowano wzrost poziomu wiedzy	400	122	115	120	43	0	400	100%
9	Odsetek pracowników medycznych, u których w wyniku udziału w szkoleniu, zanotowano wzrost poziomu wiedzy w stosunku do liczby personelu medycznego uczestniczącego w szkoleniu w ramach RPZ	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	0,0%	100,0%	x
10	Liczba pacjentów, u których stwierdzono poprawę sprawności fizycznej i psychicznej	540	0	55	252	231	1	539	99,8%
11	Odsetek pacjentów, u których stwierdzono poprawę sprawności fizycznej i psychicznej w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w RPZ	100,0%	0,0%	98,2%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	x
12	Liczba pacjentów, którzy w wyniku udziału w RPZ wyeliminowali / ograniczyli czynniki ryzyka	540	0	55	252	231	1	539	99,8%
13	Odsetek pacjentów, którzy w wyniku udziału w RPZ wyeliminowali / ograniczyli czynniki ryzyka w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w RPZ	100,0%	0,0%	98,2%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	x
14	Liczba pacjentów, którzy w wyniku udziału w RPZ zmienili tryb życia na bardziej aktywny oraz mają motywację do kontynuowania aktywności fizycznej	540	0	55	252	231	1	539	99,8%
15	Odsetek pacjentów, którzy w wyniku udziału w RPZ zmienili tryb życia na bardziej aktywny oraz mają motywację do kontynuowania aktywności fizycznej w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w RPZ	100,0%	0,0%	98,2%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	x
16	Liczba pacjentów, którzy w wyniku udziału w RPZ deklarujących stałą zmianę dotychczasowych zachowań zdrowotnych	540	0	55	252	231	1	539	99,8%
17	Odsetek pacjentów, którzy w wyniku udziału w RPZ deklarujących stałą zmianę dotychczasowych zachowań zdrowotnych w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w RPZ	100,0%	0,0%	98,2%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	x
18	Liczba pacjentów, u których w wyniku udziału w RPZ nastąpiła poprawa jakości życia	540	0	55	252	231	1	539	99,8%

19	Odsetek pacjentów, u których w wyniku udziału w RPZ nastąpiła poprawa jakości życia w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w RPZ	100,0%	0,0%	98,2%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	x
20	Liczba pacjentów uczestniczących w RPZ, którzy korzystają z rehabilitacji oddechowej	540	0	55	252	231	1	539	99,8%
21	Odsetek pacjentów uczestniczących w RPZ, którzy korzystają z rehabilitacji oddechowej w stosunku do liczby pacjentów uczestniczących w RPZ	100,0%	0,0%	98,2%	100,0%	100,0%	100,0%	99,8%	x

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019 rok			łączny koszt realizacji – 228 656,43 zł						
Źródło finansowania ⁵⁾		Wydatki bieżące			Wydatki majątkowe				
1. dofinansowanie EFS		101 805,90			82 910,29				
2. dofinansowanie budżetu państwa		5 947,02			4 843,22				
3. budżet jst		33 150,00			0,00				
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2020 rok			łączny koszt realizacji – 277 907,70 zł						
Źródło finansowania		Wydatki bieżące			Wydatki majątkowe				
1. dofinansowanie EFS		262 351,94			0,00				
2. dofinansowanie budżetu państwa		15 356,56			0,00				
3. budżet jst		199,20			0,00				
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021 rok			łączny koszt realizacji – 348 385,37 zł						
Źródło finansowania		Wydatki bieżące			Wydatki majątkowe				
1. dofinansowanie EFS		328 895,86			0,00				
2. dofinansowanie budżetu państwa		19 350,89			0,00				
3. budżet jst		138,62			0,00				
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2022 rok			łączny koszt realizacji – 147 387,77 zł						
Źródło finansowania		Wydatki bieżące			Wydatki majątkowe				
1. dofinansowanie EFS		75 891,93			0,00				
2. dofinansowanie budżetu państwa		4 465,18			0,00				
3. budżet jst		67 030,66			0,00				
Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2023 rok			łączny koszt realizacji – 2 339,45 zł						
Źródło finansowania		Wydatki bieżące			Wydatki majątkowe				
1. dofinansowanie EFS		2 206,13			0,00				
2. dofinansowanie budżetu państwa		129,80			0,00				
3. budżet jst		3,52			0,00				

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

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

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej - łączny koszt realizacji – 1 004 676,72 zł		
Zródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. dofinansowanie EFS	771 151,76	82 910,29
2. dofinansowanie budżetu państwa	45 249,45	4 843,22
3. budżet jst	100 522,00	0,00
Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej ⁶⁾		
świadczenie zdrowotne		koszt jednostkowy w zł w przeliczeniu na 1 uczestnika programu
Edukacja pacjenta		59,26 zł
Wizyta u psychologa		33,33 zł
Koszt 3 - tygodniowego turnusu rehabilitacyjnego obejmującego: ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia ruchomości tułowia, trening wydolnościowy w pomieszczeniu, trening marszowy w terenie Normic Walking, drenaż ułożeniowy, wibrację i oklepywanie, inhalacje, elektrostymulację przepony, ćwiczenia relaksacyjne w oparciu o trening Schulza i Jacobsona, kinezyterapię, masaż		535,00 zł
Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ⁷⁾	Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾	
Problem 1: Nieosiągnięcie wskaźnika produktu dotyczącego „Liczby osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie”.	Działanie modyfikujące: Wpływ na zaistniałą sytuację miała pandemia COVID 19. Osoby starsze, powyżej 50 roku życia rezygnowały z udziału w Programie ze względu na strach przed występującym w podmiotach leczniczych podwyższonym ryzykiem zakażenia wirusem SARS-CoV-2. Ze względu na częste schorzenia współistniejące, które towarzyszą chorobom układu oddechowego, obawy pacjentów były uzasadnione. Bowiem dodatkowe zakażenie wirusem SARS-CoV-2 w istotny sposób zwiększało ryzyko powstania powikłań i zgonu pacjentów z przewlekłymi chorobami układu oddechowego. Mając więc na uwadze dobro pacjentów uczestniczących w Programie, realizator przyjął większą liczbę osób poniżej 50 roku życia, które wymagały rehabilitacji umożliwiającej szybki powrót do zdrowia, a tym samym powrót na rynek pracy.	
Problem 2: Nieosiągnięcie wskaźnika rezultatu dotyczącego „Liczby osób, które dzięki interwencji EFS uczestniczyły w turnusach rehabilitacyjnych”.	Działanie modyfikujące: Nieosiągnięcie wskaźnika wynikało z wykluczenia z Programu jednego z jego uczestników, który przystąpił do Programu w dniu 27 sierpnia 2019 r. jednak ze względu na nagłe pogorszenie stanu zdrowia i konieczność hospitalizacji zmuszony był po 10 dniowym uczestnictwie w zajęciach rehabilitacyjnych, kursie edukacyjnym i spotkaniu z psychologiem zakończyć swój udział w Programie z dniem 09 września 2019 roku.	

⁶⁾ 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 rozbięciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

⁷⁾ 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.

⁸⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”

<p>Problem 3: Przeszkolenie 150 fizjoterapeutów.</p>	<p>Działanie modyfikujące: Planowano, że uczestnikami kursów edukacyjnych dla fizjoterapeutów będą osoby zatrudnionych w WSS im. św. Rafała w Czerwonej Górze oraz fizjoterapeuci zatrudnieni w innych podmiotach leczniczych mających swoją siedzibę na terenie województwa świętokrzyskiego. Jednak z uwagi na sytuację epidemiologiczną brak było możliwości zaproszenia na szkolenia fizjoterapeutów z innych podmiotów leczniczych tj. nie będących pracownikami WSS im. św. Rafała w Czerwonej Górze. W związku z powyższym wdrożono działania naprawcze polegające na zmniejszeniu liczby szkoleń oraz liczby przeszkolonych fizjoterapeutów na rzecz zwiększenia liczby szkoleń oraz liczby przeszkolonych pielęgniarek. Wprowadzenie zmian umożliwiło jednocześnie szybsze dotarcie przez personel pielęgniarski (oddziały szpitalne, podstawowa opieka zdrowotna, poradnie specjalistyczne) z informacją na temat Programu do osób cierpiących na przewlekłe choroby układu oddechowego (CRD).</p>	
<p>Kielce miejsowość</p>	<p>29 maja 2023 roku data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Małgorzata Szczudłowska Główny Specjalista Oddział Polityki Zdrowotnej i Zdrowia Publicznego w Departamencie Ochrony Zdrowia</p> <p>w oparciu o sprawozdania złożone przez Departament Wdrażania Europejskiego Funduszu Społecznego UMWS w Kielcach przygotowane w porozumieniu realizatorem Programu – Wojewódzkim Szpitalem Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze.</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>
	<p>7 czerwca 2023 roku data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>Andrzej Bętkowski Marszałek Województwa Świętokrzyskiego</p> <p>/podpisano elektronicznie/</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe