

RAPORT KOŃCOWY

Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

<p style="text-align: center;">Województwo Mazowieckie</p> <p style="font-size: small; text-align: center;">oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<h3 style="margin: 0;">Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</h3>
<p>Nazwa programu polityki zdrowotnej:</p> <p>Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych</p>	
<p>Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: 2019-2022</p>	<p>Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019-2022</p>
<p>Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾</p> <p>Wdrożenie programu było uzasadnione „wytycznymi ESC dotyczącymi postępowania w ostrym zawałe serca z uniesieniem odcinka ST w 2017 roku”, które wskazywały na podejmowanie interwencji wtórnej dotyczącej stylu życia i kontroli czynników ryzyka u pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych. Uzasadnieniem do podjęcia działań we wskazanym problemie zdrowotnym był również fakt, że większość pacjentów w długofalowej perspektywie nie utrzymuje zaleceń lekarskich zarówno w aspekcie stylu życia, jak i właściwej farmakoterapii. Często zdarza się, że pacjenci mają bardzo słaby dostęp do wykształconej kadry medycznej, a przekazywane informacje przez lekarzy są niskiej jakości. Pacjent wychodząc ze szpitala nie wie jak ma postępować i w jakim kierunku zmienić swój styl życia. Ze względu na brak uzyskanych informacji i trudny dostęp do poradnictwa specjalistycznego pacjent pozostaje sam. Do głównych problemów pacjentów po ostrych zespołach wieńcowych zaliczyć można: brak ciągłości opieki nad pacjentem w fazie przewlekłej OZW, po wyjściu ze szpitala, brak koordynacji i realnej współpracy między lekarzami oddziału, lekarzami poradni specjalistycznych a POZ, niskie zaangażowanie pacjentów, spadające wraz z biegiem czasu, w utrzymywanie zaleceń lekarskich, stosowanie suboptymalnego leczenia, zbyt późne włączanie kolejnych elementów leczenia farmakologicznego, niski odsetek pacjentów kierowanych do ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, brak świadomości związanej z większym ryzykiem kolejnych incydentów sercowo-naczyniowych, odstawianie leków przez pacjentów w okresie lepszego samopoczucia.</p> <p>Program od 2019 r. realizowany był przez 3 podmioty:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce; • Szpital Wolski im. dr. Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej; • Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej. <p>Należy zaznaczyć, że Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce rozwiązał umowę za porozumieniem stron, realizując świadczenia w ramach programu do 31 marca 2021 r.</p> <p>Celem głównym programu było zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych, uczestniczących w programie, w latach 2019-2022.</p>	

Celami szczegółowymi były:

1. Wzrost poziomu wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u co najmniej 80% uczestników programu.
2. Zaprzestanie palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) przez co najmniej 50% uczestników programu, którzy palili papierosy przed wystąpieniem OZW – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
3. Podejmowanie aktywności fizycznej przez co najmniej 50% uczestników programu, trwającej minimum 75 min. w tygodniu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
4. Spadek masy ciała o minimum 3%, u co najmniej 25% uczestników programu – wg pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
5. Regularne stosowanie farmakoterapii przez co najmniej 90% uczestników programu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.
6. Zmiana nawyków żywieniowych na prozdrowotne u co najmniej 50% uczestników programu – deklarowana po 12 miesiącach uczestnictwa w programie.

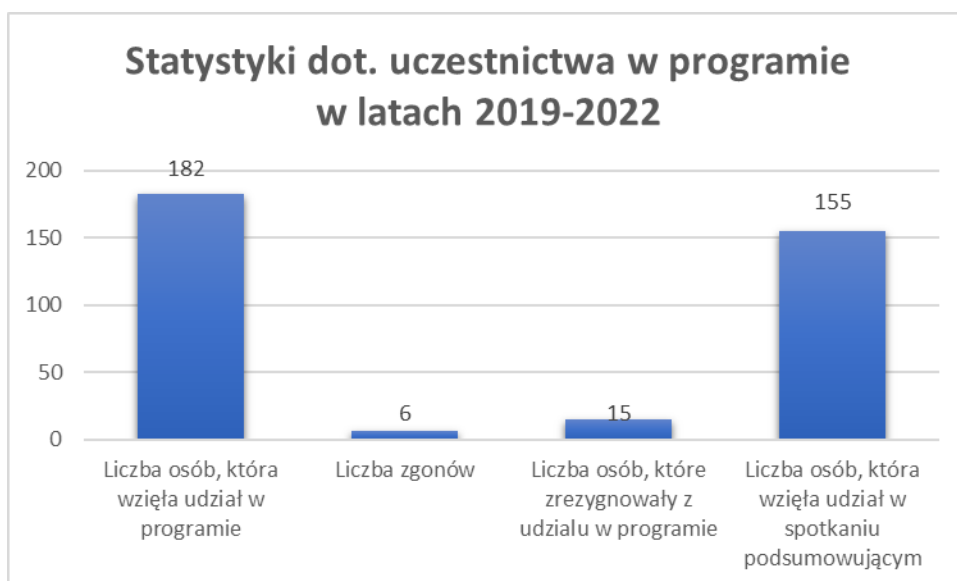
W programie udział brały osoby w trakcie hospitalizacji po OZW oraz osoby, u których w ciągu ostatnich 30 dni kalendarzowych wystąpił epizod OZW. Program zakładał przeprowadzenie interwencji edukacyjno-konsultacyjnej dla jego uczestników. Każdy uczestnik miał zapewnioną opiekę przez okres 12 miesięcy.

Działaniami obligatoryjnymi przewidzianymi w programie były:

- opracowanie z uczestnikiem karty postępowania zdrowotnego;
- działania informacyjno-edukacyjne;
- konsultacje z lekarzem;
- konsultacja rehabilitacyjna;
- konsultacja dietetyczna;
- wsparcie psychologiczne;
- regularny kontakt zdalny z edukatorem zdrowotnym;
- kontakt osobisty z edukatorem zdrowotnym;
- wizyta podsumowująca po 12 miesiącach wsparcia.

Do programu w całym okresie jego trwania **zakwalifikowano i udzielono co najmniej jednej interwencji 182 osobom**. 15 uczestnikom udzielono części świadczeń, ponieważ zrezygnowały one z udziału w programie w różnym momencie jego trwania. Odnotowano również 6 zgonów. W związku z rozwiązaniem umowy przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce, podmiot nie przeprowadził 6 spotkań podsumowujących. **Finalnie program ukończyło 155 osób.**

Rysunek 1. Statystyki dot. uczestnictwa w programie w latach 2019-2022.



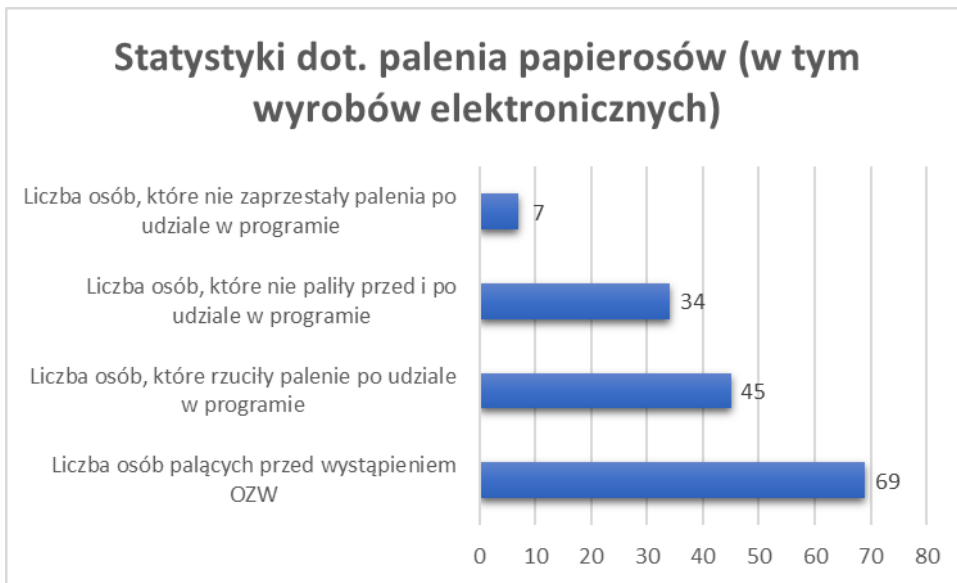
Źródło: Opracowanie własne

Osiągnięciu celów szczegółowych służyło m.in. prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dla uczestników programu. Działania informacyjno-edukacyjne miały za zadanie podnieść poziom wiedzy uczestników programu na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych, miały na celu wyjaśnić główne przyczyny wystąpienia OZW, a także możliwe dalsze skutki i powikłania. Podczas zajęć przedstawione były możliwe do osiągnięcia efekty w przypadku zmiany zachowań zdrowotnych. Należy zaznaczyć, że element edukacyjny realizowany był podczas wszystkich spotkań uczestnika programu z personelem medycznym, zarówno podczas spotkania z edukatorem zdrowotnym, jak i konsultacji z lekarzem, konsultacji rehabilitacyjnej, dietetycznej, podczas spotkań z psychologiem oraz podczas regularnego kontaktu zdalnego z uczestnikiem programu. Personel realizujący program przypominał uczestnikowi zalecenia co do stylu życia, aktywności fizycznej, diety, zaprzestania palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in. oraz eliminacji czynników ryzyka.

Działania informacyjno edukacyjne przeprowadzone zostały u **182 uczestników** programu. **U 153 osób odnotowano wzrost wiedzy (84%)**. Biorąc pod uwagę założony poziom do osiągnięcia (80%), możemy stwierdzić, że **cel szczegółowy nr 1**, tj. wzrost poziomu wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych u co najmniej 80% uczestników programu **został osiągnięty**.

Z udostępnionych przez realizatorów danych wynika, że z 69 osób, które paliły papierosy (w tym wyroby elektroniczne) przed przystąpieniem do programu, **45 osób rzuciło palenie (65%)**. Była to deklaracja uczestników po 12 miesiącach uczestnictwa w programie. Biorąc pod uwagę założony poziom do osiągnięcia (50%), możemy stwierdzić, że **cel szczegółowy nr 2**, tj. zaprzestanie palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) przez co najmniej 50% uczestników programu, którzy palili papierosy przed wystąpieniem OZW **został osiągnięty**.

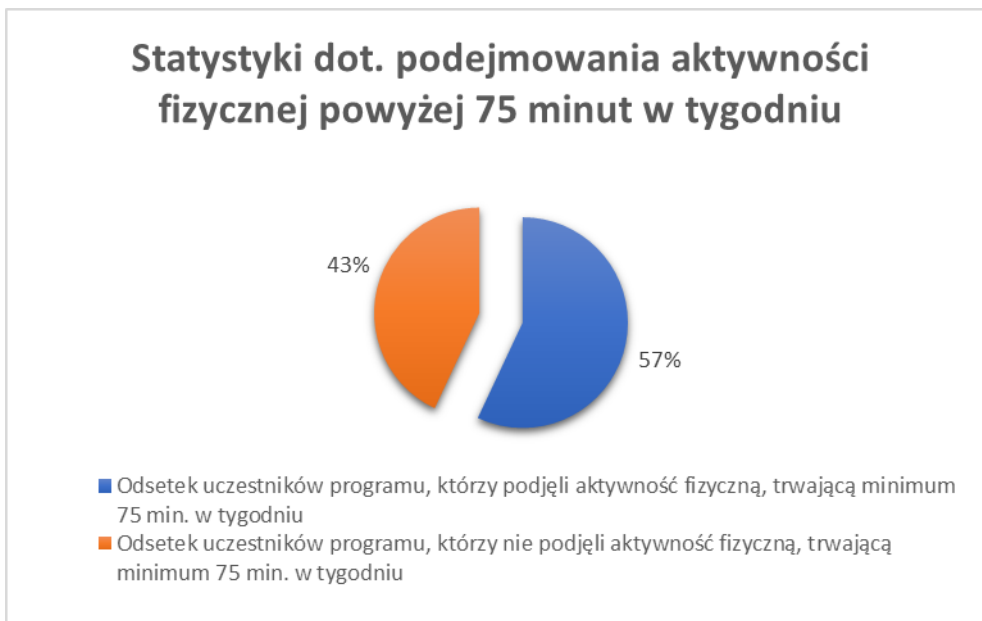
Rysunek 2. Statystyki dot. palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych).



Źródło: Opracowanie własne

88 na 155 osób (57%), które ukończyły udział w programie, po 12 miesiącach udziału w nim deklarowało, że podjęło aktywność fizyczną, trwającą minimum 75 minut w tygodniu. Biorąc pod uwagę założony poziom do osiągnięcia (50%), możemy stwierdzić, że **cel szczegółowy nr 3**, tj.: podejmowanie aktywności fizycznej przez co najmniej 50% uczestników programu, trwającej minimum 75 min. w tygodniu, **został osiągnięty**.

Rysunek 3. Statystyki dot. podejmowania aktywności fizycznej powyżej 75 minut w tygodniu



Źródło: Opracowanie własne

Spadek masy ciała o minimum 3% wg pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie w porównaniu z masą ciała zmierzoną podczas pierwszej wizyty **odnotowano u 60 osób - 39%** wszystkich osób, które ukończyły program. Biorąc pod uwagę założony poziom do osiągnięcia (25%), możemy stwierdzić, że **cel szczegółowy nr 4**, tj. spadek masy ciała o minimum 3%, u co najmniej 25% uczestników programu – wg pomiaru masy ciała dokonanego podczas spotkania podsumowującego, po 12 miesiącach uczestnictwa w programie, **został osiągnięty**.

Regularne stosowanie farmakoterapii zadeklarowało **99% uczestników**, którzy ukończyli program. Tylko 1 na 155 osób nie stosuje regularnie farmakoterapii. Biorąc pod uwagę założony poziom do osiągnięcia (90%), możemy stwierdzić, że **cel szczegółowy nr 5**, tj. regularne stosowanie farmakoterapii przez co najmniej 90% uczestników programu – deklarowane po 12 miesiącach uczestnictwa w programie, **został osiągnięty**.

120 osób (77%) zadeklarowało **zmianę nawyków żywieniowych na prozdrowotne** po 12 miesiącach uczestnictwa w programie. Biorąc pod uwagę założony poziom do osiągnięcia (50%), możemy stwierdzić, że **cel szczegółowy nr 6**, tj. zmiana nawyków żywieniowych na prozdrowotne u co najmniej 50% uczestników programu – deklarowana po 12 miesiącach uczestnictwa w programie, **został osiągnięty**.

Rysunek 4. Statystyki dot. zmiany nawyków żywieniowych.



Źródło: Opracowanie własne

Jak wskazano powyżej **wszystkie cele szczegółowe zostały osiągnięte**. Osiągnięcie celów szczegółowych na wymaganym poziomie przyczyniło się do zrealizowania i **osiągnięcia celu głównego programu**, którym było zwiększenie dostępności do opieki specjalistycznej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych, uczestniczących w programie, w latach 2019-2022. Fakt przyjęcia do programu i udzielenie co najmniej 1 świadczenia 182 osobom świadczy o zwiększeniu dostępności do opieki specjalistycznej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach. Działania przewidziane w programie prowadziły do zahamowania progresji choroby, wydłużenia długości życia i poprawy jego jakości. Świadczyć może o tym fakt, że **tylko u 2 uczestników programu odnotowano ponowny epizod OZW** w ciągu 12 miesięcy uczestnictwa w programie od wystąpienia pierwszego epizodu.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Program zakładał przeprowadzenie interwencji edukacyjno-konsultacyjnych dla osób po ostrych zespołach wieńcowych. Zaplanowane interwencje były działaniami o udowodnionej skuteczności i bezpieczeństwie oraz wynikały z aktualnej wiedzy medycznej. Zostały przygotowane w oparciu o dowody naukowe, zgodnie z piśmiennictwem użytym do opracowania programu. W ramach realizowanych świadczeń udzielano działań edukacyjno-konsultacyjnych, niefinansowanych w takim zakresie przez płatnika publicznego. Interwencje przewidziane w programie stanowiły możliwość uzupełnienia działań finansowanych przez NFZ.

Przed rozpoczęciem pierwszej interwencji realizator zobowiązany był do przeprowadzenia kwalifikacji uczestników do programu, tj. weryfikacji, czy osoba aplikująca do programu spełniała wymagania – przedłożyła realizatorowi wypełniony druk świadomej zgody na udział w programie, mieszkała na terenie województwa mazowieckiego, nie uczestniczyła w tym samym czasie w innym programie o podobnym charakterze, miała ukończone 18 lat oraz była osobą w trakcie hospitalizacji po OZW lub w ciągu ostatnich 30 dni kalendarzowych wystąpił u niej epizod OZW.

W przypadku, gdy osoba aplikująca do programu spełniała ww. wymagania, poddana była interwencjom przewidzianym w programie. Na wstępie każdy z uczestników programu opracowywał wraz z edukatorem zdrowotnym kartę postępowania zdrowotnego - pisemny dokument określający prawa i obowiązki uczestnika programu, w trakcie jego trwania. Dokument zawierał informacje niezbędne dla uczestnika o zalecanych zachowaniach zdrowotnych, konieczności odpowiedniej farmakoterapii, podejmowaniu aktywności fizycznej, zaprzestaniu palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in. oraz możliwości wsparcia przez lekarza lub edukatora zdrowotnego.

Po opracowaniu karty postępowania zdrowotnego, realizator programu organizował dla uczestników działania informacyjno-edukacyjne. Działania informacyjno-edukacyjne prowadzone mogły być przez edukatora zdrowotnego, pielęgniarkę, fizjoterapeutę lub lekarza o specjalności: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne. Działania informacyjno-edukacyjne mogły być rozszerzone dla rodziny i osób najbliższych uczestnika programu. Możliwe było przeprowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych w grupach, nie większych niż 4-osobowe. Podczas tych działań realizator musiał przekazać uczestnikowi/rodzinie/jego najbliższym wiedzę z zakresu:

- roli nawyków, żywienia i aktywności fizycznej w zapobieganiu OZW;
- roli rehabilitacji oraz farmakoterapii w zapobieganiu OZW oraz jej powikłaniom;
- głównych przyczyn wystąpienia OZW oraz jej możliwych skutków i powikłań;
- zwalczania nikotynizmu, unikania czynnego i biernego palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych) i innych wyrobów nikotynowych;
- konieczności ograniczenia spożywania napojów alkoholowych;
- możliwych efektów w przypadku wprowadzenia właściwych zmian w stylu życia;
- sposobów kontroli masy ciała, ciśnienia tętniczego, kontroli stężenia lipidów, glikemii;
- czynników ryzyka wystąpienia OZW i innych chorób układu krążenia;
- organizacji systemu opieki kardiologicznej w Polsce i możliwości uzyskania pomocy, aspekty prawne.

Dodatkowo, zakres wiedzy mógł obejmować inne zagadnienia niż wskazane powyższej w zakresie profilaktyki OZW.

Realizator zobowiązany był do przeprowadzenia badania wśród uczestników, w formie testu, z zakresu OZW. Badanie wiedzy u każdego uczestnika zostało przeprowadzone dwukrotnie: przed rozpoczęciem działań informacyjno-edukacyjnych (pre-test) oraz po ich zakończeniu (post-test). Wynik o co najmniej jeden punkt lepszy w ponownym badaniu wiedzy świadczył o wzroście wiedzy uczestnika programu.

Następnie realizator zapewniał uczestnikowi wizytę u lekarza o specjalizacji: medycyna ogólna lub medycyna rodzinna lub choroby wewnętrzne lub kardiologia lub zdrowie publiczne, podczas której omówione były kwestie m.in. farmakoterapii i zaleceń lekarskich. Lekarz kontrolował stan uczestnika programu i wdrażanie przez niego zasad profilaktyki wtórnej oraz stosowanie farmakoterapii. W razie potrzeby lekarz mógł zlecić odpowiednie badania, zastosować inne metody terapii (poza farmakoterapią) i modyfikować leczenie. Zalecany było aby lekarz kontrolował również glikemię i stężenie lipidów u uczestnika.

Kolejno realizator zapewniał uczestnikowi konsultację rehabilitacyjną z lekarzem rehabilitacji lub fizjoterapeutą. Lekarz rehabilitacji lub fizjoterapeuta przekazywał uczestnikowi programu wiedzę z zakresu:

- rekomendowanej aktywności fizycznej (indywidualnej dla każdego uczestnika);
- minimalnym zalecanym czasie aktywności fizycznej;
- pozytywnego wpływu zwiększania aktywności fizycznej w przypadku siedzącego trybu życia;
- pozytywnego wpływu uczęszczania na zajęcia rekreacyjne;
- ryzyka nawrotu choroby w przypadku zaniechania aktywności fizycznej;
- oczekiwanych rezultatów.

Dodatkowo, zakres wiedzy mógł obejmować inne zagadnienia niż wskazane powyższej, z zakresu omawianej tematyki. Zalecane było aby podczas tej konsultacji został stworzony dla uczestnika programu indywidualny program aktywności fizycznej.

Ponadto realizator zobowiązany był do zorganizowania uczestnikowi programu konsultacji dietetycznej z dietetykiem. Dietetyk przekazywał uczestnikowi programu wiedzę z zakresu:

- dziennej podaży energii, zawartości tłuszczu w diecie, tłuszczów nasyconych, sodu i innych składników;
- oceny nawyków żywieniowych;
- zapoznania z zawartością soli, tłuszczów oraz wody w codziennej żywności;
- ukierunkowania na właściwe wybory żywieniowe;
- wykorzystania strategii zmiany nawyków i przestrzegania zaleceń;
- oczekiwanych rezultatów.

Dodatkowo, zakres wiedzy mógł obejmować inne zagadnienia niż wskazane powyższej, z zakresu omawianej tematyki. Zalecane było aby podczas tej konsultacji został stworzony dla uczestnika programu indywidualny plan żywieniowy.

Realizator zapewniał uczestnikowi także wsparcie psychologiczne, w którego skład wchodziły zajęcia dotyczące motywacji do zmiany. Zajęcia mogły organizowane być w formie warsztatów lub grup wsparcia dla osób uczestniczących w programie, zawierające działania wspierające i motywujące udział w programie i osiągnięcie założonych celów.

Dalsza część udziału w programie polegała na regularnym kontakcie zdalnym i wizytach osobistych uczestnika programu u realizatora. Kontakt zdalny odbywał się 1 raz w miesiącu, kontakt osobisty – 3 razy w ciągu 12 miesięcy uczestniczenia w programie – pierwsza wizyta podczas kwalifikacji do programu, druga wizyta po 6 miesiącach od wystąpienia epizodu OZW, trzecia wizyta jako spotkanie podsumowujące. Kontakt inicjowany był przez edukatora zdrowotnego zgodnie z opracowanym planem postępowania. Podczas każdego kontaktu edukator zdrowotny monitorował podstawowe informacje o stanie zdrowia uczestnika, tj. przyjmowanie leków, regularność wysiłku fizycznego oraz zachowania żywieniowe. Edukator zdrowotny przypominał uczestnikowi zalecenia co do stylu życia, aktywności fizycznej, diety, zaprzestania palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), spożywania alkoholu i in. oraz eliminacji czynników ryzyka. Podczas kontaktu osobistego oprócz ww. informacji edukator zdrowotny sam lub z pomocą upoważnionego personelu zbierał od uczestnika programu podstawowe dane, takie jak m.in. kontrola masy ciała i ciśnienia tętniczego.

Podczas osobistej wizyty uczestnika programu u realizatora, ten zobowiązany był zapewnić uczestnikowi oprócz spotkania z edukatorem zdrowotnym, także wizytę u lekarza, w celu oceny efektów terapii farmakologicznej i stanu jego zdrowia oraz wsparcie psychologiczne, w celu wsparcia i motywacji do udziału w programie. Ewentualne odchylenia od założonego planu były zgłaszane do edukatora zdrowotnego, w celu próby wypracowania zmian. Edukator zdrowotny w razie potrzeby, współpracował na każdym etapie z innym koniecznym personelem medycznym. Uczestnik programu na każdym etapie mógł zwrócić się do edukatora zdrowotnego o pomoc.

Roczna obserwacja oraz współpraca między edukatorem a uczestnikiem programu kończyła się spotkaniem podsumowującym z edukatorem zdrowotnym, lekarzem i osobą udzielającą wsparcia psychologicznego. Podczas tego spotkania przedstawione zostały zalecenia co do dalszego postępowania. Zalecanym było aby realizator skontaktował się z uczestnikiem programu po roku od zakończenia jego udziału w programie, w celu sprawdzenia utrzymywania przez niego zaleceń.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

- Liczba podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w których została udostępniona informacja o możliwości udziału w programie: 107;
- Liczba osób aplikujących do programu: 187;
- Liczba osób, które zakwalifikowano do udziału w programie: 182;
- Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie: 15;
- Liczba zgonów uczestników programu w ciągu 12 miesięcy od wystąpienia epizodu OZW: 6;
- Liczba ponownych epizodów OZW u uczestników programu w ciągu 12 miesięcy od wystąpienia pierwszego epizodu: 2;
- Liczba osób, którym przeprowadzono działania informacyjno-edukacyjne: 182;
- Liczba przeprowadzonych konsultacji rehabilitacyjnych: 181;
- Liczba przeprowadzonych konsultacji dietetycznych: 181;
- Liczba przeprowadzonych konsultacji zdalnych edukatora zdrowotnego z uczestnikami programu: 1676;
- Liczba przeprowadzonych spotkań uczestnika programu z lekarzem: 475;
- Liczba przeprowadzonych spotkań uczestnika programu z edukatorem zdrowotnym: 480;
- Liczba udzielonych wsparć psychologicznych dla uczestnika programu: 493;
- Liczba spotkań podsumowujących po rocznej obserwacji uczestnika programu: 155.

Do programu w całym okresie jego trwania **zakwalifikowano i udzielono co najmniej jednej interwencji 182 osobom**. 15 uczestnikom udzielono część świadczeń, ponieważ zrezygnowały one z udziału w programie w różnym momencie jego trwania. Odnotowano również 6 zgonów. W związku z rozwiązaniem umowy przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce, podmiot nie przeprowadził 6 spotkań podsumowujących.

Finalnie program ukończyło 155 osób.

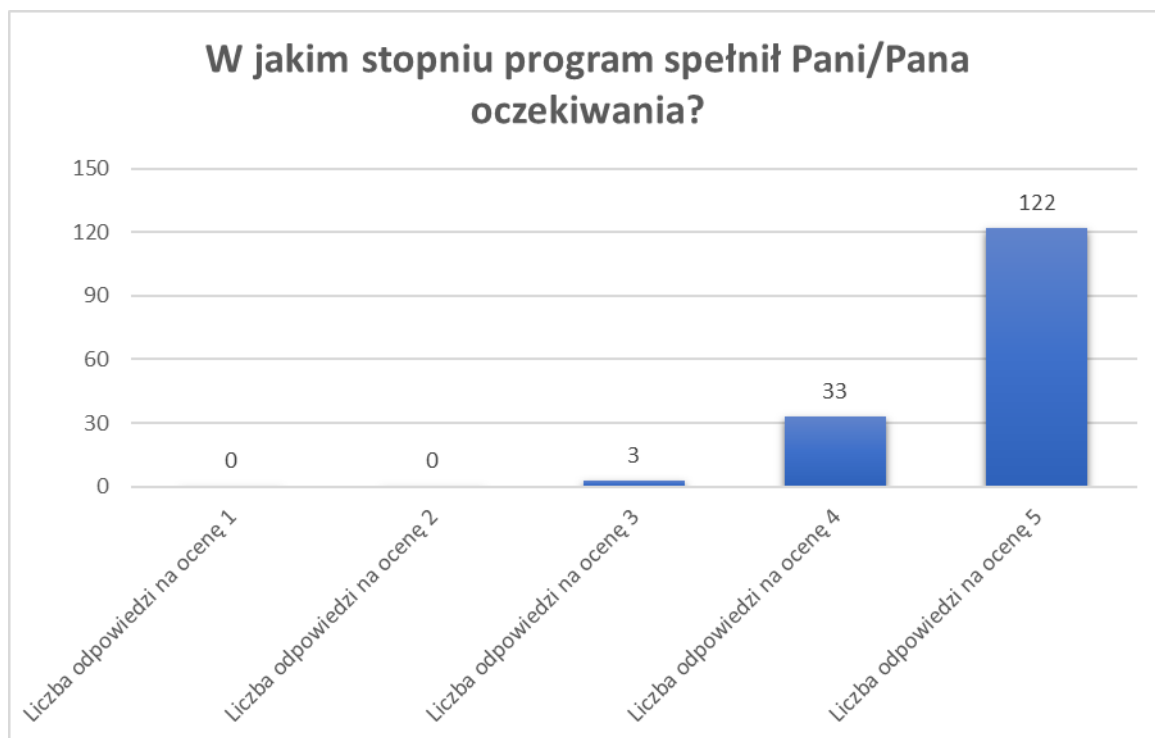
Jakość świadczeń udzielanych w ramach programu oceniana była na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu. Każdy z uczestników, który zakończył udział w programie został poproszony o wypełnienie i przekazanie realizatorowi wypełnionej ankiety satysfakcji.

Ankiety satysfakcji ostatecznie wypełniło 158 osób. 3 osoby, które wypełniły ankiety satysfakcji nie zostały wykazane w punkcie „*Liczba spotkań podsumowujących po rocznej obserwacji uczestnika programu*”, ponieważ jedna z nich została poproszona o wypełnienie kwestionariusza na wizycie podsumowującej, podczas spotkania z edukatorem zdrowotnym ale nie dotarła na spotkanie z psychologiem i lekarzem. Realizator uznał więc, że nie należy wykazywać takiej osoby w tym punkcie ze względu na to, że nie odbyła w pełni zaplanowanego spotkania podsumowującego (z 3 osobami). Podobnie wyglądała sytuacja dwóch kolejnych osób, z którymi przez pewien okres czasu nie było kontaktu, jednak po pewnym czasie skontaktowały się z realizatorem. Realizator przeprowadził procedury objęte programem w tym poprosił o wypełnienie ankiety, jednak nie mógł wykazać ich w danym punkcie ze względu na to, że nie odbyły one w pełni zaplanowanego spotkania podsumowującego.

Ankieta satysfakcji miała na celu poznanie opinii, sugestii oraz uwag uczestników na temat „Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych”. Badanie było anonimowe. W pytaniach, w których należało zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, 1 oznaczało ocenę najniższą, 5 - ocenę najwyższą.

122 osoby oceniły, że program spełnił ich oczekiwania na ocenę 5, 33 osoby zadowolone były ze spełnienia oczekiwań na ocenę 4. Łącznie program spełnił oczekiwania 98% osób. Należy zaznaczyć, że żaden z ankietowanych nie ocenił stopnia spełnienia oczekiwań na ocenę 1 i 2. Szczegółowe dane w tym zakresie przedstawia Rysunek nr 5.

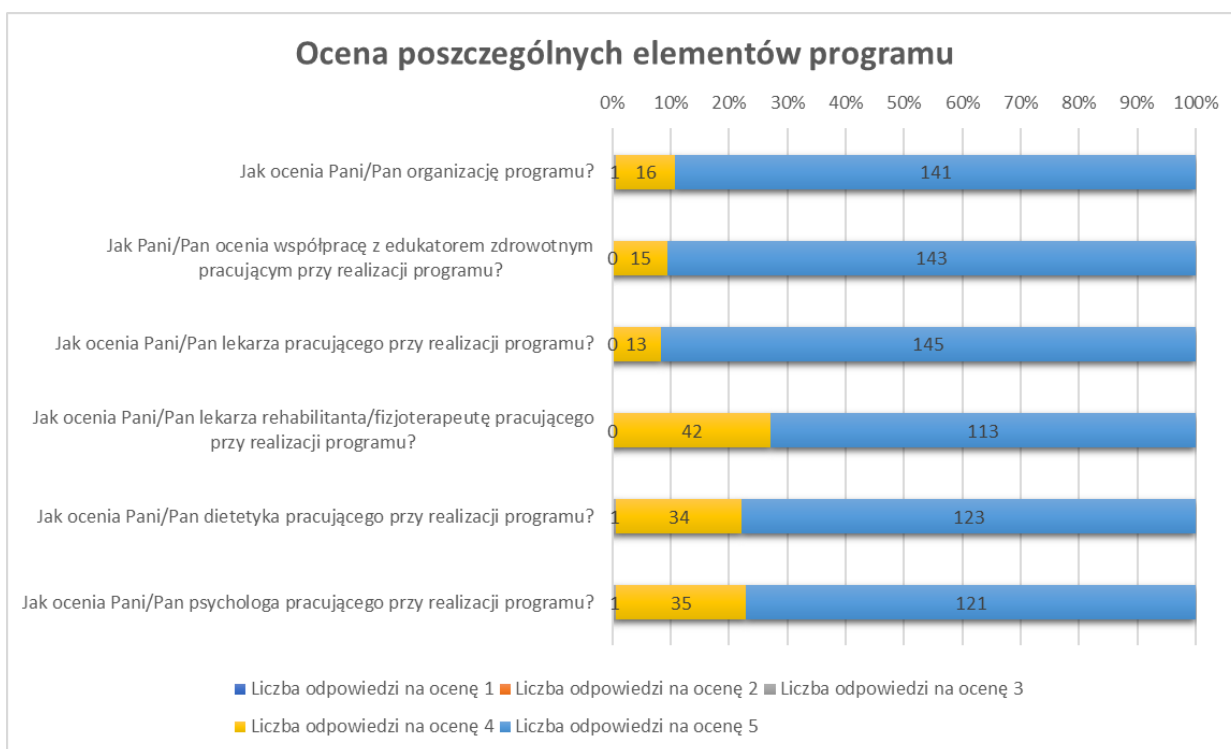
Rysunek 5. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?



Źródło: opracowanie własne

Kolejno uczestnicy zostali poproszeni o ocenienie poszczególnych elementów programu. Od oceny organizacji programu, po ocenę każdej osoby z personelu medycznego udzielającej świadczeń w ramach programu. 141 osób oceniło organizację programu na ocenę 5, a 16 osób na ocenę 4, 1 osoba na ocenę 3. 99% ankietowanych pozytywnie oceniło organizację programu. Z personelu medycznego najlepiej oceniano lekarzy pracujących przy realizacji programu – 145 osób (91,77%) wystawiło ocenę 5, 13 (8,23%) osób ocenę 4. Żaden z ankietowanych uczestników nie wystawił ocen 1-3. Kolejną najlepszą ocenę uzyskał edukator pracujący przy realizacji programu – 143 osoby (90,5%) oceniły edukatora na 5, a 15 (9,5%) osób na 4. Szczegółowe dane na temat ocen poszczególnych elementów programu, w tym oceny pozostałego personelu medycznego - rehabilitanta/fizjoterapeuty, dietetyka i psychologa, przedstawia Rysunek nr 6.

Rysunek 6. Ocena poszczególnych elementów programu.



Źródło: opracowanie własne

Uczestnicy programu pozytywnie ocenili atmosferę panującą w trakcie trwania programu. 154 (97,47%) osoby oceniły atmosferę panującą w trakcie trwania programu na ocenę 5, 4 (2,53%) osoby na ocenę 4. Wszyscy uczestnicy programu poleciliby udział w programie innym osobom (154 osób ocena na 5, 2 osoby ocena na 4, 2 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie). Szczegółowy rozkład ocen przedstawia tabela nr 1.

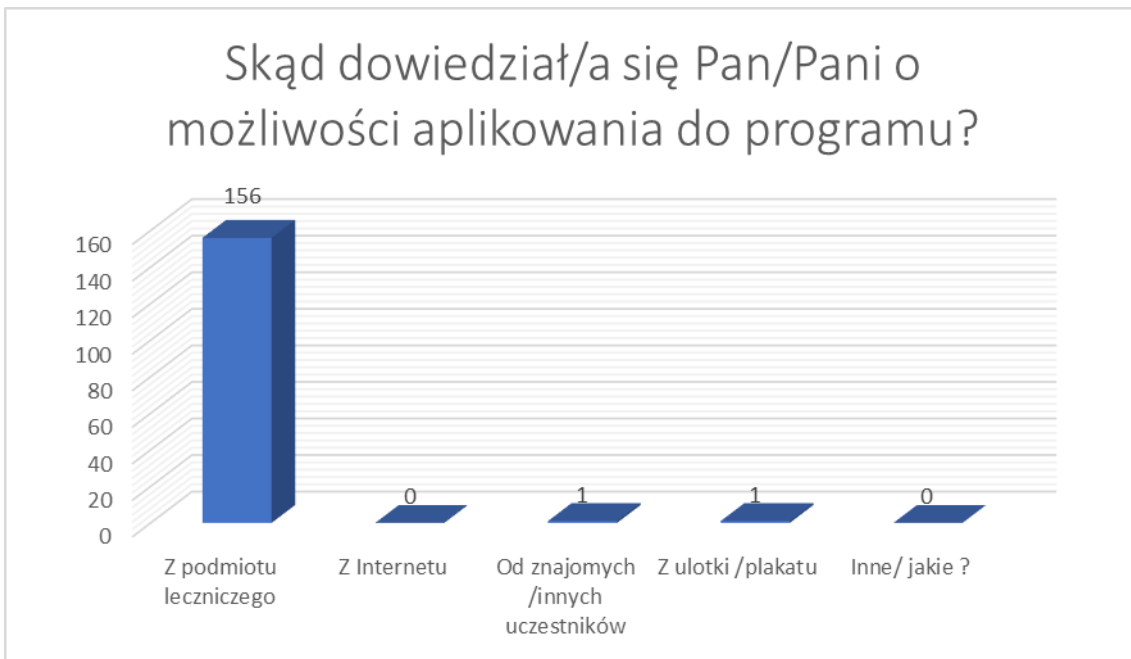
Tabela 1. Rozkład ocen dot. atmosfery panującej w trakcie trwania programu oraz ocena w jakim stopniu uczestnicy poleciliby udział w nim innym osobom.

Treść pytania	Liczba odpowiedzi na ocenę 1	Liczba odpowiedzi na ocenę 2	Liczba odpowiedzi na ocenę 3	Liczba odpowiedzi na ocenę 4	Liczba odpowiedzi na ocenę 5
W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania programu?	0	0	0	4	154
Czy poleciliby/poleciłby Pani/Pan udział w programie innym osobom?	0	0	0	2	154

Źródło: Opracowanie własne

Zdecydowana większość ankietowanych, bo aż 156 osób (98,73%) dowiedziało się o możliwości udziału w programie z podmiotu leczniczego. 1 osoba zdobyła taką wiedzę od znajomego lub innego uczestnika programu oraz również 1 osoba z ulotki/plakatu promującego program. Szczegóły przedstawia Rysunek nr 7.

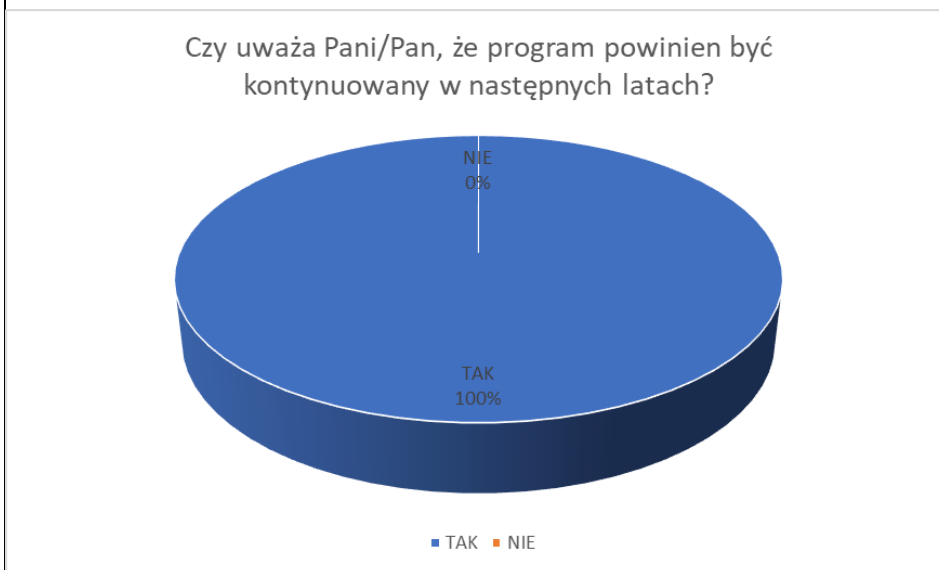
Rysunek 7. Skąd dowiedział/a się Pan/Pani o możliwości aplikowania do programu?



Źródło: Opracowanie własne

100% ankietowanych uważa, że program powinien być kontynuowany w następnych latach (3 osoby nie udzieliły odpowiedzi).

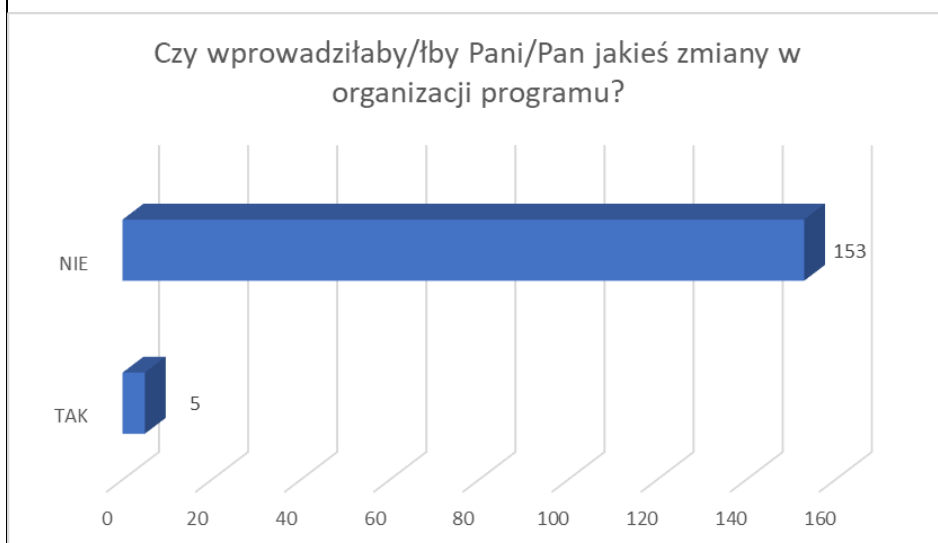
Rysunek 8. Czy uważa Pani/Pan, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?



Źródło: opracowanie własne

153 osoby (96,84%) nie wprowadziłyby żadnych zmian w organizacji programu. 5 osób (3,16%) odpowiedziało, że wprowadziłoby zmiany w programie. Wśród zmian według ankietowanych uczestników powinna znaleźć się możliwość wykonywania badań lekarskich w ramach programu oraz powinna być zwiększona liczba wizyt u poszczególnych specjalistów.

Rysunek 9. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji programu?



Źródło: opracowanie własne

W ankietach satysfakcji pojawiało się bardzo dużo słów pochwały dot. organizacji programu oraz personelu medycznego pracującego przy realizacji świadczeń w ramach programu. Ankietowani składali podziękowania za profesjonalną opiekę, troskę i zaangażowanie. Zadowoleni byli z ułatwionego kontaktu z lekarzem oraz doceniali empatię i wyrozumiałość personelu. Wśród uwag znalazły się także informacje na temat zbyt małej liczby wizyt, zbyt wyszukanych diet, braku kontrolnych badań oraz konieczności zastąpienia części świadczeń kontaktem zdalnym ze względu na wystąpienie pandemii COVID-19.

Wnioski i rekomendacje.

Wniosek nr 1.

Efektywność interwencji w ramach programu należy ocenić pozytywnie. Wszystkie założone w programie cele zostały osiągnięte. Program przyczynił się do zwiększenia dostępności do opieki specjalistycznej w zakresie profilaktyki wtórnej u osób po ostrych zespołach wieńcowych. U uczestników programu osiągnięto zakładany poziom wzrostu wiedzy na temat odpowiednich wzorców zachowań, skutecznych w modyfikacji czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Ponadto zakładana liczba osób zaprzestała palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), zaczęła podejmować aktywność fizyczną, trwającą minimum 75 min. w tygodniu oraz stosować regularnie farmakoterapię. Odnotowano także spadek masy ciała o minimum 3% u zakładanej liczby osób oraz co najmniej połowa uczestników zmieniła nawyki żywieniowe.

Wniosek nr 2.

Jakość świadczeń przewidzianych w programie należy ocenić pozytywnie. Łącznie program spełnił oczekiwania 98% osób. Należy zaznaczyć, że żaden z ankietowanych nie ocenił stopnia spełnienia oczekiwań na ocenę 1 i 2 (w 5-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza ocenę najniższą, a 5 ocenę najwyższą). Zarówno personel medyczny jak i uczestnicy programu byli zadowoleni z organizacji programu. 96,84% ankietowanych nie wprowadziłoby żadnych zmian w jego organizacji, chwaliąc pracujący przy programie personel, możliwość łatwiejszego kontaktu z lekarzem i pozostałym personelem medycznym oraz profesjonalną opiekę. Wśród uwag znalazły się m.in. informacje na temat zbyt małej liczby wizyt oraz braku kontrolnych badań.

Wniosek nr 3.

Działania informacyjno-promocyjne realizowane w ramach programu nie zapewniły zadowalającego poziomu przystępowania do niego. W przyszłości warto byłoby rozszerzyć ten zakres tak, by informacje o planowanych interwencjach skuteczniej docierały do jej potencjalnych odbiorców mieszkających we wszystkich powiatach regionu oraz aby dowiadywali się o możliwości uczestnictwa w programie z różnych źródeł.

Wniosek nr 4.

100% ankietowanych uważa, że tego typu wsparcie powinno być kontynuowane w przyszłości.

Rekomendacja nr 1.

Rekomenduje się rozszerzenie zakresu działań informacyjnych-promocyjnych tak aby informacje na temat możliwości udziału we wsparciu trafiły do jak największej liczby jego potencjalnych uczestników oraz aby dowiadywali się oni o możliwości uczestnictwa w programie z różnych źródeł.

Rekomendacja nr 2.

Rekomenduje się prowadzenie dalszych działań w kierunku profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych. W przypadku podobnego wsparcia należałoby uwzględnić uwagi przekazane przez uczestników tj. zwiększenie liczby wizyt u lekarza oraz zapewnienie możliwości wykonania badań kontrolnych. Jednakże należy zaznaczyć, że największe efekty przyniosła edukacja zdrowotna, która była realizowana podczas każdego ze świadczeń przewidzianych w programie.

Do pozytywnych efektów edukacji zdrowotnej należy zaliczyć: zaprzestanie palenia papierosów (w tym wyrobów elektronicznych), podejmowanie aktywności fizycznej trwającej minimum 75 min. w tygodniu, spadek masy ciała, regularne stosowanie farmakoterapii, zmiana nawyków żywieniowych na prozdrowotne u uczestników programów. Podejmowane w przyszłości działania w ramach profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych powinny opierać się na edukacji zdrowotnej.

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.

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

³⁾ W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub o 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.

W zależności od charakteru programu polityki zdrowotnej należy przedstawić rezultaty możliwe do oceny w momencie składania raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej (krótko- i długoterminowe).

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:⁴⁾

Całkowity koszt realizacji programu w latach 2019-2022: 426 123,27 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2019 r.: 45 917,49 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2020 r.: 255 982,68 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2021 r.: 95 158,18 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2022 r.: 29 064,92 zł.

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. 2019 r.: środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	45 917,49 zł	–
2. 2020 r.: środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	255 982,68 zł	–
3. 2021 r.: środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	91 313,55 zł	–
4. 2021 r.: Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	3 844,63 zł	–
5. 2022 r. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	29 064,92 zł	–

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	422 278,64 zł	–
2. Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	3 844,63 zł	–

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:⁶⁾

Z uwagi na fakt, że program realizowały 3 podmioty, które złożyły oferty na różne kwoty, koszty poszczególnych świadczeń zostały uśrednione i wyniosły:

- kwalifikacja uczestnika do programu: 116,55 zł;
- konsultacja z lekarzem: 141,97 zł;
- konsultacja rehabilitacyjna: 130,51 zł;
- konsultacja dietetyczna: 123,35 zł;
- wsparcie psychologiczne: 143,15 zł;
- spotkanie z edukatorem zdrowotnym: 117,80 zł;
- kontakt zdalny z edukatorem zdrowotnym: 52,29 zł;
- koszty pośrednie (20% sumy kosztów bezpośrednich): 420,42 zł;
- całkowity koszt brutto przypadający na jednego uczestnika programu, zakładając, że skorzystałby ze wszystkich świadczeń przewidzianych w programie (konsultacje z lekarzem x3; wsparcie psychologiczne x3; spotkanie z edukatorem zdrowotnym x3; kontakt zdalny edukatora z uczestnikiem x10): 2 522,52 zł.

Biorąc pod uwagę liczbę osób, które zakwalifikowano do udziału w programie (182 osoby) oraz całkowity poniesiony koszt realizacji programu (426 123,27 zł), koszt jednostkowy uczestnictwa w programie wyniósł: 2 341,37 zł. (426 123,27 zł / 182 = 2 341,37 zł).

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: ^{5),7)}	Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾
Problem 1: Niska zgłaszalność do programu.	Działanie modyfikujące: Realizatorzy zintensyfikowali działania promocyjne – plakaty, ulotki, media społecznościowe, udostępnianie informacji na temat możliwości udziału w programie

		na stronach internetowych oraz w informowanie o takiej możliwości inne podmioty lecznicze (szpitale, przychodnie POZ).
Problem 2: Rezygnacja części uczestników z udziału w programie w trakcie jego trwania – nie zgłaszanie się na umówione wizyty, nie odbieranie telefonów.		Działanie modyfikujące: Realizatorzy podejmowali kolejne próby skontaktowania się z uczestnikiem programu w celu nakłonienia go do nierezygnowania z uczestnictwa w programie.
Problem 3: Wystąpienie pandemii COVID-19 i wprowadzenie przez rząd obostrzeń służących ograniczeniu stopnia rozprzestrzeniania się choroby.		Działanie modyfikujące: Realizacja części zaplanowanych działań w formie niestacjonarnej (on-line).
Warszawa Miejscowość	31 stycznia 2023 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej 6 lutego 2023 r. Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej	Agnieszka Gonczaryk – Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾ Adam Struzik – Marszałek Województwa Mazowieckiego oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej ⁹⁾

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

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

⁶⁾ 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.

⁷⁾ Należy opisać trudności, które zostały zweryfikowane w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposoby, w jaki zostały rozwiązane. Należy opisać krytyczne aspekty, przez które planowane interwencje w ramach programu polityki zdrowotnej lub część tych interwencji nie mogły być zrealizowane.

⁸⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „nie podejmowano”.

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe.