

**RAPORT KOŃCOWY
Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

Data wpływu:.....

Sygn. akt:

wypełnia Agencja Oceny Technologii Medycznych
i Taryfikacji

**URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA OPOLSKIEGO**
Departament Zdrowia i Polityki Społecznej
45-082 Opole, ul. Piastowska 14
tel. 77-44-45-500 fax 77-44-45-524

oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy
z realizacji programu polityki zdrowotnej

**Raport końcowy
z realizacji programu polityki zdrowotnej**

Nazwa programu polityki zdrowotnej:

Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim

Przewidywany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji:

2021-2023

Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej:

27.12.2021 - 31.12.2023 r.

Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾

Celem głównym Programu była poprawa sprawności funkcjonalnej u 70% uczestników programu, nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCID) w obszarach, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności i podjęto terapię w ramach programu, w tym poprawa wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego.

Do celów szczegółowych Programu należało:

- Podniesienie wydolności fizycznej nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie w stosunku do stanu początkowego u 70% osób uczestniczących w Programie.
- Podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczegielniaka (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię u 70% osób uczestniczących w Programie w stosunku do stanu początkowego.
- Zmniejszenie oceny zmęczenia i duszności spoczynkowej lub wysiłkowej w zmodyfikowanej skali Borga (mBS) o minimum 1 punkt w stosunku do stanu początkowego, u 70% uczestników Programu poddanych rehabilitacji po-COVID - owej.
- Poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania psychicznego u 50% uczestników Programu, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju związanych z przebyciem COVID-19.
- Poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego 25% uczestników Programu.
- Wzrost wiedzy, u co najmniej 70% uczestników Programu w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19.
- Nabycie umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19 u 80% uczestników szkolenia dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebyciem COVID-19.

¹⁾ Należy opisać, czy założony cel główny oraz cele szczegółowe zostały osiągnięte oraz w jakim stopniu nastąpiła realizacja poszczególnych celów ze wskazaniem przyczyn, dla których niemożliwa była ewentualna pełna realizacja. Opis stopnia realizacji celów powinien uwzględniać informacje na temat wartości mierników efektywności realizacji programu polityki zdrowotnej.

Oceniając realizację założonych celów, można stwierdzić, że wdrożenie niniejszego Programu polegającego na zastosowaniu kompleksowej, intensywnej oraz multidyscyplinarnej rehabilitacji, przyczyni się do wydłużenia długości i podniesienia jakości życia, szczególnie osób starszych, głównie dzięki zwiększonej dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji przywracającej sprawność fizyczną i samodzielne funkcjonowanie, a także poprawę zdrowia psychicznego.

Cele szczegółowe Programu zostały osiągnięte poprzez:

- Wdrożenie odpowiedniej rehabilitacji medycznej, dzięki której odnotowano podniesienie wydolności fizycznej nie mniejszej niż minimalna różnica istotna klinicznie w stosunku do stanu początkowego u osób uczestniczących w Programie.
- Wdrożenie odpowiedniej rehabilitacji medycznej, dzięki której odnotowano podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczegielniaka (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię u osób uczestniczących w Programie w stosunku do stanu początkowego.
- Wdrożenie odpowiedniej rehabilitacji medycznej, dzięki której odnotowano zmniejszenie oceny zmęczenia i duszności spoczynkowej lub wysiłkowej w zmodyfikowanej skali Borga (mBS) o minimum 1 punkt w stosunku do stanu początkowego, u uczestników Programu poddanych rehabilitacji po-COVIDowej.
- Wdrożenie odpowiedniej terapii psychologicznej, dzięki której nastąpiła poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania psychicznego u uczestników Programu, u których stwierdzono zaburzenia w zakresie lęku i nastroju związanych z przebyciem COVID-19.
- Wdrożenie odpowiedniego wsparcia, dzięki któremu nastąpiła poprawa w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego uczestników Programu.
- Organizację zajęć edukacyjnych, dzięki którym nastąpił wzrost wiedzy wśród uczestników Programu w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19.
- Realizację działań szkoleniowych z zakresu rehabilitacji osób po COVID-19, dzięki którym nastąpił wzrost wiedzy i praktycznych umiejętności kadry medycznej o nowe praktyczne kompetencje w zakresie prowadzenia rehabilitacji osób po COVID-19.

Cel główny Programu został osiągnięty dzięki realizacji większości w/w celów szczegółowych, na co wskazują również zaraportowane przez beneficjentów mierniki efektywności:

- Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii Covid-19: 2 361 uczestników.
- Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii Covid-19: 3.
- Liczba wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju:
Z rehabilitacji skorzystały osoby wymagające rehabilitacji pocovidowej ze względu na powikłania po przebyciu COVID-19, w tym:
 - 245 osób skorzystało z rehabilitacji stacjonarnej realizowanej przez SCM w Kup;
 - 191 osób skorzystało z rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej realizowanej przez OCR w Korfantowie;
 - 80 osób skorzystało z rehabilitacji ambulatoryjnej realizowanej przez SCM w Kup;
 - 78 osób skorzystało z rehabilitacji pocovidowej w zakresie fizjoterapii w trybie ambulatoryjnym na oddziale dziennym realizowanej przez OCR w Korfantowie;
 - 453 osób skorzystało z rehabilitacji domowej realizowanej przez SCM w Kup;
 - 360 osób skorzystało z rehabilitacji pocovidowej w zakresie fizjoterapii w trybie domowym, realizowanej przez OCR w Korfantowie;
 - 100 osób skorzystało z rehabilitacji pocovidowej w zakresie fizjoterapii w instytucjonalnej opiece długoterminowej realizowanej przez OCR w Korfantowie;
 - 293 osób skorzystało z rehabilitacji oddechowej i ogólnoustrojowej realizowanej przez gabinety fizjoterapeutyczne;

- 144 osób skorzystało z terapii psychologicznej w Centrum Terapii Nerwic w Mosznej.
 - 213 osób skorzystało z Bloku edukacyjnego – Fizjoprofilaktyka wtórna
 - 100 osób spośród personelu służb świadczących usługi zdrowotne skorzystało ze szkolenia dla kadry medycznej z zakresu rehabilitacji pocovidowej.
- 1) U 75% uczestników stwierdzono poprawę tolerancji wysiłku fizycznego (Test 6-minutowego marszu - 6MWT);
 - 2) U 71% uczestników stwierdzono podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczepielniaka (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię;
 - 3) 70% uczestników zadeklarowało poprawę czynności wentylacyjnej;
 - 4) U 72% uczestników stwierdzono zmniejszenie poziomu duszności (oceny skali duszności mMRC); 79% uczestników osiągnęło poprawę w przypadku oceny duszności w spoczynku a 75% osiągnęło poprawę w przypadku oceny duszności wysiłkowej;
 - 5) U 79% uczestników stwierdzono zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (ocena zmęczenia w spoczynku);
U 87% uczestników stwierdzono zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (ocena zmęczenia po wysiłku);
 - 6) U 88% uczestników stwierdzono poprawę stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju związanych z przebyciem COVID-19;
 - 7) U 80% uczestników stwierdzono poprawę w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego;
 - 8) 97% uczestników zadeklarowało wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID- 19;
 - 9) 100% uczestników zadeklarowało wzrost umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19.

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²

Niniejszy Program realizowany był przez:

- Województwo Opolskie,
- Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Sp. z o.o.,
- Stobrawskie Centrum Medyczne w Kup Sp. z o.o.,
- Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o.

Ponadto:

- Przychodnie POZ z województwa opolskiego – realizujące proces rekrutacji,
- Laboratoria medyczne/ analityczne z województwa opolskiego – realizujące badania,
- Gabinety fizjoterapeutyczne z województwa opolskiego – realizujące rehabilitację oddechową i ogólnoustrojową.

Interwencje zrealizowane w ramach przedmiotowego programu polityki zdrowotnej obejmowały:

- działania organizacyjne,
- działania informacyjno- edukacyjne,
- działania diagnostyczne,
- działania rehabilitacyjne,
- działania psychologiczne,
- działania szkoleniowe mające na celu podniesienie kwalifikacji z zakresu rehabilitacji pocovidowej.

Program przewidywał przeprowadzenie procedur profilaktycznych, diagnostycznych oraz terapeutycznych. Zakładał przeprowadzenie szerokiej i pogłębionej diagnostyki osób po przebiegu COVID-19, która z jednej strony miała potwierdzić, bądź wykluczyć komplikacje po przebytej chorobie, a z drugiej miała być podstawą do opracowania i zaplanowania indywidualnego planu usprawnienia dostosowanego do potrzeb wynikających z jego

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

stanu funkcjonalnego oraz chorób współistniejących.

Działania organizacyjne uwzględniły m.in.:

- Działania poprzedzające rozpoczęcie realizacji projektu.
- Działania związane stricte z realizacją Programu oraz oferowanym wsparciem w ramach projektu.

Działania informacyjno- edukacyjne:

Działania informacyjno-promocyjne zrealizowano przy pomocy zróżnicowanych i dostosowanych do adresatów środków i technik przekazu, tak aby dotrzeć do jak największego grona odbiorców.

Kampania informacyjno-edukacyjna, prowadzona była przy wykorzystaniu nowoczesnych metod i narzędzi komunikacji, możliwie najszerszymi kanałami dotarcia tj. bezpośrednio przez partnerów projektu, podmioty lecznicze, z udziałem przychodni POZ i gabinetów rehabilitacyjnych w województwie opolskim zaangażowanych w realizację projektu.

Działania informacyjno – edukacyjne dopasowano do różnych grup odbiorców pod względem wieku, płci, poziomu wykształcenia, preferencji. Ujęto w nich zagrożenia związane z przechorowaniem COVID-19 oraz możliwe późniejsze powikłania, jak również znaczenie dalszej diagnostyki i rehabilitacji dla zachowania dobrego stanu zdrowia.

Kampania obejmująca następujące narzędzia, tj.:

- artykuły w prasie regionalnej i lokalnej,
- graficzna reklama internetowa,
- elastyczna reklama displayowa w sieci Google Adwords,
- promocja na lokalnych portalach internetowych,
- audycja tematyczna w regionalnych rozgłośniach radiowych,
- promocję w mediach społecznościowych,
- promowano Program na stronach www Lidera i Partnerów projektu:
 - <https://www.opolskie.pl/tak-dla-zdrowia/takdz-projekt-rehabilitacja-pocovidowa/>
 - <https://www.opolskie.pl/tak-dla-zdrowia/rehabilitacja-pocovidowa/>
 - <https://ctn-moszna.pl/opolska-rehabilitacja-pocovidowa.html>
 - <https://ocr.pl/156/269/rehabilitacja-osob-z-deficytami-zdrowotnymi-wywolanymi-przez-covid-19.html>
 - <https://covid.szpital-kup.eu/>

Przechorowałeś COVID-19 i co dalej?

Choroba COVID-19 występuje przez wirusa SARS-CoV-2 przetrzyna barierę osłoniętą w celu bicia, każdy zachorował na chorobę z różnymi objawami. Objawy choroby zależą od stanu układu odpornościowego. U części osób może dojść do zapalenia płuc, niewydolności oddechowej i uszkodzenia nerek i wątroby. Choroba nie wymaga leczenia szpitalnego. Farmakoterapię i terapię fizyczną stosuje się w zależności od przebiegu choroby. Wskazaniem do profilaktyki jest unikanie kontaktu z osobami chorymi, profilaktyka do respiratorów, a nawet terapię ECMO. Wskazaniem do profilaktyki jest unikanie kontaktu z osobami chorymi. Wskazaniem do profilaktyki jest unikanie kontaktu z osobami chorymi. Wskazaniem do profilaktyki jest unikanie kontaktu z osobami chorymi.

Wszystkie powikłania po COVID-19 należy zdiagnozować i włączyć odpowiednie postępowanie lecznicze. Pacjenci po przechorowaniu COVID-19 powinni mieć wyznaczony zespół badawczy i uzyskać pogłębiającą diagnozę lekarza specjalisty. W leczeniu części powikłań istotne znaczenie ma rehabilitacja.

NIE BAGATELIZUJ DOLEGLIWOŚCI PO COVID-19!

www.takdlazdrowia.opolskie.pl

NIE BAGATELIZUJ DOLEGLIWOŚCI PO COVID-19!

WSZYSTKIE POWIKŁANIA PO COVID-19 NALEŻY ZDIAGNOZOWAĆ I WŁĄCZYĆ ODPOWIEDNIE POSTĘPOWANIE LECZNICZE.

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ? WEJDŹ NA:

www.takdlazdrowia.opolskie.pl

Opracowano ulotki informacyjno-edukacyjne dot. niepokojących objawów pocovidowych i występowania możliwych powikłań, znaczenia dalszej diagnostyki oraz samodzielnej rehabilitacji. Treści uzupełniono informacją o bezpłatnym udziale w projekcie, jego finansowaniu, jak się zgłosić do programu, o możliwych badaniach lekarskich, blokach rehabilitacji i terapii dostępnej w ramach Programu.

Ulotki dystrybuowano wśród mieszkańców regionu, zwłaszcza korzystających z usług medycznych partnerów projektu oraz opuszczających oddział chorób zakaźnych szpitala wojewódzkiego (po przechorowaniu COVID-19).

The infographic is a vertical poster with a blue and white color scheme. At the top, it features logos for 'Stobrawskie Centrum Medyczne', 'Centrum Rehabilitacji', and 'Opole dla Rodziny'. The main text is in white on a blue background, starting with 'Szanowni Mieszkańcy Województwa Opolskiego' and 'w trosce o zdrowie Wasze i Waszych rodzin rozpoczęła się BEZPŁATNA REHABILITACJA PO COVID-19'. Below this, it lists three criteria for eligibility: being a resident of Opole voivodeship, being 18 years or older, and experiencing symptoms after COVID-19. A call to action 'ZGŁOŚ SIĘ NA REHABILITACJĘ!' is followed by four steps: filling out a questionnaire on 'takdlazdrowia.opolskie.pl', visiting a doctor, finding a center, and calling specific numbers. At the bottom, it asks 'ODCZUWASZ NIEPOKOJĄCE OBJAWY PO PRZEBYCIU COVID - 19?' and lists a symptom: 'odczuwasz "brak powietrza" lub masz utrzymującą się męczący kaszel'.

STOBRAWSKIE CENTRUM MEDYCZNE
CENTRUM REHABILITACJI
Opole dla Rodziny

Szanowni Mieszkańcy Województwa Opolskiego
w trosce o zdrowie Wasze i Waszych rodzin rozpoczęła się

**BEZPŁATNA REHABILITACJA
PO COVID-19**

MAJĄCZKA
Województwo Opolskie

**tak dla zdrowia
OPOLSKIE**

- ✓ jesteś mieszkańcem województwa opolskiego?
- ✓ masz ukończone 18 lat?
- ✓ odczuwasz dolegliwości po przebyciu covid-19?
(brak konieczności udokumentowania choroby)

ZGŁOŚ SIĘ NA REHABILITACJĘ!

- ✓ wypełnij ankietę kwalifikacyjną na stronie:
takdlazdrowia.opolskie.pl lub
- ✓ idź do lekarza pierwszego kontaktu i umów się na bezpłatną
wizytę kwalifikacyjną - lista lekarzy na stronie lub
- ✓ szukaj naszego stoiska na imprezach plenerowych lub
- ✓ zadzwoń do Centrum Diagnostyki i Usprawniania Pacjenta
w godz. 8:00 - 15:00 ☎ 77 4274784, 77 4274785, 77 4274786

Działania realizowane w ramach projektu pn.: "Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim - projekt pilotażowy"

**ODCZUWASZ NIEPOKOJĄCE OBJAWY
PO PRZEBYCIU COVID - 19?**

- ✓ odczuwasz "brak powietrza" lub masz utrzymującą się męczący kaszel

W sieci dystrybuowano filmy instruktażowe specjalnie przygotowane przez ekspertów, mające na celu wskazanie odbiorcom instruktaż w jaki sposób samemu ćwiczyć i rehabilitować się w domu po przebytej chorobie. Dodatkowo uczestnicy otrzymywali taśmy do ćwiczeń w warunkach domowych.

Wszystkie podejmowane działania informacyjno-promocyjne z elementami działań o charakterze edukacyjnym były prowadzone zgodnie z zasadą równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasadą równości szans kobiet i mężczyzn. Zapewniony był równy dostęp uczestników i uczestniczek do wszystkich działań. Działania przebiegały w sposób jawny i jednakowy dla wszystkich przyszłych uczestników i uczestniczek wsparcia. Poza zasadą niedyskryminacji w ogólnym tego słowa znaczeniu oraz niedyskryminacji ze względu na niepełnosprawność, zapewniono właściwe i odpowiednio dostosowane środki informacji i promocji.

Działania prowadzone były w stosunku do potencjalnych uczestników projektu bez względu na pochodzenie, płeć, religię, niepełnosprawność, orientację, rasę czy status społeczno-ekonomiczny.

Działania medyczne w ramach przedmiotowego Programu ukierunkowane były na odzyskanie poprawy sprawności funkcjonalnej mieszkańców Opolszczyzny w obszarach, dla których wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar ich aktywności. W ramach Programu podjęto działania mające na celu poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz w obszarze zdrowia psychicznego.

Adresatami działań były osoby spełniające łącznie poniższe kryteria:

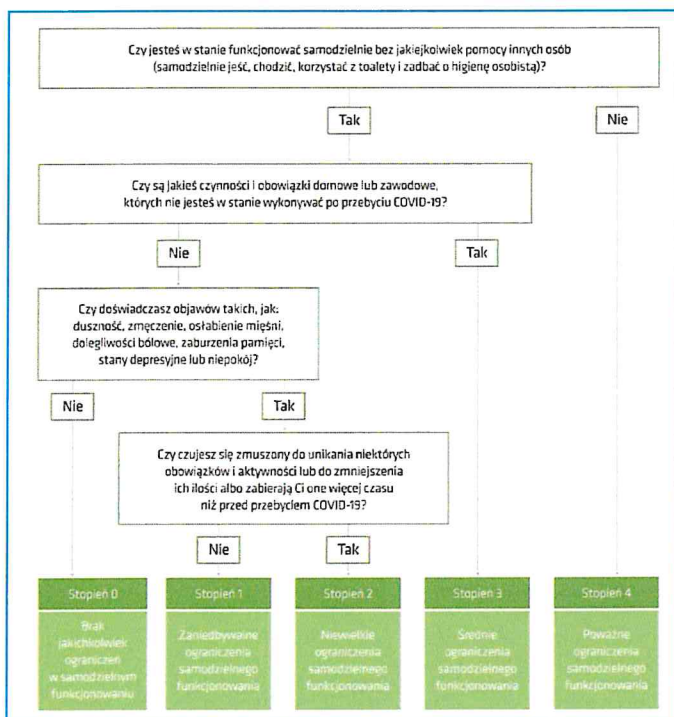
- pełnoletnie (ukończone 18 lat),
- z województwa opolskiego (tj. osoba fizyczna mieszkająca na terenie województwa opolskiego w rozumieniu stosownych przepisów Kodeksu Cywilnego),

- odczuwające skutki wskazujące na powikłania po przebytych COVID-19, bez ograniczeń czasowych,
- udzielił świadomej zgody na udział w Programie i złożył oświadczenie, że nie jest obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanym ze źródeł publicznych.

Do projektu kwalifikowane były osoby, które spełniły warunki formalne oraz w przypadku uzyskania punktacji 1-4 w kwestionariuszu oceny funkcjonalnej uczestnika.

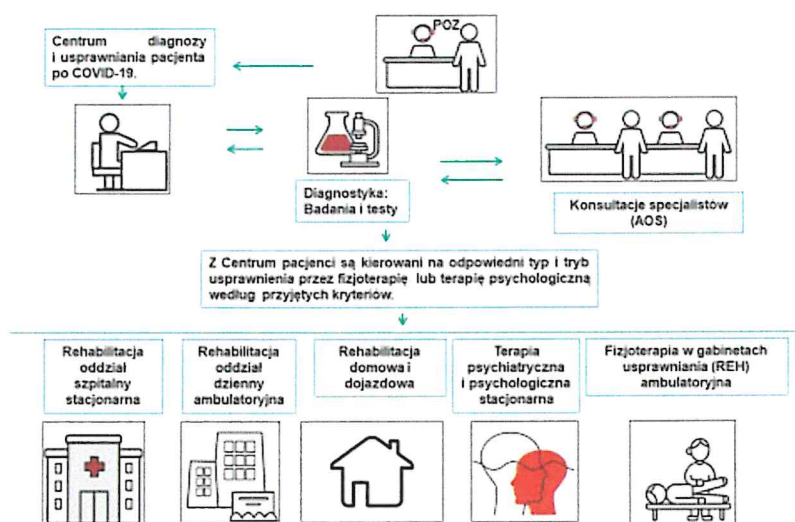
W jakim stopniu przebieg COVID-19 wpływa na Twoje codzienne życie?	Ocena
Nie odczuwam żadnych ograniczeń w życiu codziennym ani objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	0
Mogę wykonywać wszystkie moje zwykłe obowiązki, lecz nadal odczuwam objawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	1
Mam ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, muszę czasem rezygnować z lub minimalizować ilość codziennych aktywności i obowiązków albo też poświęcam na nie więcej czasu. Nadal odczuwam objawy takie, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. Jednakże, nie potrzebuję pomocy innych osób w codziennym funkcjonowaniu.	2
Mam ograniczenia w codziennym funkcjonowaniu, nie jestem w stanie wykonywać moich zwykłych obowiązków i aktywności z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój. Jednakże, jestem w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób.	3
Mam poważne ograniczenia w życiu codziennym, nie jestem w stanie zadbać o siebie bez pomocy innych osób i jestem zależny od opieki innych z powodu odczuwania objawów takich, jak duszność, zmęczenie, osłabienie mięśni, dolegliwości bólowe, zaburzenia pamięci, stany depresyjne lub niepokój.	4

Opis skali kwestionariusza oceny stanu funkcjonalnego pacjenta po COVID-19



Osoby kwalifikujące się do projektu i przejściu wstępnych badań w Centrum Diagnostycznym kierowane były na odpowiednie ścieżki postępowania leczniczego indywidualnie do ich potrzeb.

Możliwości wyboru indywidualnej drogi leczenia w zależności od stanu zdrowia pacjenta obrazuje poniższa grafika.



Program oferował każdemu pacjentowi indywidualną ścieżkę diagnostyczną i spersonalizowany plan rehabilitacji oddechowej i ogólnoustrojowej lub terapii psychologicznej/psychiatrycznej.

W pierwszym etapie założono przeprowadzenie szerokiej i pogłębionej diagnostyki uczestników, która miała na celu zidentyfikowanie powikłań po chorobie, co było podstawą w dalszej kolejności do opracowania i zaplanowania indywidualnego planu usprawnienia uczestników dostosowanego do potrzeb wynikających ze stanu funkcjonalnego oraz chorób współistniejących.

Każdy z uczestników korzystał z indywidualnej ścieżki diagnostycznej i spersonalizowanego planu wsparcia.

W ramach oferowanych działań przewidziano m.in. rehabilitację oddechową i ogólnoustrojową prowadzoną w warunkach dostosowanych do potrzeb i możliwości uczestników.

— Diagnostyka podstawowa i rozszerzona włączająca lub wyłączająca udział w dalszych interwencjach przewidzianych w Programie.

W centrum Diagnozy i Usprawniania pacjenci mieli możliwość wykonać szereg badań i uzyskać pogłębioną diagnozę lekarza specjalisty. Na podstawie przeprowadzonego wywiadu - lekarz zlecał w zależności od stanu pacjenta:

- a) Badania podstawowe laboratoryjne: morfologia, CRP, ferrytyna, D-dimery, fibrynogen, ASPAT, ALAT, LDH, glikemia, TSH, poziom mocznika, kreatyniny i filtracji kłębkowej.
- b) Badania podstawowe inne: spirometria, EKG, Rtg klatki piersiowej (jeżeli uczestnik miał do wglądu Rtg klatki piersiowej, nie starsze niż 6 m-cy decyzją lekarza Centrum nie wykonywano badania, celem minimalizacji promieniowania), gazometria, test PHQ9, test wysiłkowy 6MWT lub test na ergometrze lub na bieżni ruchomej (próba wysiłkowa na ruchomej bieżni wykonywana była na zlecenie lekarza Centrum w innym dniu, związane było to z koniecznością przeprowadzenia próby przez wyznaczonego lekarza i pielęgniarkę), ocena nasilenia duszności skalą mMRC, skala mBorga, ocena stanu odżywienia SGA, ocena stanu wydolności serca w skali skala NYHA, pletyzmografia, ocena funkcjonalności skala Barthel.
- c) Badania rozszerzone: USG płuc, echo serca, TK płuc.

Po przeprowadzeniu niezbędnej diagnostyki i rozmowie z pacjentem lekarz podejmował decyzję o ewentualnej kwalifikacji pacjenta do kolejnego etapu programu, czyli do rehabilitacji oddechowej i ogólnoustrojowej w wybranym module lub terapii psychologicznej.

— **Rehabilitacja i terapie w trybie stacjonarnym na oddziale szpitalnym z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej**

- Realizowana była w warunkach oddziału szpitalnego w Stobrowskim Centrum Medycznym w Kup i w Opolskim Centrum Rehabilitacji w Korfantowie przez trzy tygodnie. Program rehabilitacji planowany był przez fizjoterapeutę na podstawie wyników badań, testów, oceny stanu zdrowia pacjenta, wskazań lekarzy specjalistów oraz prowadzenia w trakcie procesu rehabilitacji monitoringu stanu funkcjonalnego pacjenta. Rehabilitacja w oparciu o stworzony indywidualny plan rehabilitacyjny pacjenta, zgodnie z jego potrzebami zdrowotnymi składał się z co najmniej 5 procedur według indywidualnych potrzeb. Potrzeby ustalane były w trakcie oceny funkcjonalnej wykonywanej na początku i na końcu pobytu. Lista procedur składała się z procedur leczniczych: ćwiczenia czynne wolne, usprawnianie czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, trening stacyjny, trening marszowy, usprawnianie układu oddechowego, czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia samoobsługi, trening marszowy z przyborami, inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.
W pierwszej kolejności włączano pacjentów leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii, z umiarkowanymi lub ciężkimi objawami neurologicznymi – kwalifikacja do rehabilitacji pocovidowej, w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonanie ćwiczeń, z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT \leq 300 m.

— **Rehabilitacja w trybie ambulatoryjnym na oddziale dziennym**

- Realizowana była przez fizjoterapeutów Stobrowskiego Centrum Medycznego w Kup oraz Opolskiego Centrum Rehabilitacji w Korfantowie w warunkach dziennych zakładów rehabilitacji w Pokoju i Korfantowie. Plan układany był przez fizjoterapeutę na podstawie wyników badań, testów, oceny stanu zdrowia pacjenta, wskazań lekarzy specjalistów oraz prowadzenia w trakcie procesu rehabilitacji monitoringu stanu funkcjonalnego pacjenta. Indywidualny plan rehabilitacyjny pacjenta, zgodnie z jego potrzebami składał się z co najmniej 4 procedur z listy: ćwiczenia czynne wolne, usprawnianie czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym, trening stacyjny, trening marszowy, usprawnianie układu oddechowego, czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia samoobsługi, trening marszowy z przyborami, zabiegi fizykalne w przypadku występowania bólu w obrębie narządu ruchu, inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.
W pierwszej kolejności włączono pacjentów:
 - leczonych na COVID-19 na oddziale intensywnej terapii lub przy pomocy wysokoprzepływowej tlenoterapii;
 - z wykluczeniem niewydolności serca III lub IV klasy NYHA;
 - z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynik testu 6MWT \leq 300 m,
 - w stanie neurologicznym umożliwiającym wykonywanie ćwiczeń,
 - 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10), z wykorzystaniem oceny siły mięśniowej MRC (0-5) lub duszność (w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik \geq 1 (0-4) lub zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT (ang. ICU Acquired Weakness),
 - z innymi wskazaniami lekarza specjalisty.

— **Rehabilitacja w trybie domowym, także w instytucjonalnej opiece długoterminowej**

- Realizowana była w miejscu zamieszkania pacjenta przez fizjoterapeutów Stobrowskiego Centrum Medycznego i Opolskiego Centrum Rehabilitacji. Interwencją objęci zostali pacjenci, którzy ze względu na stan zdrowia nie mogli skorzystać ze zinstytucjonalizowanych form opieki medycznej w tym rehabilitacji lub ze względu na wykluczenie komunikacyjne nie byli w stanie dotrzeć do podmiotów leczniczych.

Lista procedur dla uczestników Programu - osób rehabilitowanych w miejscu zamieszkania obejmowała minimum 4 interwencje z listy dostosowanych do stanu funkcjonalnego i potrzeb zdrowotnych pacjenta: ćwiczenia czynne wolne, usprawnianie czynne z oporem, ćwiczenia ogólnousprawniające, trening stacyjny, trening marszowy, usprawnianie układu oddechowego, czynne ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia oddechowe czynne z oporem, nauka kaszlu i odkrztuszania, ćwiczenia równoważne, ćwiczenia samoobsługi, trening marszowy z przyborami, inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego.

— **Rehabilitacja w trybie ambulatoryjnym w gabinetach usprawniania**

- Rehabilitacja oddechowa i ogólnoustrojowa realizowana była w warunkach indywidualnego planu rehabilitacji trwającego przeciętnie 12 tygodni. Po tym czasie pacjent poddawany był ponownej ocenie na podstawie konsultacji fizjoterapeutycznej. Rehabilitacja opierała się na kinezyterapii. Obejmowała m.in. instruktaż, weryfikację opanowania umiejętności praktycznych, ćwiczenia oraz działania wspomagające (ćwiczenia rozciągające/terapia manualna/ćwiczenia relaksacyjne). Udział w interwencji rozpoczynał się od indywidualnego spotkania z fizjoterapeutą, w czasie którego realizowany był instruktaż poprawnego wykonywania ćwiczeń. Fizjoterapeuta korygował błędy. Przed przystąpieniem do ćwiczeń każdy z pacjentów został poddany pomiarowi temperatury ciała oraz saturacji. W ramach interwencji prowadzone były ok dwa spotkania tygodniowo, w czasie których wykonywany był trening fizyczny pod nadzorem fizjoterapeuty. Osoby biorące udział w projekcie wykonywały pod nadzorem fizjoterapeuty trening mięśni oddechowych (na urządzeniach oporowych, np. zastawka z dociskiem sprężynowym, ew. z wykorzystaniem trenera oddechu). Ćwiczenia w tym zakresie trwały ok 60 minut, prowadzone były indywidualnie dostosowane do potrzeb i możliwości pacjentów, a także uwzględniały cele terapeutyczne. Kwalifikacja pacjentów była dokonywana na podstawie wyniku oceny skali duszności z wynikiem zmodyfikowanej skali duszności Borga (3-6) lub wynikiem testu 6MWT ≤ 300 .

— **Terapia psychologiczna**

- Realizowana była przez Centrum Terapii Nerwic w Mosznej Sp. z o.o. Terapia psychologiczna realizowana była w warunkach stacjonarnych i obejmowała 4-tygodniowe turnusy pobytowe. Do terapii zostali zakwalifikowani pacjenci, u których głównym skutkiem wywołanym przez COVID-19 były zaburzenia zdrowia psychicznego zdiagnozowane w oparciu o wywiad lekarski i test PHQ9. Każdy pacjent otrzymał zindywidualizowany program oddziaływań psychologicznych, które obejmowały procedury relaksacyjne, edukacyjne, interwencje psychologiczne i wsparcie.

— **Fizjoprofilaktyka wtórna**

- Była elementem edukacyjnym, polegającym na prowadzeniu przez fizjoterapeutę ćwiczeń aerobowych w populacji osób włączonych do Programu a także promowanie regularnej aktywności. Celem tej aktywnej formy edukacji było utrzymanie dobrej kondycji fizycznej i psychicznej osób uczestniczących, co w efekcie w przyszłości przełoży się na mniejsze obciążenie placówek ochrony zdrowia w trakcie kolejnych fal pandemii COVID-19. Zaplanowana edukacja pacjentów w głównej mierze obejmowała następujące zagadnienia: duszność i techniki samodzielnego radzenia sobie (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki z zakresu fizjoterapii oddechowej); zespół

przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie z nim radzić z użyciem metod niefarmakologicznych, radzenie sobie z tzw. „mgłą covidową”, planowanie aktywności fizycznej (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość) oraz wiedzę nt. wpływu braku aktywności na stan zdrowia, edukację dotyczącą zdrowego stylu życia.

Leczenie fizjoterapeutyczne oparte było na dwóch renomowanych ośrodkach rehabilitacyjnych znajdujących się na terenie województwa opolskiego:

- Stobrawskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. w Kup oraz
- Opolskie Centrum Rehabilitacji w Korfantowie Sp. z o.o.

Dodatkowo fizjoterapia prowadzona na zasadach ambulatoryjnych realizowana była w równomiernie rozłożonych na terenie województwa wybranych podmiotach leczniczych (w tym w przeważającej części gabinetach fizjoterapeutycznych). Pozwoliło to na zwiększenie dostępności do fizjoterapii po przebytych Covid – 19 osobom, które nie miały możliwości dojazdu do większych ośrodków (wykluczenie komunikacyjne). Proces fizjoterapii dostępny był dla pacjentów w zależności od ich stanu zdrowia na różnych poziomach referencyjności.

Pacjenci niesamodzielni lub z dużym deficytem funkcji w zakresie narządu ruchu (najczęściej po incydentach neurologicznych lub kardiologicznych), wykluczeni komunikacyjnie (małe miejscowości) usprawniani byli w ramach fizjoterapii domowej.

Pacjenci wymagający większej uwagi i nadzoru całodobowego ze strony personelu medycznego kierowani byli na oddziały rehabilitacji stacjonarnej.

Pacjenci z mniejszymi powikłaniami po przebytych Covid-19 leczeni byli w warunkach ambulatoryjnych w ramach ośrodka dziennego lub wizyt w gabinetach fizjoterapeutycznych.

Leczenie fizjoterapeutyczne odbywało się na zasadach określonych w Programie Zdrowotnym i obejmowało zawarte w nim procedury fizjoterapeutyczne. Obejmowało ono ocenę początkową, planowanie fizjoterapii, prowadzenie leczenia wraz z modyfikacjami oraz ocenę końcową.

Dodatkowo u niektórych pacjentów po odbytych badaniach zastosowano dodatkowe procedury lecznicze, co wynikało bezpośrednio z badania klinicznego.

— Szkolenia dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji osób po COVID-19

W celu wzmocnienia efektywności realizowanych działań realizowane były również szkolenia dla 100 osób z kadry medycznej podmiotów leczniczych, które realizują ze środków publicznych program rehabilitacji po COVID-19 (np. oddział rehabilitacji realizujący program rehabilitacji pocovidowej) lub specjalistów prowadzących podmiot leczniczy (fizjoterapeutów prowadzącym zakład rehabilitacyjny, posiadającym uprawnienia do planowania programów rehabilitacji) planujący fizjoterapię lub realizujący fizjoterapię pacjentów po COVID-19.

Szkolenia realizowane były z zakresu rehabilitacji pocovidowej, tak aby indywidualne plany rehabilitacji każdego z pacjentów były tworzone w oparciu o aktualną wiedzę medyczną.

Szkolenie z programu rehabilitacji pocovidowej obejmowało tematykę:

1. Ekonomiczno-organizacyjne aspekty fizjoterapii osób po przebytych COVID-19.
2. Wirus SARS - cov-2 i choroba COVID-19 (rozpoznanie, objawy; leczenie farmakologiczne, tlenoterapia, wentylacja mechaniczna, pozaustrojowe natlenianie krwi -ECMO).
3. Post - Covid- 19 - Diagnostyka i monitorowanie (ocena kliniczna pacjenta, badania czynnościowe układu oddechowego, badania radiologiczne klatki piersiowej, badania wydolnościowe układu krążenia, testy wysiłkowe – zasada prawidłowego wykonania, interpretacja wyniku, wskazania i przeciwwskazania, profilaktyka zakażeń spowodowanych przez SARS-cov-2, opieka pielęgniarska nad pacjentem po przebytych COVID-19, badanie i kwalifikacja do rehabilitacji szpitalnej osób po przebytych COVID-19.
4. Metody i program rehabilitacji osób po przebytych COVID-19.
5. Techniki usuwania wydzieliny z drzewa oskrzelowego.
6. Zastosowanie fizykoterapii w rehabilitacji osób po przebytych COVID-19.
7. Wykorzystanie plastrowania dynamicznego w rehabilitacji osób po przebytych COVID-19.
8. Wykorzystanie terapii manualnej w rehabilitacji osób po przebytych COVID-19.

9. Pracownia badań czynnościowych – spirometria, bodypletyzmografia, dyfuzja.
10. Badanie, osłuchiwanie, opukiwanie klatki piersiowej.
11. Testy wysiłkowe.
12. Model rehabilitacji osób po przebytych COVID-19, (analiza składu ciała, kamera termowizyjna, treningi wydolnościowym na ergometrze rowerowym i bieżni ruchomej, ćwiczenia oddechowe i ogólnie usprawniające, biofeedback oddechowy, inhalacje, nebulizacje, techniki oczyszczanie dróg oddechowych).
13. Znaczenie psychoterapii.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

Program monitorowany był w oparciu o sprawozdania przedkładane przez podmioty realizujące Program.

Monitorowanie składało się z oceny zgłaszalności do programu oraz świadczeń zdrowotnych udzielanych w Programie.

W latach 2021–2023 (tj. podczas faktycznego okresu realizacji) do Programu zgłosiło się 2 361 osób po przechorowaniu COVID-19. (2021 – 0 osób; 2022 – 1 801 osób; 2023 – 560 osób).

1 944 osób wzięło udział w Programie zgodnie z zaplanowaną ścieżką wsparcia (2021 – 0 osób; 2022 – 1 436 osób; 2023 – 508 osób)

417 osób – nie zakończyło udziału w Programie (2021- 0 osób; 2022 – 365 osoby; 2023 – 52 osoby) rezygnując tym samym z dalszego uczestnictwa w Programie.

Zdecydowana większość uczestników rezygnowała z własnej woli, 5 osób z uwagi na przeciwskazania medyczne nie było w stanie ukończyć wsparcia w Programie, 9 osób po zgłoszeniu się do programu zmarła, 23 osób brak kontaktu, dlatego też nie znane są przyczyny rezygnacji, 9 osób nie ukończyło rehabilitacji.

Ponadto do programu zakwalifikowano:

- 213 osób, które skorzystały z Bloku edukacyjnego – Fizjoprofilaktyki wtórnej,
- 100 osób, które skorzystały ze szkoleń dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji osób po COVID-19.

Wyniki osiągnięcia celów Programu w oparciu o przyjęte mierniki efektywności:

1. **Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę tolerancji wysiłku fizycznego (\geq MCID)**

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze - 862 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 75%

SPOSÓB POMIARU: Wyniki testu wysiłkowego przeprowadzonego podczas kwalifikacji i na potrzeby oceny stanu zdrowia po zakończonej rehabilitacji - Test 6-minutowego marszu (6MWT)

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w sześciominutowym teście marszowym – 75%

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. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono podniesienie kategorii modelu usprawniania wg prof. Jana Szczegielniaka (modele rehabilitacji pulmonologicznej) co najmniej o jedną kategorię.

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze - 635 osób.

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 71%

SPOSÓB POMIARU: zgodny z opisem w PPZ

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku kwalifikacji do modelu usprawniania według prof. Jana Szczegielniaka – 71%

3. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono poprawę czynności wentylacyjnej (\geq MCID)

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze - 73 osoby

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 70%

SPOSÓB POMIARU: Wyniki badania spirometrycznego przeprowadzonego podczas kwalifikacji i na potrzeby oceny stanu zdrowia po zakończonej rehabilitacji.

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku oceny czynności wentylacyjnej FEV1 – 70%

4. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu duszności (\geq MCID)

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze - 1 192 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 72%

SPOSÓB POMIARU: Porównanie wyników badania kwalifikacji i na potrzeby oceny stanu zdrowia po zakończonej rehabilitacji. Skala nasilenia duszności mMRC (0-4)

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku oceny skali duszności mMRC – 72%

Ocena duszności w spoczynku na podstawie zmodyfikowanej skali Borga.

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: 1 316 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 79%

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku oceny duszności w spoczynku – 79%

Ocena duszności wysiłkowej na podstawie zmodyfikowanej skali Borga

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: – 1 171 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 75%

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku oceny duszności wysiłkowej – 75%

5. Odsetek uczestników programu po przebyciu COVID-19, u których stwierdzono zmniejszenie poziomu przewlekłego zmęczenia (\geq MCID)

Ocena zmęczenia w spoczynku na podstawie zmodyfikowanej skali Borga

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze – 1 316 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 79%

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku oceny zmęczenia w spoczynku – 79%

Ocena zmęczenia po wysiłku na podstawie zmodyfikowanej skali Borga

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze – 1 171 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 87%

SPOSÓB POMIARU: Ocena zmęczenia i duszności dokonywana w spoczynku, jak i bezpośrednio po testach funkcjonalnych związanych z wysiłkiem pacjenta, zarówno przed – jak i po przeprowadzonym cyklu usprawniania na podstawie zmodyfikowanej skali Borga (mBS).

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku oceny zmęczenia po wysiłku – 87%

6. Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID- 19

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, które zrealizowały ścieżkę programu – 1 270

WARTOŚĆ DOCELOWA: 70%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 97%

SPOSÓB POMIARU Ankieta samooceny uczestnika projektu dotycząca wzrostu poziomu wiedzy po zakończeniu rehabilitacji w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19.

Odsetek uczestników, u których osiągnięto poprawę w przypadku ankiety wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem Covid-19 – 97%

7. Odsetek uczestników programu, u których odnotowano wzrost umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, które uczestniczyły w szkoleniu dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebyciu COVID-19 - 100

WARTOŚĆ DOCELOWA: 80%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 100%

SPOSÓB POMIARU sprawdzian praktyczny zrealizowany w końcowej fazie realizacji szkolenia w zakresie właściwej realizacji rehabilitacji pacjentów po przebyciu COVID-19

Odsetek uczestników, u których odnotowano wzrost umiejętności w zakresie rehabilitacji osób po COVID-19 – 100 %

8. Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę stanu psychicznego w zakresie lęku i zaburzeń nastroju związanych z przebyciem COVID-19

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze - 144 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 50%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 88%

SPOSÓB POMIARU: Wyniki badań na potrzeby kwalifikacji na potrzeby oceny stanu zdrowia po zakończonej rehabilitacji.

HADS – skala depresji i lęku lub ocena funkcjonowania w skalach: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji (Ocena Zdrowia Psychicznego – GHQ 28).

Badanie wykonane przy rozpoczęciu procesu rehabilitacyjno-terapeutycznego oraz po jego zakończeniu.

Celem było uzyskanie 15% poprawy w porównaniu ze stanem początkowym u co najmniej 50% uczestników PPZ.

Oceny tej dokonano przy użyciu kwestionariusza General Health Questionnaire – 28, badającego samopoczucie w skalach: symptomy somatyczne, niepokój, bezsenność, zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji.

9. Odsetek osób, u których stwierdzono poprawę w stosunku do stanu początkowego, funkcjonowania poznawczego

WARTOŚĆ ODNIESIENIA: Liczba osób, u których stwierdzono zaburzenie funkcjonalne w wymienionym obszarze – 144 osób

WARTOŚĆ DOCELOWA: 25%

WARTOŚĆ OSIĄGNIĘTA: 80 %

SPOSÓB POMIARU: Ocena w funkcjach uwagi, orientacji, pamięci, fluencji słownej, funkcjach językowo i wzrokowo-przestrzennych (Addenbrooke's Cognitive Examination III PL – kwestionariusz w załączniku).

Celem było uzyskanie poprawy w funkcjonowaniu poznawczym u 25% uczestników.

Oceny funkcji uwagi, orientacji, pamięci, fluencji słownej i funkcji wzrokowo przestrzennych dokonano przy użyciu skali Addenbrooke's Cognitive Examination (ACE III PL) w dwóch kolejnych wersjach tj. test przy przyjęciu i retest po zakończeniu terapii.

W tym przypadku również uzyskano poprawę – na poziomie 80% uczestników.

Dodatkowym atutem Programu było założenie dotyczące wzrostu wiedzy uczestników o chorobie Covid-19 i radzeniu sobie z jej objawami, z naciskiem na te przewlekłe. Wzrost ten zmierzono, przy użyciu kwestionariusza samooceny, na poziomie 99%.

Aspekt społeczny w Centrum Terapii Nerwic dzięki, między innymi, stacjonarnej formie leczenia realizowany był poprzez socjoterapię w formie udziału w zajęciach grupowych. Dzięki temu uczestnicy PPZ, będąc grupą niehomogeniczną, w ramach oddziału mogli rozwijać umiejętności społeczne i na powrót socjalizować się po, często długiej, izolacji związanej z Covid-19.

Mając na uwadze powyższe wyniki można stwierdzić, że wszystkie cele założone w programie zdrowotnym, zarówno w przypadku leczenia w warunkach oddziałów stacjonarnych i ośrodków dziennych, leczenia w warunkach domowych oraz zinstytucjonalizowanej opieki długoterminowej (DPS), leczenia w warunkach ambulatoryjnych (gabinety fizjoterapeutyczne), zostały zrealizowane.

Użyte metody lecznicze oraz założone efekty wskaźnikowe zostały dobrane w sposób racjonalny, skuteczny i możliwy do osiągnięcia.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej⁴⁾

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej:

2021 r. = 0,00 zł*

2022 r. = 5 723 679,64 zł

2023 r. = 5 676 123,72 zł

Na realizację Programu „Rehabilitacja osób z deficytami zdrowotnymi wywołanymi przez COVID-19 w województwie opolskim – projekt pilotażowy” przeznaczono środki z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi

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.

*brak wydatków w 2021 r. z uwagi na rozpoczęcie okresu realizacji od dnia 27.12.2021 r.

Priorytetowej VIII – Integracja społeczna; Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych, w ramach którego otrzymano dofinansowanie na poziomie 85%.

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
2022 r.		
1. Dofinansowanie UE	4 132 310,46	1 591 369,18
2. Środki własne Beneficjentów	0,00	0,00
2023 r.		
1. Dofinansowanie UE	3 966 153,21	0,00
2. Środki własne Beneficjentów	1 709 970,51	0,00

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. Dofinansowanie UE	9 689 832,85	
2. Środki własne Beneficjentów	1 709 970,51	
3. Ogółem	11 399 803,36	

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej⁶⁾

Średni koszt jednostkowy udziału uczestnika w każdej z interwencji:

Średni koszt sesji fizjoprofilaktyki - 450,70 zł

Średni jednostkowy koszt szkolenia dla personelu medycznego z zakresu rehabilitacji pacjentów po przebytych COVID-19 – 2 650,00 zł

Średni Koszt procesu kwalifikacji do Bloku Diagnostycznego przez lekarza AOS lub POZ – 120,00 zł (645 osób)

Średni koszt procesu diagnostycznego po przejściu COVID-19 w pakiecie podstawowym:

Laboratoryjnym – 131,00 zł (1 416 osób)

Innym – 153,00 zł (1 281 osób)

Średni koszt procesu diagnostycznego po przejściu COVID-19 w pakiecie rozszerzonym – 150,40 zł (194 osób)

Średni koszt procesu diagnostycznego po przejściu COVID-19 - konsultacje specjalistyczne, w tym porada lekarska oraz dobranie terapii – 200,00 zł (2 000 osób)

Średni Koszt udziału uczestnika w turnusie terapii psychologicznej w warunkach stacjonarnych – 6 979,05 zł (1 004 982,64 zł - 144 osoby)

Średni Koszt udziału uczestnika w turnusie rehabilitacji ogólnoustrojowej w trybie stacjonarnym – 7 987,61 zł (3 482 595,94 zł - 436 osób)

Średni koszt udziału uczestnika w turnusie rehabilitacji ogólnoustrojowej w trybie ambulatoryjnym oddziału dziennego - 5 837,92 zł (922 390,95 zł - 158 osób)

Średni koszt udziału uczestnika w cyklu rehabilitacji ogólnoustrojowej w trybie domowym (także w instytucjonalnej opiece długoterminowej) – 529,92 zł (483 814,58 zł - 913 osób)

Średni koszt udziału uczestnika w cyklu fizjoterapii w gabinecie usprawniania Plan Rehabilitacji – 2 856,08 zł (836 832,00 zł - 293 osób)

Koszt przeprowadzenia kampanii informacyjno-edukacyjnej - 110 049,69 zł

Koszty pośrednie - 1 036 345,76 zł

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.

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej ⁵⁷		Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾	
Problem 1: Nieprzewidziane problemy uczestników projektu, mające wpływ na przerwanie zaplanowanych interwencji i zakończenie ich w terminie późniejszym lub rezygnacja z uczestnictwa w projekcie ze względów zdrowotnych bądź osobistych.		Działanie modyfikujące: Wprowadzenie do projektu możliwości rekrutacji większej ilości osób i zaoferowanie im wsparcia zgodnie z PPZ.	
Problem 2:		Działanie modyfikujące:	
Problem 3:		Działanie modyfikujące:	
Miejscowość Opole		<p style="text-align: center;">Elżbieta Liczner Specjalista Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego</p> <p style="text-align: center;">26.03.2024 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p style="text-align: center;">oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>	
		<p style="text-align: center;"><i>26.03.2024 r.</i></p> <p style="text-align: center;">Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p style="text-align: center;">WICEMARSZAŁEK <i>Z. Donath-Kasiura</i> Zuzanna Donath - Kasiura</p> <p style="text-align: center;">oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>	

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”

⁹⁾ Oznaczenie powinno zawierać imię i nazwisko oraz stanowisko służbowe