

Badanie jest współfinansowane przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Pomocy Technicznej RPO WŁ 2014-2020

Ewaluacja

Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego w ramach RPO WŁ 2014 - 2020

Raport z badania

Łódź, sierpień 2021



Raport został opracowany przez Biuro Badań Społecznych Question Mark Sp. z o.o.

NIP 7272837655

Regon 383734461

Al. 1 maja 9 lok. 4, 90-717 Łódź

telefon: 42 207 33 00; +48 694 486 556

email: biuro@questionmark.pl



Autorzy raportu:

- dr Izabela Franckiewicz-Olczak – kierownik badania
- dr Aleksandra Podkońska
- Karolina Szczepaniak
- Magdalena Białuska
- Emilia Pach
- prof. dr hab. n. med. Jarosław Drożdż

Zamawiający:

Województwo Łódzkie Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

Departament Polityki Regionalnej

Wydział Ewaluacji (Jednostka Ewaluacyjna RPO WŁ 2014-2020)

ul. Tuwima 22/26, 90-002 Łódź

telefon: 42 663 31 35; fax: 42 663 30 94

email: ewaluacja@lodzkie.pl

Badanie zrealizowane w okresie maj 2021 r. – sierpień 2021 r.





Spis treści

SPIS TREŚCI	3
WYKAZ SKRÓTÓW /SŁOWNIK POJEĆ.....	4
STRESZCZENIE	7
SUMMARY	14
1 WPROWADZENIE	22
1.1 PROGRAM REHABILITACYJNO-EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW KARDIOLOGICZNYCH Z TERENU WOJEWÓDZTWA ŁÓDZKIEGO	23
2 KONCEPCJA I METODYKA EWALUACJI PROGRAMU	28
3 KONTEKST REALIZACJI PROGRAMU	35
3.1 REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA – WYTYCZNE I USTALENIA.....	35
3.2 UWARUNKOWANIA I OTOCZENIE REALIZACYJNE PROGRAMU	41
3.3 REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM	44
4 OPIS WYNIKÓW BADANIA	53
4.1 EFEKTY REALIZACJI PROGRAMU	53
4.2 STOPIEŃ OSIĄGNIĘCIA CELÓW I MIERNIKÓW PROGRAMU.....	66
4.3 OCENA ZGŁASZALNOŚCI DO PROGRAMU	74
4.4 PROBLEMY WE WDRAŻANIU PROGRAMU I WSPARCIE OFEROWANE BENEFICJENTOM	80
4.5 JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ UDZIELANYCH W RAMACH PROGRAMU	84
4.6 EFEKTYWNOŚĆ WSPARCIA UDZIELANEGO W RAMACH PROGRAMU	87
4.7 TRWAŁOŚĆ EFEKTÓW OSIĄGNIĘTYCH W RAMACH PROGRAMU	90
4.8 WPŁYW UDZIAŁU W PROGRAMIE NA PACJENTÓW	94
5 WNIOSKI I REKOMENDACJE	98
SPIS ELEMENTÓW GRAFICZNYCH	104
BIBLIOGRAFIA.....	105
ANEKS	107





Wykaz skrótów /słownik pojęć

AOS – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych ¹.

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – opiniodawczo-doradcza jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego ds. zdrowia. Rolą AOTMiT jest wspomaganie ministra właściwego ds. zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia. Wykorzystywana jest w tym celu ocena technologii medycznych (ang. Health Technology Assessment, HTA)².

ARK – ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna – jeden z rodzajów rehabilitacji, obok rehabilitacji stacjonarnej, w ośrodku lub oddziale dziennym oraz w warunkach domowych.

BMI – wskaźnik masy ciała; ang. body mass index, współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach.

CHUK – choroby układu krążenia, inaczej choroby układu sercowo-naczyniowego, stanowią zbiór schorzeń o odmiennej patogenezie, do którego należą m.in. schorzenia o podłożu miażdżycowym, wrodzone wady rozwojowe serca, kardiomiopatie, w tym uwarunkowane genetycznie, choroby zapalne³.

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

EKG – elektrokardiogram

GUS – Główny Urząd Statystyczny

HF – niewydolność serca, ang. heart failure, zespół objawów klinicznych, których przyczyną jest zaburzenie budowy mięśnia sercowego lub jego czynności,

¹ Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2021 poz. 1285 ze zm.)

² Na podstawie: <https://www.aotm.gov.pl/o-nas/co-robimy/> [dostęp: 11.09.2021 r.]

³ Za: Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego, str. 3





prowadzące do zmniejszenia rzutu serca lub podwyższenia ciśnienia wewnątrzsercowego⁴.

IHD – choroba niedokrwienna serca, ang. ischaemic heart disease, zespół objawów chorobowych będących następstwem przewlekłego stanu niedostatecznego zaopatrzenia komórek mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze. Zaburzenie równowagi między zapotrzebowaniem a możliwością ich dostarczenia, mimo wykorzystania mechanizmów autoregulacyjnych zwiększających przepływ przez mięsień sercowy, zwanych rezerwą wieńcową, doprowadza do niedotlenienia i niewydolności wieńcowej⁵.

IZ RPO WŁ – Instytucja Zarządzająca RPO Województwa Łódzkiego

KARDIO-MED – beneficjent Programu: NZOZ KARDIO-MED Roman Kimelski

KRK – kompleksowa rehabilitacja kardiologiczna – rehabilitacja, które stałymi elementami są: ocena stanu klinicznego chorego, optymalizacja leczenia farmakologicznego, rehabilitacja fizyczna — stopniowe i kontrolowane podejmowanie wysiłku fizycznego, dostosowanego do indywidualnych możliwości chorego, rehabilitacja psychospołeczna — mająca na celu nauczanie chorego radzenia sobie w sytuacjach stresorodnych, stanach emocjonalnych, takich jak lęk i/lub depresja, akceptacji ograniczeń wynikających z następstw choroby, diagnostyka i zwalczanie czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca, modyfikacja stylu życia, edukacja pacjentów i ich rodzin, monitorowanie efektów KRK. KRK to proces, który należy wdrażać bezzwłocznie, kontynuować w sposób ciągły, prowadzić wieloetapowo, dostosować do indywidualnych potrzeb chorego w zależności od jego stanu klinicznego, prowadzić w sposób akceptowany przez pacjenta i jego otoczenie⁶.

ŁOW NFZ – Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Medycyna Grabieniec – beneficjent Programu: Medycyna Grabieniec sp. z o.o.

MOŻ-MED – beneficjent Programu: NZOZ "MOŻ-MED" S.J. Możdżan

MZ – Ministerstwo Zdrowia

⁴ Na podstawie: Ponikowski P. i in., *Wytyczne ESC dotyczące diagnostyki i leczenia ostrej i przewlekłej niewydolności serca w 2016 roku*. Kardiologia Polska 2016; 74(10), str. 1037-1147

⁵ Na podstawie: Giec, L. (red): *Choroba niedokrwienna serca*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999

⁶ Na podstawie: Folia Cardiologica. 2004, tom 11, suplement A





NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

OZW/ACS – ostry zespół wieńcowy, ang. Acute Coronary Syndromes), grupa jednostek chorobowych stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia i zdrowia na skutek dynamicznie przebiegających procesów wewnątrznacyniowych polegających na pękaniu blaszek miażdżycowych i wytworzeniu zakrzepu, co prowadzi do zamknięcia lub istotnego zwężenia naczynia wieńcowego i w konsekwencji martwicy w obrębie mięśnia sercowego (zawał serca) lub ostrego niedokrwienia bez martwicy (niestabilna choroba wieńcowa)⁷.

Pabianickie Centrum Medyczne – beneficjent Programu: Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

PPZ – Programy Polityki Zdrowotnej – mogą je opracowywać, wdrażać, realizować i finansować ministrowie oraz jednostki samorządu terytorialnego. PPZ dotyczą: (a) ważnych zjawisk epidemiologicznych, (b) ważnych problemów zdrowotnych (innych niż epidemiologiczne) dotyczących całej lub określonej grupy docelowej chorych – przy istniejących możliwościach eliminowania bądź ograniczania tych problemów, (c) wdrażania nowych procedur medycznych i profilaktyki⁸.

PTK – Polskie Towarzystwo Kardiologiczne

RPO WŁ 2014-2020 – Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

RPZ – Regionalny Program Zdrowotny

RTG – rentgenogram

Szpital Zakonu Bonifratrów – beneficjent Programu: Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego sp. z o.o.

UMWŁ - Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

USG – ultrasonografia

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia; ang. World Health Organisation

⁷ Na podstawie: A. Ojrzyńska, B. Pankiewicz, *Analiza statystyczna zbiorowości pacjentów leczonych na ostre zespoły wieńcowe w Chorzowie na tle województwa śląskiego*, Studia Ekonomiczne 2014, 192, str. 140

⁸ Na podstawie: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 poz. 1285 ze zm.).





Streszczenie

Niniejsze opracowanie stanowi raport podsumowujący ewaluację Regionalnego Programu Zdrowotnego pn. „Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014-2020, który był realizowany w latach 2017-2018. Badanie pt. „Ewaluacja Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” zostało zrealizowane przez Biuro Badań Społecznych Question Mark na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Badanie zostało zrealizowane w okresie od maja do sierpnia 2021 roku.

Głównym celem badania była ocena skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości wdrażania „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego”. Badanie zrealizowane zostało w ramach paradygmatu pragmatycznego, który w największym stopniu odpowiada celom badań ewaluacyjnych. Badaniem objęto zarówno pacjentów biorących udział w Programie, jak i przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za wdrożenie i realizację Programu oraz przedstawicieli personelu udzielającego świadczeń w jego ramach oraz ekspertów dziedzinowych. Badana grupa dobrze odzwierciedlała pacjentów AOS.

W badaniu wykorzystano jakościowe i ilościowe oraz reaktywne i niereaktywne metody badawcze. Były to: analiza desk research (obejmująca: dokumenty warunkujące kontekst realizacji Programu; dane zebrane od uczestników wsparcia i beneficjentów oraz dane ilościowe dotyczące świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej realizowanych przez ŁOW NFZ); wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne (CATI) z uczestnikami Programu (N=424); telefoniczne wywiady pogłębione (TDI) z pacjentami (N=18); pogłębione wywiady indywidualne (IDI) z przedstawicielami instytucji biorących udział w realizacji Programu (N=15) oraz ekspercki zogniskowany wywiad grupowy (FGI), którego celem było opiniowanie wyników i danych pozyskanych w badaniu oraz stworzenie adekwatnych do celu badania rekomendacji.





Kształt i sposób wdrożenia i realizacji Programu

Ewaluowany RPZ był kompleksowym programem rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ambulatoryjnych z województwa łódzkiego. Program adresowany był do pacjentów kardiologicznych (pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwinną serca (IHD), w tym pacjentów po ostrym zespole wieńcowym (OZW/ACS) oraz pacjentów z niewydolnością serca (HF) i pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych), którzy nie mogli uczestniczyć w innej formie rehabilitacji kardiologicznej oraz których stan zdrowia umożliwiał podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Świadczenia udzielane w ramach Programu były dla pacjentów bezpłatne. Każdy uczestnik miał zostać objęty wsparciem średnio przez okres około 8 miesięcy (w tym 8 tygodni sesji terapeutycznych). Wśród świadczeń w Programie były: 2 konsultacje lekarskie (kwalifikacyjna i kontrolna), 8 sesji psychoedukacyjnych, 8 sesji aktywności fizycznej, 2 indywidualne konsultacje z psychologiem oraz 2 indywidualne konsultacje z dietetykiem. Dodatkowo Program przewidywał dwukrotny kontakt telefoniczny z pacjentem 2 i 4 miesiące po zakończeniu udziału w projekcie w celu wzmocnienia trwałości efektów Programu oraz stałą opiekę indywidualnego opiekuna grupy.

Program był realizowany przez czterech beneficjentów: Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.; NZOZ KARDIO-MED Roman Kimelski; Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego sp. z o.o.; NZOZ "MOŻ-MED" S.J. Możdżan. Umowa o dofinansowanie z piątym wyłonionym w konkursie beneficjentem, Medycyna Grabieniec Sp. z o.o., została rozwiązana w trakcie realizacji projektu (15.05.2018 r.).

Kontekst realizacji Programu

Program w zaplanowanym kształcie został oparty o aktualne wytyczne i ustalenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej oraz był zgodny z wytycznymi i aktami prawnymi warunkującymi jego wdrożenie i realizację.

Realizacja Programu przyczyniła się do pozytywnych zmian w obrazie i sposobie realizacji rehabilitacji kardiologicznej w województwie. Były to przede wszystkim wprowadzenie nowego rodzaju rehabilitacji (kompleksowej rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym), niedostępnej wśród świadczeń gwarantowanych przez NFZ oraz





zwiększenie liczby podmiotów realizujących rehabilitację kardiologiczną, a w efekcie zwiększenie dostępności terytorialnej rehabilitacji na terenie województwa. W efekcie realizacji Programu zauważono także: zwiększenie udziału wśród rehabilitowanych pacjentów osób spoza Łodzi; zwiększanie ogólnej liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej; zwiększenie ogólnej liczby udzielonych świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na terenie województwa.

Zgłaszalność do Programu

Mimo trudności zidentyfikowanych w toku realizacji Programu, zgłaszalność do poszczególnych projektów realizowanych w Programie była na zadowalającym poziomie. Nie została natomiast osiągnięta zakładana ogólna wielkość populacji pacjentów Programu, czego główną przyczyną była rezygnacja z realizacji projektu przez jednego z beneficjentów.

Wśród czynników wpływających na zgłaszalność zidentyfikowano zarówno czynniki związane z realizacją Programu, jak i czynniki od niego niezależne. Pozytywnie na zgłaszalność wpływało dystrybuowanie zaproszeń do udziału w Programie różnymi kanałami (lekarz POZ, lekarz prowadzący, pacjenci, znajomi, program TV) oraz zaangażowanie w rekrutację personelu medycznego. Pacjentów zachęcały do udziału kompleksowy charakter świadczeń oferowanych w ramach Programu oraz możliwość wykonania u beneficjenta dodatkowych badań poza Programem. Na zgłaszalność miały wpływ także czynniki indywidualne: odległość miejsca zamieszkania pacjenta od miejsca udzielania świadczeń oraz dyspozycyjność (łatwość łączenia udziału w Programie z innymi zobowiązaniami). Negatywnie na zgłaszalność oddziaływały przede wszystkim bariery psychologiczne (ogólna niechęć pacjentów do działań prozdrowotnych) i spodziewana przez pacjentów uciążliwość udziału w Programie.

Cele i efekty realizacji Programu

Głównym celem Programu było ułatwienie powrotu do sprawności co najmniej 10% pacjentów kardiologicznych, tak aby mogli oni podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową poprzez rehabilitację kardiologiczną, w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu. Cele szczegółowe Programu to: (1) zwiększenie dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w okresie realizacji Programu;





(2) poprawa kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia u pacjentów uczestniczących w Programie; (3) wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy.

Ogólny poziom realizacji celów należy uznać za zadowalający, biorąc pod uwagę wyzwania społeczne, na które miał odpowiadać Program oraz całościowy kontekst jego wdrożenia i realizacji.

Cel główny Programu nie został osiągnięty w pełni, ze względu na objęcie wsparciem mniejszej liczby osób niż zakładano. Działania w ramach Programu objęły mniejszą niż planowano populację (było 701 pacjentów zamiast zaplanowanych 1000 osób), ale liczba osób w wieku 50 lat i więcej wśród pacjentów była zgodna z założeniami (99% zakładanej wielkości). Kontynuowanie lub podjęcie pracy po zakończeniu udziału w Programie zadeklarowało 246 pacjentów (28,5% uczestników Programu), w tym 184 osoby w wieku 50 lat i więcej (32,4% pacjentów w tym wieku). Są to wartości przekraczające założony w Programie próg realizacji celu głównego (10%).

Pierwszy cel szczegółowy został osiągnięty. Realizacja Programu pozwoliła na zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, która nie była wcześniej dla pacjentów dostępna w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ. Świadczenia w ramach Programu były realizowane w 4 powiatach województwa łódzkiego (wg założeń Programu miały to być co najmniej 3 powiaty).

Drugi cel szczegółowy został osiągnięty w niewielkim zakresie i stopniu. Największe pozytywne zmiany, a jednocześnie osiągnięcie miernika na zakładanym poziomie, odnotowano w przypadku palenia tytoniu. Pozostałe mierniki efektywności Programu nie zostały osiągnięte w założonej wielkości. Zidentyfikowano dwa podstawowe czynniki wpływające na niewielki stopień osiągnięcia celu: nieadekwatność sposobu pomiaru parametrów do kontekstu zdrowotnego pacjentów oraz odroczone i długofalowy pozytywny wpływ udziału w Programie na wyniki badań pacjentów.

Trzeci cel szczegółowy został osiągnięty. Wzrost motywacji zadeklarowała większość pacjentów wypełniających ankietę satysfakcji po zakończeniu udziału w Projekcie oraz prawie wszyscy respondenci wywiadów CATI.





Trwałość efektów Programu

Oceny trwałości efektów realizacji Programu dokonano blisko 3 lata po zakończeniu działań adresowanych do pacjentów. Zdecydowana większość pacjentów biorących udział w ewaluacji pozytywnie oceniła ogólny wpływ udziału w Programie na swoje zdrowie kardiologiczne oraz możliwość podjęcia lub wydłużenia aktywności zawodowej. Szczegółowa samoocena stanu zdrowia (ocena aktualnych wartości parametrów medycznych) dokonana przez pacjentów także świadczy o znaczącej pozytywnej zmianie w stosunku do wyników badań wykonanych bezpośrednio po zakończeniu udziału pacjenta w projekcie. Ponadto prawie wszyscy badani zauważyli pozytywny wpływ Programu na stan swojej wiedzy i zdrowia.

Na trwałość efektów RPZ wpływa przede wszystkim stopień i skuteczność wdrożenia przez pacjenta wyuczonych w Programie zachowań prozdrowotnych. Dlatego w celu zwiększenia trwałości należy podjąć przede wszystkim działania pozytywnie wpływające na poziom motywacji pacjentów oraz utrwalenie korzystnych nawyków. Są to przede wszystkim: wydłużenie czasu trwania Programu (w szczególności części ścieżki uczestnictwa obejmującej udział w sesjach aktywności fizycznej i konsultacjach ze specjalistami) oraz zwiększenie ilości sesji aktywności fizycznej. Pozytywny efekt w tym zakresie przyniesie także wydłużenie opieki nad pacjentami w celu przypominania o konieczności dbania o zdrowie i sposobach na poprawienie ogólnej kondycji zdrowotnej – w miarę możliwości w ramach Programu, ale także w ramach innych RPZ lub świadczeń NFZ, np. w formie teleporad.

Jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu

Jakość świadczeń w ramach Programu została oceniona bardzo wysoko zarówno przez pacjentów korzystających ze wsparcia, jak i przez przedstawicieli podmiotów realizujących świadczenia, a także została pozytywnie zarekomendowana przez ekspertów dziedzinowych.

Pacjenci korzystający z rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu w zdecydowanej większości uznali go za odpowiadający na potrzeby mieszkańców województwa oraz poleciliby udział w Programie innym osobom. Prawie wszyscy pacjenci byli także zadowoleni z organizacji udzielania świadczeń oraz ich jakości, a udział w Programie przyczynił się do wzrostu poziomu ich wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia, wagi zdrowego odżywiania się oraz





aktywności fizycznej w redukcji czynników ryzyka. Opinie te zostały wyrażone zarówno w ankietach satysfakcji wypełnianych w Programie, jak i znalazły potwierdzenie w informacjach przekazanych w czasie ewaluacji blisko 3 lata później.

Ekspertcy podkreślili natomiast, że wpływ na jakość świadczeń miały bez wątpienia adekwatność ścieżki wsparcia zaplanowanej w Programie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz starania podjęte na etapie ogłaszania konkursu, aby beneficjenci realizujący projekty byli do tego odpowiednio przygotowani pod kątem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych.

Problemy we wdrażaniu Programu

W trakcie realizacji Programu zidentyfikowano dwa podstawowe problemy, które dotyczyły zbyt długiego czasu trwania ścieżki zaplanowanej w Programie dla pacjentów oraz trudności w rekrutowaniu uczestników projektów. W obu przypadkach wprowadzono działania modyfikujące realizację Programu, których celem było zniwelowanie zidentyfikowanych trudności.

Dodatkowe problemy zidentyfikowane w badaniu ewaluacyjnym to po stronie beneficjentów przede wszystkim brak doświadczenia w realizacji projektów w ramach RPZ oraz związane z tym trudności w organizacji i realizacji świadczeń dla tak dużych grup pacjentów oraz zbyt rozbudowana biurokracja. Wśród trudności związanych z pracą z pacjentami zauważana była przede wszystkim niechęć pacjentów do niektórych rodzajów wsparcia (np. obawy przed udziałem w konsultacjach psychologicznych) oraz ogólny opór przed wprowadzaniem prozdrowotnych zmian.

Kolejnym utrudnieniem w tym zakresie był brak elastyczności ścieżki uczestnictwa przewidzianej dla pacjentów w Programie. Dodatkowo, z jednej strony czas udziału pacjenta był zbyt długi (z punktu widzenia pacjentów i beneficjentów), z drugiej zaś (w opinii ekspertów) czas i intensywność okresu udziału pacjenta w sesjach terapeutycznych (szczególnie aktywności fizycznej) powinny zostać zwiększone.

Przedstawiciele beneficjentów ocenili wsparcie udzielone im w trakcie realizacji projektów pozytywnie. Wysoko oceniona została praca i pomoc ze strony opiekuna projektów oraz bieżące zmiany wprowadzone w sposobie realizacji działań.





Efektywność kosztowa

Koszty realizacji Programu były adekwatne do osiągniętych celów, w tym przede wszystkim do liczby osób objętych wsparciem w ramach Programu.

Ze względu na niepełną realizację Programu (rezygnacja jednego z beneficjentów skutkująca znacząco mniejszą wielkością populacji objętej wsparciem) struktura i wielkość kosztów zaplanowanych i rzeczywiście poniesionych różniły się od siebie. Alokacja przewidziana na realizację Programu w latach 2017-2018 wynosiła 2.508.500 PLN (całkowita wartość projektów, w tym wkład własny pieniężny i niepieniężny), w tym 2.132.225 PLN ze środków EFS. Rzeczywiste koszty realizacji Programu wynosiły 1.173.044,13 PLN, tj.: 47% kosztów zaplanowanych w alokacji i 81% kosztów zaplanowanych przez beneficjentów we wnioskach o dofinansowanie. Rzeczywisty koszt jednostkowy (wydatki w przeliczeniu na 1 pacjenta) wynosił 1692,70 zł, czyli o 13% więcej niż koszt zaplanowany (1500 zł).

Rekomendacje

- Uelastycznienie ścieżki wsparcia poprzez wydłużenie czasu trwania sesji aktywności fizycznej jako element niezbędny do budowania nawyków aktywności fizycznej w życiu codziennym po zakończeniu udziału w Programie.
- Zwiększenie liczby sesji aktywności fizycznej oraz zwiększenie ogólnego nacisku na opiekę fizjoterapeutyczną w ramach Programu, jako kluczowego elementu długofalowej efektywności rehabilitacji kardiologicznej.
- Włączenie w realizację RPZ w przedmiotowym obszarze problemowym świadczeń z zakresu telerehabilitacji / teleporad w celu (1) zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, (2) wydłużenia opieki rehabilitacyjnej nad każdym pacjentem.
- Wprowadzenie zmian w dokumentach Programowych umożliwiające realną ocenę zmian wywołanych realizacją Programu (tj. uwzględnienie w nich co najmniej takich zmiennych jak: czynniki pozaprogramowe bezpośrednio wpływające na stan zdrowia oraz szczegółowa sytuacja na rynku pracy po zakończeniu udziału w Programie) oraz zwiększenie kontroli nad spójnością dokumentów przekazywanych przez beneficjentów (załącznik nr 13).





- Modyfikacja wskaźników (a w konsekwencji także celu szczegółowego nr 2 oraz mierników efektywności Programu) polegająca na doborze parametrów lepiej odzwierciedlających skuteczność rehabilitacji kardiologicznej (np. wprowadzenie syntetycznego wskaźnika dotyczącego ogólnej kondycji pacjenta) oraz zmianę wskaźnika BMI na inny (np. wskaźnik zawartości tkanki tłuszczowej w masie ciała).

Summary

This study constitutes the report summarizing the evaluation of the Regional Health Program entitled “Rehabilitation and Educational Program for Cardiac Patients from the Łódź Voivodeship” under the Regional Operational Program of the Łódź Voivodeship 2014-2020, which was implemented in the years 2017-2018. The study entitled “Evaluation of the Rehabilitation and Educational Program for Cardiac Patients from the Łódź Voivodeship” was conducted by the public opinion research company Biuro Badań Społecznych Question Mark at the request of the Łódź Voivodeship Marshal's Office. The study was carried out in the period from May to August 2021.

The main objective of the study was to evaluate the effectiveness, efficiency, usefulness, and durability of implementation of the “Rehabilitation and Educational Program for Cardiac Patients from the Łódź Voivodeship”. The study was carried out within the pragmatic paradigm, which best corresponds to the objectives of evaluative research. The study covered patients participating in the Program, representatives of institutions responsible for the implementation and realization of the Program, representatives of the personnel providing services under the Program, as well as subject matter experts. The study group was highly representative of the patients covered by the outpatient specialist care.

The study utilized qualitative and quantitative as well as reactive and non-reactive research methods. These included: desk research analysis (including: documents determining the context of the Program's implementation; data collected from support participants and beneficiaries, as well as quantitative data on cardiac rehabilitation services provided by the Łódź Voivodeship Branch of the National Health Fund); computer-assisted telephone interviews (CATI) with the Program's participants (N =





424); telephone in-depth interviews (TDI) with patients (N = 18); individual in-depth interviews (IDI) with the representatives of institutions participating in the implementation of the Program (N = 15), and an expert focus group interview (FGI), whose purpose was to provide opinions on the results and data obtained in the course of the study and to create recommendations adequate to the purpose of the study.

The shape and method of implementation and realization of the Program

The evaluated Regional Health Program was a comprehensive outpatient cardiac rehabilitation program for patients from the Łódź Voivodeship. The program was addressed to cardiac patients (patients with stable ischemic heart disease (IHD), including patients after acute coronary syndrome (ACS), as well as patients with heart failure (HF) and patients after cardiac surgery) who were not able to participate in other forms of cardiac rehabilitation and whose health condition enabled them to pursue outpatient rehabilitation.

The services provided under the Program were free of charge for the patients. Each participant was supposed to be provided with support for an average period of about 8 months (including 8 weeks of therapy sessions). The services provided under the Program included: 2 medical consultations (a qualifying consultation and a follow-up consultation), 8 psycho-educational sessions, 8 physical activity sessions, 2 individual consultations with a psychologist, and 2 individual consultations with a dietitian. In addition, the Program provided for two telephone consultations with the patient, carried out 2 and 4 months after the completion of participation in the project, with the purpose of strengthening the durability of the Program's effects, as well as the constant care of a group's individual supervisor.

The program was implemented by four beneficiaries: Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.; NZOZ KARDIO-MED Roman Kimelski; Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego sp. z o.o.; NZOZ „MOŻ-MED” S.J. Możdżan. A co-financing agreement with the fifth beneficiary selected in the competition, Medycyna Grabieniec Sp. z o.o., was terminated during the implementation of the project (15.05.2018).

A total of 701 patients participated in projects implemented under the Program. Among the patients enrolled in the Program, the number of male patients was slightly





higher than the number of female patients. The age structure of patients was dominated by older patients (over 50 years of age, whose share in the population was higher than the share assumed in the Program). The mean age of the patients was slightly less than 59 years, and the ages of the patients at the beginning of participation ranged from 22 to 86 years. Among the patients, there were slightly more people who were employed (51.5%) at the time of joining the Program, than people who were economically inactive. Although the patient population was dominated by inhabitants of the communes in which the beneficiaries' activities were carried out, including Pabianice (24% of Program participants), Piotrków Trybunalski (23%), Łódź (12%), and Poddębice (8%), nearly one-third of all patients came from areas where cardiac rehabilitation was not available. Persons with disabilities accounted for less than 16% of the patients benefiting from the services provided as part of the Program.

Context of the Program's implementation

The planned structure of the Program was based on the latest guidelines and findings in the field of cardiac rehabilitation and complied with the guidelines and legal acts determining its implementation and realization.

The realization of the Program contributed to positive changes in the image and the methods of implementing cardiac rehabilitation in the voivodeship. These mainly included the introduction of a new type of rehabilitation procedure (comprehensive outpatient rehabilitation), which is not available among the services guaranteed by the National Health Fund, as well as an increase in the number of entities providing cardiac rehabilitation, and, consequently, an increase in the territorial availability of rehabilitation within the voivodeship. The following outcomes were also observed as a result of the Program's implementation: an increase in the share of people from outside of Łódź among the rehabilitated patients; an increase in the total number of patients benefiting from cardiac rehabilitation; an increase in the total number of services provided in the field of cardiac rehabilitation within the voivodeship.





Program attendance

Despite the difficulties identified in the course of the Program's implementation, the attendance for individual projects implemented under the Program was at a satisfactory level. On the other hand, the assumed overall size of the Program's patient population was not achieved. The main reason for that was the withdrawal from project implementation by one of the beneficiaries.

The factors influencing the attendance include both factors related to the implementation of the Program as well as factors independent of it. The distribution of invitations for participation in the Program through various channels (primary care physicians, attending physicians, patients, friends, TV program) and the involvement of medical personnel in the recruitment process had a positive effect on the attendance. Patients were encouraged to participate by the comprehensive nature of the services offered as part of the Program and by the possibility of performing additional tests at the beneficiaries' establishments outside the scope of the Program. The attendance was also influenced by individual factors: distance between the patient's place of residence and the location where services were provided, and patient availability (the ease of combining participation in the Program with other obligations). Meanwhile, attendance was negatively affected primarily by psychological barriers (general reluctance of patients to pursue health-promoting activities) and by the patients' expectations of the inconvenience associated with participation in the Program.

Objectives and effects of the Program's implementation

The main objective of the Program was to facilitate the recovery of at least 10% of cardiac patients, so that they would be able to take up work or to extend their professional activity through cardiac rehabilitation, both during the Program and after its completion. The specific objectives of the Program include: (1) increasing the availability of outpatient cardiac rehabilitation services during the implementation of the Program; (2) improving the control of risk factors for cardiovascular diseases in patients participating in the Program; (3) increasing the patients' motivation to maintain the health-promoting behaviors learned during the Program and to transform them into ingrained habits and attitudes.





The general level of achievement of the objectives should be seen as satisfactory given the social challenges that the Program was supposed to address and the overall context of its implementation and realization.

The main objective of the Program was not fully achieved due to the fact that support was ultimately extended to a lower number of people than originally assumed. The activities under the Program covered a patient population smaller than planned (there were 701 patients instead of the originally planned population of 1,000 people), but the number of people aged 50 and over among the patients was consistent with the assumptions (99% of the assumed size). A total of 246 patients (28.5% of the Program's participants) declared that they would continue working or take up work after the completion of their participation in the Program, including 184 people aged 50 and over (32.4% of patients in that age group). These values exceed the threshold for the achievement of the main goal (10%) assumed in the Program.

The first specific objective of the Program was achieved. The implementation of the Program made it possible to increase the availability of services in the field of outpatient cardiac rehabilitation, which had not been previously available for patients as part of the services guaranteed by the National Health Fund. The services provided under the Program were implemented in 4 poviats of the Łódź Voivodship (according to the Program's assumptions, they were supposed to be implemented in at least 3 poviats).

The second specific objective of the Program was only achieved to a limited extent and degree. The largest positive changes were recorded in the case of smoking tobacco products. This area is also where the assumed level of the effectiveness measure was achieved. The remaining measures of the Program's effectiveness were not achieved in the assumed extent. Two basic factors contributing to the low degree of achievement of the objective were identified: the inadequacy of the method used to measure the parameters for the patients' health context and the delayed and long-term positive impact of participation in the Program on the patients' test results.

The third specific objective of the Program was achieved. An increase in motivation was reported by the majority of patients filling out the satisfaction questionnaire after completing their participation in the Project, and by almost all of the respondents in the CATI interviews.





Durability of the Program's effects

The durability of the effects obtained through the realization of the Program was assessed nearly 3 years after the completion of the activities addressed to the patients. The vast majority of patients participating in the evaluation positively assessed the overall impact of participation in the Program on their cardiac health and the possibility of undertaking or extending professional activity. The detailed health self-assessment (assessment of the current values of medical parameters) carried out by the patients also indicates a significant positive change in relation to the results of tests performed immediately after the completion of the patients' participation in the project. Moreover, almost all of the respondents noticed a positive impact of the Program on the state of their knowledge and health.

The durability of a Regional Health Program's effects is primarily dependent on the degree of implementation and the effectiveness of implementation of the health-promoting behaviors learned in the course of the Program. Therefore, in order to increase durability, it is above all necessary to take actions that positively influence the level of patients' motivation and that consolidate the beneficial habits. These mainly include: extending the duration of the Program (in particular, the part of the participation path covering the patients' participation in physical activity sessions and consultations with specialists) and increasing the number of physical activity sessions. Positive effects in this regard will also be achieved by extending the duration of patient care for the purpose of reminding them of the necessity of caring for their own health and of the ways in which they can improve their general health condition – as part of the Program, if possible, but also as part of other Regional Health Programs or National Health Fund's services, e.g., in the form of telephone medical consultations.

Quality of the services provided under the Program

The quality of the services rendered as part of the Program was rated very highly both by the patients benefitting from the provided support and by the representatives





of the entities providing the services. Moreover, it was also positively evaluated by subject matter experts.

The vast majority of patients undergoing cardiac rehabilitation under the Program believed that it met the needs of the region's inhabitants and would be willing to recommend participation in the Program to others. Almost all of the patients were also satisfied with the ways in which the provision of services was organized and with the quality of these services. Moreover, participation in the Program contributed to an increase in the level of patients' knowledge about the risk factors for cardiovascular diseases, as well as the importance of healthy eating and physical activity in reducing risk factors. These opinions were expressed in the satisfaction surveys completed in the course of the Program and were additionally confirmed in the feedback provided during the evaluation conducted nearly 3 years later.

Meanwhile, the experts emphasized that the quality of services was undoubtedly influenced by the consistency of the support path planned in the Program with the recommendations of the Polish Cardiac Society, and also by the efforts made at the stage of competition announcement, which were aimed at ensuring that the beneficiaries implementing the projects are properly prepared in terms of their personnel, premises, and equipment.

Problems in the implementation of the Program

During the implementation of the Program, two basic problems were identified. They related to the excessively long duration of the path planned for patients in the Program, and to difficulties in recruiting project participants. In both cases, specific measures were introduced in order to modify the implementation of the Program, the goal of which was to eliminate the identified difficulties.

Additional problems identified in the evaluative study on the part of the beneficiaries primarily included the lack of experience in the implementation of projects under Regional Health Programs and the associated difficulties in the organization and implementation of services for such large groups of patients, as well as the excessively extensive bureaucracy. The most noticeable difficulties related to work with the patients included the reluctance of patients towards certain types of support





(e.g., concerns about participating in psychological consultations) and a general resistance to introducing health-promoting changes.

Another obstacle in this respect was the lack of flexibility in the participation path provided for patients in the Program. Additionally, on the one hand, the duration of patients' participation was too long (from the point of view of patients and beneficiaries), and on the other hand (in the opinion of the experts), the duration and intensity of patients' participation in therapeutic sessions (especially physical activity sessions) should be increased.

The representatives of the beneficiaries positively assessed the support provided to them during the implementation of the projects. The work and assistance on the part of the project supervisor as well as the ongoing changes introduced in the implementation of activities were both rated highly.

Cost effectiveness

The costs of the Program's implementation were adequate relative to the objectives achieved, including, in particular, the number of people supported as part of the Program.

Due to the incomplete realization of the Program (withdrawal of one of the beneficiaries resulting in a significantly smaller size of the patient population provided with the support), the structure and amount of the planned costs and the actually incurred costs differed. The allocation provided for the implementation of the Program in the years 2017-2018 amounted to PLN 2,508,500 (total value of the projects, including own contributions in cash and in kind), including PLN 2,132,225 from the European Social Fund. The actual costs of the Program's implementation amounted to PLN 1,173,044.13, i.e.: 47% of the costs planned in the allocation and 81% of the costs planned by the beneficiaries in the applications for co-financing. The actual unit cost (expenses per 1 patient) was PLN 1,692.70, i.e., 13% more than the planned cost (PLN 1,500).





Recommendations

- Making the patient support path more flexible by extending the duration of physical activity sessions, as an element necessary for building habits of physical activity in everyday life after the completion of participation in the Program.
- Increasing the number of physical activity sessions and increasing the overall emphasis on physiotherapeutic care within the Program as a key component of the long-term effectiveness of cardiac rehabilitation.
- Including services in the area of telephone rehabilitation/telephone medical consultation in the implementation of the Regional Health Program within the subject problem area for the purpose of (1) increasing the availability of rehabilitation services, (2) extending the duration of rehabilitation care for each patient.
- Introducing changes to the Program's documentation in order to enable a realistic assessment of the changes brought about by the implementation of the Program (i.e., including, at the very least, such variables as: factors outside of the Program that are directly affecting the patients' health condition and detailed assessment of the situation on the labor market after the end of participation in the Program) and increasing control over the consistency of the documentation submitted by the beneficiaries (Annex no. 13).
- Modifying the utilized measures and indicators (and, consequently, also the specific objective no. 2 and the Program's effectiveness measures) by selecting parameters that better reflect the effectiveness of cardiac rehabilitation (e.g., introduction of a synthetic indicator regarding the patient's general condition) and replacing the BMI index with another index (e.g., body fat percentage).

1 Wprowadzenie

Badanie pt. „Ewaluacja Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” zostało zrealizowane przez Biuro Badań Społecznych Question Mark na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Badanie było realizowane w okresie od maja do sierpnia 2021 roku. Realizacja Programu została wdrożona w kontekście nasilających się





negatywnych procesów demograficznych i tendencji epidemiologicznych oraz niskiej świadomości zdrowotnej mieszkańców województwa łódzkiego, które generowały coraz większe zapotrzebowanie na usługi zdrowotne w województwie.

Z identyfikowanych obecnie trendów epidemiologicznych wynika, że istotnym problemem zdrowotnym dotyczącym osób dorosłych są przede wszystkim: choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz choroby układu oddechowego. Konsekwencją zmian w zdrowiu populacyjnym jest przede wszystkim dezaktywizacja zawodowa mieszkańców kraju i regionu, niosąca za sobą dalsze negatywne skutki społeczne.

Wobec takich wyzwań opracowywane są Programy Polityki Zdrowotnej – instrumenty, za pomocą których jednostki samorządu terytorialnego realizują zadania w obszarze zdrowia na rzecz społeczności lokalnych. Ewaluacja RPZ jest obowiązkiem wynikającym z zapisów „Wytocznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Wyniki ewaluacji poszczególnych RPZ zostaną wykorzystane w badaniu dotyczącym oceny wpływu interwencji w zakresie Osi Priorytetowej X w ramach Planu ewaluacji RPO WŁ 2014-2020.

Niniejsze opracowanie stanowi raport podsumowujący ewaluację jednego z Regionalnych Programów Zdrowotnych, jakie były realizowane przez województwo łódzkie w ostatnim czasie pn. „Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego”, który był realizowany w latach 2017-2018.

1.1 Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego

Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego był kompleksowym programem rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych. **Głównym celem** Programu było **ułatwienie powrotu do sprawności co najmniej 10% pacjentów kardiologicznych, tak aby mogli oni podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową poprzez rehabilitację kardiologiczną, w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu.** Cele





szczegółowe Programu to: (1) zwiększenie dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w okresie realizacji Programu; (2) poprawa kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia u pacjentów uczestniczących w Programie; (3) wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy.

Program adresowany był do pacjentów kardiologicznych, posiadających wskazania, którzy nie mogli uczestniczyć w rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej w warunkach szpitalnych lub na oddziale/w ośrodku dziennym oraz których stan zdrowia umożliwiał podjęcie rehabilitacji w trybie ambulatoryjnym.

Program skierowany był do:

- **pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwienną serca (IHD)**, w tym **pacjentów po ostrym zespole wieńcowym (OZW/ACS)**, u których określone czynniki ryzyka⁹ nie były wystarczająco kontrolowane.
- **pacjentów z niewydolnością serca (HF) i pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych.**

Zgodnie z założeniami Program był realizowany w pięciu etapach. W pierwszej kolejności dokonano **wyboru beneficjentów realizujących Program** w trybie konkursowym. Drugim etapem realizacji Programu była **akcja informacyjna o Programie** prowadzona przez beneficjentów Programu, realizowana również w trakcie trwania Programu w celu rekrutacji kolejnych uczestników. W efekcie akcji informacyjnej dokonywano **naboru i kwalifikacji pacjentów do Programu** (zgodnie z kryteriami określonymi w Programie), po czym następowała **realizacja Programu i bieżące monitorowanie jakości** (uwzględniające zapisy Programu). Piątym i ostatnim etapem realizacji Programu była **ewaluacja** – określenie efektywności Programu po zakończeniu jego realizacji. Niniejszy raport jest podsumowaniem działań ewaluacyjnych podjętych w ramach ostatniego etapu realizacji Programu.

Świadczenia udzielane w ramach Programu były dla pacjentów bezpłatne. Według założeń każdy uczestnik miał zostać objęty działaniami w ramach Programu średnio

⁹ W tym: palenie tytoniu lub ciśnienie tętnicze $\geq 140/90$ mmHg lub stężenie cholesterolu LDL $\geq 1,8$ mmol/l (≥ 70 mg/dl) lub stężenie hemoglobiny glikowanej $\geq 7\%$ lub stężenie glukozy na czczo $\geq 7,0$ mmol/l (≥ 126 mgdl) lub wskaźnik masy ciała ≥ 30 kg/m².





przez okres około 8 miesięcy (w tym 8 tygodni sesji aktywności fizycznej i sesji psychoedukacyjnych).

Wśród świadczeń i działań realizowanych w Programie były:

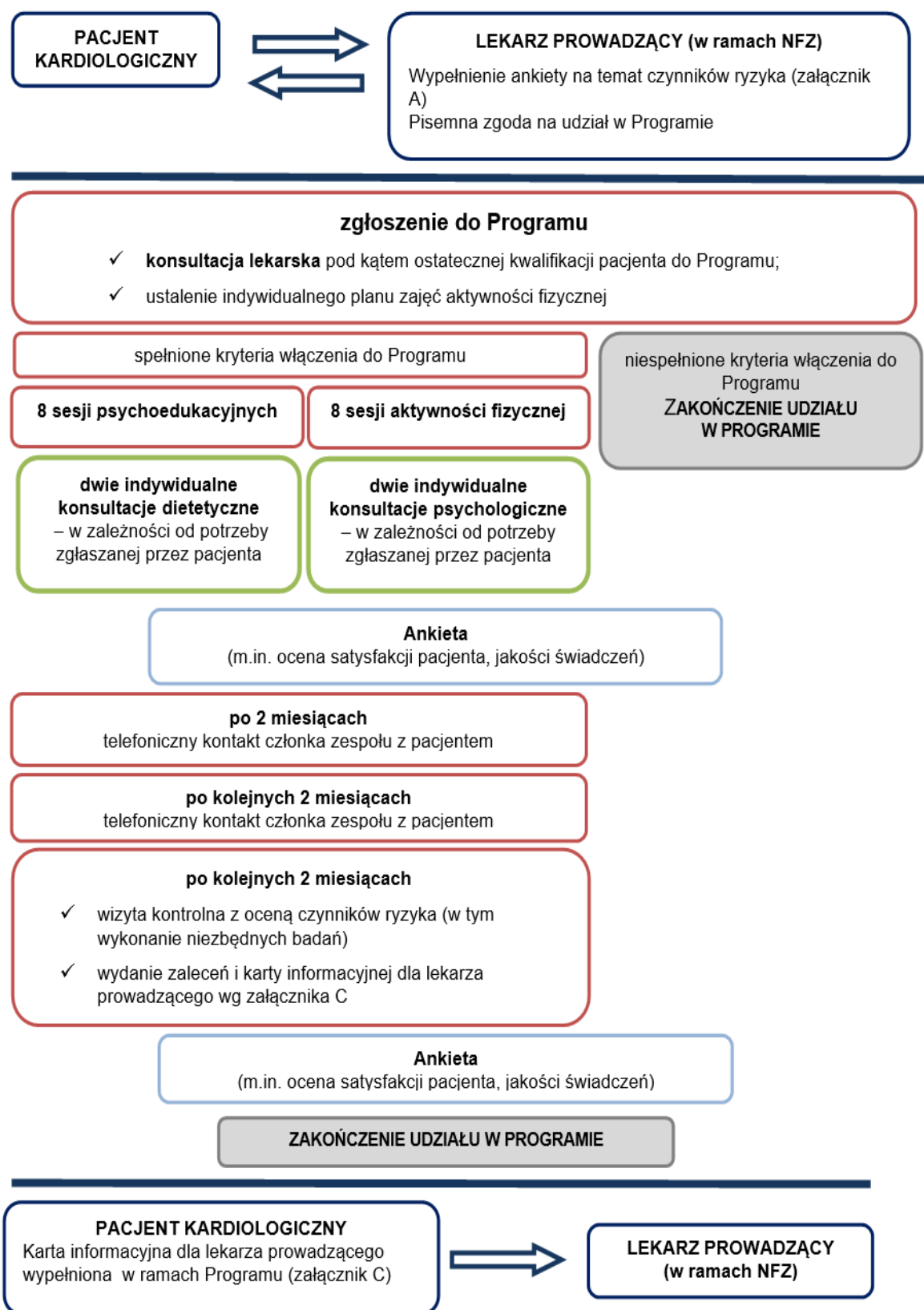
- lekarska wizyta kwalifikacyjna (obligatoryjna),
- 8 sesji psychoedukacyjnych – każda trwająca 45 minut 1-2 razy w tygodniu, prowadzonych przez dietetyka, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, lekarza lub psychologa, w zależności od tematyki spotkania (obligatoryjne),
- 8 sesji aktywności fizycznej - każda trwająca 60 minut 1-2 razy w tygodniu, prowadzonych przez fizjoterapeutę we współpracy z lekarzem (obligatoryjne),
- 2 indywidualne konsultacje z psychologiem (dla chętnych),
- 2 indywidualne konsultacje z dietetykiem (dla chętnych),
- lekarska wizyta kontrolna, po zakończeniu udziału w projekcie (obligatoryjna),
- dwukrotny kontakt telefoniczny (2 i 4 miesiące po zakończeniu udziału w projekcie) w celu wzmocnienia trwałości efektów Programu.

Ponadto każda grupa pacjentów uczestniczących w Programie została objęta indywidualną opieką osobistego opiekuna między poszczególnymi etapami Programu. Pacjenci mieli także możliwość bieżącego kontaktu telefonicznego z wyznaczonym do tego celu członkiem zespołu.

Schemat organizacyjny Programu został przedstawiony poniżej na rysunku nr 1.



Rysunek 1: Schemat organizacyjny Programu



Źródło: Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego.



Świadczenia udzielane w ramach Programu były realizowane przez zespół specjalistów, ściśle współpracujący z lekarzem prowadzącym. W skład zespołu wchodziła: pielęgniarka, dietetyk, fizjoterapeuta i psycholog. Program zakładał ścisłą współpracę lekarza prowadzącego (np. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kardiologa, kardiochirurga), realizującego świadczenia w ramach NFZ, który rekomendował uczestnictwo pacjenta w Programie. Uczestnicy mieli możliwość zakończenia udziału w Programie na każdym jego etapie. Po zakończeniu udziału w Programie pacjent wracał pod opiekę swojego lekarza prowadzącego.

Świadczenia w ramach Programu stanowiły wartość dodaną do świadczeń oferowanych przez NFZ. W ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ realizowana jest rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych i/lub w oddziale/ośrodku dziennym. Program oferował pacjentom rehabilitację kardiologiczną w warunkach ambulatoryjnych – niedostępną w ramach NFZ. Program w tym kształcie stanowił uzupełnienie świadczeń obecnie dostępnych, gdyż proponował prowadzenie świadczeń w warunkach ambulatoryjnych i w sposób kompleksowy.

Zgodnie z założeniami Programu beneficjenci realizujący Program zostali wybrani w drodze konkursowej. Konkurs na realizację projektów w ramach Programu został ogłoszony w listopadzie 2016 roku. W wyniku konkursu wybrano pięciu beneficjentów, którzy podjęli się realizacji Programu. Wszystkie wnioski zostały pozytywnie zarekomendowane:

- Medycyna Grabieniec sp. z o.o.; projekt: *Z Medycyną Grabieniec przez ruch do poprawy zdrowia twojego serca;*
- Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.; projekt: *Rehabilitacja kardiologiczna jako środek powrotu do życia społecznego i zawodowego;*
- NZOZ KARDIO-MED Roman Kimelski; projekt: *Zadbaj o serce - program ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej dla mieszkańców Piotrkowa Trybunalskiego i okolic;*
- Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego sp. z o.o.; projekt: *Rehabilitacja kardiologiczna u Bonifratrów;*
- NZOZ "MOŻ-MED" S.J. Możdżan; projekt: *Program rehabilitacyjno-edukacyjny dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego.*

Łączna wartość wybranych do realizacji projektów przekraczała 2 miliony złotych.





Tabela 1: Projekty realizowane w ramach Programu – wartość projektów

Nazwa Beneficjenta	Wartość ogółem projektu	Wkład własny	Kwota przyznanego dofinansowania
Medycyna Grabieniec	611 122,50 zł	55 001,03 zł	556 121,47 zł
Pabianickie Centrum Medyczne	531 555,00 zł	47 839,99 zł	483 715,01 zł
KARDIO-MED	456 425,00 zł	41 079,01 zł	415 345,99 zł
Szpital Zakonu Bonifratrów	307 800,00 zł	27 702,00 zł	280 098,00 zł
MOŻ-MED	297 840,00 zł	26 805,60 zł	271 034,40 zł
RAZEM	2 204 742,50 zł	198 427,63 zł	2 006 314,87 zł

Źródło: Lista podpisanych umów o dofinansowanie w ramach konkursu nr RPLD-10.03.01-IZ.00-10-001/16 oraz roczne i wieloletnie zestawienie wartości umów dla Działania X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia, Poddziałania X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.

Umowa o dofinansowanie z Medycyna Grabieniec Sp. z o.o. została rozwiązana w trakcie realizacji projektu (15.05.2018 r.). Dane stanowiące podstawę niniejszego opracowania stanowiły podsumowanie realizacji projektów przez 4 pozostałych beneficjentów.

2 Koncepcja i metodyka ewaluacji Programu

Głównym celem niniejszego badania ewaluacyjnego była **ocena skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości wdrażania „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego”**. W badaniu zastosowano zatem następujące kryteria ewaluacyjne:

- skuteczność – kryterium pozwoliło ocenić, do jakiego stopnia cele zdefiniowane na etapie pisania Programu zostały osiągnięte;





- użyteczność – kryterium pozwoliło ocenić rzeczywiste efekty wywołane przez realizację Programu w odniesieniu do wyzwań społecznych;
- efektywność – kryterium to pozwoliło ocenić stopień osiągniętych efektów w zakresie wdrażania Programu w stosunku do poniesionych nakładów;
- trwałość – kryterium to pozwoliło ocenić na ile i w jakim zakresie efekty wdrażania Programu są długotrwałe.

Badanie objęło swoim **zakresem** przedmiotowy i podmiotowy oraz czasowy i przestrzenny zasięg oddziaływania Programu.

Tabela 2: **Zakres badania ewaluacyjnego**

Zakres badania ewaluacyjnego	
Zakres przedmiotowy	Ocena wdrażania „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014-2020: – Oś priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, która przyczyni się do wzrostu szans na zatrudnienie i utrzymania zatrudnienia poprzez umożliwienie łączenia życia zawodowego z prywatnym, poprawy adaptacyjności przedsiębiorstw i ich pracowników do zmian, a także wdrożenia programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu. – Priorytet inwestycyjny 8vi Aktywne i zdrowe starzenie – Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia. – Poddziałanie X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej.
Zakres podmiotowy	Badaniem zostali objęci: – Uczestnicy projektów RPO WŁ 2014-2020 (pacjenci) – Beneficjenci RPO WŁ 2014-2020 – IZ RPO WŁ 2014-2020





Zakres badania ewaluacyjnego	
	– Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – Lekarze specjaliści – Konsultanci wojewódzcy w dziedzinie kardiologii i rehabilitacji dla województwa łódzkiego – Inni pracownicy służby zdrowia
Zakres czasowy	Od początku okresu planowania 2014-2020 do maja 2021.
Zakres przestrzenny	W szczególności województwo łódzkie, a w uzasadnionych przypadkach również dane i materiały o zasięgu ogólnopolskim i pozakrajowym.

Źródło: Opracowanie własne.

Badanie zrealizowane zostało w ramach **paradygmatu pragmatycznego**¹⁰, który w największym stopniu odpowiada celom badań ewaluacyjnych. Nie wiąże się z określonym podejściem metodologicznym (ilościowym bądź jakościowym), lecz podporządkowuje je nadrzędnym funkcjom ewaluacji – usprawniającej, konkluzywnej, wspierającej decyzje związane z zarządzaniem programami społecznymi oraz określającym jakość i wartość programu dla tych, którym ma on służyć. Typowe dla badań realizowanych w nurcie pragmatycznym jest stosowanie mieszanych strategii badawczych, będących wyrazem wprowadzania w praktykę badawczą różnych typów triangulacji (metodologicznej, badacza, źródła danych). Strategia zastosowana w niniejszym badaniu miała charakter **transformatywny**^{11,12}.

¹⁰ Creswell J. W. (2013), *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, str. 34-37

¹¹ *ibidem*, str. 40

¹² Jest to jedna z procedur realizacji badań mieszanych, obok procedury **sekwencyjnej** i **równoległej**. Procedura sekwencyjna przewiduje, że zastosowanie jednej metody służy uporządkowaniu i uogólnieniu wyników uzyskanych inną metodą. Procedura równoległa zakłada łączenie/scalanie danych ilościowych i jakościowych w ramach wszechstronnej analizy problemu badawczego, przy czym obydwa rodzaje danych zbiera się jednocześnie i traktując jako całość, poddaje jednolitej interpretacji. Procedura transformatywna polega natomiast na stosowaniu obu tych podejść. Dla badania obejmującego dane ilościowe i jakościowe przyjmuje się pewne nastawienie teoretyczne jako perspektywę nadrzędną, tworzącą strukturę ramową dla zagadnień badawczych, metod gromadzenia danych oraz przewidywanych wyników lub zmian.





Ewaluacja Programu została przeprowadzona przy wykorzystaniu różnorodnych metod i technik badawczych o komplementarnym zastosowaniu. Szeroki zakres podmiotowy i przedmiotowy zaplanowanych działań badawczych i analitycznych pozwolił na zdobycie kompleksowego zestawu informacji na temat realizacji i jakości Programu oraz sformułowanie rekomendacji. Badaniem objęto zarówno pacjentów biorących udział w Programie, jak i przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za wdrożenie i realizację Programu oraz przedstawicieli personelu udzielającego świadczeń w jego ramach. Badana grupa dobrze odzwierciedlała pacjentów AOS.

W ramach ewaluacji zastosowano:

- niereaktywne techniki badawcze w formie **analizy danych zastanych**, której poddano: (1.) dokumenty wskazane przez Zamawiającego wraz z uwzględnieniem literatury naukowej na temat rehabilitacji kardiologicznej; (2.) dane zebrane w ramach Programu od uczestników wsparcia i beneficjentów oraz (3.) dane ilościowe dotyczące świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej realizowanych przez łódzki oddział NFZ.
- reaktywne techniki badawcze (tj. takie sposoby pozyskiwania informacji, w których następuje bezpośrednia interakcja pomiędzy badaczami, a osobami badanymi), w tym:
 - **wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne** (CATI);
 - **telefoniczne wywiady pogłębione** (TDI);
 - **wywiady indywidualne** (IDI);
 - **wywiad grupowy** (FGI).

Analiza danych zastanych zastosowana w badaniu miała zarówno jakościowy, jak i ilościowy charakter. Analiza jakościowa obejmowała dokumenty i treści istotne z punktu widzenia problematyki badania i realizacji Programu. Jej celem była charakterystyka kontekstu wdrożenia i realizacji Programu oraz aktualnego stanu wiedzy w obszarach problemowych Programu. Analiza ilościowa objęła natomiast dane gromadzone w toku realizacji Programu oraz inne dane statystyczne przekazane przez Zamawiającego (np. dane z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na temat realizacji świadczeń zdrowotnych). Celem tej części analizy było scharakteryzowanie wdrożenia i realizacji Programu oraz opisanie jego kontekstu w systemie ochrony zdrowia, w szczególności zmian, jakie





wdrożenie i realizacja Programu wprowadziły w rehabilitacji kardiologicznej pacjentów z terenu województwa łódzkiego.

Wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne (CATI) zostały przeprowadzone z uczestnikami Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego. Badanie zostało przeprowadzone na losowej reprezentatywnej próbie badawczej, której liczebność wynosiła 424 osoby. Respondentów wylosowano na podstawie listy wszystkich pacjentów Programu (701 osób) – badaniem objęto zatem ponad 60% wszystkich pacjentów biorących udział w Programie. Badana grupa dobrze odzwierciedlała pacjentów AOS. Celem wywiadów było zebranie informacji na temat uczestnictwa w projektach oraz utrzymywania się efektów udziału w Programie w czasie po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych. Dzięki wywiadam CATI wyłonieni zostali także pacjenci charakteryzujący się cechami i kompetencjami uzasadniającymi objęcie ich pogłębionymi wywiadami indywidualnymi (TDI).

Telefoniczne wywiady pogłębione (TDI) z pacjentami stanowiły jakościowe uzupełnienie wywiadów CATI. W kontekście celów badania oraz zakresu tematycznego pytań ewaluacyjnych, a także poprawności i kompletności procesu ewaluacji Programu zasadne było uzupełnienie zgromadzonych w CATI danych ilościowych danymi jakościowymi. W wywiadach pogłębionych pacjenci zostali poproszeni o scharakteryzowanie udziału w Programie i swoich doświadczeń sprzed, w trakcie i po jego zakończeniu, co pozwoliło na precyzyjne poznanie ich potrzeb, motywacji oraz zmian w tym zakresie. W badaniu zrealizowano 18 wywiadów TDI z pacjentami wybranymi spośród populacji pacjentów (701 osób). W badaniu zastosowano dobór celowy według kryteriów¹³ umożliwiających uzyskanie w wywiadach możliwie różnorodnych opinii dających łącznie pełny obraz doświadczeń pacjentów.

Kolejnym elementem badania była realizacja **pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI)**. Ich głównym celem było uzyskanie szczegółowych opinii i informacji na temat Programu bezpośrednio od przedstawicieli konkretnych instytucji

¹³ Wśród kryteriów były: wiek, płeć, sposób uczestnictwa w Programie (pełne, częściowe wykorzystanie dostępnych świadczeń) oraz opinie przekazane w wywiadach CATI. Wyboru respondentów dokonano w oparciu o dane na temat uczestników zgromadzone w toku realizacji Programu oraz wyniki wywiadów CATI.





– Instytucji Zarządzającej RPO WŁ 2014-2020 oraz beneficjentów (świadczeniodawców) Programu. Przekazane przez respondentów informacje posłużyły do stworzenia charakterystyki Programu z perspektywy instytucji odpowiedzialnych za jego realizację i udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom. Udział w wywiadach pracowników służby zdrowia, wdrażających Program w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, wzbogacił wiedzę na temat warunków, przebiegu i ewentualnych trudności realizacyjnych Programu oraz pozwolił na stworzenie kompletnych i praktycznych rekomendacji dla podobnych programów w przyszłości. Wśród respondentów znaleźli się przedstawiciele wszystkich beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu oraz kluczowych instytucji odpowiedzialnych za Program. W badaniu zrealizowano 15 wywiadów z następującymi grupami respondentów:

- przedstawiciel IZ RPO WŁ 2014-2020,
- przedstawiciele beneficjentów, w tym koordynatorzy projektów,
- specjaliści realizujący świadczenia w ramach Programu – lekarze kwalifikujący do Programu, pielęgniarki, fizjoterapeuci, dietetycy, psycholodzy.

Kończący badanie **zogniskowany wywiad grupowy (FGI)** miał charakter dyskusji podsumowującej całość ustaleń badawczych i odegrał istotną rolę dla procesu formułowania rekomendacji z badania. Podczas wywiadu grupowego pozyskane zostały dane uzupełniające i interpretujące dotychczasowe wnioski z metaperspektywy Programu – której osiągnięcie w ramach wywiadu możliwe było z uwagi na dobór osób biorących w nim udział. Uczestnikami FGI byli przedstawiciele kluczowych grup zaangażowanych we wdrażanie Programu (Realizatora, beneficjentów, pracowników ochrony zdrowia i pacjentów), a także eksperci dziedzinowi.

Badanie ewaluacyjne pozwoliło na udzielenie odpowiedzi na następujące **pytania badawcze**:

1. W jakim stopniu zostały osiągnięte cele „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego”?





2. Jak osiągnięty poziom mierników przekłada się na realizację poszczególnych celów „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego”?
3. Analiza i ocena jakościowa efektów uzyskanych lub planowanych do uzyskania w Programie (w tym ocena efektywności Programu, zgodnie z miernikami efektywności w ramach realizacji RPZ, oraz stopnia osiągniętych wartości mierników).
4. Ocena zgłaszalności do Programu. Analiza czynników pozytywnie / negatywnie wpływających na poziom zgłaszalności do Programu.
5. Jakie problemy zostały zidentyfikowane w trakcie wdrażania „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” przez interesariuszy? Ocena podjętych działań mających na celu zniwelowanie zidentyfikowanych problemów.
6. Czy i w jakim stopniu udzielone beneficjentom wsparcie, umożliwiło skuteczne realizowanie działań związanych z wdrażaniem „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego”?
7. Analiza i ocena jakości świadczeń udzielanych w ramach „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” (w oparciu o opinie pozyskane od uczestników, beneficjentów i ekspertów dziedzinowych).
8. Czy i w jakim stopniu wsparcie udzielane w ramach „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” było efektywne?
9. Czy i w jakim stopniu efekty osiągnięte w ramach realizacji „Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego” są trwałe? Określenie czynników decydujących o trwałości efektów Programu.
10. Jak i w jakim zakresie „sytuacja” (tj. stan zdrowia, poziom wiedzy z zakresu wspieranego w Programie, samopoczucie i motywacja do udziału w Programie oraz zmiany zachowań i nawyków na prozdrowotne, a także opinia na temat wsparcia otrzymanego w ramach Programu, a w konsekwencji wpływ na kontynuowanie lub wznowienie aktywności zawodowej) uczestników Programu zmieniała się podczas i w efekcie ich uczestnictwa w Programie (tj. od czasu





poprzedzającego ich kwalifikację do Programu, w trakcie uczestnictwa w Programie oraz po jego zakończeniu – zarówno bezpośrednio, jak i w kolejnych latach po zakończeniu uczestnictwa w Programie)?

11. Jakiek są rekomendacje w kontekście celu badania ewaluacyjnego?

3 Kontekst realizacji Programu

3.1 Rehabilitacja kardiologiczna – wytyczne i ustalenia

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w 1993 r. zdefiniowała rehabilitację kardiologiczną jako skoordynowane działania prowadzące do uzyskania optymalnej sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej pacjenta z CHUK, umożliwiające osiągnięcie jak najbardziej samodzielnego funkcjonowania w życiu codziennym i satysfakcjonującego udziału w życiu społecznym, dające pacjentowi poczucie dobrej jakości życia, i równocześnie, jeśli jest to możliwe, usuwające czynniki ryzyka i zmniejszające zaburzenia chorobowe¹⁴. **Rehabilitacja kardiologiczna jest zatem kompleksowym i całościowym działaniem**, którego celem jest z jednej strony prewencja chorób serca, z drugiej zaś leczenie i poprawa jakości życia i funkcjonowania pacjentów z chorobami kardiologicznymi (w tym poprzez ograniczenie postępów choroby), a także zmniejszenie śmiertelności wynikającej z chorób układu krążenia¹⁵.

Jak pokazują liczne analizy rehabilitacja kardiologiczna jest działaniem **efektywnym i skutecznym w świetle zidentyfikowanych problemów** zdrowotnych, społecznych i populacyjnych, którym ma przeciwdziałać¹⁶. Analizy ekonomiczne wskazują także na **efektywność kosztową rehabilitacji kardiologicznej**. Realizacja programów rehabilitacji kardiologicznej w ogólnej perspektywie wpływa na redukcję kosztów służby zdrowia oraz szeroko rozumianych kosztów społecznych¹⁷.

¹⁴ World Health Organization Expert Committee, *Rehabilitation After Cardiovascular Diseases, With Special Emphasis on Developing Countries*, "Technical Report Series" Geneva 1993, 831, za: M. Charszusz-Zasiewska i in., *Wpływ rehabilitacji kardiologicznej jako metody leczenia chorych po ostrym zespole wieńcowym*, Zeszyty Naukowe Kujawskiej Wyższej Szkoły we Włocławku, Włocławek 2017, str. 51

¹⁵ A. Gziut, A. Sobieszczak, K. Milewski, *Rehabilitacja kardiologiczna u pacjentów po zawale serca*, *Kardiologia Inwazyjna* 2018;13(1), s. 17

¹⁶ Rekomendacja nr 24/2019 z dnia 19 kwietnia 2019 r., *op.cit.* s. 14

¹⁷ Ibidem, s. 2





Głównymi **celami rehabilitacji kardiologicznej** są¹⁸:

- Przeciwdziałanie skutkom bezczynności ruchowej.
- Poprawa wydolności wieńcowej oraz układu krążenia.
- Poprawa ogólnej sprawności psychofizycznej.
- Zahamowanie postępu choroby niedokrwiennej serca.
- Szybki powrót do pełnego funkcjonowania w rodzinie i społeczeństwie.
- Przywrócenie zdolności do pracy zarobkowej.

Eksperci nie mają wątpliwości, że efektywny i przynoszący długofalowe korzyści program rehabilitacji kardiologicznej powinien składać się z **sesji ćwiczeń fizycznych** oraz **edukacji** dotyczącej: stylu życia, czynników ryzyka, chorób układu sercowo-naczyniowego, a także konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich oraz przyjmowania leków¹⁹. Cele rehabilitacji kardiologicznej można zatem osiągnąć przez rehabilitację fizyczną, modyfikację zachowań i stylu życia, zwalczanie złych nawyków żywieniowych, nauczanie radzenia sobie ze stresem, stałe zwalczanie czynników ryzyka choroby wieńcowej w tym: palenia tytoniu i otyłości oraz działania lecznicze (w tym przede wszystkim leczenie zaburzeń gospodarki lipidowej, nadciśnienia tętniczego, cukrzycy i dny moczanowej oraz innych schorzeń współistniejących)²⁰.

Istotnym determinantem skuteczności działań rehabilitacyjnych jest czas ich wdrożenia. Pacjent powinien rozpocząć rehabilitację najszybciej, jak to tylko możliwe i powinna być ona kontynuowana do końca życia²¹. Prawidłowo realizowana rehabilitacja kardiologiczna powinna przebiegać w sposób dostosowany do sytuacji i potrzeb pacjenta. Wyróżnia się na tej drodze **3 podstawowe etapy działań rehabilitacyjnych** – rehabilitację wczesną (etapy I i II) oraz późną (etap III)²²:

¹⁸ I. Korzeniowska-Kubacka, R. Piotrowicz, *Rehabilitacja kardiologiczna szansą powrotu do pracy zawodowej?*, Medycyna Pracy, 2005;56(4), s. 325-326

¹⁹ P. Jankowski i in., *Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji*, Kardiologia Polska 2013; 71, s.998.

²⁰ I. Korzeniowska-Kubacka, R. Piotrowicz, *op.cit.*, s. 325-326.

²¹ M. Wierzchowiecki, K. Poprawski, *Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? Miejsce lekarza rodzinnego*, Forum Medycyny Rodzinnej Tom 2, Nr 1 (2008), s. 8-9.

Por. M. Turała (red.), *Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej. Stanowisko ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego*, AsteriaMed, Gdańsk 2017, s.10.

²² M. Turała (red.), *Rekomendacje w zakresie...* *op.cit.*, s.11-12.

Por. A. Gziut, A. Sobieszczak, K. Milewski, *op.cit.*, s. 17-18.





- **Etap I** obejmuje rehabilitację w trakcie hospitalizacji z powodu incydentu sercowo-naczyniowego i jest realizowany w warunkach szpitalnych. Powinien rozpoczynać się tak szybko, jak to tylko możliwe po przyjęciu pacjenta do szpitala. Etap ten trwa do momentu osiągnięcia stanu klinicznego upoważniającego do wypisania pacjenta z oddziału. Podstawowym celem I etapu rehabilitacji jest jak najszybsze osiągnięcie przez chorego samodzielności i samowystarczalności w zakresie czynności życia codziennego oraz przeciwdziałanie skutkom unieruchomienia.
- **Etap II** (etap kontynuacji — follow-on cardiac rehabilitation) może być realizowany zarówno w warunkach stacjonarnych, ambulatoryjnie jak i w formie hybrydowej. Etap ten obejmuje liczne i różnorodne działania medyczne, których celem jest poprawa stanu zdrowia kardiologicznego pacjenta oraz podniesienie jego sprawności fizycznej do poziomu pozwalającego na dalsze kontynuowanie rehabilitacji na etapie III. Etap drugi powinien rozpocząć się możliwie jak najszybciej po zakończeniu I etapu i trwać 4–12 tygodni.
- **Etap III** jest realizowany w warunkach ambulatoryjnych. Służy dalszej poprawie tolerancji wysiłku, podtrzymaniu dotychczasowych efektów leczenia i rehabilitacji oraz zmniejszeniu ryzyka nawrotu choroby. Istotnym elementem tego etapu jest edukacja zdrowotna pacjenta i jego rodziny oraz kształtowanie wysokiego poziomu motywacji do utrzymywania prawidłowych nawyków i zachowań. Jako prozdrowotny tryb życia, etap III powinien trwać do końca życia.

Uważa się, że jeśli rehabilitacja i edukacja nie są kontynuowane po zakończeniu rehabilitacji w trybie stacjonarnym, korzyści z niej są znacząco mniejsze, a leczenie pacjentów z chorobami kardiologicznymi nie powinno kończyć się w szpitalu. Istotnym elementem skuteczności rehabilitacji kardiologicznej jest długofalowa zmiana stylu życia oraz regularne stosowanie leków. Po zakończeniu rehabilitacji szpitalnej powinna ona być kontynuowana w formie ambulatoryjnych sesji szkoleniowych²³.

²³ P. Jankowski i in., *op.cit.*, s.998.





Szczególne znaczenie w obszarze rehabilitacji kardiologicznej nadaje się **zwiększeniu aktywności fizycznej**. Wiąże się ono nie tylko z pozytywnym, kompleksowym wpływem na pacjenta w zakresie zdrowia kardiologicznego, ale i całościowym oddziaływaniem na organizm, w tym m.in. poprzez²⁴:

- poprawę tolerancji wysiłku chorych, ocenianą przy użyciu ergospirometrycznej próby wysiłkowej,
- wpływ na aktywność autonomicznego układu nerwowego (zwiększenie napięcia nerwu błędnego, oceniane przy użyciu 24-godzinnej rejestracji zapisu EKG),
- zmniejszenie spoczynkowego stężenia hormonów związanych z progresją przewlekłej niewydolności serca,
- wpływ na poprawę parametrów funkcji skurczowej i rozkurczowej lewej komory mięśnia sercowego,
- wpływ na gospodarkę lipidową organizmu,
- obniżenie poziomów markerów prozapalnych,
- poprawę funkcji mięśni szkieletowych oraz krążenia obwodowego.

Powrót do pracy zawodowej jest przez niektórych autorów postrzegany jako istotny wykładnik efektywności rehabilitacji²⁵. Jednocześnie jednak z badań wynika, że **wznowienie aktywności zawodowej jest rezultatem wpływu wielu czynników, wśród których rehabilitacja nie odgrywa wiodącej roli**. Większe znaczenie przypisuje się czynnikom socjoekonomicznym i psychologicznym (wiek poniżej 50 roku życia, wsparcie społeczne, wydolność fizyczna, percepcja choroby, satysfakcja z pracy, brak objawów klinicznych, depresja, lęk, relacje w miejscu pracy, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, status ekonomiczny, poczucie inwalidztwa, czas oczekiwania na zabieg operacyjny), które w tym zakresie mają przewagę nad czynnikami medycznymi²⁶. Znaczenie czynników pozamedycznych, w tym zwłaszcza psychologicznych, w powrocie pacjenta do sprawności i pracy zawodowej po incydencie kardiologicznym w tym większym stopniu uwidacznia rolę ambulatoryjnej

²⁴ M. Chałusz-Zasiewska i in., *op.cit.*, s. 51-56.

²⁵ I. Korzeniowska-Kubacka, R. Piotrowicz, *op.cit.*, s. 326.

²⁶ Ibidem, s. 326.





rehabilitacji kardiologicznej prowadzonej przez zespół specjalistów, pod nadzorem lekarzy poradni rehabilitacji kardiologicznej lub poradni kardiologicznej²⁷.

Właściwa – czyli zindywidualizowana, kompleksowa oraz terminowa rehabilitacja stanowi jeden z **kluczowych elementów skutecznej opieki nad pacjentami z CHUK**, tj. takiej, która obniża ryzyko zaostrzenia choroby oraz pojawienia się konieczności opieki szpitalnej. Jest to także sposób na **optymalne wykorzystanie zasobów systemu opieki zdrowotnej**, w szczególności poprzez położenie większego nacisku na **opiekę ambulatoryjną**²⁸.

Programy kardiologicznej opieki ambulatoryjnej, szeroko rozpowszechnione w krajach wysokorozwiniętych, powinny być zdaniem ekspertów systematycznie wdrażane również w naszym kraju²⁹. **Upowszechnienie ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej jest istotne**, ponieważ cechuje się ona „(...) bardzo korzystnym stosunkiem kosztów do efektywności leczenia pacjentów (...). Wynika to głównie ze zmniejszonej częstości wtórnych hospitalizacji. W porównaniu z innymi metodami prewencji lub terapii (terapia hipolipemizująca, implantacja układów stymulujących, kardiologia interwencyjna) rehabilitacja kardiologiczna jest znacznie bardziej ekonomiczna przy uwzględnieniu rocznych kosztów przeznaczonych na uratowanie jednego życia ludzkiego”³⁰.

W przeciwieństwie do Programów rehabilitacji kardiologicznej w trybie stacjonarnym lub na oddziale dziennym, które powinny być prowadzone w wyspecjalizowanych ośrodkach zapewniających wysoką jakość udzielanych świadczeń, zadaniem rehabilitacji ambulatoryjnej powinno być maksymalne upowszechnienie i ułatwienie dostępu do świadczeń w tym zakresie wszystkim potrzebującym pacjentom. Ośrodki prowadzące programy ambulatoryjnej edukacji i rehabilitacji kardiologicznej mogą powstawać zarówno przy szpitalach mających w swej strukturze oddział kardiologii lub chorób wewnętrznych, przy poradniach kardiologicznych, jak i większych

²⁷ A. Gziut, A. Sobieszczak, K. Milewski, *op.cit.*, s.18.

²⁸ Nessler J. i in., *Projekt programu kompleksowej opieki nad chorymi z niewydolnością serca (KONS)*, Kardiologia Inwazyjna nr 6 (13), 2018, s. 10

Por. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 27/2019 z dnia 8 kwietnia 2019 roku w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie wybranych propozycji zmian w zakresie rehabilitacji leczniczej dotyczących rehabilitacji kardiologicznej, s. 1-2.

²⁹ M. Wierzchowiecki, K. Poprawski, *op.cit.*, s.1.

³⁰ P. Balsam, S. Szmit, *Współczesna rehabilitacja kardiologiczna – przegląd najnowszych zaleceń europejskich ekspertów*, Kardiologia po Dyplomie 2010; 9 (9), s. 77.





poradniach POZ. Dodatkowo w celu zwiększenia dostępności do programów rehabilitacji oraz zmniejszenia występującego obecnie zróżnicowania regionalnego powinny być one dostępne zarówno w dużych, jak i małych ośrodkach³¹. Na szczególną uwagę zasługują tu pacjenci z terenów o utrudnionym dostępie do świadczeń.

Natomiast sama kardiologiczna rehabilitacja ambulatoryjna może być realizowana w różny sposób. Jak pokazuje analiza sposobu jej realizacji w różnych krajach (mimo różnic występujących pomiędzy poszczególnymi programami rehabilitacyjnymi) preferowane są obecnie 4 rodzaje interwencji³²:

- **specjalistyczna poradnia niewydolności serca** - powstająca zwykle na bazie poradni przyszpitalnych, stanowiąc łącznik między lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej a specjalistami kardiologami i bazą szpitalną, dysponującą wysoko specjalistyczną aparaturą oraz oddziałami intensywnej opieki kardiologicznej;
- **program pomocy domowej**, który może być stosowany jako wyłączna forma działalności lub stanowić część składową szerszego programu i dotyczy przede wszystkim chorych których stan uniemożliwia im osobiste przybycie do Poradni;
- **program poradnictwa telefonicznego**, który stanowi najczęściej składową większego programu pomagając zmniejszać jego ogólne koszty;
- **telemonitoring** – wspiera proces rehabilitacji pozwalając przekazywać na odległość (telefon komórkowy lub Internet) wybrane wykładniki czynności ustroju.

Problematyka rehabilitacji ambulatoryjnej pacjentów kardiologicznych w Polsce jest podejmowana przez specjalistów od co najmniej kilkunastu lat. Chociaż szpitalna rehabilitacja kardiologiczna dotyczy znacznego odsetka pacjentów jej wymagających, to jednak ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej podlega mniej chorych niż wynika z zapotrzebowania na tego typu świadczenia: „Dane polskie (POLCARD) wykazują dwukrotnie mniejszą frekwencję w ARK [red: ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna] w porównaniu z krajami zachodnimi. Co gorsza, frekwencja w ARK

³¹ P. Jankowski i in., *op.cit.*, s.1002.

³²M. Wierzchowicki, K. Poprawski, *op.cit.*, s. 4-7.





spadła w Polsce o 50% w ostatnim 5-leciu. Uważa się, że krótkoterminowa rehabilitacja w warunkach stacjonarnych nie daje wystarczająco dobrych efektów odległych”³³. Sytuacja taka wymaga upowszechnienia i zwiększenia skuteczności rehabilitacji ambulatoryjnej oferowanej w kraju.

3.2 Uwarunkowania i otoczenie realizacyjne Programu

Zgodnie z ustaleniami analizy, co znajduje potwierdzenie w opiniach ekspertów opiniujących Program oraz biorących udział w jego ewaluacji, Program powstał w oparciu o najnowsze ustalenia naukowe i zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi rehabilitacji pacjentów z problemami kardiologicznymi w sposób dostosowany do potrzeb i uwarunkowań Województwa Łódzkiego.

Treść i założenia Programu powstały między innymi w oparciu o Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego³⁴. Program zgodny jest ze Standardami Rehabilitacji Kardiologicznej (Kompleksowa Rehabilitacja Kardiologiczna – Stanowisko Komisji ds. Opracowania Standardów Rehabilitacji Kardiologicznej Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego - zalecenia Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku w kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej³⁵). Potwierdza to także opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 155/2016 z dnia 22 sierpnia 2016 roku) wg której: „zaplanowane w projekcie interwencje pozostają zgodne z rekomendacjami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, według którego efektywny program rehabilitacji kardiologicznej i wtórnej prewencji powinien składać się z sesji ćwiczeń fizycznych, a także edukacji dotyczącej stylu życia, czynników ryzyka, chorób układu krążenia i konieczności stosowania się do zaleceń lekarskich. Ponadto, zaplanowane działania znajdują swoje potwierdzenie w wytycznych British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation, Royal Dutch Society for Psychical Therapy, American for Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation / American Heart Association”³⁶.

³³ K. Makowiecki, A. Mamcarz, *Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna – czy można poprawić jej skuteczność?*, Kardiologia Polska 2009; 67:6; s. 639-641

³⁴ P. Jankowski i in., *op.cit.*

³⁵ M. Turała (red.), *op.cit.*

³⁶ Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 155/2016 z dnia 22 sierpnia 2016 roku).





Problematyka i zakres oddziaływania Programu są zgodne z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Narzędzie 3: Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy). Założenia Programu zgodne są priorytetami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu). A także mieszczą się w ramach takich dokumentów jak: Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Konkurs, w wyniku którego wybrano beneficjentów realizujących Program został przeprowadzony zgodnie z wymogami krajowych „Wytocznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju.

Program jest również zgodny z dokumentami na poziomie regionalnym. Analiza pokazuje jego zgodność z celami określonymi w dokumencie pn.: „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020” (tutaj: cel operacyjny 3.2. Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia oraz celem operacyjnym 3.4. Poprawa dostępu do opieki rehabilitacyjnej) oraz ramami nakreślonymi przez Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (Oś priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, która przyczyni się do wzrostu szans na zatrudnienie i utrzymania zatrudnienia poprzez umożliwienie łączenia życia zawodowego z prywatnym, poprawy adaptacyjności przedsiębiorstw i ich pracowników do zmian, a także wdrożenia programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu; Priorytet inwestycyjny 8vi Aktywne i zdrowe starzenie; Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia; Poddziałanie X.3.1 Programy z uwzględnieniem rehabilitacji medycznej ułatwiające powroty do pracy oraz umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej), w tym także przez Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020.





Założenia realizacyjne Programu są ponadto zgodne z założeniami dokumentu „Regulaminy konkursów dotyczących Poddziałania X.3.1”.

Sposób realizacji i finansowania Programu mieści się w ramach nakreślonych przez takie dokumenty jak: Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006; Wytoczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

Program został pozytywnie zarekomendowany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 155/2016 z dnia 22 sierpnia 2016 roku) pod warunkiem jego doprecyzowania (m in. długości trwania ścieżki dla pacjenta, szczegółowego kosztorysu) oraz wprowadzenia w nim niewielkich zmian w zakresie:

- grup pacjentów, z których kierowane ma być wsparcie (rekomendowano ponowną analizę kierowania do Programu pacjentów po niepowodzeniu wcześniejszej rehabilitacji kardiologicznej, z obawy na fakt, że kolejna rehabilitacja może także nie przynieść pożądanych efektów zdrowotnych oraz włączenie do adresatów Programu osób kierowanych do rehabilitacji pierwszorazowo, które mieszkają na obszarach z utrudnionym dostępem do danych świadczeń);
- zmodyfikowania celu głównego, w sposób zgodny z koncepcją SMART;
- sposobu pomiaru parametrów zdrowotnych stanowiących podstawę do oceny mierników Programu (co najmniej dwukrotny pomiar).

Rekomendowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji modyfikacje zostały wprowadzone do Programu.





W swoich założeniach Program stanowił uzupełnienie działań realizowanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego, określonych w „Planie działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”. W latach 2014-2017 Samorząd Województwa Łódzkiego finansował i realizował: „Program wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom układu krążenia”, a w latach 2015-2017 także „Program zwiększenia dostępności świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji wśród mieszkańców województwa łódzkiego”.

Program wpisuje się także swoim zakresem oddziaływania i sposobem realizacji w inne działania i inicjatywy o zasięgu tak ogólnopolskim, jak i regionalnym, mające na celu prewencję i profilaktykę oraz wczesne wykrywanie, leczenie i rehabilitację pacjentów w chorobami układu serowo-naczyniowego.

W Polsce realizowany jest między innymi Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia finansowany ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, którego głównym celem jest obniżenie o ok. 20 % zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania natężenia czynników ryzyka oraz Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 stanowiący kontynuację projektów rozpoczętych w ramach poprzednich edycji (w latach 2003-2005, 2006-2008, 2009, 2010-2012 oraz 2013-2016), którego celem jest redukcja umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce.

Rehabilitacja kardiologiczna jest także działaniem realizowanym regionalnie w ramach innych RPZ, np. „Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” na lata 2018-2021 realizowany przez województwo pomorskie, a także jednym z elementów działań wspierających powrót do pracy w innych programach regionalnych, np. „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy” realizowany przez Samorząd Województwa Opolskiego od 2020 roku.

3.3 Rehabilitacja kardiologiczna w województwie łódzkim ³⁷

W analizowanym okresie (od 2013 do 2018 roku) na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały cztery (5 do października 2015) podmioty realizujące świadczenia w

³⁷ Analiza świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej oferowanych w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ obejmuje okres od 2013 do 2018 roku. Analiza została przeprowadzona





ramach rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych w ramach kontraktu z NFZ³⁸. Ze względu na lokalizację świadczeniodawców, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych była w tym okresie prowadzona na terenie Łodzi i Piotrkowa Trybunalskiego, a także, do października 2015 roku, Tuszyna.

Świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku / oddziale dziennym były natomiast oferowane w latach 2015-2018 przez łącznie siedmiu różnych świadczeniodawców³⁹. Ze względu na zmiany świadczeniodawców w czasie, rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych udzielało najczęściej 5 świadczeniodawców w tym samym czasie. W efekcie z rehabilitacji kardiologicznej w ośrodku / oddziale dziennym w województwie łódzkim można było skorzystać na terenie: Łodzi (w latach 2015-2018), Poddębic (w latach 2015-2017), Radomska (w latach 2015-2017) i Sieradza (2017-2018).

Realizacja Programu pozwoliła na **wprowadzenie nowego rodzaju opieki nad pacjentami kardiologicznymi** na terenie województwa oraz **zwiększenie liczby podmiotów udzielających świadczeń rehabilitacyjnych**. Dzięki Programowi w latach 2017-2018 do czterech podmiotów oferujących rehabilitację kardiologiczną w warunkach stacjonarnych i pięciu podmiotów oferujących rehabilitację kardiologiczną w ośrodku / oddziale dziennym dołączyły cztery podmioty oferujące rehabilitację w

na podstawie danych pochodzących z ŁOW NFZ i przekazanych przez UMWŁ ewaluatorowi na potrzeby realizacji badania.

³⁸ W roku 2015 były to:

- SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM UM w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów;
- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego;
- Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika;
- Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji;
- Samodzielny Szpital Wojewódzki im. Mikołaja Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim.

W październiku 2015 roku wygasła umowa z Wojewódzkim Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji i do końca 2018 rehabilitację kardiologiczną oferowały pozostałe 4 podmioty.

³⁹ W kolejnych latach były to:

- Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego (lata 2015-2018);
- PS ZOZ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego (lata 2015-2018);
- Centrum Rehabilitacji "KRASZEWSKIEGO" (lata 2015-2018);
- Poddębickie Centrum Zdrowia (lata 2015-2017);
- Szpital Powiatowy w Radomsku (lata 2015-2017);
- Szpital Wojewódzki im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu (lata 2017-2018);
- NZOZ "CENTRUM MEDYCZNE Szpital Św. Rodziny (w 2018 roku).





warunkach ambulatoryjnych. Zmiana ta stanowiła znaczące zwiększenie oferty rehabilitacyjnej dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego.

W efekcie realizacji Programu **zwiększył się też zasięg terytorialny oferowanej rehabilitacji**. W ramach umowy z NFZ w 2018 roku (kiedy była realizowana większa część świadczeń w ramach Programu) rehabilitacja kardiologiczna była dostępna w trzech miastach. Rehabilitacja stacjonarna była oferowana na terenie Łodzi i Piotrkowa Trybunalskiego, a rehabilitacja w ośrodku / oddziale dziennym - Łodzi i Sieradza. Dzięki realizacji Programu z ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej można było korzystać na terenie czterech miast.

Większość pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacyjnych gwarantowanych przez NFZ to mieszkańcy Łodzi (średnio 57% pacjentów w latach 2013-2015 oraz 44,6% w latach 2016-2018)⁴⁰. Realizacja Programu pozwoliła na rozszerzenie dostępności świadczeń i **zwiększenie liczby pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną na terenie czterech powiatów województwa łódzkiego**: pabianickiego, łódzkiego, piotrkowskiego, poddębickiego. Wśród pacjentów Programu przeważały osoby pochodzące z: Pabianic – 168 osób; Piotrkowa Trybunalskiego - 164 osoby; Łodzi - 83 osoby i Poddębic - 59 osób.

W analizowanym okresie zmieniała się także liczba pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej na terenie województwa łódzkiego.

Obserwować można stały wzrost ogólnej liczby pacjentów w latach 2013-2017 oraz spadek (o 14%) liczebności populacji objętej rehabilitacją kardiologiczną w roku 2018, kiedy najbardziej intensywnie realizowane były działania w ramach Programu. Średnio rocznie z rehabilitacji w ośrodku / oddziale dziennym w latach 2013-2015 korzystało 375 osób, a w warunkach stacjonarnych 1479 osób. W latach 2016-2018 było to średnio w roku 717 pacjentów rehabilitowanych dziennie i 1405 stacjonarnie. Realizacja Programu pozwoliła na **objęcie rehabilitacją kardiologiczną**

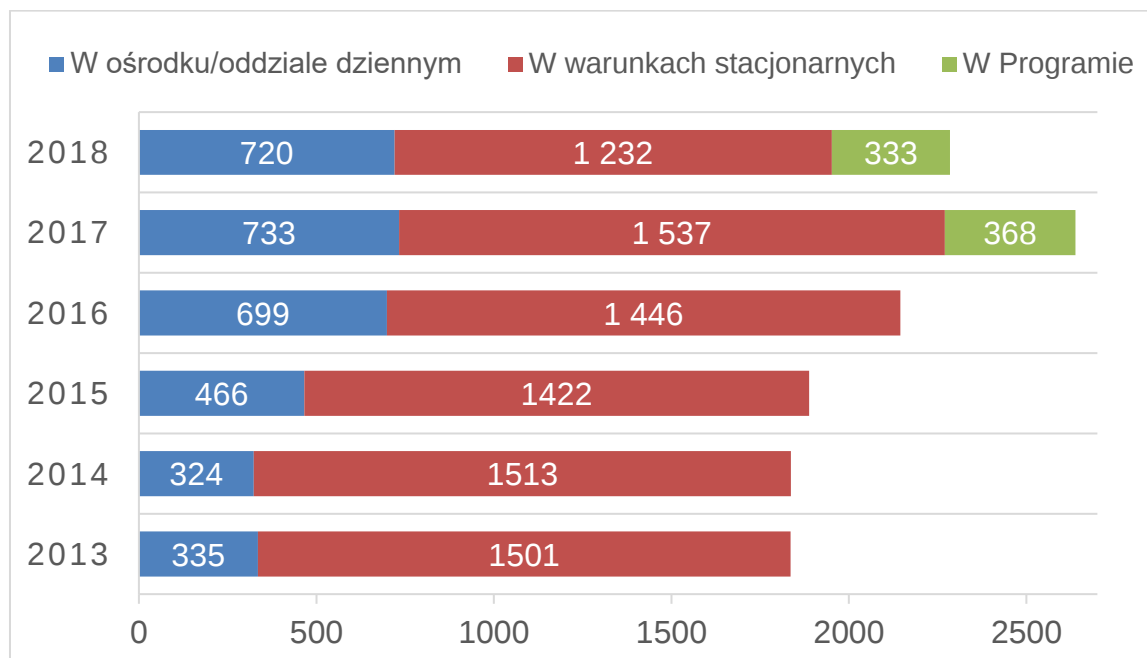
⁴⁰ Struktura populacji według miejsca zamieszkania pacjentów uczestniczących na terenie województwa łódzkiego w rehabilitacji kardiologicznej ulegała w analizowanym okresie zmianom. Najbardziej znaczące są zmiany dotyczące mieszkańców Łodzi (spadek udziału w populacji) oraz powiatu radomszczańskiego (wzrost udziału w populacji). Zmiany w udziale mieszkańców pozostałych powiatów w populacji pacjentów są nieznaczne. Wydaje się, że zmiany obserwowane w populacji pacjentów są związane ze zmianami w strukturze i lokalizacji świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej.





dodatkowych 701 osób, co pozwoliło na znaczące zwiększenie ogólnej liczby rehabilitowanych pacjentów.

Wykres 1: **Liczba pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ oraz danych nt. realizacji Programu.

UWAGA: Jako rok objęcia rehabilitacją w ramach Programu przyjęto datę rozpoczęcia przez pacjenta udziału w projekcie.

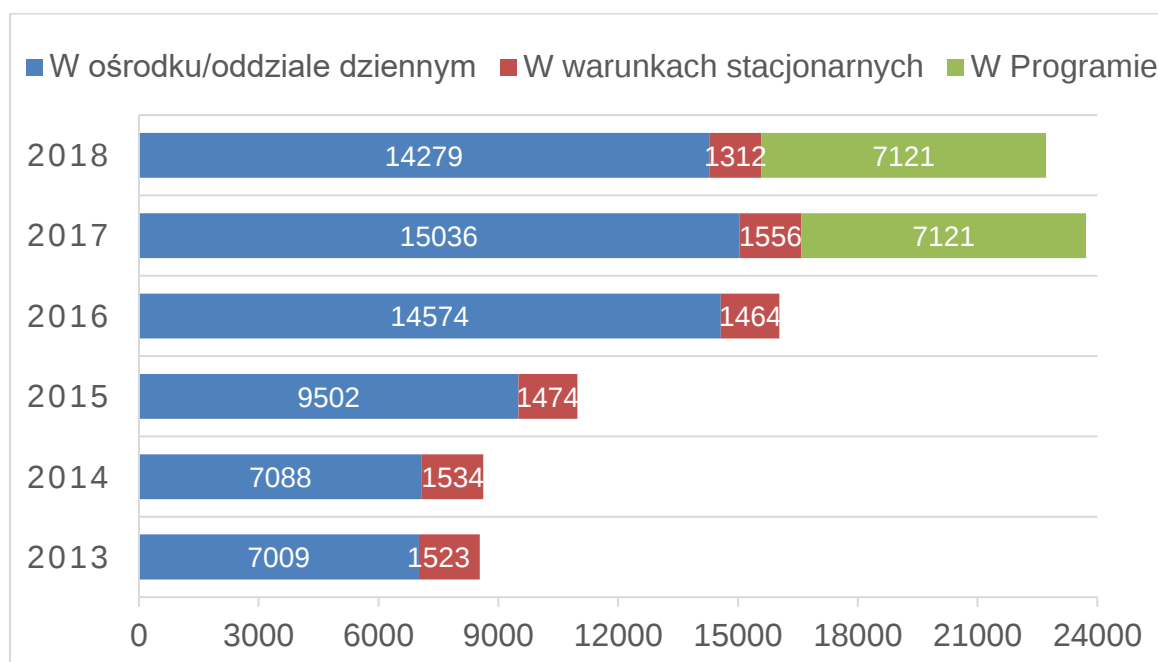
W latach 2013-2018 zmieniała się również liczba świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej. W przypadku rehabilitacji dziennej ogólna liczba udzielonych świadczeń (pomiędzy 2013, a 2018 rokiem) wzrosła ponad dwukrotnie – z 7 do ponad 14 tysięcy świadczeń w roku. W tym czasie liczba świadczeń udzielonych w warunkach stacjonarnych utrzymywała się na względnie stałym poziomie – ok 1,5 tysiąca świadczeń rocznie. Obserwowane zmiany w ilości udzielonych świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej miały wyraźny związek ze zmianą liczby pacjentów. Stosunek liczby świadczeń, z których średnio korzystał każdy pacjent pozostawał stały w kolejnych latach i wynosił ok. 21 świadczeń dla pacjenta rehabilitowanego w ośrodku / oddziale dziennym i 1 świadczenie dla pacjenta rehabilitowanego w warunkach stacjonarnych. Liczba świadczeń dla każdego z pacjentów biorących udział w Programie wynosiła **średnio 20,5**. Zgodnie z raportem podsumowującym realizację Programu, w **projektach udzielono łącznie 14.242 świadczeń** (konsultacji lekarskich, psychologicznych i dietetycznych oraz sesji





psychoedukacyjnych i sesji aktywności fizycznej). Uzupełnienie świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej realizowanych w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ świadczeniami realizowanymi w ramach projektu przełożyło się na **znaczący wzrost ogólnej liczby świadczeń rehabilitacji kardiologicznej udzielonych w analizowanym okresie na terenie województwa łódzkiego.**

Wykres 2: **Liczba świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ oraz danych nt. realizacji Programu.

UWAGA: Ze względu na brak możliwości identyfikacji dokładnego terminu realizacji poszczególnych świadczeń w ramach Programu, dane na ich temat ich ilości zostały przedstawione jako średnia roczna liczba świadczeń w czasie realizacji Programu.

Struktura społeczno-demograficzna populacji pacjentów korzystających ze świadczeń rehabilitacji kardiologicznej zmieniała się w kolejnych latach analizowanego okresu. Istotnym zmianom podlega przede wszystkim struktura wieku pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej na terenie województwa łódzkiego. Systematycznie wzrastał (z 60 % w 2015 roku do 73% w 2018) wśród nich odsetek osób starszych (powyżej 60 roku życia), a spadał (z 31% w 2015 roku do 20% w 2018) odsetek pacjentów nieznacznie młodszych (od 50 do 60 lat). Nieznacznie zmniejszały się w populacji pacjentów także odsetki osób młodych i w średnim wieku (do 50 roku życia). Natomiast wśród pacjentów objętych działaniami w ramach Programu odnotowano **wyższy odsetek osób w średnim wieku** (odpowiednio 12,5% pacjentów w grupie wiekowej 41-50 lat i 34% pacjentów w





grupie wiekowej 51-60 lat), a **niższy odsetek osób starszych** (51% pacjentów powyżej 60 roku życia) w porównaniu do pozostałych pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej (w ramach świadczeń NFZ) na terenie województwa łódzkiego. Poza tym zastrzeżeniem, **ogólna struktura wieku pacjentów rehabilitowanych w Programie i pacjentów rehabilitowanych w warunkach stacjonarnych i w ośrodku / oddziale dziennym w ramach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców NFZ, były podobne.**

W przypadku świadczeń w ramach NFZ relatywnie stała jest natomiast struktura populacji według płci. W analizowanym okresie kobiety stanowiły średnio 1/3, a mężczyźni 2/3 pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną na terenie województwa łódzkiego. Realizacja Programu pozwoliła na **objęcie rehabilitacją kardiologiczną dodatkowych 701 osób, w tym 322 kobiet i 379 mężczyzn.** Struktura uczestników Programu według płci była bardziej symetryczna niż w przypadku osób objętych rehabilitacją kardiologiczną w warunkach stacjonarnych i w ośrodku / oddziale dziennym w ramach świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców NFZ.

W latach 2013-2018 wśród **pacjentów leczonych ambulatoryjnie** ze względów kardiologicznych było **48528 osób leczonych z powodu z powodu niewydolności serca (wg ICD10 – I50⁴¹)** – średnio 8090 osób rocznie, ze stałym wzrostem liczby pacjentów od 6590 osób w 2013 roku, do 9666 osób w 2018 roku. **302 tysiące osób było w tym okresie leczonych ambulatoryjnie z powodu choroby niedokrwiennej serca (wg ICD-10 - I20-I25⁴²).** Średnia liczba pacjentów oscylowała w okolicy niespełna 49,5 tysiąca pacjentów rocznie w latach 2013-2015 i 51 tysięcy pacjentów w latach 2016-2018. Zmiany dotyczyły także struktury rozpoznań wśród chorych – spadła liczba pacjentów z rozpoznaniem w obrębie I20, I22, I23, I24, na względnie stałym poziomie utrzymała się liczba pacjentów z rozpoznaniem w obrębie I21, a **wzrosła liczba pacjentów chorujących przewlekłe** (rozpoznanie w obrębie I25).

⁴¹ W danych przekazanych przez ŁOW NFZ były informacje na temat osób leczonych w powodu rozpoznania: I50, I50.0, I50.1 oraz I50.9.

⁴² W danych przekazanych przez ŁOW NFZ były informacje na temat osób leczonych w powodu rozpoznania: I20; I20.0; I20.1; I20.8; I20.9; I21; I21.0 - I21.4; I21.9; I22; I22.0; I22.1; I22.9; I23; I23.0 - I23.2; I23.5; I23.6; I23.9; I24; I24.0; I24.1; I24.8; I24.9; I25; I25.0 - I25.5; I25.6; I25.8; I25.9.





Natomiast wśród **pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną gwarantowaną przez NFZ** znalazły się osoby u których występowało przede wszystkim 6 rozpoznań głównych (łącznie ponad 500 pacjentów w latach 2013-2018) należą:

- I50.9 (niewydolność serca, nieokreślona): łącznie 4462 pacjentów (zmiana pomiędzy 2013-2015, a 2016-2018: wzrost liczby pacjentów o 902 osób);
- I25.0 (Choroba serca i naczyń krwionośnych w przebiegu miażdżycy): łącznie 1896 pacjentów (zmiana pomiędzy 2013-2015, a 2016-2018: wzrost liczby pacjentów o 380 osób);
- Z95.5 (Obecność wszczepów i przeszczepów związanych z angioplastyką wieńcową): łącznie 1559 pacjentów (zmiana pomiędzy 2013-2015, a 2016-2018: spadek liczby pacjentów o 27 osób);
- I50.1 (Niewydolność serca lewokomorowa): łącznie 567 pacjentów (zmiana pomiędzy 2013-2015, a 2016-2018: wzrost liczby pacjentów o 267 osób);
- I25 (Przewlekła choroba niedokrwienna serca): łącznie 504 pacjentów (zmiana pomiędzy 2013-2015, a 2016-2018: wzrost liczby pacjentów o 228 osób);
- Z95.1 (Obecność pomostów naczyniowych aortalnowieńcowych omijających (bypass)): łącznie 501 pacjentów (zmiana pomiędzy 2013-2015, a 2016-2018: wzrost liczby pacjentów o 247 osób).

W analizowanym okresie znacząco zmieniła się także liczba osób z rozpoznaniem:

- I24.9 (Ostra choroba niedokrwienna serca, nie określona) – dwudziestokrotny wzrost liczby pacjentów, do 66 osób w latach 2015-2018;
- I21.4 (Ostry zawał serca podśierdziowy) - pięciokrotny wzrost liczby pacjentów, do 107 osób w latach 2015-2018;
- I20.0 (Dusznica niestabilna) - pięciokrotny wzrost liczby pacjentów, do 101 osób w latach 2015-2018.

Istotnym elementem analizy i oceny świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej jest **czas oczekiwania na udzielenie świadczenia**. Ma to szczególne znaczenie w świetle faktu, że zalecenia medyczne w tym zakresie jednoznacznie wskazują, iż rehabilitacja powinna zostać rozpoczęta jak najszybciej po wystąpieniu wskazań do jej wdrożenia. Dane przekazane przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ obejmowały





kolejki pacjentów oczekujących na świadczenie od 2015 do 2018 roku⁴³. W analizowanym okresie występowały istotne i liczne krótkoterminowe zmiany w średniej i maksymalnej długości czasu oczekiwania na świadczenie. Długość kolejki różni się także znacząco w zależności od świadczeniodawcy, kategorii kolejki oczekujących (pacjenci stabilni oraz pacjenci pilni) oraz typu rehabilitacji (rehabilitacja stacjonarna i rehabilitacja dzienna). Zarówno w przypadku rehabilitacji stacjonarnej jak i dziennej można jednak zauważyć ogólną tendencję wydłużenia się czasu oczekiwania na świadczenie w 2016 roku, względem długości czasu oczekiwania w 2015, następne skrócenie czasu oczekiwania w roku 2017 i ponowne wydłużenie w 2018.

Średni czas oczekiwania na świadczenie z zakresu rehabilitacji w warunkach stacjonarnych dla pacjentów stabilnych wynosił w analizowanym okresie średnio około 35 dni. Długość czasu oczekiwania rosła w latach 2015-2017 (od średnio 31 do 39 dni), i spadła w roku 2018 do 35 dni. Skrócił się natomiast maksymalny czas oczekiwania pacjentów stabilnych, który w 2015 roku wynosił 134 dni, a w kolejnych latach od 59 do 74 dni. W latach 2015-2017 pacjenci pilni oczekiwali na udzielenie świadczenia średnio kilka, a maksymalnie 38 dni. Czas oczekiwania pacjentów pilnych wydłużył się wyraźnie w 2018 roku i wynosił on średnio 10, a maksymalnie 132 dni.

Średni czas oczekiwania na świadczenie z zakresu rehabilitacji dziennej dla pacjentów stabilnych wynosił w analizowanym okresie od 22 do 47 dni, natomiast maksymalny czas oczekiwania pacjentów stabilnych wzrósł od około 3 miesięcy w roku 2015 do niespełna 7 miesięcy w latach 2016 i 2018. W roku 2015 pacjenci pilni oczekiwali na udzielenie świadczenia średnio 1, a maksymalnie 22 dni. W kolejnych

⁴³ Analizę realnego czasu oczekiwania utrudnia sposób jego agregacji przez NFZ:

UWAGA: Średni rzeczywisty czas oczekiwania oznacza średnią liczbę dni, jaką oczekiwały na udzielenie świadczenia osoby skreślone z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Przy obliczaniu średniego czasu oczekiwania nie są brani pod uwagę pacjenci, którzy zgłosili się do świadczeniodawcy w stanie nagłym oraz pacjenci znajdujący się w planie leczenia, wymagający okresowego, w ściśle ustalonych terminach, wykonywania kolejnych etapów świadczenia (np. Ci, którzy zgłaszają się do na wizytę kontrolną). Pierwszy wolny termin wskazuje na dzień, w jakim może zostać pacjent przyjęty w celu udzielenia świadczenia. Pierwszy wolny termin może ulegać zmianom, ponieważ każdego dnia na listę oczekujących mogą zostać wpisani nowi pacjenci lub mogą być z niej skreśleni np. z powodu rezygnacji z udzielenia świadczenia.





latach czas oczekiwania wydłużył się wyraźnie i wynosił średnio około 22, a maksymalnie około 100 dni.

Podsumowując, realizacja Programu przyczyniła się do pozytywnych zmian w obrazie i sposobie realizacji rehabilitacji kardiologicznej w województwie. W celu określenia i oceny tej zmiany w okresie realizacji Programu porównano dane na temat świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w ośrodku / oddziale dziennym udzielonych w okresie 2013-2018 przekazane przez łódzki oddział NFZ⁴⁴. Najważniejsze zmiany w rehabilitacji kardiologicznej, do których przyczynił się Program, to:

- wprowadzenie nowego rodzaju rehabilitacji, niedostępnej wśród świadczeń gwarantowanych przez NFZ;
- zwiększenie liczby podmiotów realizujących rehabilitację kardiologiczną;
- zwiększenie dostępności terytorialnej rehabilitacji;
- zwiększenie udziału wśród rehabilitowanych pacjentów osób spoza Łodzi;
- zwiększanie liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej;
- zwiększenie liczby udzielonych świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na terenie województwa;
- objęcie działaniami rehabilitacyjnymi większej grupy osób młodszych niż wśród pacjentów korzystających z rehabilitacji gwarantowanej przez NFZ oraz większej liczby kobiet, które stanowią 1/3 pacjentów korzystających ze świadczeń gwarantowanych przez NFZ, a w Programie była ich prawie połowa.

Świadczenia udzielane w ramach Programu stanowiły **uzupełnienie świadczeń gwarantowanych przez NFZ, ponieważ rehabilitacja ambulatoryjna nie była wśród nich dostępna**. Poza rozbudowaniem zakresu i sposobu realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, wśród najważniejszych zmian w rehabilitacji kardiologicznej w województwie łódzkim, do których przyczyniła się realizacja Programu należy wymienić między innymi **zwiększenie liczby świadczeniodawców udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej**.

⁴⁴ Ze względu na sposób agregacji danych przez łódzki oddział NFZ w omawianych danych występują niewielkie różnice w wartościach pomiędzy poszczególnymi kategoriami analitycznymi. Rozbieżności te nie miały wpływu na oszacowanie skali i zasięgu rehabilitacji kardiologicznej na terenie województwa łódzkiego oraz zmian, jakie wprowadził w jej zakresie ewaluowany Program.





4 Opis wyników badania

4.1 Efekty realizacji Programu

Spodziewanymi efektami realizacji Programu były zarówno zmiany w rehabilitacji kardiologicznej na terenie województwa łódzkiego wywołane bezpośrednio realizacją Programu, jak i zmiany (ilościowe i jakościowe) w stanie zdrowia i ogólnej kondycji pacjentów uczestniczących w projektach realizowanych przez beneficjentów.

Pierwsza grupa mierników odnosiła się bezpośrednio do **ogólnych efektów realizacji Programu i populacji objętej wsparciem** w ramach projektów realizowanych przez beneficjentów. Były wśród nich:

- objęcie działaniami w ramach niniejszego Programu co najmniej 1.000 osób, w tym 600 osób w wieku 50 lat i więcej,
- kontynuacja lub podjęcie zatrudnienia przez co najmniej 10% pacjentów kardiologicznych zamieszkujących województwo łódzkie, którzy skorzystają ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej oferowanych w niniejszym Programie,
- zwiększenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w okresie realizacji Programu w minimum 3 powiatach województwa łódzkiego.

Wśród uczestników Programu było **701 osób, a działaniami w ramach projektów realizowanych przez beneficjentów zostały objęte 693 osoby⁴⁵, co stanowiło około 70% populacji, jaka została założona w Programie, jednocześnie było wśród nich 596 osób w wieku 50 lat i więcej (99% założonej populacji pacjentów w tym wieku)**. Taka struktura wieku pacjentów rzeczywiście objętych Programem była inna niż struktura wieku pacjentów, do których pierwotnie adresowano Program. Można przypuszczać, że skutkowało to dalszymi zmianami w efektach osiągniętych przez realizację Programu. Podstawowym powodem niepełnej realizacji założonej liczebności populacji było rozwiązanie umowy z Medycyną

⁴⁵ Według dokumentów zgromadzonych w wyniku realizacji Programu, wzięło w nim udział 701 uczestników, jednocześnie jednak według danych przekazanych przez beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu, świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej zostały udzielone 693 osobom.





Grabieniec – beneficjentem, który miał pierwotnie realizować największy projekt w ramach Programu obejmujący wsparciem najliczniejszą populację.

Niejednoznaczny jest **efekt związany z ułatwieniem kontynuacji lub podjęciem zatrudnienia przez co najmniej 10% pacjentów Programu**. Po zakończeniu udziału w Programie podjęcie pracy lub kontynuowanie zatrudnienia deklarowało 246 pacjentów (28,5% uczestników Programu), w tym 184 osoby w wieku 50 lat i więcej (32,4% pacjentów w tym wieku). Osiągnięte wartości mierników efektywności Programu w tym zakresie były zatem trzykrotnie wyższe od wartości założonych w Programie.

Z danych zebranych w toku realizacji Programu (sprawozdania beneficjentów) wynika jednak, że po zakończeniu udziału w projektach aktywność zawodowa pacjentów uległa nieznacznym zmianom w porównaniu do aktywności w chwili rozpoczęcia udziału w Programie. Ponad 2/3 pacjentów pracujących w chwili przystąpienia do Programu, po zakończeniu swojego udziału w projekcie kontynuowało dotychczasowe zatrudnienie, a 17 osób podjęło nową aktywność zawodową⁴⁶.

Według raportu podsumowującego realizację Programu zatrudnienie po zakończeniu udziału w Programie podjęło lub kontynuowało 145 osób (w tym 101 osób w wieku 50+). Trudno jednak znaleźć odniesienie do tych ustaleń w danych zebranych w sprawozdaniach składanych przez beneficjentów oraz innych dokumentach zgromadzonych w toku realizacji Programu.

W chwili realizacji badania ewaluacyjnego spośród 424 pacjentów wylosowanych do udziału w badaniu CATI 57% (51% w przypadku kobiet i 62% w przypadku mężczyzn) deklarowało aktywność zawodową. Jednocześnie prawie 2/3 pacjentów nieaktywnych zawodowo to pacjenci przebywający na emeryturze.

⁴⁶ Należy również w tym miejscu podkreślić trudności w ocenie zmian w statusie zawodowym uczestników projektów, wynikające ze sposobu zbierania i agregowania danych w Programie. Ocena statusu zawodowego po zakończeniu udziału w projekcie umożliwia pacjentom wskazanie odpowiedzi „Inne”, którą wybrało 200 z nich. Zgodnie z Podręcznikiem Beneficjenta projektów EFS w ramach RPO WŁ, w sytuacji gdy uczestnik projektu po zakończonym udziale podjął aktywność, która nie została wymieniona na liście rozwijalnej, Beneficjent powinien wybrać wartość „Inne”. Kategoria ta nie została w żaden sposób rozbudowana lub skonkretyzowana, co uniemożliwia ocenę rzeczywistych zmian w sytuacji zawodowej prawie 1/3 uczestników Programu.





Świadczenia ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu były realizowane na terenie 4 powiatów (o 1 więcej niż zakładał wskaźnik w Programie) województwa łódzkiego. Były wśród nich:

- powiat pabianicki;
- powiat łódzki;
- powiat piotrkowski;
- powiat poddębicki.

Świadczenia obejmujące ambulatoryjną rehabilitację kardiologiczną były wartością dodaną do świadczeń realizowanych w ramach NFZ, które obejmowały wyłącznie rehabilitację w warunkach stacjonarnych i w ośrodku / oddziale dziennym, nie ambulatoryjnie.

Jednocześnie jednak trudno ocenić, założony w celach Programu, wzrost dostępności świadczeń rehabilitacyjnych na obszarach, na których nie były one wcześniej dostępne. Wśród podmiotów oferujących rehabilitację kardiologiczną w ramach NFZ w latach 2013-2018 były placówki medyczne z powiatów: łódzki, piotrkowski i poddębicki. Natomiast wśród pacjentów korzystających w tym czasie z rehabilitacji kardiologicznej byli mieszkańcy wszystkich 4 powiatów. Zgodnie z założeniami Programu, beneficjenci realizujący projekty powinni byli w chwili przystąpienia do Programu posiadać infrastrukturę i personel niezbędne do realizacji ww. świadczeń, co mogło utrudniać udział w konkursie podmiotom z obszarów, gdzie rehabilitacja taka nie była wcześniej prowadzona.

Zmiany w wyżej opisanym zakresie zostały podczas wywiadu grupowego ocenione jako adekwatne do celu i zakresu realizacji Programu. Przedstawiciele IZ RPO WŁ 2014-2020 wskazywali, że niecelowe byłoby złagodzenie warunków udziału w konkursie, ponieważ uczestnikom projektów należy zapewnić wsparcie ze strony doświadczonego, wykwalifikowanego personelu z dostępem do odpowiedniego sprzętu. Znaczenie ma także jak najkorzystniejszy stosunek jakości świadczeń do ich kosztu, z uwagi na ograniczoną alokację przeznaczoną na dany program.

Przedstawiciele IZ RPO WŁ 2014-2020 wskazywali na szerszy problem polegający na niedostatecznym w ich ocenie zainteresowaniu konkursami ogłaszanymi w ramach programów zdrowotnych ze strony podmiotów usytuowanych w powiatach





najbardziej oddalonych od centrum województwa, co także wpływa niekorzystnie na zwiększanie dostępności różnego rodzaju świadczeń zdrowotnych. IZ RPO WŁ 2014-2020 podejmuje w związku z tym różne działania mające na celu zwiększenie zainteresowania realizacją programów zdrowotnych (m.in. informowanie o ogłaszanych konkursach, organizacja szkoleń i webinarów nt. konkursów).

Mierniki efektywności realizacji Programu obejmowały także **zmiany w wartościach parametrów medycznych pacjentów** w efekcie udziału w Programie. Podstawą do oceny zmian w tym zakresie były wyniki badań laboratoryjnych i badań lekarskich wykonanych w ramach Programu⁴⁷. Analizy poziomu realizacji tych mierników dokonano na podstawie danych przekazanych przez beneficjentów realizujących projekty, zgodnie z założeniami wyrażonymi w Programie⁴⁸.

■ **Liczba osób palących tytoń (spadek o min. 15%)**

Palenie tytoniu w czasie pierwszej wizyty lekarskiej deklarowało 130 uczestników Programu, a podczas drugiej – 86. **Spadek liczby pacjentów deklarujących palenie tytoniu wynosił 34%.** W czasie udziału w projektach 43 pacjentów zrezygnowało z palenia, a 12 zaczęło to robić. Jednocześnie podczas wizyty

⁴⁷ Podstawą do oceny zmian w wynikach badań laboratoryjnych wykonanych pacjentom były dane przekazane przez beneficjentów realizujących Program w załączniku nr 13 – „Sprawozdanie merytoryczne dotyczące realizacji Programu”. Wyniki badań dotyczą 693 pacjentów, którym według sprawozdań udzielono świadczeń w ramach projektów realizowanych w Programie. Wartość mierników obliczono poprzez porównanie liczebności grup pacjentów, których wyniki spełniały określone kryteria (przypis 39) w obu pomiarach: w chwili rozpoczęcia udziału w Programie i po jego zakończeniu.

Należy w tym miejscu zaznaczyć, że informacje w sprawozdaniach merytorycznych nie zawsze były przez Beneficjentów uzupełniane w sposób zgodny z instrukcją. Wyniki badania nie zawsze były wpisywane we właściwej kolumnie, w szczególności dotyczy to wyników pomiaru ciśnienia tętniczego krwi (zamiana ciśnienia skurczowego z rozkurczowym) oraz pomiaru cukru we krwi dokonywanego na dwa sposoby (wynik pomiaru był podawany w niewłaściwej kolumnie). Dodatkowo nie wszystkim pacjentom wykonano wszystkie zalecane badania. Dostępne dane zostały poddane uporządkowaniu i weryfikacji.

⁴⁸ W toku realizacji Programu dwukrotnej kontroli (podczas I i II wizyty lekarskiej), przed i po rozpoczęciu udziału w projekcie, poddawano czynniki ryzyka u pacjentów. Wyniki badań zostały poddane analizie w celu określenia wpływu udziału w projekcie na zdrowie pacjentów. Za wartości graniczne normy przyjęto wartości wskazane w Programie jako wartości graniczne czynników ryzyka. Wśród analizowanych parametrów medycznych były:

- palenie tytoniu;
- ciśnienie tętnicze (wartość powyżej normy wg założeń Programu: $\geq 140/90$ mmHg);
- stężenie cholesterolu LDL (wartość powyżej normy wg założeń Programu: $\geq 1,8$ mmol/l lub ≥ 70 mg/dl);
- stężenie hemoglobiny glikowanej (wartość powyżej normy wg założeń Programu: $\geq 7\%$);
- stężenie glukozy na czczo (wartość powyżej normy wg założeń Programu: $\geq 7,0$ mmol/l lub ≥ 126 mg/dl);
- wskaźnik masy ciała (wartość powyżej normy wg założeń Programu: ≥ 30 kg/m²).





kontrolnej po zakończeniu udziału w Programie znacznie wzrosła ilość odmów odpowiedzi (brak danych) na temat palenia – z 2 do 65 osób – co utrudnia ocenę rzeczywistej skali zmian nawyków zdrowotnych uczestników Programu.

■ **Liczba osób z nieprawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi (spadek o min. 15%)**

Według raportu podsumowującego realizację Programu średnia wartość ciśnienia skurczowego i rozkurczowego w populacji objętej Programem poprawiła się. W czasie wizyty kwalifikacyjnej do Programu średnie ciśnienie pacjentów wynosiło 141/82 mmHg, a w trakcie wizyty kontrolnej 128/77 mmHg. Według danych medycznych wartość ciśnienia skurczowego lub rozkurczowego była zbyt wysoka u zdecydowanej większości pacjentów zarówno przed przystąpieniem do Programu (576 osób, czyli 83% pacjentów), jak i po jego zakończeniu (570 osób, czyli 82% pacjentów). **Spadek liczby pacjentów z wynikami powyżej normy wynosił niespełna 1%.**

■ **Liczba osób z nieprawidłowymi wartościami stężenia cholesterolu LDL (spadek o min. 15%)**

Według raportu podsumowującego realizację Programu średnia wartość stężenia cholesterolu LDL w populacji objętej Programem w czasie pierwszej wizyty kwalifikacyjnej wynosiła 108 mmol/l, a w trakcie wizyty kontrolnej 102 mmol/l. Oznacza to pozytywną zmianę średniej wartości parametru w populacji. Jednocześnie odnotowano ogólny spadek liczby pacjentów, których stężenie cholesterolu LDL było powyżej normy (537 osób przed Programem i 511 osób po Programie). **Spadek liczby pacjentów z nieprawidłowymi wartościami stężenia cholesterolu LDL wynosił 5%.**

■ **Liczba osób z nieprawidłowymi wartościami stężenia hemoglobiny glikowanej lub stężenia glukozy na czczo (spadek o min. 15%)**

Kolejny czynnik ryzyka był kontrolowany w Programie za pomocą dwóch parametrów medycznych: stężenia hemoglobiny glikowanej lub stężenia glukozy na czczo we krwi. Niektórym pacjentom wykonano oba badania. W analizie przyjęto, że wystarczył jeden z parametrów przekraczający normę, aby czynnik ryzyka nie był wystarczająco kontrolowany (powyżej normy). Według raportu podsumowującego realizację Programu średnia wartość stężenia glukozy na czczo w populacji objętej Programem





wynosiła 107 mg/dl w czasie pierwszej wizyty lekarskiej oraz 112 mg/dl w czasie wizyty po zakończeniu udziału w projekcie. Liczba pacjentów z nieprawidłowymi wartościami parametru przed udziałem w Programie to 317 osób, a po Programie 421. **Zwiększył się także znacząco odsetek pacjentów, których wyniki przekraczały przyjęte w Programie normy – wzrost o 33%.**

■ **Liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (spadek o min. 15%)**

Zmianom uległ również współczynnik masy ciała (BMI) pacjentów objętych działaniami Programu. Wagę powyżej granicy przyjętej w Programie jako czynnik ryzyka w czasie pierwszej wizyty lekarskiej miało łącznie 331 pacjentów, a po zakończeniu udziału w projekcie 261. Waga 72 pacjentów spadła w czasie udziału w Programie do wagi mieszczącej się w normie, a waga 25 osób przekroczyła granicę ryzyka. W porównaniu do wizyty kwalifikacyjnej, w czasie wizyty kontrolnej wzrosła też liczba braków danych na temat wagi pacjentów. Ogólny spadek liczby pacjentów, których waga przekraczała normę wynosił 21%, a **wzrost liczby pacjentów, których waga mieściła się w normie wynosił 11%.**

Zmiany w zakresie parametrów medycznych pacjentów uzyskane w efekcie realizacji Programu nie były jednoznaczne. Chociaż udało się osiągnąć pozytywne zmiany w niektórych wartościach, w przypadku większości z nich nie były one wystarczające z punktu widzenia zmian założonych w Programie. **Przedstawiciele beneficjentów oraz osoby odpowiedzialne za realizację świadczeń w ramach projektów oceniając te efekty wskazywali na ich niewielki zakres i przypuszczalną krótkotrwałość oddziaływania Programu na zdrowie pacjentów.** Sytuacja ta mogła jednak wynikać z czynników niezależnych od realizacji Programu⁴⁹.

Jednocześnie jednak sami pacjenci w wywiadach deklarowali, że ich wyniki badań w chwili realizacji badania ewaluacyjnego, blisko 3 lata po zakończeniu udziału w Programie, są znacznie lepsze niż w czasie jego trwania. Można zatem przypuszczać, że wpływ Programu na zdrowie pacjentów miał długofalowy wymiar. W efekcie **czas potrzebny do wdrożenia pozytywnych nawyków zdrowotnych i**

⁴⁹ Więcej na ten temat napisano w rozdziale 6.2. podsumowującym poziom osiągnięcia celów Programu.





ich wpływ na stan zdrowia pacjentów wykraczał poza ramy czasowe realizacji Programu i był widoczny dopiero w dłuższej perspektywie.

Wśród efektów Programu znalazły się także **zmiany jakościowe w poziomie wiedzy i motywacji pacjentów**. Zmiany w tym zakresie oceniane były na podstawie deklaracji 660 uczestników Programu, którzy wypełnili ankietę przekazaną przez beneficjenta. Wśród ocenianych zmian były:

- wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaracyjnym) u minimum 30% uczestników Programu,
- zmiany poziomu wiedzy na temat wpływu zdrowego odżywiania na redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- zmiany poziomu wiedzy na temat wpływu regularnej aktywności fizycznej (odpowiednio dobranej do stanu zdrowia) na redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia.

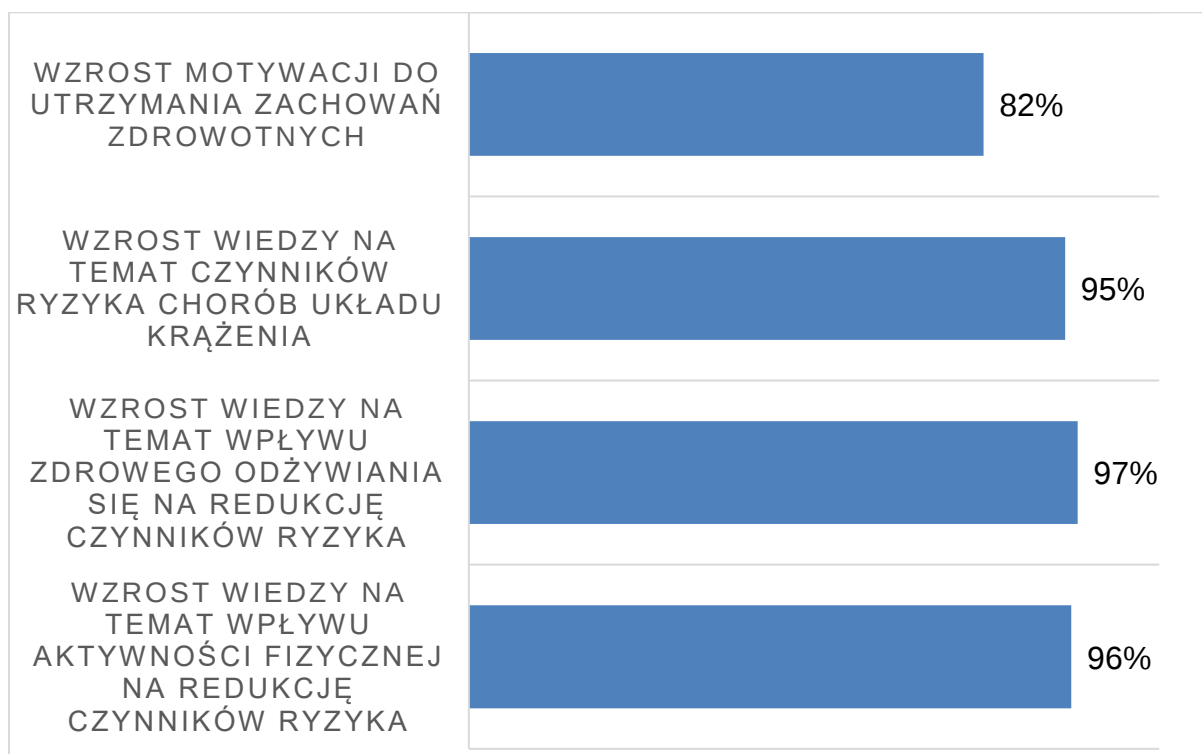
Zmiany w poziomie wiedzy i motywacji pacjentów były miernikami, w których odnotowano najwyższe wartości dodatnie po zakończeniu udziału w Programie. W sumie **82% pacjentów deklarowało, że wzrosła ich motywacja do utrzymania wyuczonych w Programie zachowań zdrowotnych**. Ponadto zdecydowana większość uczestników Programu zadeklarowała **wzrost wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia (95%)⁵⁰, wpływu zdrowego odżywiania się (97% pacjentów) oraz regularnej aktywności fizycznej odpowiednio dobranej do stanu zdrowia (96%)** na redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia.

⁵⁰ Wzrost wiedzy w tym zakresie nie był jednym z mierników efektywności Programu, ale został oceniony w ramach ankiet satysfakcji wypełnianych przez pacjentów.





Wykres 3: **Zmiany jakościowe w motywacji i wiedzy pacjentów – wyniki ankiety satysfakcji (% wskazań)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiety satysfakcji w Programie (N=660).

Wzrost poziomu motywacji i wiedzy pacjentów został najlepiej oceniony przez przedstawicieli beneficjentów realizujących projekty, jako aspekt, w którym **zmiany były największe i najważniejsze z punktu widzenia przyszłego zdrowia uczestników Programu**.

Dodatkowo, efektywność Programu została oceniona również na podstawie **liczby świadczeń i działań zrealizowanych w ramach Programu**. Analizy dokonano w oparciu o sprawozdania przygotowane przez beneficjentów Programu. Wśród dodatkowych mierników efektywności Programu były:

- liczba wykonanych świadczeń z poszczególnego rodzaju tj. liczby konsultacji lekarskich, konsultacji dietetycznych, konsultacji psychologicznych, sesji psychoedukacyjnych, sesji aktywności fizycznej,
- liczba rozmów telefonicznych przeprowadzonych przez członków zespołu z uczestnikami Programu,





- liczba przeprowadzonych wizyt końcowych i wykonanych badań laboratoryjnych (koniecznych do oceny kontroli czynników ryzyka).

Udział pacjenta w Programie rozpoczynał się od **lekarskiej wizyty kwalifikacyjnej** (obligatoryjnej), w trakcie której wyznaczony przez beneficjenta lekarz kwalifikujący uczestników projektu dokonywał oceny stanu zdrowia i zasadności wdrożenia u pacjenta ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w kształcie założonym w Programie. Według sprawozdań składanych przez beneficjentów w Programie odbyły się 693 wizyty kwalifikacyjne, których efektem było zakwalifikowanie pacjenta do udziału w projekcie.

Ścieżka realizacji Programu dla każdego zakwalifikowanego pacjenta obejmowała w dalszej kolejności świadczenia rehabilitacyjne. Na cykl ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu składały się: sesje psychoedukacyjne, sesje aktywności fizycznej, indywidualne konsultacje z psychologiem oraz indywidualne konsultacje z dietetykiem.

Dla każdego pacjenta biorącego udział w Programie przewidziano **8 sesji psychoedukacyjnych**. Każda z nich trwała 45 minut i odbywały się one 1-2 razy w tygodniu. Sesje były prowadzone przez specjalistów o różnorodnym zakresie kompetencji: dietetyka, pielęgniarkę, fizjoterapeutę, lekarza lub psychologa, w zależności od tematyki spotkania. Sesje powinny być być prowadzone w maksymalnie 10-osobowych grupach. Udział w sesjach psychoedukacyjnych był obligatoryjnym elementem rehabilitacji. Tematyka sesji obejmowała różnorodne zagadnienia z zakresu zdrowia kardiologicznego pacjentów⁵¹. W sesjach

⁵¹ Zgodnie z założeniami Programu, każdorazowo zakres tematów powinien być zostać ustalany po uwzględnieniu specyficznych potrzeb identyfikowanych na poziomie danej grupy uczestniczącej w Programie. Wśród głównych tematów poruszanych podczas sesji psychoedukacyjnych powinny być znaleźć się m.in.:

- zasady zdrowego odżywiania się (żywienie w chorobach układu krążenia, zgodnie z zaleceniami Instytutu Żywności i Żywienia im. prof. dra med. Aleksandra Szczygła) – zajęcia prowadzone przez dietetyka,
- konieczność zaprzestania palenia tytoniu (wpływ palenia tytoniu na stan zdrowia, dostępne metody walki z uzależnieniem) – zajęcia prowadzone przez pielęgniarkę, lekarza lub psychologa,
- farmakoterapię (konieczność stosowania leków w chorobach układu krążenia) - zajęcia prowadzone przez lekarza kardiologa,
- systematyczną aktywność fizyczną (rodzaje ćwiczeń fizycznych – wytrzymałościowe, oporowe, ogólnousprawniające, zalecany czas i częstotliwość wysiłku dla osób z chorobami układu krążenia, korzyści i zagrożenia wynikające z aktywności fizycznej) – zajęcia prowadzone przez fizjoterapeutę lub pielęgniarkę,





psychoedukacyjnych wzięło udział 686 uczestników Programu. Jedynie wśród pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego znaleźli się pacjenci, którzy nie przystąpili do żadnej z zaplanowanych sesji (7 osób) oraz wzięli udział w niepełnej liczbie spotkań (6 osób).

Oprócz sesji psychoedukacyjnych w Programie realizowano również dla każdego pacjenta **8 sesji aktywności fizycznej**. Sesje odbywały się 1-2 razy w tygodniu i trwały 60 minut. Sesje były prowadzone przez fizjoterapeutę we współpracy z lekarzem przy wykorzystaniu specjalistycznej infrastruktury⁵². Ćwiczenia odbywały się w maksymalnie 10 osobowych grupach. Były to, obok sesji psychoedukacyjnych stałe (obligatoryjne) elementy realizacji Programu. W sesjach aktywności fizycznej wzięło udział 686 uczestników Programu. Jedynie wśród pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego znaleźli się pacjenci, którzy nie przystąpili do żadnej z zaplanowanych sesji (8 osób) oraz wzięli udział z niepełnej liczbie spotkań (5 osób).

Każdy z pacjentów mógł ponadto wziąć udział w **indywidualnych konsultacjach z psychologiem** w celu zwiększenia motywacji, redukcji lęku lub wczesnego wykrycia ewentualnych objawów depresyjnych często towarzyszących chorobie. Konsultacje były dostępne dla pacjentów, którzy zgłosili takie zapotrzebowanie. Indywidualne konsultacje psychologiczne (maksymalnie 2 dla każdego pacjenta) oferowane w ramach projektów były adresowane również wyłącznie do chętnych osób. Łącznie w Programie zrealizowano 1011 konsultacji psychologicznych, z których skorzystało 531 osób. Większość pacjentów objętych wsparciem w Programie (69%) skorzystała z dwóch konsultacji z psychologiem. Byli wśród nich wszyscy pacjenci KARDIO-MED i

-
- rozwój umiejętności psychospołecznych. Psychospołeczny aspekt rehabilitacji kardiologicznej ma na celu naukę opanowywania sytuacji stresogennych i radzenia sobie
 - z lękiem lub stanami obniżonego nastroju często towarzyszącymi chorobie. Ma także ułatwić akceptację ograniczeń, które narzuca pacjentom choroba – zajęcia warsztatowe prowadzone
 - w oparciu o podejście poznawczo-behawioralne przez psychologa,
 - pierwszą pomoc przedmedyczną – zajęcia z udziałem członków rodziny pacjenta prowadzone przez lekarza.

Oprócz ściśle edukacyjnego charakteru spotkań będą one miały również charakter wspierający pacjenta, m.in. poprzez rozbudowanie jego sieci wsparcia społecznego. W sesjach psychoedukacyjnych mogą uczestniczyć także członkowie rodzin pacjentów.

⁵² Zgodnie z założeniami Programu, czas trwania ćwiczeń i ich intensywność powinny być zostać zaplanowane zgodnie z zaleceniami Sekcji Rehabilitacji i Fizjologii Wysiłku PTK i ustalone dla każdego pacjenta indywidualnie przez lekarza we współpracy z fizjoterapeutą. Sesje aktywności fizycznej powinny odbywać się będą w sali kinezyterapii/sali gimnastycznej pod okiem fizjoterapeuty. Ćwiczenia aktywności fizycznej będą urozmaicone, uwzględniając różne ich rodzaje i formy – np. aerobowe, oporowe, ogólnousprawniające. Ponadto ćwiczenia powinny zostać dobrane w taki sposób, aby pacjent mógł je wykonywać samodzielnie w domu.





MOŻ-MED. 16% pacjentów Szpitala Zakonu Bonifratrów wzięło udział w jednej konsultacji dietetycznej, a ponad połowa (67%) pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego nie korzystała z nich wcale.

W podobny sposób były realizowane **indywidualne konsultacje z dietetykiem** (maksymalnie dwie dla każdego pacjenta), które były adresowane wyłącznie do chętnych osób. Łącznie w Programie zrealizowano 1029 konsultacji dietetycznych, z których skorzystało 533 osób. Większość pacjentów objętych wsparciem w Programie (72%) skorzystała z dwóch konsultacji z dietetykiem. Byli wśród nich wszyscy pacjenci KARDIO-MED i MOŻ-MED. Niespełna 1/3 pacjentów Szpitala Zakonu Bonifratrów wzięła udział w jednej konsultacji dietetycznej, a ponad połowa (66%) pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego nie korzystała z nich wcale.

Dwa i cztery miesiące po zakończeniu całego cyklu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu przewidziany został **kontakt telefoniczny** z pacjentem w celu przypomnienia o konieczności stosowania się do zaleceń (farmakoterapia, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna). Wg sprawozdań z realizacji projektu przygotowanych przez beneficjentów w ramach Programu przeprowadzono **1352 rozmowy telefoniczne z pacjentami, którymi objęto 679 osób**.

Po kolejnych dwóch miesiącach pacjent był zapraszany na **lekarską wizytę kontrolną**, podczas której ponownie były oceniane czynniki ryzyka tj. palenie tytoniu, wartość ciśnienia tętniczego, stężenie cholesterolu LDL, stężenie hemoglobiny glikowanej lub glukozy na czczo, wskaźnik masy ciała.

Do udziału w Programie zgłosiło się **701 osób**. Według raportu podsumowującego realizację Programu w realizowanych projektach odbyło się: **693 wizyt kwalifikacyjnych** oraz **645 wizyt końcowych**.

Tabela 3: **Inne mierniki Programowe - podsumowanie**

Rodzaj miernika	Wykonane w Programie
Liczba rozmów telefonicznych przeprowadzonych przez członków zespołu realizatora z uczestnikami Programu	1352





Rodzaj miernika	Wykonane w Programie
Liczba wizyt końcowych i wykonanych badań lekarskich koniecznych do oceny kontroli czynników ryzyka	645
Liczba konsultacji lekarskich	1290
Liczba konsultacji dietetycznych	1029
Liczba konsultacji psychologicznych	1011
Liczba sesji psychoedukacyjnych	5456
Liczba sesji aktywności fizycznej	5456
Razem	14 242

Przedstawiciele beneficjentów i IZ RPO WŁ, choć nie kwestionowali kształtu świadczeń założonego w Programie, podczas wywiadów indywidualnych sugerowali zmiany w ilości i strukturze świadczeń udzielanych w jego ramach. Wśród postulowanych zmian były:

- zwiększenie elastyczności sposobu realizacji ścieżki udziału w Programie i umożliwienie jej indywidualizacji do potrzeb i możliwości każdego pacjenta;
- zwiększenie ilości sesji aktywności ruchowej i wydłużenie ich realizacji w czasie w celu wzmocnienia pozytywnych efektów dla przyszłych nawyków zdrowotnych pacjentów;
- zmniejszenie ilości sesji psychoedukacyjnych i konsultacji z psychologiem na rzecz zwiększenia ilości świadczeń związanych z aktywnością fizyczną.

Powyższe wnioski z wywiadów indywidualnych zostały skonfrontowane z opiniami uczestników wywiadu grupowego. Podkreślali oni, że interwencja zaplanowana w Programie została oparta o założenia Optymalnego Modelu Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji, czyli zalecenia ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także inne dowody naukowe, w myśl idei medycyny opartej na





dowodach (*evidence based medicine*). Biorąc jednak pod uwagę opinie obecnych na wywiadzie ekspertów dziedzinowych oraz przedstawiciela uczestników Programu, a także doświadczenia płynące z realizacji projektów w ramach innych RPZ (przedstawione przez przedstawicieli IZ RPO WŁ 2014-2020), za zasadne należy uznać:

- uelastycznienie ścieżki wsparcia poprzez zmianę częstotliwości sesji aktywności fizycznej – rozciągnięcie ich w czasie, tak, aby ogólny okres udziału pacjentów w zorganizowanych, grupowych sesjach z fizjoterapeutą był dłuższy niż 4 do 8 tygodni, z naciskiem na wsparcie pacjentów w ćwiczeniach wykonywanych samodzielnie w domu w przerwach między sesjami – co ma na celu zwiększenie szans na wypracowanie prozdrowotnych nawyków poprzez wydłużenie okresu, w którym pacjent korzysta z możliwości udziału w zajęciach zorganizowanych i jego aktywność jest monitorowana przez fizjoterapeutę (w świetle wyników badania, m.in. na podstawie opinii beneficjentów oraz uczestników Programu, jest to czynnik najbardziej motywujący do budowania nawyku związanego z ćwiczeniami fizycznymi);
- zwiększenie liczby sesji aktywności fizycznej w ramach Programu, co wzmocni proces wypracowywania pozytywnych nawyków wśród pacjentów i zwiększy możliwości oddziaływania na pacjentów przez fizjoterapeutów, jako specjalistów kompleksowo przygotowanych do wspierania podejmowania aktywności fizycznej (m.in. pod kątem pedagogicznym).

Za niezasadne uznano natomiast ograniczanie dostępności do wsparcia psychologicznego w ramach Programu. Jest ono ważne zarówno z punktu widzenia psychologicznego podłoża problemów kardiologicznych, ograniczania lęku związanego z przeżytym incydentem kardiologicznym, jak i wsparcia procesu wypracowywania prozdrowotnych nawyków. Udział w sesjach indywidualnych z psychologiem powinien pozostać dobrowolny. Istotne jest jednak zachęcanie pacjentów, aby brali w nich udział, m.in. poprzez edukację nt. związku między sferą psychiczną a funkcjonowaniem organizmu, w tym zdrowiem kardiologicznym, a także ograniczanie wpływu stereotypów związanych z korzystaniem ze wsparcia psychologicznego. Motywowanie do skorzystania z sesji z psychologiem powinno





być elementem kompleksowego wsparcia pacjenta przez zespół specjalistów realizujących projekt. Dobrą praktyką jest zachęcanie do tej formy wsparcia np. przez personel (dietetyka, pielęgniarkę, lekarza), który wzbudza zaufanie wśród uczestników projektu.

4.2 Stopień osiągnięcia celów i mierników Programu

Stopień osiągnięcia celów Programu należy uznać za zadowalający, biorąc pod uwagę problemy, na które miał on odpowiadać oraz całościowy kontekst wdrożenia i realizacji Programu. Dodatkowo na korzyść Programu przemawia fakt, że był on jednym z pierwszych, w ramach którego ogłoszono konkurs na projekty współfinansowane ze środków EFS. Realizacja Programu została określana przez przedstawicieli beneficjentów oraz IZ RPO WŁ 2014-2020 (także w ramach wywiadów indywidualnych) jako swego rodzaju „poligon doświadczalny”, umożliwiający udoskonalenie systemu wdrażania kolejnych RPZ w ramach środków EFS.

W Programie zdefiniowano jeden cel główny i precyzujące go trzy cele szczegółowe. Szczegółowa ocena stopnia osiągnięcia poszczególnych celów Programu została przedstawiona poniżej.

Głównym celem Programu było ułatwienie powrotu do sprawności co najmniej 10% pacjentów kardiologicznych, tak aby mogli oni podjąć pracę lub wydłużyć aktywność zawodową poprzez rehabilitację kardiologiczną, w czasie trwania Programu i po jego zakończeniu.

Mierniki osiągnięcia celu głównego stanowią następujące wskaźniki:

- objęcie działaniami w ramach niniejszego Programu co najmniej 1.000 osób, w tym 600 osób w wieku 50 lat i więcej,
- kontynuacja lub podjęcie zatrudnienia przez co najmniej 10% pacjentów kardiologicznych zamieszkujących województwo łódzkie, którzy skorzystają ze świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej oferowanych w niniejszym Programie.

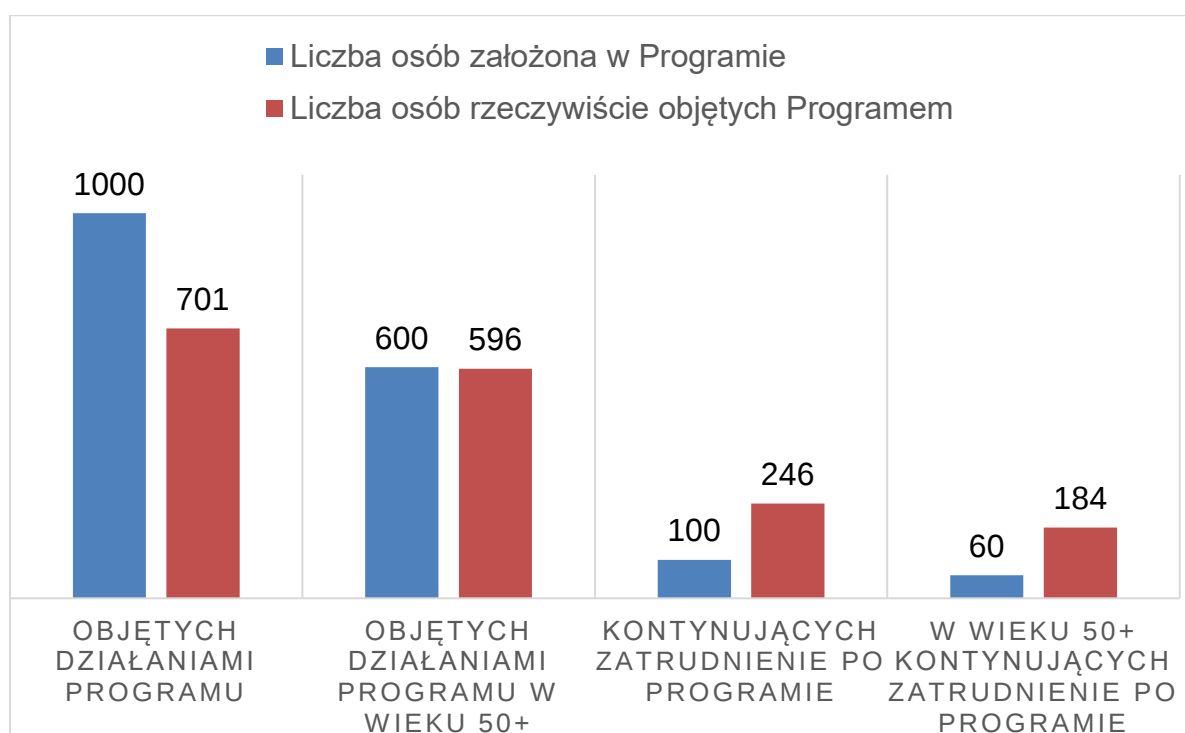
Cel główny Programu nie został osiągnięty w pełni. Działania w ramach Programu objęły mniejszą niż planowano populację (70% zakładanej wielkości), ale





liczba osób w wieku 50 lat i więcej wśród pacjentów była zgodna z założeniami (99% zakładanej wielkości). Kontynuowanie lub podjęcie pracy po zakończeniu udziału w Programie zadeklarowało 246 pacjentów (28,5% uczestników Programu), w tym 184 osoby w wieku 50 lat i więcej (32,4% pacjentów w tym wieku). Są to wartości przekraczające założony w Programie próg realizacji celu głównego. Jednocześnie 2/3 pacjentów w wywiadach CATI deklarowało, że udział w projekcie pozwolił im przedłużyć aktywność zawodową.

Wykres 4: **Poziom osiągnięcia mierników – cel główny Programu**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych nt. realizacji Programu.

W odniesieniu do celu głównego, uczestnicy wywiadu grupowego wyrazili opinię nie tylko na temat poziomu jego realizacji, ale i zakładanej liczby osób objętych wsparciem. Podkreślali, że mimo iż do udziału w Programie kwalifikowałoby się więcej, niż 1000 osób (na podstawie szacunków ujętych w Programie – 11.500 osób), zrozumiałe jest, że wielkość grupy docelowej należało dostosować do istniejących ram finansowych oraz uwzględnić konieczność rozdysponowania ograniczonych środków także na wdrożenie innych RPZ. Objęcie wsparciem 70% założonej grupy uczestników było w opinii badanych maksymalnym poziomem, jaki





można było osiągnąć, biorąc pod uwagę, że realizacja jednego z 5 projektów została przerwana w momencie, gdy nie było już możliwości podjęcia działań naprawczych na poziomie całego Programu. Uczestnicy FGI podkreślali ponadto, że wobec wspomnianego wyżej braku doświadczenia beneficjentów w realizacji projektów współfinansowanych z EFS, poziom osiągnięcia celu głównego należy uznać za satysfakcjonujący.

Pierwszy cel szczegółowy Programu to: zwiększenie dostępności do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w okresie realizacji Programu (w szczególności w obszarach województwa łódzkiego, gdzie nie funkcjonują świadczeniodawcy rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej i/lub dziennej, posiadający umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia), realizacja celu była powiązana z miernikiem:

- zwiększenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej w okresie realizacji Programu w minimum trzech powiatach województwa łódzkiego.

Cel szczegółowy został osiągnięty. Realizacja Programu pozwoliła na zwiększenie dostępności świadczeń z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji kardiologicznej, która nie była wcześniej dla pacjentów dostępna w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ. Świadczenia w ramach Programu były realizowane w czterech powiatach województwa łódzkiego. W jednym z powiatów nie były w tym czasie realizowane świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej stacjonarnej lub w ośrodku / oddziale dziennym. Choć wśród pacjentów objętych wsparciem w ramach projektów przeważali mieszkańcy miast, w których zlokalizowane były placówki medyczne beneficjentów, to blisko 1/3 z nich pochodziła z okolicznych gmin. Na korzyść upowszechniania dostępu do rehabilitacji kardiologicznej na obszarach, na których nie była ona wówczas dostępna przemawia fakt, że Program zakładał finansowanie dojazdu pacjentów do miejsca udzielania świadczeń.

Także w opinii ekspertów biorących udział w wywiadzie grupowym cel ten udało się osiągnąć na poziomie przewyższającym zakładany. Wątpliwości dotyczą jednak trwałości tego efektu po zakończeniu realizacji Programu i spodziewanego po nim spadku dostępności świadczeń na tych obszarach. Jest to kwestia szczególnie istotna w kontekście konieczności trwałego włączania do świadczeń rehabilitacyjnych





osób kierowanych do rehabilitacji pierwszorazowo, które mieszkają na obszarach z utrudnionym dostępem do danych świadczeń⁵³ oraz identyfikowanych obecnie trudności w tym zakresie⁵⁴.

Ponadto, na co wskazują wnioski sformułowane przez uczestników wywiadu grupowego, istotne jest, aby podmioty świadczące usługi zdrowotne podejmowały na poziomie lokalnym współpracę m.in. z organizacjami pozarządowymi zrzeszającymi i skupiającymi seniorów. Z jednej strony pozwoli to na efektywniejsze docieranie beneficjentów do grupy docelowej, a z drugiej – zwiększenie wsparcia uczestników m.in. dzięki możliwości skorzystania z zasobów danej organizacji (np. w zakresie zorganizowania spotkania, webinarium m.in. z fizjoterapeutą, dietetykiem). Działania te przyczynią się jednocześnie do zwiększenia dostępności świadczeń rehabilitacyjnych na terenach o utrudnionym dostępie do nich.

Drugi cel szczegółowy Programu to: poprawa kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia u pacjentów uczestniczących w Programie (tj. palenia tytoniu, ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu LDL, stężenia hemoglobiny glikowanej / stężenia glukozy na czczo, wskaźnika masy ciała), co ma na celu zapobieganie lub zmniejszanie ryzyka nawrotu i/lub progresji choroby. Powiązane mierniki to:

- liczba osób (uczestniczących w Programie) palących tytoń – spadek o minimum 15%,
- liczba osób (uczestniczących w Programie) z nieprawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi – spadek o minimum 15%,
- liczba osób (uczestniczących w Programie) z nieprawidłowymi wartościami stężenia cholesterolu LDL – spadek o minimum 15%,
- liczba osób (uczestniczących w Programie) z nieprawidłowymi wartościami stężenia hemoglobiny glikowanej lub stężenia glukozy na czczo – spadek o minimum 15%,
- liczba osób z prawidłowym wskaźnikiem masy ciała (uczestniczących w Programie) – wzrost o minimum 15%.

⁵³ Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 155/2016 z dnia 22 sierpnia 2016 roku)

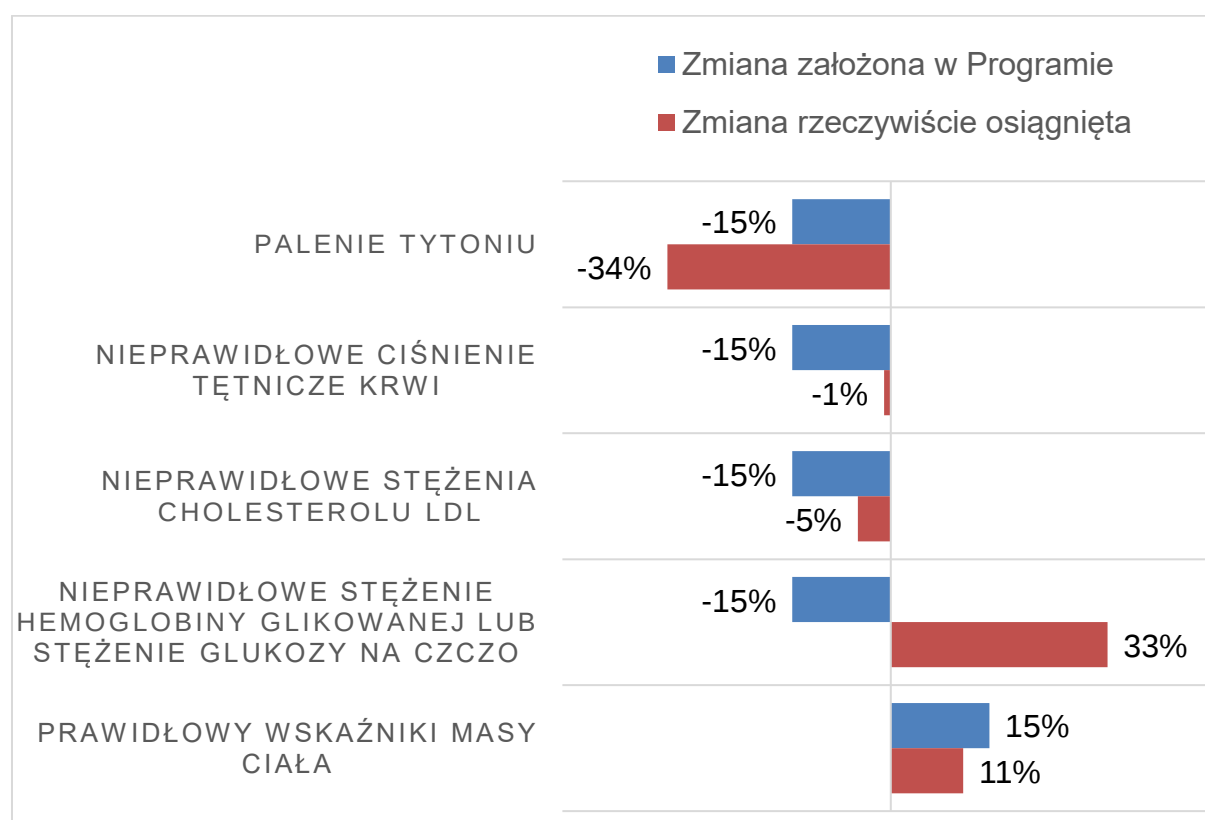
⁵⁴ P. Jankowski i in., *op.cit.*, s.1002





Cel szczegółowy został osiągnięty w niewielkim zakresie i stopniu. Największe pozytywne zmiany, a jednocześnie osiągnięcie miernika na zakładanym poziomie, odnotowano w przypadku palenia tytoniu (spadek liczby pacjentów deklarujących palenie tytoniu po zakończeniu udziału w Programie, w porównaniu do liczby pacjentów palących przystępujących do Programu wynosił 34%). Pozostałe mierniki efektywności Programu nie zostały osiągnięte w założonej wielkości. Odnotowane zmiany to: wzrost odsetka pacjentów, których waga mieściła się w normie o 11%; spadek liczby pacjentów z nieprawidłowymi wartościami stężenia cholesterolu LDL o 5%; spadek liczby pacjentów z nieprawidłowymi wartościami ciśnienia tętniczego krwi o 1%. W czasie uczestnictwa w Programie zwiększył się znacząco odsetek pacjentów, których wyniki stężenia hemoglobiny glikowanej lub stężenia glukozy na czczo przekraczały przyjęte w Programie normy – wzrost o 33%. Jednocześnie jednak, zgodnie z raportem podsumowującym realizację Programu, średnie wartości ciśnienia tętniczego i stężenia cholesterolu LDL wśród większości pacjentów objętych Programem poprawiły się.

Wykres 5: **Poziom osiągnięcia mierników – 2 cel szczegółowy Programu**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych nt. realizacji Programu.





Relatywnie niewielki stopień osiągnięcia celu związanego z poprawą parametrów medycznych w populacji pacjentów może wynikać z przyczyn niezależnych od ich udziału w Programie i mieć związek z **nieadekwatnością sposobu pomiaru parametrów do kontekstu zdrowotnego pacjentów**. Pacjenci kwalifikowani do Programu będący w trakcie leczenia z włączoną krótkookresową farmakoterapią obniżającą poziom np. cholesterolu LDL lub ciśnienie tętnicze krwi, po zakończeniu udziału w Programie mogli uzyskiwać wyniki gorsze od początkowych, nie w efekcie niepowodzenia Programu, a zaprzestania farmakoterapii lub innych działań leczniczych. Warto zwrócić w tym miejscu uwagę na istotny brak danych (nie były one zbierane w toku realizacji Programu) na temat sytuacji zdrowotnej, diagnostycznej i leczniczej pacjentów w chwili przystąpienia do Programu. W celu umożliwienia precyzyjnej i realnej oceny efektywności Programu, czynniki takie powinny być identyfikowane i ewidencjonowane w toku realizacji Programu.

W czasie wywiadów CATI, które miały miejsce blisko 3 lata po zakończeniu udziału w Programie, pacjenci deklarowali, że wyniki ich badań mieszczą się w normie. Dotyczyło to: wartości ciśnienia tętniczego krwi (wg 82% pacjentów), wartości stężenia cholesterolu LDL (wg 67% pacjentów), wartości stężenia hemoglobiny glikowanej lub stężenia glukozy na czczo (wg 74% pacjentów), wskaźnik masy ciała (wg 54% pacjentów). W chwili realizacji badania ewaluacyjnego palenie tytoniu zadeklarowało jedynie 3% respondentów. Dane te mają jednak charakter deklaratywnej samooceny stanu zdrowia.

Opinie uczestników wywiadu grupowego na temat niewielkiego poziomu osiągnięcia tego celu szczegółowego obejmowały przede wszystkim kwestie wskazane już wcześniej w raporcie – a mianowicie zbyt krótki czas oddziaływania na pacjenta w ramach Programu, aby stanowił on podstawę do wypracowania odpowiednich nawyków związanych ze stylem życia, a które znalazłyby odzwierciedlenie w wynikach badań klinicznych. Eksperti dziedzinowi podkreślali ponadto, że podobne efekty uzyskuje się w trakcie pracy z pacjentami np. w ramach rehabilitacji szpitalnej czy dziennej, gdzie również zakłada się, że pacjent będzie samodzielnie kontynuował wyuczone w jej ramach prozdrowotne zachowania.

Ponadto eksperci wskazywali, że warto rozważyć dobranie innych wskaźników, które lepiej odzwierciedlałyby skuteczność wsparcia rehabilitacji kardiologicznej.





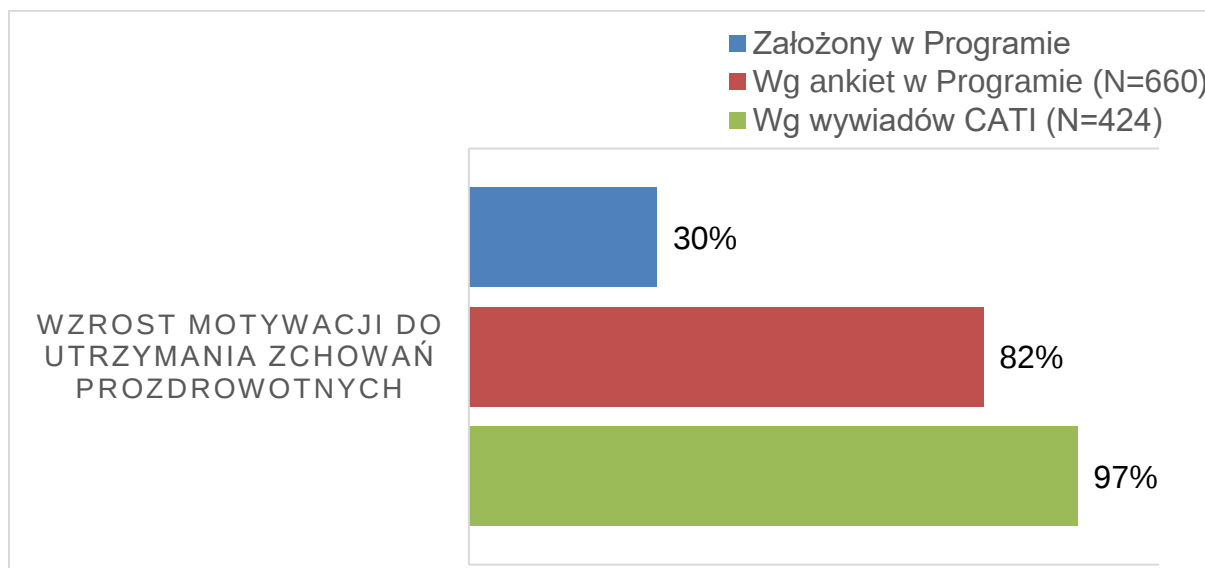
Postulowano m.in. stosowanie syntetycznego wskaźnika dotyczącego ogólnej kondycji pacjenta, jakim jest tolerancja wysiłku i jej zmiany pod wpływem zastosowanej interwencji rehabilitacyjnej. Wskazywano także na niedoskonałości wskaźnika BMI, który nie uwzględnia np. składu masy ciała, wieku czy stanu zdrowia danej osoby. Bardziej odpowiednim wskaźnikiem byłyby np. WHR (stosunek obwodu talii do obwodu bioder) czy wskaźnik zawartości tkanki tłuszczowej w masie ciała.

Trzeci cel szczegółowy Programu to: wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaracyjnym). Jego realizacja była weryfikowana poprzez miernik:

- wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych i przekształcenia ich w nawyki i postawy (na poziomie deklaracyjnym) u minimum 30% uczestników Programu.

Cel szczegółowy został osiągnięty. Wzrost motywacji zadeklarowało 82% pacjentów wypełniających ankietę satysfakcji po zakończeniu udziału w Projekcie oraz 97% respondentów wywiadów CATI.

Wykres 6: **Poziom osiągnięcia mierników – 3 cel szczegółowy Programu**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych nt. realizacji Programu.

Czynniki psychologiczne są jednym z istotnych determinantów długofalowej skuteczności rehabilitacji kardiologicznej⁵⁵. Podkreślana wcześniej kwestia

⁵⁵ A. Gziut, A. Sobieszczak, K. Milewski, *op.cit.*, s.18





wydłużenia czasu oddziaływania na uczestnika w ramach Programu (w tym zwłaszcza wydłużenie okresu i/lub zwiększenie ilości sesji aktywności fizycznej i tym samym zwiększenie oddziaływania fizjoterapeutycznego na pacjenta) pojawiła się także w wypowiedziach uczestników wywiadu FGI dotyczących rozbieżności w obszarze motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych, a przekształcenia ich w nawyki i postawy. Poziom motywacji deklarowany przez uczestników Programu zarówno w trakcie jego trwania, jak i obecnie, jest bowiem wysoki, czemu nie zawsze towarzyszy faktyczne utrzymanie zachowań prozdrowotnych (co wynika z opinii uczestników Programu sformułowanych w ramach wywiadów TDI). W opinii zarówno beneficjentów, jak i ekspertów dziedzinowych, rozbieżność ta jest zjawiskiem powszechnym wśród odbiorców oddziaływań rehabilitacyjnych, a u jej podstaw leży zwiększona dzięki nim świadomość znaczenia określonego stylu życia dla stanu zdrowia z jednoczesnym zbyt niskim poziomem motywacji do trwałego wdrożenia pożądanых zmian (która maleje m.in. wraz z czasem, jaki upływa od pojawienia się choroby kardiologicznej).

Eksperti podkreślali potrzebę realizacji większej liczby tego rodzaju programów, zwłaszcza w kontekście wskazywanego w literaturze podziału rehabilitacji kardiologicznej na 3 etapy⁵⁶, wśród których 3 etap powinien trwać przez całe życie pacjenta⁵⁷. Jednorazowy udział w Programie w opinii ekspertów dziedzinowych, ale także samych beneficjentów (wniosek na podstawie wywiadów IDI) przyczynił się do zwiększenia świadomości pacjentów na temat znaczenia zdrowego stylu życia (aktywności fizycznej, diety, stosowania farmakoterapii), natomiast w dużo mniejszym stopniu – do faktycznej zmiany nawyków (co potwierdzają opinie samych uczestników Programu, wyrażone podczas wywiadów TDI).

Istotne jest, aby pacjenci mogli korzystać z tego rodzaju wsparcia więcej niż jednokrotnie, ale np. okresowo, w formie **teleporad czy telerehabilitacji**.

Rehabilitacja zdalna, jako jedna z czterech podstawowych form rehabilitacji ambulatoryjnej, jest z powodzeniem stosowana w rehabilitacji kardiologicznej na świecie (patrz: Program poradnictwa telefonicznego⁵⁸). Dodatkowo, jak pokazują

⁵⁶ M. Turała (red.), *Rekomendacje w zakresie...* *op.cit.*, s.11-12.

Por. A. Gziut, A. Sobieszczak, K. Milewski, *op.cit.*, s. 17-18.

⁵⁷ Gziut A. I., Sobieszek A., Milewski K., *op. cit.*, str. 17

⁵⁸ M. Wierchowicki, K. Poprawski, *op.cit.*, s. 4-7





analizy, nie ma dowodów na jej niższą skuteczność od klasycznych modeli rehabilitacyjnych przy jednoczesnych znacznie niższych kosztach realizacyjnych⁵⁹.

Formy zdalne, stosowane z powodzeniem w warunkach, jakie stworzyły obostrzenia związane z pandemią COVID-19, powinny być uwzględniane w RPZ w celu zwiększenia dostępności do świadczeń oraz wzmacniania oddziaływań na pacjenta (np. poprzez monitorowanie i ewentualne korygowanie aktywności fizycznej pacjenta, którą podejmuje on samodzielnie w domu). Jest to istotne w świetle, związanego z konsekwencjami pandemii, ogólnego ograniczenia aktywności fizycznej w społeczeństwie, któremu w sposób szczególny powinny przeciwdziałać regionalne programy zdrowotne. Negatywny wpływ pandemii na ogólną kondycję i zdrowie Polaków jest niezaprzeczalny. Jak wielokrotnie podkreślano, regularna aktywność fizyczna jest podstawowym elementem długofalowej rehabilitacji kardiologicznej, ale także korzystnie wpływa na ogólną kondycję zdrowotną populacji.

Korzystanie z tej formy świadczeń zdrowotnych może być jednak wyzwaniem dla pacjentów w wieku starszym, o niedostatecznych umiejętnościach korzystania z komputera, Internetu czy aplikacji internetowych, czemu do pewnego stopnia przeciwdziałają projekty ukierunkowane na podnoszenie kompetencji cyfrowych seniorów, realizowane w województwie łódzkim (na podstawie opinii przedstawicieli IZ RPO WŁ 2014-2020).

4.3 Ocena zgłaszalności do Programu

W trakcie realizacji Programu każdy z beneficjentów był zobowiązany do realizacji akcji informacyjnej skierowanej w szczególności do lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (m.in. w zakresie kardiologii) i oddziałów szpitalnych – chorób wewnętrznych, kardiologicznych, kardiochirurgicznych, pracowni hemodynamiki itp. – czyli osób, które będą mogły poinformować pacjenta o korzyściach z udziału w Programie. W toku realizacji Programu akcja informacyjna została rozszerzona o przekazy skierowane bezpośrednio do samych pacjentów, tak aby mogli oni za pośrednictwem swojego lekarza prowadzącego, samodzielnie zgłosić chęć udziału w Programie. Akcja informacyjna była zatem, zgodnie z założeniami Programu, prowadzona

⁵⁹ Rekomendacja nr 24/2019 z dnia 19 kwietnia 2019 r., *op.cit.* s. 2





dwutorowo tak, aby zapewnić dotarcie informacji zarówno do pacjentów kardiologicznych, jak i do lekarzy.

W praktyce poza akcją informacyjną realizowaną przez UMWŁ, beneficjenci również rozpowszechniali informacje o Programie, prowadzili rekrutację przy pomocy lekarzy zatrudnionych w swojej placówce. Akcja ta najczęściej obejmowała: kolportaż ulotek i plakatów; reklam outdoorowych oraz działań w mediach społecznościowych. Jeden z podmiotów zorganizował także konferencję informacyjną dla lekarzy POZ. Działania te miały swoje przełożenie na dalsze rozpowszechnianie informacji o Programie przez samych pacjentów i ludzi, którzy mieli kontakt z ww. przekazami, choć sami nie kwalifikowali się do udziału w Programie.

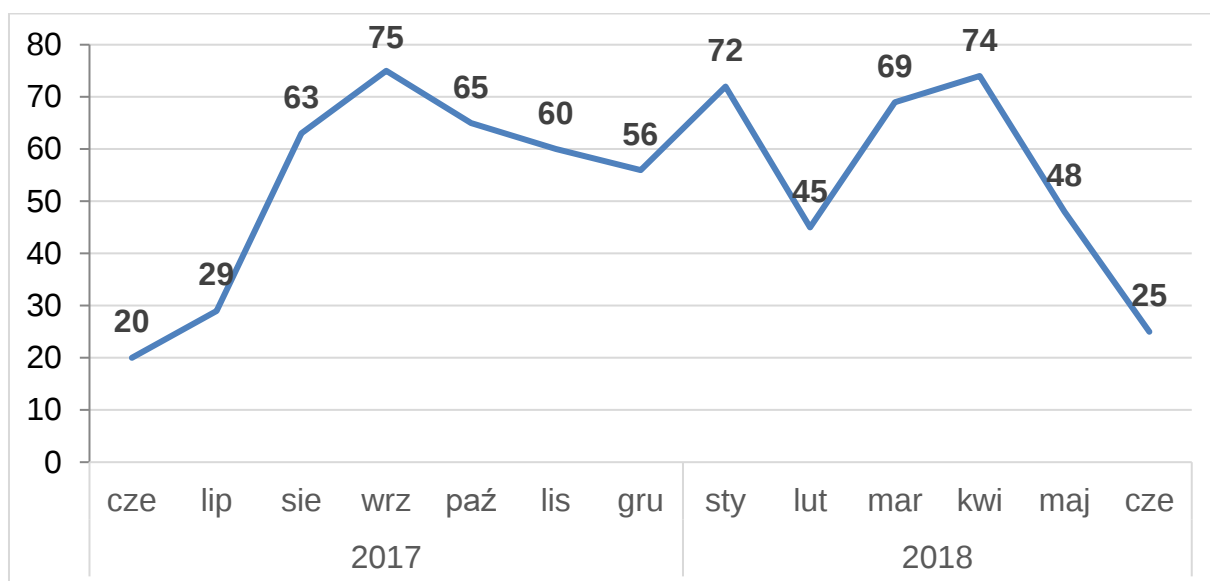
Według danych na temat uczestników projektów realizowanych w ramach Programu, w Programie wzięło udział 701 osób⁶⁰. Zgłaszalność do Programu miała charakter skokowy. Największe liczby osób zakwalifikowanych do udziału w Programie odnotowano we wrześniu 2017 (75 osób); kwietniu 2018 (74 osoby) i styczniu 2018 (72 osoby). Najmniejsze natomiast w początkowym i końcowym okresie realizacji Programu: czerwiec 2017 (20 osób); lipiec 2017 (29 osób); czerwiec 2018 (25 osób). W pozostałych miesiącach liczba nowych uczestników Programu oscylowała średnio około niespełna 60 osób miesięcznie.

⁶⁰ Zgodnie z danymi, na podstawie których powstał niniejszy raport wśród uczestników Programu było 701 osób, natomiast ze wsparcia w ramach projektów skorzystały 693 osoby. Analiza zgłaszalności została przeprowadzona na podstawie danych obejmujących zbiór 701 pacjentów.





Wykres 7: **Zgłaszalność uczestników do Programu (pacjenci zakwalifikowani)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych na temat realizacji Programu.

Wśród pacjentów w ramach Programu:

- Było więcej mężczyzn (54%) niż kobiet (46%). Struktura płci uczestników projektów różniła się jednak u poszczególnych beneficjentów Programu.
- Przeważali pacjenci starsi (powyżej 50 roku życia), a ich udział w populacji był większy od założonego w Programie. Średnia wieku pacjentów objętych wsparciem w ramach Programu wynosiła niespełna 59 lat, najmłodszy pacjent zakwalifikowany do Programu miał w chwili rozpoczęcia uczestnictwa w projekcie 22 lata, a najstarszy 86 lat.
- Przeważali mieszkańcy gmin, na terenie których realizowana była działalność beneficjentów: Pabianice – 168 osób (24% uczestników Programu); Piotrków Trybunalski - 164 osoby (23%); Łódź - 83 osoby (12%) i Poddębice - 59 osób (8%). Wśród uczestników projektów realizowanych przez poszczególnych beneficjentów przeważały osoby zamieszkałe w pobliżu lokalizacji miejsca udzielania świadczeń. Jednocześnie 33% uczestników Programu to mieszkańcy gmin oddalonych od bezpośredniej lokalizacji beneficjenta, na terenie których nie była prowadzona rehabilitacja kardiologiczna.





- Osoby z niepełnosprawnością stanowiły niespełna 16% pacjentów korzystających ze świadczeń w ramach Programu.
- Było nieznacznie więcej osób pracujących (51,5%) w chwili przystąpienia do Programu od osób nieaktywnych zawodowo. Częściej aktywni zawodowo byli mężczyźni niż kobiety (wśród mężczyzn pracowało 53,8% pacjentów, podczas gdy wśród kobiet o 5 % mniej – 48,8%).

Choć trudności w rekrutacji uczestników projektów były jednym z problemów zidentyfikowanych na poziomie realizacji całego Programu, przedstawiciele beneficjentów nie zgłaszali w rozmowach większych kłopotów w tym zakresie. W ich opinii zainteresowanie pacjentów udziałem w projektach było wystarczające do ich realizacji zgodnie z założeniami, a sam Program był dla pacjentów atrakcyjny. Wnioski te (wysokie zainteresowanie pacjentów udziałem w programach rehabilitacyjnych) znalazły potwierdzenie w opiniach ekspertów biorących udział w wywiadzie grupowym jako ogólnie identyfikowany trend.

Beneficjenci, którymi były placówki medyczne, najczęściej rekrutowali uczestników Programu spośród własnych pacjentów. Dobrą praktyką w tym zakresie było m.in. oszacowanie wielkości grupy osób potencjalnie zainteresowanych udziałem w Programie na etapie tworzenia wniosku o dofinansowanie (na podstawie opinii pacjentów zjawiających się w danej placówce np. przy okazji wizyty u kardiologa).

Zgłaszalność do Programu była zatem na zadowalającym poziomie, mimo pewnych trudności. Podczas wywiadu grupowego wskazano na potencjalnie pozytywny wpływ, jaki na zgłaszalność do Programu mogłoby wywrzeć wydłużenie okresu realizacji projektów w jego ramach. Przedstawiciele beneficjentów (także w trakcie wywiadów IDI) wskazywali, że obok prowadzonych przez nich działań promocyjnych, skuteczną formą pozyskiwania nowych uczestników Programu była „pocztą pantoflowa”, a zatem rekomendowanie udziału w Programie przez osoby znajome. Efekt tego rodzaju promocji był jednak odsunięty w czasie, co powodowało, że wiele osób chętnych zgłaszało się do projektów w czasie, gdy pula dostępnego wsparcia była już wyczerpana (z uwagi na intensywne działania rekrutacyjne podejmowane przez samych beneficjentów w obawie o nieosiągnięcie wskaźników założonych w projektach).





4.3.1 Czynniki mające wpływ na poziom zgłaszalności do Programu

Wśród podstawowych czynników gwarantujących skuteczne i efektywne realizowanie Programu była przeprowadzona w związku z jego wdrożeniem **rozbudowana akcja informacyjna**. Warto zauważyć, że skuteczność różnych dróg motywowania do udziału w Programie była zależna od indywidualnych preferencji pacjentów. Dla niektórych osób efektywne i bardziej zachęcające było wystosowanie zaproszenia do udziału w projekcie bezpośrednio przez lekarza prowadzącego, dla innych natomiast polecenie udziału w Programie przez znajomych i innych pacjentów.

Beneficjenci oferowali pacjentom **możliwość wykonania, nieprzewidzianych w Programie, dodatkowych badań w ramach NFZ** podczas obecności w placówce realizującej projekt (np. echo serca), co stanowiło w ich opinii istotny czynnik zachęcający do udziału w Programie.

W opinii jednego z beneficjentów czynnikiem mającym realny wpływ na zgłaszalność była **pleć pacjentów**. W populacji pacjentów z problemami kardiologicznymi, a także wśród pacjentów korzystających z rehabilitacji kardiologicznej w ramach świadczeń NFZ przeważają mężczyźni, stanowiąc ok 2/3 wszystkich osób w tych grupach. Tymczasem do udziału w Programie kobiety zgłaszały się jedynie nieznacznie rzadziej niż mężczyźni i w efekcie stanowiły niemal połowę pacjentów Programu.

Czynnikiem istotnym z punktu widzenia pacjentów, była **odległość miejsca zamieszkania od lokalizacji placówki medycznej**, w której udzielane były świadczenia. Mimo że, w ramach Programu gwarantowane było finansowanie wydatków związanych z dojazdem pacjenta, wzrost ogólnej kosztowności (np. konieczność poświęcenia na udział w Programie większej ilości czasu) związany z oddaleniem od świadczeniodawcy stanowił barierę dla potencjalnych uczestników Programu.

W opinii beneficjentów, czynnikiem zniechęcającym pacjentów do udziału w Programie była subiektywnie oceniana przez pacjentów **uciążliwość realizacji ścieżki uczestnictwa**. Na ocenę tę składały się przede wszystkim: długi czas realizacji ścieżki dla pacjenta, relatywnie duże obciążenie wynikające z ilości działań, w których pacjenci musieli wziąć udział oraz szeroki wachlarz świadczeń, z których część (np. konsultacje dietetyczne lub psychologiczne) pacjenci oceniali pierwotnie jako zbędne, interesując się głównie możliwością wykonania badań laboratoryjnych.





Miało to bezpośredni związek z **dyspozycyjnością pacjentów** – trudniej było zachęcić do uczestnictwa w Programie osoby mniej dyspozycyjne (np. pracujące zawodowo), niż pacjentów bez dodatkowych zobowiązań. Dodatkowym utrudnieniem była tutaj konieczność ścisłego przestrzegania harmonogramu realizacji świadczeń przewidzianego w Programie.

Nie bez znaczenia pozostawał także aspekt psychologiczny i poziom wyjściowej motywacji osób rekrutowanych do udziału w Programie. Niektórzy pacjenci początkowo nie widzieli potrzeby podejmowania działań mających na celu długofalowy, pozytywny wpływ na stan ich zdrowia kardiologicznego. Pacjenci ci **negowali potrzebę i zasadność udziału w Programie**, badań, farmakoterapii czy zmiany dotychczasowych nawyków.

Tabela 4: **Czynniki wpływające na zgłaszalność do Programu**

Czynniki pozytywnie wpływające na zgłaszalność	Czynniki negatywnie wpływające na zgłaszalność
■ Zaproszenie do udziału w Programie różnymi kanałami (lekarz POZ, lekarz prowadzący, pacjenci, znajomi, program TV). ■ Zaangażowanie w rekrutację personelu medycznego (np. lekarz kardiolog kierujący ufających mu pacjentów do Programu). ■ Możliwość wykonania u beneficjenta dodatkowych badań w ramach NFZ. ■ Bliskość miejsca zamieszkania od miejsca udzielania świadczeń. ■ Większa dyspozycyjność pacjentów. ■ Płeć pacjentów – zgłaszało się więcej kobiety niż przypuszczano. ■ Kompleksowy charakter świadczeń w ramach Programu.	■ Duża odległość miejsca zamieszkania od miejsca udzielania świadczeń. ■ Mniejsza dyspozycyjność pacjentów. ■ Spodziewana przez pacjentów uciążliwość udziału w projekcie. ■ Płeć pacjentów – zgłaszało się mniej mężczyzn niż przypuszczano. ■ Bariery psychologiczne – niechęć do podejmowania działań długofalowo poprawiających stan zdrowia.





Źródło: Opracowanie własne.

Zdaniem ekspertów dziedzinowych **świadczenia rehabilitacyjne cieszą się bardzo dużym zainteresowaniem pacjentów**. Ich dostępność w ramach programów finansowanych z innych niż NFZ źródeł jest tym istotniejsza, że jak wskazują analizowane w poprzednim rozdziale dane NFZ, dostęp do tych świadczeń wiąże się z ograniczeniami zarówno terytorialnymi, jak i czasowymi. O sukcesie w obszarze zgłaszalności do projektów realizowanych w ramach Programu decydowało w ich opinii w dużej mierze **zaangażowanie lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej**, które (poza dedykowanymi programami) nie zawsze jest na odpowiednim poziomie (zwłaszcza, jeśli nie wiąże się z gratyfikacją finansową).

4.4 Problemy we wdrażaniu Programu i wsparcie oferowane beneficjentom

Według raportu podsumowującego realizację Programu w trakcie jego wdrażania zidentyfikowano dwa podstawowe problemy, z którymi musieli się zmierzyć beneficjenci i uczestnicy projektów. Trudności te dotyczyły zbyt długiego czasu trwania ścieżki zaplanowanej w Programie dla pacjentów oraz trudności w zrekrutowaniu uczestników projektów. W obu przypadkach wprowadzono działania modyfikujące realizację Programu, których celem było zniwelowanie zidentyfikowanych trudności.

W przypadku zbyt **długiego czasu trwania ścieżki zaplanowanej w Regionalnym Programie Zdrowotnym**⁶¹ działaniami modyfikującymi były:

- uelastycznienie pracy i zwiększenie dyspozycyjności kadry projektu realizującej cele Programu poprzez zaplanowanie wsparcia w godzinach dogodnych dla osób w wieku aktywności zawodowej;

⁶¹ Zgodnie z założeniami Programu, każdy uczestnik miał zostać objęty wsparciem średnio przez okres około 8 miesięcy (w tym 8 tygodni sesji aktywności fizycznej i sesji psychoedukacyjnych). Średni czas trwania udziału pacjenta w projekcie był dłuższy od zakładanych przez twórców Programu 8 miesięcy. Rzeczywisty średni czas udziału w Programie wynosił niespełna 287 dni. Czas trwania udziału pacjenta w Programie różnił się w zależności od tego, czy zakończył on udział w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką uczestnictwa oraz był różny u poszczególnych beneficjentów. Pacjenci, którzy skorzystali ze wszystkich świadczeń przewidzianych w Programie uczestniczyli w nim średnio 293 dni. Najkrócej ścieżkę uczestnictwa w Programie realizowało Pabianickie Centrum Medyczne, gdzie czas udziału pacjenta w Programie wynosił średnio 220 dni, a najdłużej KARDIO-MED – prawie 365 dni.





- szczegółowe informowanie uczestników Programu nt. czasu trwania wsparcia, konieczności „rozłożenia w czasie” poszczególnych form wsparcia;
- bieżący kontakt realizatorów projektu z uczestnikami, przypominanie o kolejnych etapach ścieżki.

W przypadku **trudności w rekrutowaniu uczestników do udziału w projekcie**:

- zwiększenie nakładów na działania promocyjne;
- rozszerzenie akcji informacyjnej, zmiana kanałów informujących o realizacji Programu;
- nawiązanie współpracy z lekarzami i poradniami POZ;
- wydłużenie terminów rekrutacji uczestników.

Z punktu widzenia przedstawicieli beneficjentów realizujących Program przedstawione wyżej zmiany wprowadzone w realizacji projektów były skuteczne i pomocne w realizacji prowadzonych przez nich projektów. Przedstawiciele beneficjentów za największe trudności uznawali natomiast kwestie związane z wdrożeniem i realizacją projektów, które częściowo pokrywają się ze zidentyfikowanymi powyżej.

Za problematyczne w opinii beneficjentów należy uznać przede wszystkim samo **uruchomienie projektów**, przygotowania do realizacji działań w ich ramach oraz związane z tym rozbudowane działania logistyczne i formalne. Zdaniem przedstawicieli beneficjentów wiele z problemów, na jakie napotkali wynikało z **braku doświadczenia personelu placówek medycznych** w realizacji projektów tego typu oraz związanymi z tym **trudnościami w organizacji i realizacji świadczeń dla tak dużych grup pacjentów jednocześnie**, których beneficjenci wcześniej nie prowadzili. Dodatkowym utrudnieniem w tym zakresie była także, zdaniem beneficjentów, **nadmierna precyzyjność i „sztywność” ścieżki uczestnictwa** przewidziana dla pacjentów w Programie, która utrudniała zaplanowanie sposobu realizacji świadczeń i ich koordynację w formie dogodnej dla wszystkich uczestników.

Na trudności w rekrutacji i zgłaszalności do Programu miał też wpływ, zidentyfikowany zarówno przez przedstawicieli beneficjentów, jak i IZ RPO WŁ, **brak doświadczenia zespołów przygotowujących projekty**, który skutkował w szczególności: źle określoną grupą docelową (konstruowaną np. w oparciu o kryteria premiujące wniosek, a nie o realne możliwości realizacyjne przygotowywanego





projektu) oraz początkowym niedostatkiem działań informacyjno-promocyjnych, wynikającym z przekonania, że wraz z upływem czasu pacjenci zgłoszą się sami (co jest efektem przyzwyczajenia do systemu realizacji programów finansowanych w ramach NFZ).

Dodatkową trudnością zgłaszaną przez beneficjentów była, w ich opinii, **zbyt rozbudowana biurokracja** oraz **konieczność wypełniania nadmiernej ilości dokumentacji**. Problem ten dotyczył zarówno beneficjentów, jak i pacjentów. Składały się na niego między innymi:

- zbyt rozbudowane w opinii pacjentów – uczestników Programu formularze uczestnictwa w projekcie obejmujące kwestie uważane przez niektórych z nich za drażliwe i często niezwiązane z uczestnictwem w Programie;
- bardzo precyzyjny sposób rozliczania realizowanych działań, który był w praktyce uciążliwy dla osób za to odpowiedzialnych (jako przykład podano sposób rozliczania kosztów rzeczywistych realizacji projektu, który wymagał podania wartości wszystkich kosztów składowych każdego świadczenia);
- konieczność wstecznej wymiany jednego z uzupełnionych przez pacjentów formularzy, ze względu na zmianę wzoru początkowo przekazanego beneficjentowi.

W opinii ekspertów biorących udział w wywiadzie grupowym w kwestii ilości i zakresu informacji, jakie uczestnicy Programu muszą przekazać w związku z przystąpieniem do niego, główną rolę powinien odgrywać beneficjent, do którego należy wyjaśnienie pacjentom zasadności udostępniania określonych danych czy wypełniania dokumentów. Przedstawiciele IZ RPO WŁ 2014-2020 podkreślali także fakt, że budżet projektu obejmuje także koszty pośrednie, dzięki którym beneficjent może zatrudnić osobę (lub wynając zewnętrzny podmiot) posiadającą kompetencje niezbędne do administracyjno-finansowego zarządzania projektem.

Z punktu widzenia beneficjentów problematyczny był także **czas trwania udziału uczestnika w projekcie**, która poza bezpośrednim wpływem na samych pacjentów, utrudniała beneficjentom bieżące rozliczanie kosztów realizowanych działań.

Wśród trudności jakie beneficjenci napotkali **w pracy z uczestnikami** projektów były:

- niechęć pacjentów do wypełniania dokumentów projektowych;





- unikanie niektórych rodzajów świadczeń (np. sesji psychoedukacyjnych) oraz brak zrozumienia dla ich wagi i pozytywnego wpływu na przyszły stan zdrowia (np. konsultacje z psychologiem i dietetykiem);
- trudności w pełnej realizacji ścieżki uczestnictwa dla pacjenta, szczególnie w przypadku ponownego kontaktu 6 miesięcy po zakończeniu korzystania przez pacjenta ze wsparcia.

Przedstawiciele beneficjentów jako problematyczną wspominają również **zmianę opiekuna projektów z ramienia UMWŁ**. Z jednej strony były to trudności natury formalnej i konieczność nawiązania relacji z nowym opiekunem, z drugiej zaś kwestie osobowościowe – jedna z opiekunek była w opinii beneficjentów bardziej efektywna i wspierająca w procesie realizacji Programu.

Zdaniem jednego z rozmówców, większość trudności została zidentyfikowana i uświadomiona dopiero w końcowej fazie projektów, a wdrożone działania naprawcze miały w dużej mierze na celu sfinalizowanie ich realizacji i prawidłowe rozliczenie kosztów. Jednocześnie, jako podmiot biorący udział w realizacji innych RPZ, beneficjent wskazał na **wprowadzenie pozytywnych zmian w kolejnych Programach uruchamianych przez UMWŁ** (np. wprowadzenie rozliczenia na bazie kosztów jednostkowych / zryczałtowanych, uelastycznienie ścieżki uczestnictwa).

Z punktu widzenia osób odpowiedzialnych za realizację świadczeń do największych trudności związanych z prowadzeniem działań w ramach Programu należały natomiast:

- grupowy charakter sesji aktywności fizycznej i sesji psychoedukacyjnych, który utrudniał dostosowanie ich przebiegu do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjentów;
- nieufność pacjentów względem niektórych rodzajów świadczeń (np. konsultacji z psychologiem) i niechęć do uczestniczenia w nich;
- niechęć pacjentów do wprowadzania zmian w dotychczasowym stylu życia;
- praca nad dokumentacją programową, której było w opinii respondentów zbyt dużo i musiała być przez nich wykonywana jako praca dodatkowa.

Jednocześnie **jedynie nieliczni pacjenci biorący udział w wywiadach CATI deklarowali, że w czasie swojego uczestnictwa w Programie napotkali na jakieś trudności**. Wśród wskazywanych przez nich kwestii problematycznych znalazły się





następujące obszary: proces kwalifikacji do Programu – 13 osób; długość trwania udziału w Programie – 12 osób; dostępność informacji o Programie, jego realizacji i zasadach uczestnictwa – 11 osób; bieżący kontakt z przedstawicielami świadczeniodawcy – 11 osób; organizacja i sposób realizacji i prowadzenia zajęć / spotkań przez świadczeniodawcę – 10 osób; dostęp do świadczeń w ramach Programu (np. brak wolnych miejsc, nieodpowiednie godziny lub lokalizacja miejsca udzielania świadczeń) – 8 osób.

4.4.1 Wsparcie udzielone beneficjentom w celu zniwelowania problemów

Przedstawiciele beneficjentów ocenili wsparcie udzielone im w trakcie realizacji projektów pozytywnie. Wysoko oceniona została praca i pomoc ze strony opiekuna projektów oraz bieżące zmiany wprowadzone w sposobie realizacji działań.

Warto jednak zauważyć, że część pracy związana z administracyjną obsługą realizacji projektów była powierzana zewnętrznym firmom, które kontaktowały się w imieniu beneficjenta z UMWŁ i IZ RPO WŁ. Kontakt beneficjentów i instytucji zarządzającej realizacją Programu miał zatem częściowo charakter zapośredniczony. Beneficjenci podkreślali, że bez tego zewnętrznego wsparcia samodzielna obsługa projektu przez personel placówki medycznej prawdopodobnie w ogóle nie byłaby możliwa lub nie byłaby efektywna, choć z drugiej strony wskazywano, że koszt wynajęcia firmy zajmującej się rozliczaniem projektów zwykle pochłaniał niemal całość lub bardzo dużą część kosztów pośrednich w ramach budżetu projektu.

4.5 Jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu

Informacje na temat jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu pochodzą z kilku źródeł. Pierwszym z nich była ankieta satysfakcji uczestników projektów uzupełniana podczas realizacji Programu. Ocena jakości świadczeń oparta na ankietach satysfakcji uczestników z udzielonych w ramach Programu świadczeń została dokonana dwukrotnie przez każdego beneficjenta realizującego Program. O ocenę jakości świadczeń proszono także pacjentów biorących udział w wywiadach CATI oraz wywiadach TDI, a także pytano o nią respondentów wywiadów IDI. Uczestnicy wywiadu FGI mieli możliwość opiniowania jakości świadczeń na podstawie własnych doświadczeń oraz syntetycznego podsumowania wyników uzyskanych za pośrednictwem pozostałych technik badawczych.

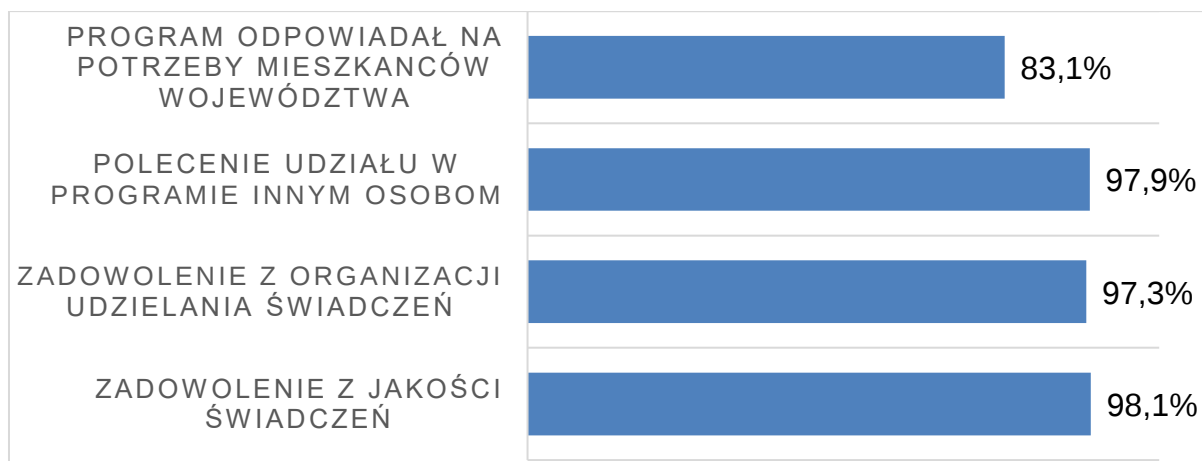




W toku realizacji Programu pacjenci wypełnili łącznie 1191 ankiet oceniających jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu. 605 z nich zostało wypełnionych przez kobiety, 585 przez mężczyzn, a w 1 ankiecie płeć respondenta nie została wskazana. 436 ankiet uzupełnili pacjenci uczestniczący w projekcie realizowanym przez Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.; 344 ankiet - NZOZ KARDIO-MED; 171 - Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Bożego Sp. z o.o.; a 240 - NZOZ "MOŻ-MED" S.J. MOŻDŻAN.

Pacjenci korzystający z rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu w zdecydowanej większości uznali go za odpowiadający na potrzeby mieszkańców województwa (83,1% wskazań). 97,9% uczestników deklarowała, że poleciłaby udział w Programie innym osobom. Pacjenci byli także zadowoleni z organizacji udzielania świadczeń (97,3%) oraz ich jakości (98,1%).

Wykres 8: **Ocena realizacji Programu – wyniki ankiety satysfakcji (% wskazań)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiety satysfakcji w Programie.

W przypadku 401 ankiet możliwa była analiza zmian poziomu satysfakcji pacjentów w czasie⁶². Analiza zmian poziomu satysfakcji w czasie pokazuje, że **zadowolenie z różnych aspektów udziału w Programie jest nieznacznie wyższe w przypadku**

⁶² 205 z ankiet zostało wypełnionych bezpośrednio po zakończeniu przez pacjenta udziału w projekcie, a 206 pół roku później. Należy tym samym podkreślić, że w obu grupach ocen dokonywały inne osoby, a zidentyfikowane różnice mogą mieć charakter różnic osobniczych i nie odpowiadać zmianom w całej populacji. Zmieniła się także struktura płci pacjentów oceniających Program w pierwszej grupie było 86 kobiet i 119 mężczyzn, a w drugiej 79 kobiet i 126 mężczyzn (płeć 1 pacjenta nie została oznaczona). Należy tym samym podkreślić, że w obu grupach ocen dokonywały inne osoby, a zidentyfikowane różnice mogą mieć charakter różnic osobniczych i nie odpowiadać zmianom w całej populacji.

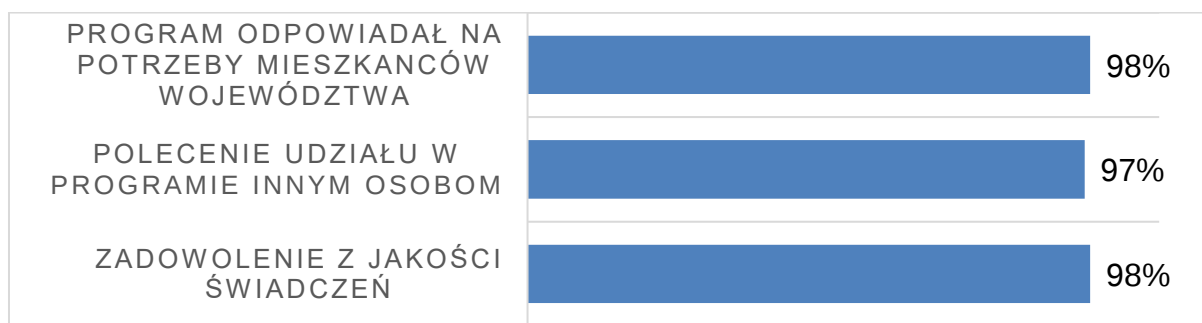




ankiety późniejszej, wypełnianej pół roku po zakończeniu uczestnictwa w Programie. Zmiana ta obserwowana jest w przypadku wszystkich pytań zawartych w ankiecie satysfakcji i zachodzi w dwóch wymiarach: maleje lub spada do zera liczba odpowiedzi negatywnych („zdecydowanie nie” lub „raczej nie”) oraz zwiększa się liczba odpowiedzi bardziej pozytywnych (więcej wskazań „zdecydowanie tak”, a mniej „raczej tak”). Można przypuszczać, że wzrost poziomu zadowolenia z Programu może mieć związek z jednej strony z tendencją do bardziej pozytywnego oceniania przeszłych doświadczeń (zapamiętywania ich pozytywnych aspektów), a drugiej zaś, z odroczeniem pozytywnych skutków udziału w Programie w czasie i jego długofalowym wpływem na uczestników.

Pacjenci biorący udział w wywiadach CATI w zdecydowanej większości byli zadowoleni z jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu (98% badanych), uważali, że odpowiadał on na potrzeby mieszkańców województwa łódzkiego (98%) oraz poleciliby udział w Programie innym osobom (97%).

Wykres 9: **Ocena realizacji Programu – wyniki wywiadów CATI (% wskazań)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników wywiadów CATI.

W opinii uczestników Programu (wyrażonej w wywiadach CATI) zaplanowana w nim ilość, intensywność i długość poszczególnych świadczeń (ocenie poddano następujące działania: wizyta kwalifikująca, sesje psychoedukacyjne, sesje aktywności fizycznej, indywidualne konsultacje z psychologiem, indywidualne konsultacje z dietetykiem, telefoniczny kontakt z przedstawicielem świadczeniodawcy, wizyta kontrolna) była odpowiednia. Część badanych postulowała jednak zwiększenie udziału w Programie: sesji aktywności fizycznej (28 osób); konsultacji z dietetykiem (14 osób); konsultacji z psychologiem (10 osób) oraz sesji psychoedukacyjnych (9 osób). Respondenci deklarowali trudności w ocenie





niektórych elementów Programu, w tym: kontaktu telefonicznego (92 osoby), konsultacji z psychologiem (63 osoby) oraz konsultacji z dietetykiem (27 osób).

Jednocześnie badani pytani o inne rodzaje świadczeń lub formy wsparcia, które byłyby w ich opinii pomocne w powrocie do zdrowia kardiologicznego wskazywali na potrzebę wydłużenia samego Programu (zarówno w zakresie przedłużenia opieki nad pojedynczym pacjentem, jak i oferowania wsparcia większej liczbie osób) oraz realizowanie jego kolejnych edycji lub realizację w formie ciągłej.

Wysoki poziom zadowolenia z jakości świadczeń i sposobu organizacji Programu potwierdzali także respondenci wywiadów TDI.

Pozytywne opinie uczestników na temat jakości świadczeń oraz postulowane przez nich zmiany w dużym stopniu pokrywają się z wnioskami płynącymi z wywiadu grupowego, w tym opiniami ekspertów dziedzinowych. W trakcie wywiadu podkreślano adekwatność ścieżki wsparcia zaplanowanej w Programie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, a także starania podjęte na etapie ogłaszania konkursu, aby beneficjenci realizujący projekty byli do tego odpowiednio przygotowani pod kątem posiadanych zasobów kadrowych, lokalowych, sprzętowych. Wskazano, że pozytywny wpływ na jakość Programu oraz jego efekty wywarłoby zwiększenie ilości i/lub okresu trwania sesji aktywności fizycznej – które w opinii beneficjentów, jak i samych uczestników Programu, cieszyły się wśród nich największym zainteresowaniem i wiązały z dużą satysfakcją.

4.6 Efektywność wsparcia udzielanego w ramach Programu

Zgodnie z założonym w Programie kształtem monitoringu i ewaluacji oraz kryteriami ewaluacyjnymi przyjętymi w przedmiotowym badaniu, ocena efektywności realizacji Programu powinna obejmować dwa elementy:

- ocena efektywności na podstawie analizy i porównania stanu pierwotnego z końcowym m.in. w zakresie poszczególnych efektów, wskaźników i mierników wg wytycznych Programu;
- ocenę efektywności, rozumianej jako poziom „ekonomiczności” Programu, czyli stosunek poniesionych nakładów (zarówno finansowych, jak i niematerialnych) do uzyskanych wyników i rezultatów (wg kryteriów ewaluacyjnych przyjętych w badaniu).





Pierwsza część analizy efektywności Programu została szczegółowo omówiona w podrozdziale „Efekty realizacji Programu”. Poniżej omówiona została zatem efektywność kosztowa.

Ze względu na niepełną realizację Programu (rezygnacja jednego z beneficjentów oraz znacząco mniejsza wielkość populacji objętej wsparciem) struktura i wielkość kosztów zaplanowanych i rzeczywiście poniesionych różniły się od siebie. Alokacja przewidziana na realizację Programu w latach 2017-2018 wynosiła 2.508.500 PLN (całkowita wartość projektów, w tym wkład własny pieniężny i niepieniężny, 2.132.225 PLN (ze środków EFS))⁶³. Natomiast rzeczywiste koszty realizacji Programu wynosiły 1.173.044,13 PLN i stanowiły 47% kosztów zaplanowanych w alokacji.

Tabela 5: **Wydatki bieżące związane z realizacją Programu**

Źródło finansowania	Wydatki bieżące (w PLN)			
	zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie			do rozliczenia
	2017	2018	Razem	Ogółem
Środki wspólnotowe	568 560,99	748 544,91	1 317 105,90	1 067 469,37
Budżet państwa				
Wkład własny	59 041,51	71 222,59	130 264,10	105574,76
Razem	627 602,50	819 767,50	1 447 370,00	1 173 044,13

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wniosków o płatność złożonych przez beneficjentów.

Rzeczywisty koszt realizacji Programu wynosił 81% kosztu zaplanowanego przez beneficjentów we wnioskach o dofinansowanie. Jednocześnie poziom realizacji

⁶³ Zgodnie z założeniami Harmonogramu naborów wniosków o dofinansowanie w trybie konkursowym dla RPO WŁ na lata 2014-2020 na 2016 r. na konkursy służące wdrożeniu przedmiotowego Programu przewidziano 500.000€ dofinansowania EFS, co oznacza 588.235,29€ wartości projektów ogółem (EFS, budżet państwa, wkład własny). Budżet Programu może ulec zmianom odpowiadającym zmianom kursu €.





założonej liczebności populacji pacjentów objętych działaniami w ramach Programu to ok 70%.

Koszt jednostkowy wykonania pełnego świadczenia u jednego uczestnika Programu szacowany był na ok. 1.500 zł. Koszt ten obejmował poniżej wymienione działania objęte ścieżką Programu (koszty bezpośrednie):

- konsultacja lekarska pod kątem kwalifikacji pacjenta do Programu (wraz z ustaleniem indywidualnego planu zajęć aktywności fizycznej, testem wysiłkowym itp.) – max. 350 zł,
- cykl składający się z 8 sesji psychoedukacyjnych (dla grupy max. 10 osób) – max. 2.800 zł, tj. koszt na 1 pacjenta - 280 zł,
- cykl składający się z 8 sesji zajęć aktywności fizycznej (dla grupy max. 10 osób) – max. 2.800 zł, tj. koszt na 1 pacjenta - 280 zł,
- konsultacja dietetyczna – max. 80 zł (w Programie 2 konsultacje – koszt na 1 pacjenta -160 zł),
- konsultacja psychologiczna – max. 100 zł (w Programie 2 konsultacje – koszt na 1 pacjenta - 200 zł),
- telefoniczny kontakt członka Zespołu z pacjentem – max. 15 zł (w Programie dwukrotny – koszt na 1 pacjenta - 30 zł),
- końcowa konsultacja lekarska z oceną czynników ryzyka (w tym wykonanie niezbędnych badań laboratoryjnych) – max. 200 zł.

Rzeczywisty koszt jednostkowy (wydatki w przeliczeniu na 1 pacjenta) wynosił 1692,70 zł, czyli o 13% więcej niż koszt zaplanowany.

W opinii uczestników wywiadu FGI koszty realizacji Programu były adekwatne do osiągniętych celów, w tym przede wszystkim liczby osób objętych wsparciem w ramach Programu. Przedstawiciele IZ RPO WŁ 2014-2020 podkreślali, że często zdarza się, że koszty wskazywane przez beneficjentów we wnioskach o dofinansowanie są wyższe, niż przewidywane przez instytucję ogłaszającą konkurs, co wynika np. ze zmiany cen rynkowych oraz rozbieżności między wysokością uśrednionych kosztów obliczanych na podstawie rozeznania rynku a wysokością kosztów ponoszonych faktycznie przez beneficjenta (np. w związku z prowadzoną u niego polityką finansową). Rozbieżność, która w tym zakresie pojawiła się w związku z realizacją Programu, uznana została za dopuszczalną, a efektywność kosztowa





całego Programu – za odpowiednią i nie wymagającą podejmowania działań naprawczych.

4.7 Trwałość efektów osiągniętych w ramach Programu

Jednym z elementów ewaluacji efektów Programu jest ocena ich trwałości. Oceny dokonano blisko 3 lata po zakończeniu realizacji działań adresowanych do pacjentów objętych Programem. O obecnym stanie zdrowia zapytano 424 pacjentów, którzy zostali wylosowani do udziału w wywiadach CATI.

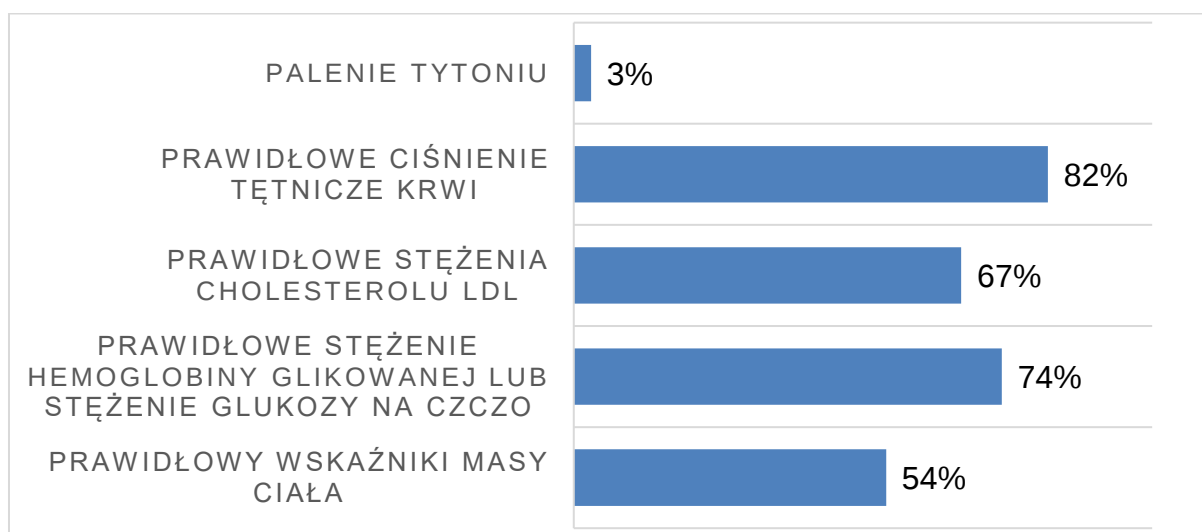
Zdecydowana większość (97%) pacjentów pozytywnie oceniła ogólny wpływ udziału w Programie na swoje zdrowie kardiologiczne oraz możliwość podjęcia lub wydłużenia aktywności zawodowej. Pacjenci deklarowali także w większości, że ich **stan zdrowia po zakończeniu Programu dalej się poprawiał** (87%) lub pozostał bez zmian (8,5%).

Pozytywny obraz dalszych zmian zachodzących w zdrowiu pacjentów po zakończeniu udziału w Programie wylania się także z analizy informacji, jakie respondenci przekazali na temat **aktualnych wyników badań** i ogólnej kondycji zdrowotnej. W chwili realizacji badania ewaluacyjnego palenie tytoniu zadeklarowało jedynie 3% respondentów biorących udział w wywiadach CATI. Wyniki aktualnych badań laboratoryjnych jako mieszczące się w normie określiło także: 82% respondentów w przypadku ciśnienia krwi; 67% w przypadku stężenia cholesterolu LDL; 74% w przypadku stężenia glukozy lub hemoglobiny glikowanej oraz 54% w przypadku współczynnika BMI. Występowały nieznaczne różnice w ocenie poszczególnych parametrów zależne od płci pacjentów. Kobiety częściej niż mężczyźni oceniali jako mieszczące się w normie stężenie cukru we krwi, a mężczyźni częściej niż kobiety wartość ciśnienia tętniczego i wskaźnik masy ciała.





Wykres 10: **Ocena czynników ryzyka – wyniki wywiadów CATI (% wskazań)**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników wywiadów CATI.

Oceny stanu zdrowia stanowią znaczącą pozytywną zmianę w porównaniu do efektów mierzonych bezpośrednio po zakończeniu udziału pacjenta w projekcie. Należy jednak pamiętać, że informacje te, w przeciwieństwie do danych zdrowotnych pacjentów pochodzących z Programu, mają wyłącznie deklaracyjny charakter i są opinią pacjentów na temat ich zdrowia, nie zaś wynikami badań laboratoryjnych wykonanych pod kontrolą lekarza.

Uczestnicy wywiadów CATI zostali poproszeni o dokonanie, z perspektywy czasu, oceny do zmian w jakich obszarach ich życia przyczynił się udział w Programie⁶⁴.

Prawie wszyscy badani zauważyli jego pozytywny wpływ:

- wzrost wiedzy na temat wpływu regularnej aktywności fizycznej (odpowiednio dobranej do stanu zdrowia) na redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia - 98% wskazań;
- wzrost wiedzy na temat wpływu zdrowego odżywiania na redukcję czynników ryzyka chorób układu krążenia - 98% wskazań;
- pozytywny wpływ udziału w Programie na stan zdrowia i ogólne samopoczucie - 97% wskazań;

⁶⁴ Oceny trafności każdego ze stwierdzeń pacjenci mogli dokonać na skali: zdecydowanie się zgadzam, raczej się zgadzam, raczej się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam.





- wzrost wiedzy i umiejętności z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej - 97% wskazań;
- wzrost ogólnej motywacji do utrzymywania zachowań prozdrowotnych - 97% wskazań;
- wpływ udziału w Programie na możliwość wznowienia, podjęcia lub przedłużenia aktywności zawodowej - 64% wskazań⁶⁵.

Eksperci dziedzinowi uczestniczący w wywiadzie FGI uznali, że powyższe efekty zdefiniowane na podstawie deklaracji uczestników Programu są satysfakcjonujące oraz z dużym prawdopodobieństwem odpowiadają faktycznemu stanowi rzeczy. Podkreślono, że głównym długofalowym efektem Programu i innych tego typu interwencji jest przede wszystkim wzrost świadomości pacjentów w zakresie przyczyn oraz sposobów niwelowania skutków CHUK, co jest zgodne z opiniami beneficjentów oraz specjalistów realizujących projekty w ramach Programu (wniosek na podstawie wywiadów IDI). Eksperci podkreślali, że odsetek uczestników deklarujących prawidłowe wyniki badań jest zbliżony do tego, którym cechuje się ogólna populacja pacjentów kardiologicznych. Dodatkowo na wiarygodność deklaracji pacjentów, choć mogą być one nieco zawyżone, wpływa fakt, że pacjenci (m.in. dzięki udziałowi w Programie) znają zakresy prawidłowych wartości poszczególnych parametrów i wiedzą o konieczności ich regularnej kontroli.

Zarówno eksperci dziedzinowi, jak i beneficjenci podkreślali przede wszystkim **znaczenie odroczonej efektywności Programu**. Wyrażali przekonanie, że być może udział w Programie nie przełożył się na utrwalenie pożądanых nawyków oraz poprawę wyników badań klinicznych w takim stopniu, w jakim by tego oczekiwano, ale pacjentów uczestniczących w rehabilitacji kardiologicznej w ramach Programu na tle pozostałych pacjentów wyróżnia większa świadomość swojego stanu zdrowia i wpływu, jaki na niego wywiera ich styl życia. Może to zaprocentować w sytuacji, gdy ich zdrowie ulegnie pogorszeniu, co będzie motywowało do wdrożenia zmian zgodnie z wiedzą, jaką pozyskali w trakcie Programu.

⁶⁵ 119 respondentów (28%) to osoby nieaktywne zawodowo przebywające na emeryturze, które nie mogły ocenić realnego wpływu udziału w Programie na wydłużenie aktywności zawodowej.





4.7.1 Czynniki decydujące o trwałości efektów Programu

Na trwałość efektów wpływa przede wszystkim stopień i skuteczność wdrożenia przez pacjenta wyuczonych w Programie zachowań prozdrowotnych, dlatego w celu zwiększenia trwałości należy podjąć przede wszystkim działania pozytywnie wpływające na poziom motywacji pacjentów oraz utrwalenie korzystnych nawyków. Osoby odpowiedzialne za realizację świadczeń w ramach projektów jako mechanizmy zwiększenia trwałości efektów Programu wskazywały:

- wydłużenie czasu trwania Programu (w szczególności części ścieżki uczestnictwa obejmującej udział w sesjach aktywności fizycznej i konsultacjach ze specjalistami);
- zwiększenie ilości sesji aktywności fizycznej;
- uelastycznienie i indywidualizację ścieżki i sposobu jej realizacji do potrzeb i możliwości pacjenta;
- skoncentrowanie działań w Programie na pacjentach o wysokim wyjściowym poziomie motywacji do wprowadzania zmian.

Na podstawie rozmów z pacjentami:

- wprowadzenie do Programu większej ilości zajęć praktycznych, które ułatwiłyby wdrożenie nowej wiedzy i kompetencji w codzienne życie (np. zajęcia kulinarne, ćwiczenia, które można wykonywać w domu bez pomocy specjalnego sprzętu);
- wydłużenie opieki nad pacjentami (nawet na kilka lat) w celu przypominania o konieczności dbania o zdrowie i sposobach na poprawienie ogólnej kondycji zdrowotnej.

Biorąc pod uwagę opinie ekspertów dziedzinowych oraz innych uczestników wywiadu FGI, niektóre z powyższych mechanizmów mogłyby (a nawet powinny) znaleźć zastosowanie w kolejnych tego rodzaju programach realizowanych w przyszłości. Za szczególnie istotne uznano zwiększenie ilości sesji aktywności fizycznej. Eksperci dziedzinowi, realizujący na co dzień zadania związane z rehabilitacją pacjentów kardiologicznych oceniają, że **stała, dostosowana do stanu zdrowia aktywność fizyczna** (np. codzienne spacerowanie, w tym nordic walking), której dodatkowo towarzyszy możliwość obserwowania postępów i poprawy kondycji (np. za pomocą





odpowiednich aplikacji czy krokomierza) **stanowi bardzo dobrą bazę dla wypracowania pozytywnych nawyków także w innych dziedzinach życia**, jak np. zmiana diety (rodzaju, wielkości i częstotliwości spożywanych posiłków). Chęć poprawy lub utrzymania kondycji fizycznej w stopniu, który daje satysfakcję z osiągniętych wyników w zakresie aktywności fizycznej skłania do poszukiwania metod jej wspierania np. w ramach odpowiedniej diety.

Warunkiem powodzenia oddziaływań rehabilitacyjnych jest zatem w opinii zarówno specjalistów uczestniczących w realizacji projektów, jak i ekspertów dziedzinowych, **powtarzalność tych oddziaływań**, a zatem możliwość ponownego skorzystania przez pacjenta z określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych, np. w formie teleporad czy telerehabilitacji, a także okresowe monitorowanie jego nawyków zdrowotnych, w myśl zasady, że rehabilitacja kardiologiczna powinna być kontynuowana przez resztę życia pacjenta i polegać na dostosowaniu dotychczasowego stylu życia do wymogów, jakie stawia jego stan zdrowia.

4.8 Wpływ udziału w Programie na pacjentów

Jednym z elementów ewaluacji Programu była jakościowa analiza i ocena sposobu, w jaki udział w projektach wpływał na sytuację życiową i kondycję zdrowotną pacjentów. W telefonicznych, indywidualnych wywiadach pogłębionych na ten temat uczestniczyło 18 pacjentów objętych wsparciem w ramach Programu o różnorodnych cechach i doświadczeniach związanych z Programem. Analizie poddano sytuację pacjentów (tj. stan zdrowia, poziom wiedzy z zakresu wspieranego w Programie, samopoczucie i motywacja do udziału w Programie oraz zmiany zachowań i nawyków na prozdrowotne, a także opinia na temat wsparcia otrzymanego w ramach Programu, a w konsekwencji wpływ na kontynuowanie lub wznowienie aktywności zawodowej) - uczestników Programu. Celem analizy była ocena tego, w jaki sposób sytuacja ta zmieniała się podczas i w efekcie uczestnictwa pacjentów w Programie. Badanych pytano o ich wiedzę, stan zdrowia i doświadczenia już od czasu poprzedzającego ich kwalifikację do Programu, w trakcie uczestnictwa w Programie oraz po jego zakończeniu – zarówno bezpośrednio, jak i w kolejnych latach po zakończeniu uczestnictwa w Programie.





Pacjenci biorący udział w Programie dowiadywali się o jego realizacji różnymi drogami. Większość z rozmówców usłyszała o nowej formie rehabilitacji kardiologicznej **od lekarza prowadzącego lub innego pracownika służby zdrowia**, nie brakowało jednak osób, którym udział w Programie polecili znajomi i inni pacjenci. Do najczęstszych **powodów przystąpienia do projektu należały ogólna troska o stan zdrowia oraz chęć skorzystania z gwarantowanych w Programie świadczeń** (szczególnie badań i konsultacji lekarskich). Wśród pacjentów pojawiały się opinie o przekonaniu o ogólnej skuteczności rehabilitacji kardiologicznej oraz kompleksowości świadczeń w Programie, które dodatkowo motywowały pacjentów do udziału w kwalifikacji. Większość z nich podjęła decyzję o zgłoszeniu do Programu samodzielnie lub po konsultacji z lekarzem.

Udział w Programie nie budził w pacjentach niepokoju i byli do niego pozytywnie nastawieni. Kilka osób zwróciło uwagę na obawy związane z trudnościami wynikającymi z **konieczności częstego dojazdu** do miejsca udzielania świadczeń i **pogodzenia uczestnictwa w Programie z innymi obowiązkami**. Proces kwalifikacji do projektów pacjenci wspominają natomiast jako łatwy i niekłopotliwy.

Pacjenci różnili się między sobą poziomem wiedzy o Programie i zakresie przewidzianych w nim działań przed przystąpieniem do projektu. Niektórzy z nich posiadali bogatą wiedzę o świadczeniach oferowanych w Programie, sposobie jego realizacji oraz ścieżce przewidzianej w nim dla pacjenta. Inni natomiast wiedzieli o Programie niewiele i jego kształt poznawali w trakcie uczestniczenia.

Uczestnicy Programu starali się w miarę możliwości uczestniczyć we wszystkich oferowanych w nim formach wsparcia i korzystać ze wszystkich dostępnych świadczeń. **Jakość świadczeń została przez pacjentów oceniona bardzo wysoko.** Pacjenci doceniali wpływ przekazywanej im wiedzy i umiejętności na stan zdrowia kardiologicznego. Uczestnicy projektów czuli się otoczeni kompleksową i kompetentną opieką specjalistów.

Większość pacjentów deklarowała **zadowolenie ze wszystkich rodzajów świadczeń** (sesji psychoedukacyjnych, sesji aktywności fizycznej, oraz konsultacji z psychologiem i dietetykiem) oraz doceniali wagę badań laboratoryjnych i konsultacji z lekarzem. Niektórzy postulowali **zwiększenie ilości ćwiczeń fizycznych** w





Programie jako działań mających największy praktyczny wpływ na przyszłe nawyki zdrowotne pacjentów. Pacjenci postulowali również o **większą indywidualizację sposobu realizacji ścieżki pacjenta** w sposób dostosowany do jego możliwości (np. fizycznych) i potrzeb (np. wyjściowego poziomu wiedzy o profilaktyce chorób serca). Przydatne, w opinii badanych, byłyby także **praktyczne zajęcia** (np. kulinarne, jako uzupełnienie porad dietetycznych) ułatwiające stosowanie zdobytej wiedzy w praktyce.

Zmiany stanu zdrowia w trakcie i po zakończeniu udziału w Programie zależały w dużej mierze od wyjściowej (w chwili kwalifikacji do Programu) kondycji pacjenta. Pacjenci, których kondycja była na początku gorsza oceniali wpływ Programu i zmian, jakie zaszły w ich zdrowiu jako bardziej istotny niż ci, których kondycja była zdecydowanie lepsza i posiadali już bogatą wiedzę na temat zdrowia kardiologicznego. Jednocześnie obie grupy oceniły wpływ Programu pozytywnie.

Udział w Programie miał ogólny pozytywny wpływ na stan zdrowia

uczestników. Badani deklarowali znaczny wzrost aktywności fizycznej w czasie trwania projektu oraz utrzymywanie się tej zmiany po zakończeniu udziału w Programie. Niektórzy badani wprowadzali także inne prozdrowotne nawyki, takie jak: zmiana diety, dbanie o lepszą kondycję fizyczną, wzrost kompetencji i większa łatwość w zarządzaniu własnym zdrowiem kardiologicznym. Nie u wszystkich była to jednak zmiana trwała, a wyuczone w Programie pozytywne nawyki u niektórych pacjentów z czasem zanikały.

Pacjenci zauważyli także **poprawę swojej ogólnej kondycji zdrowotnej** w porównaniu do czasu przed przystąpieniem do Programu, a także ogólny **wzrost wiedzy na temat leczenia i rehabilitacji kardiologicznej** oraz **wzrost poziomu motywacji do dbania o własne zdrowie**. Zmiana ta była tym większa, im niżej badani oceniali wyjściowy (przed uczestnictwem w projekcie) stan tych aspektów.

Uczestnicy są ogólnie **bardzo zadowoleni z udziału w Programie**. Wielu z badanych nie tylko dzieli się wiedzą na temat problemów kardiologicznych i przeciwdziałaniu ich następstwom zdobytą w Programie z innymi ludźmi, ale także poleca udział w Programach rehabilitacyjnych innym osobom.

Jednocześnie jednak wśród pacjentów pojawiły się opinie, że **zakres długofalowych zmian, jakie uczestnictwo wprowadziło w ich sytuacji zdrowotnej ma charakter**





raczej niewielki i często krótkoterminowy. Wpływ na to miało przede wszystkim ograniczenie trwania interwencji w ramach Programu w czasie oraz długi czas jaki upłynął od zakończenia udziału pacjentów w projektach.





5 Wnioski i rekomendacje

Instytucja zlecająca badanie - Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020

Program operacyjny – Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Tytuł badania – Ewaluacja Programu rehabilitacyjno-edukacyjnego dla pacjentów kardiologicznych z terenu województwa łódzkiego

Numer rekomendacji	1	2	3	4	5
--------------------	---	---	---	---	---





Treść wniosku (nr strony w raporcie)	uelastycznienie ścieżki wsparcia poprzez zmianę częstotliwości sesji aktywności fizycznej – rozciągnięcie ich w czasie, tak, aby ogólny okres udziału pacjentów w zorganizowanych, grupowych sesjach z fizjoterapeutą był dłuższy niż 4 do 8 tygodni, z naciskiem na wsparcie pacjentów w ćwiczeniach wykonywanych samodzielnie w domu w przerwach między sesjami – co ma na celu zwiększenie szans na wypracowanie prozdrowotnych nawyków poprzez wydłużenie okresu, w którym pacjent korzysta z możliwości udziału w zajęciach zorganizowanych i jego aktywność jest monitorowana przez fizjoterapeutę (w świetle wyników badania, m.in. na podstawie opinii beneficjentów oraz uczestników Programu, jest to czynnik najbardziej motywujący do budowania nawyku związanego z ćwiczeniami fizycznymi) (str. 65)	zwiększenie liczby sesji aktywności fizycznej w ramach Programu, co wzmocni proces wypracowywania pozytywnych nawyków wśród pacjentów i zwiększy możliwości oddziaływania na pacjentów przez fizjoterapeutów, jako specjalistów kompleksowo przygotowanych do wspierania podejmowania aktywności fizycznej (m.in. pod kątem pedagogicznym) (str. 65)	Eksperci podkreślali potrzebę realizacji większej liczby tego rodzaju programów, zwłaszcza w kontekście wskazywanego w literaturze podziału rehabilitacji kardiologicznej na 3 etapy, wśród których 3 etap powinien trwać przez całe życie pacjenta. Jednorazowy udział w Programie w opinii ekspertów dziedzinowych, ale także samych beneficjentów (wniosek na podstawie wywiadów IDI) przyczynił się do zwiększenia świadomości pacjentów na temat znaczenia zdrowego stylu życia (aktywności fizycznej, diety, stosowania farmakoterapii), natomiast w dużo mniejszym stopniu – do faktycznej zmiany nawyków (co potwierdzają opinie samych uczestników Programu, wyrażone podczas wywiadów TDI). (str. 73)	Wniosek nr 1: Podstawą do oceny zmian w wynikach badań laboratoryjnych wykonanych pacjentom były dane przekazane przez beneficjentów realizujących Program w załączniku nr 13 – „Sprawozdanie merytoryczne dotyczące realizacji Programu”. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że informacje te nie zawsze były przez Beneficjentów uzupełniane w sposób zgodny z instrukcją. (...) Dostępne dane zostały poddane uporządkowaniu i weryfikacji. (str. 56) Wniosek nr 2: Relatywnie niewielki stopień osiągnięcia celu związanego z poprawą parametrów medycznych w populacji pacjentów może wynikać z przyczyn niezależnych od ich udziału w Programie. (...) brak danych (nie były one zbierane w toku realizacji Programu) na temat sytuacji zdrowotnej, diagnostycznej i leczniczej pacjentów w chwili przystąpienia do Programu. (str. 71) Wniosek nr 3: (...) trudności w ocenie zmian w statusie	Ponadto eksperci wskazywali, że warto rozważyć dobranie innych wskaźników, które lepiej odzwierciedlałyby skuteczność wsparcia rehabilitacji kardiologicznej. Postulowano m.in. stosowanie syntetycznego wskaźnika dotyczącego ogólnej kondycji pacjenta, jakim jest tolerancja wysiłku i jej zmiany pod wpływem zastosowanej interwencji rehabilitacyjnej. Wskazywano także na niedoskonałości wskaźnika BMI, który nie uwzględnia np. składu masy ciała, wieku czy stanu zdrowia danej osoby. Bardziej odpowiednim wskaźnikiem byłyby np. WHR (stosunek obwodu talii do obwodu bioder czy wskaźnik zawartości tkanki tłuszczowej w masie ciała). (str. 71-72)
---	--	---	--	---	---





				zawodowym uczestników projektów, wynikające ze sposobu zbierania i agregowania danych w Programie. Ocena statusu zawodowego po zakończeniu udziału w projekcie umożliwi pacjentom wskazanie odpowiedzi „Inne”, (...). Kategoria ta nie została w żaden sposób rozbudowana lub skonkretyzowana, co uniemożliwia ocenę rzeczywistych zmian w sytuacji zawodowej prawie 1/3 uczestników Programu. (str. 54)	
--	--	--	--	---	--





Treść rekomendacji	Uelastycznienie ścieżki wsparcia poprzez wydłużenie czasu trwania sesji aktywności fizycznej jako element niezbędny do budowania nawyków aktywności fizycznej w życiu codziennym po zakończeniu udziału w Programie.	Zwiększenie liczby sesji aktywności fizycznej oraz zwiększenie ogólnego nacisku na opiekę fizjoterapeutyczną w ramach Programu, jako kluczowego elementu długofalowej efektywności rehabilitacji kardiologicznej.	Włączenie w realizację RPZ w przedmiotowym obszarze problemowym świadczeń z zakresu telerehabilitacji / teleporad w celu (1) zwiększenia dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych, (2) wydłużenia opieki rehabilitacyjnej nad każdym pacjentem, które może zostać zrealizowane np. poprzez zmianę telefonicznego kontaktu przedstawiciela beneficjenta po zakończeniu cyklu sesji i spotkań rehabilitacyjnych na telefoniczne konsultacje ze specjalistą, przede wszystkim fizjoterapeutą.	Wprowadzenie zmian w dokumentach Programowych umożliwiające realną ocenę zmian wywołanych realizacją Programu (tj. uwzględnienie w nich co najmniej takich zmiennych jak: czynniki pozaprogramowe bezpośrednio wpływające na stan zdrowia oraz szczegółowa sytuacja na rynku pracy po zakończeniu udziału w Programie) oraz zwiększenie kontroli nad spójnością dokumentów przekazywanych przez beneficjentów (załącznik nr 13).	Modyfikacja wskaźników (a w konsekwencji także celu szczegółowego nr 2 oraz mierników efektywności Programu) polegająca na doborze parametrów lepiej odzwierciedlających skuteczność rehabilitacji kardiologicznej (np. wprowadzenie syntetycznego wskaźnika dotyczącego ogólnej kondycji pacjenta) oraz zmianę wskaźnika BMI na inny (np. wskaźnik zawartości tkanki tłuszczowej w masie ciała).
Obszar tematyczny	zdrowie	zdrowie	zdrowie	zdrowie	zdrowie
Adresat rekomendacji	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego)	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego)	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego)	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego)	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego)
Sugerowany sposób wdrożenia	Uwzględnienie sugerowanych zmian w projektowaniu przyszłych RPZ. Po pierwsze, proponuje się zaplanowanie 16 sesji aktywności fizycznej – po 2 sesje w tygodniu (tj. przez 8 tygodni), każda trwająca 60 minut Jedna sesja w tygodniu prowadzona będzie stacjonarnie, druga sesja w tygodniu prowadzona zdalnie, z wykorzystaniem	Uwzględnienie sugerowanych zmian w projektowaniu przyszłych RPZ. Po pierwsze, proponuje się zaplanowanie 16 sesji aktywności fizycznej – po 2 sesje w tygodniu (tj. przez 8 tygodni), każda trwająca 60 minut Jedna sesja w tygodniu prowadzona będzie stacjonarnie, druga sesja w tygodniu prowadzona zdalnie, z wykorzystaniem	Uwzględnienie sugerowanych zmian w projektowaniu przyszłych RPZ. Proponuje się, aby w okresie po zakończeniu sesji aktywności fizycznej i sesji psychoedukacyjnych oraz (ewentualnie) indywidualnych konsultacji psychologicznych i dietetycznych, tj. przez 6 miesięcy poprzedzających wizytę kontrolną i ocenę	Uwzględnienie sugerowanych zmian w projektowaniu przyszłych RPZ oraz umów o dofinansowanie projektów, podpisywanych z Beneficjentami. Proponuje się położenie w nich większego nacisku na jednolite, poprawne i wyczerpujące sprawozdawanie się Beneficjentów realizujących	Uwzględnienie sugerowanych zmian w projektowaniu przyszłych RPZ. Proponuje się zmianę treści celu szczegółowego nr 2 w następujący sposób: poprawa kontroli czynników ryzyka chorób układu krążenia (tj. palenia tytoniu, ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu LDL, stężenia hemoglobiny glikowanej/stężenia glukozy





	Internetu i odpowiedniego oprogramowania, umożliwiających pacjentowi uczestnictwo w sesji ze swojego domu, z dostępem do instruktażu audio i video udzielanego przez fizjoterapeutę prowadzącego sesję (wideokonferencja w ramach telerehabilitacji). Po drugie, proponuje się przygotowanie i przekazanie w ramach sesji psychoedukacyjnych materiałów „do ręki”, dotyczących podejmowania aktywności fizycznej w domu, między sesjami stacjonarnymi i podczas sesji zdalnych, a także po zakończeniu sesji aktywności fizycznej oraz udziału w Programie	Internetu i odpowiedniego oprogramowania, umożliwiających pacjentowi uczestnictwo w sesji ze swojego domu, z dostępem do instruktażu audio i video udzielanego przez fizjoterapeutę prowadzącego sesję (wideokonferencja w ramach telerehabilitacji). Po drugie, proponuje się przygotowanie i przekazanie w ramach sesji psychoedukacyjnych materiałów „do ręki”, dotyczących podejmowania aktywności fizycznej w domu, między sesjami stacjonarnymi i podczas sesji zdalnych, a także po zakończeniu sesji aktywności fizycznej oraz udziału w Programie	czynników ryzyka pacjent pozostawał w kontakcie z przedstawicielem zespołu realizującego projekt – fizjoterapeutą, w ramach telerehabilitacji. Każdy pacjent powinien otrzymać indywidualny plan aktywności fizycznej, dostosowany do jego stanu zdrowia i preferencji, a kontakt z fizjoterapeutą w ramach telerehabilitacji powinien służyć wspieraniu pacjenta w realizacji planu oraz monitorowaniu postępów i ewentualnych wyzwań. Proponuje się, aby kontakt z fizjoterapeutą możliwy był raz na dwa tygodnie, za pośrednictwem Internetu i odpowiedniego oprogramowania umożliwiającego udział w wideokonferencji.	Program w zakresie monitorowania czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz precyzyjnego wskazywania statusu na rynku pracy, jaki posiada osoba kończąca udział w projekcie (tj. doprecyzowanie, jaki rodzaj sytuacji na rynku pracy mieszczą się w kategorii „inne” i która z nich dotyczy uczestnika projektu).	na czczo, tolerancji wysiłkowej, wskaźnika WHR – stosunek obwodu talii do obwodu bioder) (co ma na celu zapobieganie lub zmniejszanie ryzyka nawrotu i/lub progresji choroby),
Termin wdrożenia	30.09.2023	30.09.2023	30.09.2023	30.09.2023	30.09.2023
Klasa / podklasa rekomendacji	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja programowa operacyjna
Bazowy status rekomendacji					





Opis sposobu wdrożenia rekomendacji (w całości lub w części) przez adresata					
Uzasadnienie ewentualnego odrzucenia rekomendacji lub podjęcia decyzji o częściowym wdrożeniu					
Bieżący status rekomendacji					
Uwagi					





Spis elementów graficznych

Spis rysunków:

Rysunek 1: Schemat organizacyjny Programu	26
---	----

Spis wykresów:

Wykres 1: Liczba pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną	47
Wykres 2: Liczba świadczeń z zakresu rehabilitacji kardiologicznej	48
Wykres 3: Zmiany jakościowe w motywacji i wiedzy pacjentów – wyniki ankiety satysfakcji (% wskazań)	60
Wykres 4: Poziom osiągnięcia mierników – cel główny Programu	67
Wykres 5: Poziom osiągnięcia mierników – 2 cel szczegółowy Programu	70
Wykres 6: Poziom osiągnięcia mierników – 3 cel szczegółowy Programu	72
Wykres 7: Zgłaszalność uczestników do Programu (pacjenci zakwalifikowani)	76
Wykres 8: Ocena realizacji Programu – wyniki ankiety satysfakcji (% wskazań)	85
Wykres 9: Ocena realizacji Programu – wyniki wywiadów CATI (% wskazań)	86
Wykres 10: Ocena czynników ryzyka – wyniki wywiadów CATI (% wskazań)	91

Spis tabel:

Tabela 1: Projekty realizowane w ramach Programu – wartość projektów	28
Tabela 2: Zakres badania ewaluacyjnego	29
Tabela 3: Inne mierniki Programowe - podsumowanie	63
Tabela 4: Czynniki wpływające na zgłaszalność do Programu	79
Tabela 5: Wydatki bieżące związane z realizacją Programu	88





Bibliografia

Piśmiennictwo:

- (2004) „Raport o Stanie rehabilitacji kardiologicznej w Polsce”, Grupa Robocza w dziedzinie Rehabilitacji Kardiologicznej Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD 2003-2005;
- (2005) „Rehabilitacja kardiologiczna szansą powrotu do pracy zawodowej?”, Iwona Korzeniowska-Kubacka, Ryszard Piotrowicz;
- (2009) „Ambulatoryjna rehabilitacja kardiologiczna - czy można poprawić jej skuteczność?”, Artur Mamcarz;
- (2009) „Jaki model opieki ambulatoryjnej nad chorym z niewydolnością serca? Miejsce lekarza rodzinnego”, M. Wierzchowski, K. Poprawski;
- (2010) „Współczesna rehabilitacja kardiologiczna – przegląd najnowszych zaleceń europejskich ekspertów”, Paweł Balsam, Sebastian Szmit;
- (2013) "Optymalny Model Kompleksowej Rehabilitacji i Wtórnej Prewencji", Raport z prac zespołu ekspertów Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Piotr Jankowski i in.;
- (2017) „Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” na lata 2018-2021 realizowany przez województwo pomorskie;
- (2017) „Wpływ rehabilitacji kardiologicznej jako metody leczenia chorych po ostrym zespole wieńcowym”, M. Chałusz-Zasiewska i in.;
- (2018) „Projekt Programu kompleksowej opieki nad chorym z niewydolnością serca (kon)”, Nessler, Zalewski;
- (2018) „Rehabilitacja kardiologiczna u pacjentów po zawale serca”, Aneta I. Gziut, Anna Sobieszek, Krzysztof Milewski;
- (2018) „Rekomendacje w zakresie realizacji kompleksowej rehabilitacji kardiologicznej”, Stanowisko Ekspertów Sekcji Rehabilitacji Kardiologicznej i Fizjologii Wysiłku Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego;
- (2019) „Program dla mieszkańców województwa łódzkiego dotyczący profilaktyki w zakresie miażdżycy tętnic i chorób serca poprzez edukację osób z podwyższonymi czynnikami ryzyka sercowo-naczyniowego na lata 2019 – 2023 (ŁORDIAN)”;





- (2020) „Program rehabilitacji medycznej ułatwiający powroty do pracy”, Samorząd Województwa Opolskiego;
- (2019) „Rekomendacja nr 24/2019 z dnia 19 kwietnia 2019 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie rehabilitacji kardiologicznej”;
- (2020) "Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2021", Ministerstwo Zdrowia;
- (2020) „Program profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienia tętniczego i hipercholesterolemii. Raport w sprawie zalecanych technologii medycznych”;
- (2020). Program Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK). Narodowy Fundusz Zdrowia.

Akty Prawne:

- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne;
- Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa;
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- Regulaminy konkursów dotyczących Poddziałania X.3.1;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;
- Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;





- Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Wytyczne w zakresie ewaluacji polityki spójności na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020; Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju.

Aneks

- Załącznik 1. Szczegółowy opis zastosowanej w badaniu metodyki wraz z narzędziami badawczymi zastosowanymi w badaniu
- Załącznik 2. Raport z przeprowadzonych badań ilościowych
- Załącznik 3. Lista respondentów, którzy wzięli udział w badaniach realizowanych z zastosowaniem poszczególnych metod / technik badawczych
- Załącznik 4. Baza danych z wywiadów CATI
- Załącznik 5. Zestawienie danych zebranych w badaniach realizowanych z zastosowaniem poszczególnych metod / technik badawczych
- Załącznik 6. Transkrypcje z wywiadów pogłębionych
- Załącznik 7. Prezentacja multimedialna wyników

