

RAPORT KOŃCOWY

Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

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

Województwo Mazowieckie <small>oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</small>	<h3 style="margin: 0;">Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</h3>
Nazwa programu polityki zdrowotnej: Program polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytych zachorowaniach na COVID-19	
Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: początkowo program zaplanowano na 2021 r.	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 2021-2023
Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:¹⁾	
<p>Koronawirusy należą do rodziny Coronaviridae i są szeroko rozpowszechnione u ludzi i innych ssaków. Można je podzielić na dwie grupy: o niskiej chorobotwórczości i o wysokiej patogenności. Pierwsza grupa powoduje infekcje górnych dróg oddechowych, prowadząc do łagodnych i umiarkowanych objawów podobnych do przeziębienia. Wysoce patogenne koronawirusy są przyczyną ciężkiego zapalenia płuc i stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia publicznego. Do transmisji wirusa zwierzęcego dochodziło już w poprzednich latach, a w 2002 r. nastąpiła adaptacja wirusa do komórek ludzkich i szczep stał się wirulentny. Wirus SARS-CoV był przyczyną zakażenia urzęsionych komórek górnych i dolnych dróg oddechowych. W grudniu 2019 r. w populacji ludzi pojawił się nowy koronawirus 2019-nCoV, który stał się przyczyną pandemii. Na dzień pisania programu, 16 listopada 2020 r. koronawirus zespołu ostrej niewydolności oddechowej (SARS-CoV-2) zainfekował ponad 53 miliony ludzi na całym świecie, a WHO odnotowała ponad 1,3 miliona zgonów. Bazując na wcześniejszych doniesieniach na temat długofalowych skutków pobytu na OIT, związanej z ARDS należy wnioskować, że chorzy opuszczający szpitale (ozdrowieńcy) będą zmagali się z wieloma dolegliwościami, istotnie upośledzającymi ich codzienne funkcjonowanie i ograniczającymi ich aktywność w życiu społecznym i zawodowym. U chorych hospitalizowanych na OIT z powodu ARDS, wentylowanych mechanicznie obserwuje się znaczne pogorszenie funkcji płuc i ogólnej sprawności. Co istotne zmiany utrzymują się od kilku miesięcy do kilku lat i istotnie wpływają na jakość życia chorych. Stanowisko ekspertów dwóch największych towarzystw naukowych z zakresu leczenia chorób układu oddechowego: American Thoracic Society (ATS) oraz European Respiratory Society (ERS) wskazywało na ogromną potrzebę zagwarantowania wsparcia i opieki dla ozdowieńców w formie indywidualnie skonstruowanych programów usprawniania, opierających się na wczesnej ocenie problemów i potrzeb zgłaszanych przez tę grupę pacjentów. Eksperti wskazywali, że fizjoterapeuci jako specjaliści profesjonalnie zajmujący się oceną wydolności krążeniowo-oddechowej i sprawności chorych, mogą dokonywać stosownej oceny potrzeb w zakresie kontynuowania leczenia poprzez uczestniczenie w indywidualnie skonstruowanych programach fizjoterapii. Eksperti podkreślali również, że biorąc pod uwagę skalę problemu i ograniczony dostęp do specjalistycznego sprzętu (m.in. do oceny wydolności fizycznej chorych) wskazane było wykorzystywanie prostych narzędzi oceny, możliwych do zastosowania przez każdego fizjoterapeutę.</p>	

Program od 2021 r. realizowany był przez 21 podmiotów:

- Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy, ul. Kolegialna 17, 09-402 Płock
- Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Plóciennik, ul. Mazowiecka 13B, 07-407 Czerwin
- Madamed spółka cywilna Magdalena Danis Barbara Łukasiewicz, ul. Kniaziewiczza 45/9, 05-500 Piaseczno
- Medcare sp. z o.o., ul. Pedagogów 18, 05-311 Dębe Wielkie
- Cornelus Clinic Agnieszka Mikołajczyk, ul. Żółwia 14 m.26, 01-927 Warszawa
- Centrum Rehabilitacji i Turystyki ORTOCARE Marcin Balcerk, ul. Jaśminowa 3A, 05-530 Góra Kalwaria
- Warszawskie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego, al. Bohaterów Września 9, 00-973 Warszawa
- NZOZ FIZJOMED Malczewska-Grzelka Małgorzata, ul. Jana Pawła II 23A, 09-410 Płock
- Centrum Medyczne Białoleka, ul. Cyprysowa 4, 05-850 Szeligi
- Monika Matlakiewicz Rehabilitacja +, Skrzyńsko ul. Warszawska 39, 26-400 Przysucha
- DOM-MED Dominika Sutnik, ul. kadm. Włodzimierza Steyera 2F/33, 07-410 Ostrołęka
- Rehabilitacja i Ortopedia Sp. z o.o., ul. Biały Kamień 2, 02-593 Warszawa
- Centrum Medyczne Damiana Holding Sp. z o.o., ul. Wałbrzyska 46, 02-739 Warszawa
- Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o., ul. Juliana Aleksandrowicza 5, 26-617 Radom
- Katarzyna Chruściel, ul. Wojska Polskiego 5, 08-440 Pilawa
- Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o., ul. Kościuszki 28, 09-402 Płock
- Sawimed Sp. z o.o., ul. Siekierkowska 8, 00-709 Warszawa
- Arnica Adam Olszewski i wspólnik Spółka Jawna, ul. Armii Krajowej 18a, 06-400 Ciechanów
- Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie – SPZOZ, ul. Konstytucji 3-go maja 17, 05-250 Radzymin
- NZOZ Rehmedicon Dominika Podgórzak, ul. Lisowska 23, 01-820 Warszawa
- Centrum Medyczne Bonifratrów Sp. z o.o., ul. Sapieżyńska 3, 00-215 Warszawa

Należy zaznaczyć, że dwa podmioty - Cornelus Clinic Agnieszka Mikołajczyk i Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie nie były realizatorami programu w latach 2022-2023. Ponadto w 2022 r. podmiot Sawimed Sp. z o.o. zrezygnował z realizacji programu, a w 2023 r. 5 podmiotów rozwiązało umowę przed zaplanowanym terminem zakończenia realizacji programu (Medcare sp. z o.o., Warszawskie Zakłady Sprzętu Ortopedycznego, Centrum Medyczne Białoleka, Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o., Bonifraterskie Centrum Medyczne Sp. z o.o.)

Celem głównym programu było **uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu u co najmniej 70% osób** uczestniczących w programie w okresie jego realizacji.

Celami szczegółowymi były:

1. Poprawa tolerancji wysiłku fizycznego u co najmniej 70% osób uczestniczących w programie.
2. Zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono duszność.
3. Zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono przewlekłe zmęczenie.
4. Zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono występowanie lęku, zaburzeń nastroju.

5. Poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% osób uczestniczących w programie.
6. Zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebiegiem COVID-19 u co najmniej 75% uczestników programu.

Termin „poprawa” rozumiany był jako różnica między wynikiem testu końcowego względem początkowego, świadcząca o lepszym stanie funkcjonalnym uczestnika programu, a zarazem nie mniejsza niż minimalna różnica istotna klinicznie (MCDI). Aby osiągnąć każdy z celów szczegółowych konieczna była poprawa stanu funkcjonalnego uczestnika nie mniejsza niż MCDI.

MCDI dla poszczególnych skal wynosiło:

1. mMRC redukcja punktowa o 0,5-1,
2. Skala Borga: 1,
3. mFIS – redukcja punktowa o 3,86-8,11,
4. HADS - redukcja punktowa o 2 w każdej z kategorii,
5. SPPB – wzrost liczby punktów > 1,
6. 6MWT – wydłużenie dystansu o 14-35,5 m,
7. ISWT: 47,5 m,
8. 6MST: 20 kroków,
9. 30 CST: ≥ powtórzenia

W programie brały udział osoby, które przebyły COVID-19 – warunek potwierdzony testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzony zaświadczeniem od lekarza w którym było określenie przebiecia COVID-19 lub był kod ICD 10 - U07.1 lub U09 lub potwierdzony wypisem ze szpitala ze wskazaniem przebiecia COVID-19 lub potwierdzony inną dokumentacją medyczną wskazującą na przebiecie COVID-19. Ponadto u osoby aplikującej do programu występował przedłużający się objawowy COVID-19 - dolegliwości i objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespół post-COVID-19 – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania. Dodatkowo u osoby aplikującej do programu występowały duszności, które negatywnie wpływały na jego aktywność – w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik większy bądź równy 1 (0-4) lub wynik w skali PCFS większy bądź równy 2 (0-4).

Program zakładał przeprowadzenie interwencji:

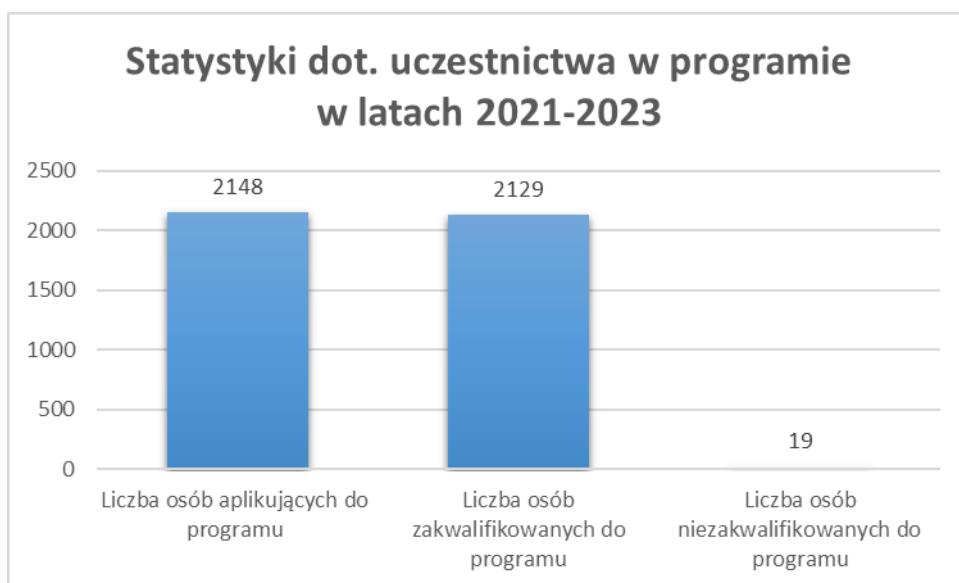
1. edukacyjnej;
2. terapeutycznej:
 - 1) dla chorych hospitalizowanych:
 - a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony;
 - b) fizjoterapia domowa:
 - program rozszerzony
 - 2) dla chorych przebywających w domu:
 - a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub

- program rozszerzony
- b) fizjoterapia domowa:
 - program rozszerzony

Interwencja edukacyjna miała na celu zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Do programu w całym okresie jego trwania **zakwalifikowano 2 129 osób**. Przeprowadzono **2 131 wizyt fizjoterapeutycznych wstępnych** (dwie osoby odbyły wizytę wstępną ale nie zakwalifikowały się do udziału w programie, 19 osób nie zostało zakwalifikowanych do programu bez wizyty wstępnej – osoby te nie spełniały kryteriów udziału w programie).

Wykres 1 Statystyki dotyczące uczestnictwa w programie w latach 2021-2023

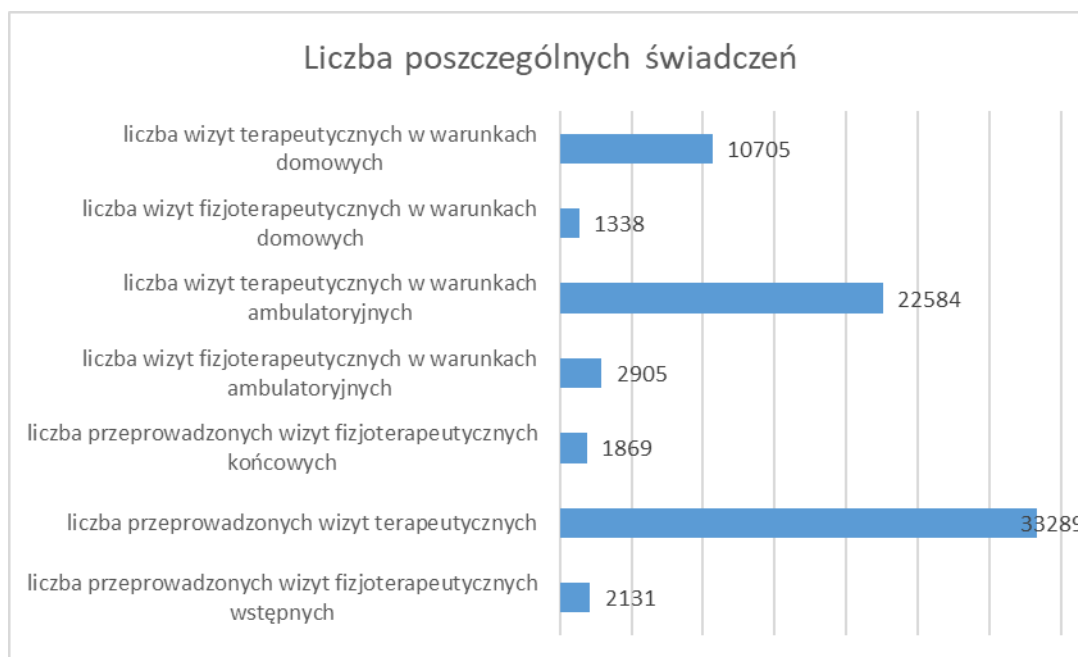


Źródło: opracowanie własne

W całym okresie realizacji programu:

- łączna liczba przeprowadzonych wizyt fizjoterapeutycznych wstępnych wyniosła 2 131
- łączna liczba przeprowadzonych wizyt terapeutycznych wyniosła 33 289
- łączna liczba przeprowadzonych wizyt fizjoterapeutycznych końcowych wyniosła 1 869
- liczba wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych wyniosła 2 905
- liczba wizyt terapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych wyniosła 22 584
- liczba wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach domowych wyniosła 1 338
- liczba wizyt terapeutycznych w warunkach domowych wyniosła 10 705

Wykres 2 Liczba poszczególnych świadczeń



Źródło: opracowanie własne

Osiągnięcie założonych celów - poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu stanowi różnicę w wynikach testów pomiędzy wizytą wstępną a końcową w zakresie: tolerancji wysiłku fizycznego, natężenia występowania duszności, natężenia występowania przewlekłego zmęczenia, natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju i poprawy sprawności fizycznej. Cel główny stanowił iloraz liczby osób, u których wystąpiła poprawa w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na ich obszar aktywności i liczby osób, które skorzystały ze świadczeń programu. Należy zaznaczyć, że nie wszyscy uczestnicy programu zgłosili się na wizyty końcowe, na których dokonywano badań, w celu zweryfikowania poprawy poszczególnych parametrów.

Liczba osób objętych badaniami początkowymi i końcowymi wyniosła 1869.

Poprawę w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar ich aktywności odnotowano u 1331 osób, **co stanowi 71,21%** osób które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. W związku z powyższym należy uznać, że **cel główny programu** - uzyskanie poprawy w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar aktywności uczestników programu u co najmniej 70% osób **został osiągnięty**.

Liczba osób, u których wystąpiła poprawa tolerancji wysiłku fizycznego wyniosła 1535, **co stanowi 82,13%** wszystkich osób, które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. Oznacza to, że **cel szczegółowy nr 1** - Poprawa tolerancji wysiłku fizycznego u co najmniej 70% osób **został osiągnięty**.

Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu wyniosła 1501, **co stanowi 80,31%** wszystkich osób, które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. W związku z powyższym należy uznać, że **cel szczegółowy nr 2** - zmniejszenie natężenia występowania duszności w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono duszności **został osiągnięty**.

Liczba osób, u których wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w post-teście względem pre-testu wyniosła 1494, **co stanowi 79,94%** wszystkich osób, które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. Oznacza to, że **cel szczegółowy nr 3** - zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia w

post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono przewlekłe zmęczenie, **został osiągnięty**.

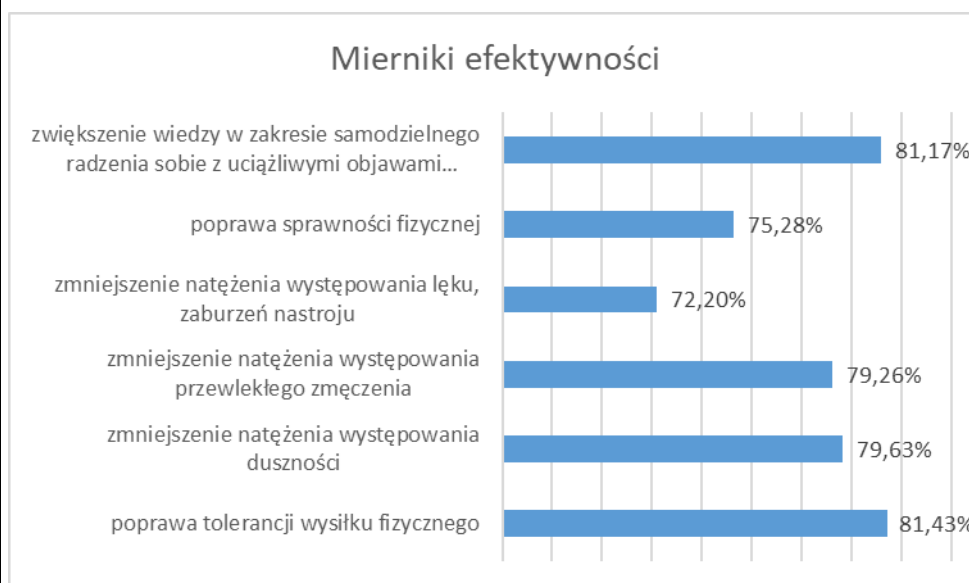
U 1361 osób odnotowano zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu. Stanowi to **72,82%** wszystkich osób, które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. Oznacza to, że **cel szczegółowy nr 4** - zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% uczestników, u których stwierdzono występowanie lęku, zaburzeń nastroju **został osiągnięty**.

Poprawę sprawności fizycznej odnotowano u 1419 osób, jest to **75,92%** wszystkich osób, które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. W związku z powyższym **cel szczegółowy nr 5** - poprawa sprawności fizycznej w post-teście względem pre-testu u co najmniej 50% osób uczestniczących w programie, **został osiągnięty**.

Liczba osób, u których wystąpiło zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 wyniosła 1530, natomiast u 338 osób wynik był identyczny w pre- teście jak i w post- teście. Zakładając sam wzrost wiedzy (nie biorąc pod uwagę osób u, których poziom wiedzy nie uległ zmianie) wzrósł on u **81,86%** osób. Należy przyjąć więc, że **cel szczegółowy nr 6** - zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19 u co najmniej 75% uczestników programu, **został osiągnięty**.

Podsumowując powyższe, zarówno cel główny jak i cele szczegółowe zostały osiągnięte.

Wykres 3 Stopień osiągnięcia mierników efektywności



Źródło: opracowanie własne

Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:²⁾

Program zakładał przeprowadzenie interwencji:

1. edukacyjnej;
2. terapeutycznej:
 - 1) dla chorych hospitalizowanych:
 - a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony;
 - b) fizjoterapia domowa:

- program rozszerzony
- 2) dla chorych przebywających w domu:
 - a) fizjoterapia ambulatoryjna:
 - program podstawowy
 - lub
 - program rozszerzony
 - b) fizjoterapia domowa:
 - program rozszerzony

Interwencja edukacyjna

Edukacja zdrowotna realizowana była zarówno dla chorych hospitalizowanych jak i chorych przebywających w domu. Zajęcia odbywały się w formie indywidualnej. Dopuszczono możliwość prowadzenia interwencji edukacyjnej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności. Celem edukacji pacjenta było zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi powikłaniami związanymi z przebyciem COVID-19, tak aby ograniczyć ich wpływ na codzienne funkcjonowanie.

Edukacja obejmowała poniższe zagadnienia:

1. Czym jest duszność i jak sobie z nią radzić samodzielnie? (pozycje ułatwiające oddychanie, wybrane techniki z zakresu fizjoterapii oddechowej),
2. Czym jest zespół przewlekłego zmęczenia po infekcji wirusowej i jak sobie radzić z tym objawem? (zasady postępowania nefarmakologicznego),
3. Jak planować aktywność fizyczną? (program ćwiczeń fizycznych, czas trwania, natężenie wysiłku, częstotliwość).

U chorych, u których występowały inne dolegliwości, np. związane z pobytem na OIT program edukacji realizatorzy poszerzali o dodatkowe zagadnienia związane z problemami zgłaszanymi przez chorych.

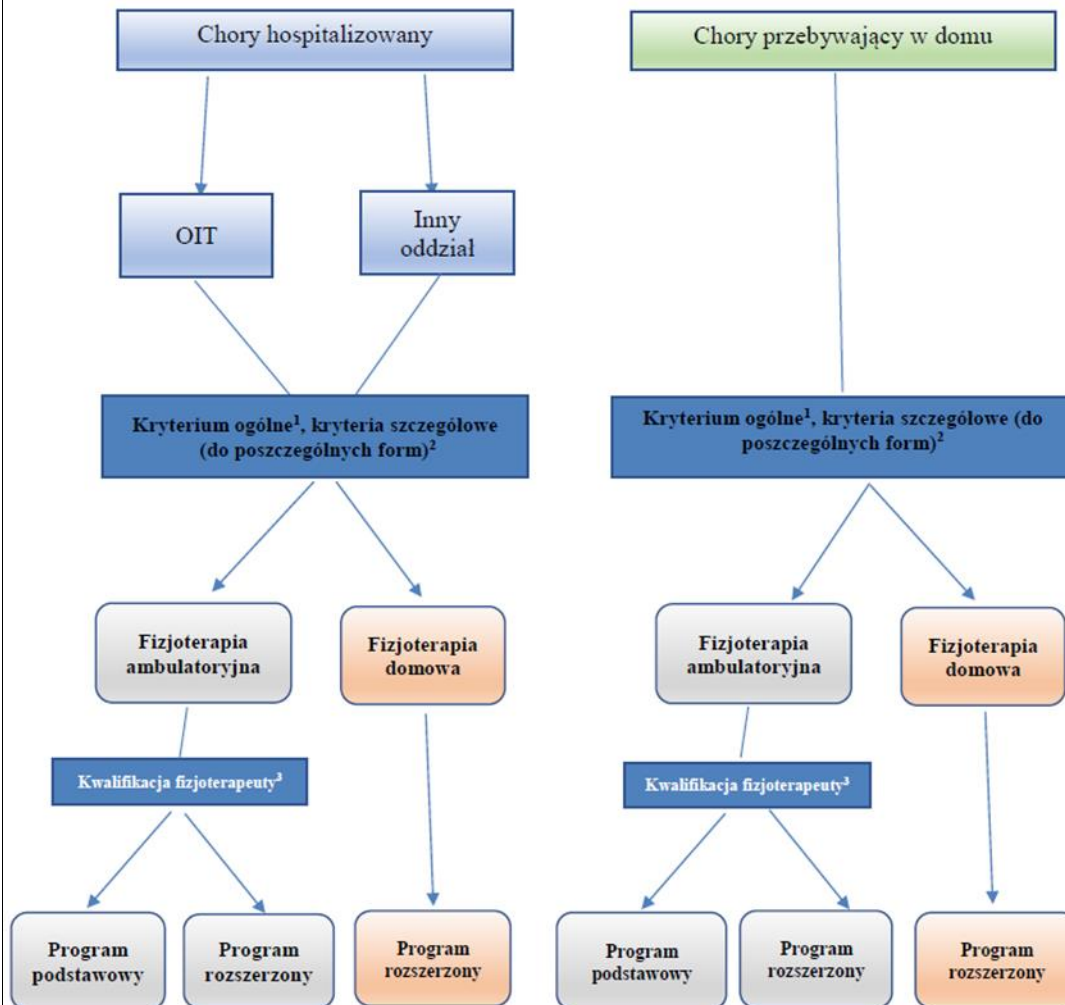
Edukacja zdrowotna składała się z:

- a) badania wiedzy, w formie pre-testu,
- b) edukacji zdrowotnej;
- c) ponownego badania wiedzy, w formie post-testu,

O wzroście poziomu wiedzy świadczył wynik lepszy o co najmniej jedną odpowiedź poprawną więcej w post-teście w porównaniu do pre-testu.

Interwencja terapeutyczna

Rysunek 1 Schemat postępowania z uczestnikami programu



Źródło: opracowanie własne na potrzeby programu

¹Kryterium ogólne (zarówno chorzy hospitalizowani i niehospitalizowani): w skali duszności mMRC (Modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4) lub wynik w skali PCFS ≥ 2 (0-4).

²Kryterium szczegółowe dla poszczególnych form: kwalifikacja do fizjoterapii domowej – 3-9 w klinicznej skali oceny funkcjonalnej (0-10).

³Kryteria włączenia do programu podstawowego lub rozszerzonego:

- Program podstawowy:

Kryterium włączenia: nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego (ocena wstępna), w skali mMRC = 1 lub wynik w skali PCFS = 2,

- Program rozszerzony:

Kryterium włączenia: pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego (ocena wstępna), w skali mMRC ≥ 2 lub wynik w skali PCFS ≥ 3 .

W przypadku, gdy uczestnik zgodnie ze skalą mMRC powinien wziąć udział w programie podstawowym, a zgodnie ze skalą PCFS w programie rozszerzonym – kwalifikowany był do programu rozszerzonego, bowiem skala PCFS (dedykowana wyłącznie dla osób po przebyciu COVID-19) jest bardziej czuła – lepiej wychwytuje zaburzenia stanowiące wskazanie do leczenia usprawniającego po COVID-19.

Do programu mogły zostać zakwalifikowane wyłącznie osoby, u których, występował przedłużający się objawowy COVID-19 - dolegliwości i objawy trwające od 4 do 12 tygodni lub zespół post-COVID-19 – dolegliwości i objawy, które rozwijają się w trakcie lub po COVID-19 i trwają dłużej niż 12 tygodni oraz nie wynikają z innego rozpoznania. Przebiecie zakażenia wirusem SARS-CoV-2 potwierdzone musiało być testem genetycznym metodą RT-PCR lub potwierdzone zaświadczeniem od lekarza w którym było określenie przebiecia COVID-19 lub był kod ICD 10 - U07.1 lub U09 lub potwierdzone wypisem ze szpitala ze wskazaniem przebiecia COVID-19 lub potwierdzone inną dokumentacją medyczną wskazującą na przebiecie COVID-19.

Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 - warunki ambulatoryjne

Dodatkowe warunki:

- Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznaczany był po co najmniej 4 tygodniach występowania dolegliwości i objawów, które występują po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Klincznym kryterium kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem było występowanie duszności, która negatywnie wpływała na aktywność pacjentów- w skali mMRC (modified Medical Research Council) wynik ≥ 1 (0-4) lub wynik w skali PCFS ≥ 2 (0-4).

Zakres świadczeń:

- Realizacja **programu podstawowego** dla pacjentów, u których występowało nieznaczne pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik = 1 lub wynik w skali PCFS = 2, obejmowała:
 - 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,
 - 2) wizytę terapeutyczną,
 - 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzoną po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.
- Realizacja **programu rozszerzonego** dla pacjentów, u których występowało pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego w skali duszności mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0-4) lub wynik w skali PCFS ≥ 3 , obejmowała:
 - 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,
 - 2) wizytę terapeutyczną – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosiła jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni (minimalna liczba wizyt w programie rozszerzonym - 12),
 - 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.

W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszczano realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.

Dopuszczano w wyjątkowych sytuacjach (np. z powodu choroby uczestnika) do wydłużenia okresu realizacji świadczeń z 6 tygodni do 12 tygodni z jednoczesnym zmniejszeniem częstości wizyt w tygodniu do minimum jednej z zastrzeżeniem, że uczestnik zadeklarował samodzielne wykonywanie zaleconego treningu w warunkach domowych.

Organizacja udzielania świadczeń:

1. Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmowała:

1) Badanie podmiotowe:

a) wywiad w zakresie występowania:

- chorób współistniejących,
- przeciwwskazań do fizjoterapii;

b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym:

- duszności – zmodyfikowana skala Borga [0-10], mMRC (0-4), PCFS (0-4),
- zmęczenia – MFIS,
- lęku, zaburzeń nastroju – HADS;

2) Badanie przedmiotowe:

a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów,

b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny),

c) badanie ciśnienia tętniczego krwi,

d) pulsoksymetria,

e) analizę badań dodatkowych (jeśli były dostępne): spirometria, RTG klatki piersiowej, wyniki badania krwi,

f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych.

3) Ocenę sprawności fizycznej (SPPB),

4) Analizę zebranych informacji,

5) Określenie programu fizjoterapii.

2. Wizyta terapeutyczna obejmowała co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta.

Ambulatorium – wizyta terapeutyczna

Procedury podstawowe:

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.13 Usprawnianie czynne z oporem

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

93.3601 Trening interwałowy na bieżni lub cykloergometrze rowerowym

93.3602 Trening ciągły na bieżni lub cykloergometrze rowerowym

93.3603 Trening stacyjny

93.3604 Trening marszowy

Edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19 oraz bezpieczną aktywnością fizyczną

Procedury dodatkowe (fakultatywnie)

93.18 Usprawnianie układu oddechowego

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem

93.1814 Nauka kaszlu i odkrztuszania

93.1901 Ćwiczenia równoważne

93.1904 Ćwiczenia samoobsługi

93.3605 Trening marszowy z przyborami

93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego

3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmowała:

- 1) ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, PCFS, mMRC; zmęczenie – MFIS; lęk, depresja – HADS),
- 2) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego (6MWT lub ISWT lub 6MST lub 30CST) – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych,
- 3) ocenę sprawności fizycznej (SPPB),
- 4) analizę zebranych informacji,
- 5) zalecenia.

Program fizjoterapii dla ozdowieńców w systemie leczenia chorych z COVID-19 - warunki domowe

Dodatkowe warunki:

- Termin wizyty fizjoterapeutycznej pierwszorazowej wyznaczano po co najmniej 4 tygodniach występowania dolegliwości i objawów, które występują po przebyciu zakażenia wirusem SARS-CoV-2.
- Kluczowymi kryteriami kwalifikacji pacjentów do objęcia świadczeniem były:
 - 1) 3-9 w skali oceny funkcjonalnej (0-10)
 - 2) duszność (w skali mMRC (modified Medical Research Council) uzyskany wynik ≥ 2 (0-4), lub wynik w skali PCFS ≥ 3 lub
 - 3) zespół słabości nabyty podczas pobytu na OIT (ang. ICU- Acquired Weakness)

Zakres świadczeń:

Realizacja programu obejmowała:

- 1) wizytę fizjoterapeutyczną wstępną,
- 2) wizyty terapeutyczne – częstotliwość ustalana indywidualnie, wynosiła jednak nie więcej niż 3 razy w tygodniu przez 6 tygodni (minimalna liczba wizyt w programie rozszerzonym - 12),
- 3) wizytę fizjoterapeutyczną końcową – przeprowadzona po 6 tygodniach od wizyty wstępnej.

W przypadkach medycznie uzasadnionych dopuszczało się realizację jednej dodatkowej wizyty fizjoterapeutycznej w trakcie trwania programu.

Dopuszczano w wyjątkowych sytuacjach (np. z powodu choroby uczestnika) do wydłużenia okresu realizacji świadczeń z 6 tygodni do 12 tygodni z jednoczesnym zmniejszeniem częstości wizyt w tygodniu do minimum jednej z zastrzeżeniem, że uczestnik zadeklaruje samodzielne wykonywanie zaleconego treningu w warunkach domowych.

Organizacja udzielania świadczeń:

1. Wizyta fizjoterapeutyczna wstępna obejmowała:

- 1) Badanie podmiotowe:
 - a) wywiad w zakresie występowania:
 - chorób współistniejących,

- przeciwwskazań do fizjoterapii;
- b) ocenę natężenia objawów zgłaszanych przez pacjenta, w tym:
 - duszności – zmodyfikowana Skala Borga [0-10], mMRC, PCFS,
 - zmęczenia – MFIS,
 - lęku, zaburzeń nastroju – HADS;
- 2) Badanie przedmiotowe:
 - a) ocenę wzorca oddechowego, częstości oddechów,
 - b) ocenę siły mięśniowej (manualnie lub z wykorzystaniem metod obiektywnych np. dynamometr ręczny),
 - c) badanie ciśnienia tętniczego krwi,
 - d) pulsoksymetria,
 - e) analizę badań dodatkowych (jeśli są dostępne): spirometria, RTG klatki piersiowej, wyniki badania krwi,
 - f) ocenę tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych.
- 3) Inne testy w zależności od stanu chorego (np. skala Barthel),
- 4) Analiza zebranych informacji,
- 5) Określenie programu fizjoterapii.

2. Wizyta terapeutyczna obejmowała co najmniej 4 procedury z listy podstawowych procedur w tym jedną procedurę związaną z edukacją pacjenta.

Opieka domowa – wizyta terapeutyczna

Procedury podstawowe:

93.1901 Ćwiczenia równoważne

93.1202 Ćwiczenia czynne wolne

93.13 Usprawnianie czynne z oporem

93.1904 Ćwiczenia samoobsługi

93.1909 Ćwiczenia ogólnousprawniające indywidualne

93.3807 Metody neurofizjologiczne – Metoda NDT Bobath

93.3808 Metody neurofizjologiczne – PNF

Edukacja pacjenta w zakresie radzenia sobie z dokuczliwymi objawami związanymi z COVID-19 oraz bezpieczną aktywnością fizyczną.

Procedury dodatkowe (fakultatywnie):

93.18 Usprawnianie układu oddechowego

93.1812 Czynne ćwiczenia oddechowe

93.1813 Ćwiczenia oddechowe czynne z oporem

93.1814 nauka kaszlu i odkrztuszania

93.22 Reeducacja chodu

93.3606 Inne ćwiczenia przywracające wydolność układu sercowo-naczyniowego

3. Wizyta fizjoterapeutyczna końcowa obejmowała:
- 1) ocenę natężenia objawów (duszność – zmodyfikowana skala Borga, PCFS, mMRC; zmęczenie – MFIS; lęk, depresja – HADS),
 - 2) ocena tolerancji wysiłku fizycznego – dobór testu w zależności od ogólnego stanu chorego i możliwości technicznych,

- 3) analiza zebranych informacji,
- 4) zalecenia.

Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:³⁾

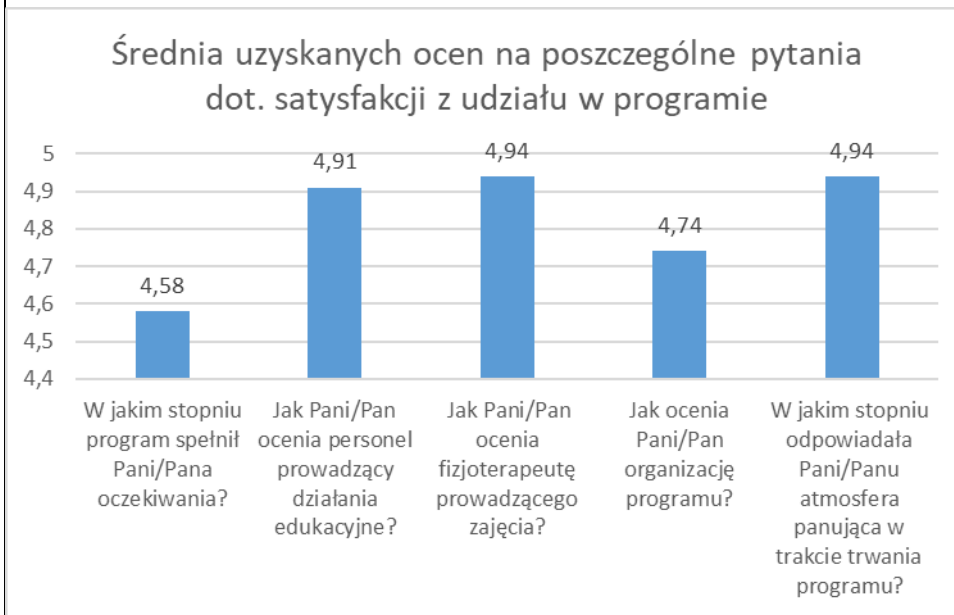
- 1) Liczba osób aplikujących do programu 2148
- 2) Liczba osób zakwalifikowanych do programu 2129
- 3) Liczba osób niezakwalifikowanych do programu 19
- 4) Liczba osób, które zrezygnowały z dalszego uczestnictwa w programie. 101
- 5) Liczba osób, u których przeprowadzono interwencję edukacyjną 2110
- 6) Liczba osób hospitalizowanych objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem podstawowym 3
- 7) Liczba osób hospitalizowanych objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem rozszerzonym 132
- 8) Liczba osób hospitalizowanych objętych fizjoterapią domową (program rozszerzony) 43
- 9) Liczba osób przebywających w domu objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem podstawowym 71
- 10) Liczba osób przebywających w domu objętych fizjoterapią ambulatoryjną – programem rozszerzonym 1255
- 11) Liczba osób przebywających w domu objętych fizjoterapią domową – (program rozszerzony) 623
- 12) Łączna liczba przeprowadzonych wizyt fizjoterapeutycznych wstępnych 2131
- 13) Łączna liczba przeprowadzonych wizyt terapeutycznych 33289
- 14) Łączna liczba przeprowadzonych wizyt fizjoterapeutycznych końcowych 1869
- 15) Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych 2905
- 16) Liczba wizyt terapeutycznych w warunkach ambulatoryjnych 22584
- 17) Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach domowych 1338
- 18) Liczba wizyt terapeutycznych w warunkach domowych 10705

Należy zaznaczyć, że w punktach 6) – 11) wykazano dwie osoby mniej, ponieważ uczestniczyły w kwalifikacji do programu, zakwalifikowały się, jednak nie zjawily się na wizycie wstępnej. Zdecydowanie mniejsza liczba wykonanych wizyt końcowych względem wizyt początkowych wynika z faktu, że część uczestników po udzieleniu wszystkich interwencji zaplanowanych w programie nie zjawiała się na wizyty końcowe. W pkt 15 i 17, wykazano również wizyty dodatkowe, do których uprawnieni byli uczestnicy w określonych sytuacjach. Odbyło się 232 dodatkowych wizyt fizjoterapeutycznych ambulatoryjnych i 13 dodatkowych wizyt fizjoterapeutycznych w warunkach domowych.

Jakość świadczeń udzielanych w ramach programu oceniana była na podstawie wyników ankiet satysfakcji uczestników programu. Uczestnicy byli proszeni o wypełnienie i przekazanie realizatorowi wypełnionej ankiety satysfakcji. Należy zaznaczyć, że niektórzy z uczestników nie wypełnili ankiet satysfakcji lub udzielali odpowiedzi tylko na wybrane pytania. Ponadto jak zanotował jeden z realizatorów nie wszyscy pacjenci byli w stanie udzielić odpowiedzi na pytania z powodu zaburzeń umysłowych.

W pytaniach od 1 do 5 w ankiecie satysfakcji należało zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie: 1 – oznaczało ocenę najniższą, 5 – oznaczało ocenę najwyższą. **Na pytanie 1.** W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania **średnia ocen wyniosła 4,58.** **Pytanie 2.** Jak Pani/Pan ocenia personel prowadzący działania edukacyjne? **uzyskało średnią ocen 4,91.** Również wysoko został oceniony fizjoterapeuta prowadzący zajęcia (**pytanie nr 3**) średnia ocen **wyniosła 4,94.** Organizacja programu (**pytanie nr 4**) oceniona została na **4,74**, a atmosfera panująca w trakcie trwania programu (**pytanie nr 5**) na **4,94.**

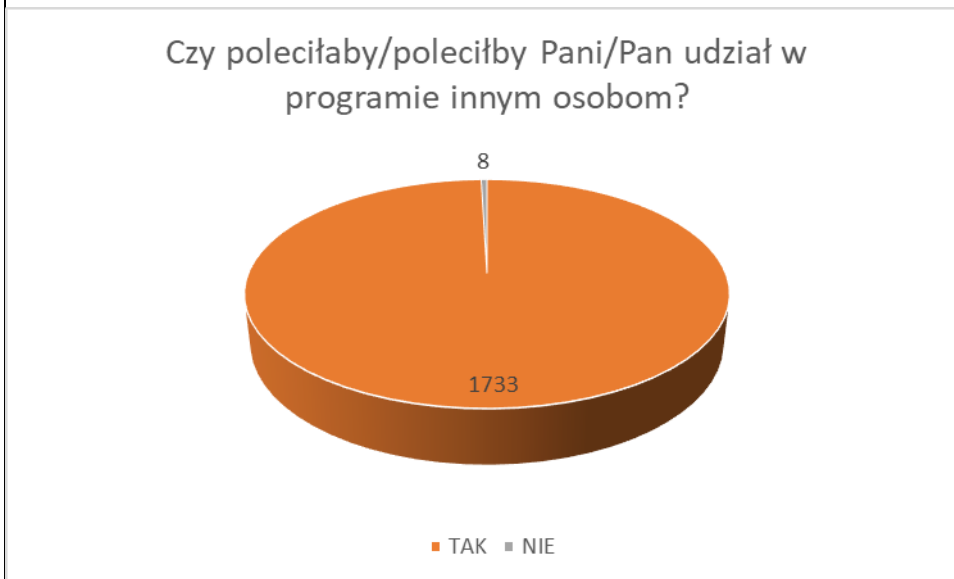
Wykres 4 Średnia uzyskanych ocena na poszczególne pytania dot. satysfakcji z udziału w programie



Źródło: Opracowanie własne

1741 osób odpowiedziało na pytanie dot. polecenia udziału w programie innym osobom. **1733 osób poleciłoby udział w programie innym osobom**, natomiast 8 osób nie poleciłoby udziału w nim.

Wykres 5 Czy poleciłaby/poleciłby Pani/Pan udział w programie innym osobom?



Źródło: Opracowanie własne

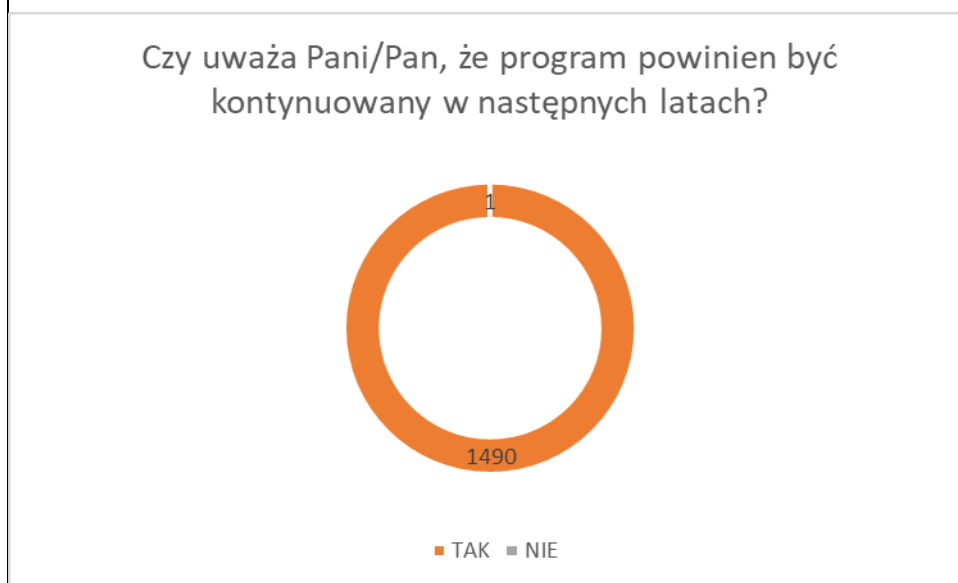
Ankietowani na pytanie otwarte – co najbardziej podobało im się w trakcie trwania uczestniczenia w programie wskazywali przede wszystkim: zaangażowanie personelu medycznego, miłą, życzliwą atmosferę, profesjonalizm, bezpłatne zajęcia, różnorodność zabiegów, możliwość dostosowania godzin terapeutycznych do pracy zawodowej. Ponadto pojawiały się słowa pochwały na podejście do uczestników, uprzejmość, dialog, skuteczność ćwiczeń, profesjonalizm i indywidualne podejście do uczestnika.

Na pytanie – co najmniej podobało się w trakcie uczestniczenia w programie, ankietowani wskazywali: zbyt małą liczbę zajęć, czasochłonność programu, ćwiczenia na stopie, zbyt krótki czas trwania programu, oczekiwanie czegoś więcej niż same ćwiczenia, za małą liczbę spotkań, biurokrację z załatwianiem zaświadczeń o przebytej chorobie.

Zdecydowana większość osób o możliwości uczestniczenia w programie dowiedziała się z podmiotu leczniczego, na drugim miejscu znaleźli się znajomi/rodzina, kolejno od innej osoby uczestniczącej w programie, następnie z Internetu. 59 osób wskazało, że o możliwości uczestnictwa w programie dowiedziały się z innych źródeł, w tym wymieniano lekarza POZ, Kościół, radio i gazetę.

1490 osób uważa, że program powinien być kontynuowany w następnych latach. 1 osoba jest przeciwnego zdania. Pozostałe osoby nie odpowiedziały na to pytanie.

Wykres 6 Czy uważa Pani/Pan, że program powinien być kontynuowany w następnych latach?



Źródło: Opracowanie własne

Przy pytaniu dot. wprowadzenia zmian w organizacji programu pojawiały się następujące odpowiedzi: wprowadzenie zabiegów z fizykoterapii, mniej wizyt terapeutycznych, większa promocja programu, dłuższy czas trwania programu, uwzględnienie problemów neurologicznych, więcej zabiegów, większa dostępność do udziału w programie, więcej rodzajów terapii, więcej spotkań.

Wnioski i rekomendacje.

Wniosek nr 1.

Efektywność interwencji w ramach programu należy ocenić pozytywnie. Wszystkie założone w programie cele zostały osiągnięte. U 71,21% osób uczestniczących w programie odnotowano poprawę w każdym z obszarów, dla których w wykonanych testach wykryto zaburzenia funkcjonalne negatywnie wpływające na obszar ich aktywności. Program przyczynił się do poprawy tolerancji wysiłku fizycznego u 82,13% uczestników. U 80,31% osób wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania duszności, a u 79,94% uczestników wystąpiło zmniejszenie natężenia występowania przewlekłego zmęczenia. U 1361 osób odnotowano zmniejszenie natężenia występowania lęku, zaburzeń nastroju w post-teście względem pre-testu. Stanowi to 72,82% wszystkich osób, które brały udział w badaniu początkowym i końcowym. Poprawę sprawności fizycznej odnotowano u 75,92% osób, a zwiększenie wiedzy w zakresie samodzielnego radzenia sobie z uciążliwymi objawami związanymi z przebyciem COVID-19 wystąpiło u 81,86% uczestników programu.

Wniosek nr 2.

Jakość świadczeń przewidzianych w programie należy ocenić pozytywnie. Średnia ocen na pytanie dot. spełnienia oczekiwań wyniosła 4,58, w pięciostopniowej skali, gdzie 1 oznaczało ocenę najniższą, a 5 ocenę najwyższą. Równie wysoko oceniony został personel prowadzący działania edukacyjne (średnia ocen 4,91) oraz fizjoterapeuta prowadzący zajęcia (średnia ocen 4,94). Organizacja programu została oceniona na 4,74. Uczestnicy wskazywali, że podczas programu podobały im się: zaangażowanie personelu medycznego, miła, życzliwa atmosfera, profesjonalizm, bezpłatne zajęcia, różnorodność zabiegów, możliwość dostosowania godzin terapeutycznych do pracy zawodowej. Ponadto pojawiały się słowa pochwały na podejście do uczestników, uprzejmość, dialog, skuteczność ćwiczeń, profesjonalizm i indywidualne podejście do uczestnika. Na pytanie – co najmniej podobało się w trakcie uczestniczenia w programie, ankietowani wskazywali: zbyt małą liczbę zajęć, czasochłonność programu, ćwiczenia na stepie, zbyt krótki czas trwania programu, oczekiwanie czegoś więcej niż same ćwiczenia, za małą liczbę spotkań, biurokrację z załatwianiem zaświadczeń o przebytej chorobie.

Wniosek nr 3.

99,3% ankietowanych uważa, że tego typu wsparcie powinno być kontynuowane w przyszłości.

Wniosek nr 4

Ze względu na coraz mniejszą wykrywalność wirusa COVID-19, realizatorzy w 2023 r. odnotowywali coraz mniejsze zainteresowanie udziałem w programie. Ponadto osoby zainteresowane udziałem w programie zgłaszali realizatorom, że lekarze POZ nie wykonują już testów na obecność wirusa COVID-19, nawet przy zgłaszaniu typowych dla wirusa objawów. W związku z powyższym potencjalni uczestnicy programu nie byli w stanie spełnić kryterium formalnego, tj. przedstawienia zaświadczenia o przebyciu COVID-19.

Rekomendacja nr 1.

Ze względu na coraz mniejszą wykrywalność wirusa COVID-19 oraz zmniejszenie intensywności wykonywania przez lekarzy testów w kierunku wykrycia COVID-19 nie rekomenduje się kontynuacji programu polityki zdrowotnej w zakresie fizjoterapii u pacjentów z powikłaniami po przebytym zachorowaniu na COVID-19.

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

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

³⁾ W zakresie monitorowania, w przypadku programów polityki zdrowotnej, których realizację rozpoczęto w dniu 30 listopada 2017 r. lub o tym dniu, należy wskazać liczbę osób zakwalifikowanych do udziału w programie polityki zdrowotnej, a także liczbę osób, które nie zostały objęte działaniami programu polityki zdrowotnej z przyczyn zdrowotnych lub z innych powodów (ze wskazaniem tych powodów), liczbę osób, które z własnej woli zrezygnowały w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej. W przypadku programów, których realizację rozpoczęto przed dniem 30 listopada 2017 r., dane wskazane w zdaniu poprzedzającym należy podać, o ile są dostępne. Należy opisać wyniki przeprowadzonej oceny jakości, w tym przedstawić zbiorcze wyniki, np. wyrażony w procentach stosunek opinii pozytywnych do wszystkich wypełnionych przez uczestników programu polityki zdrowotnej ankiet satysfakcji z udziału w programie polityki zdrowotnej. W przypadku programów polityki zdrowotnej, dla których okres realizacji został określony na czas dłuższy niż jeden rok, powinno się przedstawić wyniki monitorowania z podziałem na poszczególne lata realizacji.

W zakresie ewaluacji należy ustosunkować się do efektów zdrowotnych uzyskanych i utrzymujących się po zakończeniu programu polityki zdrowotnej, m. in. na podstawie wcześniej określonych mierników efektywności odpowiadających celom programu polityki zdrowotnej.

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

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej:⁴⁾

Całkowity koszt realizacji programu w latach 2021-2023: 3 479 608,43 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2021 r.: 1 204 979,74 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2022 r.: 1 485 036,32 zł;

Koszt realizacji programu polityki zdrowotnej w 2023 r.: 789 592,37 zł.

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. 2021 r.: środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	1 204 979,74 zł	–
2. 2022 r.: środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	1 485 036,32 zł	–
3. 2023 r.: środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	789 592,37 zł	–

Cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej

Źródło finansowania ⁵⁾	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. środki własne Samorządu Województwa Mazowieckiego	3 479 608,43 zł	–

Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:⁶⁾

Z uwagi na fakt, że program realizowany był przez 21 podmiotów, które złożyły oferty na różne kwoty, koszty poszczególnych świadczeń zostały uśrednione i wyniosły:

- wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych: 64,03 zł;
- wizyta terapeutyczna w warunkach ambulatoryjnych: 91,13 zł;
- wizyta fizjoterapeutyczna w warunkach domowych: 86,88 zł;
- wizyta terapeutyczna w warunkach domowych: 124,86 zł;

Koszt interwencji edukacyjnej wliczony był w koszt wizyty terapeutycznej.

Koszty związane z monitoringiem i ewaluacją programu zaliczamy do kosztów pośrednich.

Biorąc pod uwagę liczbę osób, które zakwalifikowano do udziału w programie (2129 osób) oraz całkowity poniesiony koszt realizacji programu (3 479 608,43 zł), koszt jednostkowy uczestnictwa w programie wyniósł: 1 634,38 zł. (3 479 608,43 zł / 2129 = 1 634,38 zł).

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej: ^{5),7)}	Opis podjętych działań modyfikujących: ⁸⁾
Problem 1: Zmniejszenie intensywności wykonywania przez lekarzy testów w kierunku wykrycia COVID-19, przez co występuje coraz mniejsza wykrywalność wirusa.	Działanie modyfikujące: Brak możliwości podejmowania działań modyfikujących ze względu na brak wpływu na działania lekarzy.
Problem 2: Rezygnacja części uczestników z udziału w programie w trakcie jego trwania – nie zgłaszanie się na umówione wizyty końcowe przez co nie można było zbadać efektów terapii i porównać wyników początkowych z końcowymi.	Działanie modyfikujące: Realizatorzy podejmowali próby skontaktowania się z uczestnikami programu w celu nakłonienia ich do przyścia na wizyty końcowe.

<p>Warszawa Miejscowość</p>	<p>26.03.2024 r. Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p> <p>.....</p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej⁹⁾</p>
---------------------------------	--	---

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

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

⁶⁾ Należy przedstawić poniesione koszty jednostkowe w przeliczeniu na pojedynczego uczestnika programu polityki zdrowotnej, tam gdzie każdemu oferowany był dokładnie ten sam zakres interwencji. W programach złożonych, zakładających wieloetapowość interwencji, należy przedstawić koszty w rozbiciu na poszczególne świadczenia zdrowotne, które oferowane były w ramach programu polityki zdrowotnej.

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

⁸⁾ Wypełnić odpowiednio albo wpisać „*nie podejmowano*”.

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