

**RAPORT KOŃCOWY**  
**Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ**

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

Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego ..... oznaczenie podmiotu składającego raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej	<b>RAPORT KOŃCOWY</b> <b>Z REALIZACJI PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ</b>
Nazwa programu polityki zdrowotnej:	<b>Program zapobiegania upadkom dla seniorów w województwie kujawsko-pomorskim</b>  (nr opinii AOTMiT: 285/2017)

Przewidziany w programie polityki zdrowotnej okres jego realizacji: marzec-grudzień 2018 r. z możliwością kontynuacji	Faktyczny okres realizacji programu polityki zdrowotnej: kwiecień-grudzień 2019 r.
--	---

**Opis sposobu osiągnięcia celów programu polityki zdrowotnej:**

Program skierowany jest do osób po 60 r. ż. Celem programu jest poprawa sprawności fizycznej oraz wykształcenie nawyków systematycznych ćwiczeń fizycznych wśród uczestników programu, zwiększenie wiedzy uczestników programu dotyczącej wpływu aktywności fizycznej na zdrowie, zwiększenie liczby trenerów przygotowanych do pracy z osobami powyżej 60 r.ż.

**Wskaźniki osiągnięcia celów:**

Lp.	Wskaźnik	Wartość do osiągnięcia zgodna z Programem	Wartość osiągnięta
1.	liczba osób aktywnie uczestniczących w programie	2000	730
2.	liczba osób uczestniczących w zajęciach edukacyjnych	4000	4000
3.	liczba przeszkolonych trenerów	25-50	16
4.	wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu	Ocena indywidualnej dokumentacji pacjenta (w tym ankieta wypełniana przez pacjenta przed i po realizacji programu).	

1. Liczba osób aktywnie uczestniczących w programie

Program realizowany był we współpracy z samorządami terytorialnymi. W Programie założono, że liczba osób aktywnie uczestniczących w zajęciach aktywności fizycznej wynosiła będzie każdego roku 2000. Liczba osób uzależniona jest od liczby zaangażowanych w program jednostek samorządu terytorialnego i od ich możliwości finansowych. W roku 2019 do programu włączyło się 21 samorządów: gminy: Aleksandrów Kujawski, Brodnica, Cekcyn, Chełmża, Gostycyn, Inowrocław, Kcynia, Koronowo, Kowalewo Pomorskie, Nakło n. Notecią, Osiesko, Pakość, Rogowo (p. zniński), Rypin, Solec Kujawski, Złotniki Kujawskie, miasta: Grudziądz, Toruń i Włocławek, powiat nakielski i świecki. Samorzady zadeklarowały udział 925 osób. Zadaniem samorządów było prowadzenie naboru uczestników programu i trenerów (wykwalifikowanych rehabilitantów i absolwentów AWF), pokrycie kosztów pracy trenerów, zapewnienie sali do ćwiczeń, do zajęć edukacyjnych oraz pomieszczenia do przeprowadzenia badań kwalifikacyjnych i kontrolnych. Pełne uczestnictwo w programie polegało na zrealizowaniu schematu:

badanie kwalifikacyjne – edukacja - udział w zajęciach aktywności fizycznej (minimum 3 miesiące) – badanie końcowe/kontrolne (te same badania, które były przeprowadzone przy kwalifikacji). Każdy uczestnik został poddany lekarskiemu badaniu kwalifikacyjnemu i końcowemu przez lekarza specjalistę medycyny sportowej.

Badania kwalifikacyjne dopuszczające do uczestnictwa w Programie przeprowadzono we wszystkich 21 samorządach. Na badania zgłosiło się 820 osób a do Programu zakwalifikowały się 792 osoby. Ostatecznie grupa aktywnie uczestniczących seniorów w programie wyniosła 730 osób.

## 2. Liczba osób uczestnicząca w zajęciach edukacyjnych

### 1) Edukacja pośrednia:

- ulotki 2500 szt.
- plakaty 300 szt.
- strona internetowa Urzędu Marszałkowskiego: [www.kujawsko-pomorskie.pl](http://www.kujawsko-pomorskie.pl)
- strona internetowa utworzona na potrzeby programu: [www.programydlaseniora.pl](http://www.programydlaseniora.pl)

### 2) Edukacja bezpośrednia:

Przeprowadzono 21 spotkań edukacyjnych, w których uczestniczyło 700 seniorów (1 spotkanie dla każdego samorządu, czas trwania szkolenia: ok. 6 godz.)

Edukacja obejmowała następujące obszary tematyczne:

- odżywianie,
- higiena osobista,
- aktywność fizyczna oraz zwiększanie dziennej mobilności,
- bezpieczeństwo w miejscu zamieszkania, korzystanie z transportu miejskiego,
- prewencja upadków i związanych z nimi urazów oraz ewentualnych powikłań,
- zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem.

Z edukacji pośredniej i bezpośredniej skorzystało 4000 osób.

## 3. Liczba przeszkolonych trenerów

Koordinator Programu, wybrany w konkursie ofert przeprowadził szkolenie trenerów w celu przygotowania ich do pracy z seniorami. W szkoleniu wzięło udział 16 trenerów. Szkolenie obejmowało 8 godz. W ramach szkolenia trenerzy zapoznali się z następującymi tematami:

- 1) Specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku;
- 2) Aktywność fizyczna a zdrowy styl życia seniora;
- 3) Zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów;
- 4) Testy sprawności fizycznej seniorów;
- 5) Zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego;
- 6) Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej.

Część trenerów pracująca z seniorami w roku 2019 przeszła szkolenie w roku 2018.

## 4. Wyniki dotyczące sprawności fizycznej uczestników programu

Uczestnicy Programu brali udział w zajęciach aktywności fizycznej w okresie od października do grudnia.

### **Wyniki badań antropometrycznych:**

Badanie	Masa ciała (kg)	BMI	Ilość tkanki tłuszczowej (FAT MASS)	Tkanka tłuszczowa	Beztłuszczowa masa ciała (FFM)	Podstawowa przemiana materii (BMR)
	(kg)	(kg/m <sup>2</sup> )	(kg)	(%)	(kg)	(kcal)
Kwalifikacyjne	73,80	28,00	26	36,50	45	1349
Końcowe	73,00	27,00	23	35,60	42	1282

U większości badanych stwierdzono nadmiar tkanki tłuszczowej co potwierdza mierzony m.in. wskaźnik BMI czy wartość % tkanki tłuszczowej. Wskazuje to na bardzo istotny problem jakim jest nadwaga w grupie wiekowej po 60 r.ż. Po

trzymiesięcznym okresie ćwiczeń zaobserwowano niewielki spadek wskaźnika BMI a także ilości tkanki tłuszczowej co pokazuje powyższa tabela. Wiele prac naukowych potwierdza, że ćwiczenia fizyczne w bardzo małym stopniu wpływają na utratę nadmiaru tkanki tłuszczowej. Za skuteczną metodę uważa się zmianę nawyków żywieniowych. U niektórych badanych stwierdzono brak poprawy a nawet małe pogorszenie ale było to spowodowane brakiem systematyczności udziału w zajęciach jak i nie przestrzeganie zasad zbilansowanej diety. Problem dotyczy mniejszych gmin. Jednak należy wziąć pod uwagę fakt, że poprawa nastąpiła wśród większości badanych i jest to pozytywna informacja. Faktyczny obraz postępów można zaobserwować w powyższej tabeli.

#### ***Wyniki testów sprawności:***

Badanie	Test równowagi jedno nóż	Test równowagi na niestabilnym podłożu	Próba wychylenia środka ciężkości	Próba chodu tandemowego	Próba pokonywania przeszkody
	(s)	(s)	(cm)	(cm)	(cm)
Kwalifikacyjne	3	19	16	12	58
Końcowe	10	28	17	7	63

#### Test równowagi jedno nóż

Badany stoi z kończynami górnymi skrzyżowanymi na klatce piersiowej. Badający poleca badanemu uniesienie jednej kończyny dolnej i mierzy czas, w którym badany jest w stanie utrzymać tę pozycję. Pomiar wykonywany jest dla kończyny lewej i prawej.

#### Test równowagi na niestabilnym podłożu

Badany wchodzi na platformę piankową o średniej gęstości, o wymiarach 40 x 40 cm. Następnie krzyżuje kończyny górne na klatce piersiowej i zamyka oczy. Badający w momencie zamknięcia oczu przez badanego, włącza stoper i mierzy czas do otwarcia oczu przez badanego lub do momentu oderwania stóp od pianki.

#### Próba wychylenia środka ciężkości

Badany staje bokiem do ściany z kończyną górną wyprostowaną w stawie ramiennym do 90 stopni. Badający zaznacza na podziałce centymetrowej naklejonej na ścianie punkt zerowy w miejscu opuszka pierwszego palca dłoni badanego. Następnie poleca badanemu przesunięcie dłoni w przód jak najdalej bez odrywania stóp i wykonuje pomiar tej odległości w centymetrach.

#### Próba chodu tandemowego

Badany staje prawą stopą na wyznaczonej 2 metrowej linii na podłodze. Badający poleca badanemu wykonanie 10 kroków stopa przed stopą w taki sposób, żeby pięta nogi wykroczonej stykała się z palcami nogi zakroczonej po każdym przełożeniu stopy w przód. Badający mierzy czas i ocenia poprawność wykonania zadania.

#### Próba pokonywania przeszkody

Badany stoi przed stopniem o wysokości 15 cm. Badający poleca badanemu wejść na stopień prawą stopą, a lewą przenieść nad stopniem i położyć za nim jak najdalej zachowując równowagę. Badający mierzy miarką z podziałką centymetrową odległość między stopniem a piętą lewej nogi. Test przeprowadza się dwukrotnie polecając badanemu rozpoczęcie drugiej próby od lewej kończyny.

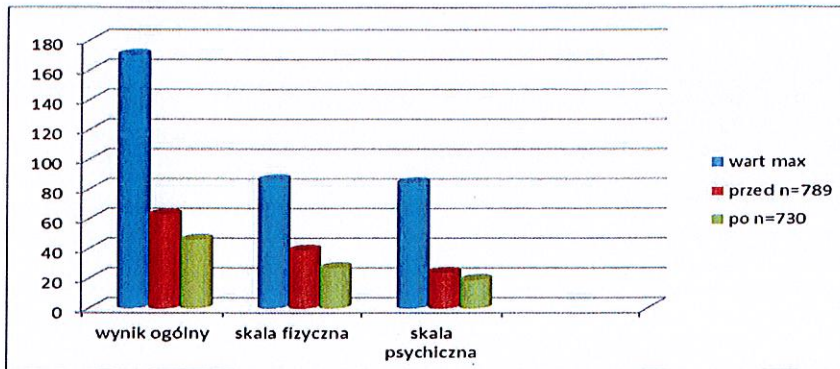
Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że:

- 1) systematyczny udział w treningach fizycznych przyczynia się do poprawy siły, gibkości i równowagi kobiet i mężczyzn między 60 a 85 rokiem życia;
- 2) systematyczność uczestnictwa w zajęciach pozwala na poprawę zarówno parametrów sprawności fizycznej jak i pomiaru antropometrycznego;
- 3) równowaga oceniana za pomocą stania na dominującej nodze z zamkniętymi oczami średnio poprawiła się o 7 sekund. Jak wynika z przeprowadzonych badań wraz z wiekiem znacząco pogarsza się równowaga. Trening oddziałuje tutaj przede wszystkim na poprawę układu propriocepcji czyli receptorów w ścięgnach, mięśniach, więzadłach i torebce stawowej;
- 4) poprawa siły, szczególnie kończyn dolnych, a także równowagi i gibkości uczestników Programu po 3 miesiącach systematycznych ćwiczeń fizycznych może zmniejszyć prawdopodobieństwo ich upadków a co za tym idzie zwiększyć poziom niezależności funkcjonalnej.

### Wyniki badań psychologicznych:

Badania psychologiczne miały na celu przedstawić czy subiektywna ocena stanu zdrowia psychofizycznego badanych jak i podejmowane przez nich zachowania zdrowotne zmieniają się po udziale w Programie. Badanie polegało na sprawdzeniu ogólnego stanu zdrowia psychicznego (Kwestionariusz SF-36).

#### 1) Ocena jakości życia z podziałem na skale fizyczną i psychiczną

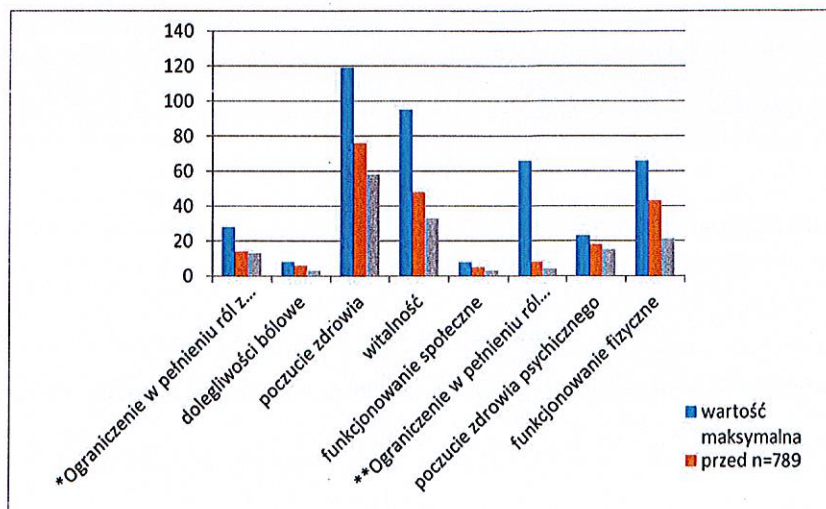


\*Wart. max- wartość maksymalna

	Wartość maksymalna	Wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu	Wynik uzyskany po zakończeniu programu
Wynik ogólny	170	63	46
Skala fizyczna	86	39	27
Skala psychiczna	84	24	19

Słupek niebieski wskazuje wartość maksymalną, jaką osoby wypełniające kwestionariusz mogłyby uzyskać, gdyby bardzo źle oceniały jakość swojego życia. Wartości te zostały pokazane w celu przedstawienia punktu odniesienia wyników uzyskanych przez uczestników. Pozostałe słupki odnoszą się do wyników otrzymanych w grupie uczestników programu. Wynik ogólny grupy jest wartością poniżej średniego wyniku, co oznacza, że seniorzy w miarę dobrze oceniają jakość swojego życia. Analizując dokładniej, to badanie nieco gorzej oceniają swój stan fizyczny w porównaniu do psychicznego, jednak w obu przypadkach, po zakończeniu programu seniorzy lepiej oceniali swoje samopoczucie w porównaniu do stanu przed rozpoczęciem programu.

#### 2) Ocena jakości życia z wyszczególnieniem 8 wymiarów



\* Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego

\*\* Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego

Wymiary	Wartość maksymalna	Wynik uzyskany przed rozpoczęciem programu	Wynik uzyskany po zakończeniu programu
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia zdrowia fizycznego	28	14	13
Dolegliwości bólowe	8	6	3
Poczucie zdrowia	119	76	58
Witalność	95	48	33
Funkcjonowanie społeczne	8	5	3
Ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego	66	8	4
Poczucie zdrowia psychicznego	23	18	15
Funkcjonowanie fizyczne	66	43	21

W badanej grupie nastąpiła zmiana we wszystkich wymiarach. Uczestnicy oceniają swoje samopoczucie na lepsze. Odzwierciedlają to zmiany w skalach „witalność”, „funkcjonowanie fizyczne” i „poczucie zdrowia” – wymiary te są składowymi skali fizycznej. Ponadto seniorzy już na samym początku dobrze oceniali swoje samopoczucie psychiczne. Poprawa, choć niewielka w skalach „funkcjonowanie społeczne”, „ograniczenie w pełnieniu ról z powodu pogorszenia stanu emocjonalnego”, czy „poczucie zdrowia Psychicznego” jest trendem pożądanym, który uczestnicy programu odczuwają.

#### Wnioski:

Ocena jakości życia seniorów w dużej mierze zależy od stanu zdrowia, sprawności, samodzielności i życia towarzyskiego jak i rodzinnego. Liczebność chętnych do udziału w programie pokazuje wzrost świadomości osób starszych. Udowodniony wpływ regularnej i odpowiedniej do wieku i stanu zdrowia aktywności fizycznej jest jednym z głównych działań profilaktycznych i zdrowotnych zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia. Obserwowane pozytywne zmiany, mimo że są niewielkie potwierdzają ogólną wiedzę na temat znaczenia aktywności fizycznej w życiu człowieka. Odgrywa ona niezwykle korzystny wpływ nie tylko na sprawność fizyczną ale również na psychikę ćwiczących.

#### Charakterystyka interwencji realizowanych w ramach programu polityki zdrowotnej:

##### **I. Edukacja seniorów:**

W ramach programu przeprowadzano edukację pośrednią i bezpośrednią. Edukacja pośrednia (kampania społeczna na rzecz aktywności fizycznej seniorów) polegała na przekazaniu informacji na temat aktywności fizycznej, zapobiegania upadkom, prawidłowego odżywiania itp. za pomocą ulotek, strony internetowej urzędu marszałkowskiego oraz strony internetowej utworzonej specjalnie na potrzeby programu.

Edukacja bezpośrednia polegała na prowadzeniu zajęć edukacyjnych skierowanych bezpośrednio do uczestników programu. Zajęcia miały charakter wykładów podczas których szkoleniowcy przekazywali wiedzę z zakresu prawidłowych zachowań zdrowotnych.

##### **II. Edukacja trenerów**

Nabór trenerów na szkolenie przeprowadzały samorządy terytorialne, które zadeklarowały swój udział w programie. Szkolenie zostało przeprowadzone przez ośrodek koordynujący. W zajęciach uczestniczyli wykwalifikowani rehabilitanci i absolwenci AWF. Zajęcia prowadzili lekarz medycyny sportowej, fizjolog, fizjoterapeuta, psycholog.

Szkolenie obejmowało następujące zagadnienia:

###### **1) Specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku**

- a) teorie starzenia się organizmu
- b) specyficzne zmiany fizjologiczne zależne od wieku
  - zmiany krążeniowo-oddechowe

- zmiany funkcji układu nerwowego
- zmiany narządu ruchu
- c) wiek kalendarzowy a wiek biologiczny

## 2) Aktywność fizyczna a zdrowy styl życia

- a) parametry sprawności fizycznej dla zdrowia
  - sprawność krążeniowo-oddechowa
  - siła i wytrzymałość mięśniowa
  - gibkość
  - równowaga
- b) skutki małej aktywności fizycznej w starszym wieku
  - zwiększenie ryzyka chorób
  - niedołążność - brak samodzielności ruchowej
  - ograniczenia intelektualne
- c) aktywność fizyczna a trening

## 3) Zasady programowania treningu zdrowotnego seniorów

- a) cel treningu dla zdrowia
- b) rodzaje aktywności fizycznej
- c) obciążenia treningowe
  - ocena obciążenia – intensywność i objętość
  - obciążenie względne i bezwzględne
- d) kontrola obciążeń (monitoring)
- e) jednostka treningowa

## 4) Testy sprawności fizycznej seniorów

- a) rodzaje testów
- b) zasady przeprowadzania
- c) gromadzenie wyników

## 5) Zagrożenia zdrowotne występujące podczas treningu fizycznego

## 6) Podstawy pierwszej pomocy przedmedycznej

### **III. Badania kwalifikacyjne i końcowe**

W ramach programu przeprowadzono badania kwalifikacyjne i kontrolne. Osoby, które zgłosiły się na badania kwalifikacyjne przeszły m.in. badania ogólnolekarskie, w ramach których uczestnicy wypełnili ankietę o swoim stanie zdrowia, dokonano ocenę kardiologiczną w tym badanie EKG i pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

W ramach badań kwalifikacyjnych i kontrolnych wykonywane były:

- a) badania antropometryczne/ocena składu ciała,
- b) funkcjonalny test sprawności seniorów,
- c) psychologiczne badanie Kwestionariuszowe Stanu Zdrowia.

#### ***Ocena składu ciała***

W ramach oceny składu ciała zmierzono wskaźnik antropometryczny BMI określający stosunek masy ciała do wzrostu (wg WHO wartość  $BMI \geq 30$  oznacza otyłość).

W celu dokładniejszej analizy składu ciała użyto aparatu TANITA SC330. Przy pomocy którego uzyskano podstawowe parametry składu ciała: masa mięśniowa i masa tkanki tłuszczowej wyrażone w procentach i kilogramach.

***Funkcjonalny test sprawności seniorów*** polegał na przeprowadzeniu 6 testów:

- 1) Test równowagi jedno nóż
- 2) Test równowagi na niestabilnym podłożu
- 3) Próba wychylenia środka ciężkości
- 4) Próba chodu tandemowego
- 5) Próba pokonywania przeszkody
- 6) Próba chodu z rotacją głowy

### **Psychologiczna ocena Stanu Zdrowia i Zachowań Zdrowotnych**

Do oceny psychologicznej wykorzystano narzędzie badawcze tzw. : Kwestionariusz Ogólnego Stanu Zdrowia SF-36, który służy do badania subiektywnej oceny jakości życia. Narzędzie zawiera 11 pytań, na które ma odpowiedzieć osoba badana zaznaczając krzyżykiem wybraną przez siebie odpowiedź. Wynik uzyskany poprzez zsumowanie poszczególnych pozycji kwestionariusza pozwala na:

- a) całościową ocenę jakości życia,
- b) ocenę jakości funkcjonowania fizycznego,
- c) ocenę jakości funkcjonowania psychicznego,
- d) ocenę bardziej szczegółową – ocenę ośmiu wskaźników jakości życia tj.:
  - ograniczenie w pełnieniu ról z powodu zdrowia fizycznego,
  - dolegliwości bólowe,
  - ogólne poczucie zdrowia,
  - witalność,
  - funkcjonowanie społeczne,
  - ograniczenie w pełnieniu ról wynikające z problemów emocjonalnych,
  - poczucie zdrowia psychicznego,
  - funkcjonowanie fizyczne.

### **IV. Ćwiczenia fizyczne**

Po zakwalifikowaniu przez lekarza, uczestnicy ćwiczyli w grupach 16-20 osobowych, 3 razy w tygodniu po 45 minut. Grupy prowadzone były przez przeszkolonych trenerów. Okres ćwiczeń trwał 3 miesiące. Programy treningowe ukierunkowane były na poprawę:

- sprawności krążeniowo-oddechowej (przykładowe ćwiczenia: marsz, trucht, taniec, aerobik);
- siły i wytrzymałości mięśniowej (przykładowe ćwiczenia: przysiady, ćwiczenia z wykorzystaniem hantli, taśm elastycznych);
- gibkości (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia rozciągające, tzw. stretching);
- równowagi (przykładowe ćwiczenia: ćwiczenia wymuszające utrzymanie prawidłowej pozycji ciała w warunkach ograniczonego podparcia np. stanie na jednej nodze, powolne przenoszenie kończyn podczas marszu lub ćwiczenia o charakterze siłowym wzmacniające mięśnie kończyn dolnych i poprawiające koordynację nerwowo-mięśniową np. odwodzenie kończyn dolnych podczas stania na jednej nodze).

### **Wyniki monitorowania i ewaluacji programu polityki zdrowotnej:**

Zaplanowana liczba uczestników – 925  
Liczba zgłoszonych osób na badania kwalifikacyjne 820  
Liczba osób zakwalifikowanych do programu – 792  
Liczba osób aktywnie uczestnicząca w programie – 730

Główne przyczyny dyskwalifikacji do programu to:

- choroby układu krążenia,
- stany po zabiegach operacyjnych,
- choroby narządu ruchu,
- choroby tarczycy,
- choroby neurologiczne.

### **Ankieta satysfakcji**

Ankietę wypełniło 730 osób, 92% uczestników Programu stanowiły kobiety.

- 1) Według miejsca zamieszkania udział w ankiecie wzięło:
  - 31% mieszkańców wsi (n=230),
  - 23% mieszkańców miast do 10 tys. obywateli (n=168),
  - 18% mieszkańców miast do 50 tys. obywateli (n=130),
  - 28% mieszkańców miast powyżej 50 tys. obywateli (n=202).
- 2) Uczestnicy programu mieli następujące wykształcenie:
  - 23% uczestników - wykształcenie podstawowe (n=170),
  - 18% uczestników - wykształcenie zawodowe (n=130),

- 33% uczestników - wykształcenie średnie (n=241),
- 26% uczestników - wykształcenie wyższe (n=189).

3) Prawie wszyscy badani (99,6%) stwierdzili, że program odpowiada na potrzeby zdrowotne lokalnej społeczności. Tylko 3 osoby odpowiedziały negatywnie.

4) Dostępność informacji o realizowanym Programie oceniło:

- 34 % uczestników - bardzo dobrze (n=249),
- 40% uczestników – dobrze (n=289),
- 25% uczestników – przeciętnie (n=182),
- 1% uczestników – źle (n=7),
- 0,4% uczestników - bardzo źle (n=3).

5) Jakość otrzymanych informacji o Programie oceniło:

- 34% uczestników – bardzo dobrze (n=251),
- 40% uczestników – dobrze (n=294),
- 25% uczestników – przeciętnie (n=182),
- 0,4% uczestników – źle (n=3),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

6) Dostępność udzielanych świadczeń podczas realizacji Programu oceniło:

- 39% uczestników – bardzo dobrze (n=286),
- 37% uczestników – dobrze (n=269),
- 24% uczestników – przeciętnie (n=175),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

7) Uprzejmość i życzliwość personelu oceniło:

- 68% uczestników – bardzo dobrze (n=499),
- 32% uczestników – dobrze (n=277),
- 0% uczestników – przeciętnie (n=0),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

8) Poszanowanie prywatności podczas udzielania świadczeń oceniło:

- 62% uczestników – bardzo dobrze (n=453),
- 35% uczestników – dobrze (n=259),
- 3% uczestników – przeciętnie (n=18),
- 0% uczestników – źle (n=0),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

9) Warunki panujące w miejscu udzielania świadczeń oceniono:

- 46% uczestników – bardzo dobrze (n=341),
- 50% uczestników – dobrze (n=359),
- 4% uczestników – przeciętnie (n=27),
- 0,4% uczestników – źle (n=3),
- 0% uczestników bardzo źle (n=0).

10) Na pytanie czy poleciliby Pan/i udział w Programie bliskim i znajomym, wszyscy badani jednogłośnie zaznaczyli-TAK.

Ponad połowa ankietowanych (54%) we własnych wnioskach, napisała pozytywną informację zwrotną na temat prowadzonego programu. Uczestnicy najczęściej zwracali uwagę:

- na dobrą organizację zajęć,
- profesjonalizm instruktorów,
- dopasowanie ćwiczenia do możliwości i umiejętności ćwiczących,
- przyjazną atmosferę podczas zajęć,
- miły personel,
- poprawę nastroju i samopoczucia po ukończeniu programu.

Jedynie tylko 3 osoby miały zastrzeżenia: jedna z nich stwierdziła, że ćwiczenia są mało zróżnicowane a dwie osoby zwróciły uwagę, że w obiekcie, w którym trenowały toalety nie były czyste i zadbane. Pozostali ankietowani z tej gminy nie zgłaszali w uwagach tego problemu.



**Wnioski:**

W indywidualnych rozmowach uczestnicy zaznaczali, że tak zorganizowany program motywuje ich do regularnej aktywności, pozytywnie nastawia do codziennych wyzwań. Ponadto korzystny wpływ grupy jest tak duży, że większość uczestników odczuwała znaczną poprawę samopoczucia zarówno fizycznego jak i psychicznego.

Koszty realizacji programu polityki zdrowotnej: 349 235,93 zł

Rok realizacji programu polityki zdrowotnej: 2019 r.

Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	209 235,93	
2. jednostki samorządów terytorialnych	140 000,00	
3.		
Całkowity okres realizacji programu polityki zdrowotnej: 349 235,93 zł		
Źródło finansowania	Wydatki bieżące	Wydatki majątkowe
1. samorząd województwa	209 235,93	
2. jednostki samorządów terytorialnych	140 000,00	
3.		

**Koszty jednostkowe realizacji programu polityki zdrowotnej:**

Badania kwalifikacyjne i kontrolne (badanie ogólnolekarskie, testy sprawnościowe, testy psychologiczne, skład ciała, EKG) – 135,00 zł

Informacje o problemach, które wystąpiły w trakcie realizacji programu polityki zdrowotnej:	Opis podjętych działań modyfikujących:
<p><b>Problem 1:</b> Mniejsza zgłaszalność do programu w porównaniu do liczby osób zaplanowanych na dany rok zgodnie z programem, mimo przekazanej informacji e-mailowo do wszystkich samorządów terytorialnych. Część samorządów po czasie zgłaszała uwagi, że nie wiedzieli o realizowanym programie i że mogli deklorować swój udział do realizacji programu.</p>	<p><b>Działanie modyfikujące:</b> Zwiększenie źródeł oraz form przekazywania informacji (forma papierowa i jednocześnie elektroniczna: e-mail, strona internetowa urzędu) o planowanej realizacji programu na kolejny rok oraz powtórzenie tych informacji po ok. 2 do 3 tygodni dla pewności, że dotarły one do wszystkich samorządów terytorialnych województwa kujawsko-pomorskiego w celu zaktywizowania większej liczby JST do udziału w programie.</p>

<p><i>Tomu!</i></p> <p>.....</p> <p>Miejscowość</p>	<p><i>19.03.2020 r.</i></p> <p>.....</p> <p>Data sporządzenia raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><i>Joanna Chaberska</i></p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby sporządzającej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>
	<p>.....</p> <p>Data akceptacji raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>	<p><b>MARSZAŁEK WOJEWÓDZTWA</b></p> <p><i>Joanna Chaberska</i></p> <p>.....</p> <p>oznaczenie i podpis osoby akceptującej raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej</p>

