

Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

RAPORT KOŃCOWY

LISTOPAD 2023



Rzeczpospolita
Polska



URZĄD MARSZAŁKOWSKI
WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO

Unia Europejska
Europejskie Fundusze
Strukturalne i Inwestycyjne



Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020

BADANIE EWALUACYJNE PN.:

„OCENA EFEKTÓW WSPARCIA REALIZOWANEGO W RAMACH DZIAŁANIA 5.4 ZDROWIE NA RYNKU PRACY REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA POMORSKIEGO NA LATA 2014-2020”

Raport końcowy

Zamawiający:



Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
ul. Okopowa 21/27
80-810 Gdańsk

Wykonawca:



Pracownia Badań i Doradztwa "Re-Source" Korczyński Sarapata sp.j.
ul. Zagórze 15
61-112 Poznań

Spis treści

Spis treści	3
Wykaz skrótów	6
Streszczenie	8
Executive Summary	15
Wprowadzenie	22
Uzasadnienie realizacji badania (na podstawie OPZ)	22
Opis przedmiotu badania	26
Cele badania	26
Problematyka badania.....	26
Opis zastosowanej metodyki oraz źródła pozyskania informacji.....	34
Analiza danych zastanych (Desk research)	34
Badanie Mixed-Mode (CAWI/CATI)	37
Wywiady pogłębione	38
Studium przypadku	39
Benchmarking programów zdrowotnych.....	39
Opis wyników badania	40
Ocena realizacji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2.....	40
Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów	40
Stopień realizacji założonych celów	74
Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia	76
Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia	88
Systemowe uwarunkowania wdrażania interwencji.....	90
Podsumowanie.....	93

<u>Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna</u>	<u>96</u>
Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów	96
Stopień realizacji założonych celów	120
Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia	121
Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia	128
Systemowe uwarunkowania wdrażania interwencji.....	129
Podsumowanie.....	130
<u>Rola projektów RPO WP w profilaktyce nowotworowej w województwie pomorskim</u>	<u>134</u>
Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów	134
Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia	155
Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia	163
Podsumowanie.....	164
<u>Wpływ projektów RPO WP na ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym na poprawę bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.....</u>	<u>166</u>
Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów w ramach wsparcia dotyczącego czynników ryzyka w miejscu pracy	166
Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów w ramach wsparcia dotyczącego poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19	197
Podsumowanie.....	207
<u>Ocena syntetyczna realizacji celów wsparcia w ramach PI 8vi RPO WP</u>	<u>211</u>
Stopień realizacji założonych celów	211
Trafność i efektywność preferencji projektowych	215
Trwałość efektów realizowanego wsparcia.....	218
Podsumowanie.....	222
<u>Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027.....</u>	<u>225</u>
Czynniki oddziałujące na wsparcie w zakresie zdrowia na rynku pracy w perspektywie finansowej 2021-2027	225

Dobre praktyki w realizacji projektów	227
Zalecenia dotyczące rodzajów wsparcia i działań wspomagających.....	236
Wnioski i rekomendacje	238
Spisy obiektów	256
<u>Spis wykresów</u>	<u>256</u>
<u>Spis tabel.....</u>	<u>261</u>
<u>Spis map.....</u>	<u>262</u>

Wykaz skrótów

SKRÓT	ROZWINIĘCIE SKRÓTU
CATI	ang. Computer-Assisted Telephone Interview (Wspomagany komputerowo wywiad telefoniczny)
CAWI	ang. Computer-Assisted Web Interview (Wspomagany komputerowo wywiad przy pomocy strony WWW)
CRP	ang. C-Reactive Protein (Białko C-reaktywne)
COVID-19	ang. coronavirus disease 2019 (choroba zakaźna wywołana wirusem SARS-CoV-2)
DEFS	Departament Europejskiego Funduszu Społecznego
DRRiP	Departament Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego
DZ	Departament Zdrowia
Dz.U.	Dziennik Ustaw
EKG	Elektrokardiogram
FEP	program Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027
FINDRISC	ang. FINnish Diabetes Risk SCORE (Skala oceny ryzyka zachorowania na cukrzycę typu 2)
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
JST	Jednostka samorządu terytorialnego
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OGTT	ang. Oral Glucose Tolerance Test (Doustny test obciążenia glukozą)
OP	Oś Priorytetowa
OPZ	Opis Przedmiotu Zamówienia
PI	Priorytet Inwestycyjny
PV ROP	Pomorskie Voivodeship Regional Operational Programme for 2014-2020 (Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020)
RHP	Regional Health Programme (Regionalny Program Zdrowotny)
RPO WP	Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
RPZ	Regionalny Program Zdrowotny
SL2014	Centralny system teleinformatyczny dla perspektywy finansowej 2014-2020
UE	Unia Europejska

UMWP	Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego
ZIT	Zintegrowane Inwestycje Terytorialne
ZPT	Zintegrowane Porozumienia Terytorialne

Streszczenie

Cel i metodyka badania

Celem głównym badania było określenie efektów interwencji prowadzonej w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ), wsparcia profilaktyki nowotworowej, a także działań w zakresie eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy realizowanych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP) w kontekście wydłużania aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego. Interwencja ta była wdrażana poprzez Działanie 5.4 Zdrowie na rynku pracy (Priorytet Inwestycyjny 8vi).

W ewaluacji wykorzystano następujące metody i techniki badawcze:

- **Analiza desk research** dokumentów źródłowych, w tym dokumentacji projektowej;
- **Badanie ankietowe (CAWI/CATI)**, którym objęto trzy kategorie respondentów: (a) beneficjentów Działania 5.4 (33 ankiety – responsywność na poziomie 84,6%); (b) uczestników projektów w tym Działaniu (1392 ankiety – zastosowano dobór losowo-warstwowy nieproporcjonalny); (c) podmioty, które zostały wsparte w ramach interwencji dotyczącej zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 (110 ankiet – responsywność na poziomie 83,3%);
- **Wywiady pogłębione** z przedstawicielami: Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego, Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot (Instytucja Pośrednicząca ZIT); podmiotów zaangażowanych w realizację działań projektowych, niebędących beneficjentami (N=5);
- **Studia przypadku** – dobre praktyki w realizacji projektów z zakresu: profilaktyki nowotworowej, rehabilitacji kardiologicznej oraz niwelowania czynników ryzyka w miejscu pracy (N=3).

Ocena realizacji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2

Wsparcie w tym programie było realizowane poprzez sześć projektów ZIT i jeden projekt dla pozostałych terenów województwa. Według stanu na koniec września 2023 r. w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2. wzięło udział 9 406 osób, wśród których dominowały kobiety (73%), osoby z wyższym wykształceniem (60%) oraz osoby z terenów miejskich (77%), co wskazuje na występowanie dysproporcji względem potencjalnego

zapotrzebowania na wsparcie. Dotyczyło to również zbyt dużej koncentracji wsparcia w Gdańsku (34%) i powiecie tczewskim (15,3%). Jako adekwatna oceniona została struktura wiekowa uczestników.

Uczestnicy najczęściej dostrzegają efekty o charakterze edukacyjnym tj. większą wiedzę na temat własnego stanu zdrowia (zdobyło ją 63,9% badanych), cukrzycy (51,2%), jak też zdrowego trybu życia (46,8%). Struktura odpowiedzi uczestników projektów na pytanie o osiągnięte efekty odbiega od deklaracji beneficjentów – wśród tych drugich dominowały rezultaty diagnostyczne (identyfikacja w projekcie osób ze stanem przedcukrzycowym, identyfikacja w projekcie osób chorych na cukrzycę w fazie jej bezobjawowego przebiegu).

Potwierdzeniem realizacji celów RPZ Cukrzyca typu 2. jest fakt, w ramach zaplanowanych etapów realizacji RPZ zostały zrealizowane założone rodzaje działań, które stanowiły narzędzie osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych RPZ.

Beneficjenci byli raczej krytyczni wobec osiągniętego poziomu zgłaszalności mieszkańców regionu do projektów. Powodami mniejszego zainteresowania odbiorców były: mała atrakcyjność oferowanych badań diagnostycznych w porównaniu do innych ofert badań profilaktycznych, zbyt długi czas trwania programu, mała elastyczność zakresu oferowanego wsparcia, niska świadomość społeczna na temat zagrożenia cukrzycą typu 2. oraz – generalnie – na temat profilaktyki zdrowotnej, utrata motywacji do uczestnictwa w programie w jego trakcie oraz pandemia COVID-19. Zdecydowana większość uczestników nie doświadczyła jednak problemów z udziałem w projekcie, ani kontaktem z jego realizatorami. Nie identyfikowano również kłopotów, jeśli chodzi o czas oczekiwania na świadczenia.

Wyniki przeprowadzonej analizy nie potwierdzają, by realizacja projektów w ramach instrumentu terytorialnego (ZIT) umożliwiła osiągnięcie większych efektów. Wśród respondentów dominowało przekonanie, że samo wdrażanie interwencji poprzez mechanizm ZIT ma ograniczone znaczenie dla powodzenia projektów. Kluczowe jest to, jaki podmiot (lub podmioty) zostanie ostatecznie wybrany do realizacji zadań przewidzianych RPZ. To właśnie potencjał i doświadczenie tego podmiotu decydują o ostatecznych efektach interwencji.

Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna

Wsparcie w programie było realizowane w ramach jednego projektu dla całego województwa. Według stanu na koniec września 2023 r. w RPZ Rehabilitacja kardiologiczna wzięło udział 4 107 osób, wśród których przeważały osoby: w wieku 51-60

lat (40%), z wyższym wykształceniem (44%) oraz z obszarów miejskich (63%). Pozytywnie oceniono adekwatność struktury wiekowej, natomiast w przypadku płci, gdzie udziały kobiet i mężczyzn wyniosły po około połowie, zwrócono uwagę, iż problemy kardiologiczne częściej dotyczą mężczyzn, co uznać należy jako dysproporcję. Jeśli chodzi o rozkład terytorialny, to najwięcej uczestników pochodziło z Gdyni (21%) oraz powiatów starogardzkiego (13%) i sztumskiego (11%). Obserwowane istotne dysproporcje terytorialne w skali uczestnictwa we wsparciu, które trudno wyjaśnić inaczej niż zróżnicowaniem w skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych podejmowanych w projekcie, w różnych częściach województwa.

Beneficjent wysoko ocenił adekwatność realizowanych działań w stosunku do potrzeb odbiorców. Jednocześnie, oceniając projekt z perspektywy czasu, zauważa, że w projekcie należałoby wprowadzić zmiany co do jego zakresu lub sposobu realizacji działań w celu skuteczniejszej rehabilitacji kardiologicznej. Odnoszą się one do skrócenia okresu obligatoryjnego uczestnictwa w projekcie (do maksymalnie 6 miesięcy) oraz zwiększenia zindywidualizowania programów rehabilitacji dla poszczególnych uczestników. Wnioski o generalnie dużej adekwatności wsparcia potwierdzili w swoich opiniach również uczestnicy projektów.

Badani najczęściej wskazywali na uzyskanie efektów w postaci: większej wiedzy na temat własnej sytuacji zdrowotnej (85,2%) i zdrowego trybu życia (70,5%), poprawy samopoczucia (78,1%) oraz podejmowania większej aktywności fizycznej niż przed projektem (70,5%). Kluczowymi efektami dostrzeganymi przez uczestników badania jakościowego okazały się być: przyspieszenie dostępu do konsultacji kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej, zwiększenie poziomu zainteresowania uczestników korzystaniem z profilaktyki zdrowotnej, poprawa stanu zdrowia uczestników rehabilitacji oraz – co traktować należy jako istotny efekt o charakterze nieplanowanym – wykrywanie w ramach diagnostyki kardiologicznej innego rodzaju schorzeń.

Potwierdzeniem zrealizowania celów RPZ Rehabilitacja kardiologiczna jest fakt, że działania zaplanowane w poszczególnych etapach wdrażania RPZ jako narzędzie osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych zostały przeprowadzone.

Wdrażanie RPZ Rehabilitacja kardiologiczna przez jeden podmiot na terenie całego województwa. należy ocenić pozytywnie. Model ten przyniósł szereg korzyści m.in.: możliwość zaangażowania do wdrażania RPZ podmiotu z dużym potencjałem, ścisła koordynacja i uspołnienie działań realizowanych w ramach RPZ czy zapewnienie szerokiej dostępności terytorialnej wsparcia.

Rola projektów RPO WP w profilaktyce nowotworowej w województwie pomorskim

Wsparcie w ramach profilaktyki nowotworowej dotyczyło następujących chorób nowotworowych: rak jelita grubego, rak szyjki macicy, rak piersi (realizowano po 1 projekcie w odniesieniu do każdego rodzaju nowotworu). W projektach z zakresu profilaktyki nowotworów wzięło udział 58 tys. Osób, z czego zdecydowana większość (39,6 tys. osób) to uczestniczki profilaktyki raka piersi, 11,4 tys. osób to uczestniczki profilaktyki raka szyjki macicy, a 7 tys. osób skorzystało z profilaktyki raka jelita grubego. Struktura płci oraz wieku uczestników została oceniona jako adekwatna pod względem zapotrzebowania. Natomiast w przypadku podziału na uczestników z terenów miejskich i wiejskich dysproporcję (nadreprezentację osób z terenów miejskich) zaobserwowano wyłącznie w odniesieniu do profilaktyki raka jelita grubego. Jeśli chodzi o rozkład przestrzenny, to w przypadku profilaktyki raka jelita grubego i raka szyjki macicy mamy do czynienia ze znaczną nadreprezentacją uczestników z Gdańska.

Beneficjenci wysoko ocenili adekwatność wsparcia do potrzeb i rzadko dostrzegali potrzebę wprowadzenia zmian w profilu realizowanych projektów. Również uczestnicy projektów bardzo pozytywnie ocenili dopasowanie wsparcia do potrzeb.

Do najczęściej wskazywanych przez uczestników projektów efektów należą: ułatwienie możliwości wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych (58,1% badanych), większa wiedza: na temat stanu własnego zdrowia w zakresie występowania choroby nowotworowej (56,6%), o potrzebie dbania o zdrowie (46,3%) oraz na temat chorób nowotworowych i ich wczesnego wykrywania (41,6%), a także poprawa samopoczucia (50,3%).

Beneficjenci nie mieli trudności ze zrekutowaniem zakładanej liczby osób do projektów, ani nie docierały do nich sygnały o problemach z uczestnictwem w nich. Badani uczestnicy w zdecydowanej większości także nie dostrzegali problemów z udziałem w projekcie, co potwierdza sprawność procesu realizacji projektów.

Wpływ projektów RPO WP na ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym na poprawę bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19

Według stanu na koniec września 2023 r. w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy wzięło udział 9 406 osób, wśród których dominowały kobiety (72%), osoby z wyższym wykształceniem (72%) oraz osoby z terenów miejskich (74%). Wśród wspartych podmiotów znalazło się 68 przedsiębiorstw, 27 jednostki samorządu terytorialnego, 26 podmiotów leczniczych, 23 placówki oświatowe (szkoły) oraz 7 organizacji pozarządowych.

We wspartych zakładach pracy zidentyfikowano między innymi następujące czynniki ryzyka, które stanowiły punkt wyjścia do realizacji późniejszych działań projektowych:

- siedzący tryb pracy pracowników biurowych; praca w jednej, wymuszonej, pozycji; zła ergonomia stanowisk pracy i niedostosowanie miejsca pracy;
- stres; presja czasu; obciążenie psychiczne; przemęczenie; bezsenność; niepokój; nerwowość; problemy z koncentracją; zaburzenia apetytu; problemy pokarmowe; brak poczucia bezpieczeństwa i stabilności zatrudnienia; poczucie wypalenia zawodowego; konflikty w zespole; problemy komunikacyjne;
- obciążenie narządu wzroku (długotrwała praca przy ekranie komputera);
- obciążenie narządu mowy (długotrwałe mówienie).

W projektach z zakresu eliminacji czynników ryzyka podejmowano przede wszystkim następujące rodzaje działań: badania profilaktyczne, konsultacje z fizjoterapeutą, poradnictwo lub warsztaty psychologiczne, pogłębiona analiza czynników ryzyka w miejscu pracy, wsparcie rehabilitacyjne, porady lekarskie, działania informacyjno-edukacyjne, doposażenie stanowisk pracy.

Zarówno beneficjenci, jak i uczestnicy projektów pozytywnie ocenili adekwatność wsparcia. Z pewnością wpływ na to miała możliwość dużej indywidualizacji zakresu poszczególnych projektów i ich dopasowania do potrzeb konkretnych zakładów pracy.

Uczestnicy najczęściej wskazywali na uzyskanie efektów w postaci poprawy samopoczucia (66,3%), ułatwienia możliwości wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych (58,1%), większej wiedzy o stanie własnego zdrowia (60,2%) oraz poprawy stanu zdrowia fizycznego (59,8%).

W ramach Poddziałania 5.4.2 realizowano 3 projekty dotyczące poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19, w których wsparte zostały 133 podmioty. Większość z nich stanowiły domy pomocy społecznej, hospicja i zakłady opiekuńczo-lecznicze, lecz wspierano również podmioty lecznicze i instytucje kultury. Najwięcej wspartych podmiotów (37) znajdowało się na terenie Gdańska, w pozostałych powiatach liczba wspartych podmiotów jest zdecydowanie mniejsza (np. w powiatach: nowodworskim, gdańskim i sztumskim wsparto tylko po 2 podmioty).

Projekty dotyczące zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 skupiały się na zapewnieniu środków oraz sprzętu do dezynfekcji i dekontaminacji, środków ochrony indywidualnej oraz wyposażeniu izolatek. Beneficjenci oraz wsparte podmioty wysoko oceniły adekwatność wsparcia do potrzeb. Rzadko dostrzegano również potrzebę zmiany lub rozszerzenia zakresu projektów.

Najważniejszymi efektami projektów dostrzeganymi przez beneficjentów i wsparte podmioty są: poprawa bezpieczeństwa pracy, ograniczenie liczby zakażeń oraz usprawnienie działalności wpartych podmiotów.

Ocena syntetyczna realizacji celów wsparcia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 8vi RPO WP

Stopień realizacji większości wskaźników produktu przypisanych do Priorytetu Inwestycyjnego 8vi znacznie przekracza założone wartości docelowe. W przypadku wskaźników rezultatu istotnie wyższe wartości w stosunku do oczekiwań wystąpiły we wskaźniku „Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne”. Jednakże dla wskaźnika „Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie [os.]” osiągnięte rezultaty nie są zadowalające, ponieważ zamiast spodziewanego wzrostu o 5 p.p. przewidywany jest spadek o 14 p.p. w stosunku do wartości bazowej.

Beneficjenci opisując problemy związane z osiągnięciem założonych wartości docelowych wskaźników odnosili się przede wszystkim do: problemu rezygnacji uczestników z udziału w projektach, mniejszej niż oczekiwana zgłaszalności oraz negatywnego oddziaływania pandemii COVID-19.

Beneficjenci i uczestnicy mieli pewne trudności z oceną trwałości efektów uzyskanych w projektach. Jeśli jednak już takie sprecyzowane przewidywania pojawiały się wśród odbiorców wsparcia, to w przypadku dwóch rodzajów interwencji (RPZ Rehabilitacja kardiologiczna i RPZ Cukrzyca typu 2.) dominują uczestnicy dostrzegający potencjał długiej trwałości, tj. wynoszącej 5 lat i więcej. Analogiczna sytuacja wystąpiła w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej. Natomiast uczestnicy projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy wskazywali częściej krótszą trwałość uzyskanych efektów.

Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027

Na podstawie analizy zgromadzonego materiału empirycznego oraz w oparciu o wiedzę ekspercką sformułowano rekomendacje. Z punktu widzenia wyników tej analizy za kluczowe uznać należy:

- **Wprowadzenie modelu wdrażania wsparcia dotyczącego czynników ryzyka w miejscu pracy pozwalającego na możliwie jak najszersze oddziaływanie podejmowanych działań profilaktycznych** – Chodzi w tym przypadku przede wszystkim o uwzględnienie: **(a)** działań kierowanych bezpośrednio do pracowników, które obejmowałyby wsparcie w obszarze diagnostyki oraz

podnoszenia poziomu wiedzy dotyczącej wybranych czynników ryzyka w miejscu pracy, **(b)** działań edukacyjnych kierowanych bezpośrednio do pracowników, które nie dotyczą określonych czynników ryzyka w miejscu pracy, ale odnoszą się do ogólnych uwarunkowań zdrowotnych wpływających na długość aktywności zawodowej, **(c)** działań kierowanych do pracodawców związanych z doposażeniem/dostosowaniem stanowisk pracy.

- **Wprowadzenie rozwiązań zapewniających wybór realizatorów działań profilaktycznych, którzy dysponują odpowiednim potencjałem i gwarantują właściwą realizację projektów** – Zalecane działania powinny odnosić się przede wszystkim do położenia szczególnego nacisku w procesie oceny na weryfikację potencjału kadrowego i organizacyjnego projektodawcy oraz jego potencjału kooperacyjnego, a także rozważenie prowadzenia oceny wniosków o dofinansowanie w formule panelu eksperckiego.
- **Premiowanie w dofinansowanych projektach działań/rozwiązań zorientowanych na zwiększenie skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych** – Byłoby to możliwe np. poprzez: premiowanie rozwiązań polegających na wykorzystywaniu lokalnych liderów opinii i podmiotów/organizacji istotnych dla danej społeczności lokalnej/grupy docelowej, czy premiowanie rozwiązań polegających na włączeniu służb medycyny pracy w prowadzenie działań informacyjnych i/lub rekrutacyjnych
- **Wprowadzanie – w miarę możliwości – rozwiązań zwiększających atrakcyjność działań z punktu widzenia odbiorców pomocy oraz zwiększających elastyczność realizowanych świadczeń** – Działania te mogą obejmować m.in.: włączanie w prace nad opracowaniem programów/zakresu działań w ramach profilaktyki zdrowotnej ekspertów w dziedzinie marketingu i promocji oraz konsultantów service design; włączanie w zakresie działań profilaktyki zdrowotnej wsparcia promującego zdrowy styl życia (bez względu na rodzaj problemów zdrowotnych, których dotyczy prowadzona profilaktyka); oferowanie pakietów diagnostycznych, a nie pojedynczych rodzajów badań; wymaganie od projektodawców lub premiowanie rozwiązań w zakresie mobilnych punktów kontroli stanu zdrowia (w przypadku działań diagnostycznych); niestosowanie ograniczeń terytorialnych w korzystaniu ze wsparcia przez mieszkańców woj. pomorskiego.

Executive Summary

Purpose and Methodology of the Study

The primary purpose of the study was to determine the effects of the interventions undertaken under the Regional Health Programmes (RHPs), support for cancer prevention, as well as measures to eliminate occupational health risk factors implemented in the Pomorskie Voivodeship Regional Operational Programme for 2014-2020 (PV ROP) against the background of extending the professional activity of the inhabitants of the Pomorskie Voivodeship. This specific intervention was implemented through Measure 5.4 Health on the labour market (Investment Priority 8vi).

The following research methods and techniques were used in the evaluation:

- **Desk research analysis** of background documents, including project documentation;
- **Questionnaire survey (CAWI/CATI)** with three categories of respondents: (a) beneficiaries of Measure 5.4 (33 surveys - 84.6% responsiveness); (b) participants in projects under this Measure (1392 questionnaires - non-proportional stratified random sampling was applied); (c) entities that were supported by the intervention to combat/prevent the effects of the COVID-19 pandemic (110 surveys - responsiveness of 83.3%);
- **In-depth interviews with representatives of:** Marshal's Office of Pomorskie Voivodeship, Gdańsk-Gdynia-Sopot Metropolitan Area (Intermediate Body for Integrated Territorial Investments - ITI); non-beneficiaries involved in the implementation of project activities (N=5);
- **Case studies** – best practices in the implementation of projects from cancer prevention, cardiac rehabilitation and reducing risk factors in the workplace (N=3).

Evaluation of the Implementation of the Regional Health Policy Programme on Type 2 Diabetes Prevention

Within this programme, support was provided through six Integrated Territorial Investments projects and one project for the other areas of the voivodeship. As at the end of September 2023, 9,406 individuals had participated in RHP Type 2 Diabetes projects, predominantly women (73%), those with a university education (60%) and people from urban areas (77%), indicating that there is a disparity to the potential demand for support.

This also concerned the over-concentration of support in Gdańsk (34%) and the Tczew district (15.3%). The age structure of participants was assessed as appropriate.

Participants most frequently perceive effects of an educational nature, i.e. increased knowledge of their own health status (gained by 63.9% of respondents), diabetes (51.2%), as well as a healthy lifestyle (46.8%). The structure of project participants' answers to the question concerning the results achieved differs from the declarations of the beneficiaries - among the latter, diagnostic results dominated (identification of people with prediabetes, identification of people with diabetes in the asymptomatic phase).

The achievement of the objectives of the RHP Type 2 Diabetes is confirmed by the finding that within the planned stages of the RHP implementation, the assumed types of activities were implemented as a tool to achieve the main objective and specific purposes of the RHP.

Beneficiaries were rather critical towards the achieved level of enrolment of the region's residents in the projects. The reasons for the lower audience interest were the low attractiveness of the diagnostic tests offered compared to other preventive test proposals, excessive duration of the programme, low flexibility in the range of support offered, low public awareness of the risk of type 2 diabetes as well as - in general - on preventive health care, loss of motivation to participate in the programme during the programme and the COVID-19 pandemic. However, the vast majority of participants did not experience difficulties in participating in the project or in contacting its implementers. Nor were problems identified in terms of waiting times for the services.

The results of the performed analysis do not confirm that the implementation of projects under the Territorial Instrument (Integrated Territorial Investments) will enable greater outcomes. The predominant view among respondents was that the implementation of interventions through the ITI mechanism alone is of limited importance for the success of projects. It is crucial which entity (or entities) will ultimately be selected to implement the tasks envisaged in the RHP. It is the capacity and experience of this entity that determines the final effects of the intervention.

Evaluation of the Implementation of the Regional Health Programme - Cardiac Rehabilitation Module

The programme's support was implemented as a single project for the entire voivodeship. According to the end of September 2023, 4,107 participants were enrolled in the RHP for Cardiac Rehabilitation, of whom the majority were: aged 51-60 years (40%), with higher education (44%) and from urban areas (63%). The appropriateness of the age structure was assessed positively, while in the case of gender, where the proportions of women and

men were about half each, it was noted that cardiac issues more often affect men, which should be considered a disproportion. Considering the territorial distribution, the largest number of participants were from Gdynia (21%), the districts of Starogard (13%) and Sztum (11%). Significant territorial disparities were observed in the scale of participation in the support, which can hardly be explained otherwise than by variations in the effectiveness of information and recruitment activities undertaken in the project, in different parts of the voivodeship.

The beneficiary rated highly the relevance of the activities implemented to the recipients' demands. Simultaneously, when assessing the project in retrospect, recognises that improvements would need to be made to the project in terms of its scope or the method of delivery for more effective cardiac rehabilitation. These relate to reducing the period of mandatory participation in the project (to a maximum of six months) and increasing the individualisation of rehabilitation programmes for individual participants. The findings of a generally high adequacy of support were also confirmed in their opinions by project stakeholders.

Respondents most often cited gaining outcomes in terms of: increased knowledge of their own health situation (85.2%) and healthy lifestyle (70.5%), improved wellbeing (78.1%) as well as undertaking more physical activity than before the project (70.5%). Some of the key outcomes perceived by participants in the qualitative study appeared to be: acceleration of access to cardiology consultations and cardiac rehabilitation, an increase in the level of participants' interest in benefiting from preventive healthcare, an improvement in the health status of rehabilitation participants and - to be considered an important unplanned effect - the detection of other types of conditions under cardiology diagnostics.

The achievement of the objectives within the RHP Cardiac Rehabilitation shall be confirmed by the fact that the activities planned in the various stages of RHP implementation as a tool for achieving the main objective and specific objectives have been completed.

The implementation of the RHP Cardiac Rehabilitation by a single entity throughout the voivodeship should be evaluated positively. Such a model has brought a number of benefits, including: the possibility to involve a high-potential actor in the implementation of the RHP, close coordination and coherence of the activities carried out under the RHP or ensuring wide territorial accessibility of the support.

The Significance of the PV ROP Projects in Cancer Prevention in the Pomorskie Voivodeship

Cancer prevention support covered the following cancer diseases: colorectal cancer, cervical cancer, breast cancer (one project was implemented for each type of cancer). Cancer prevention projects were attended by 58,000 beneficiaries, the vast majority of whom (39,600) were participants in breast cancer prevention, 11,400 were participants in cervical cancer prevention and 7,000 benefited from colorectal cancer prevention. The gender and age structure of the participants was assessed as demand-appropriate. However, when dividing between urban and rural participants, a disproportion (overrepresentation of people from urban areas) was observed only for colorectal cancer prevention. Concerning spatial distribution, in the case of colorectal cancer and cervical cancer prevention, there is a significant overrepresentation of participants from Gdańsk. Beneficiaries rated the adequacy of support to requirements highly and rarely perceived the need for changes in the profile of the projects implemented. Project participants were also highly positive about the suitability of support to the needs.

Among the effects most frequently cited by project participants are: facilitated opportunities to take part in preventive examinations (58.1% of respondents), increased knowledge: about the condition of their own health in terms of the presence of cancer (56.6%), on the need to take care of their health (46.3%) and about cancer and its early detection (41.6%), and to improve their wellbeing (50.3%).

Beneficiaries have had no difficulty in recruiting the targeted number of participants to the projects, nor have there been indications of any participation difficulties. The surveyed participants also overwhelmingly did not perceive any challenges in participating in the project, which confirms the efficiency of the project implementation process.

Impact of the PV ROP Projects Aimed at Reducing Risk Factors in the Workplace, Including Improving Occupational Safety in Relation to the COVID-19 Pandemic

As at the end of September 2023, 9,406 participants were involved in projects on eliminating risk factors in the workplace, the majority of whom were women (72%), those with higher education (72%) and persons from urban areas (74%). The supported entities included 68 enterprises, 27 local government units, 26 medical entities, 23 educational establishments (schools) and 7 non-governmental organisations.

Within the supported workplaces, the following risk factors were identified, among others, which formed the baseline for the subsequent project activities:

- sedentary working patterns of office workers; fixed, forced working postures; poor ergonomics of workstations and unsuitable workplaces;

- stress; time pressure; mental workload; fatigue; insomnia; anxiety; nervousness; concentration problems; appetite disorders; digestive problems; insecurity and job stability; feelings of job burnout; team conflicts; communication problems;
- visual strain (prolonged work at a computer screen);
- strain on the speech organ (prolonged speaking).

The following types of activities were primarily undertaken in risk factor elimination projects: preventive examinations, consultation with a physiotherapist, psychological counselling or workshops, in-depth analysis of risk factors in the workplace, rehabilitation support, medical advice, information and education activities, retrofitting of workplaces.

Both beneficiaries and project participants positively assessed the adequacy of the support. This was certainly influenced by the ability to highly customise the scope of individual projects and tailor them to the requirements of specific workplaces.

Participants most commonly highlighted gaining outcomes in terms of improved wellbeing (66.3%), facilitating opportunities to participate in preventive screenings (58.1%), greater knowledge of their own health (60.2%) and improved physical health (59.8%).

Under Sub-measure 5.4.2, three projects were implemented to improve occupational safety in relation to the COVID-19 pandemic, in which 133 entities were supported. The majority of these were social care homes, hospices and nursing homes, but healthcare providers and cultural institutions were also supported. The largest number of supported entities (37) was located in the area of Gdańsk, in the other districts the number of supported entities is considerably smaller (e.g. in the district of Nowy Dwór, Gdańsk and Sztum, only 2 entities per district were supported).

The projects for combating/preventing the effects of the COVID-19 pandemic focused on the provision of resources and equipment for disinfection and decontamination, personal protective equipment and isolation facilities. Beneficiaries and supported entities rated the adequacy of support to needs highly. The demand to change or extend the scope of projects was also rarely perceived.

The most relevant results of the projects as perceived by the beneficiaries and supported entities are: improvement of work safety, reduction of the number of infections as well as enhancement of the activities of the supported entities.

Synthetic Evaluation of the Implementation of Support Objectives under Investment Priority 8vi of the ROP PP

The degree of realisation of the majority of the output indicators assigned to Investment Priority 8vi significantly exceeds the target values. Regarding the result indicators, significantly higher values than expected occurred in the indicator "Number of individuals who, due to European Social Fund intervention, registered for a preventive examination". However, for the indicator "Number of persons who undertook employment or continued employment after leaving the Programme [person]", the expected results are not satisfactory, as instead of the expected increase of 5 p.p., a decrease of 14 p.p. in relation to the baseline value is anticipated.

When describing difficulties in achieving the target values of the indicators, beneficiaries referred mainly to: the problem of participants cancelling participation in projects, lower than expected enrolment and the negative impact of the COVID-19 pandemic.

Beneficiaries and participants had some challenges in assessing the sustainability of the effects achieved by the projects. However, if such specific predictions have already emerged among support recipients, two types of interventions (RHP Cardiac Rehabilitation and RHP Type 2 Diabetes) are dominated by participants perceiving the potential for long-term sustainability, i.e. of 5 years or more. This was analogous in cancer prevention projects. In contrast, participants in occupational risk factor projects more often indicated a shorter sustainability of the results obtained.

Implementation Recommendations for the Financial Perspective 2021-2027

Recommendations were made on the basis of the analysis of the collected empirical material and using the expertise. From the perspective of the results of this analysis, the following should be considered crucial:

- **Implementation of a model for the support of risk factors in the workplace allowing for the widest possible impact of the preventive actions taken** – This is primarily a matter of consideration: **(a)** actions targeted directly at workers, which would include support in the area of diagnostics and awareness-raising on selected risk factors in the workplace, **(b)** educational activities aimed directly at workers that do not address specific risk factors in the workplace, but relate to general health determinants affecting the length of working life, **(c)** activities aimed at employers related to the retrofitting / adaptation of workplaces.
- **Introduce arrangements to ensure the selection of prevention implementers who have the appropriate capacity and guarantee proper implementation of projects** – The recommended measures should relate primarily to placing particular emphasis in the evaluation process on verification of the project provider's human and organisational potential and its cooperation capacity, and

considering conducting the evaluation of grant applications in the form of an expert panel.

- **Prioritising in funded projects actions/solutions focused on increasing the effectiveness of information and recruitment activities** – This would be possible, for example, by: rewarding solutions involving local opinion leaders and entities/organisations relevant to the local community/target group, or rewarding solutions involving occupational health services in conducting information and/or recruitment activities
- **Introduction, where possible, of solutions to increase the attractiveness of the activities from the perspective of the aid recipients and to increase the flexibility of the services provided** – These activities may include, but are not limited to: involving marketing and promotion experts and service design consultants in the development of health prevention programmes/scopes; integration of support for the promotion of healthy lifestyles (irrespective of the type of health problem being prevented) into preventive health measures; offering diagnostic packages rather than single types of tests; requiring or rewarding mobile health checkpoint solutions (for diagnostic measures) from project developers; non-application of territorial restrictions on the use of support by residents of the Pomorskie Voivodeship.

Wprowadzenie

Niniejszy dokument został opracowany w ramach realizacji na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego badania ewaluacyjnego pn. „**Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020**”. W tej części przedstawiono informacje dotyczące uzasadnienia realizacji badania oraz opis przedmiotu badania, w tym główne cele i założenia badania. W kolejnej części scharakteryzowano zastosowaną metodologię oraz źródła informacji wykorzystane w badaniu. Zasadniczą część merytoryczną raportu stanowi rozdział „Opis wyników badania”, zaś podsumowaniem części merytorycznej jest rozdział zawierający wnioski i rekomendacje. Raport zamykają spisy obiektów zamieszczonych w raporcie.

UZASADNIENIE REALIZACJI BADANIA (NA PODSTAWIE OPZ)

Badanie realizowane było w związku z wymogiem dotyczącym analizy sposobu, w jakim wsparcie Europejskich Funduszy Strukturalnych i Inwestycyjnych przyczyniło się do osiągnięcia celów Priorytetu Inwestycyjnego (PI) 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się w ramach Osi Priorytetowej (OP) 5 Zatrudnienie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 (RPO WP lub Program), zgodnie z art. 56 ust. 3 Rozporządzenia nr 1303/2013¹ oraz wynikało z Planu Ewaluacji RPO WP². W PI 8vi RPO WP realizowane są projekty mające na celu zwiększenie udziału mieszkańców w programach zdrowotnych dotyczących chorób stanowiących istotną barierę w utrzymaniu i wydłużaniu aktywności zawodowej w regionie. Wdrażanie PI 8vi odbywa się za pośrednictwem Działania 5.4. Zdrowie na rynku pracy, w skład którego wchodzi dwa poddziałania:

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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 (Dz.U. UE L 347 z 20.12.2013 ze zm.).

² Plan Ewaluacji RPO WP przyjęty uchwałą nr 2/XVIII/23 Komitetu Monitorującego RPO WP z dnia 12 września 2023 r.

- 5.4.1. Zdrowie na rynku pracy – mechanizm Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT),
- 5.4.2. Zdrowie na rynku pracy.

Planowanym efektem wsparcia w PI 8vi jest wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa, którzy w niewystarczającym stopniu korzystają z profilaktyki zdrowotnej oferowanej przez system zdrowia. Mieszkańcy regionu mają niską świadomość, jeśli chodzi o rolę profilaktyki i promocji zdrowego trybu życia w zapobieganiu chorobom, które stanowią istotną barierę w utrzymaniu i wydłużaniu aktywności zawodowej. Choroby potencjalnie zagrażające zdrowiu lub skutkujące niepełnosprawnością nie są wykrywane dostatecznie szybko, co zmniejsza szansę na wyleczenie i wpływa negatywnie na aktywność zawodową mieszkańców.

W PI 8vi założono, że w wyniku interwencji nastąpi poprawa stanu zdrowia osób w wieku aktywności zawodowej (w szczególności narażonych na występowanie czynników chorobowych) oraz zmniejszenie poziomu dezaktywacji zawodowej ze względu na chorobę lub niepełnosprawność.

Wsparcie skierowane było na realizację kompleksowych, wieloletnich i wielosektorowych regionalnych programów zdrowotnych (RPZ) – termin stosowany w ramach polityki spójności 2014-2020, różniący się od formalnego nazewnictwa w polskim prawie, co zostało wyjaśnione w dalszej części. RPZ są opracowane i koordynowane przez Samorząd Województwa Pomorskiego. W tym PI mogły też być realizowane programy zdrowotne dotyczące chorób cywilizacyjnych, takich jak: cukrzyca, zaburzenia psychiczne, choroby wieku starczego, układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-mięśniowo-stawowego i układu oddechowego. Wszystkie RPZ muszą wynikać z rozeznaczonych potrzeb i analiz epidemiologicznych i zostać stworzone przy udziale ekspertów, w tym konsultantów wojewódzkich w dziedzinie diabetologii, rehabilitacji i fizjoterapii. Ponadto muszą być opracowane zgodnie z Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020 – Krajowe Ramy Strategiczne oraz uzyskać pozytywną opinię Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Wymagania wobec wskazanych powyżej programów zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 z późn.zm.). Po nowelizacji tej ustawy od dnia 1 stycznia 2015 r. wyróżnia się dwa rodzaje programów:

- Program polityki zdrowotnej, czyli zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów,

polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego (art. 5 ust. 29 a),

- Program zdrowotny, czyli zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia (art. 5 ust. 30).

Program polityki zdrowotnej jest kluczowym narzędziem promocji zdrowia definiowanej jako proces umożliwiający każdemu człowiekowi zwiększenie oddziaływania na jego zdrowie w sensie jego poprawy i utrzymania. Jest ona kombinacją działań edukacyjnych i odpowiedniego wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, organizacyjnego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego dla praktykowania działań sprzyjających zdrowiu (definicja „promocji zdrowia” wg ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.). Z kolei według art. 2 ust. 1 pkt 7 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, promocja zdrowia została określona jako działania umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

W RPO WP wdrażane były dwa programy polityki zdrowotnej – RPZ w zakresie: rehabilitacji kardiologicznej oraz cukrzycy typu 2. W przypadku RPZ dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2 wsparcie odbywało się poprzez mechanizm ZIT oraz projekt dla mieszkańców z obszarów, gdzie przedsięwzięcia ZIT nie są realizowane.

Działania w ramach RPZ objęły przede wszystkim profilaktykę i diagnostykę ukierunkowaną na: wykrywanie chorób cywilizacyjnych, zapobieganie występowaniu chorób ograniczających aktywność zawodową, programy rehabilitacji leczniczej ułatwiające powroty do pracy i zapobieganie niepełnosprawności oraz wydłużenie okresu aktywności zawodowej.

Ponadto w ramach PI 8vi interwencją objęte zostały także działania dostosowane do potrzeb poszczególnych grup pracowników i grup zawodowych obejmujące m.in. ograniczanie czynników ryzyka dla chorób cywilizacyjnych i wynikających ze specyfiki zakładu pracy, badania profilaktyczne, przekwalifikowanie pracowników długotrwale

pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowanie do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia. Wsparciem są objęte działania ukierunkowane na wyeliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, które realizowane było na rzecz pracowników konkretnego pracodawcy w zakresie zgodnym ze zdiagnozowanymi potrzebami oraz na rozwój profilaktyki wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Dodatkowo, w ramach kompleksowych projektów, realizowane były też działania dotyczące promocji zdrowia, w tym akcje profilaktyczne i akcje promujące zdrowy tryb życia.

Interwencja skierowana była także na działania dotyczące poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny pracy oraz wsparcie pracowników, w szczególności pracowników instytucji całonocnego pobytu, którzy w związku z wykonywaniem pracy w warunkach epidemicznych, obciążeni byli ryzykiem zachorowania na COVID-19.

Według danych SL2014 na 30.09.2023 w PI 8vi podpisano umowy na realizację 39 projektów, z których 31 zostało zakończonych. Wdrażane przedsięwzięcia wyczerpują całą alokację przewidzianą w PI 8vi. Wartość projektów ogółem to 117,9 mln zł, przy dofinansowaniu UE na poziomie 111,4 mln zł (cała alokacja została wykorzystana). Udział w alokacji projektów zakończonych wyniósł 59,3%.

Jeśli chodzi o szczegółowe dane: w ramach Poddziałania 5.4.1 (Zdrowie na rynku pracy – mechanizm ZIT) podpisanych zostało 6 umów przy wartości projektów na poziomie 5,5 mln zł oraz wartości dofinansowania UE na poziomie 4,58 mln zł. Wszystkie projekty Poddziałania 5.4.1 są w trakcie realizacji.

W ramach Poddziałania 5.4.2 (Zdrowie na rynku pracy) podpisano 33 umowy o dofinansowanie. Całkowita wartość projektów wynosi 112,4 mln zł, a wartość dofinansowania UE 106,1 mln zł. Jak dotąd zakończono realizację 31 z 33 projektów.

Według danych SL2014 na 30.09.2023 r. w PI 8vi ponad 76,5 tys. osób zostało objętych programami zdrowotnymi, w tym w ramach dwóch RPZ – około 21 tysięcy, a pozostałe osoby uczestniczyły w ramach programów profilaktycznych w zakresie chorób nowotworowych.

Oprócz RPZ i wsparcia z zakresu profilaktyki nowotworowej, zostały wdrożone trzy przedsięwzięcia, których celem było wsparcie podmiotów publicznych w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19. Wsparcie mające na celu radzenie sobie z konsekwencjami pandemii COVID-19 odbywa się także w innych projektach jako element interwencji (RPZ cukrzyca, RPZ rehabilitacja kardiologiczna).

Ponadto, w PI 8vi zrealizowano 25 projektów ukierunkowanych na ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, z których skorzystało do końca września 2023 r. 4,1 tys. pracujących.

Wnioski z tej ewaluacji będą wykorzystane na potrzeby wdrażania wsparcia w ramach kolejnego programu regionalnego w perspektywie finansowej 2021-2027 – Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP). Wyniki badania będą również uwzględnione w sprawozdaniu z zamknięcia RPO WP.

OPIS PRZEDMIOTU BADANIA

Cele badania

Celem głównym badania było określenie efektów interwencji prowadzonej w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych oraz wsparcia profilaktyki nowotworowej, a także interwencji w obszarze eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy realizowanych w ramach RPO WP w kontekście wydłużania aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego. Cel główny został zoperacjonalizowany poprzez następujące cele szczegółowe:

- (1) Ocena realizacji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2.
- (2) Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna.
- (3) Rola projektów RPO WP w profilaktyce nowotworowej w województwie pomorskim.
- (4) Wpływ projektów RPO WP na ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym na poprawę bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.
- (5) Ocena syntetyczna realizacji celów wsparcia w ramach PI 8vi RPO WP.
- (6) Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027.

Problematyka badania

Ewaluacja ma na celu udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Ocena realizacji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2:

1. Jakie działania i w jakim zakresie dotyczące prewencji cukrzycy typu 2 zrealizowano/są realizowane w projektach RPO WP? Ilu mieszkańców

- skorzystało/skorzysta z poszczególnych form wsparcia? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?
2. Na ile skuteczne w ujęciu zdrowotnym i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania w zakresie prewencji cukrzycy typu 2? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeżeli tak, jakie?
 3. Jaka była dostępność mieszkańców do świadczeń zdrowotnych w ramach RPZ (czas oczekiwania, formy komunikacji z realizatorami, możliwość odbycia teleporady)? Jakie technologie (np. jaki sprzęt) były stosowane w procesie diagnostyki oraz interwencji?
 4. W jakim stopniu świadczenia zdrowotne oferowane w ramach RPZ odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Co należałoby zmienić w zakresie udzielanych świadczeń, aby lepiej odpowiadać na potrzeby grupy docelowej?
 5. Na ile skuteczne i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania informacyjne i edukacyjne w zakresie prewencji cukrzycy typu 2? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeśli tak, w jaki sposób to można poprawić? Czy sposób prowadzenia tych działań zmieniał się w trakcie realizacji projektów RPO WP? Jeśli tak, z jakich powodów?
 6. Jaka była/jest struktura uczestników RPZ: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (m.in. miasto-wieś, poszczególne powiaty)? Czy ta struktura odzwierciedla faktyczne potrzeby regionu w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2?
 7. W których projektach RPO WP można zaobserwować większe zainteresowanie mieszkańców udziałem w RPZ? Jakie czynniki o tym decydują (np. płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, sposób rekrutacji uczestników)?
 8. W jakim stopniu projekty RPO WP dotyczyły/dotyczą mieszkańców z tzw. „białych plam” profilaktyki cukrzycowej? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin”) prowadzono/prowadzi się działania projektowe? Na jaką skalę prowadzi się tam działania projektowe?
 9. Czy dzięki realizacji RPZ wzrosła zgłaszalność mieszkańców regionu na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2? Jeśli tak, o ile? Jeśli nie, dlaczego?
 10. Ile osób z niezdiagnozowaną cukrzycą typu 2 w podziale na płeć i wiek wykryto w RPZ? Ile osób w stanie przedcukrzycowym w podziale na płeć i wiek wykryto w RPZ?
 11. Jak skala działań podejmowanych w ramach RPZ ma się do działań z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ?

12. Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w RPZ i dlaczego? Jakie były to problemy? Jakie działania należy podjąć, aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia)?
13. Jakie korzyści (np. większa wiedza na temat zdrowego trybu życia, poprawa stanu zdrowia i samopoczucia, większa aktywność fizyczna) z udziału w RPZ uzyskali uczestnicy projektów RPO WP?
14. W jakim stopniu zostały/zostaną osiągnięte cele określone w RPZ?
15. Jakie znaczenie dla efektów realizacji RPZ miało/ma wykorzystanie mechanizmu ZIT? Jakie wnioski na przyszłość można sformułować na tej podstawie?
16. Jakie konsekwencje dla realizacji RPZ miała/ma pandemia COVID-19? Czy wpłynęła ona na zakres wsparcia oferowany uczestnikom i przebieg realizacji projektów RPO WP? W jaki sposób realizatorzy zapewnili w trakcie jej trwania dostępność do świadczeń przewidzianych w RPZ?

Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja

Kardiologiczna:

17. Jakie działania i w jakim zakresie dotyczące rehabilitacji kardiologicznej zrealizowano/są realizowane w RPZ? Ilu mieszkańców skorzystało/skorzysta z poszczególnych form wsparcia (w tym rehabilitacji hybrydowej)? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?
18. Na ile skuteczne w ujęciu zdrowotnym i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania interwencyjne w zakresie rehabilitacji kardiologicznej? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeżeli tak, to jakie?
19. Jaka była dostępność mieszkańców do świadczeń zdrowotnych w ramach RPZ (czas oczekiwania, formy komunikacji z realizatorami, możliwość odbycia teleporady)? Jakie technologie (np. jaki sprzęt) były stosowane w procesie diagnostyki oraz interwencji?
20. Czy w wyniku realizacji RPZ wzrosła/wzrosnie liczba miejsc świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ambulatoryjnych w regionie? Jeśli tak, gdzie takie miejsca powstały/powstaną? Czy powstały/powstaną one na obszarach, na których ich wcześniej nie było?
21. W jakim stopniu świadczenia zdrowotne oferowane w ramach RPZ odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Co należałoby zmienić w zakresie udzielanych świadczeń, aby lepiej odpowiadać na potrzeby grupy docelowej?

22. Na ile skuteczne i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania informacyjne i edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeśli tak, w jaki sposób to można poprawić? Czy sposób prowadzenia tych działań zmieniał się w trakcie realizacji RPZ? Jeśli tak, z jakich powodów?
23. Jaka była/jest struktura uczestników RPZ: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (m.in. miasto-wieś)? Czy ta struktura odzwierciedla faktyczne potrzeby regionu w zakresie rehabilitacji kardiologicznej?
24. Jakie czynniki decydują o zainteresowaniu mieszkańców udziałem w RPZ (np. płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, sposób rekrutacji uczestników)?
25. W jakim stopniu RPZ dotyczyły/dotyczy mieszkańców z tzw. „białych plam” profilaktyki chorób układu krążenia? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin”) prowadzono/prowadzi się działania projektowe? Na jaką skalę prowadzi się tam działania projektowe?
26. Na jaką skalę prowadzono/prowadzi się w ramach RPZ szkolenia wyspecjalizowanej kadry medycznej? W których powiatach były/są one realizowane?
27. Czy w związku z realizacją RPZ wzrosła/wzrosła liczba pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną w regionie?
28. Jak skala działań podejmowanych w ramach RPZ ma się do działań z zakresu rehabilitacji kardiologicznej prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ?
29. Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w RPZ i dlaczego? Jakie to były problemy? Jakie działania należy podjąć aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia etc.)?
30. Jakie korzyści (np. większa wiedza na temat zdrowego trybu życia, poprawa stanu zdrowia i samopoczucia, większa aktywność fizyczna) z udziału w RPZ uzyskali uczestnicy projektu RPO WP?
31. W jakim stopniu zostały/zostaną osiągnięte cele określone w RPZ?
32. Czy wdrażanie RPZ poprzez jeden, ogólnowojevodzki projekt RPO WP jest optymalnym rozwiązaniem z punktu widzenia: sprawnej realizacji wsparcia, dostępu do usług/świadczeń pacjentów z różnych części województwa, kosztów jednostkowych interwencji? Jeśli nie, w jaki sposób powinno się wdrażać to wsparcie?

33. Jakie konsekwencje dla realizacji RPZ miała/ma pandemia COVID-19? Czy wpłynęła ona na zakres wsparcia oferowany uczestnikom i przebieg realizacji projektu RPO WP? W jaki sposób realizatorzy zapewnili w trakcie jej trwania dostępność do świadczeń przewidzianych w RPZ?

Rola projektów RPO WP w profilaktyce nowotworowej w województwie pomorskim:

34. Jakie działania i w jakim zakresie dotyczące profilaktyki nowotworowej (w podziale na raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego) zrealizowano/są realizowane w projektach RPO WP? Ilu mieszkańców skorzystało/skorzysta z poszczególnych form wsparcia (w podziale na raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego)? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?
35. Na ile skuteczne w ujęciu zdrowotnym i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach projektów RPO WP działania w zakresie profilaktyki nowotworowej? Czy są obszary wymagające poprawy?
36. Jaka była dostępność mieszkańców do świadczeń zdrowotnych w ramach profilaktyki nowotworowej (czas oczekiwania, formy komunikacji z realizatorami, możliwość odbycia teleporady)? Jakie technologie (np. jaki sprzęt) były stosowane w procesie diagnostyki oraz interwencji?
37. Czy świadczenia zdrowotne oferowane w ramach profilaktyki nowotworowej odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Co należałoby zmienić w zakresie udzielanych świadczeń, aby lepiej odpowiadać na potrzeby grupy docelowej?
38. Na ile skuteczne i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w projektach RPO WP działania informacyjne i edukacyjne w zakresie profilaktyki nowotworowej? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeśli tak, w jaki sposób to można poprawić? Czy sposób prowadzenia tych działań zmienił się w trakcie realizacji projektów RPO WP? Jeśli tak, z jakich powodów?
39. Jaka była/jest struktura uczestników poszczególnych projektów RPO WP (osobno dla trzech typów nowotworów): wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (m.in. miasto-wieś, poszczególne powiaty)? Czy ta struktura odzwierciedla faktyczne potrzeby regionu w zakresie profilaktyki poszczególnych rodzajów nowotworów objętych interwencją Programu?
40. W jakim stopniu projekty RPO WP dotyczyły/dotyczą mieszkańców z tzw. „białych plam” profilaktyki nowotworowej? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin”) prowadzono/prowadzi się działania projektowe? Na jaką skalę prowadzi się tam działania projektowe?

41. Czy realizacja projektów RPO WP wpłynęła/wpłynie na zwiększenie zgłaszalności mieszkańców województwa do udziału w programach profilaktyki nowotworowej? Na jakim poziomie była zgłaszalność mieszkańców przed realizacją projektów RPO WP?
42. U ilu uczestników projektów RPO WP wykryto zmiany nowotworowe (w podziale na raka: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego) i zostali oni skierowani do dalszej diagnostyki?
43. Jak skala działań podejmowanych w ramach projektów dotyczących profilaktyki nowotworowej ma się do działań z zakresu profilaktyki nowotworowej prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ?
44. Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w działaniach z zakresu profilaktyki nowotworowej i dlaczego? Jakie były to problemy? Jakie działania należy podjąć, aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia)?
45. Jakie korzyści (np. większa wiedza potrzeby dbania o zdrowie) z udziału we wsparciu uzyskali uczestnicy projektów RPO WP?
46. Jakie konsekwencje dla realizacji wsparcia z zakresu profilaktyki nowotworowej miała/ma pandemia COVID-19? Czy wpłynęła ona na zakres wsparcia oferowany uczestnikom i przebieg realizacji projektów RPO WP? W jaki sposób realizatorzy zapewnili w trakcie jej trwania dostępność do świadczeń przewidzianych w projektach RPO WP?

Wpływ projektów RPO WP na ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym na poprawę bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19:

47. Jakie działania i w jakim zakresie zostały/zostaną wdrożone w projektach w ramach konkursu RPO WP „Czynniki ryzyka w miejscu pracy”? Które działania okazały się najbardziej skuteczne w ograniczaniu ryzyka w miejscu pracy? Jakie efekty one przyniosły? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?
48. Jakie były/są istotne czynniki ryzyka w miejscu pracy w zrealizowanych/realizowanych projektach RPO WP? Czy trafnie dobrano działania je ograniczające?
49. Jakie podmioty i ile podmiotów w podziale na typy (m.in. przedsiębiorstwa, organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, administracja samorządowa, szkoły)

zostało/będzie objętych interwencją w ramach konkursu RPO WP „Czynniki ryzyka w miejscu pracy”?

50. Ilu pracowników w podziale na: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, miejsce zatrudnienia – typ podmiotu zostało objętych wsparciem w zakresie ograniczenia czynników ryzyka w miejscu pracy?
51. Czy realizacja projektów RPO WP wpłynęła/wpłynie na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników objętych działaniami projektowymi? Jeśli tak, kogo ta sytuacja dotyczy (płeć, wiek, rodzaj wykonywanej pracy)? Jeśli nie, dlaczego?
52. Czy w wyniku realizacji projektów RPO WP doszło do zwiększenia wykrywalności chorób potencjalnie zagrażających życiu lub skutkujących niepełnosprawnością? Jeśli tak, ilu pracowników to dotyczyło/dotyczy?
53. W jakim stopniu zrealizowane/realizowane projekty RPO WP uwzględniają potrzeby osób z niepełnosprawnościami? Czy działania podjęte w projektach przyczyniły/przyczynią się do poprawy warunków pracy pracowników z niepełnosprawnościami?
54. Jakie działania i w jakim zakresie zostały podjęte w projektach RPO WP w celu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 (tryb nadzwyczajny)? Jakie było ich znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa pracy we wspartych podmiotach?
55. Jakie podmioty i ile podmiotów w podziale na typy (m.in. domy pomocy społecznej, podmioty lecznicze, instytucje kultury) zostało wspartych w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19? Ilu i jakich gmin oraz powiatów to dotyczyło?
56. Ilu pracowników w podziale na typy podmiotów zostało objętych wsparciem w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19?

Ocena syntetyczna realizacji celów wsparcia w ramach PI 8vi RPO WP:

57. Na ile trafne i efektywne okazały się zastosowane w RPO WP preferencje projektowe?
58. Jaki jest/będzie poziom realizacji założonych celów RPO WP zdefiniowanych w opisie Programu w ramach celów szczegółowych, rezultatów, wskaźników programowych i ukierunkowania interwencji w PI 8vi? Jakie czynniki go determinują?
59. Na ile trwałe będą efekty realizacji projektów RPO WP?

Rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027:

60. Biorąc pod uwagę efekty wdrażania RPO WP, na jakie wsparcie w ramach zatwierdzonego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP) w zakresie zdrowia na rynku pracy/aktywnego i zdrowego starzenia się, a także w zakresie planowanych do realizacji programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu należy położyć szczególny nacisk i dlaczego? Jakie działania wspomagające należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty przewidzianej interwencji w tym obszarze?
61. Jakie projekty realizowane w ramach RPO WP charakteryzowały się wysoką skutecznością i efektywnością i czy w kontekście istniejących potrzeb w regionie należałoby je kontynuować w perspektywie finansowej 2021-2027?
62. Jakie czynniki będą determinowały wsparcie w zakresie zdrowia na rynku pracy w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie działania w związku z tym należy uwzględnić w systemie wdrażania FEP (poziom dokumentów wdrożeniowych)?

Opis zastosowanej metodyki oraz źródła pozyskania informacji

ANALIZA DANYCH ZASTANYCH (DESK RESEARCH)

Analiza podstawowych dokumentów źródłowych nazywana również wtórną analizą danych polega na zbieraniu, porządkowaniu, analizie i interpretacji wszelkich danych, które nie powstały na potrzeby niniejszego badania, lecz zostały opracowane czy zgromadzone przez inne podmioty i ze względu na zakres informacji w nich zawarty są związane z problematyką badania.

W ramach analizy danych zastanych zastosowany został dobór celowy, polegający na włączeniu w zakres analiz wszystkich danych, które mogą się okazać przydatne z perspektywy celu badania. W analizie zostały uwzględnione następujące dokumenty i źródła informacji:

Poziom regionalny:

- Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020;
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych RPO WP wraz z załącznikami;
- Sprawozdania roczne z realizacji RPO WP
- Dane finansowe i rzeczowe dotyczące realizacji PI 8vi RPO WP, udostępnione przez Zamawiającego z SL2014;
- Dane pochodzące z wniosków o dofinansowanie projektów realizowanych w PI 8vi RPO WP oraz inne materiały związane z dokumentacją projektową udostępnione przez Zamawiającego;
- Dokumentacja konkursowa dla naborów obejmujących Działania w PI 8vi RPO WP, stanowiąca załączniki do ogłoszenia o naborze wniosków o dofinansowanie;
- Raporty końcowe z badań ewaluacyjnych, obejmujące wątki zdrowotne i opiekę w RPO WP;
- Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020, przyjęta Uchwałą nr 458/XXII/12 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 24 września 2012 r.;
- Plan Zarządzania Strategią Rozwoju Województwa Pomorskiego 2020, przyjęty Uchwałą nr 1100/202/20 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 26 listopada 2020 r.;

- Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia Zdrowie dla Pomorzan;
- Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna, przyjęty uchwałą nr 95/301/18 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 25 stycznia 2018 r.;
- Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2, zmieniony uchwałą nr 1207/310/21 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 16 grudnia 2021 r.;
- Mapy potrzeb zdrowotnych;
- Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa pomorskiego oraz jego następcy prawnego: Wojewódzki Plan Transformacji na lata 2022-2026;
- Program Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, zatwierdzony decyzją wykonawczą Komisji Europejskiej nr C(2022) z dnia 7 grudnia 2022 r. lub jego zmiany udostępnione przez Zamawiającego po podpisaniu umowy;
- Strategia Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030, przyjęta Uchwałą nr 376/XXXI/21 Sejmiku Województwa Pomorskiego z dnia 12 kwietnia 2021 r.;
- Plan zarządzania Strategią Rozwoju Województwa Pomorskiego 2030, przyjęty Uchwałą nr 753/373/22 Zarządu Województwa Pomorskiego z dnia 28 lipca 2022 r.;
- Regionalny Program Strategiczny w zakresie bezpieczeństwa zdrowotnego i wrażliwości społecznej;
- Inne ogólnodostępne materiały dotyczące wytycznych klinicznych w dziedzinie diabetologii, kardiologii, onkologii;
- Inne materiały dostępne na stronach Zamawiającego lub udostępnione przez Zamawiającego;

Poziom krajowy:

- Umowa Partnerstwa 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 monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020 z 18 maja 2020 r. wraz z załącznikami;
- Wytyczne w zakresie realizacji zasady równości szans i niedyskryminacji, w tym dostępności dla osób z niepełnosprawnościami oraz zasady równości szans kobiet

i mężczyzn w ramach funduszy unijnych na lata 2014-2020 wraz z Załącznikiem nr 2

- Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.), przyjęta przez Radę Ministrów 14 lutego 2017 r.;
- Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030 przyjęta przez Radę Ministrów 17 września 2019 r.;
- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne;
- Ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- Ustawa z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia;
- Umowa Partnerstwa na lata 2021-2027;
- Zdrowa Przyszłość. Ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021-2027, z perspektywą do 2030 r.;
- Inne materiały dostępne na stronie Ministerstwa Funduszy i Polityki Regionalnej;
- Informacje dostępne na stronie Ministerstwa Zdrowia m.in. o programach polityki zdrowotnej, funduszach dla zdrowia;

Poziom unijny i międzynarodowy:

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiającego 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;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1304/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. w sprawie Europejskiego Funduszu Społecznego i uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1081/2006;
- Rozporządzenie delegowane Komisji (UE) nr 480/2014 z dnia 3 marca 2014 r. uzupełniające rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 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;

- Inne materiały dostępne na stronach: Komisji Europejskiej, Parlamentu Europejskiego;
- Agenda na rzecz Zrównoważonego Rozwoju 2030 – Rezolucja, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne w dniu 25 września 2015 r.

BADANIE MIXED-MODE (CAWI/CATI)

Badanie Mixed-Mode (obejmujące techniki: CAWI i CATI) zostało przeprowadzone z trzema kategoriami respondentów: beneficjentami projektów RPO WP objętych niniejszą ewaluacją, uczestnikami projektów RPO WP objętych niniejszą ewaluacją oraz podmiotami korzystającymi ze wsparcia w ramach projektów mających na celu poprawę bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.

W przypadku badania beneficjentów zastosowano dobór quasi-zupełny. Populacja badania wynosiła 39 projektów, z czego zrealizowano 33 ankiety, co oznacza uzyskanie wskaźnika response rate na poziomie 84,6%.

W przypadku badania uczestników ewaluowanych projektów założono dobór losowo-warstwowy nieproporcjonalny, tak by zapewnić odpowiednią liczbę ankiet w ramach poszczególnych obszarów interwencji. W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące dokładnej struktury próby (w wariacie założonym i zrealizowanym).

Tabela 1. Struktura próby założonej i zrealizowanej w badaniu Mixed-Mode uczestników projektów w Działaniu 5.4 RPO WP

Warstwa	Założona próba - kobieta	Założona próba - mężczyzna	Zrealizowana próba - kobieta	Zrealizowana próba - mężczyzna
RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT	100	100	111	102
RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT	100	100	117	127
RPZ Rehabilitacja kardiologiczna	100	100	123	114
Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego	100	100	113	117
Profilaktyka nowotworów - rak piersi	100	0	112	0
Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy	100	0	107	0
Czynniki ryzyka w miejscu pracy	100	100	132	117
RAZEM	700	500	815	577

Źródło: opracowanie własne

Pierwotnie założono także realizację badania ankietowego wśród uczestników projektów dotyczących zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19, jednak ze względu na niedostępność danych kontaktowych zrezygnowano z tego modułu badania. Informacje dotyczące tego elementu wsparcia pozyskano natomiast w ramach dodatkowego komponentu badania, jakim było badanie ilościowe podmiotów, które zostały wsparte w ramach interwencji dotyczącej zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. Badaniem objęto populację 132 podmiotów, uzyskując 110 wypełnionych ankiet, co oznacza responsywność na poziomie 83,3%.

WYWIADY POGŁĘBIONE

W ramach wywiadów pogłębionych zastosowany został dobór celowy polegający na zapraszaniu do badania osób pracujących w jednostkach organizacyjnych realizujących zadania powiązane z przedmiotem badania. W każdej z jednostek zastosowany został nieco inny wariant doboru celowego, który przedstawiony został poniżej:

- UMWP – Departament Europejskiego Funduszu Społecznego (DEFS) (w zakresie zarządzania i wdrażania wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4) – zaplanowano realizację 6 wywiadów, ze względu na podział zadań i kompetencji w ramach DEFS zrealizowano 4 wywiady;
- UMWP – Departament Rozwoju Regionalnego i Przestrzennego (DRRiP) (w zakresie: planowania strategicznego w obszarze zdrowia; programowania dotyczącego RPO WP) – zaplanowano 2 wywiady, przeprowadzono 1 wywiad z osobą posiadającą wiedzę w odniesieniu do całości zagadnień przewidzianych w ramach obu wywiadów;
- UMWP – Departament Zdrowia (DZ) (w zakresie: analiz dotyczących sytuacji regionu w obszarze zdrowia; realizacji zadań w zakresie programów zdrowotnych i promocji zdrowia; wdrażania Regionalnego Programu Strategicznego Zdrowie dla Pomorza) – zaplanowano 3 wywiady, przeprowadzono 1 wywiad w formie triady;
- Instytucja Pośrednicząca ZIT (w zakresie wdrażania Poddziałania 5.4.1 Zdrowie na rynku pracy – mechanizm ZIT) – przeprowadzono 1 wywiad;
- Eksperti zaangażowani w opracowanie RPZ – przeprowadzono 1 wywiad z osobą reprezentującą UMWP, która była zaangażowana w proces opracowywania obu RPZ objętych niniejszą ewaluacją;
- Podmioty zaangażowane w realizację działań projektowych – przeprowadzono 7 wywiadów z osobami reprezentującymi podmioty niebędące beneficjentami, które

były zaangażowane w realizację działań projektowych w ramach obu ewaluowanych RPZ oraz w zakresie profilaktyki nowotworowej.

Pierwotnie, w ramach wywiadów pogłębionych zaplanowano także realizację 9 wywiadów z podmiotami/jednostkami, którym udzielono wsparcia dot. zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. W trakcie prowadzenia niniejszej ewaluacji dokonano jednak – w konsultacji z Zamawiającym – zmiany podejścia i podmioty te objęto badaniem ankietowym, co pozwoliło przeprowadzić analizę dla większej liczby podmiotów niż miałyby to miejsce w wariantcie wywiadów jakościowych (132 wypełnione ankiety wobec 9 pierwotnie zaplanowanych wywiadów pogłębionych).

STUDIUM PRZYPADKU

Przedmiotem studiów przypadku opracowanych na potrzeby niniejszego badania ewaluacyjnego były dobre praktyki w realizacji projektów wdrażanych w ramach obszaru objętego ewaluacją.

W ramach studium przypadku zastosowany został dobór celowy polegający na zapewnieniu reprezentatywności typologicznej charakteryzowanych rozwiązań. Na potrzeby raportu opracowano studia przypadku dotyczące 3 przedsięwzięć.

BENCHMARKING PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH

Benchmarking został w ewaluacji zastosowany jako technika badawcza odnosząca się do programów zdrowotnych realizowanych poza woj. pomorskim, których zakres merytoryczny jest zbieżny z obszarem tematycznym działań realizowanych w Działaniu 5.4 RPO WP, które obejmuje badanie. Przedmiotem analizy były zapisy programów opiniowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji oraz treść opinii ich dotyczących, które zostały przygotowane przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

W przypadku benchmarkingu został zastosowany dobór celowy. Wykonawca przeprowadził analizę programów zdrowotnych opiniowanych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Analiza ta pozwoliła zidentyfikować te programy spoza woj. pomorskiego, które dotyczą tych samych problemów zdrowotnych, co działania realizowane w ramach Działania 5.4 RPO WP (chodzi tutaj o wszystkie typy projektów, nie tylko te, które dotyczą dwóch RPZ wdrażanych w oparciu o wsparcie w Działaniu 5.4 RPO WP). Do dalszej analizy zakwalifikowane zostały te programy, które cechowała zbieżność problemów zdrowotnych stanowiących uzasadnienie danego programu z problemami zdrowotnymi, których dot. działania objęte niniejszą ewaluacją.

Opis wyników badania

Rozdział obejmuje całość analiz przeprowadzonych w ramach przedmiotowej ewaluacji. Prezentacja wyników została przeprowadzona w sposób odzwierciedlający strukturę ocenianej interwencji i zakres badania. Z tego względu wyodrębniono sześć podrozdziałów tematycznych odzwierciedlających cele szczegółowe ewaluacji:

- ocena realizacji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2,
- ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna,
- rola projektów RPO WP w profilaktyce nowotworowej w województwie pomorskim,
- wpływ projektów RPO WP na ograniczenie czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym na poprawę bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19,
- ocena syntetyczna realizacji celów wsparcia w ramach PI 8vi RPO WP,
- rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027.

Z kolei struktura poszczególnych podrozdziałów tematycznych stanowi odzwierciedlenie problematyki badania wynikającej z treści pytań badawczych.

OCENA REALIZACJI REGIONALNEGO PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ DOTYCZĄCEGO PREWENCJI CUKRZYCY TYPU 2

Podrozdział obejmuje całość analiz dotyczących ewaluowanego wsparcia, które wdrażane było poprzez Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2.

Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów

Poniżej przedstawiono całościową charakterystykę podjętych działań i osiągniętych efektów, które realizowano w ramach Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczącego prewencji cukrzycy typu 2. Powiązanie ze sobą kwestii podejmowanych działań i osiągniętych efektów jest uzasadnione faktem, że profilaktyka zdrowotna w wielu aspektach ściśle wiąże ze sobą te dwa elementy. Przykładowo, realizując określone działania diagnostyczne, jednocześnie osiągnąć jest efekt w postaci zapewnienia

dostępności określonego rodzaju diagnostyki w ramach danego problemu zdrowotnego. Z kolei podejmowanie działań edukacyjno-informacyjnych można traktować jako jednoznaczne z efektem upowszechniania wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych (choć oczywiście poziom skuteczności i skala efektów mogą być tutaj zróżnicowane).

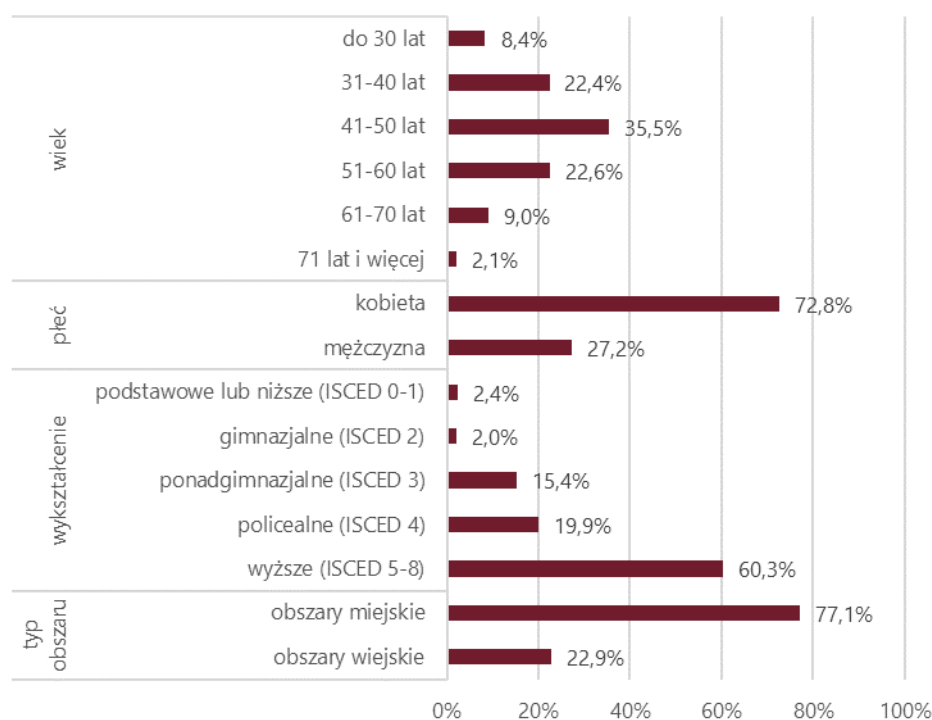
Jeśli chodzi o szczegółowe zagadnienia podejmowane w tej części, to odnoszą się one do poszczególnych pytań badawczych, które dotyczą charakteru podejmowanych działań i osiągniętych efektów i obejmują takie kwestie jak:

- **Charakter i skala podejmowanych działań** („Jakie działania i w jakim zakresie dotyczące prewencji cukrzycy typu 2 zrealizowano/są realizowane w projektach RPO WP? Ilu mieszkańców skorzystało/skorzysta z poszczególnych form wsparcia? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?”);
- **Struktura uczestników RPZ** („Jaka była/jest struktura uczestników RPZ: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (m.in. miasto-wieś, poszczególne powiaty)? Czy ta struktura odzwierciedla faktyczne potrzeby regionu w zakresie profilaktyki cukrzycy typu 2?”);
- **Skala działań w ramach RPZ w relacji do działań finansowanych ze środków NFZ** („Jak skala działań podejmowanych w ramach RPZ ma się do działań z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ?”);
- **Adekwatność wsparcia wobec potrzeb grupy docelowej** („W jakim stopniu świadczenia zdrowotne oferowane w ramach RPZ odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Co należałoby zmienić w zakresie udzielanych świadczeń, aby lepiej odpowiadać na potrzeby grupy docelowej?”);
- **Skuteczność interwencji w ujęciu zdrowotnym** („Na ile skuteczne w ujęciu zdrowotnym i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania w zakresie prewencji cukrzycy typu 2? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeżeli tak, jakie?”);
- **Skuteczność działań informacyjno-edukacyjnych** („Na ile skuteczne i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania informacyjne i edukacyjne w zakresie prewencji cukrzycy typu 2? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeśli tak, w jaki sposób to można poprawić? Czy sposób prowadzenia tych działań zmieniał się w trakcie realizacji projektów RPO WP? Jeśli tak, z jakich powodów?”);

- **Wpływ na zgłaszalność na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2** („Czy dzięki realizacji RPZ wzrosła zgłaszalność mieszkańców regionu na badania przesiewowe w kierunku cukrzycy typu 2? Jeśli tak, o ile? Jeśli nie, dlaczego?”);
- **Wykrywalność cukrzycy typu 2 i stanu przedcukrzycowego** („Ile osób z niezdiagnozowaną cukrzycą typu 2 w podziale na płeć i wiek wykryto w RPZ? Ile osób w stanie przedcukrzycowym w podziale na płeć i wiek wykryto w RPZ?”);
- **Korzyści uczestników projektów** („Jakie korzyści (np. większa wiedza na temat zdrowego trybu życia, poprawa stanu zdrowia i samopoczucia, większa aktywność fizyczna) z udziału w RPZ uzyskali uczestnicy projektów RPO WP?”).

W pierwszej kolejności przedstawiona została struktura uczestników projektów realizowanych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

Wykres 1. Struktura społeczno-demograficzna uczestników RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=9406; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

W przypadku struktury wiekowej, dominującą kategorią uczestników były osoby w wieku 41-50 lat, które stanowią ponad jedną trzecią wszystkich uczestników (35,5%). Dwie pozostałe najliczniej reprezentowane kategorie wiekowe to osoby nieco młodsze, w wieku 31-40 lat (stanowiące 22,4% wszystkich uczestników) oraz nieco starsze, w wieku 51-60 lat (22,6%). Taka struktura nie powinna zaskakiwać w kontekście problemu zdrowotnego, którego dotyczy i występujących w przypadku tego problemu grup ryzyka, a tym samym

może być uznana za właściwą. Wydaje się, że relatywnie mniejszy odsetek osób starszych wynika z faktu, iż uczestnikami projektu mogły być osoby z niezdiagnozowaną cukrzycą – wśród osób starszych prawdopodobieństwo uchwycenia stanu przedcukrzycowego lub cukrzycy jest już mniejsze ze względu na przeciętny wiek występowania tego rodzaju schorzeń. Na pewno korzystna byłaby natomiast sytuacja relatywnego zwiększenia odsetka osób poniżej 40 roku życia, które byłyby włączane w profilaktykę dot. cukrzycy typu 2 (biorąc pod uwagę coraz większą częstość zapadania na cukrzycę typu 2 wśród osób z tej grupy wiekowej).

Raczej negatywnie ocenić należy natomiast strukturę uczestników RPZ Cukrzyca typu 2 ze względu na płeć, gdzie zdecydowanie dominują kobiety (72,8%). Choć kobiety są bardziej narażone na cukrzycę typu 2, to jednak zidentyfikowane dysproporcje pomiędzy płciami w populacji uczestników RPZ uznać należy za zbyt duże. Wydaje się więc, że w jakimś stopniu są one odzwierciedleniem praktyk zdrowotnych obu płci i większej aktywności kobiet w podejmowaniu działań profilaktycznych, a tym samym, że podejmowane w RPZ działania nie zaowocowały przewyższeniem relatywnej pasywności w tym obszarze wśród mężczyzn. W badaniu jakościowym zwrócono w kontekście struktury płciowej uczestników także uwagę na fakt, iż mogła to być konsekwencja podejścia do prowadzenia działań promocyjnych i rekrutacyjnych. Jeśli bowiem były one prowadzone w oparciu o placówki ochrony zdrowia (np. w ramach systemu podstawowej opieki zdrowotnej), to częściej ich odbiorczyniami były kobiety, które relatywnie częściej korzystają z usług tego rodzaju placówek.

Z przedstawionych danych wynika również, że wśród uczestników RPZ Cukrzyca typu 2 dominowały osoby relatywnie dobrze wykształcone (aż 60,3% osób miało wykształcenie wyższe), a także zamieszkałe na obszarach miejskich (77,1%). W przypadku drugiej ze wspomnianych prawidłowości można ją częściowo uznać za wypadkową faktu, iż większa część RPZ Cukrzyca typu 2 (pod względem alokowanych środków i założonej liczby uczestników projektów) była wdrażana na obszarze objętym ZIT. Ale już pierwsza kwestia (bardzo ograniczony udział osób o relatywnie niższym poziomie wykształcenia) z punktu widzenia zapewnienia szerokiej dostępności oferowanego wsparcia traktować należy jako problem. Warto w tym miejscu podkreślić – na co zwracano uwagę także w badaniu jakościowym – że w perspektywie finansowej 2021-2027 działania w obszarze profilaktyki zdrowotnej powinny być kierowane przede wszystkim do części województwa stanowiących „białe plamy” w dostępności określonych świadczeń zdrowotnych oraz do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym. Uwzględniając faktyczny efekt działań rekrutacyjnych w RPZ Cukrzyca typu 2 można zauważyć, że skuteczna realizacja działań profilaktycznych uwzględniających przywołane obwarowania może stanowić problem, a

tczewskiego to 15,3% całości odbiorców wsparcia, a udział tego powiatu w populacji województwa wynosi 5%. W przypadku obu wskazanych wyżej powiatów udziały uczestników wyraźnie przewyższają ich udziały w populacji mieszkańców, w konsekwencji mówić możemy o nadreprezentacji uczestników z tych części województwa w stosunku do struktury populacji mieszkańców. Jeśli chodzi o mieszkańców pozostałych powiatów, to w żadnym z nich nie mamy do czynienia ze skalą uczestnictwa jego mieszkańców na poziomie przekraczającym 10% wszystkich uczestników. Jednocześnie, w przypadku kilku powiatów występuje sytuacja, że ich mieszkańcy stanowią nie więcej niż 1% wszystkich uczestników. Chodzi tutaj o takie powiaty jak: m. Sopot (0,9% wszystkich uczestników przy udziale w populacji mieszkańców regionu 1,4%), nowodworski (0,7% uczestników, 1,4% mieszkańców), bytowski (0,5% uczestników, 3,3% mieszkańców), kartuski (0,4% uczestników, 6,4% mieszkańców) oraz człuchowski (0,1% uczestników, 2,3% mieszkańców). W przypadku tych powiatów mamy do czynienia z niedoreprezentacją uczestników w stosunku do struktury populacji, w największym stopniu dotyczy to powiatów: kartuskiego i bytowskiego.

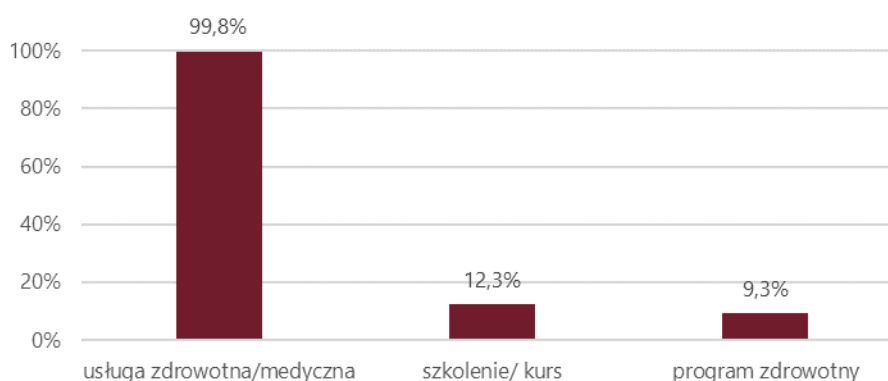
Taki stan rzeczy pod względem zróżnicowania terytorialnego uczestników ocenić należy ambiwalentnie³. Z jednej bowiem strony, wsparcie realizowane w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 trafiło do mieszkańców wszystkich 20 powiatów woj. pomorskiego. Z drugiej jednak, blisko połowę wszystkich uczestników stanowią mieszkańcy Gdańska oraz powiatu tczewskiego. Jeśli przyjrzymy się liczebnościom uczestników w poszczególnych projektach, to znajdziemy wyjaśnienie takiego stanu rzeczy. Aż 3237 osób to uczestnicy projektu „Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy - program polityki zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 u osób w wieku aktywności zawodowej na terenie Miasta Gdańska i Gminy Stegna” (i jest to zdecydowanie najliczniejsze przedsięwzięcie), a 1076 osób to uczestnicy projektu „STOP CUKRZYCY - program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie powiatu tczewskiego”. By uświadomić sobie wpływ skali tych przedsięwzięć na zróżnicowanie terytorialne populacji uczestników projektów warto wskazać, że projekt adresowany do mieszkańców trzech powiatów: gdyńskiego, wejherowskiego i puckiego („Program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie powiatów : gdyńskiego, wejherowskiego i puckiego”) objął wsparciem 1613 osób, a projekt realizowany w części województwa poza obszarem ZIT zrealizował pomoc dla 2 577 osób.

³ Uzupełnieniem niniejszych analiz są wnioski zawarte w części „Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia”, gdzie struktura terytorialna uczestników projektów została poddana ocenie w kontekście występowania „białych plam” w woj. pomorskim dotyczących profilaktyki cukrzycowej.

Dotychczasowa analiza zobrazowała skalę udzielonego wsparcia poprzez przedstawienie danych dotyczących populacji uczestników projektów. W kolejnych fragmentach rzeczona skala zostanie natomiast zilustrowana poprzez odniesienie do charakteru działań, jakie były podejmowane w ewaluowanych projektach.

Na poniższym wykresie zaprezentowano – pochodzące ze sprawozdawczości w ramach systemu SL2014 – dane dotyczące form wsparcia udzielonego uczestnikom projektów w RPZ Cukrzyca typu 2.

Wykres 2. Formy wsparcia udzielonego uczestnikom projektów RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=9406; możliwe było uczestnictwo w więcej niż 1 formie wsparcia; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Dominującym profilem wsparcia w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 jest pomoc realizowana poprzez usługę zdrowotną/medyczną – takim rodzajem wsparcia zostali objęci niemal wszyscy uczestnicy projektów (99,8%). Nieco więcej niż co dziesiąty uczestnik (12,3%) skorzystał także ze wsparcia w postaci szkolenia/kursu, natomiast 9,3% uczestników otrzymało pomoc zakwalifikowaną do kategorii „program zdrowotny”.

Zidentyfikowany zakres udzielonej pomocy trafnie odzwierciedla założenia interwencji w ramach RPZ Cukrzyca typu 2. Ze względu na ograniczoną użyteczność informacyjną systemu SL2014, jest on jednak niewystarczająco szczegółowy i precyzyjny, by w pełni scharakteryzować, jakiego rodzaju działania były podejmowane w projektach. Tę bardziej szczegółową charakterystykę przygotowano w związku z tym na podstawie wyników badań pierwotnych.

Wykres 3. Działania podejmowane w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Wszyscy biorący udział w badaniu ewaluacyjnym beneficjenci (6) realizujący RPZ Cukrzyca typu 2 podejmowali w projekcie następujące działania:

- a) konsultacje lekarskie dla uczestników;
- b) warsztaty grupowe uczestników z zespołem interdyscyplinarnym (pielęgniarka lub lekarz, dietetyk, trener-fizjoterapeuta, psycholog lub edukator);
- c) konsultacje indywidualne uczestników projektów z dietetykiem i fizjoterapeutą.

Pięciu beneficjentów realizowało dodatkowo akcję informacyjno-edukacyjną (zawierającą informacje o cukrzycy, ankietę FINDRISC oraz zachęcającą do udziału w Programie) oraz badania z wykorzystaniem doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT).

Do innych realizowanych w ramach projektów działań należą, wskazywane przez dwóch beneficjentów:

- mobilne punkty pobrań, akcje wyjazdowo-profilaktyczne oraz aktywny udział edukatora zdrowotnego zachęcającego do czynnego korzystania ze wsparcia;
- laboratoryjne badanie przesiewowe wskazujące na poziom glukozy.

Na poniższym wykresie przedstawiono liczebności osób, które skorzystały z poszczególnych form wsparcia wskazywanych przez realizatorów projektów.

Wykres 4. Liczba osób biorących udział w poszczególnych działaniach RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode; n=6; pytanie zadawane respondentom, którzy wskazali na podejmowanie poszczególnych rodzajów działań, uczestnicy mogli brać udział w więcej niż 1 rodzaju działań

Najwięcej osób skorzystało z badania z wykorzystaniem testu obciążenia glukozą (14 832) oraz było odbiorcami akcji informacyjno-edukacyjnej (13 808). Z konsultacji indywidualnych z dietetykiem i fizjoterapeutą skorzystały 7 083 osoby, a z konsultacji indywidualnych z lekarzem – 3 939 osób. W warsztatach grupowych wzięło łącznie udział 2 868 osób i była to najmniej zintensyfikowana ilościowo forma wsparcia.

Liczba osób, która skorzystała z poszczególnych rodzajów oferowanej pomocy obrazuje nam skalę zrealizowanego wsparcia, ale zidentyfikowane różnicowania w liczbie osób korzystających z danego rodzaju pomocy odzwierciedlają także logikę interwencji w RPZ Cukrzyca typu 2. Pierwszy jej etap to proces diagnostyczny realizowany w powiązaniu z działaniami informacyjno-edukacyjnymi. W tym etapie, co oczywiste, brali udział wszyscy uczestnicy objęci pomocą. Uczestnictwo w etapach kolejnych było już jednak zależne od wyników diagnostyki z etapu pierwszego, stąd nie może dziwić, że w przypadku konsultacji lekarskich i specjalistycznych oraz warsztatów grupowych odnotowujemy mniejsze liczebności uczestników. A to, że także w tych mniej licznych kategoriach wsparcia obserwujemy określone różnicowania jest bez wątpienia związane z ich specyfiką i adresowaniem ich do uczestników w zależności od tego, jaka była ich sytuacja zdrowotna w kontekście cukrzycy typu 2 (np. na ile niezbędne były konsultacje lekarskie),

ale także z faktycznym zainteresowaniem uczestników i ciągłością ich uczestnictwa w projekcie⁴.

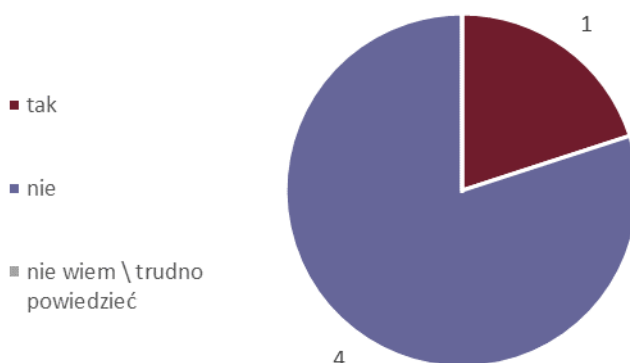
Kwestia działań informacyjno-edukacyjnych była w sposób pogłębiony podejmowana w badaniu jakościowym, gdzie przede wszystkim zwrócono uwagę na takie ich uwarunkowania jak:

- brak jednolitych i skoordynowanych działań upowszechniających profilaktykę cukrzycową i promujących sam RPZ Cukrzyca typu 2, a nie poszczególne projekty (co skutkowało np. zgłaszalnością osób do projektów, które nie mogły skorzystać ze wsparcia w danym przedsięwzięciu ze względu na zamieszkiwanie poza obszarem realizacji projektu);
- dostosowywanie przez projektodawców formy realizowanych działań informacyjno-edukacyjnych do specyfiki poszczególnych grup docelowych (w tym: różnych grup wiekowych), co pozwoliło zapewnić adekwatność prowadzonych działań do potrzeb, preferencji, ale i ograniczeń, poszczególnych kategorii odbiorców;
- podejmowanie przez realizatorów oddolnych działań optymalizujących prowadzone działania informacyjno-edukacyjne (wprowadzenie zdalnych sposobów realizacji tych działań; prowadzenia bloga projektowego; bezpośrednie docieranie z materiałami/ulotkami do mieszkańców), przy jednocześnie ograniczonej skuteczności części z tych działań (np. prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych za pośrednictwem witryn internetowych podmiotów zaangażowanych w realizację projektów);
- oddziaływanie pandemii na wprowadzanie zmian w podejmowanych działaniach informacyjno-edukacyjnych.

To ostatnie wskazanie uczestników badania jakościowego znalazło swoje pogłębienie w badaniu ankietowym beneficjentów, gdzie jednak nie ograniczono się tylko do zmian prowadzonych działań informacyjno-edukacyjnych powodowanych pandemią, ale poddano analizie wszelkie modyfikacje w tym obszarze. Beneficjentów, których projekt obejmował działania typu: akcja informacyjno-edukacyjna zawierająca informacje o cukrzycy, ankietę FINDRISC oraz zachęcająca do udziału w Programie zapytano, czy w trakcie realizacji projektu wprowadzano zmiany w prowadzonych działaniach informacyjno-edukacyjnych.

⁴ Ten problem zostanie szczegółowo podjęty w części „Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia”.

Wykres 5. Deklaracja wprowadzania zmian w prowadzonych działaniach informacyjno-promocyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=5, pytanie zadawane osobom, które zadeklarowały w badaniu prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych

Tylko jeden z pięciu beneficjentów wprowadzał w trakcie projektu zmiany w prowadzonych działaniach informacyjno-promocyjnych. Zmiany te wynikały z małej zgłaszalności osób na badania bezpośrednio do przychodni. W konsekwencji wprowadzono takie rozwiązania jak:

- akcje wyjazdowo-profilaktyczne (mobilny punkt pobrań) w instytucjach/urzędach, przedsiębiorstwach, szkołach, Kołach Gospodyń Wiejskich;
- organizacja wyjazdów do małych społeczności lokalnych na terenie powiatu;
- udział w piknikach, festynach;
- organizacja badań i prelekcji z dietetykiem i edukatorem w szkołach.

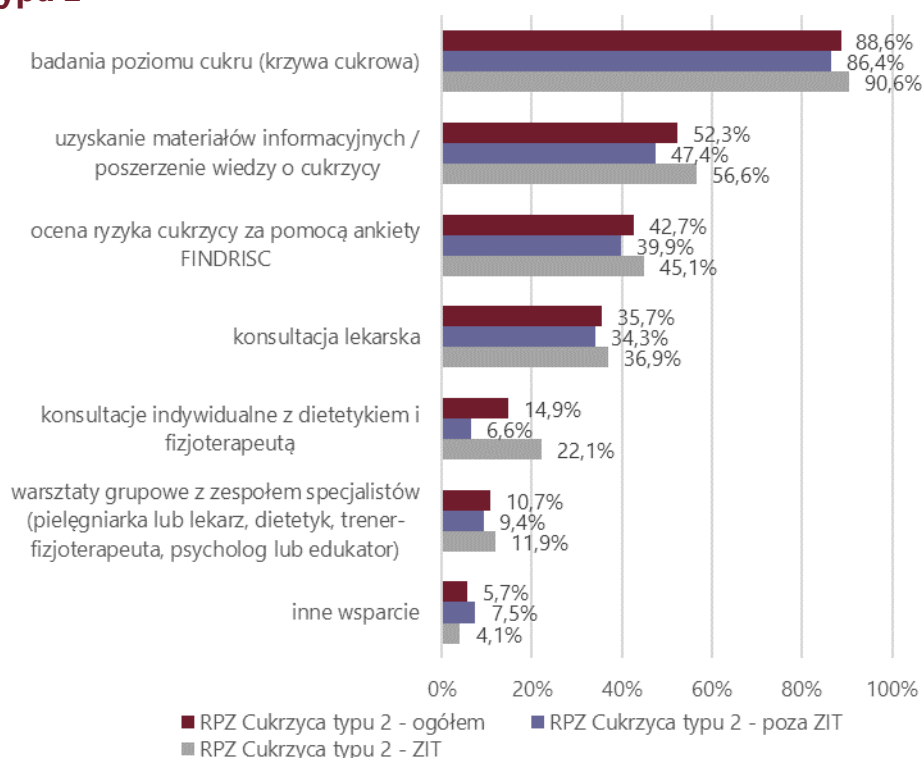
Choć fakt, iż zmiany w prowadzonych działaniach informacyjno-promocyjnych były podejmowane tylko w jednym projekcie może świadczyć o tym, iż w pozostałych przedsięwzięciach zostały one pierwotnie trafnie zaplanowane. Jak jednak wykaże późniejsza analiza, problem ograniczonej zgłaszalności występował na szerszą skalę, stąd może dziwić, że w pozostałych projektach nie podejmowano działań w wymiarze informacyjno-promocyjnym, które mogłyby problem mniejszej niż zakładano zgłaszalności zniwelować.

Generalnie jednak, w kontekście powyższych wyników podejmowane w projektach działania informacyjno-promocyjne uznać należy za skuteczne, jeśli chodzi o docieranie do potencjalnych uczestników projektów. Podkreślić tutaj należy przede wszystkim aspekt dostosowywania prowadzonych działań do specyfiki poszczególnych grup docelowych. Inną sprawą jest jednak to, że sama skuteczność dotarcia z podejmowanymi działaniami informacyjnymi do potencjalnych odbiorców nie może być traktowana jako czynnik gwarantujący skuteczną rekrutację, jeśli z punktu widzenia tych odbiorców oferowane im

wsparcie nie było dla nich wystarczająco atrakcyjne, by zdecydować się na wzięcie udziału w projekcie. Elementem, o którym moglibyśmy powiedzieć, że w pewnym stopniu zabrakło go w ramach prowadzonych działań informacyjnych był element koordynacyjny – działania o charakterze informacyjnym, ale także edukacyjnym mogłyby zostać skoordynowane pomiędzy poszczególnymi projektami wdrażającymi RPZ, by zapewnić uczestnikom różnych projektów dostęp do tego samego zakresu informacji i wiedzy.

Powyższa identyfikacja charakteru działań realizowanych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 bazowała na danych zastanych oraz deklaracjach beneficjentów. Konieczne jest więc jeszcze uwzględnienie perspektywy samych uczestników projektów, co pozwoli określić jakiego rodzaju wsparcie faktycznie trafiło do określonych części populacji odbiorców pomocy. Dane odnoszące się do tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 6. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektów w ramach RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - ogółem - n=457, RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT - n=213, RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT - n=244; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

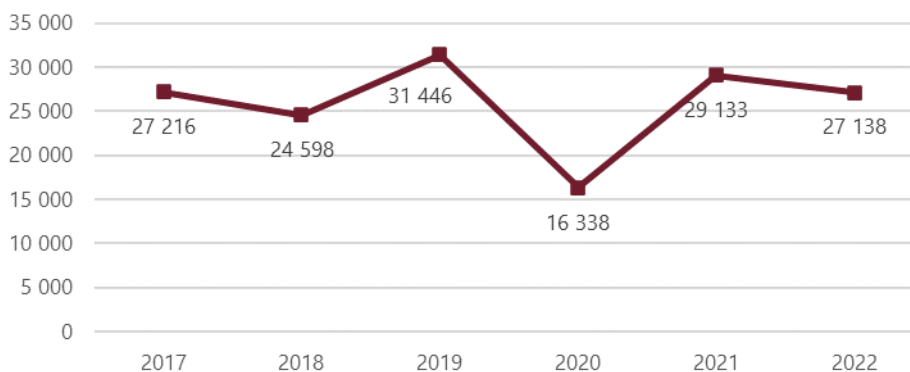
Uczestnicy projektów realizowanych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 najczęściej korzystali z następujących form wsparcia:

- a) badania poziomu cukru (krzywa cukrowa) – 88,6% uczestników skorzystało z tej formy wsparcia;
- b) uzyskanie informacji/materiały informacyjne dotyczące cukrzycy – 52,3% skorzystało z tej formy wsparcia;
- c) ocena ryzyka cukrzycy za pomocą ankiety FINDRISC – 42,7% uczestników skorzystało z tej formy wsparcia;
- d) konsultacja lekarska – 35,7% uczestników skorzystało z tej formy wsparcia.

Rzadziej korzystano z konsultacji indywidualnych z dietetykiem i fizjoterapeutą oraz warsztatów grupowych z zespołem specjalistów. W ramach innego rodzaju wsparcia korzystano także z zajęć sportowych oraz indywidualnych konsultacji pielęgniarskich. Generalnie więc, mamy do czynienia z potwierdzeniem wcześniejszej konkluzji o dominacji komponentu diagnostycznego w strukturze zrealizowanych świadczeń, przy nieco mniejszym znaczeniu elementu edukacyjno-konsultacyjnego. Taki stan rzeczy – jak również stwierdzono wcześniej – w dużej mierze wynika z przyjętej logiki interwencji w RPZ Cukrzyca typu 2, która zakłada swego rodzaju kaskadowość wsparcia: od całościowego objęcia uczestników wsparciem diagnostycznym do późniejszego uruchamiania innych rodzajów pomocy w oparciu o wyniki przeprowadzonej diagnozy.

Dysponując już wiedzą na temat struktury udzielonego wsparcia możliwe jest zestawienie dotychczasowych danych z informacjami na temat wsparcia oferowanego w ramach NFZ, by stwierdzić, jak skala wsparcia udzielonego w ramach RPZ Cukrzyca ma się do skali świadczeń oferowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Wykres 7. Liczba sprawozdanych do NFZ świadczeń z zakresu testu obciążenia glukozą



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Pomorski Oddział NFZ

Powyższe zestawienie dotyczy okresu 2017-2022. Analiza danych uczestników projektów realizowanych w ramach RPZ cukrzyca typu 2 wskazuje, że najwcześniejszą datą rozpoczęcia udziału w ewaluowanych projektach jest styczeń 2020, zaś najpóźniejszą datą zakończenia uczestnictwa – czerwiec 2023. Uwzględniając opisaną wcześniej logikę interwencji należy uznać, że badanie, którego dotyczy powyższy wykres było raczej przeprowadzane w początkowej fazie przedsięwzięć. Wydaje się, więc że optymalne będzie porównanie danych o skali badań dla lat 2020-2022. Skoro więc, z deklaracji beneficjentów wynika, że łącznie objęli testami obciążenia glukozą 14 382 osoby, a w latach 2020-2022 łączna liczba osób, które w ramach świadczeń NFZ skorzystała w woj. pomorskim z tego rodzaju badania wyniosła ponad 70 tysięcy, to skala badań realizowanych w ramach RPZ stanowi ok. 20% puli badań finansowanych z NFZ⁵. Ze względu na brak możliwości bardzo precyzyjnych porównań mówimy tutaj o szacowaniu relacji wsparcia w ramach RPZ Cukrzyca typu 2, ale już same te szacunki pozwalają stwierdzić, że interwencja miała zauważalne znaczenie dla regionalnej diagnostyki odnoszącej się do cukrzycy typu 2.

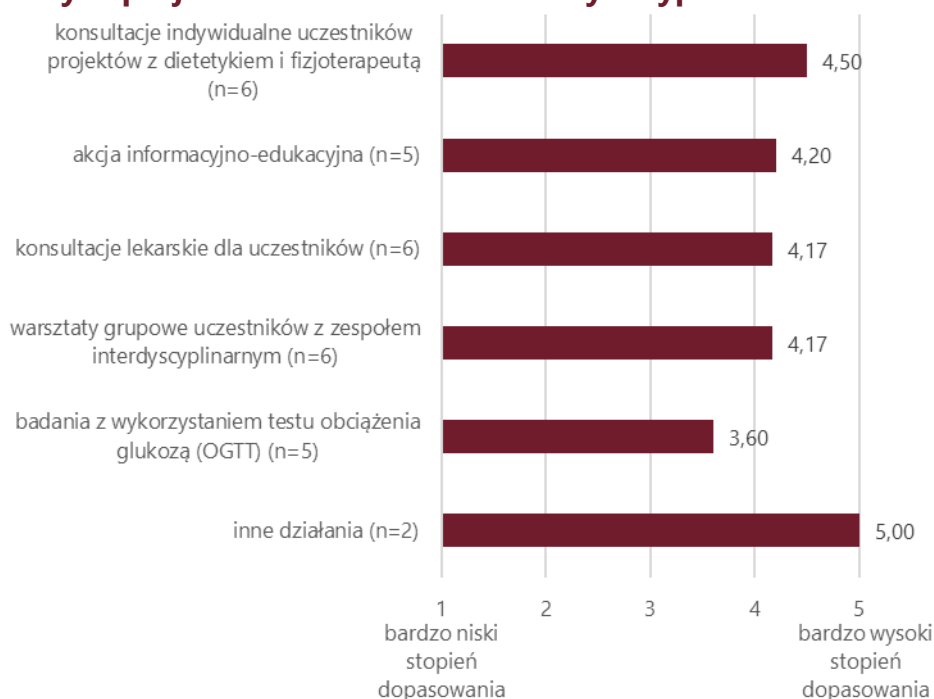
W kontekście tego, jak skala działań podejmowanych w ramach RPZ ma się do działań z zakresu profilaktyki cukrzycy typu 2 prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ, warto zwrócić uwagę na spostrzeżenia uczestników badania jakościowego, którzy podkreślali, że trudno jest porównywać skalę profilaktyki realizowanej w ramach RPZ i NFZ – w przypadku RPZ Cukrzyca typu 2 szerszy był zakres merytoryczny oferowanej pomocy (dostępne były działania edukacyjne, czy konsultacje z dietetykiem, co w przypadku świadczeń z NFZ nie występuje), a z drugiej strony – w momencie opracowywania RPZ inaczej kształtował się koszyk świadczeń w ramach NFZ, nie było też takich programów diagnostycznych jak Profilaktyka 40+.

Dotychczasowa analiza obrazowała skalę i charakter zrealizowanego wsparcia. Kolejny komponent analizy – nim przejdziemy do oceny faktycznej skuteczności – odnosi się do kwestii adekwatności świadczonej pomocy.

Beneficjenci zostali poproszeni o ocenę w jakim stopniu poszczególne działania projektowe były dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt. Wyniki w tym zakresie przedstawiono poniżej.

⁵ Przy czym, dane o liczbie pacjentów objętych poszczególnymi rodzajami wsparcia obejmują 6 projektów, czyli nie uwzględniając jednego projektu wdrażającego RPZ Cukrzyca typu 2. Faktycznie więc znaczenie wsparcia diagnostycznego realizowanego w ramach RPZ jest większe.

Wykres 8. Średnia ocena dopasowania poszczególnego rodzaju działań do potrzeb grupy docelowych projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; pytanie zadawane w przypadku wskazania na realizację danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „trudno powiedzieć”

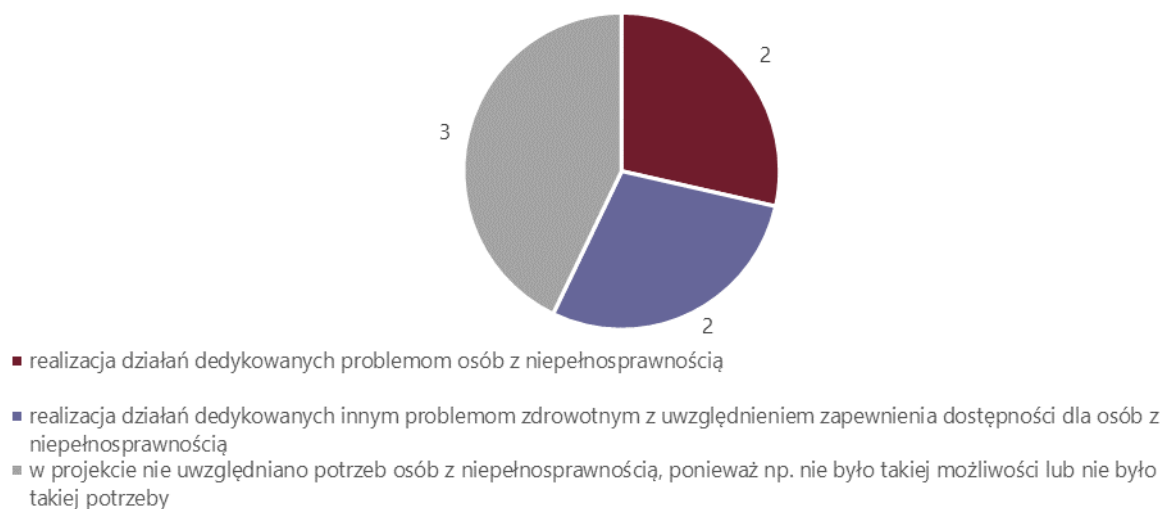
Adekwatność oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski stopień dopasowania do potrzeb, a 5 – bardzo wysoki stopień dopasowania do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych. Najwyżej oceniono konsultacje indywidualne z dietetykiem i fizjoterapeutą (średnia 4,5), a najniżej – badania z wykorzystaniem testu obciążenia glukozą (3,6).

Z punktu widzenia beneficjentów oferowane wsparcie, co do zasady, uznać należy za adekwatne wobec potrzeb grupy docelowej – przeważają oceny powyżej 4. Relatywnie pozytywna, choć na niższym poziomie niż pozostałe formy, okazała się ocena badania z wykorzystaniem testu obciążenia glukozą (OGTT). Na tę nieco gorszą ocenę spojrzeć jednak należy – jak zwracano uwagę w badaniu jakościowym – z punktu widzenia jego niedogodności dla pacjentów. Poprawne przeprowadzenie tego badania wymaga dłuższego pobytu w placówce medycznej niż ma to miejsce np. w przypadku podstawowego pobrania krwi na potrzeby określenia poziomu glukozy we krwi. Ten aspekt był na tyle dokuczliwy dla uczestników, że często rezygnowali oni z przeprowadzenia badania tłumacząc to właśnie brakiem możliwości wygospodarowania czasu na przeprowadzenie OGTT. Z tego względu (a także nałożenia się problemów wynikających z pandemii COVID-19, które jeszcze bardziej zniechęcały do tego badania ze

względu na konieczność dłuższego pobytu w placówce ochrony zdrowia, co było postrzegane jako szczególnie ryzykowne w kontekście możliwego zakażenia koronawirusem) badanie OGTT było zastępowane zwykłym badaniem poziomu glukozy we krwi.

Szczególnym wymiarem adekwatności działań projektowych jest uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnością. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące, w jaki sposób realizatorzy zapewniali adekwatność swoich przedsięwzięć w tym obszarze.

Wykres 9. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2

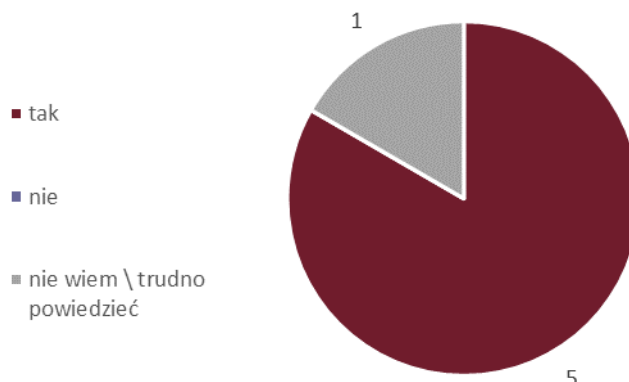


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode; n=6

Jak się okazuje, według większości beneficjentów (3) w projektach nie uwzględniano potrzeb osób z niepełnosprawnością, ponieważ np. nie było takiej możliwości lub nie było takiej potrzeby. W 2 projektach podejmowano działania dedykowane problemom osób z niepełnosprawnością. Również w 2 przedsięwzięciach podejmowano działania dedykowane innym problemom zdrowotnym, z uwzględnieniem zapewnienia dostępności dla osób z niepełnosprawnością.

W kontekście analizowanej adekwatności beneficjentów projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2 zapytano, czy w ich opinii potrzebna jest zmiana lub uzupełnienie zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej ich projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt. Rozkład odpowiedzi przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 10. Występowanie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowych projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6

Zdecydowana większość beneficjentów (5 z 6) dostrzega potrzebę modyfikacji rodzajów lub zakresu form wsparcia, przy jednym beneficjencie, który nie posiada w tej kwestii skryształizowanej opinii. Innymi słowy, żaden z badanych realizatorów projektów nie wskazał na brak potrzeby ewentualnej potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowych. Taka struktura odpowiedzi może zaskakiwać, jeśli weźmiemy pod uwagę wcześniejsze dane potwierdzające bardzo wysoką ocenę adekwatności poszczególnych form wsparcia do potrzeb grupy docelowej. Pewnym wyjaśnieniem tej – jednak pozornej – sprzeczności są konkretne wskazania respondentów dotyczące tego, co należałoby zrobić, by omawianą adekwatność zwiększyć. Badani uważają, że by wsparcie było lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej należy:

- a) zapewnić wsparcie psychologa⁶;
- b) zwiększyć zakres badań laboratoryjnych (istnieje wiele innych programów i ofert, w ramach których można skorzystać z szerszego zakresu badań np. Profilaktyka 40+;
- c) dodać więcej przedsięwzięć promocyjnych;
- d) umożliwić wykonywanie badań diagnostycznych poza miejscem stałego zamieszkania uczestników;

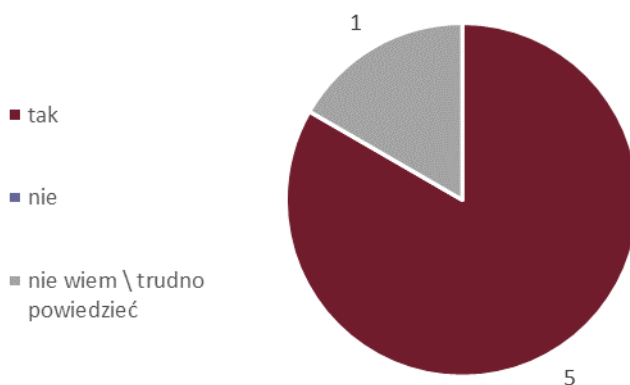
⁶ Należy w tym miejscu zwrócić uwagę, że RPZ przewidywał zaangażowanie specjalistów z zakresu psychologii w realizowane działania, ale w ramach warsztatów grupowych, a nie konsultacji indywidualnych, które prowadzone były przez fizjoterapeutów i dietetyków. Niniejszą sugestią należy więc traktować jako postulat zapewnienia dostępności konsultacji indywidualnych z psychologiem.

- e) skrócić program edukacyjny (długie przerwy pomiędzy poszczególnymi spotkaniami powodowały, że uczestnicy rezygnowali z dalszego udziału w projekcie);
- f) skrócić czas interwencji behawioralnej.

Jak więc wynika z powyższych opinii, beneficjenci raczej nie kwestionują oferowanego zakresu wsparcia, ale postulują jego ewentualne poszerzenie o określone elementy lub modyfikację sposobu realizacji oferowanych świadczeń (głównie w aspekcie zwiększenia elastyczności realizowanych działań i ich większego czasowego skondensowania).

Uzupełnieniem powyższych sugestii beneficjentów na temat ewentualnego zwiększenia adekwatności są poniższe dane, które z kolei odnoszą się do dostrzegania przez realizatorów projektów w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 potrzeby ewentualnego wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu omawianego RPZ. Te dwa elementy są ze sobą ściśle powiązane, biorąc pod uwagę, że odpowiedni poziom adekwatności wsparcia do potrzeb grupy docelowej jest warunkiem sine qua non skuteczności interwencji.

Wykres 11. Ocena występowania z perspektywy czasu potrzeby wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6

Zdecydowana większość beneficjentów (5 z 6) dostrzega potrzebę wprowadzenia zmian w projekcie w celu zwiększenia skuteczności prewencji cukrzycy typu 2, zaś jeden respondent nie ma jednoznacznej opinii w tej kwestii. Tym samym, mamy do czynienia dokładnie z takim samym stopniem przekonania beneficjentów o potrzebie zmian optymalizujących skuteczność i – identyfikowanych wcześniej – modyfikacji zwiększających stopień dopasowania wsparcia do potrzeb grupy docelowej.

Ci beneficjenci, którzy dostrzegają potrzebę zmian, uważają, że aby wsparcie było bardziej skuteczne należy:

- a) umożliwić korzystanie z programu edukacyjnego, który byłby bardziej rozbudowany i dopasowany do indywidualnych potrzeb uczestników;
- b) zrezygnować z warsztatów grupowych na rzecz większej liczby konsultacji indywidualnych, ale prowadzonych w krótszym czasie, np. 6 miesięcy;
- c) zapewnić wsparcie w formie zindywidualizowanej opieki nad uczestnikiem realizowanej przez koordynatora pacjenta;
- d) realizować przedsięwzięcia edukacyjno-informacyjne w bezpośrednim kontakcie z potencjalnymi uczestnikami i najbliżej ich miejsca zamieszkania;
- e) uelastyczyć harmonogram wsparcia i umożliwić uczestnikom wybór poszczególnych rodzajów świadczeń oferowanych w projekcie;
- f) skrócić okres uczestnictwa w projekcie z 12 do 6 miesięcy;
- g) umożliwić prowadzenie badań np. w miejscu wykonywania pracy, a nie tylko w miejscu zamieszkania;
- h) zwiększyć/zapewnić pulę środków przewidzianych na: rekrutację uczestników projektu, realizację działań edukacyjnych, stosowanie w działaniach projektowych rozwiązań teleinformatycznych;
- i) wprowadzić stawki jednostkowe przy świadczeniach przewidzianych w projekcie.

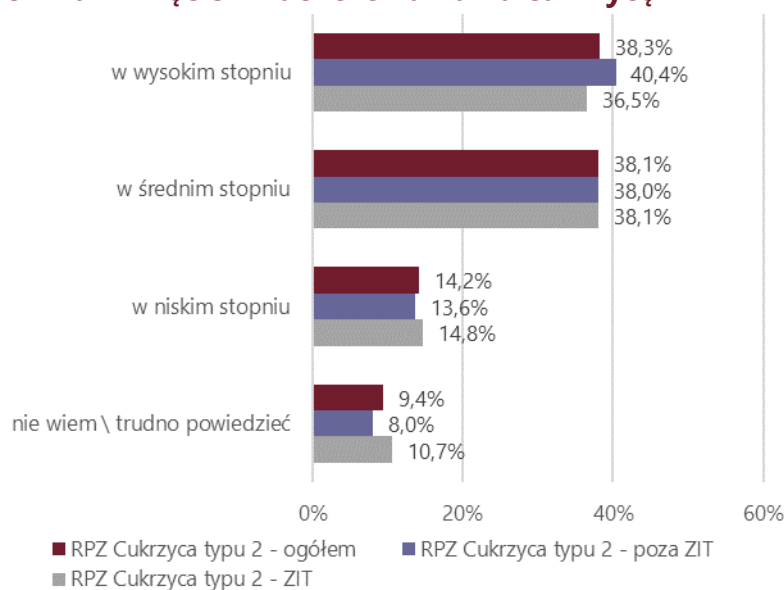
Z powyższych wskazań wynika więc, że częściowo mamy do czynienia z takimi samymi postulatami jak wcześniejsze sugestie odnoszące się do poprawy dopasowania wsparcia do potrzeb grup docelowych. Dodatkowo jednak pojawiły się też propozycje zmian dotyczących samego sposobu realizacji projektu.

Generalnie, wskazania respondentów zwracają się przede wszystkim w kierunku zwiększenia elastyczności oferowanej pomocy, tak by działania z zakresu profilaktyki zdrowotnej realizowane w ramach RPZ można było profilować pod kątem indywidualnych potrzeb uczestników. Takie postulaty pojawiały się także w badaniu jakościowym (odnosiły się nawet do tych samych szczegółowych aspektów, jak: indywidualizacja zakresu realizowanej pomocy, dostępność różnych form realizowanych świadczeń, dostosowanie czasu uczestnictwa w projekcie do realnych możliwości uczestników). W badaniu jakościowym pojawił się jednak także – sygnalizowany przez przedstawicieli IZ RPO WP – wątek, który musi być brany pod uwagę w kontekście tego rodzaju propozycji zmian. Otóż, Regionalny Program Zdrowotny jako instrument profilaktyki zdrowotnej musi być poddany opiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji i uwzględniać ewentualne uwagi zgłaszane przez AOTMiT. W związku z tym zakres

interwencji przewidzianej w RPZ nie może być dowolnie kształtowany, ograniczone są też możliwości jego późniejszych modyfikacji (nie wspominając o – co również sygnalizowano w badaniu jakościowym – o czasochłonności procesu takich zmian). Taka sytuacja częściowo ogranicza możliwość wdrożenia postulatów zwiększenia elastyczności działań realizowanych w formule RPZ, choć całkowicie ich nie unieważnia.

Ocena adekwatności do potrzeb grupy docelowej jest zawsze obarczona pewnym ryzykiem błędu, gdyż może przyjmować formę swoistego uprawomocnienia realizowanych przez beneficjentów działań. Choć w przypadku niniejszego badania to ryzyko jest ograniczone poprzez fakt, że zakres działań pomocowych nie wynikał z decyzji samych beneficjentów, lecz zapisów RPZ, to jednak warto uzupełnić perspektywę beneficjentów opiniami samych uczestników projektów, bo to jednak ich opinia w kwestii dopasowania wsparcia do potrzeb grupy docelowej związanych z uniknięciem zachorowania na cukrzycę powinna być traktowana jako najważniejsza.

Wykres 12. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektów związanych z uniknięciem zachorowania na cukrzycę



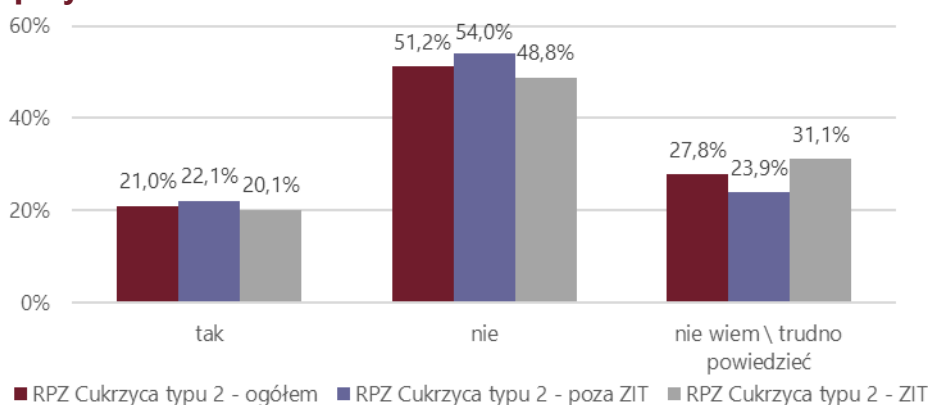
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - ogółem - n=457, RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT - n=213, RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT - n=244

Generalnie, wsparcie zostało przez uczestników projektów ocenione jako adekwatne do ich potrzeb związanych z uniknięciem zachorowania na cukrzycę. Blisko 40% z nich adekwatność wsparcia oceniła wysoko (38,3% wskazań), drugie tyle – średnio wysoko (38,1%). Tylko 14,2 % uczestników dopasowanie wsparcia do potrzeb związanych z uniknięciem zachorowania na cukrzycę oceniło nisko. W kontekście takiej struktury ocen

ze strony uczestników projektów i wcześniejszych opinii beneficjentów, uprawniony jest wniosek, że z perspektywy głównych kategorii interesariuszy działań realizowanych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 wsparcie cechowało się wysokim stopniem adekwatności do potrzeb grupy docelowej.

Taka sytuacja nie oznacza jednak, że uczestnicy nie mogli dostrzegać jakichś form wsparcia, których RPZ nie przewidywał, a które – w ich opinii – mogłyby bardziej pomóc w uniknięciu zachorowania na cukrzycę. Na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się do tego problemu.

Wykres 13. Dostrzeganie przez uczestników projektów form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc w uniknięciu zachorowania na cukrzycę, ale nie były dostępne w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - ogółem - n=457, RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT - n=213, RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT - n=244

Co piąty biorący udział w ewaluacji uczestnik projektów realizowanych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 uważa, że w projekcie zabrakło jakiegoś wsparcia lub świadczeń, które mogłyby bardziej pomóc tj. zapobiegać zachorowaniu na cukrzycę. Ponad połowa uczestników (51,2%) jest jednak zdania, że nie zabrakło żadnej formy wsparcia, co jest dodatkowym potwierdzeniem adekwatnego doboru instrumentów profilaktyki zdrowotnej przewidzianych w RPZ.

Ci uczestnicy, którzy wskazali na ewentualne braki w oferowanym wsparciu zostali poproszeni o precyzyjne określenie, jakiego rodzaju działań w ich odczuciu zabrakło. Zdecydowanie dominującym rodzajem brakującego wsparcia była możliwość kontaktu z lekarzem (w szczególności z diabetologiem) i pogłębionej konsultacji lekarskiej odnoszącej się do przeprowadzonej diagnostyki cukrzycowej. Poza konsultacjami lekarskimi sygnalizowano także brak konsultacji specjalistycznych z dietetykiem, czy

fizjoterapeutą. Wskazania te sugerują, że uczestnicy dostrzegli brak działań zorientowanych na zredukowanie ich deficytu wiedzy w zakresie cukrzycy. Tego problemu dotyczyły też takie odpowiedzi, w których sygnalizowano po prostu brak odpowiednio szerokiej informacji o cukrzycy typu 2 lub uzyskanym wyniku badania. Poza tym wskazywano na brak m.in.: wsparcia psychologicznego, czy grup wsparcia dla uczestników. Część respondentów dostrzegła także problem jednorazowości otrzymanego wsparcia, tj. braku działań zorientowanych na zapewnienie możliwości przeprowadzenia w przyszłości analogicznych badań diagnostycznych.

Także w badaniu jakościowym podejmowano adekwatności wsparcia do potrzeb grupy docelowej, zwracając uwagę przede wszystkim na takie uwarunkowania rzeczowej adekwatności jak:

- generalnie pozytywna ocena adekwatności dostępnego wsparcia do potrzeb grupy docelowej (potwierdzona także pozytywną opinią AOTMiT), w tym – dotycząca możliwości przyspieszenia diagnostyki cukrzycowej w stosunku do oferty publicznego systemu ochrony zdrowia – przy jednoczesnej świadomości ograniczeń nadrzędnych wpływających na zakres świadczeń w ramach RPZ;
- zróżnicowana skala adekwatności oferowanego wsparcia pomiędzy poszczególnymi projektami (np. oferowanie w wybranych projektach szczególnie oczekiwanych przez uczestników form wsparcia: zalecenia dietetyczne realizowane w formie dostaw „diety pudełkowej”; abonamenty do klubów fitness);
- względna nieatrakcyjność oferowanych świadczeń diagnostycznych na tle oferty w ramach prywatnych abonamentów medycznych, czy innych programów profilaktycznych (np. Profilaktyka 40+);
- nieuwzględnienie w wystarczającym stopniu, na etapie początkowym projektu, niskiego poziomu świadomości profilaktyki cukrzycowej, czy szerzej – profilaktyki zdrowotnej;
- zwiększanie adekwatności oferowanego wsparcia poprzez wykorzystywanie mobilnych punktów badań, prowadzenie badań w skupiskach ludzkich (np. w zakładach pracy) i elastyczność w zakresie realizacji badań (dogodne godziny);
- relatywnie długi zaplanowany okres uczestnictwa w projekcie, który był nieadekwatny wobec aktywności zawodowej i prywatnej potencjalnych uczestników;

- negatywne postrzeganie adekwatności oferowanego wsparcia przez uczestników, którzy oczekiwali „szybkiej ścieżki” dostępu do lekarza specjalisty oraz przez osoby, które ze względu na wyniki badań diagnostycznych nie zostały dopuszczone do możliwości skorzystania ze wsparcia w formie konsultacji indywidualnych z dietetykiem i fizjoterapeutą;

W badaniu jakościowym również część uczestników zwracała uwagę na celowość uzupełnienia oferowanego wsparcia akcentując przede wszystkim uzasadnienie dla wprowadzenia takich elementów jak: zwiększenie liczby grupowych aktywności w ramach projektu (co miałyby charakter motywujący); wprowadzenie obligatoryjności indywidualnego wsparcia psychologicznego dla osób ze zdiagnozowaną w projekcie cukrzycą lub stanem przedcukrzycowym); wprowadzenie badania insulinooporności do komponentu diagnostycznego oferowanego w projekcie. Z drugiej jednak strony sygnalizowano problem ograniczeń finansowych RPZ, które limitowały możliwość znaczącego poszerzenia katalogu rodzajów wsparcia.

Ocenę adekwatności wsparcia oferowanego w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 przeprowadzono także w oparciu o wyniki analizy benchmarkingowej. Analiza benchmarkingowa pozwoliła na wyłonienie najczęstszych i najważniejszych uchybień popełnianych przy programowaniu wsparcia oraz najistotniejszych uwag wskazywanych przez AOTMiT. Należy zaznaczyć, że analizie porównawczej zastosowanego wsparcia zostały poddane te elementy, które spotykały się z krytyką lub uwagami w dokumentach AOTMiT programów realizowanych poza województwem pomorskim. Ponadto w analizie nie uwzględniono uwag dotyczących błędów stylistycznych, językowych czy pomyłek w podawaniu danych liczbowych - są to problemy nie mające natury merytorycznej. Dokumentami porównawczymi dla zebranych programów były opinie AOTMiT odnoszące się do przedmiotowego RPZ, w których opisane były najważniejsze elementy wsparcia i zalecenia ekspertów. W ramach analizy odnoszącej się do RPZ Cukrzyca typu 2 wykorzystano następujące dokumenty referencyjne:

- Projekt Miejskiego Programu Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Cukrzycy (typu 2) (OP-0018-2012)
- Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 (OP-0032-2010)
- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II na lata 2020-2025 (OP-0038-2020)
- Program przeciwdziałania nadwadze, otyłości i cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Gminy Bieruń (OP-0049-2021)

- Program prewencji otyłości, cukrzycy typu 2, nadciśnienia i miażdżycy (OP-0052-2012)
- Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 (OP-0064-2020)
- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Gminy Puchaczów na lata 2018 - 2020 (OP-0092-2018)
- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II (OP-0100-2014)
- Program profilaktyki cukrzycy typu 2 dla mieszkańców Krosna w wieku 45-65 lat na lata 2019-2021 (OP-0104-2019)
- Regionalny program zdrowotny zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu 2 wśród mieszkańców Województwa Dolnośląskiego (OP-0123-2019)
- Program profilaktyki i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II dla mieszkańców Gminy Miasto Zakopane (zameldowanych na pobyt stały lub czasowy od co najmniej jednego roku na terenie Gminy Miasto Zakopane) na lata 2020 - 2022 (OP-0164-2019)
- Samorządowy Program polityki zdrowotnej – zapobieganie i wczesne wykrywanie cukrzycy typu 2 (OP-0182-2018)
- Program wczesnego wykrywania cukrzycy typu II u mieszkańców miasta Częstochowy z zespołem metabolicznym na lata 2017-2021 (OP-0198-2017)
- Program edukacji zdrowotnej w cukrzycy typu 2 dla mieszkańców gminy Małkinia Górna w wieku 50+ (OP-0213-2017)
- Program profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021 (OP-0227-2018)
- Dziękuję, nie słodzę. Program profilaktyczny dotyczący zapobiegania cukrzycy (typ 2) (OP-0250-2012)
- Program wczesnego wykrywania i profilaktyki cukrzycy (Typ 2) wśród mieszkańców Powiatu Tarnogórskiego (OP-0255-2017)
- Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2 (OP-0290-2017)
- Program zapobiegania i wczesnego wykrywania cukrzycy typu II (OP-0294-2017)
- Specjalistyczne porady i podstawowa diagnostyka w chorobach układu krążenia (OP-0173-2015)

Niniejsza analiza dotyczyć w pierwszej kolejności będzie porównania powyższych stosunkowo licznych opinii programowych z Regionalnym Programem Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2.

Programy zbieżne tematycznie stosunkowo często zawierały uwagi dotyczące zaleceń i błędów odnośnie określania populacji i potencjalnych uczestników wsparcia. Niektóre z analizowanych programów w ogóle nie zawierały informacji dotyczących przewidywanej liczby uczestników. Zdarzały się sytuacje, gdy proporcjonalnie populacja została określona, ale nie podano podstaw danych założeń. Kategorie wiekowe również podawane były bez określonej argumentacji. Eksperti pracujący dla AOTMiT oceniając powyższe programy zwracali uwagę, że wszelkie precyzyjne założenia takie jak np. określenie proporcji osób chorych na cukrzycę, które są tego nieświadome wymagają poparcia źródłowego. Warto wspomnieć również, że na etapie określania populacji zdarzało się proponowanie liczebności, które oceniano jako niepozwalające na uzyskanie istotnych efektów zdrowotnych.

Działania informacyjno-promocyjne prowadzone w analizowanych programach stosunkowo często zawierały pewne uchybienia. Niektóre programy nie zawierały informacji o samym sposobie informowania o wsparciu. Nie były prezentowane wzory materiałów informacyjnych, co uniemożliwiało ich ocenę. Błędy popełniane na etapie opisu rekrutacji polegały na braku wskazywania kryteriów wyłączenia z programu czy braku zamieszczania informacji jakie konkretnie wyniki badań wstępnych będą dyskwalifikować z udziału w projekcie. W analizowanych opiniach znajdowały się również wymagania upewnienia się, iż w badaniach przesiewowych brałyby udział osoby, które mogą wykonać badanie przesiewowe w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Działania edukacyjne w niektórych programach nie miały sprecyzowanych danych takich jak: zakres tematyczny, osoby odpowiedzialne za ich przeprowadzenie czy formy edukacji (indywidualnej, grupowej lub warsztatowej). Nie były również uwzględniane porady dietetyczne, dotyczące zdrowego trybu życia czy zachęcenia do spotkań ze specjalistami aktywności ruchowej. Sam brak zakresu tematycznego działań edukacyjnych stosunkowo często był powodem uwag.

Niektóre programy nie zawierały informacji o personelu medycznym, który będzie prowadził wywiad i ocenę ryzyka zachorowania na cukrzycę wśród uczestników. W przypadku badań przesiewowych nie były podawane również specyficzne wartości badań, które wskazywałyby na występowanie ryzyka cukrzycy lub nadwagi czy otyłości. Podobnie w niektórych przypadkach nie umieszczono informacji o czynnikach ryzyka kwalifikujących do udziału w projekcie. Inną brakującą informacją wymagającą doprecyzowania było określenie na jakiej podstawie oceniania będzie miała aktywność fizyczna uczestników. W

analizowanych opiniach umieszczane również wielokrotnie były uwagi stwierdzające brak konieczności wykonywania całodobowych pomiarów ciśnienia lub prośby o uzasadnienie takiego działania. Powracającym stosunkowo często problemem w analizowanych programach było podwójne finansowanie – proponowane w programach rozwiązania były już dostępne w ramach świadczeń NFZ.

W odniesieniu do ostatniego etapu uczestnictwa w projekcie zwracano również uwagę na konieczność prowadzenia testów weryfikujących poziom wiedzy uzyskanej podczas działań edukacyjnych. Opinie AOTMiT podkreślały również konieczność przekazania pacjentom informacji o możliwości korzystania ze świadczeń gwarantowanych, finansowanych przez NFZ po otrzymaniu określonego wyniku badania. Doprecyzowania wymagały również zapisy o udziale w konsultacjach lekarskich określonych uczestników.

Analizie poddano oczywiście także Opinie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 290/2017 z dnia 16 października 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2”, czyli RPZ stanowiącego przedmiot niniejszej ewaluacji. Opinia ta zawiera informację o pozytywnym zaopiniowaniu analizowanego RPZ. W kwestii szacowania populacji docelowej programu, zwrócono uwagę na potrzebę jej doprecyzowania, co okazało się powszechnym niedopatrzeniem. Populacja wybrana do programu pod względem wieku i czynników ryzyka została natomiast przygotowana prawidłowo. W projekcie RPZ upewniono się, że program tak skutecznie jak to możliwe uniknie częstego problemu podwójnego finansowania. Pewne wątpliwości budziły natomiast zapisy dotyczące wyliczeń dokładnej liczby populacji docelowej uwzględniających kryteria kwalifikacji do programu. W opinii wymagano doprecyzowania, weryfikacji lub poprawy wyliczania pacjentów, którzy zrealizowali recepty na leki przeciwcukrzycowe i/lub paski do glukometrów, współczynnika liczby osób chorujących na cukrzycę i nie mających świadomości swojej choroby czy zgłaszalności do różnych programów profilaktyki i promocji zdrowia w województwie. AOTMiT krytycznie oceniła również brak sprecyzowania czynników ekonomicznych, które miały stanowić decydującą rolę w rekrutacji do badań przesiewowych. Doprecyzowania wymagało również kryterium chorób uniemożliwiających udział w programie, których lista nie została podana.

Sama interwencja stosowana w programie została oceniona pozytywnie. Zarówno działania informacyjno-promocyjne, jak i kwalifikacja do badań, przeprowadzenie diagnostyki, przekazanie materiałów edukacyjnych, prowadzenie warsztatów czy konsultacje lekarskie nie budziły większych zastrzeżeń. Wyjątek stanowiły tu uwagi odnoszące się do potencjalnego zagrożenia powielania niektórych świadczeń programowych ze świadczeniami dostępnymi w ramach NFZ.

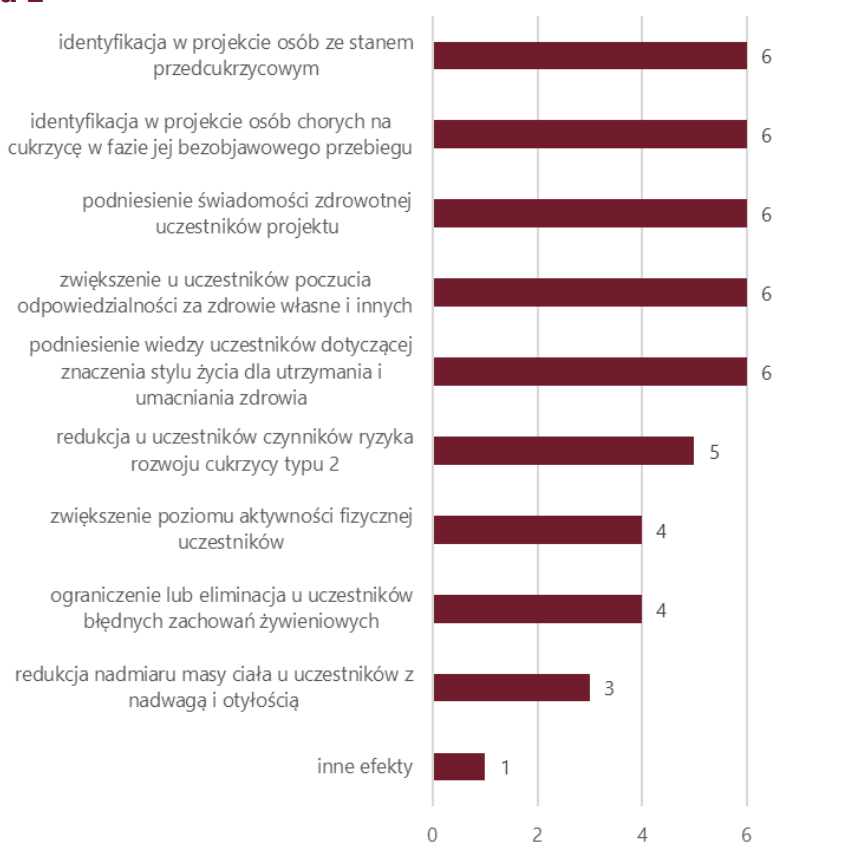
Uwzględniając powyższe wnioski z analizy opinii AOTMiT na temat RPZ Cukrzyca typu 2 oraz innych RPZ o zbliżonym charakterze, należy stwierdzić, że w przypadku RPZ Cukrzyca typu 2 interwencja została generalnie zaplanowana w sposób właściwy. W porównaniu z innymi RPZ, w przypadku ewaluowanego RPZ oceniono generalnie pozytywnie całość zadań, ze szczególnym uwzględnieniem działań informacyjno-promocyjnych i edukacyjnych. Nie udało się uniknąć natomiast problemu, który dotyczył także innych RPZ, tj. precyzyjnego określenia populacji docelowej. Taka sytuacja nie jest zaskakująca, jeśli weźmiemy pod uwagę specyfikę problemu zdrowotnego, którego dotyczy RPZ, tj. cukrzyca typu 2 i tego, że potencjalnie dotyczy on szerokiego przekroju różnych grup definiowanych z wykorzystaniem zróżnicowanych parametrów demograficznych, społecznych i zdrowotnych.

Warto także zwrócić uwagę, że choć od momentu opracowania opinii AOTMiT minął kilkuletni okres, to jednak trafnie zasygnalizowano tam problem, który ujawnił się także w przypadku wdrażania RPZ Cukrzyca typu 2, a nawet uległ pogłębieniu. Chodzi o kwestię relacji oferowanego wsparcia do świadczeń oferowanych w ramach NFZ. W analizowanych opiniach sygnalizowano, że jest ryzyko nakładania się wsparcia w obu tych wymiarach – to zagrożenie faktycznie się potwierdziło, szczególnie że dodatkowo w ramach NFZ zainicjowano program Profilaktyka 40+, gdzie oferowana jest diagnostyka cukrzycowa oraz inne rodzaje badań, co czyniło go bardziej atrakcyjnym niż świadczenia oferowane w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

Po przeprowadzeniu analizy w ramach dwóch dotychczasowych obszarów (skala i charakter realizowanych działań oraz adekwatność wsparcia do potrzeb grupy docelowej) należy przejść do zaprezentowania wyników analizy odnoszącej się już bezpośrednio do różnych – wyznaczonych przez treść pytań badawczych – aspektów skuteczności interwencji.

W pierwszej kolejności przeprowadzono ogólną identyfikację efektów uzyskanych dzięki projektom realizowanym w ramach RPZ Cukrzyca typu 2, zarówno z perspektywy beneficjentów, jak i uczestników projektów.

Wykres 14. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Do najczęściej wskazywanych przez beneficjentów efektów należą:

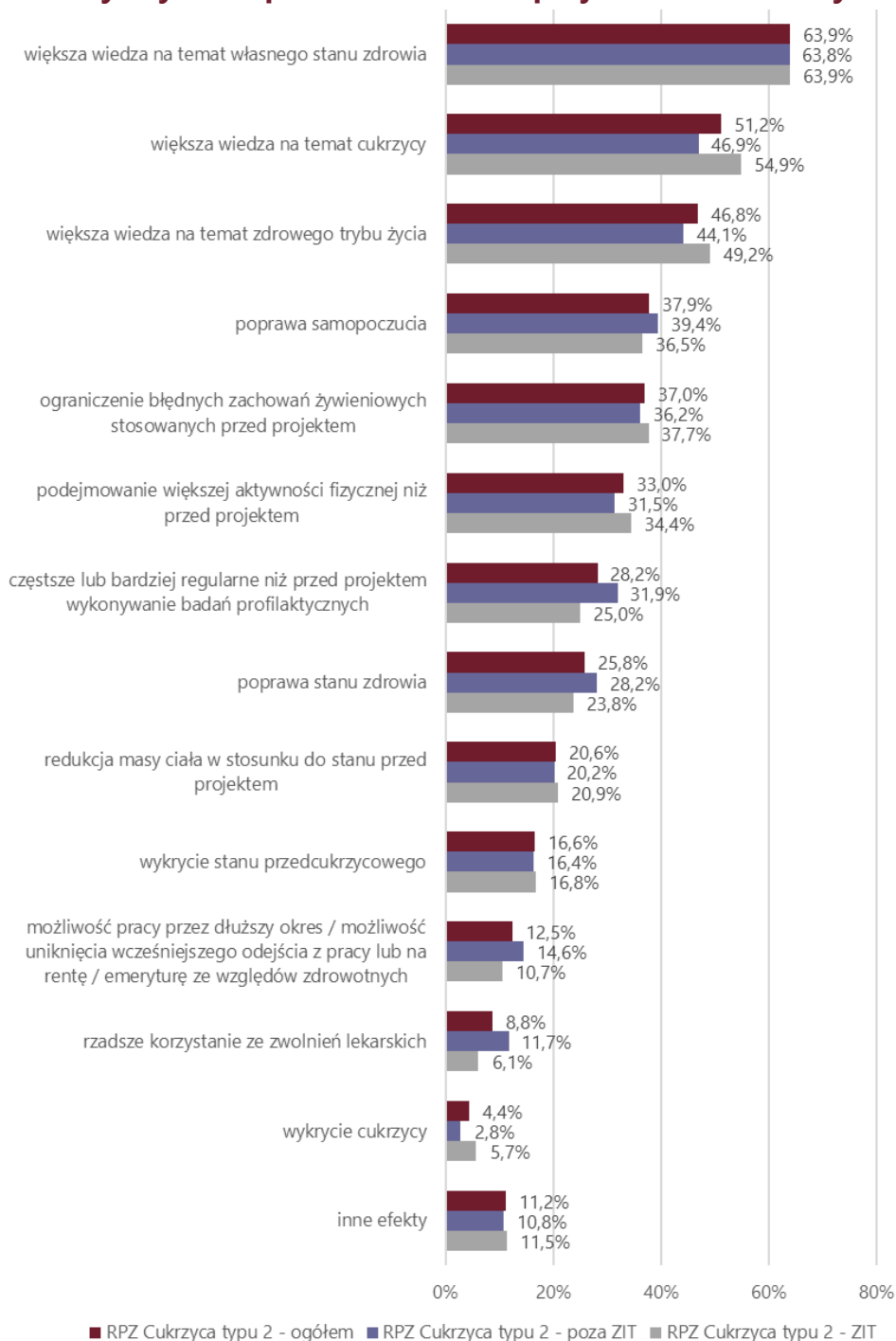
- identyfikacja w projekcie osób ze stanem przedcukrzycowym,
- identyfikacja w projekcie osób chorych na cukrzycę w fazie jej bezobjawowego przebiegu,
- podniesienie świadomości zdrowotnej uczestników projektu,
- zwiększenie u uczestników poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych,
- podniesienie wiedzy uczestników dotyczącej znaczenia stylu życia dla utrzymania i umacniania zdrowia.

Zidentyfikowali je w swoich projektach wszyscy beneficjenci.

Pięciu z sześciu beneficjentów wskazuje, że projekt przyczynił się także do redukcji u uczestników czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2, a czterech beneficjentów deklaruje, że dzięki projektowi zwiększył się poziom aktywności fizycznej uczestników oraz miało miejsce ograniczenie lub eliminacja u uczestników błędnych zachowań żywieniowych. Trzech odnotowało redukcję nadmiaru masy ciała u uczestników z

nadwagą i otyłością. Beneficjent, który dostrzega także inne efekty działań projektowych wskazał, że 341 osób z 706 które przeszły pełną ścieżkę wsparcia zakończyło program z wynikiem normoglikemii.

Wykres 15. Efekty uzyskane przez uczestników projektów RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - ogółem - n=457, RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT - n=213, RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT - n=244; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

W oparciu o deklaracje beneficjentów stwierdzić należy, że do najczęściej dostrzeganych przez nich efektów należą efekty o charakterze edukacyjnym takie jak:

- a) większa wiedza na temat własnego stanu zdrowia – zidentyfikowała je zdecydowana większość uczestników (63,9%);
- b) większa wiedza na temat cukrzycy – dostrzega go ponad połowa uczestników (51,2%);
- c) większa wiedza na temat zdrowego trybu życia – deklaruje go blisko połowa uczestników (46,8%).

Poprawę samopoczucia odnotowało 37,9% uczestników, a ograniczenie błędnych zachowań żywieniowych stosowanych przed projektem – 37% uczestników. Co trzeci uczestnik deklaruje, że podejmuje większą aktywność fizyczną niż przed projektem. Z kolei wśród innych efektów uczestnicy wskazywali na utwierdzenie się w dobrym stanie zdrowia i zyskanie w związku z tym spokoju ducha.

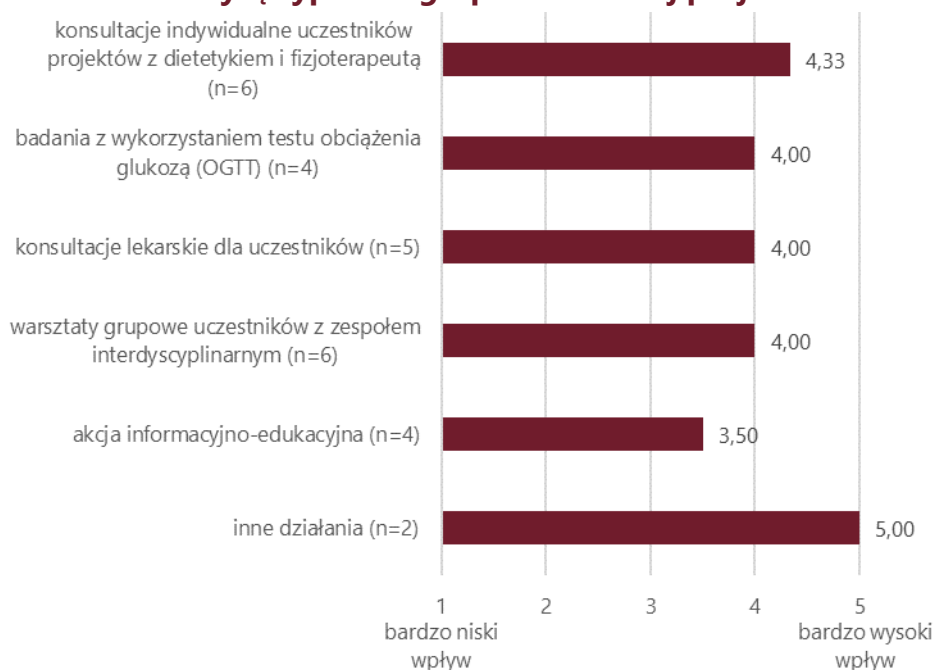
Struktura odpowiedzi uczestników projektów na pytanie o osiągnięte efekty odbiega od deklaracji beneficjentów – wśród tych drugich dominowały rezultaty diagnostyczne, natomiast w grupie uczestników dominują efekty z obszaru wiedzy. Nie ma tu jednak sprzeczności – wzrost poziomu wiedzy mógł potencjalnie dotyczyć nawet wszystkich uczestników (choć jak wynika z prezentowanych danych tak duża skuteczność w tym aspekcie nie wystąpiła), natomiast wykrycie cukrzycy typu 2 lub stanu przedcukrzycowego – choć było założonym efektem interwencji – to jednak, siłą rzeczy, mogło dotyczyć tylko części odbiorców wsparcia i nie jest to problem, lecz naturalna prawidłowość w takim rodzaju przedsięwzięcia.

W kontekście powyższych danych warto natomiast zwrócić uwagę na – niemające charakteru bardzo znaczącego, ale jednak zauważalne – zróżnicowanie pomiędzy odsetkiem wskazań efektów dotyczących wzrostu poziomu wiedzy w różnych aspektach, a częstością deklarowania efektów behawioralnych (ograniczenie błędnych zachowań żywieniowych, podejmowanie większej aktywności fizycznej, częstsze lub bardziej regularne wykonywanie badań profilaktycznych). Te ostatnie wskazywano rzadziej, co może świadczyć o tym, że pozyskana wiedza nie dla wszystkich uczestników stanowiła wystarczający bodziec do zmiany swoich zachowań.

Beneficjentów projektów zakończonych z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2 poproszono o ocenę w jakim stopniu poszczególne działania projektowe wpłynęły na zmniejszenie zachorowalności na cukrzycę typu 2 w grupie docelowej (co odnosi się bezpośrednio do celu głównego RPZ, którym jest „Zmniejszenie zachorowalności (zapadalności) na

cukrzycę typu 2 mieszkańców województwa pomorskiego w wieku aktywności zawodowej w ciągu 4 lat trwania Programu”). Wyniki przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 16. Średnia ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na zmniejszenie zachorowalności na cukrzycę typu 2 w grupie docelowej projektu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; pytanie zadawane w przypadku wskazania na realizację danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „trudno powiedzieć”

Największy wpływ na zmniejszenie zachorowalności na cukrzycę typu 2 w ramach ewaluowanych projektów miały – w opinii beneficjentów – konsultacje indywidualne z dietetykiem i fizjoterapeutą, a w dalszej kolejności – ex aequo:

- badania z wykorzystaniem testu obciążenia glukozą (OGTT);
- konsultacje lekarskie dla uczestników;
- warsztaty grupowe uczestników z zespołem interdyscyplinarnym (pielęgniarka lub lekarz, dietetyk, trener-fizjoterapeuta, psycholog lub edukator).

Generalnie więc, beneficjenci oceniają pozytywnie oddziaływanie poszczególnych rodzajów wsparcia na osiągnięcie efektu w postaci zmniejszenia zachorowalności na cukrzycę typu 2. W relatywnie największym stopniu dostrzegają użyteczność tego komponentu pomocy, który związany jest z oddziaływaniem na sferę behawioralną (zwiększenie aktywności fizycznej, zmiana nawyków żywieniowych). Ale także w przypadku pozostałych form wsparcia ta ocena jest wyraźnie pozytywna, co jest argumentem na rzecz podejścia zakładającego różnorodność działań w obszarze profilaktyki zdrowotnej.

Relatywnie najniższa ocena oddziaływania akcji informacyjno-edukacyjnej może z kolei wynikać z faktu, iż jest to działanie o relatywnie niewielkim stopniu indywidualizacji, a jak wynika z wcześniejszych analiz kwestia rzeczowej indywidualizacji jest z punktu widzenia beneficjentów postrzegana jako istotny czynnik sukcesu projektów.

W celu doprecyzowania oddziaływania RPZ Cukrzyca typu 2 na wymiar diagnostyczny profilaktyki zdrowotnej przeprowadzono identyfikację skali występowania w projektach przypadków wykrycia cukrzyca typu 2 oraz stanu przedcukrzycowego.

Tabela 2. Liczba osób z niezdiagnozowaną cukrzycą oraz w stanie przedcukrzycowym wykrytych w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2

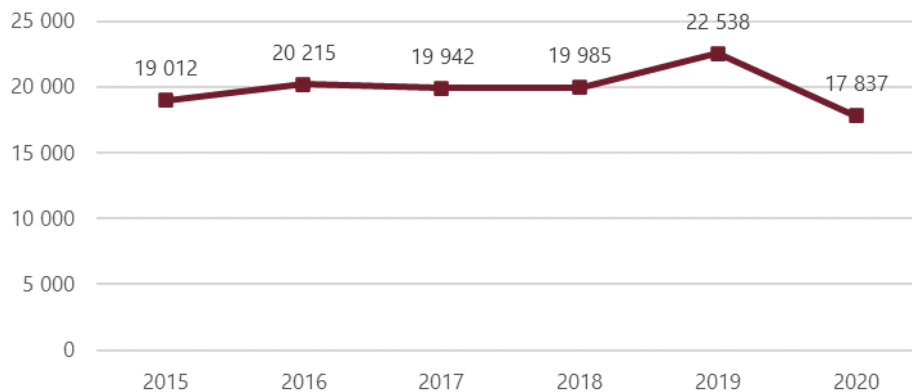
Kategoria osób	Liczba wykrytych osób z niezdiagnozowaną cukrzycą	Udział (%)	Liczba wykrytych osób ze stanem przedcukrzycowym	Udział (%)
Kobiety	1 127	63,3%	1 597	59,5%
Mężczyźni	593	33,3%	763	28,4%
Osoby przed 35 rokiem życia	583	32,8%	516	19,2%
Osoby w wieku 35-64 lata	1 119	62,9%	1 697	63,2%
Ogółem	1 780	100,0%	2 686	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6; liczba kobiet i mężczyzn oraz reprezentantów grup wiekowych nie sumuje się do wartości ogółem ze względu na braki danych (brak wskazań dla 1 projektu)

Z deklaracji badanych realizatorów projektu wynika, że w większym stopniu diagnozowano stan przedcukrzycowy (dotyczy to 2 686 osób) niż cukrzycę typu 2 (takich przypadków było 1 780). Jest to naturalna konsekwencja specyfiki tych stanów chorobowych – stan przedcukrzycowy jest jednostką mniej zaawansowaną, a więc dotyczącą większej części populacji (tylko w części przypadków stan przedcukrzycowy skutkuje rozwinięciem się pełnej cukrzyca typu 2), poza tym cukrzyca typu 2 ze swoim katalogiem objawów jest trudniejsza do diagnostycznego przeoczenia, stąd siłą rzeczy mniejsza liczba przypadków osób, które pozytywną diagnozę w tym aspekcie uzyskały dopiero w ramach uczestnictwa w ewaluowanym RPZ.

Powyższe dane możemy zestawić z danymi kontekstowymi, które obrazują identyfikowaną przez NFZ skalę występowania rozpoznanych cukrzyca w woj. pomorskim.

Wykres 17. Liczba pacjentów ze sprawozdanymi świadczeniami z rozpoznaniem cukrzycy (głównym lub współistniejącym) po raz pierwszy w województwie pomorskim w latach 2015-2020 (os.)



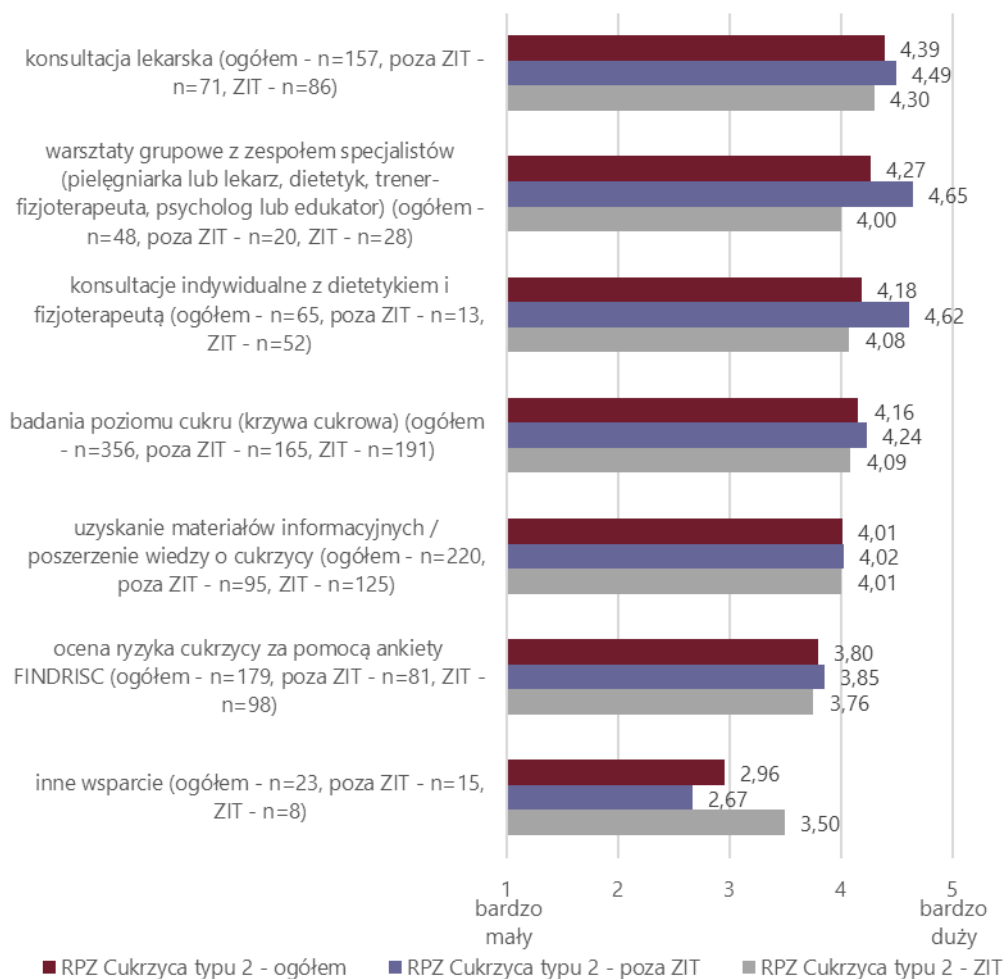
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ- zestawienie Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z rozpoznaniem cukrzycy

Dostępne dane dotyczą lat 2015-2020, a więc tak naprawdę przed faktyczną realizacją działań projektowych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2, pozwalają one jednak stwierdzić, że w całym tym okresie średnia roczna liczba przypadków rozpoznań cukrzycy w woj. pomorskim oscylowała wokół ok. 20 tysięcy (zauważalny spadek w 2020 roku traktować należy przede wszystkim jako efekt ograniczenia działań diagnostycznych z powodu kryzysu pandemicznego, a nie zmianę poziomu zachorowalności). Jeśli zestawimy to z faktem, że w przypadku ewaluowanych projektów łączna (a więc obejmująca cały okres realizacji poszczególnych projektów) liczba przypadków wykrycia wcześniej niezdiagnozowanej cukrzycy typu 2 to 1780⁷, to ujawnia się nam znaczenie interwencji w postaci RPZ Cukrzyca typu 2 dla procesu diagnozowania cukrzycy typu 2 w woj. pomorskim.

Również uczestników projektów – w ramach identyfikowania wybranych efektów wsparcia – zapytano o to, w jakim stopniu otrzymane wsparcie pomogło uniknąć zachorowania na cukrzycę. Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że dany rodzaj wsparcia bardzo mało pomógł, a 5 oznacza, że otrzymane wsparcie w bardzo dużym stopniu pomogło w rzeczonyj kwestii. Wyniki zaprezentowano na poniższym wykresie.

⁷ Przy zastrzeżeniu, że dane te nie obejmują jednego projektu, więc faktyczna liczba wykrytych przypadków cukrzycy typu 2 jest w ramach RPZ większa.

Wykres 18. Ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektów RPZ Cukrzyca typu 2 uniknąć zachorowania na cukrzycę



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; pytanie zadawane osobom, które wskazały na otrzymanie danego rodzaju wsparcia

Generalnie, wsparcie otrzymane w ramach projektów RPZ Cukrzyca typu 2 oceniono wysoko pod kątem jego oddziaływania na uniknięcie zachorowania na cukrzycę typu 2. Najwyżej ocenionym rodzajem wsparcia jest konsultacja lekarska (średnia 4,39), a w dalszej kolejności warsztaty grupowe z zespołem specjalistów (4,27). Jako wysoko przydatne uczestnicy uznali konsultacje indywidualne z dietetykiem i fizjoterapeutą (4,18) oraz badania poziomu cukru (4,16). Najmniej przydatnym – w opinii uczestników – rodzajem wsparcia była ocena ryzyka cukrzycy za pomocą ankiety (3,8).

Warto przy tym zwrócić uwagę, że dla wszystkich konkretnych form wsparcia ocenianych przez respondentów, nieznacznie bardziej pozytywna ocena została wyrażona przez uczestników projektu realizowanego poza obszarem ZIT.

Uwzględniając całość wyników odnoszących się do efektów osiągniętych dzięki zrealizowanej w ramach omawianego RPZ interwencji uprawniony jest wniosek, że generalnie podjęte działania cechowały się skutecznością. Świadczy o tym charakter i struktura efektów, które dostrzegane są zarówno przez beneficjentów, jak i uczestników projektów. Wsparcie pozwoliło na przeprowadzenie działań diagnostycznych, a tym samym zwiększenie wiedzy uczestników na temat stanu ich zdrowia, a w przypadku diagnozy cukrzycy lub stanu przedcukrzycowego. Można jednak wskazać na dwa obszary, które wymagałyby ewentualnej poprawy w kontekście zwiększenia skuteczności. Po pierwsze, w przypadku zdiagnozowania stanu przedcukrzycowego, a przede wszystkim cukrzycy, celowe jest podjęcie określonych działań o charakterze medycznym, a tych w ramach RPZ nie można było zapewnić („ścieżka” dalszego wsparcia terapeutycznego dla takiej osoby przebiegała już w ramach samodzielnej aktywności i konsultacji lekarskich poza projektem). Po drugie, z punktu widzenia skuteczności nie jednostkowej, a dotyczącej poziomu całego RPZ, pewien problem stanowiły rezygnacje części uczestników, które można uznać za element obniżający całościową skuteczność interwencji.

Stopień realizacji założonych celów

W niniejszej analizie dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie badawcze: „W jakim stopniu zostały/zostaną osiągnięte cele określone w RPZ?”.

Poniższa tabela zawiera informację o stopniu realizacji wskaźników, które zostały zdefiniowane w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

Tabela 3. Wskaźniki określone w RPZ Cukrzyca typu 2

Nazwa miernika	Wartość osiągnięta
Liczba osób przyjętych do Programu (spełniających kryterium włączenia)	6 471
Liczba osób zakwalifikowanych podczas badań/na podstawie badań (na etapie badań)	6 305
Liczba osób zdyskwalifikowanych podczas badań/na podstawie badań (na etapie badań)	4 077
Liczba osób, które zrezygnowały przed lub w trakcie badań (na etapie badań)	705
Liczba osób które rozpoczęły cykl interwencji (na etapie specjalistycznym)	4 299
Liczba osób które zakończyły cykl interwencji (na etapie specjalistycznym)	1 521
Liczba osób które zrezygnowały przed lub w trakcie cyklu interwencji (na etapie specjalistycznym)	240
Liczba osób które zrezygnowały z udziału w programie po zakończeniu cyklu interwencji (na etapie zakończenia Programu)	496

Nazwa miernika	Wartość osiągnięta
Liczba osób które zakończyły udział w Programie	832

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez realizatorów projektów

Dane przedstawione w tabeli pozwalają stwierdzić, jaka była skala realizacji poszczególnych komponentów realizowanych projektów (uwzględniając fakt, że mamy tutaj do czynienia z informacją o skali realizacji działań w ramach poszczególnych etapów interwencji, co wiąże się z określonym charakterem działań, które były przewidziane dla danego etapu). Jednocześnie jednak, należy zauważyć, że mamy tutaj do czynienia z istotnym problemem wynikającym z przyjętego sposobu monitorowania realizacji RPZ – dla poszczególnych wskaźników nie określono wartości docelowych. Tym samym, nie ma realnej możliwości oceny, w jakim stopniu zostały zrealizowane poszczególne cele, gdyż nie zostały one w żaden sposób sparametryzowane. Sama informacja o tym, w jakiej skali były realizowane poszczególne działania i osiągnane efekty, bez punktu referencyjnego jakim powinna być określona wartość docelowa, jest niewystarczająca do tego, by móc określić stopień realizacji założonych celów.

Na pewno można mówić o realizacji celów w wymiarze jakościowym, czego potwierdzeniem jest fakt, że mamy wykazaną określoną skalę działań w ramach poszczególnych etapów zaplanowanej interwencji. Tym samym, możemy mówić o tym, że były realizowane działania, które zaplanowano jako narzędzie osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych RPZ Cukrzyca typu 2.

W oparciu o powyższe dane warto jednak zauważyć także istotny aspekt, który obrazuje problem w realizacji RPZ Cukrzyca typu 2, a jednocześnie może być traktowany jako czynnik utrudniający osiągnięcie założonych celów. Chodzi tutaj mianowicie o skalę występujących wśród uczestników projektów rezygnacji. Z powyższych danych wynika, że do RPZ przyjęto 6 471 osób, natomiast w kolejnych etapach łącznie zrezygnowało 1 441 osób. Innymi słowy, ponad jedna piąta zakwalifikowanych do projektu uczestników zrezygnowała w jego trakcie, co jest wartością relatywnie wysoką. Trudno taką skalę rezygnacji postrzegać jako wypadkową czynników losowych, raczej należałoby szukać przyczyn odnoszących się do samej interwencji i sposobu jej wdrażania. Kwestia ta zostanie poddana pogłębionej analizie w poniższej części, która poświęcona jest zagadnieniu poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia.

W badaniu jakościowym wskazano z kolei czynniki mogące wpływać niekorzystnie na stopień realizacji celów (w tym: na problem przerywania uczestnictwa w projekcie), zwracając uwagę przede wszystkim na: brak zainteresowania potencjalnych odbiorców; niechęć uczestników do skorzystania z całego zaplanowanego zakresu wsparcia; lekceważenie otrzymanych zaleceń przez część uczestników; ograniczenia wynikające z

kryzysu pandemicznego; wzajemne uzależnienie od siebie realizacji poszczególnych elementów/celów RPZ (np. mniejsza zgłaszalność skutkuje mniejszą skalą działań diagnostycznych, to z kolei oznacza mniejszą liczbę wykrytych przypadków cukrzycy typu 2, a to natomiast wiąże się z mniejszą niż zakładano populacją osób korzystających ze wsparcia adresowanego do osób z pozytywnym wynikiem diagnozy).

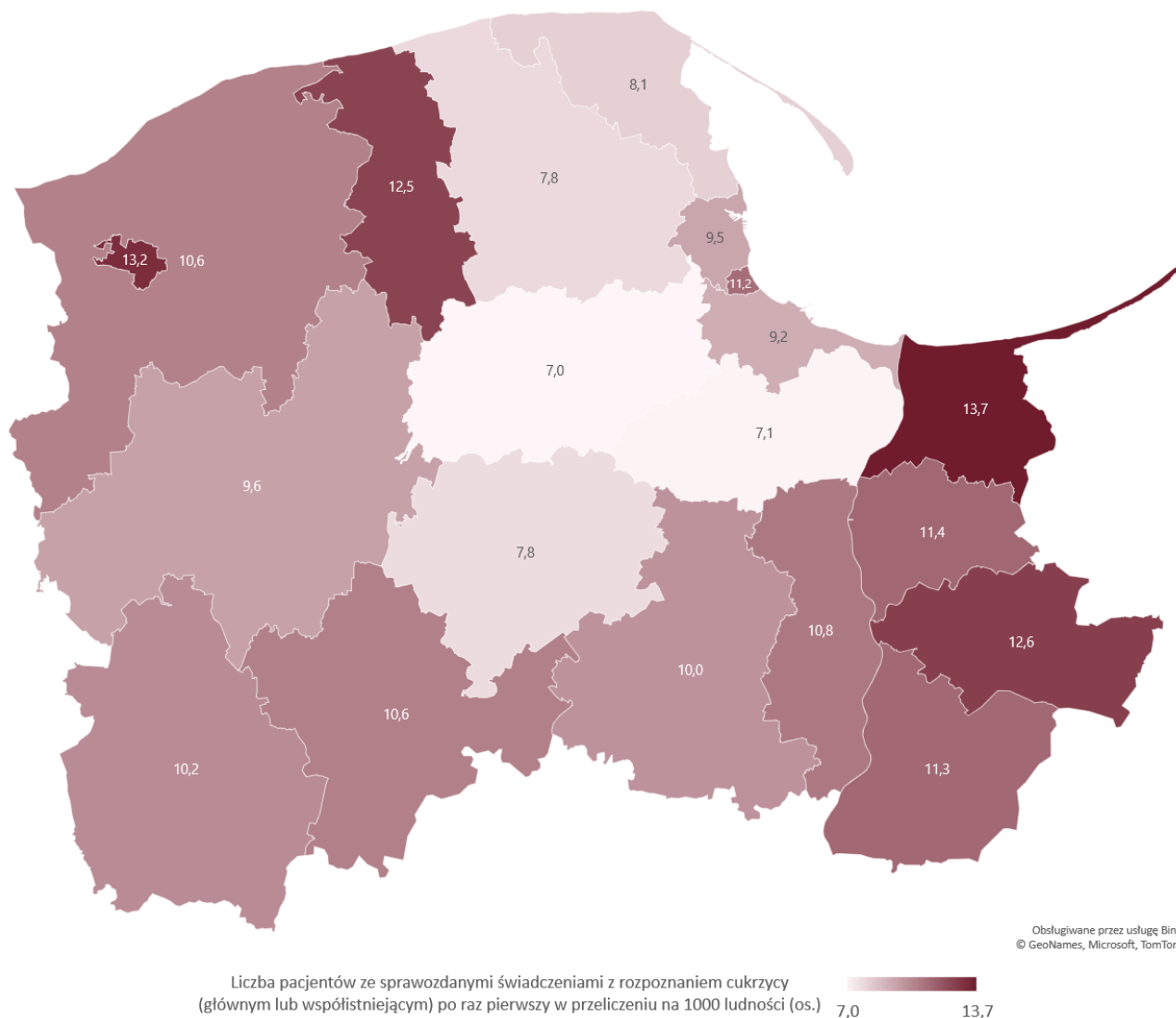
Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia

W niniejszej części skoncentrowano się analizie odnoszącej się do poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia, analizując takie kwestie jak:

- **Poziom zainteresowania wsparciem** („W których projektach RPO WP można zaobserwować większe zainteresowanie mieszkańców udziałem w RPZ? Jakie czynniki o tym decydują (np. płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, sposób rekrutacji uczestników?)”);
- **Skala objęcia wsparciem mieszkańców z tzw. „białym plam” profilaktyki cukrzycowej** („W jakim stopniu projekty RPO WP dotyczyły/dotyczą mieszkańców z tzw. „białych plam” profilaktyki cukrzycowej? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin”) prowadzono/prowadzi się działania projektowe? Na jaką skalę prowadzi się tam działania projektowe?”);
- **Dostępność do oferowanych świadczeń** („Jaka była dostępność mieszkańców do świadczeń zdrowotnych w ramach RPZ (czas oczekiwania, formy komunikacji z realizatorami, możliwość odbycia teleporady)? Jakie technologie (np. jaki sprzęt) były stosowane w procesie diagnostyki oraz interwencji?”);
- **Problemy z uczestnictwem w RPZ** („Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w RPZ i dlaczego? Jakie były to problemy? Jakie działania należy podjąć, aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia?)”).

We wcześniejszej części była prowadzona analiza odnosząca się do zróżnicowania terytorialnego realizowanego wsparcia. Zidentyfikowano tam zjawisko koncentracji wsparcia w określonych częściach województwa, przy jego relatywnie niewielkiej skali w innych jego częściach. W tym miejscu należałoby te dane zestawić z danymi o skali prowadzonej w ramach świadczeń z NFZ diagnostyki cukrzycowej w poszczególnych powiatach woj. pomorskiego, co przedstawiono na poniższej mapie.

Wykres 19. Liczba pacjentów ze sprawozdanymi świadczeniami z rozpoznaniem cukrzycy (głównym lub współistniejącym) po raz pierwszy w przeliczeniu na 1 000 ludności w 2019 r. (os.)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ- zestawienie Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń z rozpoznaniem cukrzycy

Uwzględniając fakt, iż kwestia zachorowalności na cukrzycę nie powinna mieć charakteru specyficznego terytorialnie, występujące zróżnicowania w liczbie pacjentów ze sprawozdanymi świadczeniami z rozpoznaniem cukrzycy po raz pierwszy (w przeliczeniu na 1000 mieszkańców) należy jako przede wszystkim odzwierciedlające dostępność diagnostyki cukrzycowej oraz aktywność mieszkańców w korzystaniu z niej.

Z danych przedstawionych na powyższej mapie wynika, że skala rozpoznań cukrzycy jest najmniejsza w takich powiatach jak: bytowski, m. Gdynia, m. Gdańsk, pucki, kościerski, wejherowski, gdański, kartuski. Z największą liczbą osób objętych wsparciem w ramach

RPZ Cukrzyca typu 2 mieliśmy natomiast do czynienia w powiatach: m. Gdańsk i tczewskim. Mamy więc do czynienia ze współwystępowaniem w obu analizowanych zbiorach m. Gdańsk. Jednocześnie jednak należy zauważyć, że w przypadku powiatu kartuskiego mamy do czynienia ze współwystępowaniem relatywnie niewielkiej skali diagnostyki w ramach NFZ oraz – zidentyfikowanej wcześniej – bardzo małej skali objęcia mieszkańców wsparciem oferowanym w ramach RPZ.

Analizę w zakresie poziomu zainteresowania wsparciem przeprowadzono także w podziale na poszczególne projekty.

Tabela 4. Struktura uczestników projektów w podziale na realizowane projekty

Tytuł Projektu	Liczba uczestników
Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy - program polityki zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 u osób w wieku aktywności zawodowej na terenie Miasta Gdańska i Gminy Stegna	3237
Program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie Gminy Miasta Sopotu	89
"STOP CUKRZYCY - program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie powiatu tczewskiego"	1076
Program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie Powiatu Gdańskiego	814
Program profilaktyki cukrzycy typu 2 na terenie powiatów : gdyńskiego, wejherowskiego i puckiego	1613
Zdążyć przed cukrzycą.	2577

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=9406; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Przede wszystkim należy podkreślić, że powyższe dane pozwalają nam wprowadzić wnioskować o poziomie zainteresowania wsparciem oferowanym w poszczególnych projektach, ale trzeba mieć świadomość, że są to dane o faktycznych uczestnikach. Dane te nie obejmują więc osób, które np. chciałyby uczestniczyć w danym projekcie, ale okazało się to z jakichś powodów niemożliwe. Jeśli jednak identyfikacji i analizie stopnia zainteresowania wsparciem w ramach poszczególnych projektach uwzględnimy parametr liczby uczestników projektów, to okaże się, że występują pomiędzy przedsięwzięciami duże różnicowania. Nie wydaje się jednak, by miały na to różnicowanie wpływ jednostkowe cechy społeczno-demograficzne uczestników. Identyfikując projekty o największym poziomie zainteresowania widzimy bowiem, że były one realizowane w tych powiatach, których liczba mieszkańców jest relatywnie duża, a tym samym potencjał rekrutacyjny stosunkowo wysoki lub też – jak w przypadku projektu poza formułą ZIT – na relatywnie dużym obszarze.

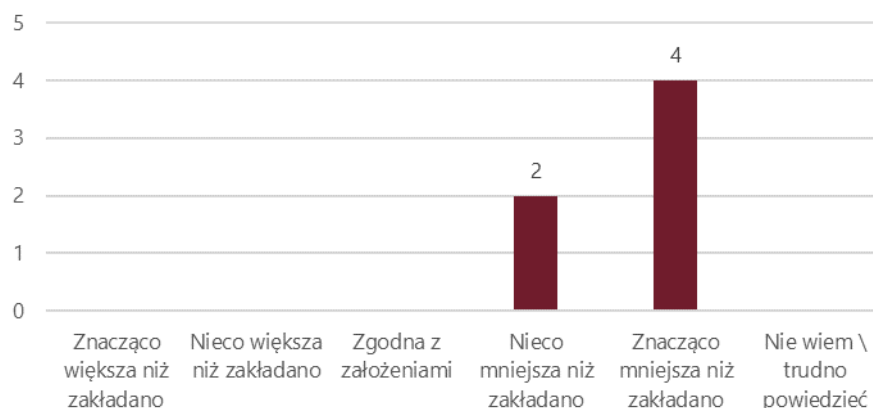
Widać wyraźne różnicowania pomiędzy poszczególnymi projektami, jeśli chodzi o poziom zainteresowania mierzony liczbą uczestników projektów.

Dane dotyczące struktury terytorialnej udzielonego wsparcia uwzględniono w analizie skali objęcia wsparciem mieszkańców z tzw. „białym plam” profilaktyki cukrzycowej. Instytucje szczebla centralnego de facto nie prowadzą zorganizowanych, szerokich działań profilaktycznych w kierunku cukrzycy, nie można więc mówić o występowaniu „białych plam” w tym zakresie. Działania w tym zakresie są mniej skoordynowane, polegają na organizowaniu przez NFZ jednorazowych akcji czy zachęcaniu lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do realizacji wśród pacjentów badań profilaktycznych w ramach realizowanych przez nich świadczeń.

Biorąc pod uwagę, iż cukrzyca typu 2 jest chorobą, która we względnie równomiernym stopniu dotyka populację całego województwa pod względem geograficznym, za „białe plamy” profilaktyki należy uznać obszary, gdzie wykrywa się najmniej przypadków cukrzycy, ponieważ najprawdopodobniej nie wynika to z braku chorych na tę chorobę, a z mniejszej intensyfikacji działań profilaktycznych służących jej wykrywaniu. Zgodnie z przedstawionymi dotyczącymi liczby pacjentów ze sprawozdanymi świadczeniami z rozpoznaniem cukrzycy (głównym lub współistniejącym) po raz pierwszy w przeliczeniu na 1 000 ludności, powiatami, gdzie wykrywa się najmniej przypadków cukrzycy są kartuski, gdański, kościerski, wejherowski i pucki. Powiaty te uznać można za „białe plamy”. Pochodziło z nich 21% uczestników RPZ Cukrzyca typu 2, natomiast liczba ludności tych powiatów stanowi 28% populacji województwa. W świetle powyższych danych mówić można o nieco niższym niż proporcjonalne pokryciu powiatów stanowiących „białe plamy” profilaktyki cukrzycy przez działania realizowane w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

W dalszej części poddano analizie kwestię zgłaszalności do projektów w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 oraz ewentualnych problemów z uczestnictwem w tych projektach. W pierwszej kolejności przedstawiono opinie beneficjentów dotyczące oceny faktycznego poziomu zgłaszalności do projektów.

Wykres 20. Ocena poziomu zgłaszalności do projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6

Generalnie, beneficjenci są krytyczni wobec osiągniętego poziomu zgłaszalności. Czterech z sześciu beneficjentów ocenia ów poziom jako znacząco mniejszy niż zakładano, a kolejnych dwóch – jako nieco mniejszy niż zakładano.

Beneficjenci jako powód mniejszego zainteresowania odbiorców wskazują przede wszystkim:

- małą atrakcyjność oferty badań pod względem ich zakresu (jedno badanie) w stosunku do innych ofert np.: Programu Profilaktyka 40+, prywatnych abonamentów medycznych, opieki medycznej oferowanej przez pracodawców, portalu Diety NFZ;
- zbyt długi czas trwania programu (okresu uczestnictwa w programie);
- małą elastyczność zakresu oferowanego wsparcia;
- niską świadomość społeczną na temat zagrożenia cukrzycą typu 2 oraz – generalnie – na temat profilaktyki zdrowotnej;
- utratę motywacji do uczestnictwa w programie w jego trakcie;
- pandemię COVID-19.

W badaniu jakościowym dodatkowo zwracano uwagę na takie czynniki ograniczające faktyczną skalę zgłaszalności jak: słabość oferty diagnostycznej RPZ w stosunku do prywatnych abonamentów medycznych i ogólnopolskich programów profilaktycznych; zbyt duża odległość do miejsc realizacji oferowanych w RPZ świadczeń; niedogodne godziny realizacji świadczeń; niewłaściwy dobór miejsc realizacji świadczeń (miejsca nieznane potencjalnym uczestnikom, niezwiązane z ich codziennymi praktykami i przyzwyczajeniami); obawy uczestników przed podawaniem danych osobowych, w tym: danych wrażliwych, co formalnie uniemożliwiało danemu uczestnikowi udział w projekcie.

Z drugiej strony, uczestnicy badania jakościowego podkreślali, że powyższe problemy ze zgłaszalnością nie oznaczają, że projekty realizowane w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 nie miały pozytywnego przełożenia na ogólny poziom zgłaszalności na badania profilaktyczne, ze szczególnym uwzględnieniem badań przesiewowych w zakresie cukrzycy. Po pierwsze jednak, ewentualne uchwycenie takiego oddziaływania wymaga dłuższego czasu obserwacji. Po drugie, ze względu na fakt, iż mamy do czynienia z coraz większymi możliwościami przeprowadzenia badań analogicznych do tych oferowanych w ramach RPZ Cukrzyca typu 2, utrudnione jest „wydestylowanie” dokładnej skali oddziaływania ewaluowanej interwencji na ewentualny wzrost aktywności mieszkańców regionu w zakresie diagnostyki cukrzycowej.

Beneficjentów poproszono jednak, by – pomimo dostrzeganego problemu ze zgłaszalnością – wskazali, co skłoniło uczestników do udziału w projektach w ramach RPZ Cukrzyca typu 2. Z opinii beneficjentów wynika, że do udziału w projektach skłonili uczestników przede wszystkim:

- a) samoświadomość części uczestników i dostrzegana przez nich potrzeba oceny stanu swojego zdrowia;
- b) kampania promocyjna w prasie lokalnej, mediach społecznościowych, na stronach internetowych podmiotów realizujących projekt;
- c) aktywny udział realizatora projektu w lokalnych festynach (kampania reklamowa, bezpłatne porady dietetyka i edukatora zdrowia);
- d) oferta bezpłatnych badań laboratoryjnych;
- e) atrakcyjny pakiet wsparcia dotyczący interwencji behawioralnej (pakiet wejściówek do klubów fitness);
- f) sposób realizacji działań projektowych: prowadzenie badań diagnostycznych w miejscu pracy, możliwość wyboru sposobu przeprowadzania konsultacji (w formie stacjonarnej lub zdalnej), dostępność zróżnicowanych terminów przeprowadzania konsultacji;
- g) wiarygodność podmiotu realizującego zadania projektowe gwarantująca wysoką jakość oferowanych świadczeń.

Z powyższych wskazań wyłania się więc katalog działań, jakie w podobnych przedsięwzięciach powinny być podejmowane, by zapewnić odpowiedni poziom zgłaszalności, tj. działań zorientowanych na wzmacnianie czynników pozytywnie oddziałujących na zgłaszalność oraz działań niwelujących negatywny wpływ czynników obniżających skalę zgłaszalności.

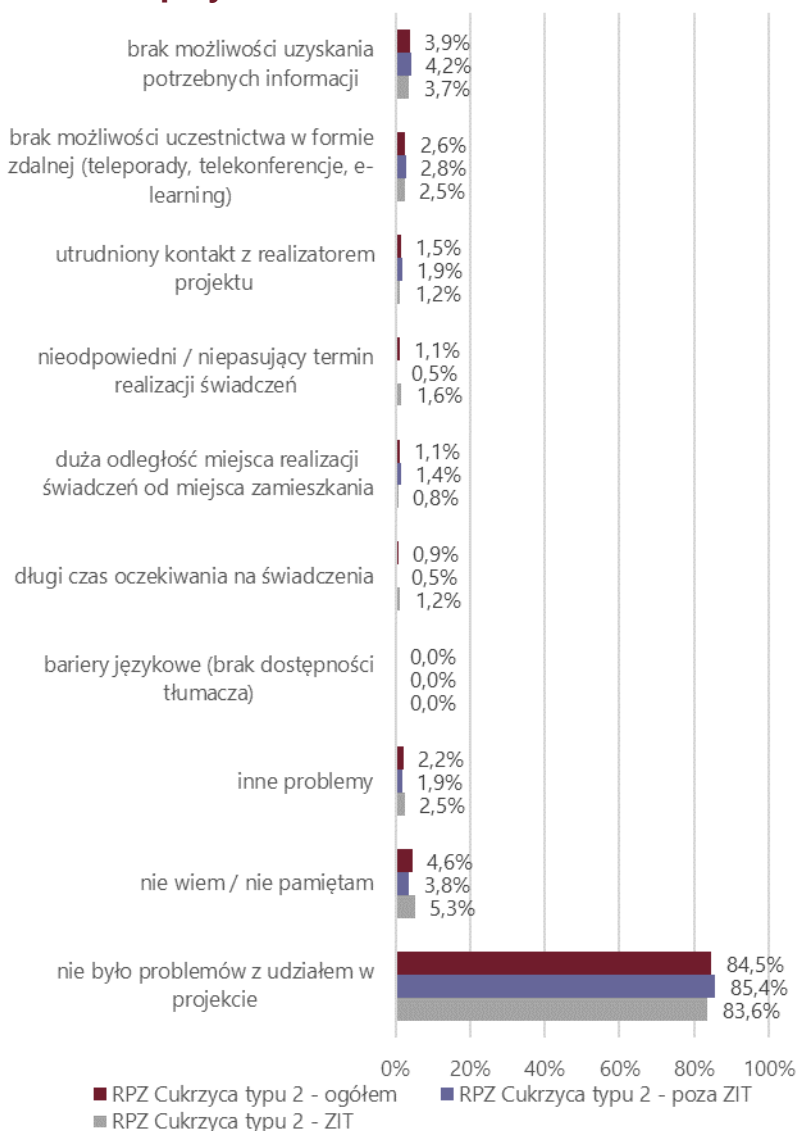
Przy krytycznej ocenie skali zgłaszalności beneficjenci deklarowali jednak, że nie docierały do nich sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie takich grup osób jak:

- a) osoby z niepełnosprawnością ruchową;
- b) osoby z niepełnosprawnością intelektualną;
- c) osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (np. osoby niewidome, niedowidzące, niesłyszące);
- d) osoby zagrożone wykluczeniem społecznym;
- e) obcokrajowcy.

Jeden z beneficjentów wskazał natomiast, że docierały do niego sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie osób pracujących, drugi zaś – że trudności dotyczyły osób mieszkających w dużej odległości od miejsc realizacji świadczeń. Beneficjenci ci zasugerowali, by w przyszłych tego typu projektach uwzględnić mobilne usługi kontroli zdrowia oraz umożliwić przeprowadzenie badań w miejscu pracy.

Nakreślona powyżej perspektywa beneficjencka dotycząca ewentualnych trudności w dostępie do wsparcia została zestawiona z opiniami uczestników projektów.

Wykres 21. Występowanie wśród uczestników projektów RPZ Cukrzyca typu 2 problemów z udziałem w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - ogółem - n=457, RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT - n=213, RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT - n=244

Uczestnicy w zdecydowanej większości nie dostrzegali większych problemów z udziałem w projekcie. Pojedyncze osoby miały trudność z uzyskaniem potrzebnych informacji, czy utrudniony kontakt z realizatorem projektu. Podobnie kilka osób zwracało uwagę na brak możliwości uczestnictwa w projekcie w formie zdalnej.

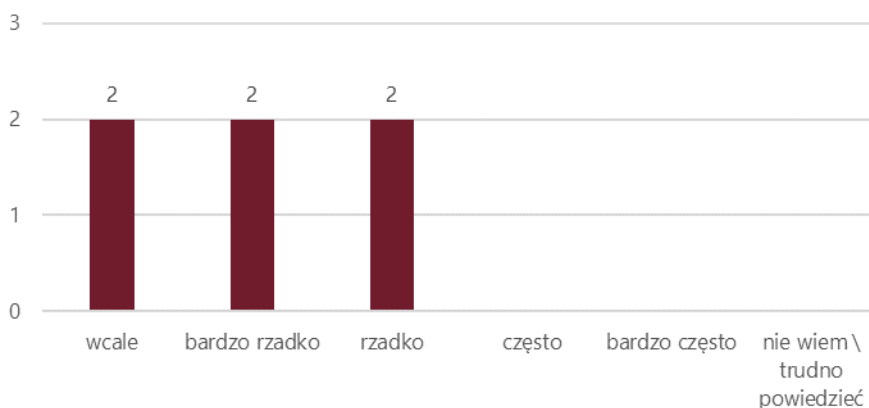
Wśród innych problemów uczestnicy zgłaszali brak kontaktu z organizatorem po badaniu w celu interpretacji wyników, czy chaos organizacyjny (powtórne zapraszanie na już odbyte wizyty, mylenie pacjentów itp.).

Uwzględniając więc obie perspektywy (beneficjentów i uczestników) można jednoznacznie stwierdzić, że w ewaluowanych projektach nie wystąpiły istotne problemy w dostępie do oferowanego wsparcia lub jakieś istotne „bariery wejścia”. W tym kontekście mniejsza niż zakładana zgłaszalność powinna być traktowana raczej jako konsekwencja takiego, a nie innego zakresu wsparcia lub sposobu jego świadczenia, a nie zbyt rygorystycznego sposobu „skalibrowania” warunków uczestnictwa w projektach.

Potwierdzeniem powyższej diagnozy są także wyniki badania jakościowego, gdzie zwracano uwagę, że nie było istotnych dla powodzenia realizowanych projektów ograniczeń w dostępie do wsparcia. Natomiast to, co w pewnym stopniu (i dla pewnych kategorii uczestników) mogło stanowić czynnik ograniczający dostępność oferowanej pomocy to: ograniczenie wsparcia do osób pracujących; ograniczenia terytorialne dostępności wsparcia ograniczające możliwość korzystania z pomocy w miejscowości/powiecie, w którym się pracuje, ale nie zamieszkuje; brak czasu potencjalnych uczestników na udział w projekcie w pełnym zakresie i zgodnie z zaplanowanym dla nich harmonogramem (ten ostatni czynnik oddziałuje mocno nie tylko na kwestię rozpoczęcia udziału w projekcie, ale i jego zakończenia, zgodnie z pierwotnymi założeniami).

Pamiętać przy tym należy, że w kontekście dostępności wsparcia nie można ograniczyć analizy wyłącznie do kwestii ewentualnych barier dostępowych. Czynnikiem ograniczającym dostępność – co ma na dużą skalę miejsce w ramach systemu świadczeń finansowanych ze środków NFZ – jest czas oczekiwania na świadczenia. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące skalę występowania przedłużającego się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie.

Wykres 22. Ocena częstości występowania problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie

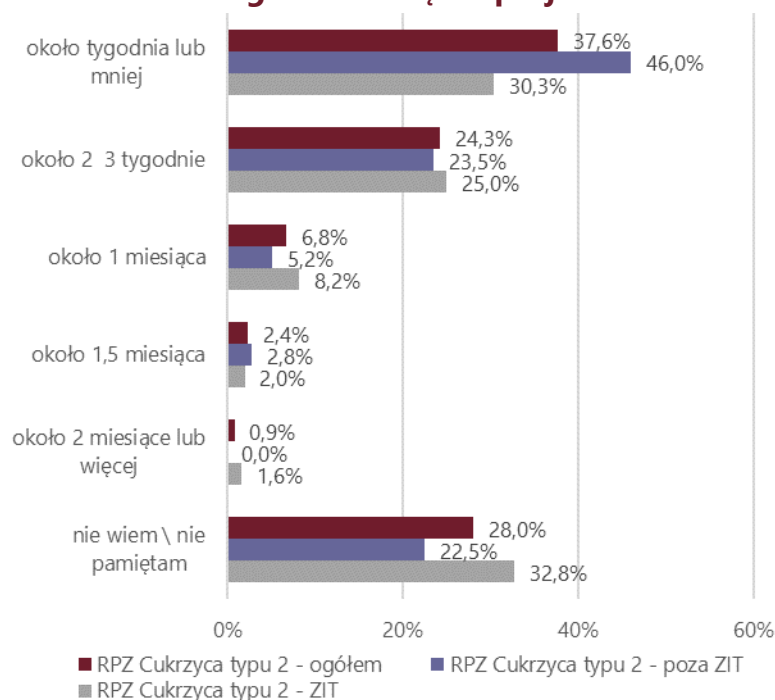


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6

Dwóch beneficjentów deklaruje, że w czasie realizacji projektu bardzo rzadko dochodziło do problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie, kolejnych dwóch przyznaje, że takie sytuacje miały miejsce, ale rzadko. Pozostałych dwóch – że wcale nie dochodziło do przedłużenia czasu oczekiwania na udział w świadczeniach.

W oparciu o deklaracje beneficjentów można więc uznać, że w przypadku ewaluowanych projektów wdrażających RPZ Cukrzyca typu 2, mamy do czynienia z przewyższeniem jednego z głównych problemów publicznego systemu ochrony zdrowia, czyli oczekiwania na określone świadczenia. By jednak w pełni zweryfikować tę kwestię, uczestników projektów zapytano o to, jak długo musieli czekać na realizację pierwszych świadczeń od chwili zgłoszenia się do projektu. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 23. Czas oczekiwania uczestników projektów RPZ Cukrzyca typu 2 na pierwsze świadczenia od chwili zgłoszenia się do projektu



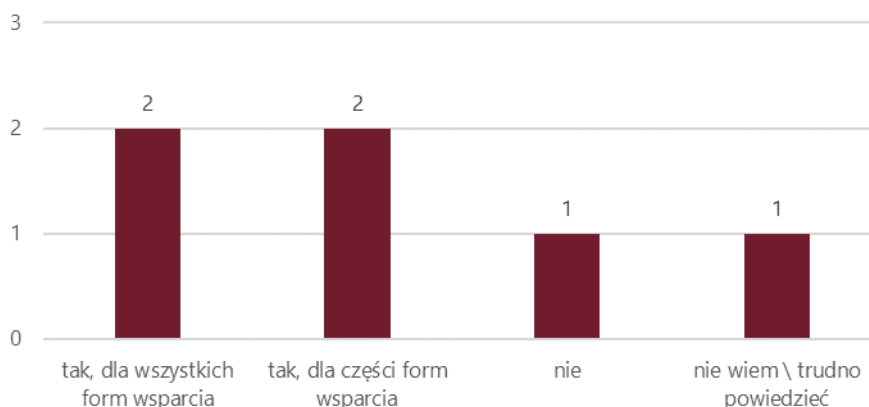
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - ogółem - n=457, RPZ Cukrzyca typu 2 - poza ZIT - n=213, RPZ Cukrzyca typu 2 - ZIT - n=244

Czas oczekiwania na realizację świadczeń w ramach projektu okazał się nie być długi, co stanowi potwierdzenie wcześniejszych deklaracji beneficjentów, iż generalnie problem wydłużonego oczekiwania na świadczenia projektowe w ich przedsięwzięciach nie był istotną trudnością. 37,6% uczestników czekało tydzień lub mniej, co czwarty uczestnik

czekał około 2-3 tygodni (24,3%). Warto przy tym zauważyć, że projekty realizowane poza ZIT – w porównaniu z projektami ZIT – oferowały nieco większą dostępność świadczeń (mierząc tę dostępność czasem oczekiwania na skorzystanie ze świadczenia).

Ostatni aspekt analizy poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia dotyczy realizacji części zadań w formule zdalnej. Jak wynika z wcześniejszych danych, kwestia elastyczności i zróżnicowania sposobu realizacji poszczególnych zadań ma znaczenie, również formuła zdalna była wskazywana jako postulowany instrument zwiększający dostępność wsparcia. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące, w jakiej skali występowała w projektach możliwość uczestnictwa w formule zdalnej.

Wykres 24. Możliwość uczestnictwa w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2 w formule zdalnej



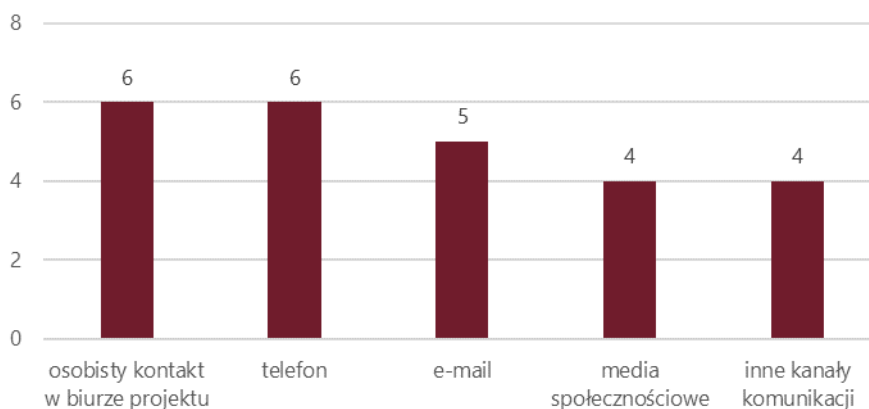
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6

Uczestnicy lub potencjalni uczestnicy dwóch projektów mieli możliwość uczestniczenia we wsparciu oferowanym w projekcie w formule zdalnej tj. w formie teleporad, telekonferencji, e-learningu i tym podobnych. W przypadku kolejnych dwóch projektów taki udział był możliwy, ale nie dla wszystkich form wsparcia. W przypadku jednego projektu nie było to możliwe.

Możemy więc mówić o relatywnie szerokiej dostępności zdalnych form uczestnictwa w projekcie, co traktować należy jako potwierdzenie podejmowania działań zwiększających rzeczoną dostępność. Oczywiście, należy domniemywać, że mamy tutaj do czynienia z oddziaływaniem kryzysu pandemicznego na wdrożenie zdalnych form uczestnictwa w projektach, na pewno jednak opcję zdalnego uczestnictwa traktować można jako uniwersalny instrument poszerzania dostępności oferowanej pomocy.

Beneficjenci w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego wskazywali z jakich kanałów komunikacji mogli skorzystać uczestnicy i/lub potencjalni uczestnicy projektu.

Wykres 25. Dostępne dla uczestników/potencjalnych uczestników formy komunikacji z personelem projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=6, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

W celu kontaktu z beneficjentami uczestnicy projektów mieli najczęściej możliwość nawiązania kontaktu bezpośrednio odwiedzając biuro projektu lub drogą telefoniczną. Wszyscy beneficjenci umożliwili uczestnikom/potencjalnym uczestnikom kontakt tą drogą. Pięciu beneficjentów stosowało także komunikację z zastosowaniem poczty elektronicznej, a czterech – z wykorzystaniem mediów społecznościowych.

Do innych, stosowanych przez beneficjentów kanałów komunikacji należą:

- osobisty kontakt u koordynatora lokalnego (jeden koordynator na każdy powiat);
- kontakt podczas spotkań w miejscach pracy, czy w trakcie różnego rodzaju przedsięwzięć promocyjnych;
- kontakt poprzez rejestrację w przychodni realizującej zadania projektowe;
- kontakt za pomocą komunikatora internetowego.

Uwzględniając powyższe deklaracje – tj. przede wszystkim fakt zbliżonego stopnia wykorzystywania różnorodnych form komunikacji z personelem projektów – uprawniony jest wniosek, iż aktywność w obszarze komunikacji była w ewaluowanych projektach czynnikiem zwiększającym dostępność oferowanego wsparcia i pozytywnie oddziałującym na poziom zainteresowania. To, że beneficjenci nie ograniczali się w swoich działaniach do pewnych form komunikacji pozwoliło w prowadzonych działaniach informacyjnych dotrzeć do, nie tylko licznej, ale przede wszystkim zróżnicowanej (np. wiekowo) populacji uczestników.

W kontekście dostępności wsparcia w ramach RPZ istotne jest także uwzględnienie ewentualnych alternatywnych form pomocy dotyczących profilaktyki zdrowotnej dotyczącej analogicznego problemu zdrowotnego. W tym celu przeprowadzono w ramach analizy benchmarkingowej identyfikację alternatywnych programów profilaktycznych do interwencji wdrażanej w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

W dokumencie wydanym przez AOTMiT dotyczącym ewaluowanego Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2 jako świadczenie alternatywne opisane zostały dostępne w ramach świadczeń gwarantowanych: oznaczenie glukozy, test obciążenia glukozą oraz oznaczenie hemoglobiny glikowanej.

Analiza innych, pasujących Programów wśród opinii AOTMiT z 18.09.2019 r. pozwoliła na identyfikację Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w Gminie Kosakowo, który nie mógł zostać wykorzystany jako alternatywa (z uwagi na swój zakres), ale w którego opinii zaznaczono iż w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych nie było dostępnego kompleksowego systemu leczenia i profilaktyki otyłości i edukacji prozdrowotnej. Jednocześnie badania diagnostyczne dotyczące np. cukrzycy były dostępne w ramach POZ.

Biorąc pod uwagę, że Regionalny Program Polityki Zdrowotnej dotyczący prewencji cukrzycy typu 2 w założeniach opierał się na prowadzeniu akcji informacyjno-promocyjnych w kontekście prewencji cukrzycy oraz prowadzenia szkoleń grupowych oraz indywidualnych to trudno jest mówić o istnieniu w tym okresie konkretnej alternatywy. Jediną znaczącą alternatywą systemową były prowadzone już badania w POZ w kierunku rozpoznawania jednostki chorobowej, którą jest cukrzyca.

Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia

W niniejszej części przeprowadzono analizę dotyczącą wpływu pandemii COVID-19 na realizację wsparcia, odpowiadając tym samym na pytanie badawcze: „Jakie konsekwencje dla realizacji RPZ miała/ma pandemia COVID-19? Czy wpłynęła ona na zakres wsparcia oferowany uczestnikom i przebieg realizacji projektów RPO WP? W jaki sposób realizatorzy zapewnili w trakcie jej trwania dostępność do świadczeń przewidzianych w RPZ?”

Beneficjenci zapytani o to, jak na realizację ich projektów w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 wpłynęła pandemia COVID-19 i obowiązujące w jej czasie obostrzenia sanitarno-epidemiologiczne wskazywali przede wszystkim na takie okoliczności jak:

- a) duże ograniczenia w realizowanych świadczeniach (izolacja uczestników; obawy i restrykcje związane z wyjściem z domu, w szczególności do placówek ochrony zdrowia; zamknięte siłownie i centra fitness; konieczność prowadzenia konsultacji lekarskich w formie teleporad; brak możliwości organizacji mobilnych punktów pobrań);
- b) opóźnienia w realizacji projektu lub zatrzymanie jego realizacji (wynikające z oporów uczestników przed uczestnictwem we wsparciu w czasie obostrzeń sanitarno-epidemiologicznych oraz nikłym zainteresowaniem profilaktyką zdrowotną w czasie pandemii);
- c) mniejsza liczba zgłoszeń do projektu w stosunku do zakładanej i trudności w rekrutacji uczestników;
- d) brak kontaktu z uczestnikami;
- e) wycofanie się podmiotów zaangażowanych w realizację projektu (partner, podmiot współpracujący);
- f) wzrost obaw potencjalnych uczestników przed wizytą w laboratorium i w wielu przypadkach przed uczestnictwem w projekcie.

Beneficjenci dostrzegający te negatywne uwarunkowania realizacji projektów związane z kryzysem pandemicznym podejmowali przede wszystkim dwojakiego rodzaju działania w celu zapewnienia i utrzymania dostępności do świadczeń oferowanych w projekcie:

- a) podtrzymywanie kontaktu pomiędzy poszczególnymi kategoriami interesariuszy: stały kontakt telefoniczny z uczestnikami; wideokonferencje koordynatora centralnego i koordynatorów lokalnych, a także wykonawców interwencji behawioralnej, z uczestnikami projektu;
- b) zachowanie wymaganego reżimu sanitarnego w miejscu prowadzenia badań diagnostycznych, podczas spotkań w ramach programu edukacyjnego i wizyt u pielęgniarki i lekarza (tj. umawianie pacjentów w określonych odstępach czasu, realizacja spotkań z dietetykiem/fizjoterapeutą w formule online, stosowanie środków ochrony indywidualnej).

W badaniu jakościowym generalnie potwierdzono powyższe wnioski zwracając uwagę, że pandemia COVID-19 faktycznie zaburzyła realizację działań projektowych ze względu na takie uwarunkowania jak: obawy potencjalnych uczestników przed wychodzeniem z domu (a w szczególności – przed udawaniem się do placówek ochrony zdrowia); zmniejszenie zainteresowania profilaktyką zdrowotną; wzrost kosztów prowadzonych działań; paraliż systemu ochrony zdrowia uniemożliwiający lub utrudniający realizację części zadań; ograniczenie trwałości efektów wsparcia (nawet jeśli uzyskiwany był efekt edukacyjny, to

następnie trudno go było przełożyć np. na systematyczne monitorowanie stanu zdrowia, gdyż wydolność systemu ochrony zdrowia była ograniczona).

Uczestnicy badania jakościowego wskazywali na określone działania, które były podejmowane w celu zniwelowania negatywnego oddziaływania kryzysu pandemicznego, tj.: wprowadzenie zdalnej formuły działań edukacyjno-informacyjnych; wprowadzenie mobilnych punktów kontroli zdrowia; zmiana rodzaju prowadzonej diagnostyki (badanie poziomu glukozy we krwi zamiast krzywej cukrowej, która wymaga dłuższego pobytu w placówce ochrony zdrowia); poszerzenie grupy docelowej (obniżenie wieku osób korzystających ze wsparcia); wydłużenie okresu realizacji projektów; modyfikacja wartości docelowych wskaźników.

Podsumowując powyższe wyniki stwierdzić należy, że – po pierwsze – charakter oddziaływania pandemii COVID-19 na realizację omawianego RPZ uznać można za stosunkowo typowy dla generalnych ograniczeń, jakie kryzys pandemiczny wywołał w systemie ochrony zdrowia, ale także w projektach obejmujących wsparcie (np. edukacyjne) dla uczestników indywidualnych. Po drugie, podejmowane działania zaradcze ocenić należy pozytywnie w tym znaczeniu, że podjęte działania odnosiły się do zniwelowania problemów powodowanych pandemią, ale jednocześnie podporządkowane były utrzymaniu realizacji celów RPZ.

Systemowe uwarunkowania wdrażania interwencji

W przypadku RPZ Cukrzyca typu 2 mamy tak naprawdę do czynienia z jednym problemem badawczym odnoszącym się bezpośrednio do kwestii systemowych uwarunkowań wdrażania interwencji, a mianowicie z wykorzystaniem mechanizmu ZIT. W niniejszej części przedstawiono wyniki analiz dotyczących tej kwestii, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie badawcze: „Jakie znaczenie dla efektów realizacji RPZ miało/ma wykorzystanie mechanizmu ZIT? Jakie wnioski na przyszłość można sformułować na tej podstawie?”.

W poniższej tabeli przedstawiono dane obrazujące wkład projektów w ramach instrumentu ZIT oraz poza nim w realizację wskaźników w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

Tabela 5. Wkład projektów w ramach instrumentu ZIT oraz poza nim w realizację wskaźników w ramach RPZ Cukrzyca typu 2

Nazwa wskaźnika	Wartość docelowa - suma (%) łącznej wartości	Wartość docelowa - suma (%) łącznej wartości	Wartość osiągnięta - suma (%) łącznej wartości	Wartość osiągnięta - suma (%) łącznej wartości
-----------------	--	--	--	--

	docelowej RPZ Cukrzyca typu 2) - poza ZIT	docelowej RPZ Cukrzyca typu 2) - w ramach ZIT	osiągniętej RPZ Cukrzyca typu 2) - poza ZIT	osiągniętej RPZ Cukrzyca typu 2) - poza ZIT - w ramach ZIT
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (os.)	10 000 (53,5%)	8 676 (46,5%)	3 858 (33,9%)	7 510 (66,1%)
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (os.)	10 000 (53,5%)	8 676 (46,5%)	2 576 (26,8%)	7 025 (73,2%)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023 r.

Z powyższych danych wynika, że jeśli chodzi o wartość osiągniętą obu analizowanych wskaźników, to wyraźnie dominujący charakter ma wsparcie realizowane w ramach ZIT, choć na poziomie wartości docelowych różnice pomiędzy formułą ZIT oraz projektami spoza tej formuły nie tylko nie są bardzo duże, ale jeśli występują, to na korzyść projektów spoza obszaru ZIT (to one w większym stopniu powinny „zasilać” realizację obu omawianych wskaźników). Pamiętać jednak przy tym należy, że analizowane projekty nie są jeszcze formalnie zakończone i ostateczny pułap realizacji wskaźników może być odmienny (szczególnie w przypadku działań podejmowanych poza obszarem ZIT, gdzie aktualnie występuje duża dysproporcja pomiędzy wartością docelową, a osiągniętą (na niekorzyść tej drugiej)). Niemniej jednak na tym etapie wdrażania interwencji (a jest to jednak etap końcowy) główny punkt ciężkości realizacji wskaźników w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 spoczywa na projektach ZIT. Wprawdzie w przypadku obszaru ZIT mamy do czynienia z 6 projektami, a na obszarze poza ZIT tylko 1 przedsięwzięciem, to jednak różnica w wielkości udzielonego dofinansowania nie jest pomiędzy obiema formułami bardzo duża. Kwota dofinansowania UE na projekty ZIT to 4 710 993,99 zł, przy łącznej wielkości dofinansowania UE na projekt spoza ZIT wynoszącej 3 710 086,58 zł. Mamy tu więc do czynienia z proporcją 56%/44% na korzyść ZIT, ale jest to różnica znacznie mniejsza niż dotychczasowa różnica we wkładzie obu typów przedsięwzięć na realizację obu omawianych wskaźników.

Analizując w badaniu jakościowym fakt zastosowania dla wdrażania części interwencji w RPZ Cukrzyca typu 2 formuły Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych podkreślano niejednoznaczność ocenę przyjętego podejścia, jednocześnie zwracając uwagę, że w ramach ZIT zastosowano tryb pozakonkursowy, co sprawia, że również i specyfika tego trybu oddziaływała na wdrażanie ewaluowanych projektów. Jeśli chodzi o najważniejsze dostrzeżone uwarunkowania realizacji przedsięwzięć profilaktyki cukrzycowej w oparciu o formułę ZIT, to były to:

- opóźnienie wdrażania interwencji ze względu na proces ustaleń i negocjacji (także na linii IP – IZ);
- brak doświadczenia jednostek samorządu terytorialnego z obszaru ZIT w realizacji projektów dotyczących zdrowia, co się później przekładało na problemy z wyłonieniem wykonawców realizujących określone świadczenia zdrowotne (choć w chwili obecnej dzięki konieczności zaangażowania się we wdrażanie RPZ Cukrzyca typu 2, mówić możemy o tym, że zaangażowanie to zbudowało w ramach JST potencjał merytoryczny dotyczący zdrowia);
- stworzenie możliwości wymiany doświadczeń pomiędzy zaangażowanymi JST (co miało szczególne znaczenie w początkowej fazie wdrażania RPZ Cukrzyca typu 2);
- brak spójności pomiędzy projektami realizowanymi w ramach mechanizmu ZIT, pomimo potencjalnie koordynującego oddziaływania tego instrumentu (choć jednocześnie zastosowany tryb pozakonkursowy umożliwił zapewnienie zgodności wspartych projektów tak z kierunkami strategicznymi rozwoju obszaru ZIT, jak i RPZ Cukrzyca typu 2);
- utrudniona rekrutacja uczestników przy rozproszeniu projektów, a jednocześnie ich terytorialnym ograniczeniu (przypisaniu projektów do konkretnych części obszaru, którego dotyczy ZIT).

Generalnie jednak dominowało przekonanie, że samo wdrażanie części interwencji przewidzianej w RPZ Cukrzyca typu 2 poprzez mechanizm ZIT ma mniejsze znaczenie dla powodzenia realizowanych projektów (podobnie jak to, czy w ramach obszaru ZIT lub poza nim stosuje się tryb konkursowy/konkurencyjny sposób wyboru, czy pozakonkursowy/niekonkurencyjny sposób wyboru). Kluczowe jest to, jaki podmiot (lub podmioty) zostanie ostatecznie wybrany do realizacji zadań wynikających z zapisów RPZ. To bowiem właśnie potencjał i doświadczenie tego podmiotu postrzegać należy jako kluczowy czynnik warunkujący ostateczny efekt interwencji i wpływający na to, do jakiej liczby odbiorców pomocy uda się skutecznie dotrzeć.

Jednocześnie, w badaniu jakościowym zwracano uwagę, że za ewentualne słabości i mniejsze niż założono efekty wsparcia w ramach ZIT nie należy obwiniać samej formuły bazującej na instrumencie terytorialnym, ale raczej to, że w ramach zastosowanego trybu pozakonkursowego zdecydowano się na przekazanie wdrażania RPZ Cukrzyca typu 2 kilku podmiotom, a nie jednego – jak miało to miejsce w części województwa nieobjętej mechanizmem ZIT.

Uwzględniając powyższe konkluzje dotyczące zastosowania mechanizmu ZIT w kontekście przyszłego podejścia do stosowania mechanizmów terytorialnych, należy stwierdzić, że samo zastosowanie tego rodzaju mechanizmów nie determinuje skuteczności, czy

sprawności wdrażania interwencji. Tym samym, nie ma uzasadnienia dla zaleceń dot. stosowania lub niestosowania mechanizmów terytorialnych w ramach wdrażania RPZ. Istotne jest natomiast uwzględnienie innych aspektów wdrażania, które oddziałują na wspomnianą skuteczność i sprawność.

Podsumowanie

Według stanu na 30.09.2023 w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2 wzięło udział 9 406 osób, wśród których dominowały kobiety (73%), osoby z wyższym wykształceniem (60%) oraz osoby z terenów miejskich (77%), co wskazuje na występowanie dysproporcji względem potencjalnego zapotrzebowania na wsparcie, co dotyczyło również zbyt dużej koncentracji wsparcia w powiatach m. Gdańsk i tczewskim. Jako adekwatna oceniona została struktura wiekowa uczestników.

W ramach projektów podejmowano działania obejmujące przede wszystkim:

- a) akcję informacyjno-edukacyjną
- b) badania z wykorzystaniem doustnego testu obciążenia glukozą (OGTT).
- c) konsultacje lekarskie dla uczestników;
- d) warsztaty grupowe uczestników z zespołem interdyscyplinarnym (pielęgniarka lub lekarz, dietetyk, trener-fizjoterapeuta, psycholog lub edukator);
- e) konsultacje indywidualne uczestników projektów z dietetykiem i fizjoterapeutą.

Z punktu widzenia beneficjentów oferowane wsparcie, co do zasady, uznać należy za adekwatne wobec potrzeb grupy docelowej. Jednocześnie większość (5 z 6) beneficjentów dostrzegło potrzebę zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb. Beneficjenci w swoich propozycjach zmian raczej nie kwestionują oferowanego zakresu wsparcia, ale postulują jego ewentualne poszerzenie o określone elementy lub modyfikację sposobu realizacji oferowanych świadczeń (głównie w aspekcie zwiększenia elastyczności realizowanych działań i ich większego czasowego skondensowania). Wnioski o generalnie dużej adekwatności wsparcia potwierdzili w swoich opiniach również uczestnicy projektów.

Zgodnie z informacjami udzielonymi przez beneficjentów efektami, które najczęściej osiąmane są w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2 są:

- a) identyfikacja w projekcie osób ze stanem przedcukrzycowym (2 686 osób),
- b) identyfikacja w projekcie osób chorych na cukrzycę w fazie jej bezobjawowego przebiegu (1 780 osób),

- c) podniesienie świadomości zdrowotnej uczestników projektu,
- d) zwiększenie u uczestników poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych,
- e) podniesienie wiedzy uczestników dotyczącej znaczenia stylu życia dla utrzymania i umacniania zdrowia,
- f) redukcja u uczestników czynników ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2.

Uczestnicy z kolei najczęściej dostrzegają efekty o charakterze edukacyjnym tj. większą wiedzę na temat własnego stanu zdrowia, większą wiedzę na temat cukrzycy oraz większą wiedzę na temat zdrowego trybu życia. Struktura odpowiedzi uczestników projektów na pytanie o osiągnięte efekty odbiega od deklaracji beneficjentów – wśród tych drugich dominowały rezultaty diagnostyczne, natomiast w grupie uczestników dominują efekty z obszaru wiedzy. Nie ma tu jednak sprzeczności – wzrost poziomu wiedzy mógł potencjalnie dotyczyć nawet wszystkich uczestników (choć jak wynika z prezentowanych danych tak duża skuteczność w tym aspekcie nie wystąpiła), natomiast wykrycie cukrzycy typu 2 lub stanu przedcukrzycowego – choć było założonym efektem interwencji – to jednak, siłą rzeczy, mogło dotyczyć tylko części odbiorców wsparcia i nie jest to problem, lecz naturalna prawidłowość w takim rodzaju przedsięwzięcia.

Postęp realizacji RPZ Cukrzyca typu 2 obrazowany jest przez określone w programie wskaźniki. Mamy tutaj jednak do czynienia z istotnym problemem wynikającym z przyjętego sposobu monitorowania realizacji RPZ – dla poszczególnych wskaźników nie określono wartości docelowych. Tym samym, nie ma realnej możliwości oceny, w jakim stopniu zostały zrealizowane poszczególne cele, gdyż nie zostały one w żaden sposób sparametryzowane. Sama informacja o tym, w jakiej skali były realizowane poszczególne działania i osiągnane efekty, bez punktu referencyjnego jakim powinna być określona wartość docelowa, jest niewystarczająca do tego, by móc określić stopień realizacji założonych celów. Realizacja celów może być w związku z tym poddana ocenie jedynie w wymiarze jakościowym, nie ilościowym. Potwierdzeniem realizacji celów RPZ jest fakt, że mamy wykazaną określoną skalę działań w ramach poszczególnych etapów zaplanowanej interwencji. Tym samym, możemy mówić o tym, że były realizowane działania, które zaplanowano jako narzędzie osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych RPZ Cukrzyca typu 2.

Generalnie, beneficjenci są krytyczni wobec osiągniętego poziomu zgłaszalności. Powodami mniejszego zainteresowania odbiorców są: mała atrakcyjność oferty badań pod względem ich zakresu w stosunku do innych ofert, zbyt długi czas trwania programu, mała elastyczność zakresu oferowanego wsparcia, niską świadomość społeczną na temat

zagrożenia cukrzycą typu 2 oraz – generalnie – na temat profilaktyki zdrowotnej, utrata motywacji do uczestnictwa w programie w jego trakcie oraz pandemia COVID-19.

Zdecydowana większość uczestników nie miała problemów z udziałem w projekcie, ani kontaktem z realizatorami projektu. Nie było również problemów jeśli chodzi o czas oczekiwania na świadczenia.

Na wdrażanie RPZ Cukrzyca typu 2 w istotny sposób oddziaływała pandemia COVID-19, chodzi przede wszystkim o:

- a) duże ograniczenia w realizowanych świadczeniach
- b) opóźnienia w realizacji projektu lub zatrzymanie jego realizacji
- c) mniejsza liczba zgłoszeń do projektu w stosunku do zakładanej i trudności w rekrutacji uczestników;
- d) brak kontaktu z uczestnikami;
- e) wycofanie się podmiotów zaangażowanych w realizację projektu
- f) wzrost obaw potencjalnych uczestników przed wizytą w laboratorium i w wielu przypadkach przed uczestnictwem w projekcie.

Część projektów w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 realizowana była w ramach instrumentu ZIT. Wdrażanie projektów w ramach instrumentu terytorialnego nie przełożyło się raczej na większe efekty. Wśród respondentów dominowało przekonanie, że samo wdrażanie części interwencji przewidzianej w RPZ Cukrzyca typu 2 poprzez mechanizm ZIT ma mniejsze znaczenie dla powodzenia realizowanych projektów. Kluczowe jest to, jaki podmiot (lub podmioty) zostanie ostatecznie wybrany do realizacji zadań wynikających z zapisów RPZ. To bowiem właśnie potencjał i doświadczenie tego podmiotu postrzegać należy jako kluczowy czynnik warunkujący ostateczny efekt interwencji.

OCENA REALIZACJI REGIONALNEGO PROGRAMU

ZDROWOTNEGO – MODUŁ REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA

Niniejszy podrozdział obejmuje całość analiz dotyczących ewaluowanego wsparcia, które wdrażane było poprzez Regionalny Program Zdrowotny dotyczący rehabilitacji kardiologicznej. Nim przejdziemy do właściwej analizy należy zauważyć, że w przypadku tego elementu ewaluowanej interwencji mamy do czynienia ze specyficzną sytuacją polegającą na tym, że przedmiotowy RPZ był wdrażany przez jeden podmiot (wyłoniony w trybie konkursowym). W rezultacie, prezentacja wyników badania beneficjentów (w tym – beneficjenta) ma charakter jakościowy, nie ma tutaj bowiem możliwości prowadzenia analiz statystycznych mając jedną obserwację (jeden analizowany projekt). Analizę statystyczną zastosowano natomiast – w przypadku analizy danych z badań pierwotnych – do wyników badania uczestników.

Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów

Poniżej przedstawiono całościową charakterystykę podjętych działań i osiągniętych efektów, które realizowano w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna. Powiązanie ze sobą kwestii podejmowanych działań i osiągniętych efektów jest uzasadnione faktem, że profilaktyka zdrowotna w wielu aspektach ściśle wiąże ze sobą te dwa elementy. Przykładowo, realizując określone działania diagnostyczne, jednocześnie osiągnąć jest efekt w postaci zapewnienia dostępności określonego rodzaju diagnostyki w ramach danego problemu zdrowotnego. Z kolei podejmowanie działań edukacyjno-informacyjnych można traktować jako jednoznaczne z efektem upowszechniania wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych (choć oczywiście poziom skuteczności i skala efektów mogą być tutaj zróżnicowane).

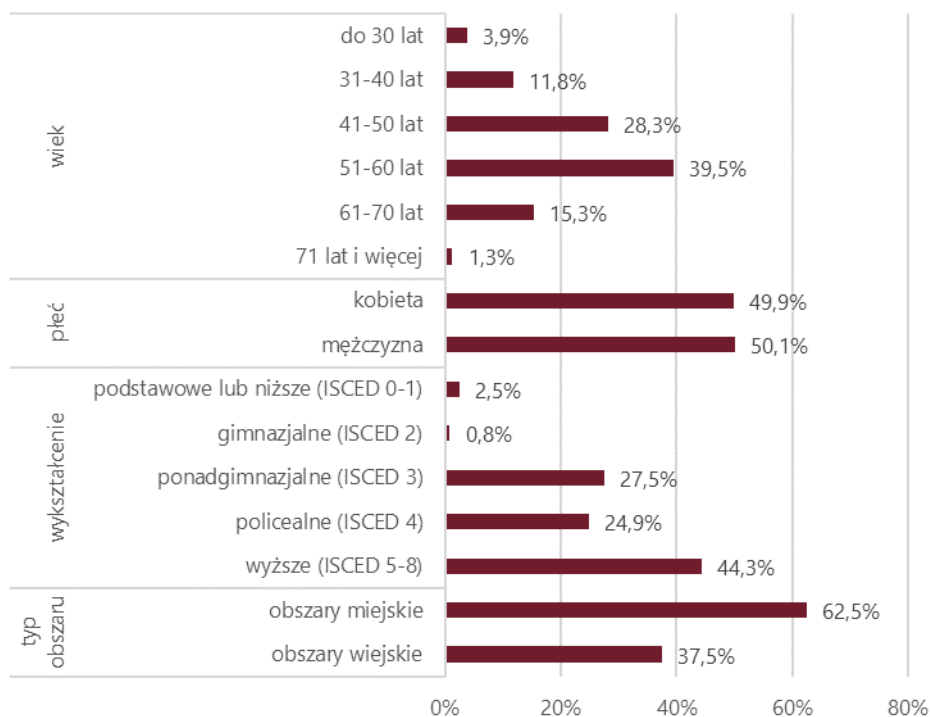
Jeśli chodzi o szczegółowe zagadnienia podejmowane w tej części, to odnoszą się one do poszczególnych pytań badawczych, które dotyczą charakteru podejmowanych działań i osiągniętych efektów i obejmują takie kwestie jak:

- **Charakter i skala podejmowanych działań** („Jakie działania i w jakim zakresie dotyczące rehabilitacji kardiologicznej zrealizowano/są realizowane w RPZ? Ilu mieszkańców skorzystało/skorzysta z poszczególnych form wsparcia (w tym rehabilitacji hybrydowej)? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?”; „Na jaką skalę prowadzono/prowadzi się w ramach RPZ szkolenia wyspecjalizowanej kadry medycznej? W których powiatach były/są one realizowane?”);

- **Struktura uczestników RPZ** („Jaka była/jest struktura uczestników RPZ: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (m.in. miasto-wieś)? Czy ta struktura odzwierciedla faktyczne potrzeby regionu w zakresie rehabilitacji kardiologicznej?”);
- **Skala działań w ramach RPZ w relacji do działań finansowanych ze środków NFZ** („Jak skala działań podejmowanych w ramach RPZ ma się do działań z zakresu rehabilitacji kardiologicznej prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ?”);
- **Adekwatność wsparcia wobec potrzeb grupy docelowej** („W jakim stopniu świadczenia zdrowotne oferowane w ramach RPZ odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Co należałoby zmienić w zakresie udzielanych świadczeń, aby lepiej odpowiadać na potrzeby grupy docelowej?”);
- **Skuteczność interwencji w ujęciu zdrowotnym** („Na ile skuteczne w ujęciu zdrowotnym i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania interwencyjne w zakresie rehabilitacji kardiologicznej? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeżeli tak, to jakie?”);
- **Skuteczność działań informacyjno-edukacyjnych** („Na ile skuteczne i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach RPZ działania informacyjne i edukacyjne w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeśli tak, w jaki sposób to można poprawić? Czy sposób prowadzenia tych działań zmieniał się w trakcie realizacji RPZ? Jeśli tak, z jakich powodów?”);
- **Wpływ na liczbę miejsc świadczenia rehabilitacji kardiologicznej** („Czy w wyniku realizacji RPZ wzrosła/wzrośnie liczba miejsc świadczenia rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ambulatoryjnych w regionie? Jeśli tak, gdzie takie miejsca powstały/powstaną? Czy powstały/powstaną one na obszarach, na których ich wcześniej nie było?”);
- **Wpływ na liczbę pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną w regionie** („Czy w związku z realizacją RPZ wzrosła/wzrośnie liczba pacjentów kierowanych na rehabilitację kardiologiczną w regionie?”);
- **Korzyści uczestników projektu** („Jakie korzyści (np. większa wiedza na temat zdrowego trybu życia, poprawa stanu zdrowia i samopoczucia, większa aktywność fizyczna) z udziału w RPZ uzyskali uczestnicy projektu RPO WP?”).

W pierwszej kolejności przedstawiona została struktura uczestników projektu realizowanego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Wykres 26. Struktura społeczno-demograficzna uczestników projektów RPZ Rehabilitacja kardiologiczna



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=4107; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

W przypadku struktury wiekowej, dominującą kategorią uczestników były osoby w wieku 51-60 lat, którzy stanowią ponad jedną trzecią wszystkich uczestników (39,5%). Drugą najliczniej reprezentowaną kategorią uczestników projektu były natomiast osoby z grupy wiekowej 41-50 lat (28,3%). Taka struktura nie powinna zaskakiwać w kontekście problemu zdrowotnego, którego dotyczy i występujących w przypadku tego problemu grup ryzyka, a tym samym może być uznana za właściwą. Tym bardziej, że adresatami RPZ były osoby nie tyle mogące borykać się z problemami kardiologicznymi (także niezdiagnozowanymi), co uzasadniałoby być może większy udział osób młodszych, ale osoby, które już mają za sobą określone epizody problemów zdrowotnych w zakresie kardiologii, co uzasadnia potrzebę podjęcia wobec nich działań rehabilitacyjnych.

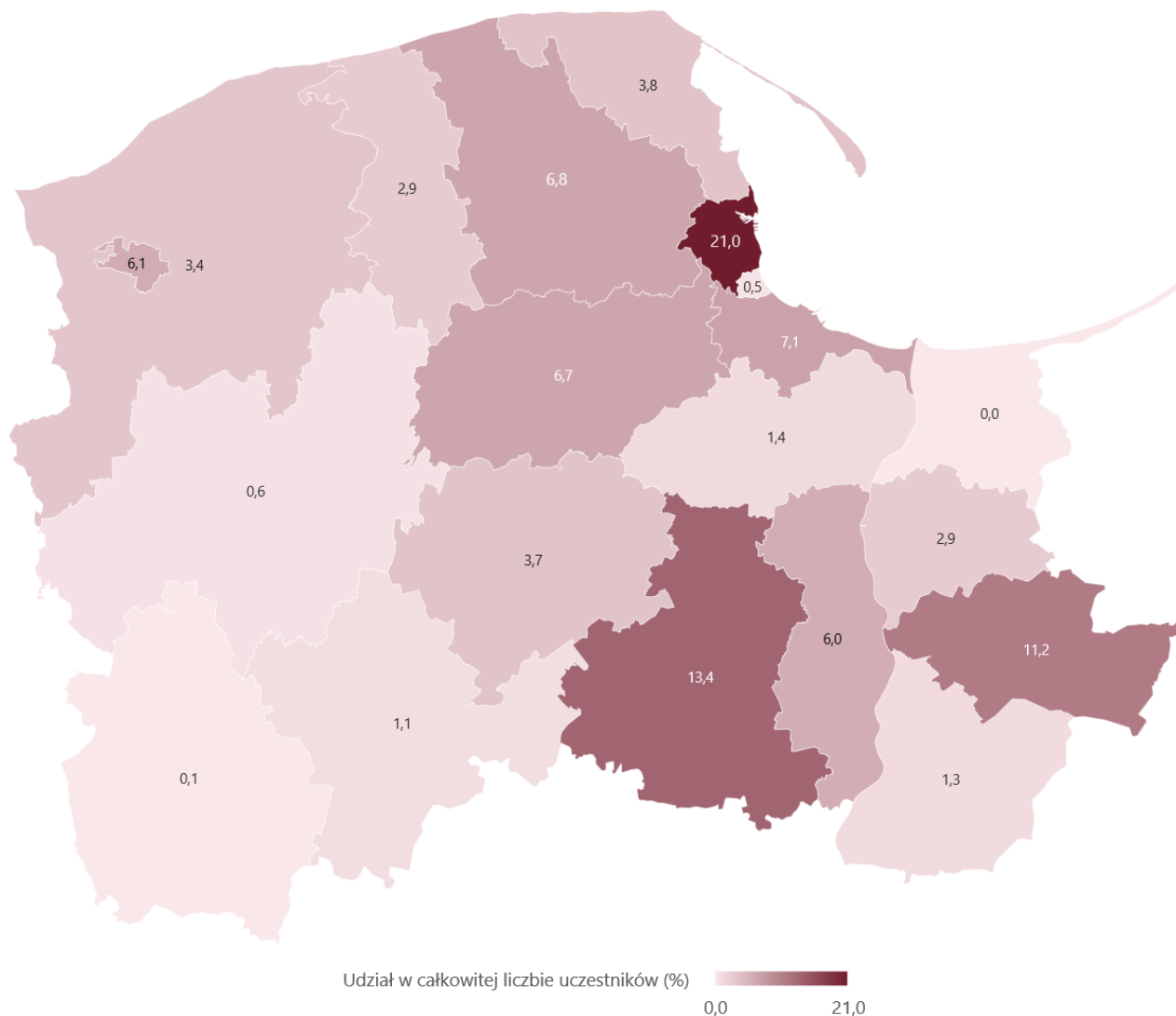
W przypadku płci mamy do czynienia z niemalże dokładnie równym podziałem populacji uczestników projektu – mężczyźni stanowią 50,1% wszystkich uczestników wobec 49,9%. Z jednej strony, należy uznać, że w przypadku rehabilitacji kardiologicznej aktualna jest wcześniejsza konkluzja o tym, że wśród mężczyzn występuje mniejsze zainteresowanie profilaktyką zdrowotną niż wśród kobiet. Z drugiej jednak, to właśnie mężczyźni są w większym stopniu obciążeni określonymi problemami zdrowotnymi z zakresu kardiologii.

Obie te tendencje wydają się w przypadku omawianego RPZ równoważyć, co skutkuje niemalże dokładnym podziałem populacji jego uczestników na pół pod względem kryterium płci.

Z przedstawionych danych wynika również, że wśród uczestników RPZ Rehabilitacja kardiologiczna dominowały osoby relatywnie dobrze wykształcone (44,3% osób miało wykształcenie wyższe), zamieszkałe na obszarach miejskich (62,5%). Mniejszy udział osób o relatywnie niższym poziomie wykształcenia (choć nie tak niski jak w przypadku RPZ Cukrzyca typu 2) z punktu widzenia zapewnienia szerokiej dostępności oferowanego wsparcia traktować należy jako problem. To, że w porównaniu z RPZ Cukrzyca typu 2 nieco większy okazał się udział osób z wykształceniem policealnym (24,9% uczestników) oraz ponadgimnazjalnym (27,5%) można tłumaczyć faktem, że w przypadku poprzednio analizowanego Programu kluczowa była kwestia świadomości w zakresie profilaktyki zdrowotnej (nawet bez wyraźnie odczuwanych problemów medycznych). Tutaj natomiast bodźcem do wzięcia udziału w projekcie było odczuwanie określonych problemów zdrowotnych, a więc kwestia świadomości i wiedzy na temat znaczenia profilaktyki zdrowotnej nie była już tak istotna.

Na poniższym wykresie przedstawiono z kolei dane odnoszące się do dokładnej terytorialnej struktury populacji uczestników projektu realizowanego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Mapa 2. Struktura uczestników projektów z RPZ Rehabilitacja kardiologiczna pod względem powiatu miejsca zamieszkania (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=4107; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Trzema powiatami, w których mamy do czynienia z największą liczbą uczestników projektu realizowanego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna są: m. Gdynia (21%), starogardzki (13,4%) oraz sztumski (11,2%). Z kolei powiatami o najmniejszej liczbie uczestników okazały się być powiaty: bytowski (0,6% wszystkich uczestników projektu), m. Sopot (0,5%), człuchowski (0,1%) i nowodworski (brak uczestników z tego powiatu). Biorąc pod uwagę, że projekt był adresowany do mieszkańców całego woj. pomorskiego, pozytywnie ocenić należy fakt, że w praktyce faktycznie pomoc dotarła do mieszkańców prawie wszystkich powiatów. Z drugiej jednak strony nie sposób nie zauważyć, że dysproporcje terytorialne w skali uczestnictwa we wsparciu są duże i raczej trudno byłoby

je wyjaśnić inaczej niż zróżnicowaniem w skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych podejmowanych w projekcie, w różnych częściach województwa.

Trudno jednoznacznie ocenić adekwatność zidentyfikowanej powyżej struktury populacji uczestników projektów do potrzeb regionalnych, gdyż trudno jest w sposób jednoznaczny te potrzeby zdefiniować. Tak naprawdę bowiem potrzeby regionalne uznać należy za tożsame z potrzebami wynikającymi ze struktury osób, które w szczególności potrzebują wsparcia w zakresie rehabilitacji kardiologicznej – nie ma uzasadnienia do określania potrzeb w woj. pomorskim jako specyficznych w tym zakresie. Przeprowadzona analiza pozwoliła zidentyfikować te obszary i grupy, w przypadku których mówić możemy o relatywnie niższym zaspokojeniu istniejących potrzeb (chodzi o te części województwa i te grupy społeczno-demograficzne, w przypadku których wskazano na ich względne niedoreprezentowanie w populacji uczestników omawianego projektu).

Dotychczasowa analiza zobrazowała skalę udzielonego wsparcia poprzez przedstawienie danych dotyczących populacji uczestników projektu. W kolejnych fragmentach rzeczona skala zostanie natomiast zilustrowana poprzez odniesienie do charakteru działań, jakie były podejmowane w ewaluowanym projekcie.

Beneficjent realizujący RPZ Rehabilitacja kardiologiczna podejmował w projekcie następujące działania:

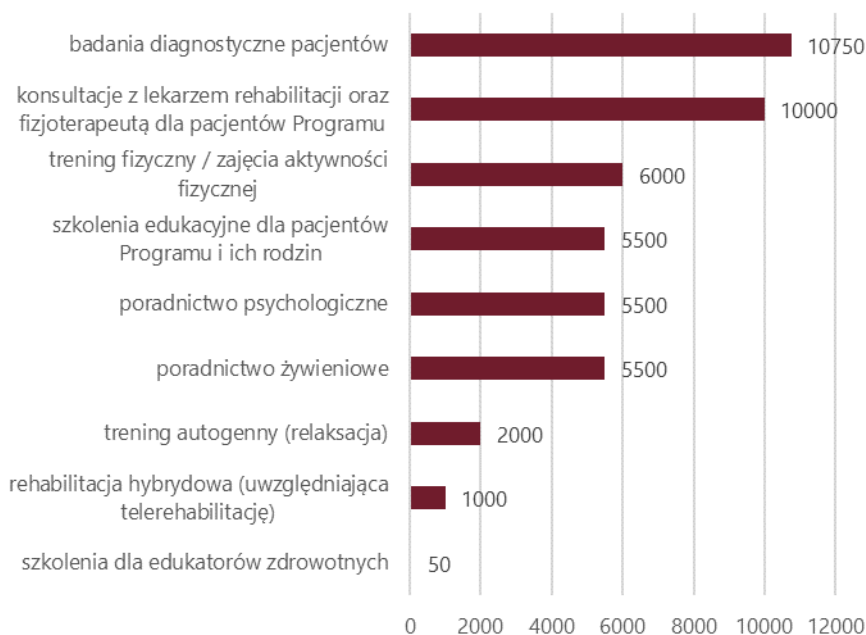
- a) szkolenia dla edukatorów zdrowotnych;
- b) badania diagnostyczne pacjentów;
- c) konsultacje z lekarzem rehabilitacji oraz fizjoterapeutą dla pacjentów Programu;
- d) szkolenia edukacyjne dla pacjentów Programu i ich rodzin;
- e) trening fizyczny/zajęcia aktywności fizycznej;
- f) trening autogenny (relaksacja);
- g) poradnictwo psychologiczne;
- h) poradnictwo żywieniowe;
- i) rehabilitacja hybrydowa (uwzględniająca telerehabilitację).

Mamy więc do czynienia z ofertą wsparcia kompleksowego przynajmniej w dwóch wymiarach. Po pierwsze, jeśli chodzi o różnorodność podejmowanych w RPZ działań (rehabilitacja, szkolenia, poradnictwo, konsultacje specjalistyczne. Po drugie – co bardzo istotne tak dla skuteczności, jak i trwałości efektów interwencji, w odniesieniu do różnorodności adresatów podejmowanych działań (pacjenci, członkowie rodzin pacjentów, kadra medyczna, edukatorzy zdrowotni). Taka struktura merytoryczna RPZ i

działań projektowych świadczy o holistycznym podejściu do realizacji wsparcia rehabilitacyjnego.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące skalę realizacji poszczególnych elementów oferowanego wsparcia.

Wykres 27. Liczba osób biorących udział w poszczególnych działaniach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=1; uczestnicy mogli brać udział w więcej niż 1 rodzaju działań

Najwięcej osób wzięło udział w badaniach diagnostycznych, takich jak: badanie lekarskie, elektrokardiogram (EKG), CRP, morfologia krwi, badanie ogólne moczu, badanie poziomu cholesterolu, badanie stężenia glukozy we krwi, badanie poziomu kwasu moczowego, próba wysiłkowa (10 750 osób objętych badaniami diagnostycznymi) oraz konsultacjach z lekarzem rehabilitacji oraz fizjoterapeutą (10 000 osób korzystających z takich konsultacji).

W treningu fizycznym lub zajęciach aktywności fizycznej wzięło udział 6000 osób, a w szkoleniach edukacyjnych dotyczących roli stylu życia, stosowania się do zaleceń farmakologicznych, rehabilitacji i współpracy z zespołem prowadzącym rehabilitację wzięło udział 5500 osób, tyle samo ile skorzystało z porad psychologa i porad żywieniowych.

W szkoleniach dla edukatorów zdrowotnych (lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów) wzięło udział 50 osób.

Szkolenia tego typu były realizowane na terenie następujących powiatów:

- a) chojnicki;
- b) kartuski;
- c) kościerski;
- d) lęborski;
- e) m. Gdańsk;
- f) m. Gdynia;
- g) m. Słupsk;
- h) m. Sopot;
- i) malborski;
- j) pucki;
- k) starogardzki;
- l) sztumski;
- m) tczewski;
- n) wejherowski.

Możemy więc mówić o tym, że zasięg terytorialny szkoleń był relatywnie duży, zaś samą liczbę osób nimi objętych również należy ocenić pozytywnie (nie powinno zaskakiwać, że jest to liczba znacząco niższa niż w przypadku szkoleń dla pacjentów i ich rodzin – ta dysproporcja wynika po prostu z całkowicie różnych wielkości obu tych populacji, które były obejmowane wsparciem szkoleniowym. Tym bardziej, że – jak wskazywano w badaniu jakościowym – osoby objęte szkoleniami dla edukatorów zdrowotnych to grupa trudna rekrutacyjnie (ze względu na intensywną aktywność zawodową oraz fakt, iż trudno jest przekonać te osoby do doszkalania się w obszarach, w których osoby te mogą mieć przekonanie o tym, iż jednak posiadają już jakąś wiedzę). Co istotne, te szkolenia nie obejmowały zagadnień stricte medycznych, ale także takie kwestie jak motywowanie, czy obsługa pacjentów. W badaniu jakościowym oceniono, że zdiagnozowana skala szkoleń dla personelu medycznego realnie przełoży się na upowszechnienie rehabilitacji kardiologicznej i poprawę jakości świadczeń zdrowotnych w tym obszarze (czego potwierdzeniem jest zidentyfikowany powyżej duży zasięg terytorialny przeprowadzonych działań szkoleniowych).

Co do sposobu komunikowania się w ramach projektu z jego uczestnikami lub potencjalnymi uczestnikami, umożliwiono im następujące formy kontaktu:

- osobisty kontakt w biurze projektu;
- telefon;
- e-mail;

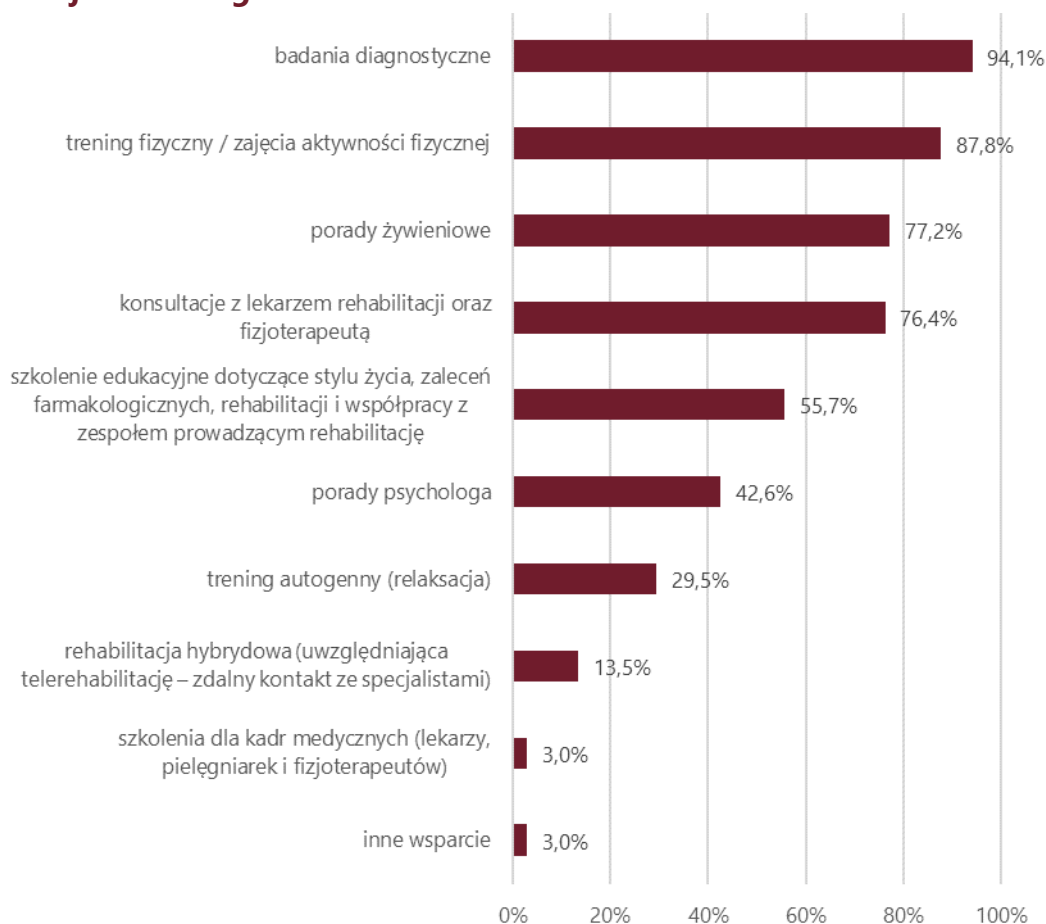
- media społecznościowe.

W badaniu jakościowym poddano pogłębionej ocenie kwestię podejmowanych działań informacyjno-edukacyjnych w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna zwracając uwagę na to, że działania te zostały prawidłowo zaplanowane zarówno ze względu na zróżnicowane kanały dotarcia do różnych grup docelowych, jak i podejmowanie w tych działaniach kwestii nie tylko dotyczących bezpośrednio samej rehabilitacji kardiologicznej, ale także np. kwestii motywacji (kluczowej dla utrzymania uczestnictwa w projekcie, ale także trwałości efektów procesu rehabilitacji). Bardzo pozytywnie oceniono w tym kontekście także możliwość kontaktu uczestników z konkretną osobą pełniącą rolę opiekuna pacjenta. Wydaje się, że tego rodzaju element całościowego wsparcia dla osób korzystających z profilaktyki zdrowotnej (szczególnie tak wieloelementowej jak w przypadku RPZ Rehabilitacja kardiologiczna) powinien być traktowany jako użyteczny instrument wzmacniania skuteczności działań dotyczących sfery zdrowotnej.

W tym miejscu warto jednak zwrócić uwagę na wcześniej zidentyfikowany problem dużych różnicowań terytorialnych w dystrybucji wsparcia, w kontekście którego sformułowano hipotezę o tym, że mogła mieć na to wpływ zróżnicowana aktywność rekrutacyjna i informacyjna w poszczególnych częściach województwa. To, że generalnie działania informacyjno-edukacyjne zostały ocenione pozytywnie nie oznacza, że w przypadku ich realizowania przez konkretne podmioty i osoby w różnych częściach regionu działania te mogła cechować zróżnicowana skuteczność, co z kolei wpływało na różną skalę uczestnictwa mieszkańców w poszczególnych częściach województwa. Jednak ze względu na fakt, iż niniejszy RPZ był wdrażany w formule ogólnowojevodzkiej możliwość zapewnienia spójności prowadzonych działań informacyjno-edukacyjnych i tak uznać należy za większą niż miało to miejsce w ramach RPZ Cukrzyca typu 2.

Powyższa identyfikacja charakteru działań realizowanych w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna bazowała na danych zastanych oraz deklaracjach beneficjenta. Konieczne jest więc jeszcze uwzględnienie perspektywy samych uczestników projektu, co pozwoli określić jakiego rodzaju wsparcie faktycznie trafiło do określonych części populacji odbiorców pomocy. Dane odnoszące się do tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 28. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektu w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=237; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Uczestnicy projektu realizowanego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna najczęściej korzystali z następujących form wsparcia:

- badania diagnostyczne - 94,1% uczestników korzystało z tej formy wsparcia;
- trening fizyczny/zajęcia aktywności fizycznej – 87,8% uczestników brało w nich udział;
- porady żywieniowe – 77,2% uczestników z nich skorzystało;
- konsultacje z fizjoterapeutą oraz lekarzem rehabilitacji – 76,4% uczestników skorzystało z tej formy wsparcia.

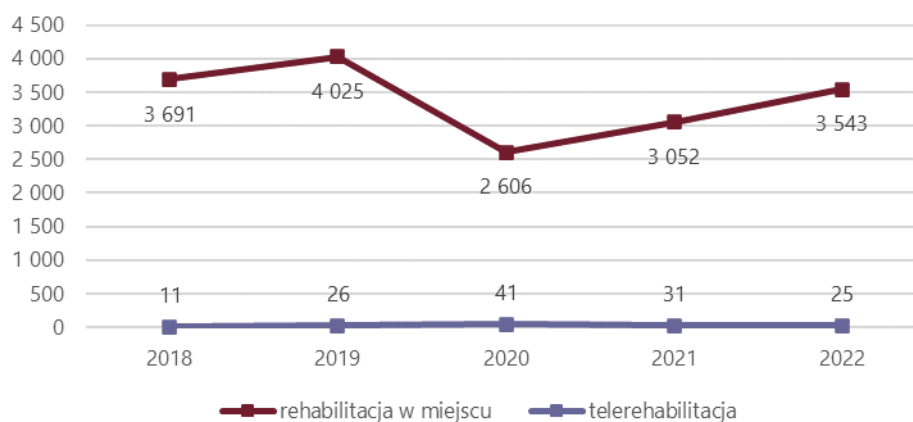
Nieco rzadziej korzystano ze szkoleń edukacyjnych dotyczących roli stylu życia, stosowania się do zaleceń farmakologicznych, rehabilitacji i współpracy z zespołem prowadzącym rehabilitację (55,7% uczestników brało w nich udział) oraz porad psychologa (42,6% uczestników z nich korzystało). Z relaksacji korzystało 29,5% uczestników.

W ramach innego rodzaju wsparcia korzystano także z zajęć z pierwszej pomocy oraz konsultacji z kardiologiem.

Powyższe dane wskazują, że różnorodność wsparcia występująca na poziomie całego przedsięwzięcia w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna ma swoje odzwierciedlenie także w odniesieniu do samych uczestników projektu. Nie jest więc tak, że z szerokiego katalogu dostępnych rodzajów pomocy poszczególni uczestnicy otrzymywali bardzo selektywną ich konfigurację – z każdej z pięciu najczęściej wskazywanych form wsparcia skorzystała ponad połowa uczestników. Co ważne, te najpopularniejsze formy wsparcia dotyczą różnych wymiarów interwencji w obszarze profilaktyki zdrowotnej – od diagnostyki, przez konsultacje, poradnictwo i szkolenia, aż po konkretne ćwiczenia fizyczne wpisujące się w profil rehabilitacji kardiologicznej.

Dysponując już wiedzą na temat struktury udzielonego wsparcia możliwe jest zestawienie dotychczasowych danych z informacjami na temat wsparcia oferowanego w ramach NFZ, by stwierdzić, jak skala wsparcia udzielonego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna ma się do skali świadczeń oferowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

Wykres 29. Liczba pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną w województwie pomorskim w latach 2018-2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ – zestawienie Świadczenia kardiologicznej telerehabilitacji hybrydowej oraz rehabilitacji tradycyjnej

Uwzględniając powyższe dane obrazujące skalę działań w obszarze rehabilitacji kardiologicznej i odnosząc je do wcześniejszych informacji o skali ilościowej realizacji poszczególnych świadczeń w ramach RPZ Rehabilitacja uprawniony jest wniosek o kluczowym znaczeniu ewaluowanego projektu wdrażającego ten RPZ dla całościowej podaży wsparcia rehabilitacyjnego dot. kardiologii w woj. pomorskim.

Dodatkowym potwierdzeniem jest odniesienie do skali działań projektowych poniższych danych, które obrazują strukturę terytorialną populacji świadczeniodawców z zakresu rehabilitacji kardiologicznej.

danych NFZ – w latach 2017-2022 nie zwiększyła się w regionie liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej.

W badaniu jakościowym zwrócono uwagę, że w kontekście oddziaływania interwencji na liczbę podmiotów świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej trudno jest o ocenę jednoznaczną, gdyż zmiana w tym obszarze może wymagać czasu. Na pewno natomiast RPZ Rehabilitacja kardiologiczna przyczynił się do wzrostu świadomości w odniesieniu do potrzeby realizacji rehabilitacji kardiologicznej, generując tym samym popyt na tego rodzaju świadczenia. Jak wskazali respondenci, to czy popyt ten znajdzie swoją odpowiednią reakcję podażową będzie zależało nie tyle od RPZ i jego efektów, co polityki i podejścia NFZ, czyli przede wszystkim tego, na jaką skalę świadczenia dotyczące rehabilitacji kardiologicznej będą finansowane w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

W badaniu jakościowym dodatkowo podkreślano, że działania realizowane w ramach RPZ były zdecydowanym wzbogaceniem oferty świadczeń w ramach NFZ, nie tylko w wymiarze ilościowym (zwiększenie dostępności świadczeń), ale także jakościowym (gł. ze względu na zaoferowanie kompleksowej pomocy obejmującej także wsparcie „miękkie” oraz szkolenia personelu medycznego) oraz odnoszącym się do czasu oczekiwania na możliwość skorzystania z danego świadczenia (w tym: konsultacji lekarskiej, która w ramach systemu publicznych świadczeń jest oczywiście dostępna, ale w zupełnie innym horyzoncie czasowym niż w ramach ewaluowanego projektu).

Dotychczasowa analiza obrazowała skalę i charakter zrealizowanego wsparcia. Kolejny komponent analizy – nim przejdziemy do oceny faktycznej skuteczności – odnosi się do kwestii adekwatności świadczonej pomocy.

Beneficjent został poproszony o ocenę w jakim stopniu poszczególne działania projektowe były dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt.

Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski stopień dopasowania do potrzeb, a 5 – bardzo wysoki stopień dopasowania do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych. Najwyżej oceniono szkolenia dla edukatorów zdrowotnych, badania diagnostyczne pacjentów oraz konsultacje z lekarzem rehabilitacji oraz fizjoterapeutą dla pacjentów Programu (ocena 5), nieco niżej – na 4 – trening fizyczny/zajęcia aktywności fizycznej, trening autogenny (relaksacja), poradnictwo psychologiczne, poradnictwo żywieniowe oraz rehabilitację hybrydową (uwzględniającą telerehabilitację). Najniżej oceniono zaś (na 3) – szkolenia edukacyjne dla pacjentów Programu i ich rodzin.

W projekcie realizując działania poświęcone dedykowanym problemom zdrowotnym zapewniono dostępność dla osób z niepełnosprawnością.

W kontekście analizowanej adekwatności beneficjenta projektu z zakresu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna zapytano, czy w jego opinii potrzebna jest zmiana lub uzupełnienie zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt.

Beneficjent oceniając projekt z perspektywy czasu uważa, że należałoby w nim wprowadzić zmiany co do jego zakresu lub sposobu realizacji działań w celu skuteczniejszej rehabilitacji kardiologicznej. Zmiany te powinny – w opinii beneficjenta – polegać na:

- skróceniu okresu obligatoryjnego uczestnictwa w projekcie do maksymalnie 6 miesięcy,
- zwiększeniu zindywidualizowania programów rehabilitacji poszczególnych uczestników (np. nieobecność – gł. z powodu wewnętrznego oporu przed tego rodzaju spotkaniem – na obowiązkowej wizycie u psychologa była u wielu pacjentów przyczyną nieukończenia Programu i uniemożliwiła objęcie tych osób badaniami końcowymi).

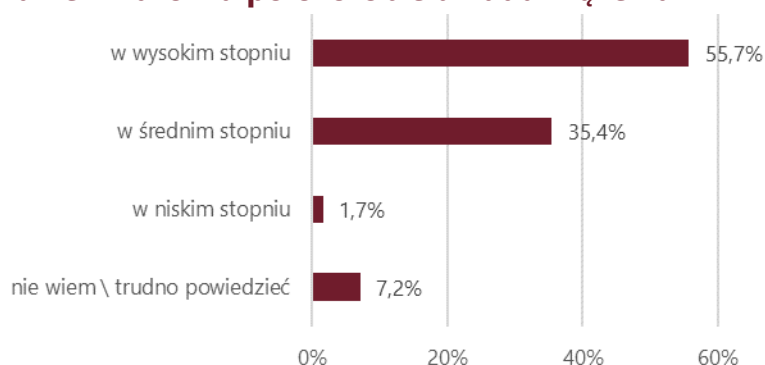
Przeciętnie, udział w projekcie trwał dla pacjenta około 8-10 miesięcy. Tak długi okres powodował liczne rezygnacje, tym samym pacjenci nie kończyli Programu zgodnie z zaplanowaną ścieżką. W opinii beneficjenta realizującego RPZ Rehabilitacja kardiologiczna potrzebna jest zmiana lub uzupełnienie zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt.

Warto w tym kontekście zwrócić uwagę, że sygnalizowane w tym miejscu dwa główne problemy i postulaty odnoszące się do optymalizacji adekwatności wsparcia do potrzeb grupy docelowej w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna są zbliżone do tych, które sformułowano w przypadku RPZ Cukrzyca typu 2. Tym samym, jako względnie uniwersalne należy traktować zalecenia dotyczące uwzględnienia w ramach projektowania działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej kwestii obciążenia czasowego uczestników oraz możliwości elastycznego profilowania pomocy dla różnych jej odbiorców.

Ocena adekwatności do potrzeb grupy docelowej dokonywana przez podmioty realizujące dane przedsięwzięcie jest zawsze obarczona pewnym ryzykiem błędu, gdyż może przyjmować formę swoistego uprawomocnienia realizowanych przez beneficjentów działań. Choć w przypadku niniejszego badania to ryzyko jest ograniczone poprzez fakt, że zakres działań pomocowych nie wynikał z decyzji samego beneficjenta, lecz zapisów

RPZ, to jednak warto uzupełnić perspektywę beneficjenta opiniami samych uczestników projektu, bo to jednak ich opinia w kwestii dopasowania wsparcia do potrzeb grupy docelowej związanych z odzyskaniem zdrowia po chorobie układu krążenia powinna być traktowana jako najważniejsza.

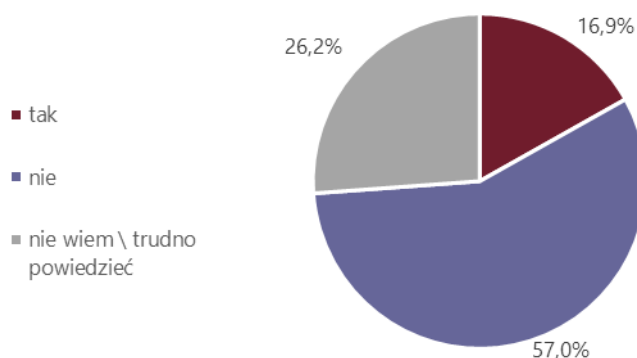
Wykres 30. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektu związanych z odzyskaniem zdrowia po chorobie układu krążenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=237

Generalnie, wsparcie zostało przez uczestników projektu ocenione jako adekwatne do ich potrzeb. Większość z nich adekwatność wsparcia oceniła wysoko (55,7%), a ponad 1/3 – średnio wysoko (35,4%). Tylko 1,7% uczestników dopasowanie wsparcia do potrzeb związanych z odzyskaniem zdrowia po chorobie układu krążenia ocenił nisko.

Wykres 31. Dostrzeganie przez uczestników projektu form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc odzyskać zdrowie po chorobie układu krążenia, ale nie były dostępne w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=237

16,9% biorących udział w ewaluacji uczestników projektu realizowanego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna uważa, że w projekcie zabrakło jakiegoś wsparcia lub świadczeń, które mogłyby bardziej pomóc odzyskać zdrowie po chorobie układu krążenia. Ale aż 57% nie dostrzega w ewaluowanym projekcie jakichkolwiek braków dotyczących

oferowanego wsparcia, czy dostępnych świadczeń. Wyrażna dominacja przekonania uczestników o braku takich pożądaných uzupełnień zakresu interwencji traktować należy jako pośrednie potwierdzenie wysokiego poziomu adekwatności RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Ci respondenci, którzy zasygnalizowali występowanie określonych braków w otrzymanym wsparciu byli proszeni o precyzyjne wskazanie, czego te braki dotyczyły. Wskazywano w tym przypadku na brak odpowiedniej ilości zajęć rehabilitacyjnych oraz ćwiczeń. Innymi słowy, respondenci w przeważającej mierze skoncentrowali się na wskazaniu braków ilościowych (zbyt mała ilość świadczeń) niż jakościowych (brak określonego rodzaju świadczeń). Pojawiały się jednak – choć rzadziej – odpowiedzi, w których zasygnalizowano brak: dostępności badań kontrolnych w dłuższej perspektywie czasowej, pogłębionych konsultacji lekarskich oraz wsparcia psychologicznego.

W badaniu jakościowym potwierdzono adekwatność oferowanego wsparcia do potrzeb grupy docelowej, głównie w kontekście łączenia wsparcia edukacyjnego i ćwiczeniowego. Zwrócono także uwagę na fakt, że dopasowanie do potrzeb uczestników projektu nie zostało zapewnione tylko poprzez odpowiedni katalog form wsparcia dostępny w RPZ, ale także poprzez indywidualizację zakresu pomocy realizowaną poprzez opracowywanie indywidualnego planu rehabilitacji, który uwzględniał specyficzną sytuację pacjenta, ale także jego ograniczenia (np. w odniesieniu do jego wydolności). Na ten element zwracano uwagę nie tylko jako na optymalizujący adekwatność wsparcia, ale także zwiększający poziom zainteresowania potencjalnych uczestników skorzystaniem z oferowanej pomocy. Zwracano przy tym uwagę, że także świadomość uczestników była w przypadku tego RPZ większa niż w ramach RPZ Cukrzyca typu 2, tak więc sami uczestnicy dostrzegali celowość korzystania z określonych form pomocy (uczestnikami były osoby w tym przypadku już z określoną historią chorobową, a nie dopiero diagnozujący się, jak miało to miejsce w ramach RPZ Cukrzyca typu 2).

Ocenę adekwatności wsparcia oferowanego w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna przeprowadzono także w oparciu o wyniki analizy benchmarkingowej. Analiza benchmarkingowa pozwoliła na wyłonienie najczęstszych i najważniejszych uchybień popełnianych przy programowaniu wsparcia oraz najistotniejszych uwag wskazywanych przez AOTMiT. Należy zaznaczyć, że analizie porównawczej zastosowanego wsparcia zostały poddane te elementy, które spotykały się z krytyką lub uwagami w dokumentach AOTMiT programów realizowanych poza województwem pomorskim. Ponadto w analizie nie uwzględniono uwag dotyczących błędów stylistycznych, językowych czy pomyłek w podawaniu danych liczbowych - są to problemy nie mające natury merytorycznej.

Dokumentami porównawczymi dla zebranych programów były opinie AOTMiT odnoszące się do przedmiotowego RPZ, w których opisane były najważniejsze elementy wsparcia i zalecenia ekspertów. W ramach analizy odnoszącej się do RPZ Rehabilitacja kardiologiczna wykorzystano następujące dokumenty referencyjne:

- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010–2012 (OP-0010-2010)
- Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 (OP-0115-2017)
- Tydzień dla serca (OP-0116-2012)
- Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo - Naczyniowego POLKARD na lata 2013-2016 (OP-0116-2013)

W następnej kolejności przeprowadzona została analiza porównawcza Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna i wymienionych powyżej opinii AOTMiT.

Uwagi AOTMiT wobec kwestii populacji i uczestników wsparcia dotyczyły braku określenia liczebności populacji docelowej lub rozbieżności w definiowaniu osób kwalifikujących się do niektórych badań. Jeśli chodzi o kwestię rekrutacji to zasadniczym błędem było nie udzielanie informacji o trybie zapraszania do programu. Ponadto pojawiały się niedopatrzenia w postaci braku kryteriów odrzucających udział we wsparciu osób z już zdiagnozowanymi problemami zdrowotnymi.

Zadania związane z działaniami informacyjno-edukacyjnymi były w niektórych przypadkach oceniane jako zbyt ogólne, podobnie jak kryteria uczestnictwa w niektórych edukacyjnych elementach wsparcia, np. warsztatów. Ponadto brakowało informacji o tym jakie osoby miałyby te zajęcia edukacyjne prowadzić.

W przypadku prowadzenia badań wstępnych, eksperci AOTMiT negatywnie oceniali braki w precyzowaniu prawidłowości wyników badań (np. USG).

Obsługa merytoryczna platform internetowych wspierających programy również została poddana ocenie. Błędy pojawiające się w analizowanych programach dotyczyły braku uzasadnienia działania telekonsultacji medycznych w ustalonym okresie oraz nie zawarcia w programie instrukcji postępowania w przypadku występowania usterek obsługiwanego systemu.

Uchybienia dotyczące prowadzenia szkoleń kadr medycznych sprowadzały się do położenia niewystarczającego nacisku w programach na szkolenia z zakresu nowoczesnych metod postępowania z pacjentem oraz korzystania z nowoczesnej aparatury medycznej.

Dokument Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 350/2017 z dnia 28 grudnia 2017 r. o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program Zdrowotny – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna” realizowanego przez województwo pomorskie zawiera pozytywną opinię o analizowanym RPZ.

Opisy populacji wybranej do programu zostały zaopiniowane jako prawidłowe i zgodne z obowiązującymi wytycznymi. Na wstępie zwrócono również uwagę iż niektóre działania, a w szczególności działania edukacyjne będą wymagały doprecyzowania i uzupełnienia. Ponadto zakomunikowano zagrożenie powielania w programie świadczeń gwarantowanych, dostępnych w ramach NFZ.

Mimo pozytywnej oceny dobranej populacji wątpliwości dla AOTMiT stanowił brak określenia sposobu w jaki weryfikowana będzie przynależność do określonych w programie grup docelowych. Sama liczebność grup docelowych ustalona została prawidłowo. Kampania informacyjna programu oraz sposób zapraszania do udziału we wsparciu zostały zdaniem ekspertów zaplanowane prawidłowo.

Zakres prowadzonych badań diagnostycznych w programie został ogólnie oceniony pozytywnie, ale zwrócono uwagę na konieczność doprecyzowania czy każdy uczestnik będzie poddany wszystkim badaniom oraz czy osoby posiadające aktualne wyniki będą musiały przedstawić komplet wszystkich wymienionych badań.

Interwencja w postaci sesji terapeutycznych i edukacji pacjentów oceniona została również pozytywnie. Szkolenia dla przedstawicieli zawodów medycznych wymagały z kolei doprecyzowań: czasu trwania szkoleń, liczebności grup nimi objętych czy dostosowania zakresu prowadzonych szkoleń do profesji ich uczestników. Przygotowanie platformy internetowej przeznaczonej do użytku przez uczestników programu wymagało ogólnego doszczegółowienia.

Po przeprowadzeniu analizy w ramach dwóch dotychczasowych obszarów (skala i charakter realizowanych działań oraz adekwatność wsparcia do potrzeb grupy docelowej) należy przejść do zaprezentowania wyników analizy odnoszącej się już bezpośrednio do różnych – wyznaczonych przez treść pytań badawczych – aspektów skuteczności interwencji.

W pierwszej kolejności ocenie poddano efekty uzyskane w projekcie. Do dostrzeżonych przez beneficjenta efektów należą:

- a) skorzystanie przez uczestników z rehabilitacji hybrydowej (uwzględniające telerehabilitację) w zakresie chorób układu krążenia;
- b) kierowanie pacjentów na rehabilitację kardiologiczną w trybie ambulatoryjnym;

- c) zwiększenie wiedzy kadr medycznych w dziedzinie rehabilitacji kardiologicznej;
- d) poprawa stanu zdrowia uczestników;
- e) podniesienie wiedzy uczestników w zakresie własnej sytuacji zdrowotnej.

Beneficjent na etapie realizacji niniejszego badania ewaluacyjnego nie był w stanie określić, czy utworzył lub utworzy nowe miejsca rehabilitacji kardiologicznej w warunkach ambulatoryjnych. Warto jednak w kontekście tego efektu wspomnieć, że w ramach badania jakościowego jeden z podmiotów zaangażowanych w realizację działań projektowych w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna potwierdził, że w konsekwencji swojej partycypacji w omawianym projekcie podpisał kontrakt z NFZ na realizację świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej (i to pomimo, że przed realizacją projektu nie oferował tego rodzaju świadczeń)⁸. Podmiot ten zlokalizowany jest w m. Sopot.

Beneficjenta realizującego projekt w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna poproszono także o ocenę w jakim stopniu poszczególne działania projektowe wpłynęły na zmniejszenie niekorzystnych skutków chorób sercowo-naczyniowych oraz prewencję incydentów kardiologicznych w grupie docelowej projektu.

Największy wpływ na zmniejszenie niekorzystnych skutków chorób sercowo-naczyniowych oraz prewencję incydentów kardiologicznych miały – w opinii beneficjenta:

- a) trening fizyczny/zajęcia aktywności fizycznej;
- b) poradnictwo żywieniowe;
- c) rehabilitacja hybrydowa (uwzględniająca telerehabilitację),

a w dalszej kolejności (ocena 4 w 5-stopniowej skali):

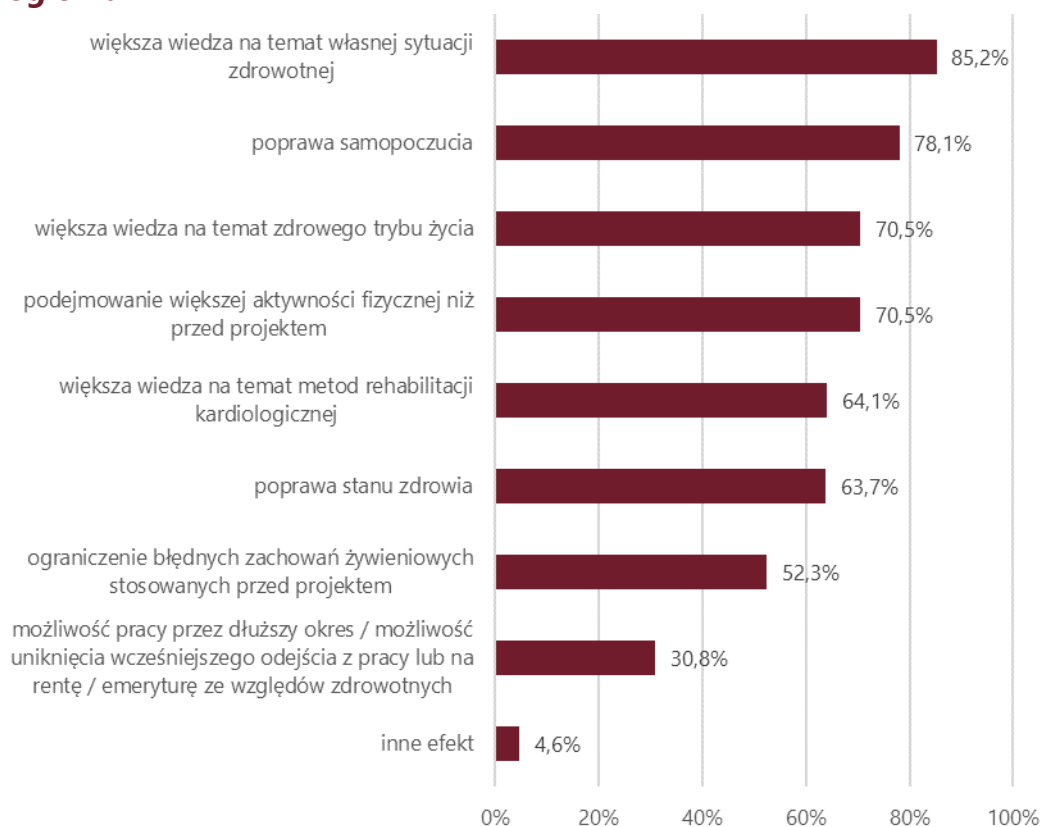
- a) badania diagnostyczne pacjentów;
- b) konsultacje z lekarzem rehabilitacji oraz fizjoterapeutą dla pacjentów Programu;
- c) trening autogenny (relaksacja);
- d) poradnictwo psychologiczne.

Najgorzej pod względem skuteczności oceniono szkolenia edukacyjne dla pacjentów Programu i ich rodzin (ocena 3 w 5-stopniowej skali).

⁸ Wcześniej analizowane dane z zasobów NFZ nie wykazały wzrostu liczby świadczeniodawców w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w okresie 2017-2022, wspomniana sytuacja musiała więc dotyczyć kontraktu na rok 2023.

W ramach ewaluacji podjęto próbę identyfikacji efektów uzyskanych dzięki projektom z zakresu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna przez ich uczestników. Ich zestawienie przedstawiono poniżej.

Wykres 32. Efekty uzyskane przez uczestników projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=237; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Do najczęściej wskazywanych efektów należą efekty o charakterze edukacyjnym takie jak:

- większa wiedza na temat własnej sytuacji zdrowotnej (85,2%);
- poprawa samopoczucia (78,1%);
- większa wiedza na temat zdrowego trybu życia (70,5%);
- podejmowanie większej aktywności fizycznej niż przed projektem (70,5%).

Zwiększenie wiedzy na temat metod rehabilitacji kardiologicznej zadeklarowało blisko 2/3 uczestników (64,1%), a poprawę stanu zdrowia – 63,7% uczestników. Ponad połowa uczestników deklaruje, że ograniczyła błędne zachowania żywieniowe (52,3%).

30,8% uczestników deklaruje, że w ich przypadku projekt umożliwił wydłużenie okresu pracy zawodowej. Choć jest to blisko 1/3 wszystkich uczestników, to jednak rzeczony efekt

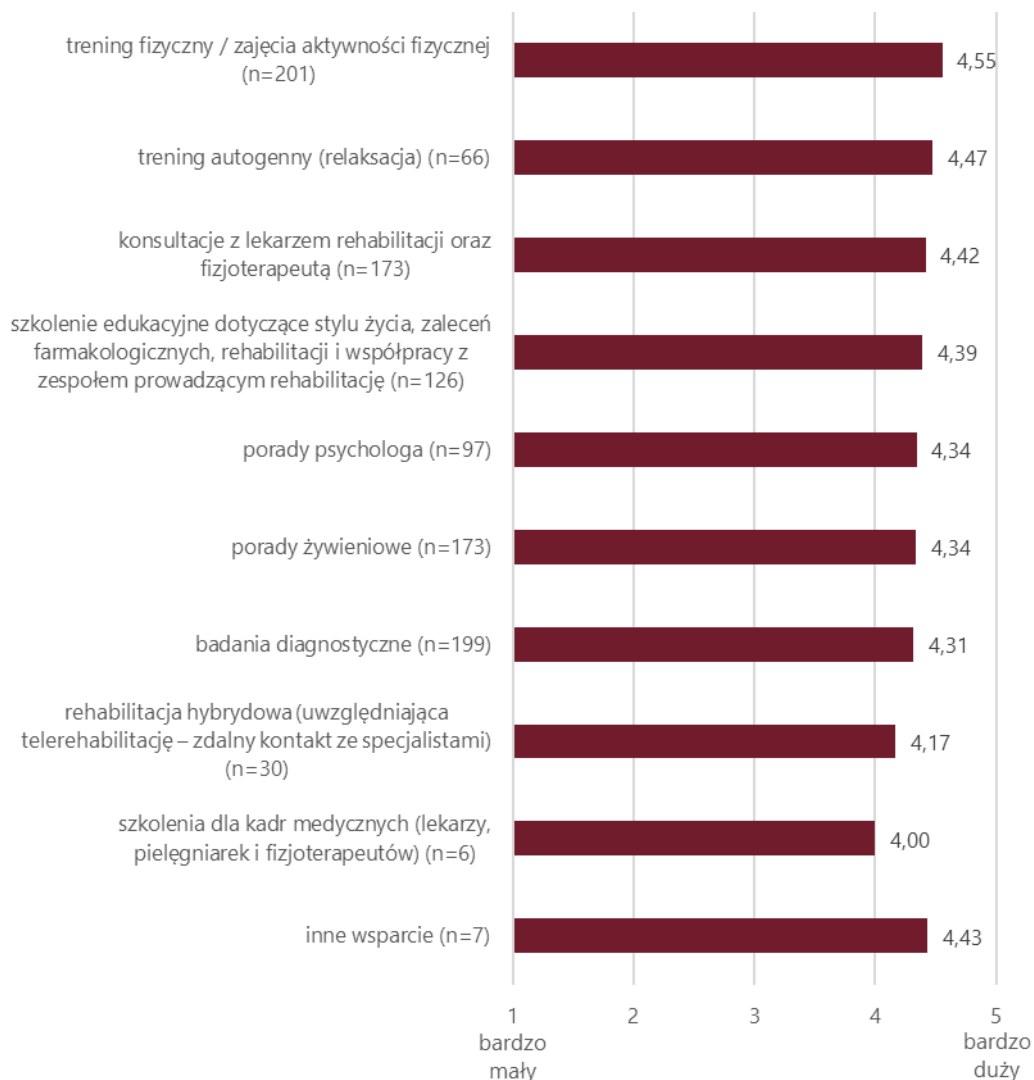
jest wyraźnie najrzadziej dostrzeganym przez uczestników rezultatem ich uczestnictwa w RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Wśród innych efektów uczestnicy wskazują spadek masy ciała, obniżenie ciśnienia krwi, cukru we krwi czy lepsze dopasowanie leków.

Warto w odniesieniu do powyższych danych zauważyć, że mamy tutaj do czynienia z generalnie wyższymi odsetkami osób dostrzegających poszczególne efekty wsparcia niż miało to miejsce w przypadku RPZ Cukrzyca typu 2. Wydaje się, że wynika to przede wszystkim z logiki obu ewaluowanych programów i sposobu rekrutacji. W przypadku RPZ Cukrzyca typu 2 prowadzona była szeroka rekrutacja (a więc obejmująca osoby o różnym poziomie zainteresowania otrzymywanym wsparciem), a samo wsparcie było skoncentrowane przede wszystkim na komponencie diagnostycznym. Z kolei w przypadku RPZ odnoszącego się do rehabilitacji kardiologicznej wsparcie było dostosowane do osób z konkretnymi problemami zdrowotnymi i to te osoby były rekrutowane do uczestnictwa w projekcie. Otrzymywały one następnie różnorodną pomoc dostosowaną do specyfiki tych problemów, nie powinno więc zaskakiwać, że dostrzegały one relatywnie większą liczbę efektów uzyskanego wsparcia.

Uczestników projektu zapytano także, w jakim stopniu otrzymane wsparcie pomogło odzyskać zdrowie po chorobie układu krążenia. Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że dany rodzaj wsparcia bardzo mało pomógł, a 5 oznacza, że wsparcie w bardzo dużym stopniu pomogło. Wyniki zaprezentowano na poniższym wykresie.

Wykres 33. Ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna odzyskać zdrowie po chorobie układu krążenia



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; pytanie zadawane osobom, które wskazały na otrzymanie danego rodzaju wsparcia

Generalnie, wsparcie otrzymane w ramach projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna oceniono wysoko pod kątem wpływu na odzyskanie zdrowia po chorobie układu krążenia. Najwyżej ocenionym rodzajem wsparcia jest trening fizyczny/zajęcia sportowe (średnia 4,55), a w dalszej kolejności trening autogenny – relaksacja (4,47). Jako wysoko przydatne uczestnicy uznali także konsultacje z lekarzem rehabilitacji oraz fizjoterapeutą (4,42) oraz szkolenie edukacyjne na temat roli stylu życia, stosowania się do zaleceń farmakologicznych, rehabilitacji i współpracy z zespołem prowadzącym rehabilitację (4,39). Przydatność porad psychologa oraz porad żywieniowych oceniono na tym samym poziomie – średnio na 4,34. Najmniej przydatnym – w opinii uczestników – rodzajem

wsparcia były szkolenia dla kadr medycznych (4,0) oraz rehabilitacja hybrydowa (z telerehabilitacją) – 4,17.

Kwestia całościowej skuteczności RPZ Rehabilitacja kardiologiczna była także podejmowana w ramach badania jakościowego, gdzie zwrócono uwagę przede wszystkim na to, że całościowa ocena jest trudna ze względu na przypadki rezygnacji uczestników projektu. Osób tych nie objęto całością planowanego wsparcia, trudno jednak mówić o tym, że w ich przypadku nie mamy do czynienia z żadnymi efektami interwencji. Kluczowymi efektami dostrzeganymi przez uczestników badania jakościowego okazały się być w przypadku RPZ Rehabilitacja kardiologiczna: przyspieszenie dostępu do konsultacji kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej (w porównaniu do publicznego systemu świadczeń), zwiększenie poziomu zainteresowania uczestników korzystaniem z profilaktyki zdrowotnej, poprawa stanu zdrowia uczestników rehabilitacji (widoczna w wynikach badań końcowych prowadzonych w ramach projektu) oraz – co traktować należy jako istotny efekt o charakterze nieplanowanym – wykrywanie w ramach diagnostyki kardiologicznej innego rodzaju schorzeń (w tym: zagrażających życiu pacjentów).

W kontekście zidentyfikowanych efektów (w oparciu zarówno o deklarację beneficjenta, ale także opinie wyrażane przez uczestników badania jakościowego) warto szczególnie uwagę zwrócić na aspekt zwiększonej skali kierowania na rehabilitację kardiologiczną. Jest to w pewnym sensie naturalna, a więc niezaskakująca, konsekwencja działań projektowych – oferowana pomoc była związana z kierowaniem uczestników na rehabilitację kardiologiczną, mówić więc możemy o doraźnym wzroście skali tego rodzaju działań rehabilitacyjnych. Jeśli chodzi o ewentualne oddziaływanie na ten aspekt w przyszłości, to przywołać tutaj należy wcześniejsze spostrzeżenie o tym, iż znaczenie może mieć tutaj wzrost świadomości wśród pacjentów i kadry medycznej, co może zwiększyć w kolejnych latach kierowanie osób tego wymagających na rehabilitację kardiologiczną. Oczywiście, czynnikiem warunkującym taki rezultat będzie podaż świadczeń w zakresie rehabilitacji kardiologicznej oferowanych w ramach systemu finansowania z NFZ.

Zdecydowanie pozytywna ocena skuteczności działań podejmowanych w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna oznacza, że generalnie trudno jest mówić o obszarach wymagających ewentualnej poprawy. Skala i różnorodność osiągniętych efektów świadczy o kompleksowości realizowanej interwencji, a wskazywane incydentalnie problemy lub braki nie miały charakteru krytycznego, który uznać należałoby za wymagający określonych działań naprawczych w przypadku wdrażania interwencji o zbliżonym charakterze.

Stopień realizacji założonych celów

W niniejszej analizie dokonano oceny stopnia realizacji założonych celów, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie badawcze: „W jakim stopniu zostały/zostaną osiągnięte cele określone w RPZ?”.

Poniższa tabela zawiera informację o stopniu realizacji wskaźników, które zostały zdefiniowane w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Tabela 6. Wskaźniki określone w RPZ Rehabilitacja kardiologiczna

Nazwa miernika	Wartość osiągnięta
Liczba osób przyjętych do Programu (spełniających kryterium włączenia)	10 702
Liczba osób zakwalifikowanych podczas badań/na podstawie badań (na etapie badań)	9 789
Liczba osób zdyskwalifikowanych podczas badań/na podstawie badań (na etapie badań)	292
Liczba osób, które zrezygnowały przed lub w trakcie badań (na etapie badań)	480
Liczba osób które rozpoczęły cykl interwencji (na etapie specjalistycznym)	8 955
Liczba osób które zakończyły cykl interwencji (na etapie specjalistycznym)	6 029
Liczba osób które zrezygnowały przed lub w trakcie cyklu interwencji (na etapie specjalistycznym)	2 290
Liczba osób które zrezygnowały z udziału w programie po zakończeniu cyklu interwencji (na etapie zakończenia Programu)	670
Liczba osób które zakończyły udział w Programie	3 594

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez realizatorów projektów

Dane przedstawione w tabeli pozwalają stwierdzić, jaka była skala realizacji poszczególnych komponentów realizowanych projektów (uwzględniając fakt, że mamy tutaj do czynienia z informacją o skali realizacji działań w ramach poszczególnych etapów interwencji, co wiąże się z określonym charakterem działań, które były przewidziane dla danego etapu). Jednocześnie jednak, należy zauważyć, że mamy tutaj do czynienia z istotnym problemem wynikającym z przyjętego sposobu monitorowania realizacji RPZ – dla poszczególnych wskaźników nie określono wartości docelowych. Tym samym, nie ma realnej możliwości oceny, w jakim stopniu zostały zrealizowane poszczególne cele, gdyż nie zostały one w żaden sposób sparametryzowane. Sama informacja o tym, w jakiej skali były realizowane poszczególne działania i osiągnane efekty, bez punktu referencyjnego jakim powinna być określona wartość docelowa, jest niewystarczająca do tego, by móc określić stopień realizacji założonych celów.

Na pewno można mówić o realizacji celów w wymiarze jakościowym, czego potwierdzeniem jest fakt, że mamy wykazaną określoną skalę działań w ramach poszczególnych etapów zaplanowanej interwencji. Tym samym, możemy mówić o tym, że

były realizowane działania, które zaplanowano jako narzędzie osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

W oparciu o powyższe dane warto jednak zauważyć także istotny aspekt, który obrazuje problem w realizacji RPZ Rehabilitacja kardiologiczna, a jednocześnie może być traktowany jako czynnik utrudniający osiągnięcie założonych celów. Chodzi tutaj mianowicie o skalę występujących wśród uczestników projektów rezygnacji. Z powyższych danych wynika, że do RPZ przyjęto 10 702 osoby, natomiast w kolejnych etapach łącznie zrezygnowało 1150 osób. Innymi słowy, mniej więcej co dziesiąty uczestnik zakwalifikowany do projektu zrezygnował w jego trakcie, co jest wartością relatywnie wysoką (choć przyznajmy, że nie tak wysoką, jak miało to miejsce w przypadku RPZ Cukrzyca typu 2). Trudno taką skalę rezygnacji postrzegać jako wypadkową czynników losowych, raczej należałoby szukać przyczyn odnoszących się do samej interwencji i sposobu jej wdrażania. Kwestia ta zostanie poddana pogłębionej analizie w poniższej części, która poświęcona jest zagadnieniu poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia.

Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia

W niniejszej części skoncentrowano się na analizie odnoszącej się do poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia, analizując takie kwestie jak:

1. **Poziom zainteresowania wsparciem** („Jakie czynniki decydują o zainteresowaniu mieszkańców udziałem w RPZ (np. płeć, wiek, poziom wykształcenia, miejsce zamieszkania, sposób rekrutacji uczestników?)”);
2. **Skala objęcia wsparciem mieszkańców z tzw. „białym płam” profilaktyki chorób układu krążenia** („W jakim stopniu RPZ dotyczyły/dotyczy mieszkańców z tzw. „białych płam” profilaktyki chorób układu krążenia? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin”) prowadzono/prowadzi się działania projektowe? Na jaką skalę prowadzi się tam działania projektowe?”);
3. **Dostępność do oferowanych świadczeń** („Jaka była dostępność mieszkańców do świadczeń zdrowotnych w ramach RPZ (czas oczekiwania, formy komunikacji z realizatorami, możliwość odbycia teleporady)? Jakie technologie (np. jaki sprzęt) były stosowane w procesie diagnostyki oraz interwencji?”);
4. **Problemy z uczestnictwem w RPZ** („Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w RPZ i dlaczego? Jakie to były problemy? Jakie działania należy podjąć aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia etc.)?”).

Beneficjent przyznaje, że liczba uczestników zgłaszających się do udziału w projekcie była nieco mniejsza niż zakładano. I to pomimo tego, że odbiorcy mogli – dla części form wsparcia – uczestniczyć w formule zdalnej tj. w formie teleporad, telekonferencji, e-learningu i tym podobnych. Jego zdaniem powodem mniejszego zainteresowania odbiorców była pandemia COVID-19, która na około rok sparaliżowała rekrutację do projektu. Problem dotyczył wszystkich grup wiekowych objętych wsparciem.

W kontekście poziomu zainteresowania i struktury terytorialnej udzielonego wsparcia uwzględniono w analizie zagadnienie skali objęcia wsparciem mieszkańców z tzw. „białym plam” rehabilitacji kardiologicznej. Zgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 540) Program profilaktyki ChUK finansowany ze środków NFZ jest realizowany w gabinetach lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Ze względu na fakt, iż podstawowa opieka zdrowotna jest formą opieki o generalnie największej dostępności, nie możemy mówić o występowaniu na terenie województwa pomorskiego „białych plam” profilaktyki chorób układu krążenia. Warto jednak zwrócić uwagę na inną kwestię powiązaną z analizowanym RPZ Rehabilitacja kardiologiczna – „białe plamy” w zakresie rehabilitacji kardiologicznej. Jak wskazano wcześniej w 2017 r. nie było świadczeniodawców, którzy realizowaliby świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej na terenie powiatów człuchowskiego, gdańskiego, kościerskiego, kwidzyńskiego, malborskiego, puckiego, słupskiego, tczewskiego i obszary te z wyłączeniem powiatów słupskiego i gdańskiego⁹ należy uznać za „białe plamy” w zakresie rehabilitacji kardiologicznej. RPZ Rehabilitacja kardiologiczna objął uczestników z każdego z tych powiatów, a łącznie stanowili 18% uczestników RPZ. Biorąc pod uwagę, iż populacja tych powiatów stanowi 20% ludności województwa uznać należy, iż powiaty stanowiące „białe plamy” rehabilitacji kardiologicznej są w sposób proporcjonalny reprezentowane wśród uczestników RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

W opinii beneficjenta do udziału w projekcie uczestników skłaniały przede wszystkim: krótki czas oczekiwania na diagnostykę, chęć poprawy kondycji zdrowotnej pod opieką specjalistów, zalecenia lekarzy pierwszego kontaktu i/lub kardiologów, a także rekomendacje od innych uczestników projektu. Jeśli chodzi o inne czynniki, które mogły wpływać na poziom zainteresowania uczestników, to należy tutaj przywołać wcześniejsze wnioski płynące z analizy struktury uczestników projektu. Analiza ta wykazała, że występuje relatywna nadreprezentacja osób z obszarów miejskich, osób z relatywnie

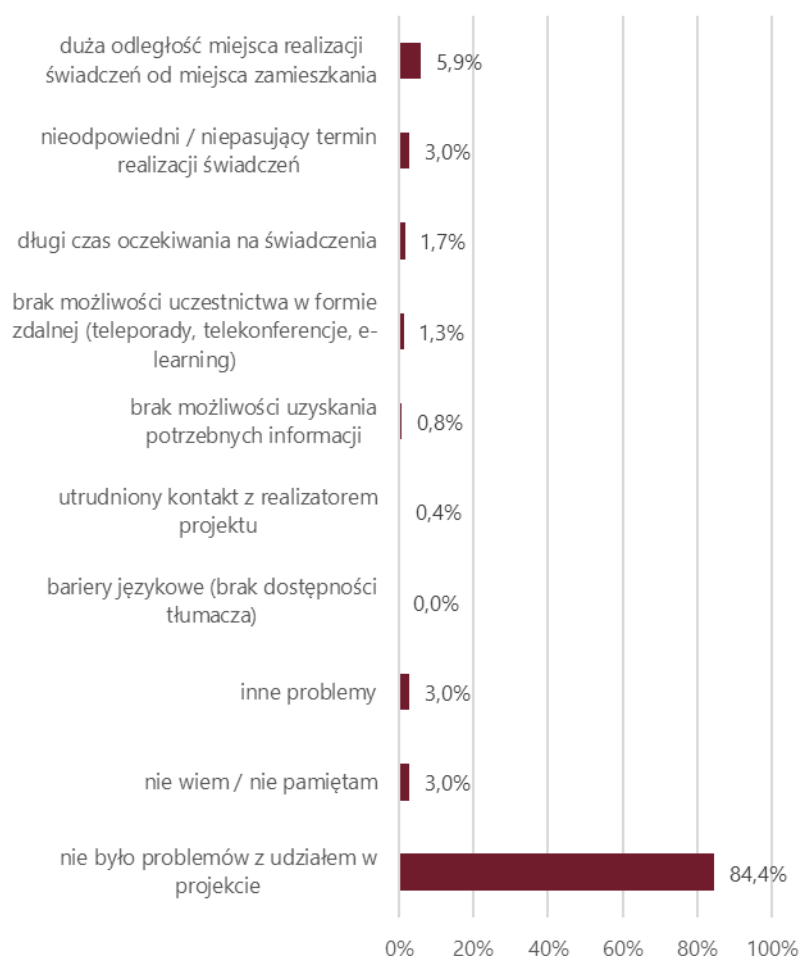
⁹ Powiaty wyłączono ze względu na bliskość dużych ośrodków miejskich.

wysokim poziomem wykształcenia oraz kobiet (choć udział kobiet i mężczyzn jest niemal równy, to w kontekście problemu zdrowotnego, którego dotyczy RPZ, należy to traktować jako wyraz większego zainteresowania wśród kobiet). Te cechy społeczno-demograficzne można zatem uznać za oddziałujące na zainteresowanie i faktyczne uczestnictwo w projekcie wdrażającym RPZ Rehabilitacja Kardiologiczna.

Beneficjent wskazał, że docierały do niego sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie osób mieszkających w dużej odległości od miejsc realizacji świadczeń. Wynikało to z faktu, że osoby zamieszkujące daleko od miejsca wykonywania świadczeń miały mniejszą motywację do korzystania ze wszystkich świadczeń i częściej traktowały udział w projekcie wybiórczo, np. rezygnowały po wstępnych badaniach diagnostycznych lub rezygnowały z konsultacji psychologicznych, bądź też nie chciały wziąć udziału w badaniach końcowych. W tym kontekście beneficjent wyraził opinię, by w przyszłych tego typu projektach uwzględnić mobilne usługi kontroli zdrowia.

Problem ewentualnych problemów z udziałem w projekcie został także podjęty w badaniu uczestników ewaluowanego przedsięwzięcia. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 34. Występowanie wśród uczestników projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna problemów z udziałem w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=237

Uczestnicy w zdecydowanej większości nie dostrzegali większych problemów z udziałem w projekcie. Kilkanaście osób miało trudność wynikającą z dużej odległości miejsca realizacji świadczeń od miejsca zamieszkania (co potwierdza – choć na niewielką skalę – występowanie problemu zasygnalizowanego przez beneficjenta), kilka osób – z nieodpowiednim, tj. niepasującym terminem realizacji świadczeń. Podobnie, kilka osób zwróciło uwagę na brak możliwości uczestnictwa w projekcie w formie zdalnej.

Wśród innych problemów uczestnicy zgłaszali ograniczenia wynikające z pandemii Covid-19, warunki pogodowe, konieczność korzystania ze zwolnień lekarskich w miejscu pracy, by móc uczestniczyć w rehabilitacji, czy brak miejsc parkingowych w okolicy punktów realizacji świadczeń.

Powyższe dane wskazują, że generalnie w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna mieliśmy do czynienia z wysokim stopniem inkluzywności i brakiem krytycznych „barier wejścia (choć oczywiście w przypadku perspektywy uczestników trzeba mieć na względzie fakt, iż w badaniu uczestniczyły osoby, które faktycznie skorzystały ze wsparcia – badanie

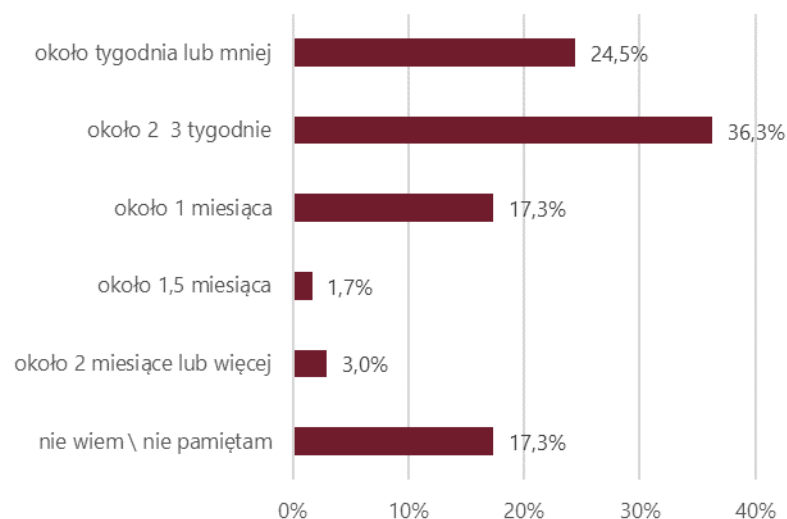
nie obejmowało osób, które z jakichś powodów nie mogły jednak uczestniczyć w ewaluowanym projekcie).

W badaniu jakościowym także zwracano uwagę na względny brak problemów w dostępności wsparcia, na co złożyły się m.in. takie kwestie jak: brak „rejonizacji” uczestników (co przy dużym zasięgu terytorialnym projektu stanowiło istotny atut) oraz stosowanie różnych sposobów dotarcia do potencjalnych uczestników (korzystanie z baz pacjentów podmiotów zaangażowanych w realizację projektu lub wykorzystywanie „ścieżki” dotarcia poprzez świadczenia realizowane w ramach medycyny pracy). Z kolei za czynnik ograniczający dostępność uznano objęcie wsparciem osób pracujących (przy jednoczesnym sygnalizowaniu chęci i potrzeby skorzystania z pomocy np. emerytów). W odniesieniu do tego czynnika trzeba jednak wziąć pod uwagę ograniczenia wynikające z tego, jakim celem w ramach RPO WP została podporządkowana interwencja w ramach Działania 5.4 i że oferowane wsparcie miało być instrumentem utrzymania aktywności zawodowej uczestników.

Pamiętać przy tym należy, że w kontekście dostępności wsparcia nie można ograniczyć analizy wyłącznie do kwestii ewentualnych barier dostępowych. Czynnikiem ograniczającym dostępność – co ma na dużą skalę miejsce w ramach systemu świadczeń finansowanych ze środków NFZ – jest czas oczekiwania na świadczenia.

Beneficjent stwierdził, że w czasie realizacji projektu rzadko dochodziło do problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie. Opinię tę skonfrontowano z wynikami badania uczestników projektu, których zapytano o to, jak długo musieli czekać na realizację pierwszych świadczeń od chwili zgłoszenia się do projektu. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 35. Czas oczekiwania uczestników projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna na pierwsze świadczenia od chwili zgłoszenia się do projektu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=237

Czas oczekiwania na realizację świadczeń w ramach projektu nie był długi. Co czwarty uczestnik (24,5%) czekał tydzień lub mniej. Co trzeci (36,3%) uczestnik czekał około 2-3 tygodnie. Innymi słowy, możemy mówić o zgodności opinii realizatora projektu i jego uczestników w odniesieniu do tego, czy dochodziło do wydłużania się czasu oczekiwania na świadczenia – w obu przypadkach deklaracje badanych na to nie wskazują.

W kontekście dostępności wsparcia w ramach RPZ istotne jest także uwzględnienie ewentualnych alternatywnych form pomocy dotyczących profilaktyki zdrowotnej dotyczącej analogicznego problemu zdrowotnego. W tym celu przeprowadzono w ramach analizy benchmarkingowej identyfikację alternatywnych programów profilaktycznych do interwencji wdrażanej w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Wynikiem przeprowadzonych poszukiwań były dwa programy wsparcia: Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 oraz Program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki i leczenia nadwagi i otyłości w populacji młodzieży w Gminie Kosakowo - w tym drugim przypadku jednak wykorzystane zostały tylko informacje dotyczące alternatywnych form wsparcia, biorąc pod uwagę rozbieżności w grupie docelowej.

Na podstawie opinii wydanej przez AOTMiT dotyczącej Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna z 28.12.2017 można wywnioskować, że na tamten okres alternatywą dla pacjentów wymagających rehabilitacji kardiologicznej były świadczenia NFZ. W ramach tych świadczeń dostępna była rehabilitacja w warunkach stacjonarnych, na oddziale, w ośrodku dziennym lub w przypadku leczenia w grupie schorzeń układu krążenia w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Opinia wydana w dniu 6.06.2017r. dotycząca Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 zawierała informację o realizowanym w ramach Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020 celu strategicznym poprawy sposobu żywienia oraz aktywności fizycznej Polaków. Jak wynika z opinii w latach 2013-2016 realizowany był program POLKARD w zakresie wykrywania tętniaka aorty brzusznej, ale w chwili pisania opinii podobnych badań przesiewowych miało już nie być. Możliwe natomiast było wykonanie w ramach AOS USG brzucha w celu wykrycia tętniaka. W dokumencie został zaznaczony również brak kompleksowych rozwiązań na skalę krajową w postaci platform oraz oddziałów typu TELESTROKE czy Dziennych Oddziałów Niewydolności Serca.

Wspomniany Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020 miał na celu zmniejszenie umieralności oraz niepełnosprawności z powodu chorób serca i naczyń i zakładał działalność w siedmiu punktach. Pierwszym punktem było prowadzenie edukacji zdrowotnej wykorzystując narzędzia internetowe oraz media społecznościowe, warsztaty oraz formułę e-learningową (działanie skierowane do dzieci i młodzieży szkolnej). Punkt drugi zakładał zorganizowanie ogólnopolskiej kampanii aktywności fizycznej w postaci konferencji prasowych, badań sondażowych oraz dystrybucji materiałów wspomagających kampanię. W ramach trzeciego zadania przeprowadzone miały zostać cykle spotkań grupowych oraz indywidualnych między pacjentami, a medycznym personelem POZ. W czwartym zadaniu przewidziano wytypowanie wojewódzkich ośrodków badań przesiewowych, w których miały być prowadzone takie badania dla osób powyżej 65 roku życia. W Programie miała zostać wdrożona platforma telemedyczna mająca poprawić efektywność leczenia ostrej fazy udarów. Rozwiązania telemedyczne miały również zostać wykorzystane w ramach kolejnego zadania – opracowanie modelu opieki nad chorymi z niewydolnością serca i wdrożenie oddziałów dziennych niewydolności serca. Ostatnim z zadań zostało prowadzenie rejestrów medycznych.

Spośród powyższych zakresów merytorycznych alternatywnych źródeł wsparcia za alternatywny wobec RPZ Regionalnego Programu Zdrowotnego – Moduł Rehabilitacja Kardiologiczna można uznać: prowadzenie akcji promocyjno-edukacyjnej, wykorzystanie materiałów edukacyjnych, działalność internetową oraz prowadzenie badań diagnostycznych. Te formy wsparcia miały swoje zbliżone tematycznie i zakresowo odpowiedniki w alternatywnym Programie oraz świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. To czego powyższe alternatywy nie pokryły to były szkolenia kadr medycznych.

Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia

W niniejszej części przeprowadzono analizę dotyczącą wpływu pandemii COVID-19 na realizację wsparcia, odpowiadając tym samym na pytanie badawcze: „Jakie konsekwencje dla realizacji RPZ miała/ma pandemia COVID-19? Czy wpłynęła ona na zakres wsparcia oferowany uczestnikom i przebieg realizacji projektów RPO WP? W jaki sposób realizatorzy zapewnili w trakcie jej trwania dostępność do świadczeń przewidzianych w RPZ?”

Beneficjent wskazał, że pandemia we wszystkich ośrodkach partycypujących w projekcie przerwała realizację projektu na co najmniej 2 miesiące, a w szpitalach przemianowanych na „covidowe” na dużo dłużej. Personel zatrudniony do realizacji projektu, a decyzją wojewody oddelegowany do szpitali „covidowych”, nie mógł wykonywać świadczeń w ramach projektu. Ponadto, sami pacjenci – szczególnie w pierwszych miesiącach pandemii – byli mniej skłonni do wizyt w placówkach medycznych w celu skorzystania z profilaktyki zdrowotnej.

Beneficjent podejmował w trakcie pandemii COVID-19 następujące działania w celu zapewnienia i utrzymania dostępności do świadczeń oferowanych w projekcie:

- a) stosowano reżim sanitarny i środki ochrony indywidualnej (maseczki, środki dezynfekcji itp);
- b) zmniejszono liczebność grup ćwiczeniowych;
- c) wdrożono zasadę uczestnictwa w danej grupie zajęciowej zawsze tych samych pacjentów;
- d) umożliwiono korzystanie z jak największej ilości świadczeń zdalnie (dotyczyło to m.in. takich świadczeń jak: konsultacje lekarskie, konsultacje psychologiczne, konsultacje dietetyczne, edukacja pacjentów).

Podsumowując powyższe wyniki stwierdzić należy, że – po pierwsze – charakter oddziaływania pandemii COVID-19 na realizację omawianego RPZ uznać można za stosunkowo typowy dla generalnych ograniczeń, jakie kryzys pandemiczny wywołał w systemie ochrony zdrowia, ale także w projektach obejmujących wsparcie (np. edukacyjne) dla uczestników indywidualnych. Po drugie, podejmowane działania zaradcze ocenić należy pozytywnie w tym znaczeniu, że podjęte działania odnosiły się do zniwelowania problemów powodowanych pandemią, ale jednocześnie podporządkowane były utrzymaniu realizacji celów RPZ.

Systemowe uwarunkowania wdrażania interwencji

W przypadku RPZ Rehabilitacja kardiologiczna kluczowym systemowym uwarunkowaniem wdrażania interwencji była realizacja RPZ w formule jednego ogólnowojevodzkiego projektu. Poniżej przedstawiono ocenę tego rozwiązania, odpowiadając tym samym na pytanie badawcze: „Czy wdrażanie RPZ poprzez jeden, ogólnowojevodzki projekt RPO WP jest optymalnym rozwiązaniem z punktu widzenia: sprawnej realizacji wsparcia, dostępu do usług/świadczeń pacjentów z różnych części województwa, kosztów jednostkowych interwencji? Jeśli nie, w jaki sposób powinno się wdrażać to wsparcie?”.

Kwestia ta była podejmowana w badaniu jakościowym i ze zgromadzonego materiału empirycznego wynika jednoznacznie, że przyjęty model wdrażania RPZ Rehabilitacja kardiologiczna ocenić należy zdecydowanie pozytywnie. W szczególności zwrócono uwagę na takie uwarunkowania realizacji omawianego projektu poprzez jedno przedsięwzięcie:

- możliwość zaangażowania do wdrażania RPZ podmiotu z dużym potencjałem (kadrowym, organizacyjnym, finansowym, merytorycznym), o dużym znaczeniu regionalnym i rozpoznawalnym na poziomie ponadlokalnym (co byłoby trudne w przypadku „rozproszenia” interwencji na większą liczbę mniejszych projektów);
- ścisła koordynacja i uspołnienie działań realizowanych w ramach RPZ;
- odciążenie placówek medycznych zaangażowanych we wdrażanie RPZ z obciążeń administracyjnych związanych z realizacją projektu współfinansowanego ze środków unijnych, co pozwala bardziej efektywnie wykorzystywać zasoby tych placówek do realizacji świadczeń;
- możliwość efektywnego gospodarowania zasobami udostępnianymi przez podmioty zaangażowane w realizację projektu (co miało znaczenie np. w czasie pandemii COVID-19, gdy część placówek wymagała odciążenia ze względu na realizację zadań wynikających z niwelowania skutków pandemii);
- zapewnienie szerokiej dostępności terytorialnej wsparcia – brak wyłączeń wynikających z realizacji różnych projektów w różnych częściach województwa;
- możliwość koordynacji działań informacyjno-promocyjnych, co pozytywnie oddziałuje na ich efektywność kosztową;
- możliwość wymiany doświadczeń (np. dotyczących działań informacyjnych i rekrutacyjnych) pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w realizację zadań projektowych, które współrealizują jedno wspólne przedsięwzięcie.

Jeśli chodzi o ewentualne problemy wynikające z zastosowanego modelu wdrażania, to zwrócono uwagę właściwie tylko na jeden, dotyczący tego, że w przypadku jednego dużego przedsięwzięcia, w ramach którego beneficjent zleca realizację określonych zadań podmiotom zaangażowanymi w prowadzone przedsięwzięcie, w większym stopniu odczuwalne są wahania kosztowe realizacji zadań. Gdy projekt ma charakter wieloletni (i taki też charakter mają umowy na świadczenie usług w ramach projektu) nagły wzrost cen skutkuje spadkiem opłacalności partycypacji w projekcie przez zaangażowane podmioty. Tymczasem, system wdrażania RPO WP nie przewidywał waloryzacji udzielonego dofinansowania, podobnie jak nie przewidywał tego model finansowania i plan finansowy RPZ.

Generalnie jednak – pomimo powyższego zastrzeżenia – ocena wdrażania RPZ poprzez jeden ogólnowojeowski projekt jest pozytywna. Szczególnie, że w ramach realizacji profilaktyki zdrowotnej poprzez RPZ mieliśmy w RPO WP do czynienia także z inną formułą w ramach RPZ Cukrzyca typu 2 (gdzie RPZ realizowany był przez kilka przedsięwzięć). We wcześniejszej części raportu wskazano na słabości formuły wdrażania RPZ poprzez kilka projektów i zawarte tam wnioski pośrednio traktować należy także jako uzasadnienie dla modelu bazującego na jednym ogólnowojeowskim projekcie.

Podsumowując ocenę przyjętego modelu wdrażania RPZ Rehabilitacja kardiologiczna warto przywołać jeszcze jedną opinię z badania jakościowego, gdzie zwrócono uwagę, że choć zastosowaną formułę (jeden ogólnowojeowski projekt) ocenić należy pozytywnie, to jednak ma ona mniejsze znaczenie, istotniejsze jest natomiast to, jaki ostatecznie podmiot zostanie wybrany do realizacji zadań z zakresu profilaktyki zdrowotnej. To, w jakim trybie, i w jakiej formule, dokonany zostanie ten wybór ma już znaczenie drugorzędne. Innymi słowy, zdiagnozowane korzyści formuły jednego ogólnowojeowskiego projektu mogłyby nie zostać utrzymane, gdyby realizujący projekt podmiot nie dysponował odpowiednim potencjałem kadrowym i organizacyjnym. Co więcej, wdrażanie RPZ w formule jednego projektu, który realizowany byłby przez podmiot o niewystarczającym potencjale mogłoby generować większe niebezpieczeństwo niż gdyby to w ramach większej puli projektów, wśród realizatorów mielibyśmy do czynienia np. z jednym podmiotem o potencjale mniejszym niż pozostałe. Wynika to z faktu, że w formule jednego projektu całościowa skuteczność wsparcia jest zapewniana tylko przez jedno przedsięwzięcie.

Podsumowanie

Według stanu na 30.09.2023 w projekcie z zakresu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna wzięło udział 4 107 osób, wśród których przeważały osoby w wieku 51-60 lat (40%), osoby

z wyższym wykształceniem (44%) oraz osoby obszarów miejskich (63%). Pozytywnie oceniono adekwatność struktury wiekowej, natomiast w przypadku płci, gdzie udziały kobiet i mężczyzn wyniosły po około połowie, zwrócono uwagę, iż problemy kardiologiczne częściej dotyczą mężczyzn, co stanowi swego rodzaju dysproporcję. Jeśli chodzi o rozkład terytorialny, to najwięcej uczestników pochodziło z powiatów m. Gdynia (21%), starogardzkiego (13%) oraz sztumskiego (11%). Obserwowane są w tym zakresie duże dysproporcje terytorialne w skali uczestnictwa we wsparciu, które raczej trudno wyjaśnić inaczej niż zróżnicowaniem w skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych podejmowanych w projekcie, w różnych częściach województwa.

Beneficjent realizujący RPZ Rehabilitacja kardiologiczna podejmował w projekcie następujące działania:

- a) badania diagnostyczne pacjentów (10 750 osób);
- b) konsultacje z lekarzem rehabilitacji oraz fizjoterapeutą dla pacjentów Programu (10 000 osób);
- c) szkolenia edukacyjne dla pacjentów Programu i ich rodzin (5 500 osób);
- d) trening fizyczny/zajęcia aktywności fizycznej (6000 osób);
- e) trening autogenny (relaksacja);
- f) poradnictwo psychologiczne;
- g) poradnictwo żywieniowe;
- h) rehabilitacja hybrydowa (uwzględniająca telerehabilitację) – 1 000 osób.
- i) szkolenia dla edukatorów zdrowotnych;

Beneficjent wysoko ocenił adekwatność realizowanych działań w stosunku do potrzeb odbiorców. Lecz jednocześnie oceniając projekt z perspektywy czasu uważa, że w projekcie należałoby wprowadzić zmiany co do jego zakresu lub sposobu realizacji działań w celu skuteczniejszej rehabilitacji kardiologicznej. Zmiany te powinny – w opinii beneficjenta – polegać na skróceniu okresu obligatoryjnego uczestnictwa w projekcie do maksymalnie 6 miesięcy oraz zwiększeniu zindywidualizowania programów rehabilitacji poszczególnych uczestników.

Wnioski o generalnie dużej adekwatności wsparcia potwierdzili w swoich opiniach również uczestnicy projektów.

Do dostrzeżonych przez beneficjenta efektów realizacji projektu należą:

- a) skorzystanie przez uczestników z rehabilitacji hybrydowej (uwzględniające telerehabilitację) w zakresie chorób układu krążenia;
- b) kierowanie pacjentów na rehabilitację kardiologiczną w trybie ambulatoryjnym;
- c) zwiększenie wiedzy kadr medycznych w dziedzinie rehabilitacji kardiologicznej;
- d) poprawa stanu zdrowia uczestników;
- e) podniesienie wiedzy uczestników w zakresie własnej sytuacji zdrowotnej.

Z kolei uczestnicy projektów najczęściej wskazywali na uzyskanie efektów w postaci większej wiedzy na temat własnej sytuacji zdrowotnej, poprawy samopoczucia, większej wiedzy na temat zdrowego trybu życia oraz podejmowania większej aktywności fizycznej niż przed projektem. Natomiast w ramach badania jakościowego zwrócono uwagę przede wszystkim na to, że całościowa ocena jest trudna ze względu na przypadki rezygnacji uczestników projektu. Kluczowymi efektami dostrzeganymi przez uczestników badania jakościowego okazały się być w przypadku RPZ Rehabilitacja kardiologiczna: przyspieszenie dostępu do konsultacji kardiologicznej i rehabilitacji kardiologicznej, zwiększenie poziomu zainteresowania uczestników korzystaniem z profilaktyki zdrowotnej, poprawa stanu zdrowia uczestników rehabilitacji oraz – co traktować należy jako istotny efekt o charakterze nieplanowanym – wykrywanie w ramach diagnostyki kardiologicznej innego rodzaju schorzeń.

Postęp realizacji RPZ Rehabilitacja kardiologiczna obrazowany jest przez określone w programie wskaźniki. Mamy tutaj jednak do czynienia z istotnym problemem wynikającym z przyjętego sposobu monitorowania realizacji RPZ – dla poszczególnych wskaźników nie określono wartości docelowych. Tym samym, nie ma realnej możliwości oceny, w jakim stopniu zostały zrealizowane poszczególne cele, gdyż nie zostały one w żaden sposób sparametryzowane. Sama informacja o tym, w jakiej skali były realizowane poszczególne działania i osiągnięte efekty, bez punktu referencyjnego jakim powinna być określona wartość docelowa, jest niewystarczająca do tego, by móc określić stopień realizacji założonych celów. Realizacja celów może być w związku z tym poddana ocenie jedynie w wymiarze jakościowym, nie ilościowym. Potwierdzeniem realizacji celów RPZ jest fakt, że mamy wykazaną określoną skalę działań w ramach poszczególnych etapów zaplanowanej interwencji. Tym samym, możemy mówić o tym, że były realizowane działania, które zaplanowano jako narzędzie osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych RPZ Rehabilitacja kardiologiczna.

Odnosząc się do zgłaszalności do projektu beneficjent przyznaje, że liczba uczestników zgłaszających się do udziału w projekcie była nieco mniejsza niż zakładano. I to pomimo tego, że odbiorcy mogli – dla części form wsparcia – uczestniczyć w formule zdalnej tj. w

formie teleporad, telekonferencji, e-learningu i tym podobnych. Jego zdaniem powodem mniejszego zainteresowania odbiorców była pandemia COVID-19, która na około rok sparaliżowała rekrutację do projektu.

Beneficjent wskazał, że docierały do niego sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie osób mieszkających w dużej odległości od miejsc realizacji świadczeń. Wynikało to z faktu, że osoby zamieszkujące daleko od miejsca wykonywania świadczeń miały mniejszą motywację do korzystania ze wszystkich świadczeń i częściej traktowały udział w projekcie wybiórczo. W ramach wdrażania wsparcia z zakresu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna nie dochodziło natomiast do problemów związanych z długim czasem oczekiwania na udział w świadczeniach.

We wdrażaniu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna przyjęto podejście przewidujące jego realizację przez jeden podmiot na terenie całego województwa. Rozwiązanie to należy ocenić pozytywnie. Wdrożony model przyniósł szereg korzyści takich jak: możliwość zaangażowania do wdrażania RPZ podmiotu z dużym potencjałem, ścisła koordynacja i uspołnienie działań realizowanych w ramach RPZ, odciążenie placówek medycznych zaangażowanych we wdrażanie RPZ z obciążeń administracyjnych związanych z realizacją projektu, możliwość efektywnego gospodarowania zasobami udostępnianymi przez podmioty zaangażowane w realizację projektu czy zapewnienie szerokiej dostępności terytorialnej wsparcia – brak wyłączeń wynikających z realizacji różnych projektów w różnych częściach województwa.

ROLA PROJEKTÓW RPO WP W PROFILAKTYCE

NOWOTWOROWEJ W WOJEWÓDZTWIE POMORSKIM

Niniejszy podrozdział obejmuje całość analiz dotyczących ewaluowanego wsparcia, które wdrażane było poprzez projekty RPO WP w profilaktyce nowotworowej w woj. pomorskim. Nim przejdziemy do właściwej analizy należy zauważyć, że w przypadku tego elementu ewaluowanej interwencji mamy do czynienia ze specyficzną sytuacją polegającą na tym, że przedmiotowe projekty były wdrażane przez trzech beneficjentów (po jednym beneficjencie na dany obszar profilaktyki nowotworowej). W rezultacie, prezentacja wyników badania beneficjentów (w tym – beneficjenta) ma charakter jakościowy, nie ma tutaj bowiem możliwości prowadzenia analiz statystycznych mając trzy obserwacje (trzy analizowane projekty). Analizę statystyczną zastosowano natomiast – w przypadku analizy danych z badań pierwotnych – do wyników badania uczestników.

Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów

Poniżej przedstawiono całościową charakterystykę podjętych działań i osiągniętych efektów, które realizowano w ramach profilaktyki nowotworowej. Powiązanie ze sobą kwestii podejmowanych działań i osiąganych efektów jest uzasadnione faktem, że profilaktyka zdrowotna w wielu aspektach ściśle wiąże ze sobą te dwa elementy. Przykładowo, realizując określone działania diagnostyczne, jednocześnie osiągany jest efekt w postaci zapewnienia dostępności określonego rodzaju diagnostyki w ramach danego problemu zdrowotnego. Z kolei podejmowanie działań edukacyjno-informacyjnych można traktować jako jednoznaczne z efektem upowszechniania wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych (choć oczywiście poziom skuteczności i skala efektów mogą być tutaj zróżnicowane).

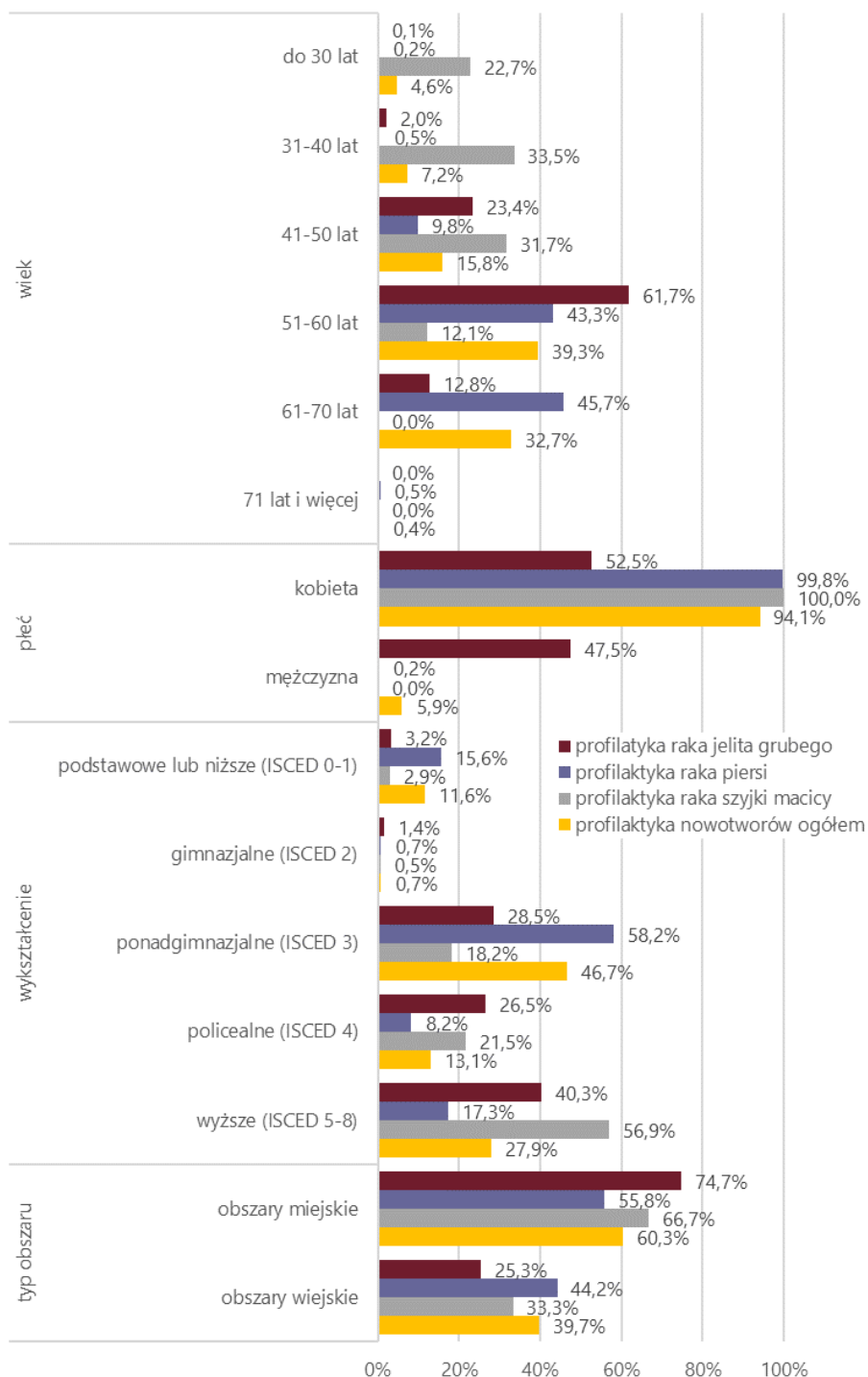
Jeśli chodzi o szczegółowe zagadnienia podejmowane w tej części, to odnoszą się one do poszczególnych pytań badawczych, które dotyczą charakteru podejmowanych działań i osiąganych efektów i obejmują takie kwestie jak:

- **Charakter i skala podejmowanych działań** („Jakie działania i w jakim zakresie dotyczące profilaktyki nowotworowej (w podziale na raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego) zrealizowano/są realizowane w projektach RPO WP? Ilu mieszkańców skorzystało/skorzysta z poszczególnych form wsparcia (w podziale na raka piersi, raka szyjki macicy, raka jelita grubego)? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?”);

- **Struktura uczestników projektów w zakresie profilaktyki nowotworowej** („Jaka była/jest struktura uczestników poszczególnych projektów RPO WP (osobno dla trzech typów nowotworów): wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania (m.in. miasto-wieś, poszczególne powiaty)? Czy ta struktura odzwierciedla faktyczne potrzeby regionu w zakresie profilaktyki poszczególnych rodzajów nowotworów objętych interwencją Programu?”);
- **Skala działań w ramach projektów dotyczących profilaktyki nowotworowej w relacji do działań finansowanych ze środków NFZ** („Jak skala działań podejmowanych w ramach projektów dotyczących profilaktyki nowotworowej ma się do działań z zakresu profilaktyki nowotworowej prowadzonych w województwie pomorskim i finansowanych ze środków NFZ?”);
- **Adekwatność wsparcia wobec potrzeb grupy docelowej** („Czy świadczenia zdrowotne oferowane w ramach profilaktyki nowotworowej odpowiadały na potrzeby grupy docelowej? Co należałoby zmienić w zakresie udzielanych świadczeń, aby lepiej odpowiadać na potrzeby grupy docelowej?”);
- **Skuteczność interwencji w ujęciu zdrowotnym** („Na ile skuteczne w ujęciu zdrowotnym i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w ramach projektów RPO WP działania w zakresie profilaktyki nowotworowej? Czy są obszary wymagające poprawy?”);
- **Skuteczność działań informacyjno-edukacyjnych** („Na ile skuteczne i odpowiadające potrzebom były/są prowadzone w projektach RPO WP działania informacyjne i edukacyjne w zakresie profilaktyki nowotworowej? Czy są obszary wymagające poprawy? Jeśli tak, w jaki sposób to można poprawić? Czy sposób prowadzenia tych działań zmieniał się w trakcie realizacji projektów RPO WP? Jeśli tak, z jakich powodów?”);
- **Wpływ na zgłaszalność do udziału w programach profilaktyki nowotworowej** („Czy realizacja projektów RPO WP wpłynęła/wpłynie na zwiększenie zgłaszalności mieszkańców województwa do udziału w programach profilaktyki nowotworowej? Na jakim poziomie była zgłaszalność mieszkańców przed realizacją projektów RPO WP?”);
- **Wykrywalność zmian nowotworowych** („U ilu uczestników projektów RPO WP wykryto zmiany nowotworowe (w podziale na raka: piersi, szyjki macicy oraz jelita grubego) i zostali oni skierowani do dalszej diagnostyki?”);
- **Korzyści uczestników projektów** („Jakie korzyści (np. większa wiedza potrzeby dbania o zdrowie) z udziału we wsparciu uzyskali uczestnicy projektów RPO WP?”).

W pierwszej kolejności przedstawiona została struktura uczestników projektów realizowanych w ramach profilaktyki nowotworowej.

Wykres 36. Struktura społeczno-demograficzna uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; profilaktyka raka jelita grubego - n=7035, profilaktyka raka piersi - n=39593; profilaktyka raka szyjki macicy - n=11440; profilaktyka nowotworów ogółem - n=58068; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

W przypadku działań projektowych z zakresu profilaktyki nowotworowej, odbiorcami wsparcia najczęściej były osoby w wieku 51-60 lat. Wniosek ten potwierdzają przede wszystkim dane o jednym z trzech typów profilaktyki w postaci raka jelita grubego (61,7%), ale również zebranych danych odnoszących się do profilaktyki nowotworów ogółem (39,3%). Dwie grupy wiekowe można nazwać największymi w przypadku dwóch pozostałych typów profilaktyki: 61-70 lat w przypadku profilaktyki raka piersi (61-70 lat) oraz 31-40 lat w przypadku profilaktyki raka szyjki macicy (33,5%). Warto nadmienić, że w przypadku grupy wiekowej 71 lat i więcej proporcje udziału we wsparciu były minimalne (0,4% dla wartości uogólnionych).

W przypadku profilaktyki raka piersi przedstawiona struktura wiekowa wydaje się uzasadniona, ponieważ według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2020 r. aż 78,6% przypadków zachorowań na raka piersi dotyczyło kobiet powyżej 50 roku życia. W przypadku raka szyjki macicy również mamy do czynienia z generalnie większą zachorowalnością u osób po 45 roku życia. Przykładowo według danych Krajowego Rejestru Nowotworów w 2020 r. liczba zachorowań na raka szyjki macicy w przeliczeniu na 100 tys. ludności w przypadku kobiet w wieku 30-34 lata wyniosła 10 przypadków, a u kobiet w wieku 50-54 lata, to aż 77 przypadków. Nie oznacza to jednak, iż dość znaczny udział kobiet w wieku do 40 roku życia nie jest zasadny, ponieważ wykonywanie badań profilaktycznych w tym kierunku zalecane jest od 25 roku życia. W przypadku raka jelita grubego dane Krajowego Rejestru Nowotworów wskazują na znaczący wzrost zachorowalności od około 60 roku życia, lecz badania profilaktyczne są zalecane od 50 roku życia, stąd obserwowaną strukturę uczestników uznać należy za zasadną.

Biorąc pod uwagę zakres wsparcia poszczególnych rodzajów profilaktyki w sposób naturalny w podziale ze względu na płeć to kobiety stanowią prawie całość uczestników profilaktyki raka piersi (99,8%) oraz raka szyjki macicy (100%). Rozkład uczestników wsparcia ze względu na płeć okazał się prawie równy – kobiety stanowiły 52,5% biorących udział, a mężczyźni 47,5%.

Jeśli chodzi o kwestię wykształcenia, to prawie co drugi (46,7%) uczestnik wsparcia z zakresu profilaktyki nowotworów posiadał wykształcenie ponadgimnazjalne. Natomiast więcej niż 1/4 (27,9%) uczestników posiadała wykształcenie wyższe. Warto wspomnieć również o kategorii uczestników z wykształceniem podstawowym lub niższym, którzy ogółem stanowili 11,6% wszystkich odbiorców wsparcia, przy czym stosunkowo często były to kobiety korzystające z profilaktyki raka piersi (15,6%).

Większość (60,3%) odbiorców wsparcia w postaci profilaktyki nowotworowej stanowili mieszkańcy obszarów miejskich, co znalazło jednocześnie odzwierciedlenie w przypadku wszystkich trzech typów profilaktyki: raka jelita grubego (74,7%), raka piersi (55,8%) oraz

raka szyjki macicy (66,7%). W województwie pomorskim w 2021 r. na terenach miejskich mieszkało 62,9% ludności, wobec tego tylko w przypadku profilaktyki raka jelita grubego mamy do czynienia z nadreprezentacją mieszkańców miast wśród uczestników. Taka sytuacja może wynikać z faktu, iż w przypadku diagnostyki raka jelita grubego mamy do czynienia z badaniem inwazyjnym i potencjalnie krępującym – w takiej sytuacji ewentualne opory pacjentów mogą zostać przezwyciężone przez wysoki poziom świadomości w zakresie profilaktyki zdrowotnej i celowości prowadzenia tego rodzaju badań. A ów wyższy poziom świadomości cechuje, co do zasady, raczej mieszkańców obszarów miejskich. Poza tym należy podkreślić, że z punktu widzenia realizatorów projektów bardziej efektywne działania rekrutacyjne – których dotyczy jeszcze dodatkowo ewentualny aspekt przekonywania pacjentów do celowości przeprowadzenia badania – odnoszą się do obszarów już nawet nie miejskich, lecz wielkomiejskich. Potwierdzeniem tego jest zresztą bardzo duży udział mieszkańców w Gdańsku w całości działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, ze szczególnym uwzględnieniem właśnie profilaktyki raka jelita grubego. I wreszcie, nie można abstrahować od faktu, że w przeciwieństwie do dwóch pozostałych obszarów objętych działaniami profilaktycznymi, profilaktyka raka jelita grubego nie jest tak jednoznacznie uwarunkowana płciowo – obejmuje ona zarówno mężczyzn, jak i kobiety. W przypadku mężczyzn występuje szczególnie duży problem, jeśli chodzi o aktywność profilaktyczną – tym większe znaczenie ma więc kwestia dodatkowych czynników, które jednak sprawiły, że mężczyźni uczestniczyli w projekcie dot. raka jelita grubego, takich jak wspomniane powyżej zróżnicowanie poziomu świadomości w zakresie profilaktyki zdrowotnej pomiędzy mieszkańcami obszarów miejskich i wiejskich oraz gotowości do wzięcia udziału w oferowanej diagnostyce.

Tabela 7. Struktura uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów po względem powiatu miejsca zamieszkania

Powiat	profilaktyka raka jelita grubego	profilaktyka raka piersi	profilaktyka raka szyjki macicy	profilaktyka nowotworów ogółem
Gdańsk	43,3%	11,4%	41,5%	21,2%
wejherowski	3,8%	12,2%	2,6%	9,3%
Gdynia	7,0%	9,7%	3,8%	8,2%
kartuski	5,6%	7,8%	10,1%	8,0%
starogardzki	10,2%	5,4%	13,4%	7,6%
gdański	8,5%	4,4%	9,7%	5,9%
bytowski	0,6%	4,9%	6,5%	4,7%
tczewski	7,8%	3,9%	5,2%	4,6%
kościerski	6,9%	4,1%	1,6%	3,9%
pucki	1,0%	5,2%	0,5%	3,8%

Powiat	profilaktyka raka jelita grubego	profilaktyka raka piersi	profilaktyka raka szyjki macicy	profilaktyka nowotworów ogółem
chojnicki	1,5%	4,9%	0,7%	3,7%
kwidzyński	0,4%	4,8%	0,0%	3,3%
łęborski	0,6%	4,4%	0,7%	3,2%
słupski	0,0%	4,1%	1,0%	3,0%
człuchowski	0,1%	3,1%	0,0%	2,1%
malborski	0,6%	2,4%	0,2%	1,7%
sztumski	0,4%	2,3%	0,0%	1,6%
Słupsk	0,1%	1,8%	1,4%	1,5%
Sopot	1,1%	1,7%	0,9%	1,5%
nowodworski	0,5%	1,6%	0,3%	1,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; profilaktyka raka jelita grubego - n=7 035, profilaktyka raka piersi - n=39 593; profilaktyka raka szyjki macicy - n=11 440; profilaktyka nowotworów ogółem - n=58 068; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Analiza struktury uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów pod względem powiatów miejsc zamieszkania pozwoliła na zidentyfikowanie dwóch najczęściej wskazywanych obszarów – są to: miasto Gdańsk, z którego pochodziło najwięcej uczestników profilaktyki raka jelita grubego (43,3%) oraz raka szyjki macicy (41,5%) oraz powiat wejherowski, z którego pochodziło najwięcej uczestników profilaktyki raka piersi (11,4%). Warto zwrócić uwagę na z jednej strony zauważalną dominację uczestników wsparcia pochodzących z miasta Gdańsk profilaktyki raka jelita grubego (następny obszar względem uczestników: powiat starogardzki, 10,2%) oraz profilaktyki raka szyjki macicy (następny obszar względem uczestników: powiat starogardzki, 13,4%) – z drugiej strony natomiast warto zaznaczyć bardziej różnorodny rozkład mieszkańców powiatów korzystających z profilaktyki raka piersi. Warto odnieść dane te do struktury populacji mieszkańców, wedle której Gdańsk skupia nieco ponad 20% ludności województwa. W świetle tych informacji stwierdzić można, iż w przypadku działań profilaktycznych w obszarze raka piersi mieszkańcy Gdańska są niedoreprezentowani (co jednak nie powinno być traktowane jako problem – oznacza to bowiem, że udało się z działaniami projektowymi dotrzeć do kobiet z bardziej peryferyjnych obszarów województwa, gdzie dostęp do badań jest zdecydowanie bardziej ograniczony niż w głównych ośrodkach miejskich, a w szczególności w stolicy województwa). Natomiast w ramach profilaktyki raka jelita grubego i raka szyjki macicy mamy do czynienia z nadreprezentacją mieszkańców stolicy województwa i jest to koncentracja znacząca, wyraźnie większa niż notowana w przypadku działań z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2, czy RPZ Rehabilitacja kardiologiczna. Powodów tego stanu rzeczy może być wiele od czynników zewnętrznych, takich jak większa skłonność do udziału w profilaktyce osób z

dużych miast, po czynniki wewnętrzne, takie jak łatwiejsza i bardziej ekonomiczna realizacja działań profilaktycznych w dużych miastach ze względu na koncentrację ludności.

Dotychczasowa analiza zobrazowała skalę udzielonego wsparcia poprzez przedstawienie danych dotyczących populacji uczestników projektów. W kolejnych fragmentach rzeczona skala zostanie natomiast zilustrowana poprzez odniesienie do charakteru działań, jakie były podejmowane w ewaluowanych projektach.

Tabela 8. Działania podejmowane w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej

Rodzaj podjętych działań	Profilaktyka raka jelita grubego	Profilaktyka raka szyjki macicy	Profilaktyka raka piersi
realizacja badań profilaktycznych (badań mammograficznych/cytologicznych/kolonoskopii)	✓ 5 612 osób	✓ 8 457 osób	✗
działania informacyjno-edukacyjne zachęcające do udziału w badaniach profilaktycznych	✓ 7 635 osób	✓ 11 763 osób	✗
zapewnianie dojazdu do miejsc realizacji badań profilaktycznych	✗	✗	✓ b.d.
opieka nad osobami niesamodzielnymi w czasie korzystania ze wsparcia	✗	✗	✗
wykorzystanie mammbusów lub cytobusów w celu dotarcia do uczestników projektów	✗	✗	✗

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

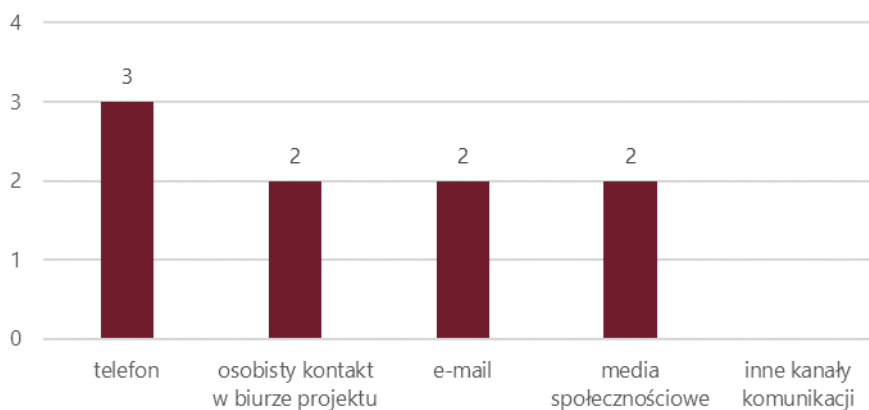
Beneficjenci realizujący projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej (profilaktyka raka jelita grubego oraz profilaktyka raka szyjki macicy) podejmowali w ich ramach następujące działania:

- a) realizacja badań profilaktycznych (badań mammograficznych/cytologicznych/kolonoskopii);
- b) działania informacyjno-edukacyjne zachęcające do udziału w badaniach profilaktycznych.

Beneficjent realizujący projekt z zakresu profilaktyki raka piersi zapewniał w ramach projektu dojazd do miejsc realizacji badań profilaktycznych dla – jak podaje – kilkudziesięciu tysięcy osób. Uzupełniająco wskazać można, iż według danych SL2014 w projekcie dot. profilaktyki raka piersi wzięło udział 39,6 tys. osób.

Uzupełnieniem charakterystyki działań projektowych są także informacje o dostępnych dla uczestników/potencjalnych uczestników formach komunikacji z personelem projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej.

Wykres 37. Dostępne dla uczestników/potencjalnych uczestników formy komunikacji z personelem projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

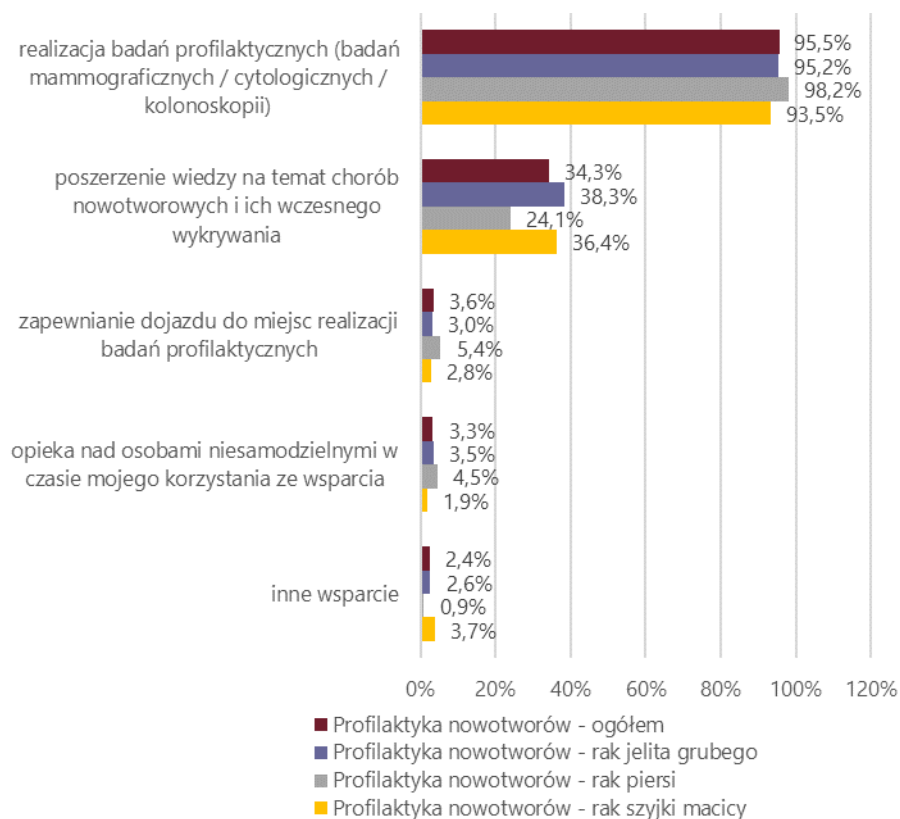
Uczestnicy projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej i/lub potencjalni ich uczestnicy mogli korzystać z następujących kanałów komunikacji:

- telefon (w przypadku 3 projektów);
- osobisty kontakt w biurze projektu (w przypadku dwóch projektów);
- e-mail (w przypadku dwóch projektów);
- media społecznościowe (w przypadku dwóch projektów).

W trakcie realizacji jednego z projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej wprowadzono zmiany w oferowanych działaniach informacyjno-edukacyjnych. Ich celem było dopasowanie formy przekazu informacji pod kątem skuteczności docierania do grupy docelowej. Polegały one na weryfikacji rodzaju mediów wykorzystywanych do kontaktu z uczestnikami projektu.

W celu nakreślenia kompletnego obrazu charakteru udzielonego wsparcia w badaniu uczestników projektów również podjęto kwestię charakteru otrzymanej pomocy.

Wykres 38. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; Profilaktyka nowotworów - ogółem - n=449, Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego - n=230, Profilaktyka nowotworów - rak piersi - n=112, Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy - n=107; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Uczestnicy projektów z zakresu profilaktyki nowotworów najczęściej korzystali z badań profilaktycznych (mammograficznych, cytologicznych czy kolonoskopii) – 95,5% z nich wzięło w nich udział.

Co trzeci uczestnik wskazuje na wsparcie edukacyjne, czyli poszerzenie wiedzy na temat chorób nowotworowych i ich wczesnego wykrywania (34,3%).

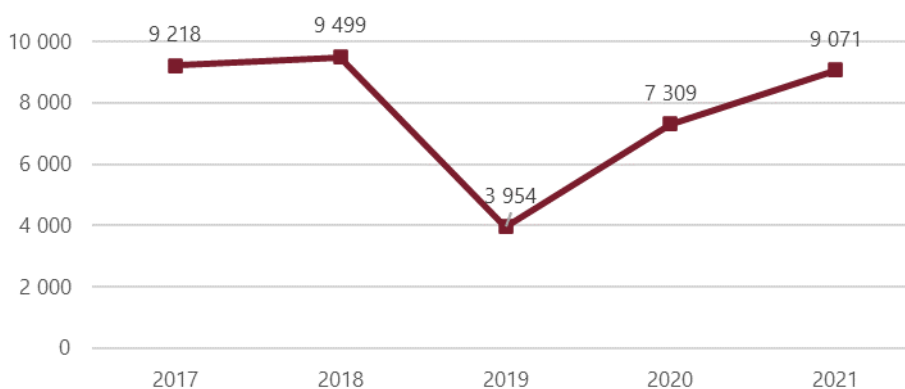
Zdecydowanie rzadziej korzystano z możliwości zapewniania dojazdów do miejsca realizacji badań profilaktycznych (3,6%) czy opieki nad osobami niesamodzielnymi w czasie korzystania ze wsparcia przez uczestnika projektu (3,3%).

W ramach innego rodzaju wsparcia deklarowano otrzymanie darmowych leków, otrzymanie skierowania na dalsze badania czy zabiegi.

Dysponując już wiedzą na temat struktury udzielonego wsparcia możliwe jest zestawienie dotychczasowych danych z informacjami na temat wsparcia oferowanego w ramach NFZ, by stwierdzić, jak skala wsparcia udzielonego w ramach ewaluowanych projektów ma się

do skali świadczeń oferowanych w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia. W tym przypadku jednak mamy do czynienia z sytuacją specyficzną. Porównanie danych dotyczących ewaluowanych projektów z danymi z NFZ nie służy określeniu, gdzie mamy do czynienia z większą intensywnością pomocy. Tak naprawdę bowiem działania finansowane z RPO WP w ramach profilaktyki nowotworowej miały służyć zwiększeniu partycypacji w ogólnopolskich programach profilaktycznych finansowanych z NFZ. Tym samym, poniższa analiza pozwoli wykazać, jakie znaczenie dla profilaktyki nowotworowej w ramach programów ogólnopolskich miały działania wspomagające podejmowane w ewaluowanych projektach.

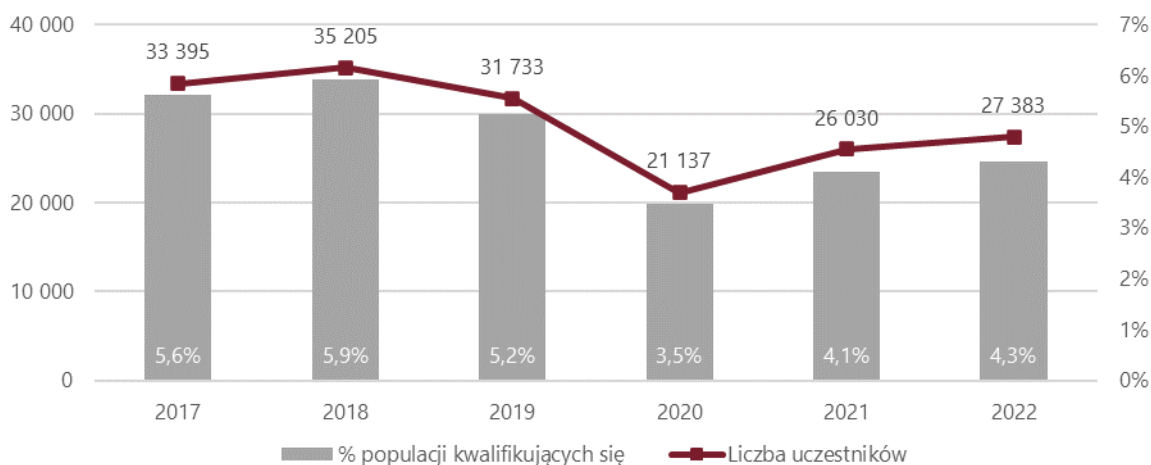
Wykres 39. Liczba badań wykonanych w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego NFZ w województwie pomorskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ - Zestawienia liczby wykonanych badań w latach 2000-2021 w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego

W analizowanym okresie największa liczba objętych badaniami przesiewowymi raka jelita grubego w województwie pomorskim wyniosła 9 499 osób i dotyczyło to 2018 roku. Najniższa była ona natomiast w roku 2019, wynosząc wtedy 3 954 osoby. Z kolei w ramach wsparcia oferowanego w profilaktyce jelita grubego objętego niniejszym badaniem łączna liczba uczestników wyniosła 7 035 osób.

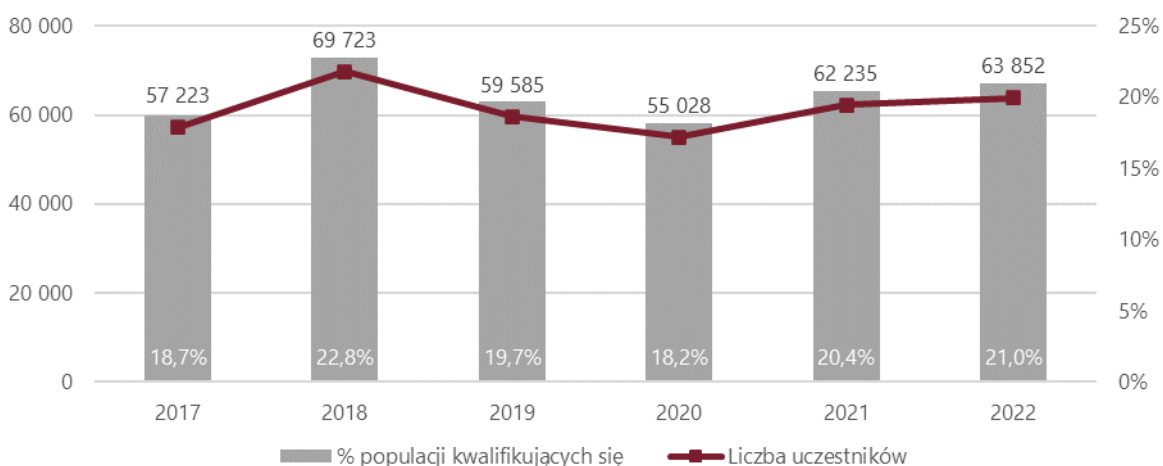
Wykres 40. Liczba uczestniczek Programu profilaktyki raka szyjki macicy NFZ w województwie pomorskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ - Dane o realizacji programów profilaktycznych

W analizowanym okresie największa liczba uczestniczek Programu profilaktyki raka szyjki macicy NFZ w woj. pomorskim wyniosła 35 205 osób i dotyczyło to 2018 roku. Najniższa była ona natomiast w roku 2020, wynosząc wtedy 21 137 osób. Z kolei w ramach wsparcia oferowanego w profilaktyce raka szyjki macicy objętego niniejszym badaniem łączna liczba uczestników wyniosła 11 440 osób.

Wykres 41. Liczba uczestniczek Programu profilaktyki raka piersi NFZ w województwie pomorskim



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ - Dane o realizacji programów profilaktycznych

W analizowanym okresie największa liczba uczestniczek Programu profilaktyki raka piersi NFZ w woj. pomorskim 69 723 osoby i dotyczyło to 2018 roku. Najniższa była ona natomiast w roku 2020, wynosząc wtedy 55 028 osób. Z kolei w ramach wsparcia

oferowanego w profilaktyce raka piersi objętego niniejszym badaniem łączna liczba uczestników wyniosła 39 593 osoby.

Dotychczasowa analiza obrazowała skalę i charakter zrealizowanego wsparcia. Kolejny komponent analizy – nim przejdziemy do oceny faktycznej skuteczności – odnosi się do kwestii adekwatności świadczonej pomocy.

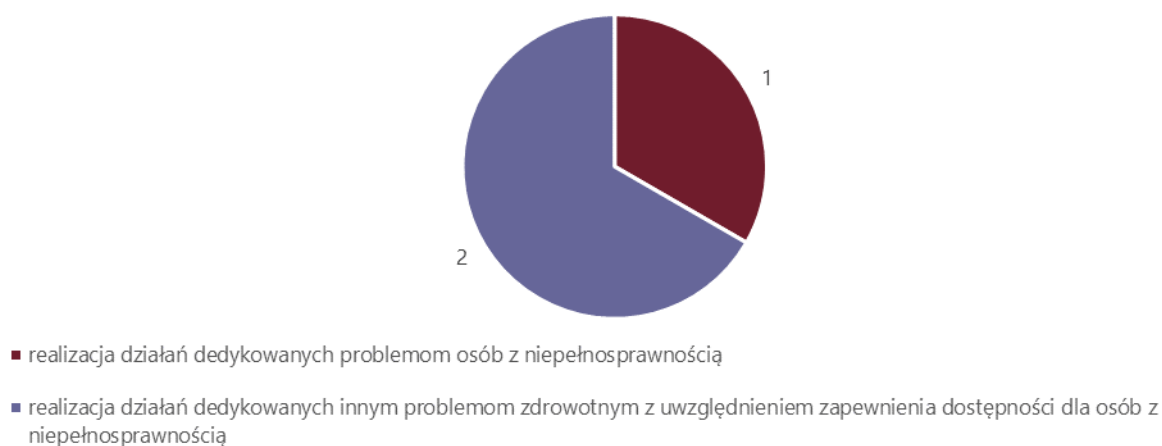
Beneficjenci zostali także poproszeni o ocenę w jakim stopniu poszczególne działania projektowe były dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt.

Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski stopień dopasowania do potrzeb, a 5 – bardzo wysoki stopień dopasowania do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych. Najwyżej (ocena 5) oceniono:

- a) działania informacyjno-edukacyjne zachęcające do udziału w badaniach profilaktycznych;
- b) zapewnianie dojazdu do miejsc realizacji badań profilaktycznych;
- c) realizację badań profilaktycznych (badań mammograficznych/cytologicznych/kolonoskopii).

Szczególnym wymiarem adekwatności działań projektowych jest uwzględnienie potrzeb osób z niepełnosprawnością. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące, w jaki sposób realizatorzy zapewniali adekwatność swoich przedsięwzięć w tym obszarze.

Wykres 42. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej



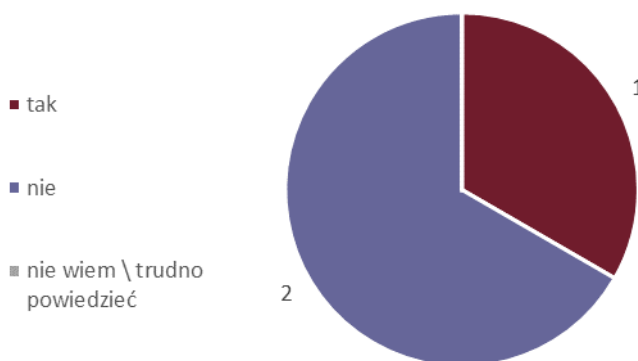
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

W jednym projekcie realizowano działania typowo dedykowane problemom zdrowotnym osób z niepełnosprawnością, natomiast w dwóch projektach zapewniono dostępność dla osób z niepełnosprawnością podczas realizacji działań dedykowanych innym problemom zdrowotnym.

W kontekście analizowanej adekwatności beneficjentów projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej zapytano, czy w ich opinii potrzebna jest zmiana lub uzupełnienie zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej ich projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt.

Rozkład odpowiedzi przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 43. Występowanie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowej projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej

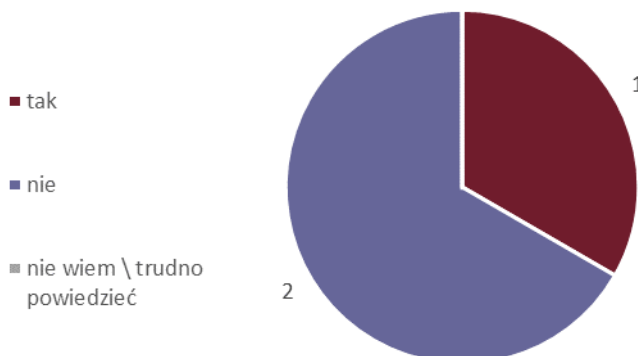


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

W opinii jednego z trzech beneficjentów realizujących projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej potrzebna jest zmiana lub uzupełnienie zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt. Uważa on, że należy umożliwić realizatorom wykonywanie mobilnych badań profilaktycznych.

Uzupełnieniem powyższych sugestii beneficjentów na temat ewentualnego zwiększenia adekwatności są poniższe dane, które z kolei odnoszą się do dostrzegania przez realizatorów projektów dotyczących profilaktyki nowotworowej potrzeby ewentualnego wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu omawianego wsparcia. Te dwa elementy są ze sobą ściśle powiązane, biorąc pod uwagę, że odpowiedni poziom adekwatności wsparcia do potrzeb grupy docelowej jest warunkiem sine qua non skuteczności interwencji.

Wykres 44. Ocena występowania z perspektywy czasu potrzeby wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej

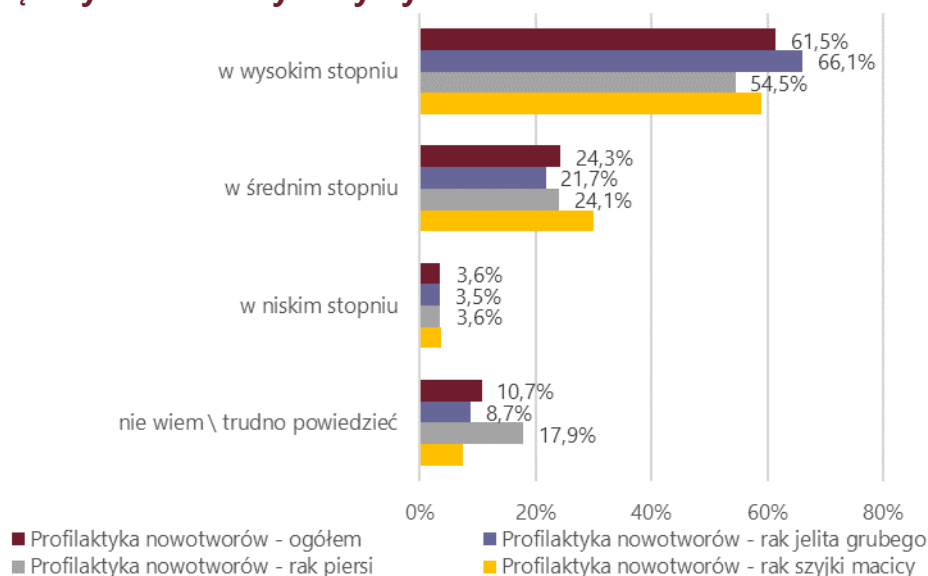


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

Jeden z beneficjentów oceniając projekt z perspektywy czasu uważa, że w projekcie należałoby wprowadzić zmiany co do jego zakresu lub sposobu realizacji działań w celu zwiększenia jego skuteczności. Zmiany te powinny – w opinii beneficjenta – polegać na zaangażowaniu organizacji pracodawców i dużych korporacji.

Ocena adekwatności do potrzeb grupy docelowej dokonywana przez realizatorów projektów jest zawsze obarczona pewnym ryzykiem błędu, gdyż może przyjmować formę swoistego uprawomocnienia realizowanych przez beneficjentów działań. Choć w przypadku niniejszego badania to ryzyko jest ograniczone poprzez fakt, że zakres działań pomocowych nie wynikał z decyzji samych beneficjentów, lecz zapisów RPO WP, to jednak warto uzupełnić perspektywę beneficjentów opiniami samych uczestników projektów, bo to jednak ich opinia w kwestii dopasowania wsparcia do potrzeb grupy docelowej związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworu powinna być traktowana jako najważniejsza.

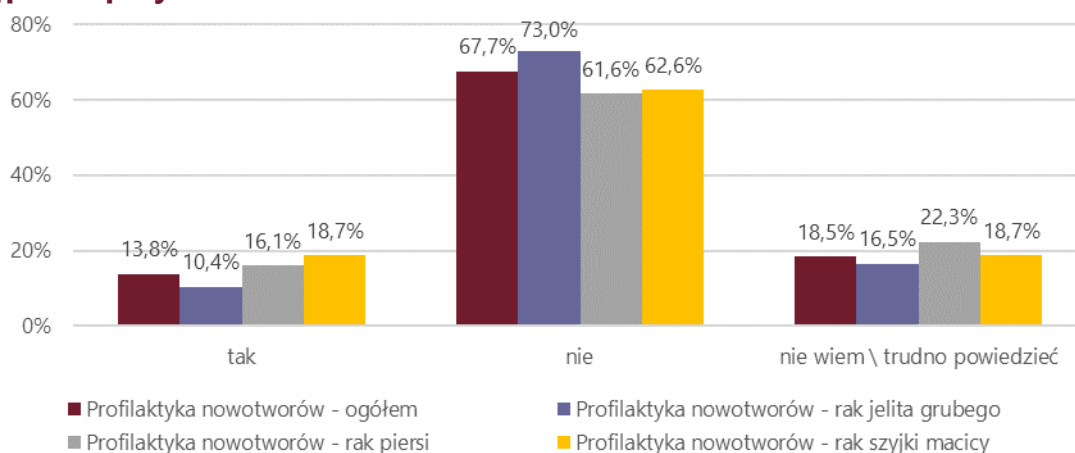
Wykres 45. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektów związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; Profilaktyka nowotworów - ogółem - n=449, Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego - n=230, Profilaktyka nowotworów - rak piersi - n=112, Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy - n=107

Generalnie, wsparcie zostało przez uczestników projektów ocenione jako adekwatne do ich potrzeb. Większość z nich adekwatność wsparcia oceniła wysoko (61,5%), a blisko 1/4 – średnio wysoko (24,3%). Tylko 3,6% uczestników dopasowanie wsparcia do potrzeb związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworu oceniło nisko.

Wykres 46. Dostrzeganie przez uczestników projektów form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc we wczesnym wykrywaniu nowotworu, ale nie były dostępne w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; Profilaktyka nowotworów - ogółem - n=449, Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego - n=230, Profilaktyka nowotworów - rak piersi - n=112, Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy - n=107

13,8% biorących udział w ewaluacji uczestników projektów związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworów uważa, że w projekcie zabrakło jakiegoś wsparcia lub świadczeń, które mogłyby bardziej pomóc we wczesnym wykrywaniu nowotworu, a nie były dostępne w projekcie, a 2/3 uczestników (67,7%) jest zdania, że nie zabrakło żadnej formy wsparcia. Zauważalne są jednak pewne różnicowania pomiędzy omawianymi projektami. Odbiorcy wsparcia w zakresie profilaktyki raka jelita grubego w relatywnie najmniejszym stopniu wskazali na występowanie braków we wsparciu (10,4% wskazań), nieco częściej taka sytuacja dotyczyła projektu odnoszącego się do profilaktyki raka piersi (16,1% uczestniczek dostrzegło formy wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc we wczesnym wykrywaniu nowotworu, ale nie były dostępne w projekcie), a największy odsetek osób potwierdzających celowość ewentualnego uzupełnienia wsparcia cechuje projekt w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy (18,7%).

Ci uczestnicy, którzy dostrzegli problem występowania braków w zakresie otrzymanego wsparcia, zostali poproszeni o wskazanie form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc we wczesnym wykrywaniu nowotworu, ale nie były dostępne w projekcie. W ramach poszczególnych projektów pojawiły się przede wszystkim następujące deklaracje respondentów, co do tego, czego w projekcie zabrakło:

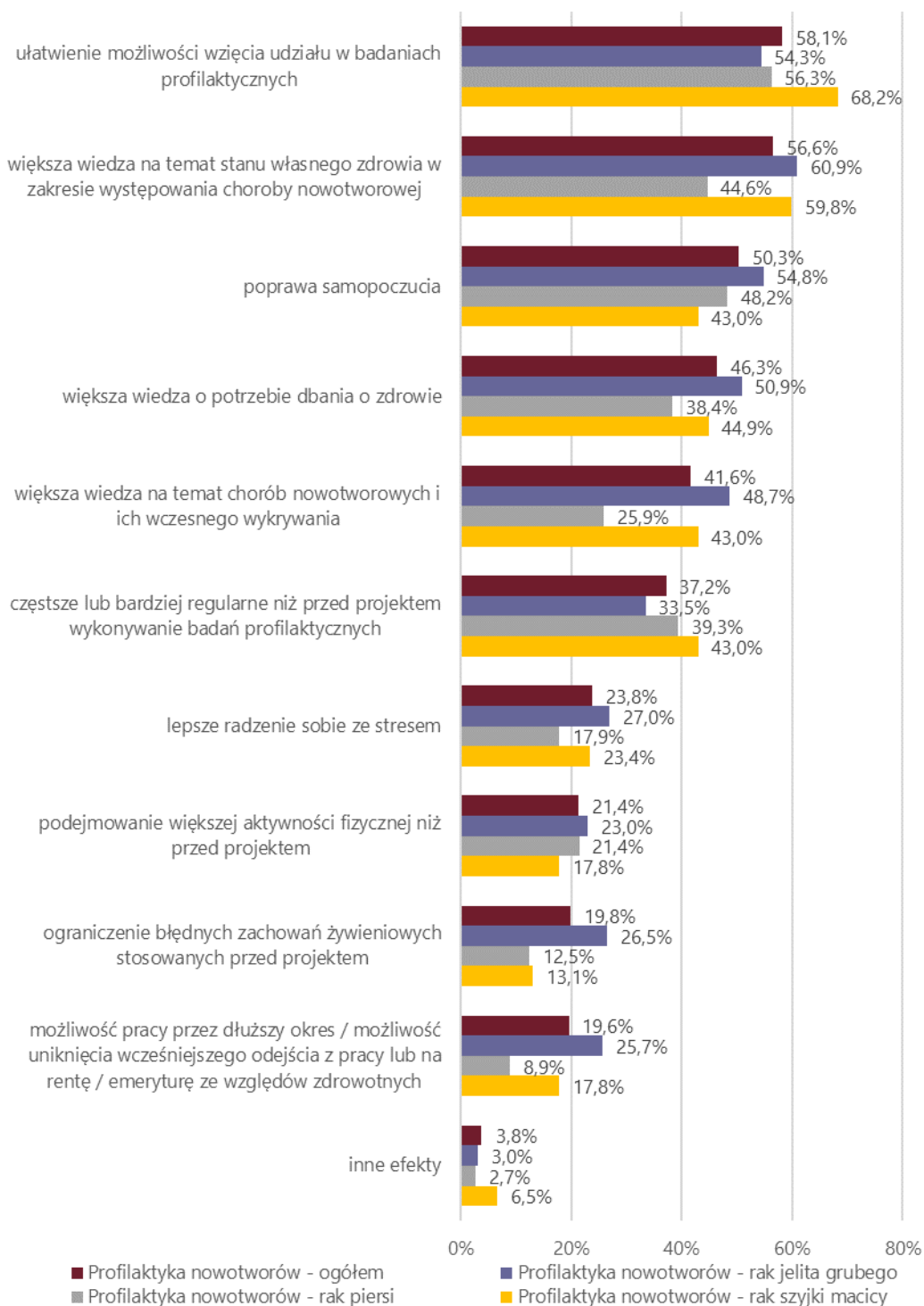
- **Rak jelita grubego** – znieczulenie/narkoza podczas badania; pogłębione omówienie wyników badania; zapewnienie cykliczności diagnostyki i przypomnienie o konieczności kolejnego badania; pełna informacja o przebiegu badania i sposobie przygotowania do niego; możliwość usunięcia zdiagnozowanych zmian; możliwość przeprowadzenia dodatkowych badań (np. mammografii) oraz konsultacji lekarskich (np. gastrologicznych, hepatologicznych).
- **Rak piersi** – możliwość przeprowadzenia dodatkowych badań (np. badania ultrasonograficznego piersi, badania cytologicznego, kolonoskopii, badania krwi) oraz konsultacji lekarskich (np. ginekologicznych, onkologicznych); powiązanie badania z konsultacją lekarską; zapewnienie cykliczności diagnostyki i przypomnienie o konieczności kolejnego badania; pełna informacja o przebiegu badania i sposobie przygotowania do niego; informacja o innych dostępnych rodzajach wsparcia w podobnych projektach; bardziej empatyczne podejście personelu medycznego.
- **Rak szyjki macicy** – możliwość przeprowadzenia dodatkowych badań (np. badania cytologicznego na podłożu płynnym, badania krwi, badania ultrasonograficznego, badania markerów nowotworowych, mammografii, ogólnej diagnostyki nowotworowej) oraz konsultacji lekarskich (np.); dodatkowe informacje dot. profilaktyki i diagnostyki; zapewnienie dalszych i pogłębionych badań oraz

konsultacji lekarskich w przypadku wykrycia nieprawidłowości; zapewnienie cykliczności i większej częstotliwości diagnostyki.

Po przeprowadzeniu analizy w ramach dwóch dotychczasowych obszarów (skala i charakter realizowanych działań oraz adekwatność wsparcia do potrzeb grupy docelowej) należy przejść do zaprezentowania wyników analizy odnoszącej się już bezpośrednio do różnych – wyznaczonych przez treść pytań badawczych – aspektów skuteczności interwencji.

Poniżej przedstawiono dane obrazujące strukturę efektów osiągniętych przez uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów.

Wykres 47. Efekty uzyskane przez uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; Profilaktyka nowotworów - ogółem - n=449, Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego - n=230, Profilaktyka nowotworów - rak piersi - n=112, Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy - n=107; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Do najczęściej wskazywanych przez uczestników projektów efektów należą następujące efekty:

- a) ułatwienie możliwości wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych (58,1%);
- b) większa wiedza na temat stanu własnego zdrowia w zakresie występowania choroby nowotworowej (56,6%);
- c) poprawa samopoczucia (50,3%).

Efekty edukacyjne tj. większą wiedzę o potrzebie dbania o zdrowie oraz większą wiedzę na temat chorób nowotworowych i ich wczesnego wykrywania odnotowało, odpowiednio: 46,3% oraz 41,6% uczestników.

Co trzeci uczestnik (37,2%) deklaruje, że częściej lub bardziej regularnie niż przed projektem wykonuje badania profilaktyczne, a co czwarty (23,8%) – że lepiej radzi sobie ze stresem.

Co piąty uczestnik przyznaje, że jest bardziej aktywny fizycznie (21,4%) oraz że ograniczył złe nawyki żywieniowe (19,8%).

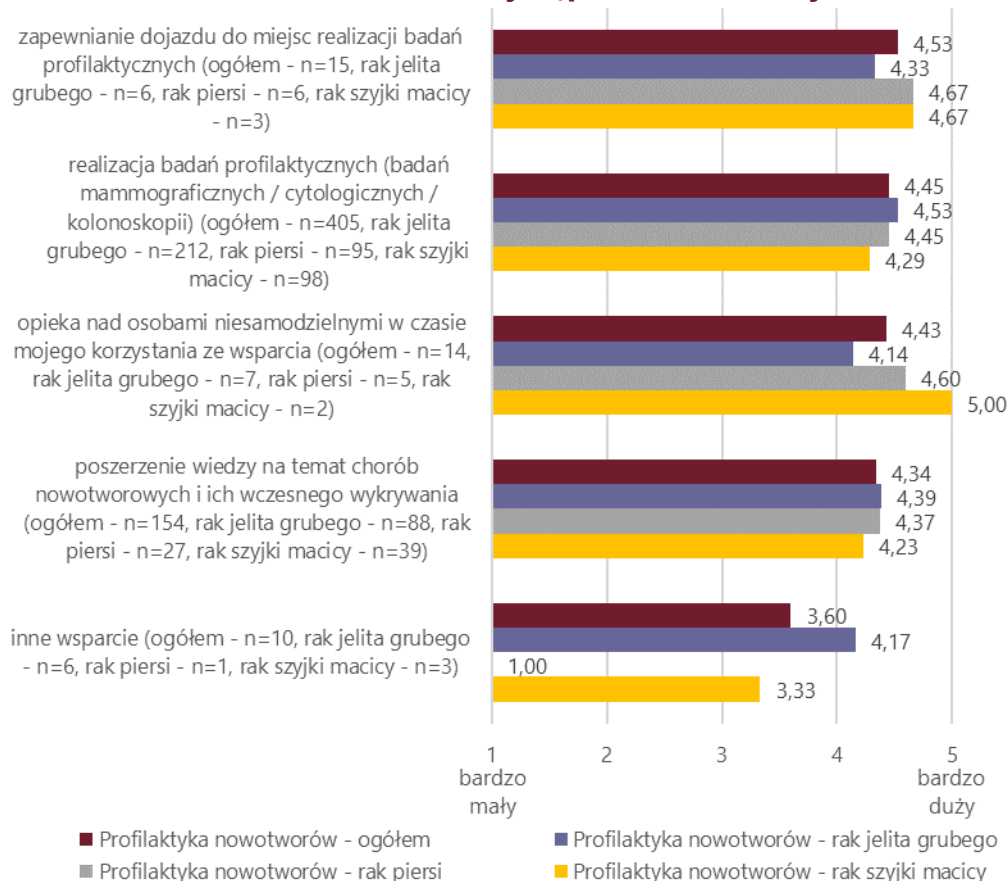
Powyższe wyniki potwierdzają, że nastąpiło zrealizowanie podstawowego celu profilaktyki nowotworowej. Dla większości uczestników otrzymane wsparcie ułatwiło im dostęp do badań profilaktycznych. Naturalną konsekwencją jest w tym przypadku fakt uzyskania wiedzy na temat stanu swojego zdrowia (poprzez uzyskanie wyniku danego rodzaju diagnostyki), na co wskazał zbliżony odsetek badanych.

Ale okazuje się, że oddziaływanie działań w zakresie profilaktyki nowotworowej, choć dla mniejszej liczby uczestników, to jednak miało charakter szerszy, obejmując wpływ na ogólną wiedzę w obszarze dbania o zdrowie czy przedmiotu danego rodzaju profilaktyki. Osiągnięcie takiego rodzaju efektu traktować należy jako pośrednie potwierdzenie skuteczności realizowanych działań informacyjnych i edukacyjnych i trafności tych działań w kontekście potrzeb i specyfiki poszczególnych grup docelowych. I nie powinno budzić w tym przypadku wątpliwości, że skala osiągnięcia szerokiego efektu edukacyjnego była mniejsza niż efekt diagnostyczny lub dot. wiedzy na temat stanu zdrowia. Taka sytuacja jest bowiem odzwierciedleniem sprofilowania działań projektowych w taki sposób, by przede wszystkim zwiększały one zgłaszalność do programów profilaktycznych dot. wybranych chorób nowotworowych. Dzięki zidentyfikowanej skuteczności w prowadzonych działaniach informacyjnych i edukacyjnych wsparcie omawianych projektów nie ograniczało się jednak tylko do tego priorytetowego obszaru oddziaływania przedsięwzięć w zakresie profilaktyki nowotworowej.

Przyglądając się kolejnym uzyskiwanym efektom można domniemywać, że przynajmniej część odbiorców wsparcia tę nabytą wiedzę przełożyła na określoną zmianę behawioralną, tj. dotyczącą takich kwestii jak: przeprowadzanie badań profilaktycznych, aktywność fizyczna, radzenie sobie ze stresem, nawyki żywieniowe. Choć dla tego ostatniego katalogu efektów odsetek wskazań okazał się najmniejszy, to jednak te efekty postrzegać należy jako szczególnie wartościowe, także w aspekcie trwałego oddziaływania na stan zdrowia uczestnika projektu. W tym kontekście stwierdzić należy, że właśnie aspekt uzyskania określonej zmiany w zachowaniach prozdrowotnych uczestników traktować możemy jako ten obszar, który w ramach podobnych przedsięwzięć wymagałby ewentualnej poprawy.

Uczestników projektów zapytano w jakim stopniu otrzymane wsparcie pomogło w uzyskaniu wiedzy na temat stanu zdrowia w zakresie występowania choroby nowotworowej. Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że dany rodzaj wsparcia bardzo mało pomógł, a 5 oznacza, że wsparcie w bardzo dużym stopniu pomogło. Wyniki zaprezentowano na poniższym wykresie.

Wykres 48. Średnia ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektów z zakresu profilaktyki nowotworów w uzyskaniu wiedzy na temat stanu zdrowia w zakresie występowania choroby nowotworowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; pytanie zadawane osobom, które wskazały na otrzymanie danego rodzaju wsparcia

Generalnie wsparcie otrzymane w ramach projektów z zakresu profilaktyki nowotworów oceniono bardzo wysoko i wysoko. Najwyżej ocenionym rodzajem wsparcia jest transport do miejsc realizacji świadczeń (średnia 4,53), a w dalszej kolejności badania profilaktyczne (4,45). Jako wysoko przydatne uczestnicy ocenili także opiekę nad osobami niesamodzielnymi (4,43) oraz działania edukacyjne, czyli poszerzenie wiedzy na temat chorób nowotworowych i ich wczesnego wykrywania (4,34).

Z kolei beneficjentów projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej poproszono o ocenę stopnia, w jakim poszczególne działania projektowe wpłynęły na zwiększenie zgłaszalności do programu profilaktyki nowotworów NFZ w grupie docelowej. Oceniano w skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczał bardzo niski wpływ, a 5 – bardzo wysoki wpływ.

Najwyżej oceniono (na 5):

- a) działania informacyjno-edukacyjne zachęcające do udziału w badaniach profilaktycznych;

- b) realizację badań profilaktycznych (badań mammograficznych/cytologicznych/kolonoskopii);
- c) zapewnianie dojazdu do miejsc realizacji badań profilaktycznych.

W ramach prowadzonych analiz podjęto także próbę określenia, u ilu uczestników projektów wykryto zmiany nowotworowe i skierowano do dalszej diagnostyki. Według deklaracji beneficjentów, w przypadku profilaktyki raka piersi zmiany wykryto u 5 301 kobiet, zaś w przypadku profilaktyki raka szyjki macicy zmiany wykryto u 105 kobiet. W przypadku profilaktyki raka jelita grubego nie udało się ustalić liczby osób, u których wykryto zmiany nowotworowe, ponieważ beneficjent nie dysponował danymi w tym zakresie.

Poziom zainteresowania i dostępność oferowanego wsparcia

W niniejszej części skoncentrowano się analizie odnoszącej się do poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia, analizując takie kwestie jak:

- **Skala objęcia wsparciem mieszkańców z tzw. „białym plam” profilaktyki nowotworowej** („W jakim stopniu projekty RPO WP dotyczyły/dotyczą mieszkańców z tzw. „białych plam” profilaktyki nowotworowej? W jakich gminach i powiatach (w tym kwalifikujących się do „białych gmin”) prowadzono/prowadzi się działania projektowe? Na jaką skalę prowadzi się tam działania projektowe?”);
- **Dostępność do oferowanych świadczeń** („Jaka była dostępność mieszkańców do świadczeń zdrowotnych w ramach profilaktyki nowotworowej (czas oczekiwania, formy komunikacji z realizatorami, możliwość odbycia teleporady)? Jakie technologie (np. jaki sprzęt) były stosowane w procesie diagnostyki oraz interwencji?”);
- **Problemy z uczestnictwem w projektach** („Jakie grupy osób miały problemy z uczestnictwem w działaniach z zakresu profilaktyki nowotworowej i dlaczego? Jakie były to problemy? Jakie działania należy podjąć, aby je niwelować (np. ukierunkowana informacja, transport, pracownik socjalny, tłumacz, reorganizacja godzin pracy, mobilne usługi kontroli zdrowia?).

W ramach prowadzonej analizy poziomu zainteresowania i dostępności oferowanego wsparcia i ich oceny uwzględniono dane referencyjne dot. tzw. „białych plam” profilaktyki nowotworowej. Zgodnie z załącznikiem do regulaminu konkursu nr RPPM.05.04.02-IZ.00-22-001/17 za białe plamy w zakresie profilaktyki raka piersi uznano powiaty m. Sopot, chojnicki, malborski, sztumski, kwidzyński, m. Gdynia i starogardzki. Z terenu tych

powiatów pochodziło 31% uczestniczek projektów z zakresu wsparcia profilaktyki raka piersi, natomiast udział liczby ludności tych powiatów w populacji województwa wynosi 29%. W świetle powyższych danych skalę działań na terenie powiatów stanowiących „białe plamy” należy uznać za proporcjonalną.

W przypadku profilaktyki raka szyjki macicy w dokumentacji konkursowej za „białe plamy” uznane zostały powiaty lęborski, sztumski, słupski, m. Gdynia, bytowski, gdański i tczewski. Uczestniczki z tych powiatów stanowiły 27% ogółu kobiet biorących udział we wsparciu z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy, natomiast liczba ludności tych powiatów stanowi 32% populacji województwa. W konsekwencji skalę działań na terenie powiatów stanowiących „białe plamy” profilaktyki raka szyjki macicy grubego ocenić należy jako nieco zbyt niską w stosunku do ich potencjału ludnościowego. Niska skala działań dotyczy przede wszystkim powiatów słupskiego, sztumskiego i lęborskiego, z których łącznie pochodziło zaledwie 2% uczestniczek wsparcia z zakresu profilaktyki raka szyjki macicy.

W odniesieniu do profilaktyki raka jelita grubego jako powiaty stanowiące „białe plamy” uznane zostały w dokumentacji konkursowej powiat bytowski, chojnicki, człuchowski, kościerski, kwidzyński, starogardzki i sztumski. Z terenu tych powiatów pochodziło 20% uczestników wsparcia z zakresu profilaktyki raka jelita grubego, natomiast ich populacja stanowi 23%. Skala działań profilaktycznych jest więc względnie proporcjonalna porównując z liczbą ludności tych powiatów łącznie. W grupie tej występują jednak powiaty, gdzie skala działań była wyraźnie zbyt niska, mowa tu o powiatach człuchowskim (0,1% uczestników), sztumskim (0,4% uczestników), kwidzyńskim (0,4% uczestników), bytowskim (0,6% uczestników) i chojnickim (1,5%).

Poniżej poddano analizie kwestię zgłaszalności do projektów w ramach profilaktyki nowotworowej oraz ewentualnych problemów z uczestnictwem w tych projektach. W pierwszej kolejności przedstawiono opinie beneficjentów dotyczące oceny faktycznego poziomu zgłaszalności do projektów.

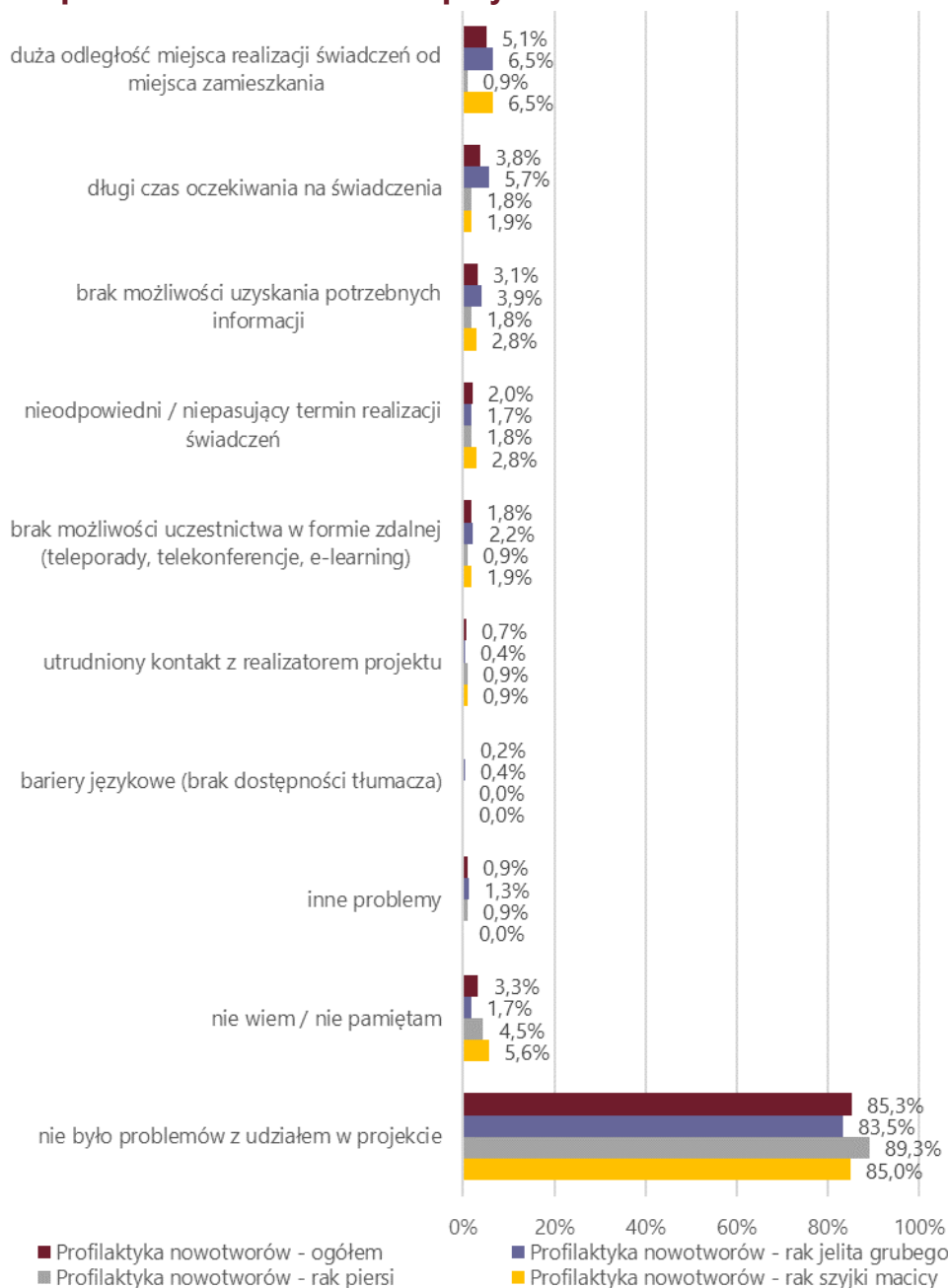
Beneficjenci nie mieli trudności ze zrekrutowaniem zakładanej liczby osób do projektu. Jeden z nich deklaruje, że liczba uczestników zgłaszających się do udziału w projekcie była znacząco większa niż zakładano, kolejny, że była nieco większa niż zakładano. Z kolei trzeci z beneficjentów realizujących projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej przyznaje, że liczba uczestników zgłaszających się do udziału w projekcie była zgodna z przyjętymi wcześniej założeniami.

Do beneficjentów realizujących projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej nie docierały sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie takich grup jak:

- a) osoby z niepełnosprawnością ruchową;
- b) osoby z niepełnosprawnością intelektualną;
- c) osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (np. osoby niewidome, niedowidzące, niesłyszące);
- d) osoby zagrożone wykluczeniem społecznym;
- e) osoby pracujące;
- f) osoby mieszkające w dużej odległości od miejsc realizacji świadczeń;
- g) obcokrajowcy.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane, które pozwalają z kolei z perspektywy uczestników projektów stwierdzić, czy w ramach profilaktyki nowotworowej mieliśmy do czynienia z istotnymi problemami dotyczącymi samego udziału w realizowanych przedsięwzięciach.

Wykres 49. Występowanie wśród uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów problemów z udziałem w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; Profilaktyka nowotworów - ogółem - n=449, Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego - n=230, Profilaktyka nowotworów - rak piersi - n=112, Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy - n=107

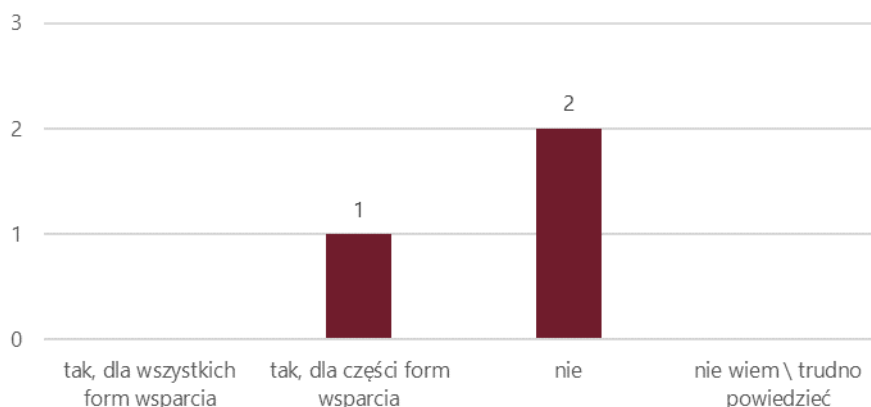
Uczestnicy w zdecydowanej większości nie dostrzegali problemów z udziałem w projekcie. Około dwudziestu osób miało trudność wynikającą z dużej odległości miejsca realizacji świadczeń od miejsca zamieszkania, kilkanaście osób – z długim czasem oczekiwania na świadczenia. Podobnie, kilkanaście osób zwracało uwagę na brak możliwości uzyskania potrzebnych informacji. Ok. 2% uczestników miało trudność z niepasującym terminem

realizacji świadczeń oraz brakiem możliwości uczestnictwa we wsparciu w formie zdalnej. Wśród innych problemów uczestnicy zgłaszali długie kolejki do rejestracji i onkologów oraz brak bezpośredniego dojazdu do miejsca zaparkowania mammobusów.

Ewentualne działania zorientowane na rozwiązanie ww. problemów w dostępie do wsparcia w ramach profilaktyki nowotworowej powinny więc odnosić się przede wszystkim do: zapewnienia wsparcia niwelującego problemy z dotarciem do miejsca realizacji świadczenia (pomoc w transporcie, mobilne stacje kontroli zdrowia), zapewnienia odpowiedniego potencjału organizacyjnego i kadrowego podmiotów realizujących zadania projektowe (tak, by ograniczyć problem wydłużania się czasu oczekiwania na dane świadczenie).

W powyższych danych pojawił się – jako incydentalny – problem braku możliwości korzystania ze wsparcia w formie zdalnej. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące, w jakiej części projektów faktycznie takiej możliwości nie było.

Wykres 50. Możliwość uczestnictwa w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej w formule zdalnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

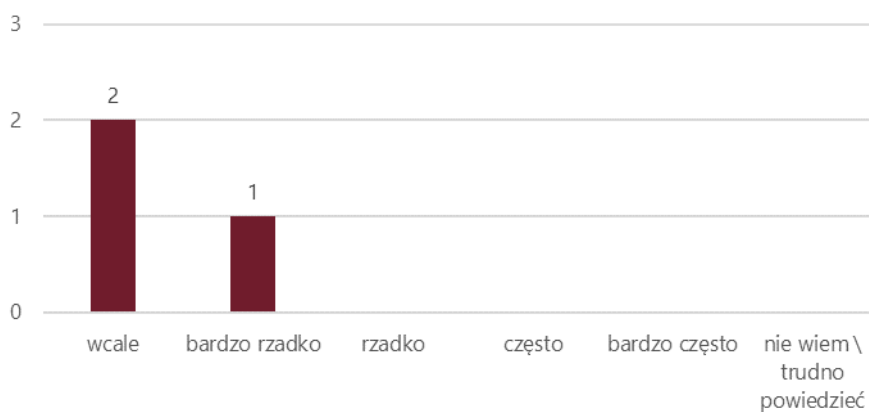
Tylko w jednym z ewaluowanych projektów uczestnicy mogli także – dla części form wsparcia – uczestniczyć w formule zdalnej tj. w formie teleporad, telekonferencji, e-learningu i tym podobnych. W dwóch pozostałych przedsięwzięciach takiej możliwości nie było.

Poza analizą problemów w dostępie do wsparcia zidentyfikowano także czynniki, które miały charakter pozytywny w kontekście zwiększania zainteresowania potencjalnych odbiorców pomocy uczestnictwem w projektach. W opinii beneficjentów do udziału w projekcie uczestników skłaniały przede wszystkim:

- a) aktywna postawa realizatora, który korzystając ze swoich baz danych oraz z kontaktów biznesowych bezpośrednio kontaktował się z potencjalnymi uczestnikami projektu proponując korzystanie z oferowanego wsparcia;
- b) indywidualizacja działań projektowych – możliwość wysyłki imiennych zaproszeń do uczestniczek projektu;
- c) informacja dot. zagrożenia chorobą nowotworową przekazywana w ramach kampanii promocyjnej oraz indywidualnych spotkań z personelem medycznym;
- d) bezpłatne badanie (kolonoskopii) wykonywane przez profesjonalny ośrodek medyczny.

Pamiętać należy, że w kontekście dostępności wsparcia nie można ograniczyć analizy wyłącznie do kwestii ewentualnych barier dostępowych. Czynnikiem ograniczającym dostępność – co ma na dużą skalę miejsce w ramach systemu świadczeń finansowanych ze środków NFZ – jest czas oczekiwania na świadczenia. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące skalę występowania przedłużającego się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie.

Wykres 51. Ocena częstości występowania problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie



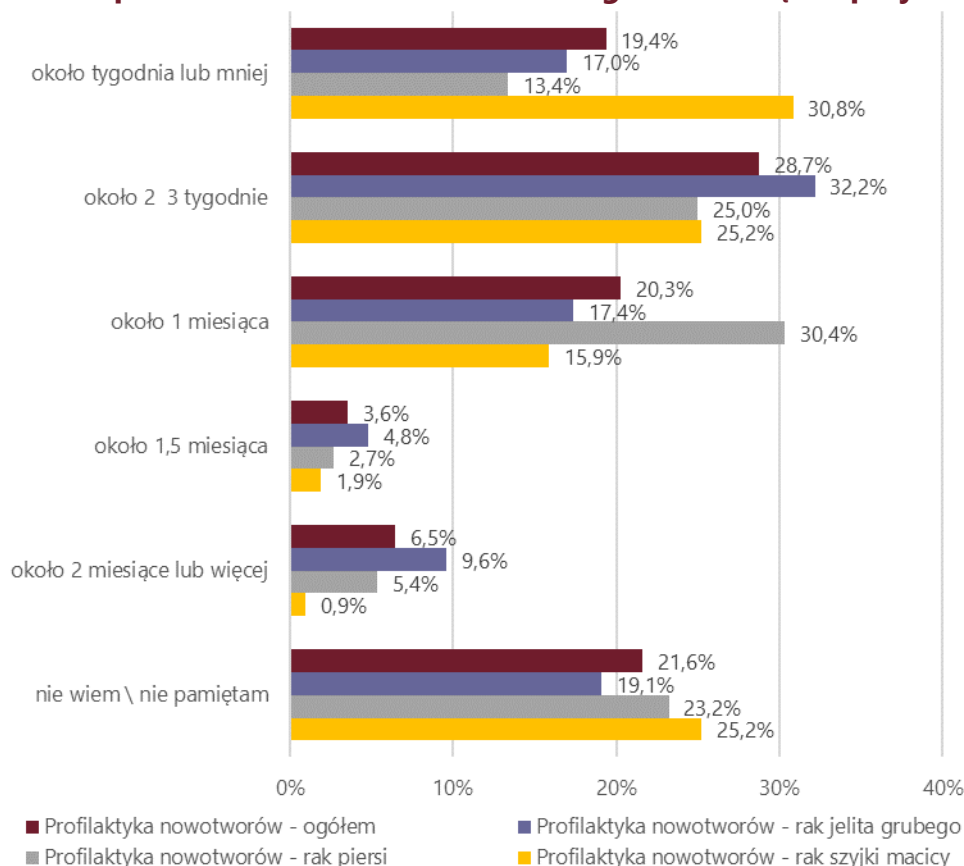
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

Jeden beneficjent deklaruje, że w czasie realizacji projektu bardzo rzadko dochodziło do problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie. Pozostałych dwóch – że wcale nie dochodziło do przedłużenia czasu oczekiwania na udział w świadczeniach.

Uczestników ewaluowanych projektów związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworu zapytano z kolei o to, jak długo musieli czekać na realizację pierwszych świadczeń od

chwili zgłoszenia się do projektu. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 52. Czas oczekiwania uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów na pierwsze świadczenia od chwili zgłoszenia się do projektu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; Profilaktyka nowotworów - ogółem - n=449, Profilaktyka nowotworów - rak jelita grubego - n=230, Profilaktyka nowotworów - rak piersi - n=112, Profilaktyka nowotworów - rak szyjki macicy - n=107

Czas oczekiwania na realizację świadczeń w ramach projektu nie był długi. Co piąty uczestnik (19,4%) czekał tydzień lub mniej, a 28,7% uczestników czekało około 2-3 tygodnie. Najdłużej czekali uczestnicy projektów dotyczących profilaktyki raka piersi, a najkrócej – uczestnicy projektów dotyczących profilaktyki raka szyjki macicy.

Jak więc wynika z powyższych danych, perspektywa beneficjentów i opinie uczestników projektów są raczej spójne, jeśli chodzi o postrzeganie i ocenę czasu oczekiwania na skorzystanie z dostępnych świadczeń w ramach projektu.

W kontekście dostępności wsparcia w ramach projektów dotyczących profilaktyki nowotworowej istotne jest także uwzględnienie ewentualnych alternatywnych form pomocy dotyczących profilaktyki zdrowotnej dotyczącej analogicznego problemu

zdrowotnego. W tym celu przeprowadzono w ramach analizy benchmarkingowej identyfikację alternatywnych programów profilaktycznych do interwencji wdrażanej w ramach omawianych projektów.

Analiza alternatywnych programów wsparcia nie obejmowała tylko RPZ, ale również przewidziane w ramach PI 8vi działania ukierunkowane na rozwój profilaktyki wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego. Mimo iż tego rodzaju wsparcie nie zostało objęte RPZ, jako alternatywne źródło wsparcia uznano ocenione przez AOTMiT programy zbliżone zakresem (również będące programami profilaktycznymi), realizowane w Polsce ogółem lub w regionie województwa pomorskiego oraz działające w czasie realizacji wsparcia RPO WP. W celu wzbogacenia analizy wykorzystano pozytywnie i negatywnie ocenione Programy pasujące do powyższych kryteriów – w opiniach AOTMiT ich dotyczących znalazły się wskazania alternatywnych źródeł świadczeń, co z punktu widzenia analizy było cenną informacją. Biorąc pod uwagę te kryteria analizy, wybrane zostały cztery programy: Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego (oceniony negatywnie), Profilaktyka nowotworu piersi (oceniony negatywnie), Zapobieganie nowotworowi szyjki macicy poprzez zastosowanie szczepień przeciwko wirusowi HPV oraz Program profilaktyki raka piersi u mieszkanki Gminy Miasta Gdyni na lata 2019-2021.

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego został zaopiniowany negatywnie, jednak w dokumencie AOTMiT (26.04.2016 r.) opisane zostały alternatywne świadczenia. Obejmowały one gwarantowane za pośrednictwem NFZ badania diagnostyczne Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka jelita grubego oraz Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i zawartego w nim Programu Badań Przesiewowych dla wczesnego wykrywania raka jelita grubego (wykonywanie bezpłatnej profilaktycznej kolonoskopii).

Drugim z negatywnie zaopiniowanych programów była Profilaktyka nowotworu piersi. Program ten został oceniony przez AOTMiT 9.03.2017r. i zawierał opis alternatywnych na ten czas świadczeń. Z zapisów dokumentu wynika, że w Polsce finansowany był Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. W ramach tego programu co 2 lata realizowano badania mammograficzne dla kobiet w wieku 50-69 lat. Jeśli lekarz pierwszego kontaktu uznałby to za konieczne do Programu mogły być kierowane młodsze kobiety.

Program Zapobieganie nowotworowi szyjki macicy poprzez zastosowanie szczepień przeciwko wirusowi HPV zaopiniowany 9.03.2017 r. miał być realizowany w latach 2017-2019 w Gminie Miasta Sopotu. Programem miały zostać objęte dziewczynki w wieku 12 lat i zakładał on profilaktykę z wykorzystaniem szczepionek HPV. Według dokumentu

AOTMiT szczepienia tego typu nie były objęte świadczeniami gwarantowanymi (znajdowały się jedynie na liście szczepień zalecanych). Jako świadczenia alternatywne uznano prowadzony w Polsce Populacyjny Program Profilaktyki Raka Szyjki Macicy oparty o skrining cytologiczny (program obejmował wsparciem Polki między 25 a 59 rokiem życia, które w ciągu ostatnich trzech lat nie miały wykonywanego badania cytologicznego w ramach ubezpieczenia NFZ).

Zaopiniowany 8.10.2019 r. Program profilaktyki raka piersi u mieszkanki Gminy Miasta Gdyni na lata 2019-2021 miał być prowadzony w latach 2019-2021 i obejmować mieszkanki Gdyni w wieku powyżej 20 roku życia. Zakres merytoryczny programu miał obejmować przeprowadzenie działań edukacyjnych oraz badań USG. Działania edukacyjne miały odbywać się za pomocą materiałów takich jak plakaty czy ulotki, ale także za pośrednictwem wydarzeń jak np. konsultacji z lekarzami. Badania USG natomiast miały być wykonywane kobietom w wieku 20-49 i 70+ lat, u których wykryte zostaną nieprawidłowości w badaniu palpacyjnym. Jako alternatywa dla powyższego wsparcia w dokumencie podano ten sam Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi, który zaproponowano we wcześniej zanalizowanej opinii.

Powyższa analiza potwierdza, że trafnym podejściem do zaplanowania wsparcia w ramach omawianej profilaktyki nowotworowej było jej odniesienie do ogólnokrajowych programów profilaktycznych dot. wybranych rodzajów nowotworów. Jak bowiem wynika z treści cytowanych dokumentów – to właśnie programy ogólnokrajowe stanowią główny instrument profilaktyki we wskazanych obszarach. Tym większego znaczenia nabiera więc podejmowanie w ewaluowanych projektach działań wspomagających realizację tych programów i zgłaszalność do nich.

Wpływ pandemii COVID-19 na realizację wsparcia

W tej części przeprowadzono analizę dotyczącą wpływu pandemii COVID-19 na realizację wsparcia, odpowiadając tym samym na pytanie badawcze: „Jakie konsekwencje dla realizacji wsparcia z zakresu profilaktyki nowotworowej miała/ma pandemia COVID-19? Czy wpłynęła ona na zakres wsparcia oferowany uczestnikom i przebieg realizacji projektów RPO WP? W jaki sposób realizatorzy zapewnili w trakcie jej trwania dostępność do świadczeń przewidzianych w projektach RPO WP?”.

Wszystkie projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej realizowane były w trakcie pandemii COVID-19, lecz w trakcie jej trwania ze wsparcia skorzystało 35% uczestników, pozostali brali udział głównie w okresie przed wybuchem pandemii w marcu 2020 r. Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, iż potencjalny wpływ pandemii COVID-19 jest zróżnicowany. Z potencjalnie największym wpływem mamy do czynienia w przypadku

profilaktyki raka jelita grubego oraz szyjki macicy, gdzie w czasie pandemii korzystało ze wsparcia odpowiednio 65% i 60% uczestników. Zdecydowanie mniejszy stopień oddziaływania dotyczy profilaktyki raka piersi, gdzie w okresie pandemii COVID-19 ze wsparcia korzystało 23% uczestników. Dla porównania w pozostałych obszarach interwencji potencjalny wpływ jest zdecydowanie wyższy – RPZ Cukrzyca typu 2 (47% uczestników), RPZ Rehabilitacja kardiologiczna (91% uczestników), eliminacja czynników ryzyka w miejscu pracy (77% uczestników).

W przypadku działań w obszarze profilaktyki nowotworowej wystąpiło podobne oddziaływanie czynników związanych z kryzysem pandemicznym, jak w pozostałych obszarach ewaluowanej interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczonej wydolności systemu ochrony zdrowia oraz obaw ze strony uczestników, które ograniczały skłonność do korzystania ze wsparcia (szczególnie w ramach systemu ochrony zdrowia).

Beneficjenci zwracali uwagę, że wpływ kryzysu pandemicznego polegał przede wszystkim na: ograniczeniu wykonywania badań profilaktycznych w czasie pandemii COVID-19 i ograniczeniu działań promocyjnych. Jak wspomniano powyżej, istotnym problemem były obawy potencjalnych uczestników przed zakażeniem, tym bardziej, że korzystanie ze wsparcia było związane z kontaktem z podmiotem medycznym, co było postrzegane jako kluczowy czynnik ryzyka przez osoby, do których kierowana była pomoc w projektach.

Podejmowane przez beneficjentów działania zaradcze, które realizowano w związku z pandemią COVID-19 sprowadzały się przede wszystkim do zapewnienia wszystkim uczestnikom oraz personelowi pełnego zabezpieczenia epidemiologicznego i wymaganych środków ochrony indywidualnej (maseczki, środki dezynfekcyjne) oraz unikania kumulacji dużej liczby pacjentów w placówce w tym samym czasie.

Podsumowanie

W projektach z zakresu profilaktyki nowotworów wzięło udział 58 tys. osób z czego zdecydowana większość (39,6 tys. osób) to uczestniczki profilaktyki raka piersi, 11,4 tys. osób to uczestniczki profilaktyki raka szyjki macicy, a 7 tys. osób skorzystało z profilaktyki raka jelita grubego. Struktura płci oraz wieku uczestników została oceniona jako adekwatna pod względem zapotrzebowania. Natomiast w przypadku podziału na uczestników z terenów miejskich i wiejskich dysproporcję (nadreprezentację osób z terenów miejskich) zaobserwowano wyłącznie w przypadku profilaktyki raka jelita grubego. Jeśli chodzi o strukturę terytorialną, to w przypadku profilaktyki raka jelita grubego i raka szyjki macicy mamy do czynienia ze znaczną nadreprezentacją uczestników z Gdańska.

W projektach z zakresu profilaktyki nowotworów podejmowano przede wszystkim:

- działania informacyjno-edukacyjne zachęcające do udziału w badaniach profilaktycznych,
- realizację badań profilaktycznych (badań mammograficznych/cytologicznych/kolonoskopii).

Beneficjenci wysoko ocenili adekwatność wsparcia do potrzeb i rzadko dostrzegali potrzebę wprowadzenia zmian w profilu realizowanych projektów. Również uczestnicy projektów bardzo pozytywnie ocenili dopasowanie wsparcia do potrzeb.

Do najczęściej wskazywanych przez uczestników projektów efektów należą: ułatwienie możliwości wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych, większa wiedza na temat stanu własnego zdrowia w zakresie występowania choroby nowotworowej, poprawa samopoczucia, większa wiedza o potrzebie dbania o zdrowie oraz większa wiedza na temat chorób nowotworowych i ich wczesnego wykrywania.

Według deklaracji beneficjentów, w przypadku profilaktyki raka piersi zmiany wykryto u 5 301 kobiet, zaś w przypadku profilaktyki raka szyjki macicy zmiany wykryto u 105 kobiet. W przypadku profilaktyki raka jelita grubego nie udało się ustalić liczby osób, u których wykryto zmiany nowotworowe, ponieważ beneficjent nie dysponował danymi w tym zakresie.

Beneficjenci nie mieli trudności ze zrekutowaniem zakładanej liczby osób do projektu, ani nie docierały do nich sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie. Uczestnicy w zdecydowanej większości także nie dostrzegali problemów z udziałem w projekcie, co potwierdza sprawność procesu realizacji projektów.

W przypadku działań w obszarze profilaktyki nowotworowej wystąpiło podobne oddziaływanie czynników związanych z kryzysem pandemicznym, jak w pozostałych obszarach ewaluowanej interwencji, ze szczególnym uwzględnieniem ograniczonej wydolności systemu ochrony zdrowia oraz obaw ze strony uczestników, które ograniczały skłonność do korzystania ze wsparcia (szczególnie w ramach systemu ochrony zdrowia). Jednocześnie potencjalny wpływ pandemii na wdrażanie projektów jest zróżnicowany. Z potencjalnie największym wpływem mamy do czynienia w przypadku profilaktyki raka jelita grubego oraz szyjki macicy, gdzie w czasie pandemii korzystało ze wsparcia odpowiednio 65% i 60% uczestników. Zdecydowanie mniejszy stopień oddziaływania dotyczy profilaktyki raka piersi, gdzie w okresie pandemii COVID-19 ze wsparcia korzystało 23% uczestników.

WPŁYW PROJEKTÓW RPO WP NA OGRANICZENIE CZYNNIKÓW RYZYKA W MIEJSCU PRACY, W TYM NA POPRAWĘ BEZPIECZEŃSTWA PRACY W ZWIĄZKU Z PANDEMIA COVID-19

Niniejszy podrozdział obejmuje całość analiz dotyczących ewaluowanego wsparcia, które wdrażane było poprzez projekty RPO WP w dwóch obszarach: ograniczenia czynników ryzyka w miejscu pracy oraz poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.

Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów w ramach wsparcia dotyczącego czynników ryzyka w miejscu pracy

Poniżej przedstawiono całościową charakterystykę podjętych działań i osiągniętych efektów, które realizowano w ramach wsparcia dotyczącego czynników ryzyka w miejscu pracy. Powiązanie ze sobą kwestii podejmowanych działań i osiągniętych efektów jest uzasadnione faktem, że profilaktyka zdrowotna w wielu aspektach ściśle wiąże ze sobą te dwa elementy. Przykładowo, realizując określone działania diagnostyczne, jednocześnie osiągnięty jest efekt w postaci zapewnienia dostępności określonego rodzaju diagnostyki w ramach danego problemu zdrowotnego. Z kolei podejmowanie działań edukacyjno-informacyjnych można traktować jako jednoznaczne z efektem upowszechniania wiedzy na temat zagadnień zdrowotnych (choć oczywiście poziom skuteczności i skala efektów mogą być tutaj zróżnicowane).

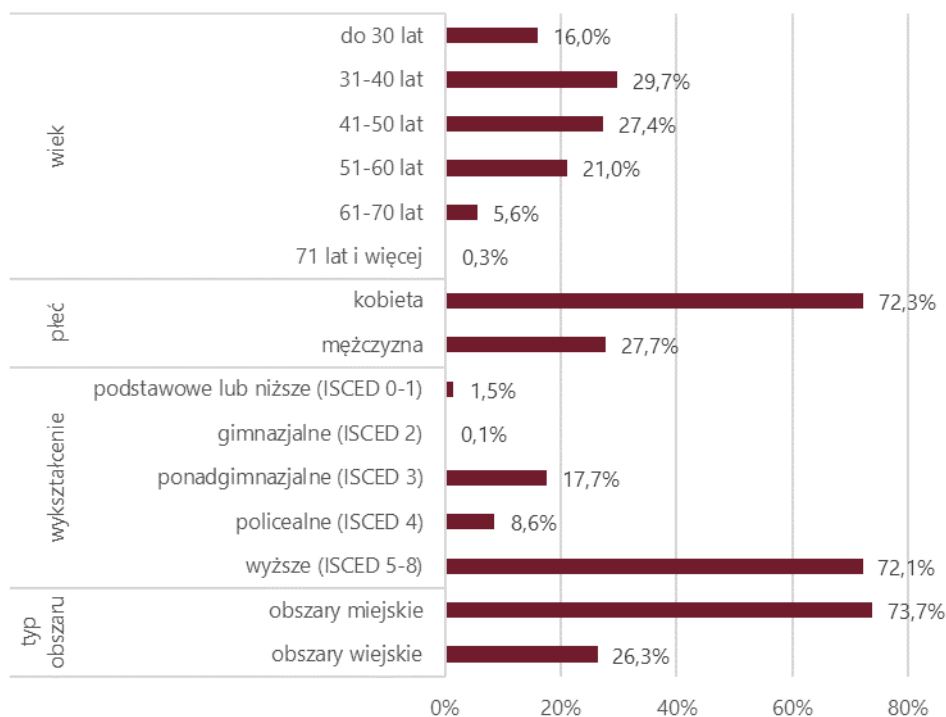
Jeśli chodzi o szczegółowe zagadnienia podejmowane w tej części, to odnoszą się one do poszczególnych pytań badawczych, które dotyczą charakteru podejmowanych działań i osiągniętych efektów i obejmują takie kwestie jak:

- **Charakter i skala podejmowanych działań** („Jakie działania i w jakim zakresie zostały/zostaną wdrożone w projektach w ramach konkursu RPO WP „Czynniki ryzyka w miejscu pracy”? Które działania okazały się najbardziej skuteczne w ograniczaniu ryzyka w miejscu pracy? Jakie efekty one przyniosły? Jakich działań zabrakło lub były/są realizowane w zbyt ograniczonym zakresie?”);
- **Struktura populacji podmiotów objętych wsparciem** („Jakie podmioty i ile podmiotów w podziale na typy (m.in. przedsiębiorstwa, organizacje pozarządowe, podmioty lecznicze, administracja samorządowa, szkoły) zostało/będzie objętych interwencją w ramach konkursu RPO WP „Czynniki ryzyka w miejscu pracy?”);

- **Struktura populacji uczestników projektów** („Ilu pracowników w podziale na: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, miejsce zatrudnienia – typ podmiotu zostało objętych wsparciem w zakresie ograniczenia czynników ryzyka w miejscu pracy?”)
- **Czynniki ryzyka i działania je ograniczające** („Jakie były/są istotne czynniki ryzyka w miejscu pracy w zrealizowanych/realizowanych projektach RPO WP? Czy trafnie dobrano działania je ograniczające?”);
- **Wpływ na wydłużenie aktywności zawodowej** („Czy realizacja projektów RPO WP wpłynęła/wpłynie na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników objętych działaniami projektowymi? Jeśli tak, kogo ta sytuacja dotyczy (płeć, wiek, rodzaj wykonywanej pracy)? Jeśli nie, dlaczego?”);
- **Wykrywalność chorób potencjalnie zagrażających życiu lub skutkujących niepełnosprawnością** („Czy w wyniku realizacji projektów RPO WP doszło do zwiększenia wykrywalności chorób potencjalnie zagrażających życiu lub skutkujących niepełnosprawnością? Jeśli tak, ilu pracowników to dotyczyło/dotyczy?”);
- **Uwzględnianie potrzeb osób z niepełnosprawnością** („W jakim stopniu zrealizowane/realizowane projekty RPO WP uwzględniają potrzeby osób z niepełnosprawnością? Czy działania podjęte w projektach przyczyniły/przyczynią się do poprawy warunków pracy pracowników z niepełnosprawnością?”).

W pierwszej kolejności przedstawiona została struktura uczestników projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy.

Wykres 53. Struktura społeczno-demograficzna uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=4139; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Struktura uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy ze względu na wiek jest stosunkowo równa i zgodna z cyklem pracy w ciągu życia – oznacza to, że najwięcej uczestników wsparcia kwalifikowało się do kategorii 31-40 lat (29,7%, 1 228 osób) oraz 41-50 lat (27,4% 1 138, osób). Jednocześnie najmniej uczestników było w wieku 71 lat i więcej (0,3%, 13 osób) oraz 61-70 lat (5,6%, 230 osób). Ze względu na płeć natomiast można zauważyć pewną dysproporcję – prawie 3/4 (72,3%, 2 992 osoby) uczestników wsparcia stanowiły kobiety. Podobna dysproporcja została zidentyfikowana również w podziale uczestników ze względu na wykształcenie – prawie 3/4 (72,1%, 2 984 osoby) z nich posiadało wykształcenie wyższe. Ponownie, podobna dysproporcja miała miejsce w przypadku podziału na typ obszaru miejsca zamieszkania – prawie 3/4 (73,7%, 3 049 osoby) uczestników pochodziło z obszarów miejskich.

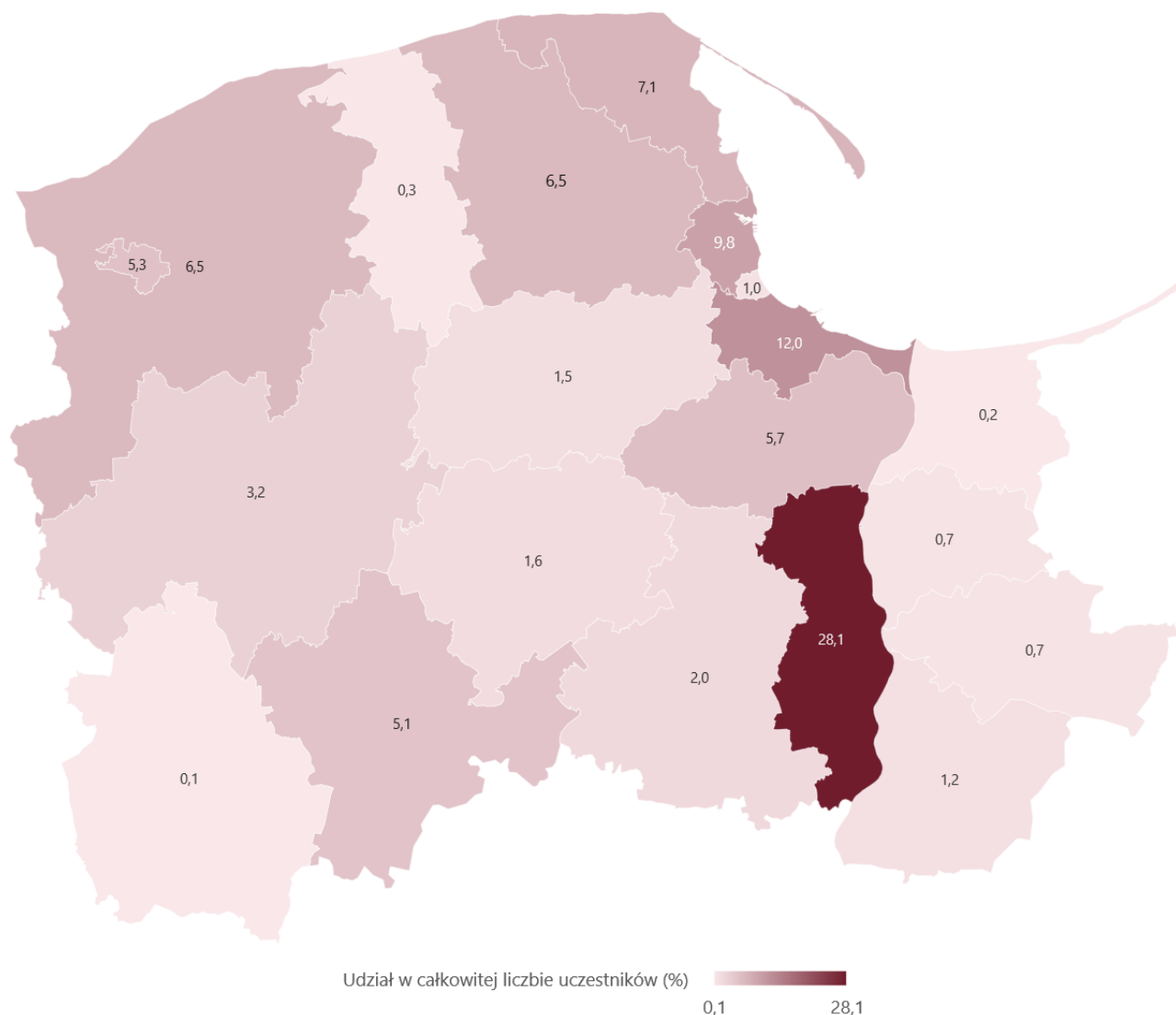
Jeśli chodzi o miejsce zatrudnienia, to według danych SL2014 na 30.09.2023 r. dominują osoby pracujące w administracji samorządowej (53,2%, 2200 osób). Wyraźnie rzadziej uczestnikami stawały się osoby pracujące w MMŚP (9,9%, 410 osób), osoby pracujące w organizacji pozarządowej (9,1%, 377 osób). Najrzadziej projekty dotyczące eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy obejmowały pracowników administracji rządowej (2,7%,

112 osób) oraz osoby prowadzące działalność na własny rachunek (1,3%, 53 osoby). Dodatkowo według danych SL2014 23,2% uczestników (962 osoby) stanowiły osoby pracujące w innego rodzaju podmiotach.

Analizując powyższą strukturę trzeba podkreślić, że skala udziału poszczególnych kategorii osób w projektach stanowi rezultat nie tyle aktywności samych uczestników (ich chęci do wzięcia udziału w projektach i faktycznej aktywności podejmowanej w tym celu), co w dużej mierze aktywności ich pracodawców. Innymi słowy, zidentyfikowana struktura odzwierciedla przede wszystkim strukturę zatrudnieniową podmiotów, które korzystały ze wsparcia dotyczącego eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy. Możemy więc powiedzieć, że wsparcie trafiło przede wszystkim do podmiotów, których kadrę cechuje wysoki współczynnik feminizacji oraz relatywnie wysoki poziom wykształcenia pracowników, a także że były to przede wszystkim podmioty funkcjonujące na obszarach miejskich¹⁰. Oczywiście, nie wszyscy pracownicy danego podmiotu objętego wsparciem musieli (lub mogli) uczestniczyć w ewaluowanych projektach, więc najprawdopodobniej ostateczna struktura populacji odbiorców wsparcia jest wypadkową zarówno powyżej wskazanych czynników, ale także potencjalnie większego zainteresowania uczestnictwem w projektach właśnie w tych grupach, których dotyczy dominacja w grupie uczestników projektów.

¹⁰ Należy przy tym uwzględnić, że dane dotyczące rodzaju obszaru dotyczą uczestników, nie samych podmiotów, więc są tutaj możliwe pewne rozbieżności poza miejscem zamieszkania uczestnika, a lokalizacją firmy. Niemniej jednak, należy domniemywać, że w większości przypadków rodzaj obszaru będącego miejscem zamieszkania i miejscem pracy są tożsame.

Mapa 4. Struktura uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy pod względem powiatu miejsca zamieszkania (%)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=4139; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Struktura terytorialna populacji uczestników projektów realizowanych w zakresie eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy cechuje się dużym zróżnicowaniem. Dwoma powiatami o największej liczbie uczestników okazały się: tczewski oraz m. Gdańsk, ale i między nimi występują duże dysproporcje – uczestnicy z pierwszego wspomnianego powiatu stanowią 28,1% wszystkich uczestników, a z m. Gdańsk już tylko 12%. Warto jednak zauważyć, że choć są to powiaty dominujące pod względem liczby uczestników, to interpretacja stanu rzeczy w odniesieniu do każdego z nich musi być odmienna. Tak jak jednak w przypadku powiatu tczewskiego skala uczestnictwa powinna być oceniona jako bardzo duża, to udział uczestników z Gdańska – choć w porównaniu z innymi powiatami

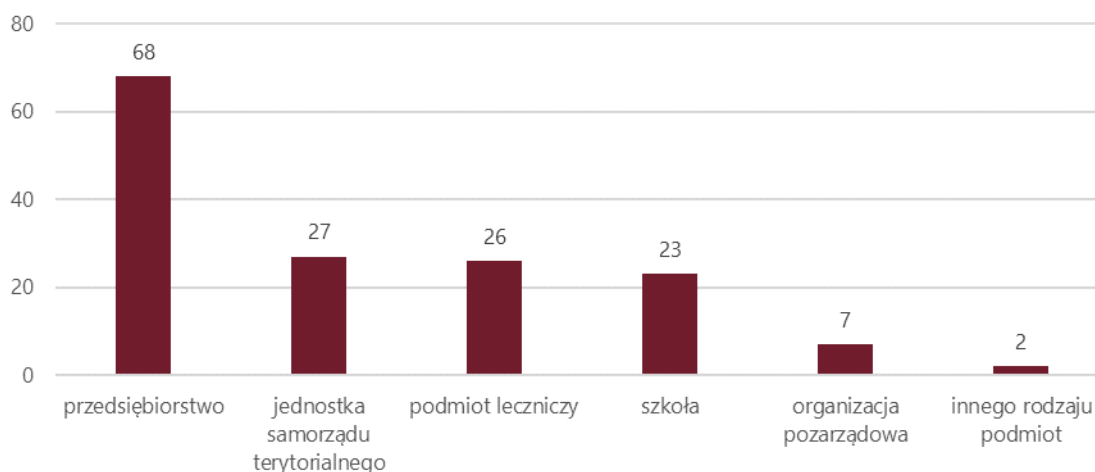
znaczący – to jednak uznać go należy za mniejszy niż wynikałoby to chociażby z potencjału demograficznego i wielkości lokalnego rynku pracy.

We wszystkich pozostałych powiatach odsetek zamieszkałych w nich uczestników nie przekroczył 10%, ale i w tej grupie poziom zróżnicowań odsetków uczestników z danego powiatu jest bardzo duży – od m. Gdynia, skąd pochodził blisko co dziesiąty uczestnik (9,8%) do powiatów: lęborskiego, nowodworskiego i człuchowskiego (uczestnicy z każdego z tych powiatów stanowią nie więcej 0,5% całej populacji odbiorców wsparcia).

Zidentyfikowana struktura terytorialna nie powinna dziwić, jeśli weźmiemy pod uwagę, że w przypadku omawianej grupy projektów nie były stosowane instrumenty zawężenia terytorialnego (poza ewentualną premią punktową dla projektów zgodnych z poszczególnymi ZPT). Dodatkowo, zastosowanie formuły konkursowej sprawiło, że tak naprawdę od aktywności podmiotów z poszczególnych powiatów (a nie działań kierujących ze strony IZ) zależał fakt realizacji działań projektowych na obszarze danego powiatu.

W przypadku projektów dotyczących eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy wsparcie trafiło nie tylko do konkretnych uczestników, ale także podmiotów. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące ich strukturę ze względu na reprezentowany przez nie typ.

Wykres 54. Liczba poszczególnego rodzaju podmiotów objętych wsparciem w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Wśród wspartych podmiotów znalazło się 68 przedsiębiorstw, 27 jednostki samorządu terytorialnego, 26 podmiotów leczniczych, 23 placówki oświatowe (szkoły) oraz 7 organizacji pozarządowych.

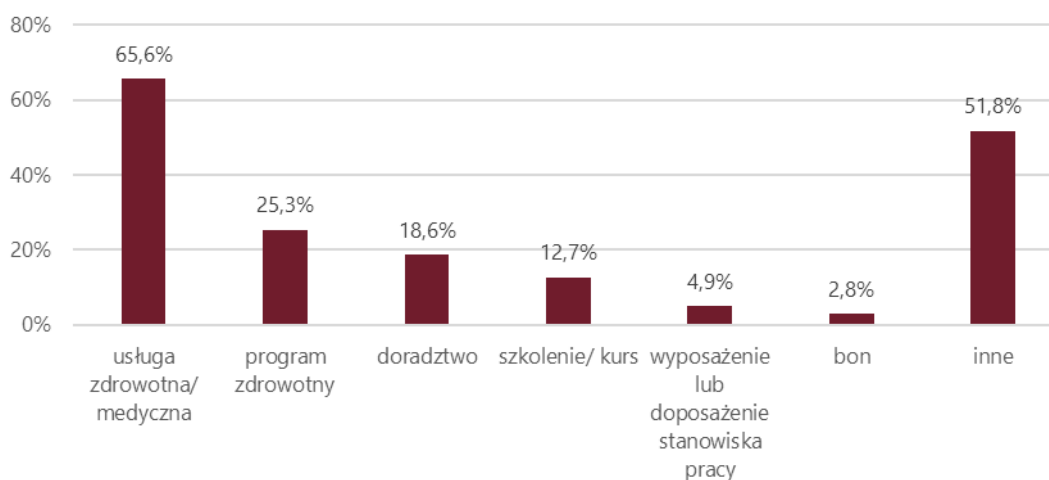
We wspartych ze środków RPO WP zakładach pracy zidentyfikowano następujące czynniki ryzyka, które stanowiły punkt wyjścia do realizacji późniejszych działań projektowych:

- a) siedzący tryb pracy pracowników biurowych; praca w jednej, wymuszonej, pozycji; zła ergonomia stanowisk pracy i niedostosowanie miejsca pracy;
- b) stres; presja czasu; obciążenie psychiczne; przemęczenie; bezsenność; niepokój; nerwowość; problemy z koncentracją; zaburzenia apetytu; problemy pokarmowe; brak poczucia bezpieczeństwa i stabilności zatrudnienia; poczucie wypalenia zawodowego; konflikty w zespole; problemy komunikacyjne;
- c) obciążenie narządu wzroku (długotrwała praca przy ekranie komputera);
- d) obciążenie narządu mowy (długotrwałe mówienie);
- e) przeciążenia i dolegliwości fizyczne (ból, w tym ostre i przewlekłe różnych okolic – głównie kręgosłupa, łędźwi, barku, kolan, stany zapalne, napięcia mięśni, ból stawów); przeciążenia spowodowane przemieszczaniem ciężkich ładunków;
- f) kontakt ze szkodliwymi substancjami: chemicznymi, pyłami, spalinami; szkodliwy mikroklimat;
- g) hałas;
- h) zagrożenie różnymi chorobami zakaźnymi (praca w różnych środowiskach społecznych);
- i) ryzyko wypadku przy obsłudze poszczególnych maszyn i urządzeń wykorzystywanych na danym stanowisku pracy;
- j) ekspozycja na niekorzystne warunki pogodowe i różnice temperatur.

Warto w tym miejscu zauważyć, że mamy do czynienia z czynnikami ryzyka, które wykraczają poza pojedyncze projekty. Choć oczywiście każdorazowo występuje określona specyfika danego podmiotu, to jednak charakter oddziaływania czynników będzie zbliżony w przypadku podobnych stanowisk pracy, zawodów, branż.

Analizie poddano także formy wsparcia udzielonego uczestnikom projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy (na podstawie danych populacyjnych z SL2014).

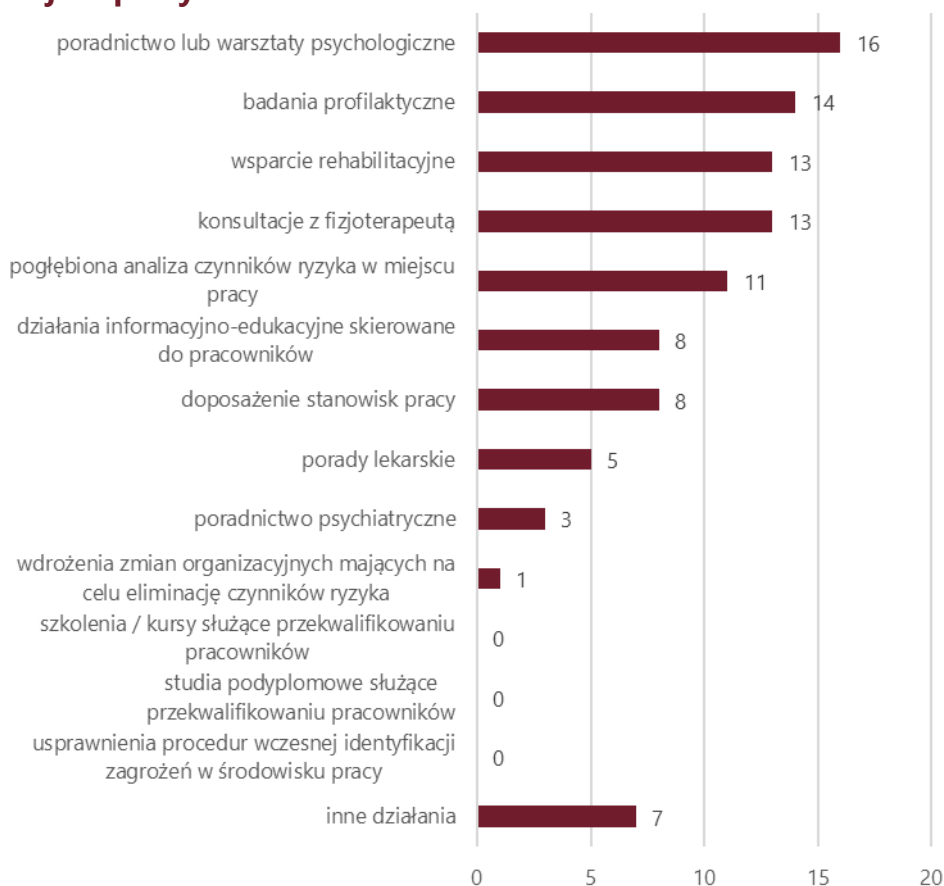
Wykres 55. Formy wsparcia udzielonego uczestnikom projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=4139; możliwe było uczestnictwo w więcej niż 1 formie wsparcia; dane na dzień 30.09.2023 obejmujące uczestników, którzy zakończyli udział w projekcie

Dominującą formą wsparcia była usługa zdrowotna/medyczna, którą objęto 65,6% wszystkich uczestników. Pozostałe formy wsparcia dotyczyły już znacznie mniejszej liczby osób uczestniczących w projektach objętych badaniem. Należy jednak zauważyć, że klasyfikacja formy wsparcia wykorzystywana w SL2014 jest dość ogólna i w rezultacie mało użyteczna dla pełnego zobrazowania charakteru wdrożonej interwencji. Z tego względu przeprowadzono także analizę struktury udzielonego wsparcia w oparciu o deklaracje beneficjentów oraz uczestników projektów.

Wykres 56. Działania podejmowane w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

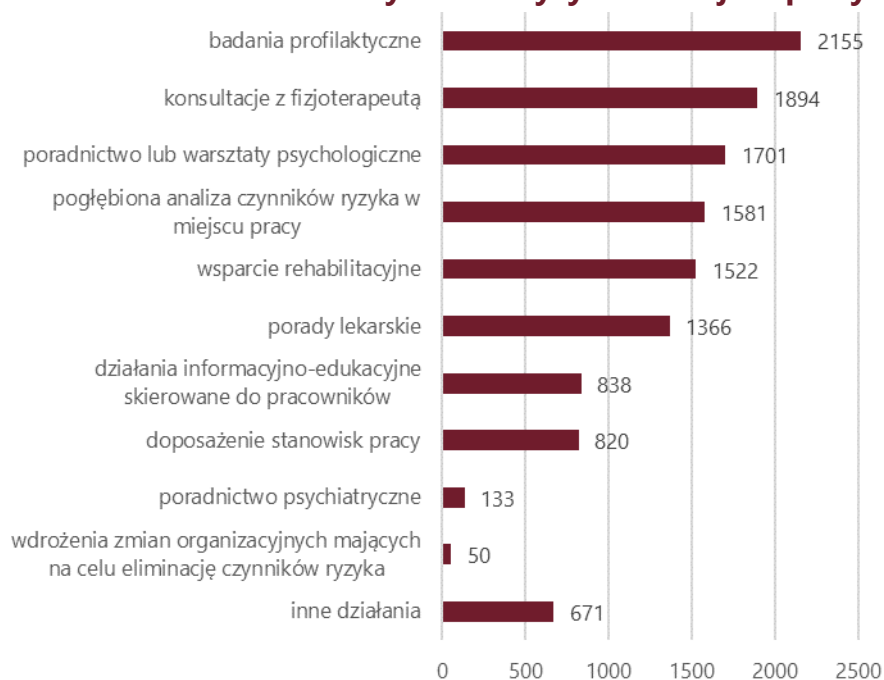
Biorący udział w badaniu ewaluacyjnym beneficjenci (20) realizujący projekty dotyczące czynników ryzyka w miejscu pracy najczęściej podejmowali w projekcie następujące działania:

- poradnictwo lub warsztaty psychologiczne (16 wskazań);
- badania profilaktyczne (14 wskazań);
- wsparcie rehabilitacyjne (13 wskazań);
- konsultacje z fizjoterapeutą (13 wskazań);
- pogłębiona analiza czynników ryzyka w miejscu pracy (11 wskazań).

Są to działania podejmowane przez większość biorących udział w ewaluacji beneficjentów. Nieco rzadziej w projektach dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy podejmowano działania informacyjno-edukacyjne skierowane do pracowników oraz doposażenie stanowisk pracy (po 8 wskazań).

W celu doprecyzowania skali udzielonego wsparcia poproszono beneficjentów także o określenie, jaką liczbę osób objęli poszczególnymi rodzajami działań. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 57. Liczba osób biorących udział w działaniach podejmowanych w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy

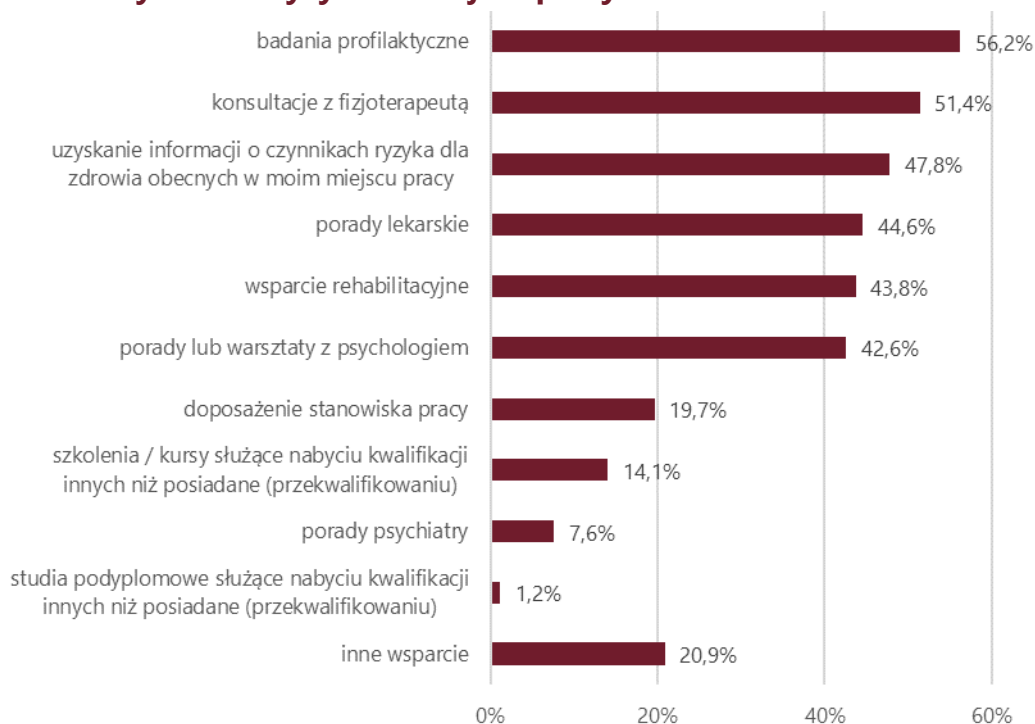


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20; pytanie zadawane respondentom, którzy wskazali na podejmowanie poszczególnych rodzajów działań, uczestnicy mogli brać udział w więcej niż 1 rodzaju działań

Najwięcej osób skorzystało z badań profilaktycznych (2155) oraz konsultacji z fizjoterapeutą (1894). Z poradnictwa lub warsztatów psychologicznych skorzystało 1701 osób, a z pogłębionej analizy czynników ryzyka w miejscu pracy – 1581 osób.

Ze wsparcia rehabilitacyjnego skorzystały łącznie 1522 osoby, a z porad lekarskich - 1366 osób. Ponadto, 836 osób było odbiorcami działań informacyjno-edukacyjnych, a 820 osób skorzystało ze wsparcia w formie doposażenia stanowisk pracy. Z porad psychiatrycznych skorzystały 133 osoby, a 50 osób było beneficjentami zmian organizacyjnych mających na celu eliminację ryzyka w miejscu pracy.

Wykres 58. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=249; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

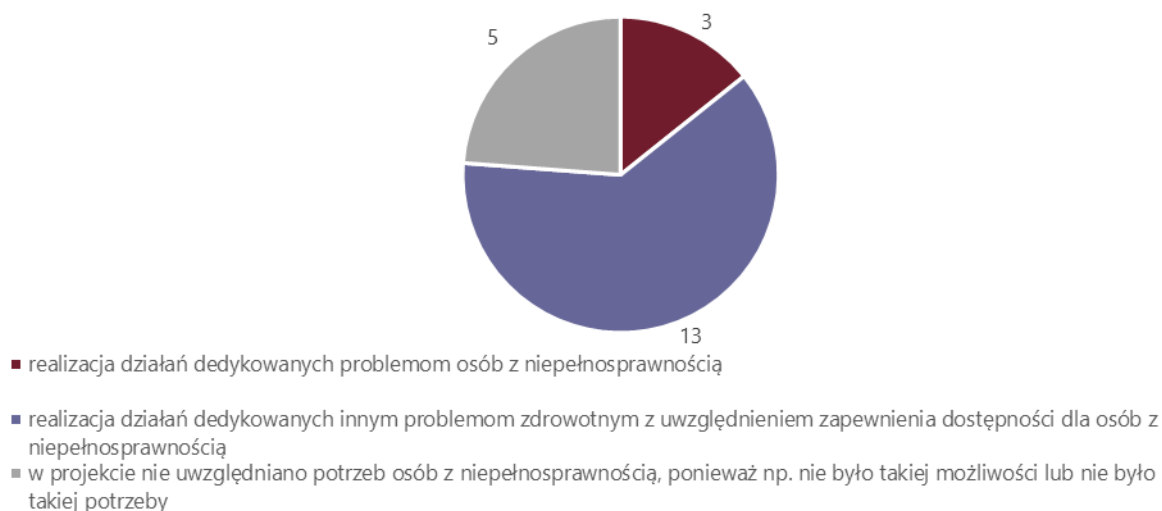
Uczestnicy projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy najczęściej korzystali z badań profilaktycznych – 56,2% z nich wzięło w nich udział. Ponad połowa uczestników brała także udział w konsultacjach z fizjoterapeutą (51,4%). Blisko połowa uczestników wskazuje na wsparcie edukacyjne, czyli uzyskanie informacji o czynnikach ryzyka dla zdrowia w obecnym miejscu pracy (47,8%). Ponad 40% uczestników korzystało z porad lekarskich (44,6%), wsparcia rehabilitacyjnego (43,8%) oraz porad lub warsztatów z psychologiem (42,6%). W przypadku co piątego uczestnika doposażono jego stanowisko pracy (19,7%). W ramach innych form wsparcia uczestnicy korzystali z porad dietetyka, zajęć sportowych, konsultacji okulistycznej, urologicznej lub kardiologicznej.

Uwzględniając więc całość powyższych danych dotyczących form wsparcia stosowanych w ewaluowanych projektach dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy, wyłania się dominujący profil oferowanej pomocy, który obejmuje: komponent diagnostyczny, wsparcie edukacyjne, poradnictwo psychologiczne, konsultacje z fizjoterapeutą, wsparcie rehabilitacyjne.

Uzupełnieniem danych odnoszących się do działań podejmowanych w ewaluowanych projektach dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy są jeszcze poniższe informacje

obrazujące sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w ramach prowadzonych przedsięwzięć.

Wykres 59. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

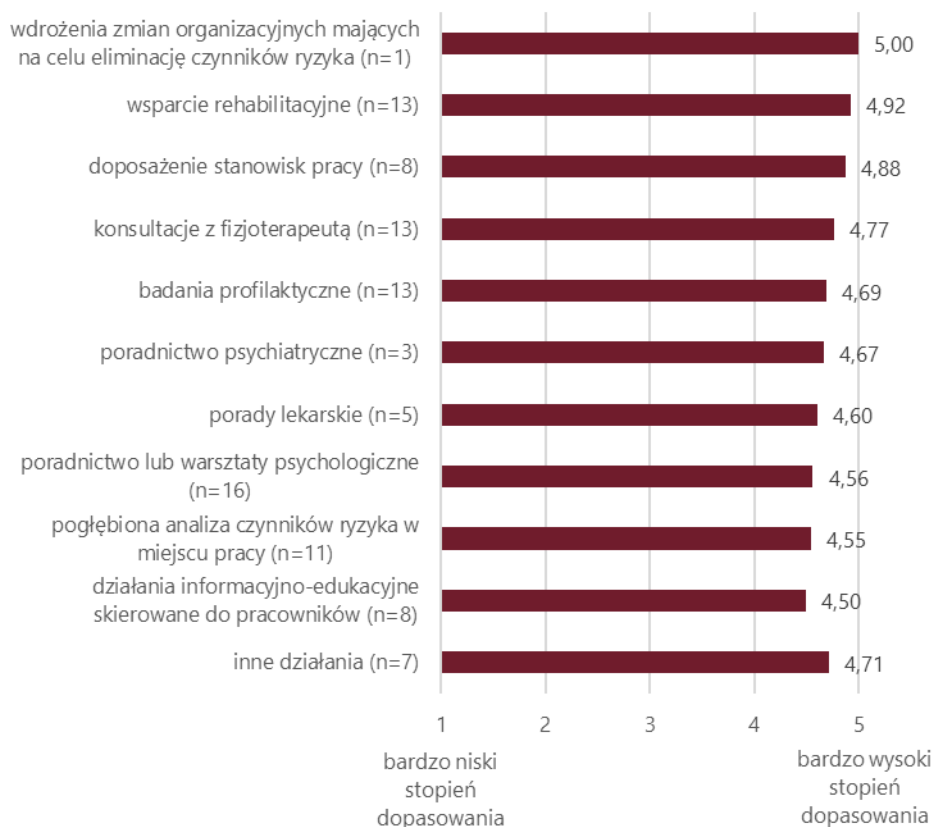
W 3 projektach realizowano działania typowo dedykowane problemom zdrowotnym osób z niepełnosprawnością, natomiast w 13 projektach zapewniono dostępność dla osób z niepełnosprawnością podczas realizacji działań dedykowanych innym problemom zdrowotnym. W przypadku 5 projektów nie uwzględniono potrzeb osób z niepełnosprawnością – nie było takiej możliwości lub nie było potrzeby.

Uwzględniając powyższe dane stwierdzić należy, że ewentualna poprawa warunków pracy pracowników z niepełnosprawnością mogła zaistnieć przede wszystkim w zakresie zbliżonym do poprawy dotyczącej pozostałych uczestników projektów. Wynika to z faktu, że dominowało podejście zapewniania dostępności wsparcia dla osób z niepełnosprawnością, a nie kierowania do nich specyficznych działań wspierających. To ostatnie podejście zastosowało jedynie 3 na 20 beneficjentów uczestniczących w badaniu i w przypadku realizowanych przez nich przedsięwzięć projektowych faktycznie mówić możemy o potencjalnie największym oddziaływaniu na poprawę warunków pracy pracowników z niepełnosprawnością – oferowana im pomoc była bowiem planowana w sposób uwzględniający ich zindywidualizowane potrzeby.

Kolejny wymiar analizy odnosi się do kwestii adekwatności zakresu realizowanych działań do potrzeb grup docelowej. Beneficjentów realizujących projekty dotyczące czynników ryzyka w miejscu pracy poproszono o ocenę, w jakim stopniu poszczególne działania

projektowe były dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt. Wyniki dotyczące tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 60. Średnia ocena dopasowania poszczególnego rodzaju działań do potrzeb grup docelowych projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



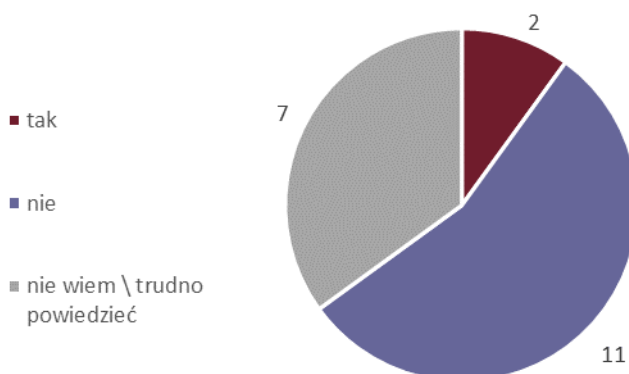
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; pytanie zadawane w przypadku wskazania na realizację danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „trudno powiedzieć”

Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski stopień dopasowania do potrzeb, a 5 – bardzo wysoki stopień dopasowania do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych. Generalnie, w opinii beneficjentów adekwatność wsparcia została oceniona bardzo wysoko. Najwyżej oceniono wdrożenie zmian organizacyjnych (średnia 5,0) oraz wsparcie rehabilitacyjne (4,92) i doposażenie stanowisk pracy (4,88) oraz konsultacje z fizjoterapeutą (4,77), a najniżej – działania informacyjno-edukacyjne skierowane do pracowników (4,5).

Na ewentualne problemy z adekwatnością mogą także wskazywać sygnalizowane postulaty zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia. Na

poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące skalę zgłaszania przez beneficjentów takich sugestii.

Wykres 61. Występowanie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowej projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy

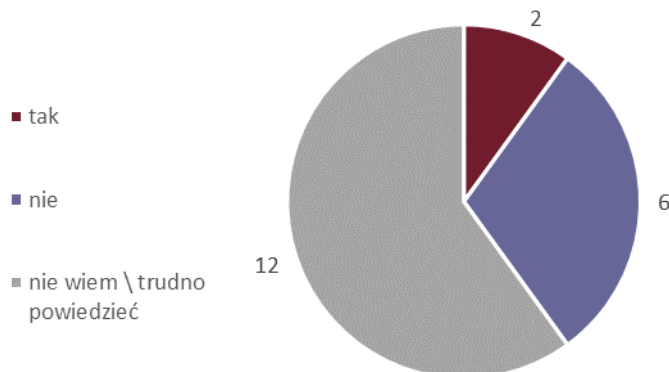


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Tylko w opinii 2 z 20 beneficjentów realizujących projekty z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy potrzebna jest zmiana lub uzupełnienie zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu w zakresie problemów zdrowotnych, których dotyczył projekt. Uważają oni, że należy poprawić ergonomię stanowisk pracy oraz zwiększyć dostęp do dofinansowanych szkoleń z zakresu ergonomii pracy.

Beneficjentów projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy zapytano także, czy z perspektywy czasu uważają, że w ich projektach należałoby wprowadzić zmiany np. co do zakresu projektu lub sposobu realizacji działań w celu zwiększenia skuteczności projektów. Rozkład odpowiedzi przedstawiono poniżej.

Wykres 62. Ocena występowania z perspektywy czasu potrzeby wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



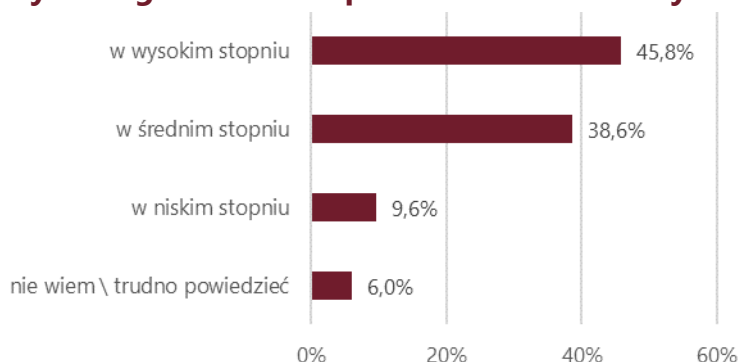
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Tylko dwóch z dwudziestu beneficjentów oceniając projekt z perspektywy czasu uważa, że w projekcie należałoby wprowadzić zmiany co do jego zakresu lub sposobu realizacji działań w celu zwiększenia jego skuteczności. Zmiany te powinny – w opinii beneficjentów – polegać na doposażeniu stanowisk pracy np. w ergonomiczne meble biurowe.

To, że większość respondentów nie widzi faktycznej potrzeby wprowadzania zmian/uzupełnień do dostępnego zakresu wsparcia potraktować należy natomiast jako pośrednie potwierdzenie wcześniejszej konkluzji o tym, iż beneficjenci bardzo pozytywnie ocenili zakres dostępnej pomocy. Trzeba przy tym podkreślić, że taka opinia wśród beneficjentów nie powinna zaskakiwać biorąc pod uwagę relatywnie szeroki katalog możliwych do dofinansowania działań w ramach omawianego obszaru interwencji.

W ocenie adekwatności wsparcia do potrzeb grupy docelowej nie można oczywiście pominąć perspektywy samych uczestników projektów. Dane odnoszące się do tej kwestii przedstawiono poniżej.

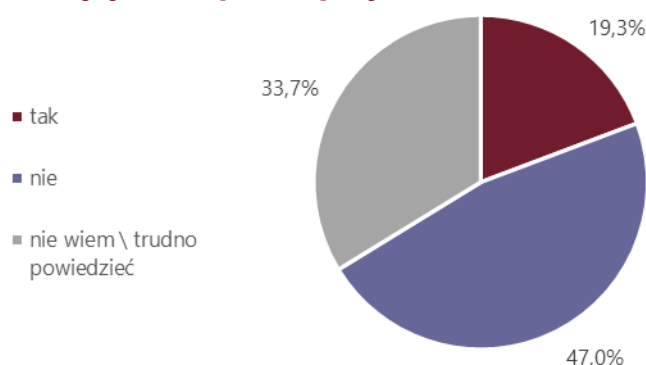
Wykres 63. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektów związanych z ograniczeniem problemów zdrowotnych w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=249

Generalnie, wsparcie zostało przez uczestników projektów ocenione jako adekwatne do ich potrzeb. 45,8% z nich adekwatność wsparcia oceniła wysoko, a blisko 38,6% – średnio wysoko. Tylko 9,6% uczestników dopasowanie wsparcia do potrzeb związanych z ograniczeniem problemów zdrowotnych w miejscu pracy oceniło nisko.

Wykres 64. Dostrzeganie przez uczestników projektów form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc w ograniczaniu problemów zdrowotnych w miejscu pracy, ale nie były dostępne w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=249

Co piąty (19,3%) biorący udział w ewaluacji uczestnik projektów związanych z ograniczeniem problemów zdrowotnych w miejscu pracy uważa, że w projekcie zabrakło jakiegoś wsparcia lub świadczeń, które mogłyby bardziej pomóc w ograniczaniu problemów zdrowotnych w miejscu pracy, a nie były dostępne w projekcie. Tych respondentów, którzy dostrzegli braki w działaniach projektowych, którymi zostali objęci, poproszono o wskazanie jakiego wsparcia lub świadczeń – z ich punktu widzenia zabrakło. Uczestnicy podkreślali przede wszystkim, że zabrakło: określonego rodzaju badań (np. ogólnych badań profilaktycznych, badań ultrasonograficznych, badań poziomu hormonów); określonego rodzaju świadczeń pozadiagnostycznych (np. świadczeń rehabilitacyjnych, zajęć na basenie, masaży, zajęć relaksacyjnych); konsultacji specjalistycznych (np. z: lekarzem specjalistą, fizjoterapeutą, psychologiem, dietetykiem, foniatrą); poradnictwa (dot. radzenia sobie ze stresem lub hałasem w miejscu pracy, ergonomii na stanowisku pracy, samodzielnego wykonywania ćwiczeń fizycznych). Warto w tym miejscu nadmienić, że wskazania dotyczące tych elementów, których wg respondentów zabrakło w ich projektach niekoniecznie odnosiły się do całkowitego pominięcia wskazywanego elementu w zakresie dostępnego wsparcia – uwagi dotyczyły niekiedy zbyt małej dostępności (np. niewielkiej liczby godzin danego rodzaju zajęć, krótkiego okresu otrzymywania wsparcia, ale także zbyt długiego czasu oczekiwania na

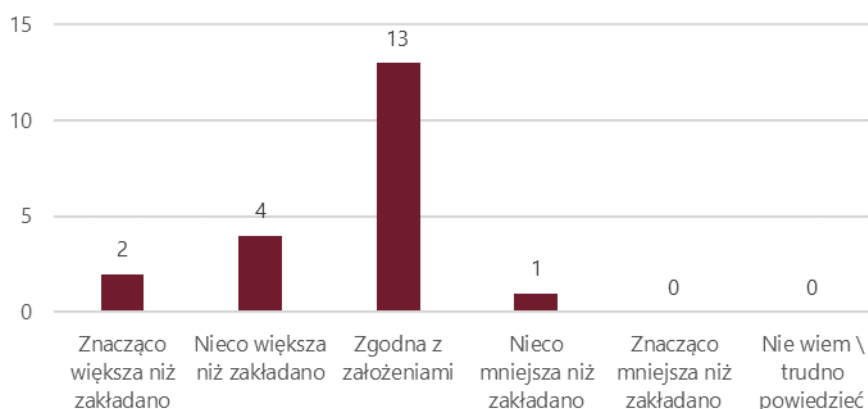
możliwość skorzystania z danego świadczenia) lub braku ciągłości (tzn. incydentalności wsparcia ograniczonej tylko do okresu realizacji projektu). Byli też uczestnicy, którym zabrakło w otrzymanej pomocy elementu indywidualizacji wsparcia (np. w odniesieniu do wsparcia psychologicznego, czy związanego z fizjoterapią/rehabilitacją).

W kontekście powyższych wskazań podkreślić jednak należy, że dominuje wyraźnie przekonanie respondentów – wyrażone przez blisko połowę (47%) uczestników – że w projektach, w których uczestniczyli nie zabrakło żadnej formy wsparcia. Co trzeci uczestnik nie ma zdania w tym temacie.

Uwzględniając zatem zarówno opinie wyrażane przez beneficjentów, jak i uczestników projektów, uzyskujemy taki obraz interwencji w obszarze ograniczania problemów zdrowotnych w miejscu pracy, w którym oferowana uczestnikom pomoc jest oceniana zdecydowanie pozytywnie pod kątem jej adekwatności do potrzeb grupy docelowej.

Nim przejdziemy do analizy poświęconej skuteczności projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy podjęta zostanie jeszcze kwestia zgłaszalności do ewaluowanych projektów. Kwestię zgłaszalności traktować należy jako łączący aspekt adekwatności (adekwatność jest czynnikiem warunkującym poziom zainteresowania wsparciem, a tym samym wpływającym na rzeczoną zgłaszalność) oraz skuteczności (odpowiedni poziom zgłaszalności jest warunkiem sine qua non skuteczności całego projektu).

Wykres 65. Ocena poziomu zgłaszalności w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Generalnie, ocena zgłaszalności jest wysoka. Dwóch z 20 beneficjentów ocenia ją jako znacząco większą niż zakładano, a kolejnych czterech – jako nieco większą niż zakładano.

13 beneficjentów uważa – i jest to opinia dominująca – że poziom zgłaszalności był zgodny z ich wcześniejszymi oczekiwaniami. Tylko jeden beneficjent deklaruje, że odnotował nieco mniejszy niż zakładał poziom zgłaszalności do projektu. Jako powód mniejszego zainteresowania odbiorców wskazał on zmiany w zakładzie pracy, którego dotyczył projekt.

Z opinii beneficjentów wynika, że do udziału w projektach skłaniała uczestników przede wszystkim atrakcyjna i zróżnicowana oferta wsparcia oraz jego wysoka jakość tj. :

- a) wsparcie związane z badaniami profilaktycznymi i poradami lekarskimi dostosowane do konkretnych potrzeb pracowników: pakiet badań i konsultacji profilaktycznych, specjalistyczne konsultacje lekarskie, zabiegi rehabilitacyjne z diagnostyką, pakiety rehabilitacyjne, bezpłatna opieka fizjoterapeuty;
- b) wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego: badania psychologiczne, warsztaty terapeutyczne, warsztaty radzenia sobie ze stresem;
- c) doposażenie stanowisk pracy zgodnie z przeprowadzoną diagnozą: np. regulowane biurka, ergonomiczne fotele, masażery, nawilżacze powietrza, itd.;
- d) wsparcie dotyczące zajęć ruchowych i relaksacyjnych do korzystania „na co dzień”: np. abonamenty umożliwiające korzystanie z oferty klubów fitness;
- e) możliwość korzystania z pakietów rehabilitacyjnych;
- f) refundacja kosztów wizyt lekarskich specjalistycznych i badań specjalistycznych;

Beneficjenci w kontekście czynników skłaniających uczestników do udziału w projektach wskazywali nie tylko na określony zakres wsparcia, ale także sposób jego świadczenia (tj.: sposób prowadzenia zajęć przez konkretnych prowadzących, możliwość prowadzenia wsparcia fizjoterapeutycznego w domu uczestnika) i dostrzegane przez uczestników potencjalne efekty (poprawa stanu zdrowia, poszerzenie wiedzy w zakresie dotyczącym określonych czynników ryzyka w miejscu pracy, zdobycie wiedzy na temat stanu swojego zdrowia, wypracowanie określonych nawyków prozdrowotnych, poprawa warunków pracy).

Beneficjenci deklarują, że nie docierały do nich sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie takich grup osób jak:

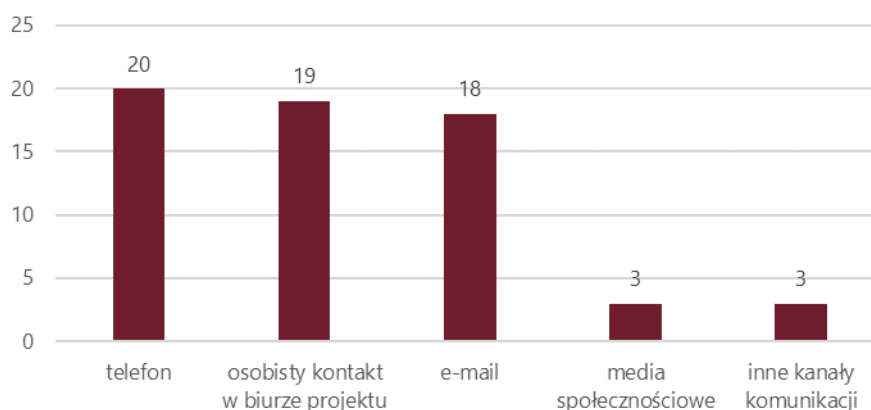
- a) osoby z niepełnosprawnością ruchową;
- b) osoby z niepełnosprawnością intelektualną;
- c) osoby z niepełnosprawnością sensoryczną (np. osoby niewidome, niedowidzące, niesłyszące);
- d) osoby zagrożone wykluczeniem społecznym;

e) obcokrajowcy.

Jeden z beneficjentów wskazał, że docierały do niego sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie osób pracujących, drugi – że trudności dotyczyły osób mieszkających w dużej odległości od miejsc realizacji świadczeń. Problemy były związane z czasem i kosztem dojazdu. Sugerowano w tym przypadku, by w przyszłych tego typu projektach uwzględnić mobilne usługi kontroli zdrowia.

Czynnikami potencjalnie ograniczającym dostępność wsparcia może być sposób prowadzenia komunikacji oraz realizacji świadczeń. W związku z tym przeprowadzono analizę stosowanych form komunikacji z personelem oraz dostępności formuły zdalnego uczestnictwa w ewaluowanych projektach.

Wykres 66. Dostępne dla uczestników/potencjalnych uczestników formy komunikacji z personelem projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

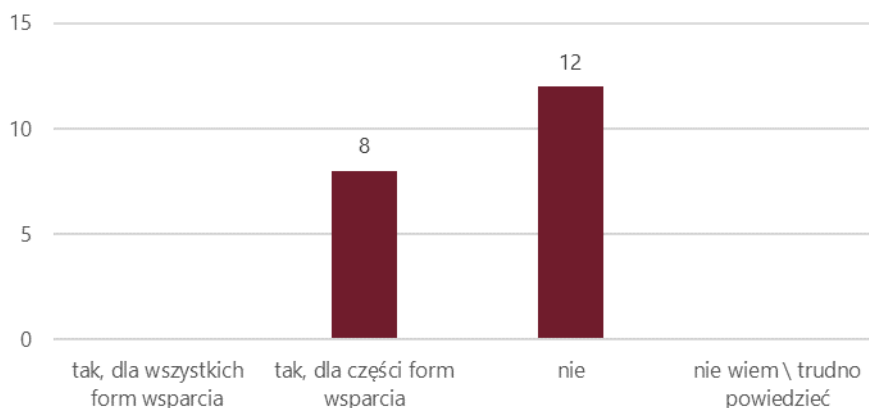
Uczestnicy projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy i/lub potencjalni ich uczestnicy mogli korzystać przede wszystkim z następujących kanałów komunikacji:

- telefon (w przypadku wszystkich 20 projektów);
- osobisty kontakt w biurze projektu (w przypadku 19 z 20 projektów);
- e-mail (w przypadku 18 projektów).

Kontakt poprzez media społecznościowe był możliwy w przypadku dwóch projektów. Innymi stosowanymi narzędziami służącymi komunikacji z uczestnikami były komunikatory internetowe.

Możemy więc generalnie mówić o funkcjonalnym zaprojektowaniu sposobów komunikacji z uczestnikami i potencjalnymi uczestnikami projektów – różnorodność stosowanych kanałów komunikacji pozwoliła dostosować się do potrzeb i nawyków komunikacyjnych różnych grup odbiorców.

Wykres 67. Możliwość uczestnictwa w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy w formule zdalnej

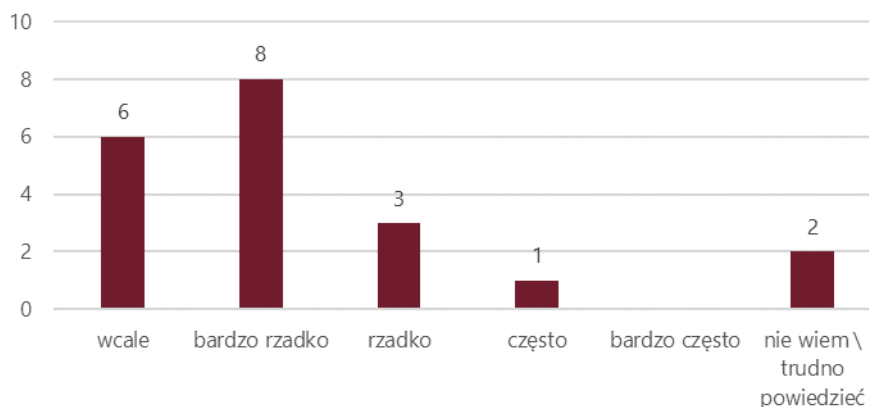


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Uczestnicy lub potencjalni uczestnicy 8 z 20 projektów mieli możliwość uczestniczenia – w przypadku części form wsparcia – w formule zdalnej tj. w formie teleporad, telekonferencji, e-learningu i tym podobnych. W przypadku 12 projektów nie było to możliwe. Żadne z przedsięwzięć objętych wsparciem nie było realizowane w pełni w formule zdalnej.

W ramach badania beneficjentów podjęto również kwestię czasu oczekiwania na świadczenia w projekcie – zbyt długi czas takiego oczekiwania również może być traktowany jako potencjalnie utrudniający dostęp do oferowanej pomocy.

Wykres 68. Ocena częstości występowania problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy

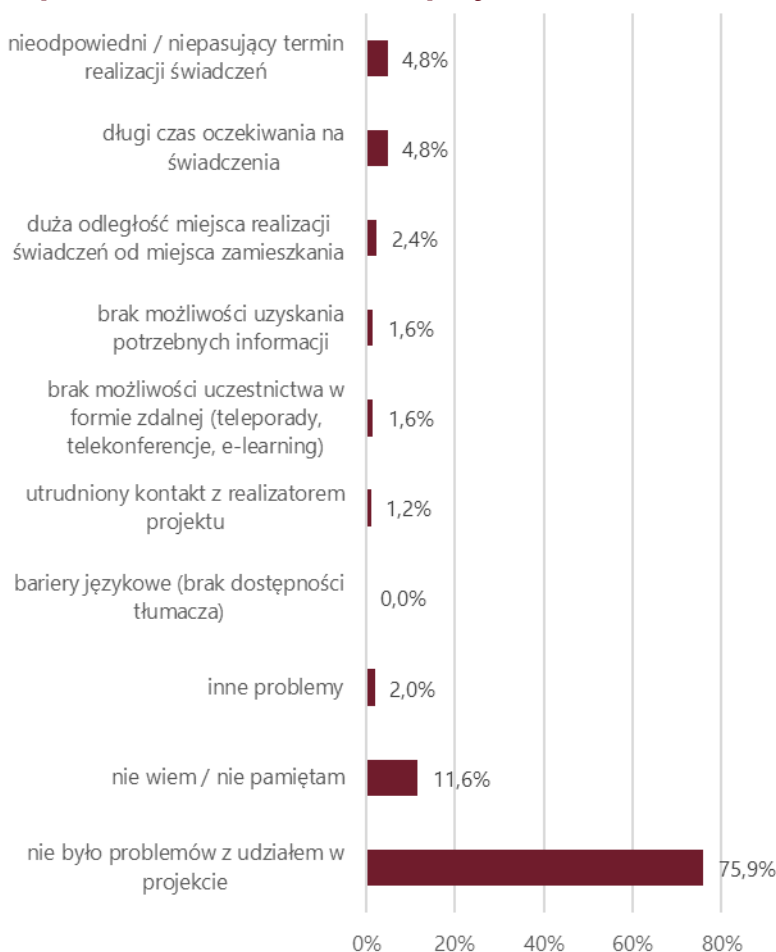


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Ośmiu beneficjentów deklaruje, że w czasie realizacji projektu bardzo rzadko dochodziło do problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie, kolejnych trzech przyznaje – że takie sytuacje miały miejsce, ale zdarzały się rzadko. Sześciu realizatorów projektów uważa z kolei, że w ogóle nie dochodziło do przedłużenia czasu oczekiwania na udział w świadczeniach. Tylko jeden beneficjent przyznaje, że taki problem występował w jego projekcie często.

Ostatnim elementem dotyczącym zagadnienia zgłaszalności do projektów i dostępności wsparcia są – prezentowane poniżej – opinie uczestników projektów na temat dostrzegania przez nich ewentualnych problemów z udziałem w danym przedsięwzięciu z zakresu eliminowania czynników ryzyka.

Wykres 69. Występowanie wśród uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka problemów z udziałem w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=249

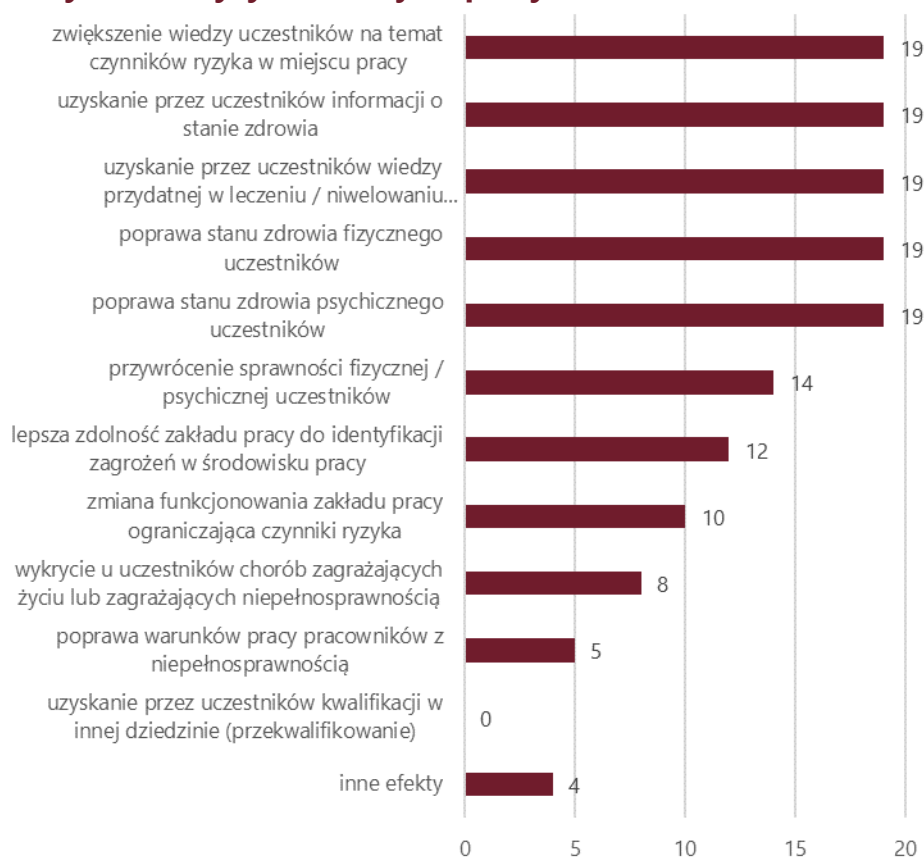
Uczestnicy w zdecydowanej większości nie dostrzegali problemów z udziałem w projekcie. Kilkanaście osób miało trudność z niepasującym terminem realizacji świadczeń oraz z długim czasem oczekiwania na świadczenia. Kilka osób zwracało uwagę na trudności wynikające z dużej odległości miejsca realizacji świadczeń od miejsca zamieszkania. Pojedyncze osoby zwracały uwagę na brak możliwości uzyskania potrzebnych informacji oraz brak możliwości uczestnictwa we wsparciu w formie zdalnej czy utrudniony kontakt z realizatorem projektu.

Uwzględniając więc całość zgromadzonego materiału empirycznego od różnych kategorii interesariuszy stwierdzić należy, że w projektach dotyczących eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy nie występowały istotne problemy z dostępem do wsparcia. Choć w ramach wcześniejszych typów interwencji w Działaniu 5.4 również nie mieliśmy do czynienia ze znaczącą skalą tego rodzaju problemów i omawiane wsparcie nie jest tutaj wyjątkiem, to jednak warto podkreślić, że to co mogło mieć szczególne znaczenie dla

szerokiej dostępności pomocy jest fakt, że wsparcie było oferowane w ramach lub przez zakłady pracy uczestników projektów. Jest to z punktu widzenia uczestnika formuła bardziej przyjazna i dogodna niż projekt z otwartą rekrutacją, który nie jest kierowany do konkretnego pracodawcy.

Kolejnym wątkiem analizy i oceny projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy jest ocena skuteczności i identyfikacja osiągniętych efektów. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące efektów dostrzeganych przez realizatorów projektów.

Wykres 70. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Do najczęściej wskazywanych przez beneficjentów efektów należą:

- zwiększenie wiedzy uczestników na temat czynników ryzyka w miejscu pracy;
- uzyskanie przez uczestników informacji o stanie zdrowia;

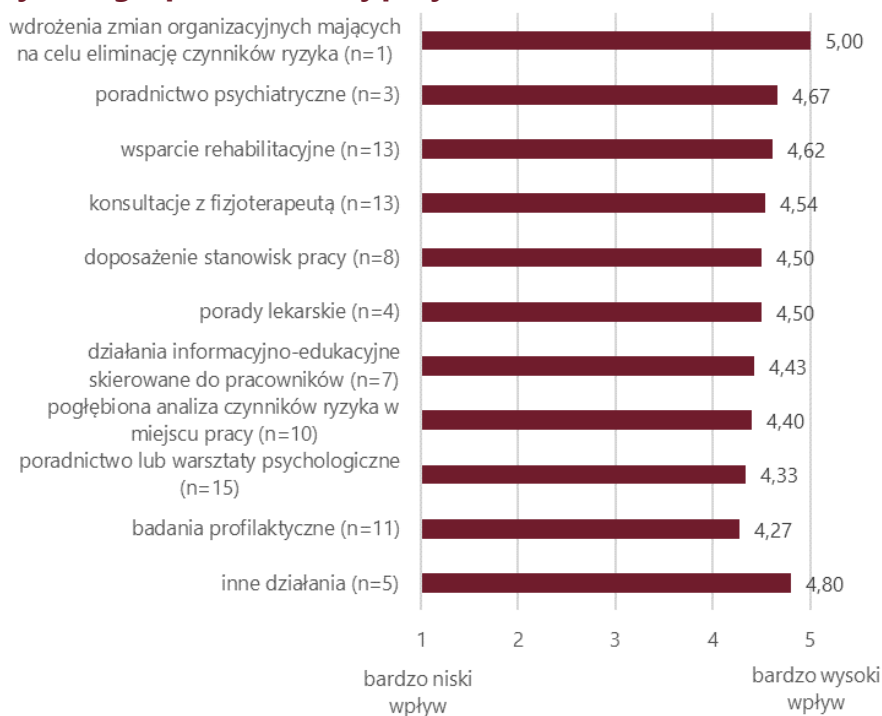
- c) uzyskanie przez uczestników wiedzy przydatnej w leczeniu/niwelowaniu problemów zdrowotnych;
- d) poprawa stanu zdrowia fizycznego uczestników;
- e) poprawa stanu zdrowia psychicznego uczestników.

Powyższe efekty zidentyfikowali w swoich projektach prawie wszyscy beneficjenci (19 z 20). 14 z 20 beneficjentów wskazuje, że ich projekt przyczynił się także do przywrócenia sprawności fizycznej/psychicznej uczestników, a 12 beneficjentów deklaruje, że dzięki projektowi poprawiła się zdolność zakładu pracy do identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy. W przypadku 10 beneficjentów mamy do czynienia z odnotowaniem zmiany funkcjonowania zakładu pracy ograniczającej czynniki ryzyka.

Wśród innych efektów beneficjenci wskazywali na utrzymanie i wydłużenie aktywności zawodowej oraz integrację i wzmocnienie współpracy w zespołach (w wyniku wspólnych zajęć ruchowych), a także wzrost świadomości uczestników w kwestiach zdrowotnych.

Beneficjentów poproszono także o ocenę, w jakim stopniu poszczególne działania projektowe wpłynęły na zniwelowanie czynników ryzyka w grupie docelowej projektu.

Wykres 71. Średnia ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na zniwelowanie czynników ryzyka w grupie docelowej projektu



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; pytanie zadawane w przypadku wskazania na realizację danego rodzaju działania; z analiz wyłączono odpowiedź „trudno powiedzieć”

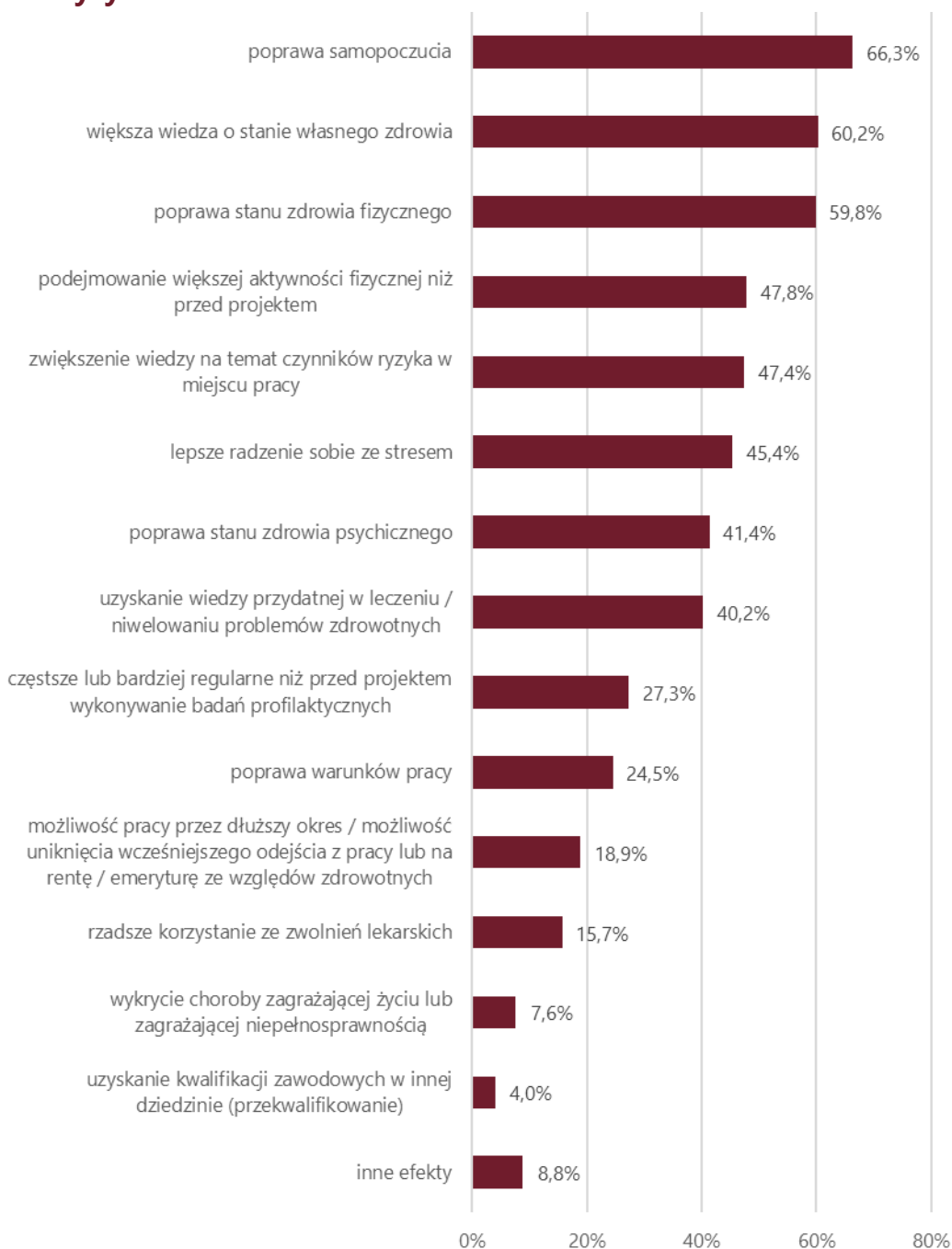
Największy wpływ na zniwelowanie czynników ryzyka w miejscu pracy miało – w opinii beneficjentów – wdrożenie zmian organizacyjnych, a w dalszej kolejności :

- a) poradnictwo psychiatryczne;
- b) wsparcie rehabilitacyjne;
- c) konsultacje z fizjoterapeutą;
- d) doposażenie stanowisk pracy;
- e) porady lekarskie;
- f) działania informacyjno-edukacyjne;
- g) pogłębiona analiza czynników ryzyka w miejscu pracy;
- h) poradnictwo i warsztaty psychologiczne;
- i) badania profilaktyczne.

Generalnie więc, możemy mówić o istotnym znaczeniu i dużym oddziaływaniu właściwie wszystkich form wsparcia, które były stosowane w ewaluowanych projektach. Uzyskane wyniki należy zatem traktować raczej jako argument na rzecz utrzymywania podejścia zakładającego dużą różnorodność instrumentów pomocowych niż wyboru tych form wsparcia, które są w aspekcie skuteczności postrzegane tylko nieznacznie lepiej od pozostałych.

W ramach ewaluacji podjęto także próbę identyfikacji przez samych odbiorców wsparcia efektów uzyskanych dzięki projektom związanym z ograniczeniem problemów zdrowotnych w miejscu pracy. Ich zestawienie przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 72. Efekty uzyskane przez uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; n=249; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Do najczęściej wskazywanych przez uczestników projektów należą następujące efekty:

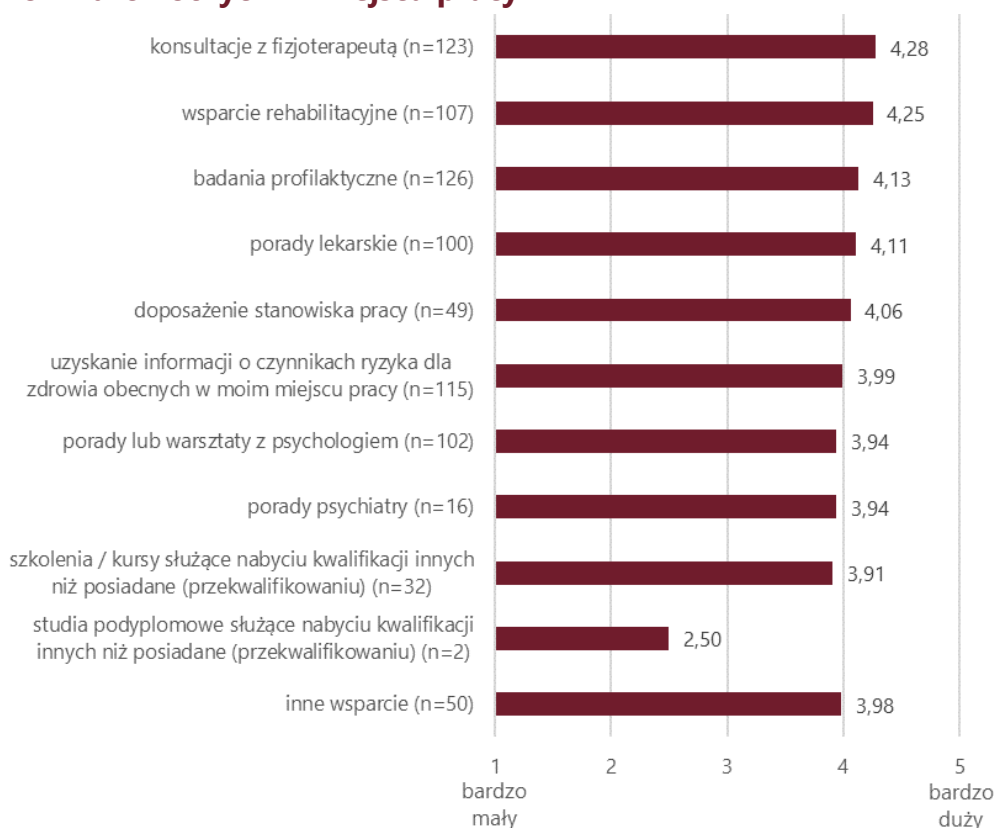
- poprawa samopoczucia (66,3%);
- ułatwienie możliwości wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych (58,1%);

- c) większa wiedza o stanie własnego zdrowia (60,2%);
- d) poprawa stanu zdrowia fizycznego (59,8%).

Blisko połowa uczestników podejmuje większą aktywność fizyczną niż przed projektem (47,8%) oraz deklaruje zwiększenie wiedzy na temat czynników ryzyka w miejscu pracy (47,4%). Ponadto, 45,4% uczestników lepiej radzi sobie ze stresem, a 41,4% odnotowało u siebie poprawę stanu zdrowia psychicznego. Uzyskanie wiedzy przydatnej w leczeniu problemów zdrowotnych deklaruje 40,2% uczestników projektów. Co czwarty uczestnik zauważa efekt w postaci poprawy warunków pracy (24,5%) oraz częściej lub bardziej regularnie wykonuje badania profilaktyczne (27,3%).

Uczestników projektów zapytano także, w jakim stopniu otrzymane wsparcie pomogło w ograniczeniu problemów zdrowotnych w miejscu pracy. Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza, że dany rodzaj wsparcia bardzo mało pomógł, a 5 oznacza, że wsparcie w bardzo dużym stopniu pomogło. Wyniki zaprezentowano na poniższym wykresie.

Wykres 73. Średnia ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektów z eliminowania czynników ryzyka w ograniczaniu problemów zdrowotnych w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; pytanie zadawane osobom, które wskazały na otrzymanie danego rodzaju wsparcia

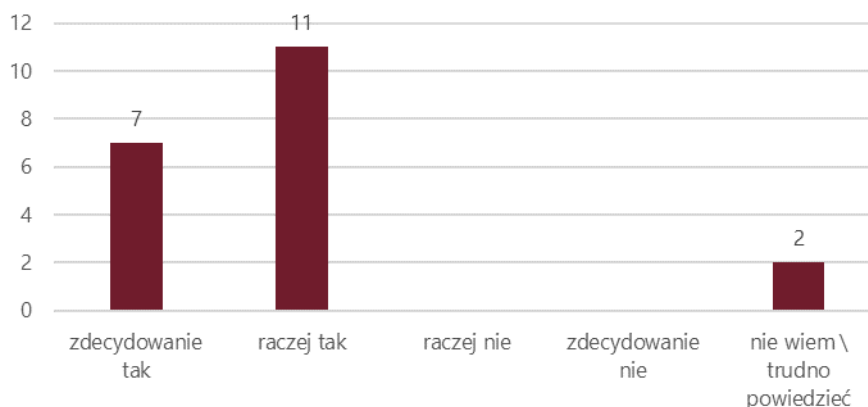
Generalnie, wsparcie otrzymane w ramach projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy oceniono wysoko. Najwyżej ocenionym rodzajem wsparcia są konsultacje z fizjoterapeutą (średnia 4,28) oraz wsparcie rehabilitacyjne (4,25), a w dalszej kolejności – badania profilaktyczne (4,13). Jako najmniej przydatne uczestnicy uznali studia podyplomowe oraz szkolenia i kursy służące przekwalifikowaniu.

Zestawiając powyższe dane z wcześniejszymi wynikami odnoszącymi się również do efektów, ale z perspektywy beneficjentów, okazuje się, że optyka uczestników i realizatorów projektów jest generalnie zbliżona – obie grupy w podobny sposób postrzegają oddziaływanie ewaluowanych przedsięwzięć, gł. przez pryzmat poszerzenia wiedzy na temat stanu zdrowia i zagadnień związanych z profilaktyką zdrowotną w miejscu pracy, oraz poprawy stanu zdrowia fizycznego i psychicznego.

Uwzględniając treść jednego z pytań badawczych dot. efektów interwencji, należy jeszcze w sposób szczegółowy odnieść się do kwestii wpływu wsparcia na wykrywalność chorób potencjalnie zagrażających życiu lub skutkujących niepełnosprawnością. Zgodnie z informacjami udzielonymi przez beneficjentów w ramach badania Mixed-mode, choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością wykryte zostały w 8 z 20 projektów. W pytaniu doprecyzującym o liczbę osób, u których wykryto tego rodzaju choroby połowa badanych przyznała, że nie wie lub nie posiada danych o liczbie osób, u których wykryto choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością. W pozostałych przypadkach wskazywano na liczebności na poziomie 1-2 osób. Według informacji udzielonych przez beneficjentów choroby potencjalnie zagrażające życiu lub skutkujące niepełnosprawnością wykryto łącznie u 6 osób. W konsekwencji działania projektowe przyczyniły się do zwiększenia wykrywalności chorób potencjalnie zagrażających życiu lub skutkujących niepełnosprawnością, lecz biorąc pod uwagę liczbę osób, u których wykryto choroby wpływ ten należy ocenić jako niewielki.

W dalszej części analizy skuteczności wsparcia odniesiono się do wybranych szczegółowych efektów ewaluowanych projektów. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące potencjalnego wpływu wsparcia na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników.

Wykres 74. Ocena występowania wpływu wsparcia na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników objętych działaniami projektowymi z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Zdecydowana większość beneficjentów (18) jest zdania, że ich projekt przyczyni się do wydłużenia aktywności zawodowej pracowników objętych działaniami projektowymi. Co istotne, żaden z beneficjentów nie zakwestionował takiego wpływu, a jedynie pojawiły się dwa przypadki braku jednoznacznej opinii w tej kwestii.

Tych beneficjentów, którzy potwierdzili oddziaływanie projektów na wydłużenie aktywności zawodowej uczestników poproszono dodatkowo o możliwie jak najbardziej precyzyjne określenie kategorii tych uczestników. W poniższej tabeli przedstawiono uzyskane od beneficjentów informacje.

Tabela 9. Kategorie pracowników, w przypadku których możemy spodziewać się wydłużenia aktywności zawodowej dzięki wsparciu otrzymanemu w projekcie

Płeć	Grupa wiekowa (w latach)	Stanowisko / Rodzaj wykonywanej pracy
Kobiety	50 i więcej	Nauczyciele
Kobiety i mężczyźni	40-50	Osoby na stanowiskach biurowych
Kobiety	50 i więcej	Psychiatrzy; Psychoterapeuci; Lekarze; Nauczyciele; Pracownicy biurowi
Kobiety	25-60	Nauczyciele; Konsultanci
Kobiety	40-60	Pracownicy samorządowi
Kobiety	40-49	Pracownicy biurowi
Kobiety	50 i więcej	Pracownicy administracyjno-biurowi
Kobiety	40-60	Fizjoterapeuci; Logopedzi; Pedagodzy; Psychologowie
Kobiety	30-50	Pracownicy socjalni
Kobiety i mężczyźni	30-45	Lekarze stomatolodzy

Płeć	Grupa wiekowa (w latach)	Stanowisko / Rodzaj wykonywanej pracy
Kobiety i mężczyźni	25-60	Pracownicy biurowi; Kierowcy, Pracownicy fizyczni
Kobiety i mężczyźni	30-65	Osoby wykonujące pracę siedzącą
Kobiety i mężczyźni	30-50	Pracownicy biurowi
Kobiety i mężczyźni	29-55	Osoby wykonujące pracę fizyczną; Osoby wykonujące pracę siedzącą; Osoby obciążone sytuacjami stresującymi
Mężczyźni	30 i więcej	Pracownicy fizyczni
Kobiety i mężczyźni	30-50	Pracownicy biurowi
Kobiety	Brak informacji	Personel pielęgniarstwa
Brak informacji	Brak informacji	Pracownicy umysłowi

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami

Analizując powyższe zestawienie znajdujemy, co do zasady, potwierdzenie wcześniej zidentyfikowanej struktury płciowej (dominacja kobiet) oraz wiekowej (osoby w wieku aktywności zawodowej, z różnorodnością reprezentowanych grup wiekowych). Jeśli więc struktura populacji osób, które osiągnęły efekt w postaci wydłużenia aktywności zawodowej okazuje się być zbliżona do wszystkich uczestników projektów, to oznacza to, że osiągnięcie takiego efektu nie ma charakteru ekskluzywnego, dostępnego tylko dla pewnej kategorii uczestników projektów, co ocenić należy zdecydowanie pozytywnie.

Jeśli natomiast chodzi o stanowiska/rodzaj wykonywanej pracy, to tutaj trudno jest stwierdzić, na ile zidentyfikowana struktura odzwierciedla strukturę całej populacji (takie dane nie są bowiem dostępne), natomiast dostrzegalna jest różnorodność wskazań beneficjentów, co również świadczy o dostępności omawianego efektu dla różnych grup zawodowych. Na poziomie najbardziej ogólnym uprawnionym jest wniosek, że efekt wydłużenia aktywności zawodowej obejmuje zarówno osoby pracujące fizycznie, jak i osoby wykonujące pracę biurową (w domyśle – siedzącą).

W badaniu jakościowym podkreślano, że całościowa ocena wpływu omawianej interwencji na wydłużenie aktywności zawodowej nie jest jeszcze możliwa ze względu na to, że jest zbyt wcześnie. Natomiast już sama analiza logiki interwencji sprawia, że osiągnięcie takiego efektu jest bardzo prawdopodobne. Przede wszystkim chodzi tutaj o to, że nastąpił wzrost wiedzy i świadomości, a także wyrobione zostały określone nawyki prozdrowotne, a to powinno zaowocować w przyszłości większą dbałością o swój stan zdrowia, co z kolei powinno przyczynić się do zachowania zdrowia na tyle, by nie następowało zbyt wczesne przerwanie aktywności zawodowej przez daną osobę.

Dodatkowo zwrócono uwagę na fakt, że w ramach prowadzonych badań profilaktycznych dochodziło niekiedy do tego, że diagnozowane były stany chorobowe w różnym stadium zaawansowania, co umożliwiało podjęcie leczenia, a to również może przyczyniać się do wydłużenia aktywności zawodowej dzięki zapobieganiu trwałej lub okresowej absencji powodowanej czynnikami chorobowymi. W tym kontekście bardzo ważne było to, że diagnostyka realizowana w ramach projektów wykraczała poza zakres medycyny pracy. Tym samym katalog potencjalnych problemów zdrowotnych, które można było zidentyfikować w projekcie był znacząco szerszy niż te, które są możliwe do wykrycia w ramach standardowych badań okresowych pracowników.

I wreszcie, podkreślono fakt, iż ewaluowane projekty oddziaływały także na pracodawców, zwiększając poziom ich świadomości na temat czynników ryzyka w miejscu pracy oraz oddziaływania sytuacji zdrowotnej pracowników na dany podmiot. Jeśli pracodawcy będą przekładać ten wzrost świadomości na systematyczne działania o charakterze zbliżonym do wsparcia projektowego, ale realizowanego już np. z własnych środków, to również powinno to wpłynąć pozytywnie na okres aktywności zawodowej pracowników.

Ostatni analizowany aspekt oceny wsparcia w zakresie eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy dotyczył wpływu pandemii COVID-19 i obowiązujących w jej czasie obostrzeń sanitarno-epidemiologicznych na realizację projektów. Respondenci wskazywali przede wszystkim na takie okoliczności jak:

- a) konieczność czasowego zawieszenia/wstrzymania realizacji projektu;
- b) brak możliwości realizacji projektu w ramach zaplanowanego harmonogramu;
- c) brak możliwości realizacji wsparcia w zaplanowanej formie;
- d) pojawienie się ryzyka zakażeń w ramach realizacji zadań projektowych skutkujące koniecznością dokupienia sprzętu służącego ochronie i dezynfekcji, co miało wpływ na modyfikację budżetu projektu;
- e) problem z realizacją wsparcia w postaci badań profilaktycznych wynikający z obaw uczestników o udanie się do placówki medycznej lub przebywania uczestników w izolacji.

Beneficjenci podejmowali w trakcie pandemii COVID-19 następujące działania w celu zapewnienia i utrzymania dostępności do świadczeń oferowanych w projekcie:

- a) zmiana sposobu realizacji wsparcia lub zmiana zaplanowanego wsparcia na takie, które można było zrealizować w czasie pandemii COVID-19 (przede wszystkim: rezygnacja z warsztatów grupowych stacjonarnych na rzecz warsztatów zdalnych; rezygnacja z wyjazdów; prowadzenie konsultacji lekarskich i specjalistycznych w

formule zdalnej; wdrożenie mechanizmów kontaktu na odległość;
zindywidualizowany sposób realizacji świadczeń; zmniejszenie grup zajęciowych;

b) wydłużenie okresu realizacji projektu;

c) zaoferowanie dodatkowego rodzaju pomocy – specjalistyczne wsparcie psychologiczne.

W badaniu jakościowym kwestię wpływu pandemii COVID-19 na realizację projektów dotyczących eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy poddano jeszcze dodatkowo ocenie z perspektywy instytucjonalnej. Pozytywnie oceniono w tym kontekście zastosowanie trybu nadzwyczajnego, który umożliwił uruchomienie dystrybucji wsparcia w relatywnie krótkim czasie i to w formule możliwie najprostszej dla odbiorców pomocy, czyli w formule grantowej.

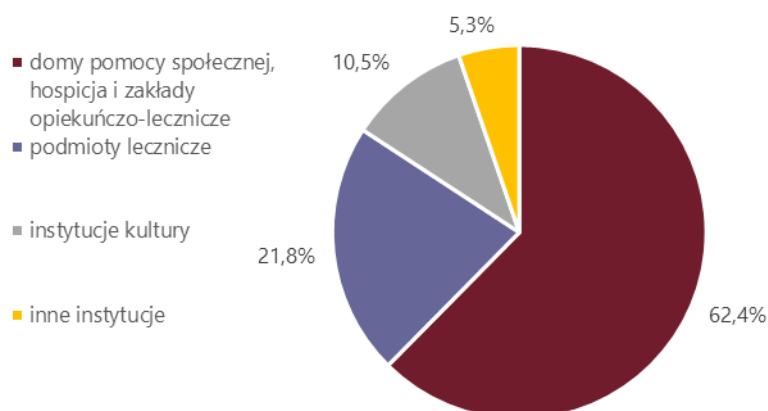
Charakterystyka podjętych działań i osiągniętych efektów w ramach wsparcia dotyczącego poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19

W niniejszej części przeprowadzono analizę odnoszącą się do wsparcia dotyczącego poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19. Uwzględniono przy tym trzy główne zagadnienia badawcze:

- **Struktura populacji podmiotów objętych wsparciem** („Jakie podmioty i ile podmiotów w podziale na typy (m.in. domy pomocy społecznej, podmioty lecznicze, instytucje kultury) zostało wspartych w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19? Ilu i jakich gmin oraz powiatów to dotyczyło?”);
- **Struktura populacji uczestników projektów** („Ilu pracowników w podziale na typy podmiotów zostało objętych wsparciem w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19?”);
- **Charakter i skala podejmowanych działań** („Jakie działania i w jakim zakresie zostały podjęte w projektach RPO WP w celu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 (tryb nadzwyczajny)? Jakiego było ich znaczenie dla poprawy bezpieczeństwa pracy we wspartych podmiotach?”).

Na poniższym wykresie przedstawiono dane odnoszące się do struktury podmiotów wspartych w ewaluowanych projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w warunkach pandemii COVID-19.

Wykres 75. Struktura podmiotów wspartych w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w warunkach pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=133; stan na sierpień 2023

W ramach realizowanej interwencji dominowały wśród podmiotów wspartych domy pomocy społecznej, hospicja i zakłady opiekuńczo-lecznicze, które stanowią aż 62,4% (83 szt.) wszystkich podmiotów objętych wsparciem. Nieco ponad jedna piąta podmiotów (21,8%) to podmioty lecznicze (29 szt.), a co dziesiąty wsparty podmiot (10,5%) to instytucja kultury (14 szt.). Dodatkowo objęto wsparciem 7 innych instytucji (5,3%), z których większość stanowiły jednostki organizacyjne lub podmioty podległe samorządowi województwa.

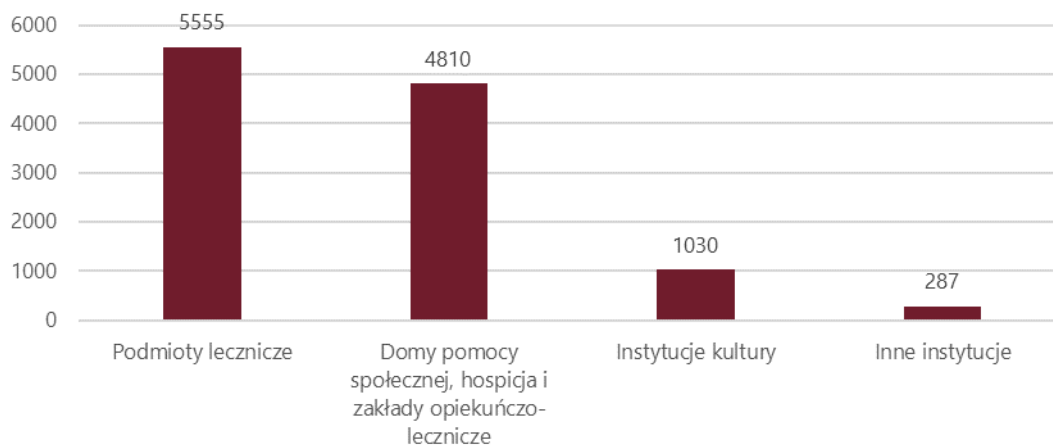
W tym miejscu należy podkreślić, że zidentyfikowana struktura wspartych podmiotów nie ma charakteru przypadkowego lub wynikającego z określonego zapotrzebowania na wsparcie odnoszące się do skutków pandemii w różnych typach podmiotów w woj. pomorskim. Jest to raczej przede wszystkim konsekwencja zakresu projektów dotyczących omawianego rodzaju interwencji i tego, do jakich typów podmiotów interwencja ta była kierowana.

Według informacji przekazanych przez beneficjentów w badaniu Mixed-mode, w ramach poszczególnych kategorii wsparciem w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 objęto następujące liczby pracowników:

- pracownicy domów pomocy społecznej - 2 819 osób;
- pracownicy pomiotów leczniczych - 11 070 osób;
- pracownicy instytucji kultury - 1 530 osób.

O kwestię liczby pracowników objętych wsparciem zapytano także przedstawicieli samych podmiotów objętych wsparciem. Dane przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres 76. Liczba pracowników korzystających z pomocy w podmiotach wspartych w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19

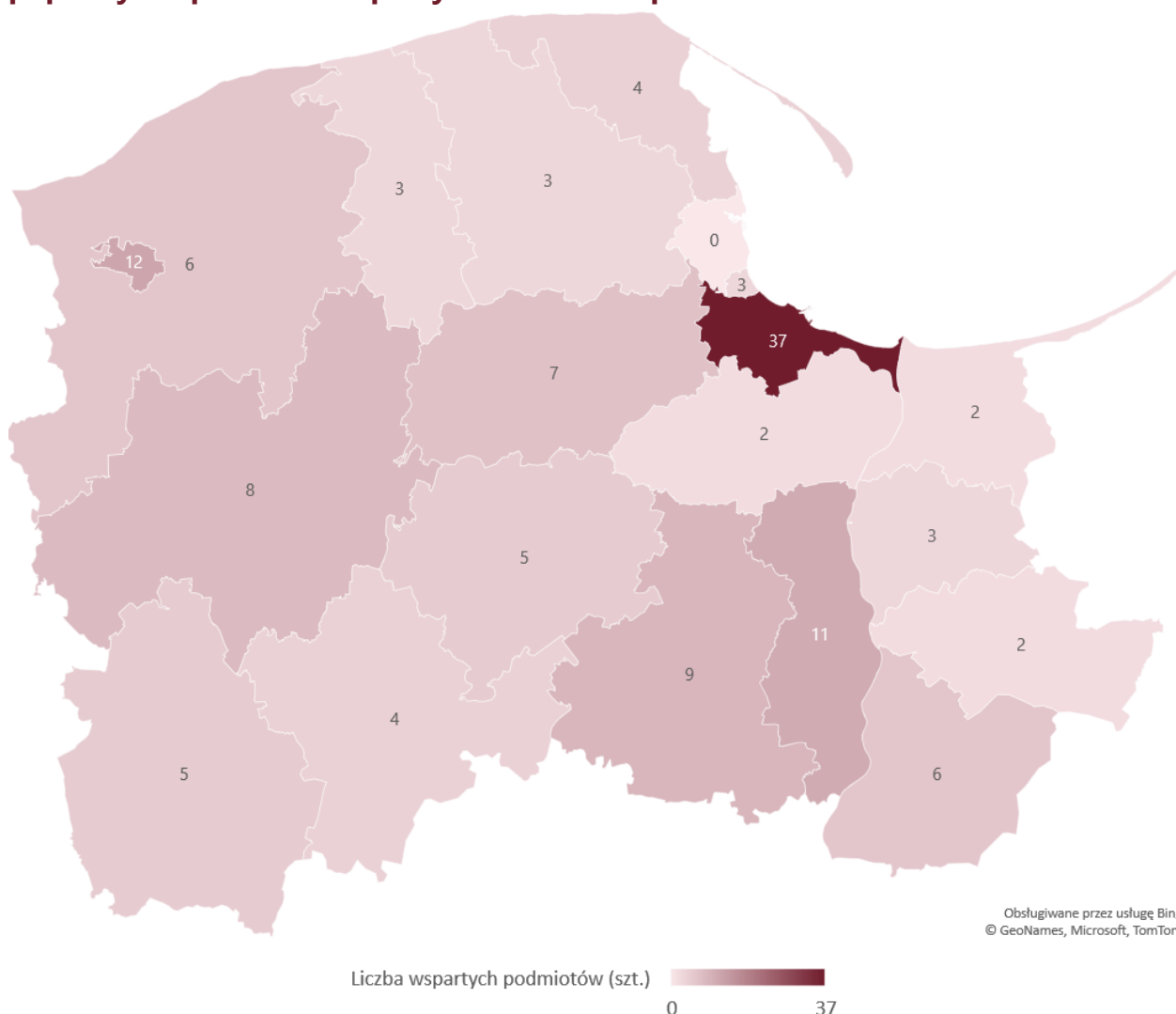


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z podmiotami wspartymi w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19; Podmioty lecznicze - n=24, Domy pomocy społecznej, hospicja i zakłady opiekuńczo-lecznicze - n=69, Instytucje kultury - n=12; Inne instytucje - n=5

W przypadku podmiotów leczniczych – wg deklaracji wspartych podmiotów – wsparciem objęto 5 555 pracowników. Niewiele mniej, bo 4 810 pracowników, skorzystało z pomocy w przypadku domów pomocy społecznej, hospicjów oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych. Wyraźnie mniejsza jest natomiast liczba pracowników, którzy skorzystali ze wsparcia w instytucjach kultury (1 030). Dane te różnią się od przedstawionych wcześniej wskazań beneficjentów projektów, czego powodem może być inny zakres informacji (w badaniu wspartych podmiotów nie wzięli udziału wszyscy przedstawiciele populacji, a beneficjenci w swoich wskazaniach obejmowali całość podjętych działań) czy inny moment czasowy weryfikacji liczby pracowników (beneficjenci mogli sprawdzać liczbę pracowników w pewnym momencie czasowym w przeszłości, natomiast liczba pracowników pochodząca od wspartych podmiotów dotyczy całkowitej liczby pracowników na moment realizacji badania tj. wrzesień 2023, stąd dane te mogą być bardziej aktualne.

Na poniższej mapie przedstawiono z kolei strukturę terytorialną populacji wspartych podmiotów.

Mapa 5. Rozkład terytorialny podmiotów wspartych w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w warunkach pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; n=132; stan na sierpień 2023

Najwięcej podmiotów objętych wsparciem w ramach projektów z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w warunkach pandemii COVID-19 zlokalizowana jest w m. Gdańsk – to aż 37 podmiotów wśród wszystkich 132, które zostały objęte wsparciem. W dużej mierze tak wyraźna dominacja wynika z tego, do jakich podmiotów została skierowana część pomocy i to, że są one skoncentrowane właśnie w stolicy regionu. Dwoma powiatami, w których liczba wspartych podmiotów była relatywnie duża i przekroczyła 10 były: m. Słupsk (12 podmiotów wspartych) i tczewski (11).

Z drugiej jednak strony, wspomniana dominacja m. Gdańska nie oznacza niedostępności pomocy dla podmiotów z innych powiatów – tylko w przypadku m. Gdynia mamy do czynienia z brakiem podmiotów korzystających z omawianego wsparcia. W każdym innym powiecie woj. pomorskiego z pomocy skorzystały przynajmniej po 2 zlokalizowane na

jego obszarze podmioty. Taki stan rzeczy ocenić należy pozytywnie w kontekście tego, że wsparcie dotyczące niwelowania skutków pandemii w powiązaniu z bezpieczeństwem w miejscu pracy nie ma charakteru regionalnie uwarunkowanego – w krytycznych fazach kryzysu pandemicznego pomoc dotycząca radzenia sobie przez różne podmioty ze skutkami pandemii była potrzebna w całym regionie.

Analizę zróżnicowań terytorialnych przeprowadzono także na poziomie gmin. Gminami o największej liczbie wspartych podmiotów okazały się być: m. Gdańsk (37), m. Słupsk (12), Starogard Gdański (9). W gminie Tczew zlokalizowanych jest 5 wspartych podmiotów. W pozostałych gminach liczba podmiotów korzystających z pomocy była mniejsza, dominowała sytuacja, w której daną gminę reprezentował tylko jeden wsparty podmiot. Dotyczyło to następujących gmin: Czarne, Gniewino, Karsin, Kępice, Kobylnica, Krokowa, Nowy Dwór Gdański, Pelplin, Przechlewo, Przodkowo, Pszczółki, Ryjewo, Stegna, Trąbki Wielkie, Żukowo.

Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące zakres działań które były realizowane w projektach Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.

Wykres 77. Zakres działań finansowanych w ramach projektów Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19

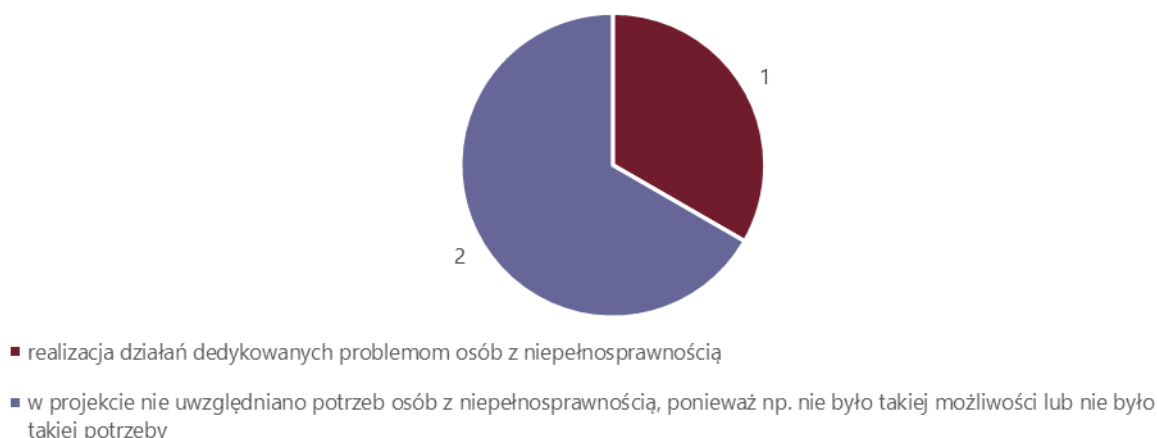


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Wszyscy beneficjenci (3) realizujący projekty dotyczące zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 w ramach projektów dokonali zakupu środków oraz sprzętu do dezynfekcji i dekontaminacji. Dwóch beneficjentów zakupiło środki ochrony indywidualnej, wyposażenie izolatek oraz inny sprzęt lub wyposażenie. Usługi dezynfekcji i dekontaminacji zamówił jeden beneficjent.

Identyfikując działania realizowane w ewaluowanych projektach poddano także weryfikacji kwestię uwzględnienia w przedsięwzięciach potrzeb osób z niepełnosprawnością. Dane odnoszące się do tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 78. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

W 1 z 3 projektów realizowano działania typowo dedykowane problemom zdrowotnym osób z niepełnosprawnością, natomiast w pozostałych 2 projektach zapewniono dostępność dla osób z niepełnosprawnością podczas realizacji działań dedykowanych innym problemom zdrowotnym. W rezultacie więc możemy stwierdzić, w jakiegokolwiek formie potrzeby osób z niepełnosprawnością zostały uwzględnione w każdym z omawianych projektów.

Ze względu na to, że w ramach wsparcia dotyczącego poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 mamy do czynienia tylko z 3 analizowanymi projektami, identyfikacja podejmowanych działań właśnie na poziomie projektowym nie oddaje pełnego obrazu charakteru zrealizowanej interwencji. Konieczne jest tutaj uzupełnienie prowadzonych analiz o perspektywę podmiotów objętych wsparciem. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące tej kwestii.

Wykres 79. Wsparcie otrzymane przez podmioty wsparte w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z podmiotami wspartymi w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19; n=110; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Trzy główne kategorie wsparcia otrzymanego przez badane podmioty to: środki ochrony indywidualnej (taka pomoc trafiła do 80,9% podmiotów), środki do dezynfekcji i dekontaminacji (77,3%) oraz sprzęt do dezynfekcji i dekontaminacji (72,7%). W przypadku ok. 1/3 podmiotów (34,5%) skorzystano z pomocy na wyposażenie izolatek, a 6,4% podmiotów w ramach projektu otrzymało wsparcie w zakresie usług dezynfekcji i dekontaminacji.

Relatywnie duży odsetek badanych (30%) wskazał także na innego rodzaju sprzęt lub wyposażenie. Wskazywano tutaj przede wszystkim na sprzęt i wyposażenie placówek medycznych, a główne kategorie wskazywanego sprzętu i wyposażenia to:

- sprzęt diagnostyczny (np.: termometry, pulsoksymetry, ciśnieniomierze, elektrokardiografy);
- innego rodzaju sprzęt medyczny (np. defibrylatory, koncentratory tlenu, inhalatory, ssaki, sprzęt rehabilitacyjny);
- łóżka szpitalne/rehabilitacyjne, panele przyłóżkowe i materace;
- innego rodzaju sprzęt/wyposażenie (np.: pojemniki segregacyjne, naczynia jednorazowe, namioty, kurtyny, stojaki, wózki, agregaty prądotwórcze).

Beneficjentów realizujących projekty w ramach Poddziałania 5.4.2 służących niwelowaniu negatywnych skutków pandemii COVID-19 poproszono o ocenę, w jakim stopniu poszczególne działania projektowe były dopasowane do potrzeb grupy docelowej wynikających z pandemii COVID-19.

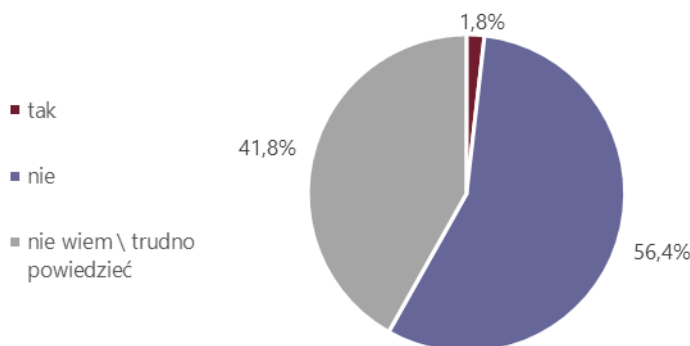
Oceniano na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza bardzo niski stopień dopasowania do potrzeb, a 5 – bardzo wysoki stopień dopasowania do potrzeb wynikających z pandemii COVID-19. Generalnie, w opinii beneficjentów projektów Poddziałania 5.4.2 adekwatność wsparcia została oceniona bardzo wysoko. Wszystkie działania projektowe tj. zakup środków do dezynfekcji i dekontaminacji, zakup sprzętu do dezynfekcji i dekontaminacji, zakup usług dezynfekcji i dekontaminacji, zakup środków ochrony indywidualnej, zakup wyposażenia izolatek oraz zakup innego sprzętu lub wyposażenia oceniono na 5.

W kontekście powyższych ocen adekwatności nie powinno dziwić, że beneficjenci oceniając zrealizowane projekty z perspektywy czasu nie uważają, że w projekcie należałoby wprowadzić zmiany co do jego zakresu lub sposobu realizacji działań w celu zwiększenia bezpieczeństwa pracy w kontekście pandemii COVID-19.

Beneficjenci projektów realizowanych w ramach Poddziałania 5.4.2 nie widzą potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grupy docelowej projektu wynikających z pandemii COVID-19.

Dodatkowym elementem oceny adekwatności są opinie podmiotów korzystających ze wsparcia. Na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące tego, jaka część z nich dostrzega potrzebę zmian lub uzupełnienia zakresu wsparcia w celu jego lepszego dopasowania do potrzeb wynikających z pandemii COVID-19.

Wykres 80. Dostrzeganie potrzeby zmiany lub uzupełnienie zakresu wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb wynikających z pandemii COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z podmiotami wspartymi w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19; n=110

Jak wynika z powyższych danych potrzebę ewentualnych zmian/uzupełnień dostrzega jedynie 1,8% wspartych podmiotów (postulowano w tym przypadku takie zmiany jak: poszerzenie zakresu rzeczowo-finansowego lub dopuszczenie możliwości zaktualizowania zakresu wsparcia w trakcie realizacji zadań finansowanych z otrzymanego grantu).

Pozostałe badane podmioty, albo nie dostrzegają takiej potrzeby (56,4%), albo nie ma w tej kwestii sprecyzowanego zdania (41,8%), choć wydaje się, że w przypadku tej drugiej kategorii również możemy mówić o raczej pozytywnej ocenie adekwatności (gdyby była ona negatywna, wtedy respondenci zapewne wskazywaliby na potrzebę ewentualnych zmian/uzupełnień).

Ostatni aspekt analizy wsparcia odnoszącego się do pandemii COVID-19 dotyczy jego skuteczności. Na poniższym wykresie przedstawiono dane obrazujące, jakiego rodzaju efekty zostały dostrzeżone przez beneficjentów projektów Poddziałania 5.4.2.

Wykres 81. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektach Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3, możliwe było wskazanie więcej niż 1 odpowiedzi

Z efektów uzyskanych dzięki realizacji projektów Poddziałania 5.4.2 beneficjenci najczęściej wskazują poprawę bezpieczeństwa pracy, ograniczenia liczby zakażeń oraz usprawienie działalności wpartych podmiotów.

W ramach ewaluacji podjęto także próbę oceny, w jakim stopniu poszczególne działania projektowe wpłynęły na poprawę bezpieczeństwa pracy we wspartych w ramach Poddziałania 5.4.2 podmiotach. Wszystkie rodzaje działań tj. zakup środków do dezynfekcji i dekontaminacji, zakup sprzętu do dezynfekcji i dekontaminacji, zakup usług dezynfekcji i dekontaminacji, zakup środków ochrony indywidualnej, zakup wyposażenia izolatek oraz zakup innego sprzętu lub wyposażenia oceniono bardzo wysoko (na 5).

Również wsparte podmioty zostały poproszone o wskazanie efektów, jakie udało im się uzyskać dzięki wsparciu z zakresu bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.

Wykres 82. Efekty uzyskane przez podmioty wsparte w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19



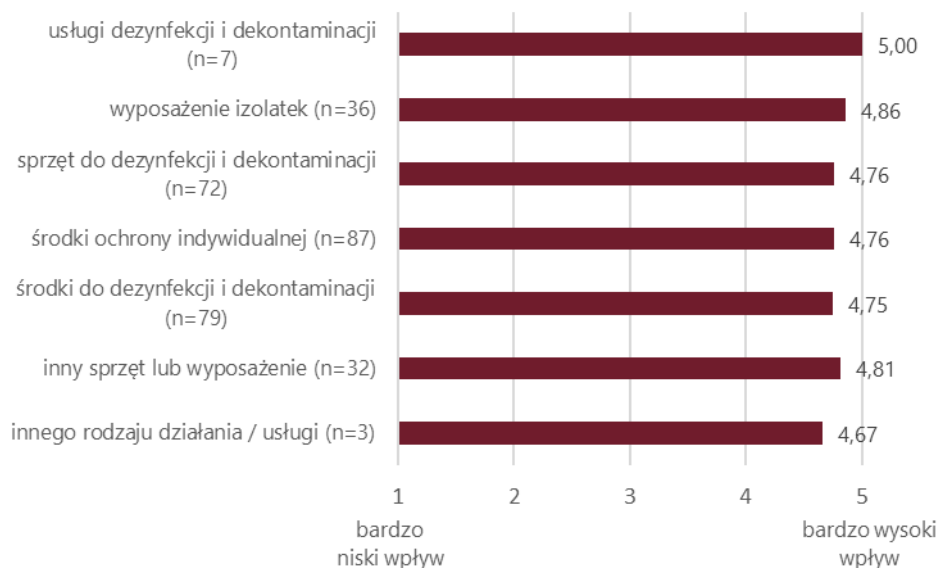
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z podmiotami wspartymi w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19; n=110; pytanie wielokrotnego wyboru, odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Niemalże wszystkie (96,4%) podmioty dostrzegają efekt w postaci poprawy bezpieczeństwa pracy. Nieco mniej, ale nadal jest to wyraźna większość, wskazało na usprawnienie działalności w warunkach pandemii (77,3%) oraz ograniczenie liczby zakażeń wirusem Sars-Cov-2 (76,4%). Mniej więcej połowa (51,8) odnotowała natomiast efekt w postaci ograniczenia liczby zakażeń innymi chorobami zakaźnymi.

Spośród innych wskazywanych przez wsparte podmioty efektów zwracano uwagę na: poprawę lub utrzymanie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych, zwiększenie poczucia bezpieczeństwa pacjentów, możliwość lepszej organizacji pracy, doposażenie podmiotu.

Wsparte podmioty poproszono także o określenie stopnia, w jakim otrzymane wsparcie wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa pracy.

Wykres 83. Średnia ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa pracy we wspartych podmiotach



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z podmiotami wspartymi w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19; n=110; pytanie zadawane w przypadku wskazania na dany rodzaj wsparcia

Bez względu na formę wsparcia mamy do czynienia z przekonaniem o bardzo wysokim wpływie danego elementu na poprawę bezpieczeństwa pracy we wspartych podmiotach. Uprawnia do takiego wniosku fakt, iż choć tylko w przypadku usług dezynfekcji i dekontaminacji respondenci przyznali ocenę maksymalną, to w odniesieniu do żadnej z pozostałych form wsparcia nie przyznano noty niższej niż 4.

Podsumowanie

Według stanu na 30.09.2023 w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy wzięło udział 9 406 osób, wśród których dominowały kobiety (72%), osoby z wyższym wykształceniem (72%) oraz osoby z terenów miejskich (74%). Wsparcie z zakresu eliminowania czynników ryzyka nie ma charakteru populacyjnego, lecz polega na realizacji projektów dedykowanym konkretnym zakładom pracy i zdiagnozowanym w nich problemom i z tego względu struktura pracowników objętych wsparciem nie powinna być oceniana w kontekście adekwatności do choćby struktury ogólnej populacji osób pracujących w województwie. Wśród wspartych podmiotów znalazło się 68 przedsiębiorstw, 27 jednostki samorządu terytorialnego, 26 podmiotów leczniczych, 23 placówki oświatowe (szkoły) oraz 7 organizacji pozarządowych.

We wspartych zakładach pracy zidentyfikowano między innymi następujące czynniki ryzyka, które stanowiły punkt wyjścia do realizacji późniejszych działań projektowych:

- a) siedzący tryb pracy pracowników biurowych; praca w jednej, wymuszonej, pozycji; zła ergonomia stanowisk pracy i niedostosowanie miejsca pracy;
- b) stres; presja czasu; obciążenie psychiczne; przemęczenie; bezsenność; niepokój; nerwowość; problemy z koncentracją; zaburzenia apetytu; problemy pokarmowe; brak poczucia bezpieczeństwa i stabilności zatrudnienia; poczucie wypalenia zawodowego; konflikty w zespole; problemy komunikacyjne;
- c) obciążenie narządu wzroku (długotrwała praca przy ekranie komputera);
- d) obciążenie narządu mowy (długotrwałe mówienie);

W projektach z zakresu eliminacji czynników ryzyka podejmowano przede wszystkim następujące rodzaje działań:

- a) badania profilaktyczne (2155 osób)
- b) konsultacje z fizjoterapeutą (1894 osób).
- c) poradnictwo lub warsztaty psychologiczne (1701 osób),
- d) pogłębiona analiza czynników ryzyka w miejscu pracy (1581 osób)
- e) wsparcie rehabilitacyjne (1522 osób),
- f) porady lekarskie (1366 osób),
- g) działania informacyjno-edukacyjne (836 osób),
- h) doposażenie stanowisk pracy (820 osób).

Zarówno beneficjenci, jak i uczestnicy projektów pozytywnie ocenili adekwatność wsparcia, w czym z pewnością nie bez znaczenia była możliwość dużej indywidualizacji zakresu poszczególnych projektów i ich dopasowania do potrzeb konkretnych zakładów pracy.

Beneficjenci pozytywnie ocenili zgłaszalność do projektów – większość respondentów wskazało, iż jest ona zgodna z założeniami. Z opinii beneficjentów wynika, że do udziału w projektach skłaniała uczestników przede wszystkim atrakcyjna i zróżnicowana oferta wsparcia oraz jego wysoka jakość. Ponadto beneficjenci deklarują, że nie docierały do nich sygnały o problemach z uczestnictwem w projekcie. Nie miał także istotnego znaczenia problem długiego oczekiwania na świadczenia w projektach. Uwzględniając więc całość zgromadzonego materiału empirycznego od różnych kategorii interesariuszy stwierdzić należy, że w projektach dotyczących eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy nie występowały istotne problemy z dostępem do wsparcia.

Do najczęściej wskazywanych przez beneficjentów efektów należą:

- a) zwiększenie wiedzy uczestników na temat czynników ryzyka w miejscu pracy;
- b) uzyskanie przez uczestników informacji o stanie zdrowia;
- c) uzyskanie przez uczestników wiedzy przydatnej w leczeniu/niwelowaniu problemów zdrowotnych;
- d) poprawa stanu zdrowia fizycznego uczestników;
- e) poprawa stanu zdrowia psychicznego uczestników.

Dodatkowo niemal wszyscy beneficjenci przyznali, iż realizowane projekty przełożą się na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników objętych działaniami projektowymi.

Z kolei uczestnicy najczęściej wskazywali na uzyskanie efektów w postaci poprawy samopoczucia, ułatwienia możliwości wzięcia udziału w badaniach profilaktycznych, większej wiedzy o stanie własnego zdrowia oraz poprawy stanu zdrowia fizycznego.

Pandemia COVID-19 i obowiązujące w jej czasie obostrzenia sanitarno-epidemiologiczne miały istotny wpływ na realizację projektów. Zwracano uwagę przede wszystkim na:

- a) konieczność czasowego zawieszenia/wstrzymania realizacji projektu;
- b) brak możliwości realizacji projektu w ramach zaplanowanego harmonogramu;
- c) brak możliwości realizacji wsparcia w zaplanowanej formie;
- d) pojawienie się ryzyka zakażeń w ramach realizacji zadań projektowych skutkującego koniecznością dokupienia sprzętu służącego ochronie i dezynfekcji, co miało wpływ na modyfikację budżetu projektu;
- e) problem z realizacją wsparcia w postaci badań profilaktycznych wynikający z obaw uczestników o udanie się do placówki medycznej lub przebywania uczestników w izolacji.

W ramach Poddziałania 5.4.2 realizowano 3 projekty dotyczące poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19. W jej ramach wsparte zostały 133 podmioty. Większość z nich stanowiły domy pomocy społecznej, hospicja i zakłady opiekuńczo-lecznicze, lecz wspierano również podmioty lecznicze i instytucje kultury. Najwięcej – 37 wspartych podmiotów znajdowało się na terenie m. Gdańska, w pozostałych powiatach liczba wspartych podmiotów jest zdecydowanie mniejsza.

Według informacji przekazanych przez beneficjentów w badaniu Mixed-mode, w ramach poszczególnych kategorii wsparciem w zakresie poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 objęto następujące liczby pracowników:

- pracownicy domów pomocy społecznej - 2 819 osób;

- pracownicy pomiotów leczniczych - 11 070 osób;
- pracownicy instytucji kultury - 1 530 osób.

Projekty dotyczące zwalczania/przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 skupiały się na zapewnieniu środków oraz sprzętu do dezynfekcji i dekontaminacji, środków ochrony indywidualnej oraz wyposażenie izolatek.

Beneficjenci oraz wsparte podmioty wysoko oceniły adekwatność wsparcia do potrzeb. Rzadko dostrzegano również potrzebę zmiany lub rozszerzenia zakresu projektów.

Najważniejszymi efektami projektów dostrzeganymi przez beneficjentów i wsparte podmioty są poprawa bezpieczeństwa pracy, ograniczenie liczby zakażeń oraz usprawnienie działalności wpartych podmiotów.

OCENA SYNTETYCZNA REALIZACJI CELÓW WSPARCIA W RAMACH PI 8vi RPO WP

W tym podrozdziale dokonano analizy i oceny: stopnia realizacji założonych celów, trafności i efektywności preferencji projektowych oraz trwałości efektów realizowanego wsparcia.

Stopień realizacji założonych celów

W ramach niniejszej części udzielono odpowiedzi na pytanie badawcze: „Jaki jest/będzie poziom realizacji założonych celów RPO WP zdefiniowanych w opisie Programu w ramach celów szczegółowych, rezultatów, wskaźników programowych i ukierunkowania interwencji w PI 8vi? Jakie czynniki go determinują?”.

Po pierwsze, poddano ocenie stan realizacji wskaźników produktu w ramach PI 8vi.

Tabela 10. Stan realizacji wskaźników produktu w ramach PI 8vi RPO WP

Nazwa wskaźnika produktu [jednostka pomiaru]	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (wrzesień 2023)	Osiągnięty % wartości docelowej	Prognozowana wartość na podstawie umów	Prognozowany % wartości docelowej na podstawie umów
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS [os.]	48 500	76 509	158%	81 118	167%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców [szt.]	2	3	150%	2	100%
Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 [os.]	3 018	14 431	478%	8 839	293%
Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie	113	134	119%	161	142%

Nazwa wskaźnika produktu [jednostka pomiaru]	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (wrzesień 2023)	Osiągnięty % wartości docelowej	Prognozowana wartość na podstawie umów	Prognozowany % wartości docelowej na podstawie umów
zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 [szt]					
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 [EUR] ¹¹	1 880 000	7 693 823	427%	9 011 773	501%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023 r.

Wszystkie pięć analizowanych wskaźników produktu w ramach 8vi ma na podstawie zapisów umów prognozowany poziom wartości docelowej powyżej docelowych założeń. Ponadto już według stanu na wrzesień 2023 roku wartości wskaźników we wszystkich przypadkach przekraczały granicę 100%. Jeśli chodzi o znane już od września 2023 roku przekroczenia wartości docelowych, to najbardziej są one widoczne w przypadku wskaźnika Liczba osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 [os.], dla którego identyfikuje się 478% osiągnięcia wartości docelowej. Co ciekawe jest to jednocześnie jedyny wskaźnik, dla którego prognoza jest niższa wartość z września roku 2023 (293%). Dla kontrastu tych danych warto wspomnieć, że najniższe wartości osiągnięte (119%) i jednocześnie prognozowane (142%) dotyczą wskaźnika Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 [szt].

Po drugie, przedstawiono stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 8vi.

Tabela 11. Stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 8vi RPO WP

Nazwa wskaźnik rezultatu [jednostka pomiaru]	Wartość bazowa RPO WP (rok)	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (rok)	Wartość prognozowana (2023)
Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie [os.]	40% (2011)	45%	16% (2023)	26%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się	30% (2013)	40%	98% (2023)	98%

¹¹Przeliczono na EUR po kursie 1 EUR = 4,6343 PLN

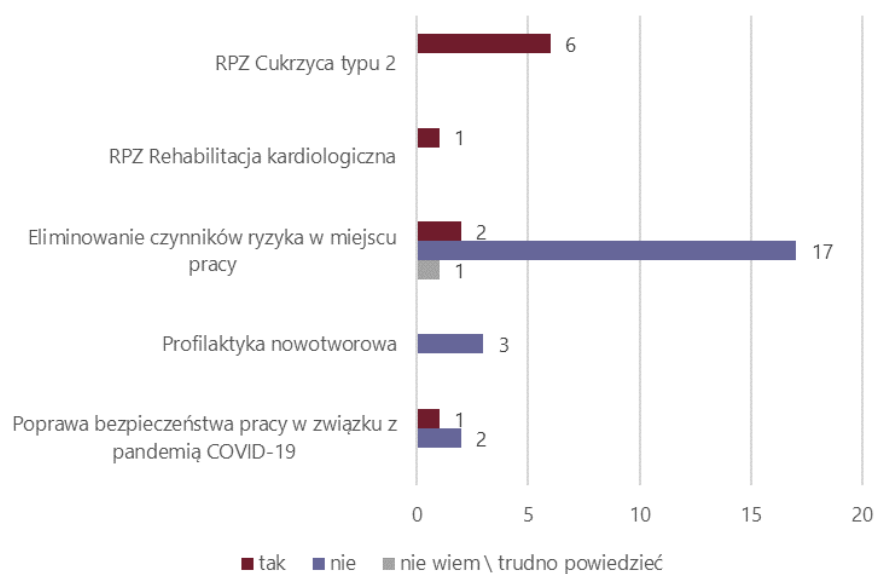
Nazwa wskaźnik rezultatu [jednostka pomiaru]	Wartość bazowa RPO WP (rok)	Wartość docelowa RPO WP (2023)	Wartość osiągnięta (rok)	Wartość prognozowana (2023)
na badanie profilaktyczne [os.]				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych SL2014; stan na 30.09.2023 r.

Dwa analizowane w badaniu wskaźniki rezultatu PI 8vi cechuje odmienny obraz. W przypadku wskaźnika Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie [os.] mamy do czynienia z prognozowanym spadkiem wartości względem wartości bazowej, która wynosiła 40% (przy docelowej wartości 45%), a zarówno w przypadku osiągniętych rezultatów oraz prognozowanych identyfikuje się odpowiednio 16% i 26%. Odmienna sytuacja ma miejsce w przypadku wskaźnika Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne [os.], wobec którego prognozowano wzrost o 10 p. proc. (z 30% na 40%), a ostatecznie wzrost we wrześniu 2023 roku w stosunku do wartości bazowej wyniósł 68 p. proc. (przy osiągniętej i prognozowanej wartości na poziomie 98%). W przypadku tego wskaźnika wzrost rezultatów oznacza ponad sześciokrotnie lepszy wynik niż prognozowano.

Z powyższej analizy wynika, że większości wskaźników dotyczących PI 8vi nie dotyczy problem nieosiągnięcia wartości docelowych. Niemniej jednak beneficjentów poproszono o wskazanie, czy w trakcie realizacji projektów mieli oni problemy z realizacją założonych wartości docelowych wskaźników. Dane dotyczące tej kwestii przedstawiono poniżej.

Wykres 84. Występowanie problemów z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; RPZ Cukrzyca typu 2 - n=6, RPZ Rehabilitacja kardiologiczna - n=1, Eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy - n=20, Profilaktyka nowotworowa - n=3, Poprawa bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 - n=3

Jak się okazuje, występowanie problemów w osiągnięciu wartości docelowych wskaźników jednak miało miejsce. W relatywnie największym stopniu dotyczyło to projektów w ramach których wdrażano oba RPZ, gdzie na występowanie problemów w osiągnięciu wartości docelowych wskaźników wskazali wszyscy beneficjenci.

W przypadku RPZ Rehabilitacja kardiologiczna problemy z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników dotyczyły wskaźników:

- Liczba pacjentów, którzy ukończyli projekt zgodnie z zaplanowaną ścieżką (w tym przypadku długi okres uczestnictwa w projekcie i pandemia COVID-19 wpłynęły na większą niż zakładano liczbę rezygnacji pacjentów, często na ostatnim etapie, tj. w ramach badań końcowych);
- Liczba pacjentów po COVID-19, którzy skorzystali z programu (tutaj problemem było to, że wielu pacjentów nie przyznawało się podczas rekrutacji, że chorowali na COVID-19, a dane dotyczące takiego zachorowania w ramach Indywidualnego Konta Pacjenta były po upływie określonego czasu usuwane).

Co się tyczy RPZ Cukrzyca typu 2 to w tym przypadku wskazywano przede wszystkim: na problemy ze zgłaszalnością, która okazała się mniejsza niż zakładano (wskazywano tutaj na nierealistyczne założenia dotyczące skali objęcia mieszkańców województwa badaniami przesiewowymi); negatywne oddziaływanie pandemii COVID-19 na poziom zainteresowania i uczestnictwa w projekcie; rezygnacje uczestników z partycypacji w

projekcie na różnych jego etapach, które spowodowane były m.in. długim zaplanowanym okresem uczestnictwa w projekcie; niski poziom wycen stawek dla poszczególnych świadczeń medycznych.

W badaniu jakościowym generalnie potwierdzono najważniejsze spośród powyżej wskazanych czynniki oddziałujące na stopień realizacji celów akcentując przede wszystkim takie elementy jak:

- mniejszy poziom zainteresowania wsparciem niż planowano (szczególnie w ramach RPZ Cukrzyca typu 2), częściowo uwarunkowany niskim ogólnym poziomem świadomości społecznej w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- brak bezpośredniego oddziaływania wsparcia na sytuację zatrudnieniową uczestników, co czyniło nieadekwatnym wskaźnik: „Liczba osób, które podjęły lub kontynuowały zatrudnienie”;
- konieczność uwzględnienia specyfiki oddziaływania w obszarze zdrowia i profilaktyki zdrowotnej ze względu na relatywnie długi czas ujawniania się efektów (szczególnie jeśli chodzi o efekt w postaci wydłużenia aktywności zawodowej).
- pozytywna ocena efektywności wsparcia potwierdzona poziomem realizacji wskaźników postępu rzeczowego w stosunku do stopnia kontraktacji.

Trafność i efektywność preferencji projektowych

W niniejszej części poddano analizie kwestie trafności i efektywności preferencji projektowych, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie badawcze: „Na ile trafne i efektywne okazały się zastosowane w RPO WP preferencje projektowe?”.

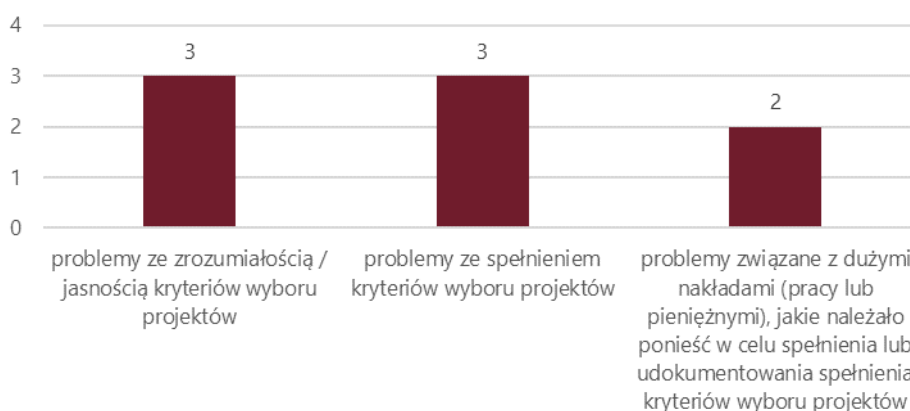
Jeśli chodzi o RPZ Cukrzyca typu 2, to – generalnie – na etapie aplikowania o wsparcie beneficjenci realizujący projekty dotyczące tego rodzaju interwencji nie mieli problemów ani trudności ze zrozumiałością i jasnością kryteriów wyboru projektów, czy spełnieniem kryteriów wyboru projektów. Nie natrafili także na problemy związane z dużymi nakładami (pracy lub pieniężnymi), jakie należało ponieść w celu spełnienia lub udokumentowania spełnienia kryteriów wyboru projektów.

Beneficjentowi realizującemu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna trudno było w badaniu ewaluacyjnym ocenić, czy miał on problem ze zrozumiałością i jasnością kryteriów wyboru projektów czy spełnieniem kryteriów wyboru projektów, ani czy natrafił na problemy związane z dużymi nakładami (pracy lub pieniężnymi), jakie należało ponieść w celu spełnienia lub udokumentowania spełnienia kryteriów wyboru projektów.

W przypadku beneficjentów realizujących projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej nie potwierdzili oni, że na etapie aplikowania mieli problemy lub trudności ze zrozumiałością i jasnością kryteriów wyboru projektów czy spełnieniem kryteriów wyboru projektów. Nie natrafili także na problemy związane z dużymi nakładami (pracy lub pieniężnymi), jakie należało ponieść w celu spełnienia lub udokumentowania spełnienia kryteriów wyboru projektów.

Jeśli chodzi o realizatorów projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy, to na poniższym wykresie przedstawiono dane dotyczące ewentualnego występowania problemów na etapie aplikowania o wsparcie.

Wykres 85. Występowanie problemów na etapie aplikowania o wsparcie z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=20

Generalnie, na etapie aplikowania o wsparcie większość beneficjentów nie miała problemów ani trudności ze zrozumiałością i jasnością kryteriów wyboru projektów czy spełnieniem kryteriów wyboru projektów. Problemy ze zrozumiałością kryteriów wyboru projektów dotyczyły 3 beneficjentów i odnosiły się do trudności ze zrozumieniem sposobu oceny, podobnie problemy ze spełnieniem tych kryteriów (głównie kryterium dot. grup defaworyzowanych). Większość beneficjentów nie natrafiła także na problemy związane z dużymi nakładami (pracy lub pieniężnymi), jakie należało ponieść w celu spełnienia lub udokumentowania spełnienia kryteriów wyboru projektów. Dwóch beneficjentów przyznaje, że borykało się z tego typu problemami. Były one związane z tym, że przeprowadzenie analizy środowiska pracy, aby wniosek zakładał dane faktyczne, które mają ulec poprawie w obszarze fizycznej siedziby został uznany za obszar trudny do zdefiniowania wprost i beneficjent musiał w tej sytuacji korzystać ze wsparcia specjalistycznego. Ponadto, problemem okazał się czas na napisanie projektu i konieczność zaangażowania osób podczas opracowywania diagnozy.

Beneficjenci realizujący projekty dotyczące pandemii COVID-19 nie mieli problemów ani trudności ze zrozumiałością i jasnością kryteriów wyboru projektów czy spełnieniem kryteriów wyboru projektów. Nie natrafili także na problemy związane z dużymi nakładami (pracy lub pieniężnymi), jakie należało ponieść w celu spełnienia lub udokumentowania spełnienia kryteriów wyboru projektów.

W badaniu jakościowym potwierdzono stan rzeczy wyłaniający się z powyższej analizy, tj. relatywny brak problemów odnoszących się do stosowanych kryteriów wyboru projektów. Zwracano uwagę, że jeśli takie problemy się pojawiały, to były one rozwiązywane poprzez ewentualne wyjaśnienia lub doprecyzowanie podejścia stosowanego w ocenie (co miało

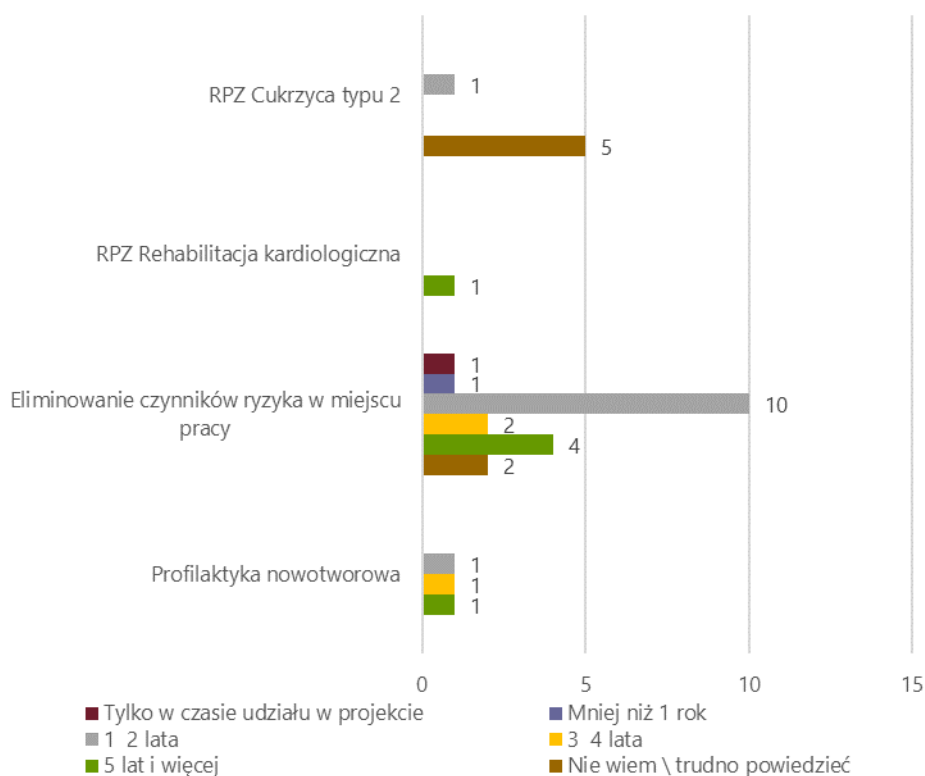
miejsce w odniesieniu do kryteriów dotyczących komplementarności, potencjału finansowego partnera, czy kwestii pomocy publicznej).

Trwałość efektów realizowanego wsparcia

W ramach niniejszej części dokonano analizy zagadnienia trwałości efektów realizowanego wsparcia, udzielając tym samym odpowiedzi na pytanie badawcze: „Na ile trwałe będą efekty realizacji projektów RPO WP?”.

W pierwszej kolejności przedstawiono dane dotyczące postrzegania kwestii trwałości efektów projektów przez beneficjentów (ale chodzi w tym przypadku o trwałość efektów dla uczestników).

Wykres 86. Ocena przez beneficjentów czasu, przez który uzyskane efekty odczuwane będą przez uczestników



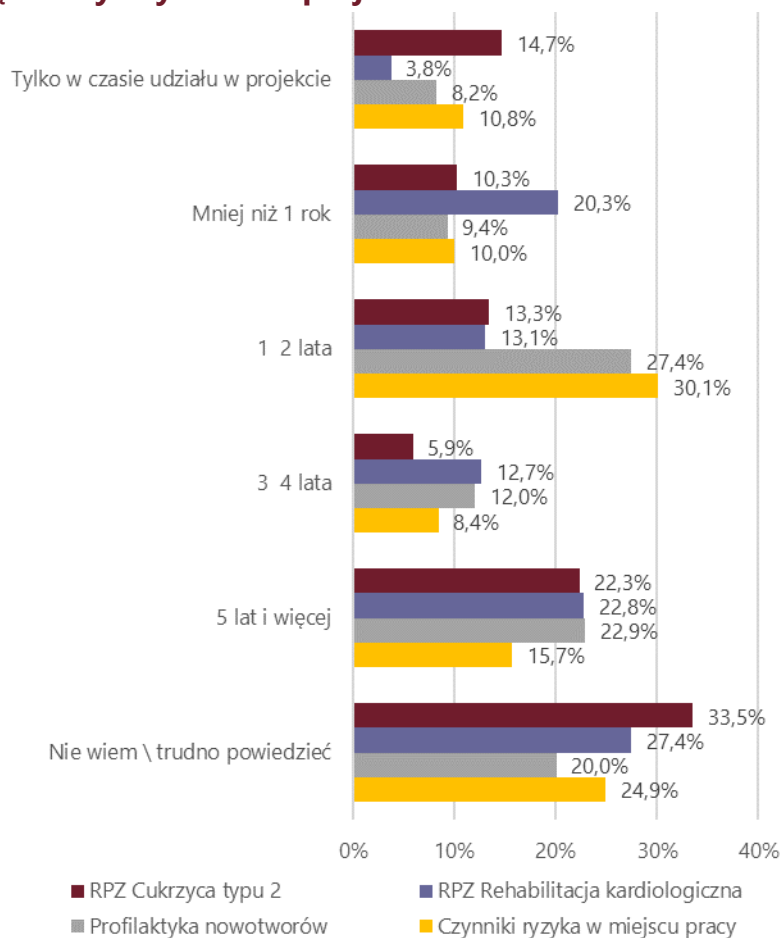
Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; RPZ Cukrzyca typu 2 - n=6, RPZ Rehabilitacja kardiologiczna - n=1, Eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy - n=20, Profilaktyka nowotworowa - n=3

Jak wynika z powyższych danych, beneficjenci w sposób bardzo zróżnicowany antycypują trwałość efektów dla uczestników projektów. W przypadku RPZ Cukrzyca typu 2 dominuje brak jednoznacznego przekonania co do okresu trwałości efektów – jedyna sprecyzowana deklaracja wskazuje na trwałość wynoszącą 1-2 lat. Jeśli chodzi o RPZ Rehabilitacja

kardiologiczna, to wskazano na relatywnie długi okres antycypowanej trwałości – 5 lat i więcej. Wśród beneficjentów realizujących projekty dotyczące eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy dominuje (jest to opinia połowy realizatorów projektów) przekonanie o tym, iż efekty będą odczuwane przez respondentów przez okres 1-2 lat. Z kolei beneficjenci realizujący projekty dotyczące profilaktyki nowotworowej byli bardzo zróżnicowani w swoich opiniach – każdy z nich inaczej antycypuje trwałość efektów dla uczestników.

Uwzględniając powyższe rozproszenie opinii beneficjentów, szczególnie istotne jest wzięcie pod uwagę tego, jak sami uczestnicy postrzegają czas, przez który będą wg nich odczuwane efekty projektów, w których brali udział. Dane dotyczące tej kwestii zaprezentowano poniżej.

Wykres 87. Przewidywany przez uczestników projektów czas, przez który odczuwane będą efekty uzyskane w projekcie

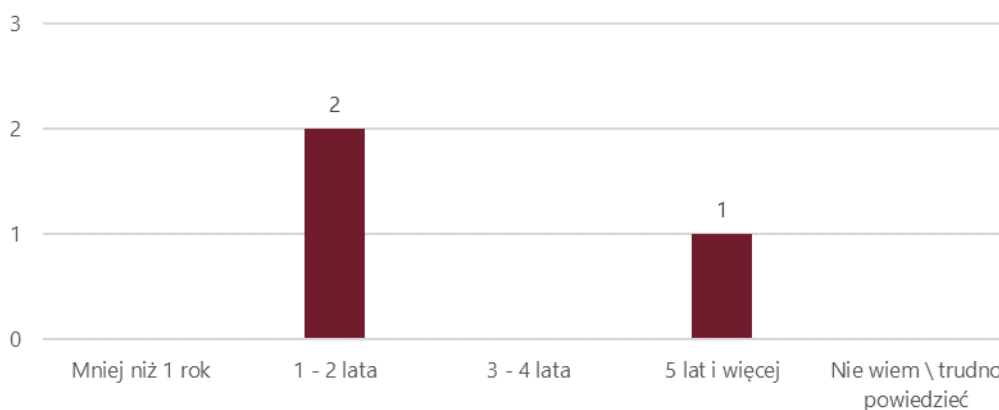


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z uczestnikami projektów; RPZ Cukrzyca typu 2 - n=457, RPZ Rehabilitacja kardiologiczna - n=237, Profilaktyka nowotworów - n=449, Czynniki ryzyka w miejscu pracy - n=249

Okazuje się, że wśród uczestników również występuje pewna trudność w ocenie trwałości uzyskanych w ewaluowanych projektach efektów, na co wskazują relatywnie duże odsetki respondentów, którzy nie potrafili określić, jak długo odczuwać będą rzeczony efekty. Jeśli jednak już takie sprecyzowane przewidywania się pojawiały, to w przypadku dwóch rodzajów interwencji (RPZ Rehabilitacja kardiologiczna i RPZ Cukrzyca typu 2) dominują – na poziomie nieco ponad jednej piątej badanych – uczestnicy dostrzegający potencjał długiej trwałości, tj. wynoszącej 5 lat i więcej. W podobnej skali na tę najdłuższą trwałość wskazywali uczestnicy projektów z obszaru profilaktyki nowotworowej, ale w przypadku akurat tej formy wsparcia dominowali respondenci oceniający trwałość efektów na 1-2 lata (tak uważa 27,4% uczestników projektów dot. profilaktyki nowotworowej). Jeśli natomiast chodzi o uczestników projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy, to w ich przypadku odsetek osób przekonanych o długim okresie trwałości był już zauważalnie niższy (15,7%), przy wyraźnej dominacji uczestników, którzy uważają, że efekty wsparcia będą odczuwać przez 1-2 lata (30,1% wskazań).

Beneficjentów projektów Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19 poproszono z kolei o określenie, jak długo efekty wsparcia odczuwać będą wsparte podmioty.

Wykres 88. Ocena przez beneficjentów czasu, przez który uzyskane efekty odczuwane będą przez podmioty wsparte w ramach projektów Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19

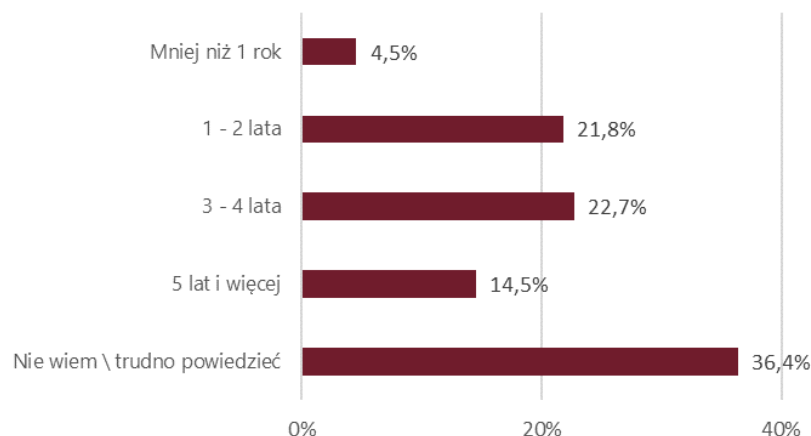


Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z beneficjentami; n=3

Spośród 3 badanych beneficjentów 2 wskazało, że wsparte podmioty będą odczuwać efekty przez okres 1-2 lat, natomiast 1 beneficjent szacuje tę trwałość na okres 5 lat i więcej.

By zweryfikować powyższe prognozy beneficjentów o ocenę trwałości poproszono też przedstawicieli wspartych podmiotów.

Wykres 89. Przewidywany przez wsparte podmioty czas, przez który odczuwane będą efekty uzyskane w projekcie



Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania Mixed-mode z podmiotami wspartymi w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19; n=110

Wśród sprecyzowanych opinii wspartych podmiotów na temat okresu odczuwania efektów projektów dominują dwojakiemu rodzaju przekonania: o trwałości wynoszącej 3-4 lata (22,7% wskazań) oraz 1-2 lata (21,8% wskazań). Na najdłuższy – wynoszący 5 lat i więcej – okres wskazało 14,5% badanych podmiotów, a na okres najkrótszy (mniej niż 1 rok) tylko 4,5%.

Kwestię trwałości efektów podejmowano także w badaniu jakościowym, gdzie zwrócono uwagę przede wszystkim na takie związane z nią uwarunkowania:

- ujawnianie się – w ramach projektów dotyczących RPZ – potencjalnych problemów z trwałością efektów już na etapie realizacji (chodzi o rezygnację uczestników w trakcie zaplanowanej dla nich „ścieżki” wsparcia – nieobjęcie takich osób całym przewidzianym pakietem pomocowym ogranicza późniejszą trwałość efektów, np. przy skorzystaniu tylko ze wsparcia diagnostycznego, bez pomocy edukacyjnej);
- pozytywny wpływ działań edukacyjnych, szkoleniowych i uświadamiających na utrzymanie trwałości efektów wsparcia;
- pojawianie się sygnałów od uczestników projektów, że po zakończeniu udziału w projekcie kontynuują np. rozpoczętą dzięki projektowi aktywność fizyczną, czy utrzymują zalecenia dotyczące diety.
- konieczność upływu większej ilości czasu dla realnej oceny trwałości osiągniętych efektów, przy jednoczesnej trudności w precyzyjnym określeniu trwałości efektów

wsparcia ze względu na brak monitoringu rzeczywistych zmian np. w praktykach żywieniowych, aktywności fizycznej, czy w monitorowaniu stanu zdrowia uczestników w dłuższej perspektywie czasowej.

Uwzględniając całość wyników powyższych analiz, należy przede wszystkim podkreślić trzy aspekty. Po pierwsze, w odniesieniu do większości kategorii interesariuszy oraz obszarów wsparcia występuje problem z precyzyjnym oszacowaniem trwałości efektów wsparcia. Oznacza to, że poszczególni interesariusze w dużej mierze nie oceniają udzielanego wsparcia przez pryzmat jego trwałości, stąd trudność jednoznacznego oszacowania rzeczowej trwałości. Jednocześnie, nie sposób nie zauważyć, że trudność w jednoznacznej ocenie częściowo wynika z tego, jakiego rodzaju wsparcie było udzielane uczestnikom. W większości przypadków współwystępowały bowiem ze sobą elementy pomocy i przypisane do nich efekty, które miały charakter krótkotrwały (diagnostyka) i takie, których trwałość jest potencjalnie większa (wsparcie edukacyjne zakładające potencjalną zmianę behawioralną).

Po drugie, w kontekście oceny trwałości efektów interwencji nie można abstrahować od faktu, że tylko częściowo jest ona rezultatem działań podejmowanych w ramach realizowanych projektów. W dużej mierze, jest ona zależna od motywacji i predyspozycji indywidualnych uczestników. Interwencja o charakterze profilaktycznym może oczywiście wzmacniać trwałość (np. poprzez wsparcie edukacyjne lub inicjowanie zmiany behawioralnej jeszcze w trakcie trwania projektu), ale jej nie gwarantuje.

Po trzecie, podkreślić należy, że skoro – jak wskazano powyżej – różne formy oferowanego wsparcia cechuje zróżnicowana skala oddziaływania na poziom trwałości efektów, to szczególnego znaczenia w przyszłości nabierają działania w zakresie ograniczenia skali rezygnacji uczestników projektów w trakcie trwania przedsięwzięć. Chodzi bowiem o to, że z punktu widzenia trwałości kluczowe jest otrzymanie pełnego zaplanowanego pakietu pomocy, nie zaś jego pojedynczych elementów, które mogą nie zapewnić oczekiwanej trwałości.

Podsumowanie

Stopień realizacji większości wskaźników produktu przypisanych do PI 8i RPO WP znacznie przekracza założoną wartość docelową. W przypadku wskaźników rezultatu mamy do czynienia ze znacznie przekraczającą oczekiwania realizacją wskaźnika „Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne”, lecz w przypadku wskaźnika „Liczba osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie [os.]” osiągnięte rezultaty nie są zadowalające, ponieważ

zamiast spodziewanego wzrostu o 5 p. proc. przewidywany jest spadek o 14 p. proc w stosunku do wartości bazowej.

Beneficjenci opisując problemy związane z osiągnięciem założonych wartości docelowych wskaźników odnosili się przede wszystkim do problemu rezygnacji uczestników z udziału w projektach, mniejszej niż oczekiwana zgłaszalności oraz negatywnego oddziaływania pandemii COVID-19.

W zasadzie wyłącznie beneficjenci projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy mieli jakiegokolwiek problemy dotyczące kryteriów wyboru projektów, choć również w tej grupie występują one rzadko. Problemy ze zrozumiałością kryteriów wyboru projektów odnosiły się do trudności ze zrozumieniem sposobu oceny, podobnie problemy ze spełnieniem tych kryteriów (głównie kryterium dot. grup defaworyzowanych). Problemy ze spełnieniem kryteriów dotyczyły również przeprowadzenia analizy środowiska pracy – beneficjent musiał skorzystać ze specjalistycznego wsparcia, by prawidłowo przeprowadzić taką analizę dla siedziby swojego podmiotu. Ponadto, problemem okazał się czas na napisanie projektu i konieczność zaangażowania osób podczas opracowywania diagnozy.

Beneficjenci często mieli problemy z oceną trwałości efektów uzyskanych w projektach. Wśród uczestników również występuje pewna trudność w ocenie trwałości uzyskanych w ewaluowanych projektach efektów, na co wskazują relatywnie duże odsetki respondentów, którzy nie potrafili określić, jak długo odczuwać będą rzeczony efekty. Jeśli jednak już takie sprecyzowane przewidywania się pojawiały, to w przypadku dwóch rodzajów interwencji (RPZ Rehabilitacja kardiologiczna i RPZ Cukrzyca typu 2) dominują – na poziomie nieco ponad jednej piątej badanych – uczestnicy dostrzegający potencjał długiej trwałości, tj. wynoszącej 5 lat i więcej. W podobnej skali na tę najdłuższą trwałość wskazywali uczestnicy projektów z obszaru profilaktyki nowotworowej, ale w przypadku akurat tej formy wsparcia dominowali respondenci oceniający trwałość efektów na 1-2 lata (tak uważa 27,4% uczestników projektów dot. profilaktyki nowotworowej). Jeśli natomiast chodzi o uczestników projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy, to w ich przypadku odsetek osób przekonanych o długim okresie trwałości był już zauważalnie niższy (15,7%), przy wyraźnej dominacji uczestników, którzy uważają, że efekty wsparcia będą odczuwać przez 1-2 lata (30,1% wskazań).

Kwestii trwałości efektów wsparcia towarzyszą następujące uwarunkowania zidentyfikowane w badaniach jakościowych:

- negatywny wpływ na trwałość zjawiska rezygnacji uczestników w trakcie rezygnacji z udziału w projekcie i nieobejmowania takich osób całym przewidzianym pakietem pomocowym;
- pozytywny wpływ działań edukacyjnych, szkoleniowych i uświadamiających na utrzymanie trwałości efektów wsparcia;
- pojawianie się sygnałów od uczestników projektów, że po zakończeniu udziału w projekcie kontynuują zalecenia/podjęte aktywności
- trudność w ocenie trwałości ze względu na konieczność upływu większej ilości czasu oraz brak możliwości monitoringu rzeczywistych zmian w sytuacji zdrowotnej czy nawykach uczestników.

REKOMENDACJE WDROŻENIOWE DLA PERSPEKTYWY

FINANSOWEJ 2021-2027

W ramach niniejszej części przedstawiono rekomendacje wdrożeniowe dla perspektywy finansowej 2021-2027. Uwzględniono w tym przypadku trzy kwestie wyznaczone przez pytania badawcze przypisane do niniejszego obszaru badawczego:

- **Czynniki oddziałujące na wsparcie w zakresie zdrowia na rynku pracy w perspektywie finansowej 2021-2027** („Jakie czynniki będą determinowały wsparcie w zakresie zdrowia na rynku pracy w perspektywie finansowej 2021-2027? Jakie działania w związku z tym należy uwzględnić w systemie wdrażania FEP (poziom dokumentów wdrożeniowych?)”);
- **Dobre praktyki w realizacji projektów** („Jakie projekty realizowane w ramach RPO WP charakteryzowały się wysoką skutecznością i efektywnością i czy w kontekście istniejących potrzeb w regionie należałoby je kontynuować w perspektywie finansowej 2021-2027?”);
- **Zalecenia dotyczące rodzajów wsparcia i działań wspomagających** („Biorąc pod uwagę efekty wdrażania RPO WP, na jakie wsparcie w ramach zatwierdzonego programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP) w zakresie zdrowia na rynku pracy/aktywnego i zdrowego starzenia się, a także w zakresie planowanych do realizacji programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu należy położyć szczególny nacisk i dlaczego? Jakie działania wspomagające należy wdrożyć, aby zwiększyć efekty przewidzianej interwencji w tym obszarze?”).

Czynniki oddziałujące na wsparcie w zakresie zdrowia na rynku pracy w perspektywie finansowej 2021-2027

W kontekście realizacji wsparcia w zakresie zdrowia na rynku pracy w perspektywie finansowej 2021-2027 należy wskazać przede wszystkim na następujące czynniki oddziałujące na sprawność wdrażania tego rodzaju interwencji i jej efekty:

- relatywnie duża ilość obwarowań i regulacji dotyczących wsparcia w obszarze zdrowia, w szczególności w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- nakładanie się regulacji związanych z wdrażaniem interwencji współfinansowanej ze środków unijnych oraz interwencji realizowanych w formule programów zdrowotnych;

- konieczność (wynikająca z regulacji wspólnotowych), by wsparcie w obszarze profilaktyki zdrowotnej kierować w pierwszej kolejności do obszarów z największym deficytem w zakresie dostępu do określonego rodzaju świadczeń („białe plamy”) oraz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym;
- ograniczone możliwości włączenia w zakres profilaktyki zdrowotnej współfinansowanej ze środków FEP działań związanych bezpośrednio z procesem leczenia;
- konieczność dostosowania interwencji na poziomie regionalnym do zakresu działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej podejmowanych na szczeblu ogólnokrajowym (by uniknąć sytuacji dublowania działań profilaktycznych na poziomie regionalnym lub oferowania w ramach profilaktyki regionalnej świadczeń w zakresie mniej atrakcyjnym niż świadczenia w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia);
- ograniczona pula środków finansowych na wspieranie profilaktyki zdrowotnej na poziomie regionalnym w latach 2021-2027 (szczególnie w kontekście znaczących potrzeb w zakresie wspierania profilaktyki i diagnostyki);
- ograniczone możliwości szybkiego reagowania na ewentualne zmiany zapotrzebowania w obszarze zdrowia (co może ograniczać adekwatność wsparcia przy jego wąskim sprofilowaniu);
- oddziaływanie tendencji demograficznych (rosnący udział osób w wieku senioralnym);
- oddziaływanie tendencji gospodarczych (wysoki poziom zapotrzebowania na pracowników, co wymaga podejmowania działań zorientowanych na wydłużenie aktywności zawodowej osób pracujących);
- rosnąca świadomość społeczna w zakresie profilaktyki zdrowotnej;
- rosnący poziom kompetencji cyfrowych we wszystkich grupach wiekowych (choć przy wewnętrznym zróżnicowaniu poziomu tych kompetencji pomiędzy tymi grupami);
- utrzymywanie się zapotrzebowania na wsparcie w ramach dotychczasowych problemów zdrowotnych (choroby cywilizacyjne), przy ujawnianiu się nowych obszarów wymagających określonej interwencji (opieka długoterminowa, psychiatria);
- utrzymywanie się wysokiego zapotrzebowania na wsparcie diagnostyczne (po okresie „zapaści” diagnostycznej wynikającej z kryzysu pandemicznego);

- utrzymywanie się dysproporcji terytorialnych w dostępie do usług i świadczeń zdrowotnych;
- występowanie istotnych deficytów (gł. finansowych i kadrowych) publicznego systemu ochrony zdrowia (w tym: w obszarach związanych z najważniejszymi problemami zdrowotnymi w regionie).

Dobre praktyki w realizacji projektów

Zasadniczym elementem niniejszej części jest szczegółowa prezentacja trzech wybranych dobrych praktyk w realizacji projektów. Nim jednak przejdziemy do tego komponentu analizy poniżej przedstawione zostały jeszcze, wskazywane przez podmioty zaangażowane w realizację ewaluowanej interwencji, rozwiązania oceniane jako te, które dobrze się sprawdziły i warto byłoby je kontynuować w podobnych projektach:

- grantowa formuła wsparcia, która pozwala na szybką i sprawną dystrybucję wsparcia, bez generowania znaczących obciążeń administracyjnych dla podmiotów korzystających z pomocy (dot. trybu nadzwyczajnego w Poddziałaniu 5.4.2);
- przeprowadzenie pogłębionej analizy potrzeb odbiorców planowanego wsparcia;
- szeroki zakres prowadzonych działań promocyjno-edukacyjnych;
- współpraca z lokalnymi liderami opinii oraz podmiotami istotnymi dla społeczności lokalnej (podmioty lecznicze, pracodawcy);
- realizacja działań projektowych przez sieć placówek współpracujących zlokalizowanych na obszarze całego województwa;
- realizacja działań projektowych w miejscach dużych skupisk ludzi;
- wykorzystywanie mobilnych rozwiązań w zakresie informacji i kontroli zdrowia;
- prowadzenie zajęć edukacyjnych i szkoleniowych w trybie zdalnym;
- wprowadzenie do projektu opiekuna uczestników/opiekuna pacjenta;
- wysyłka imiennych zaproszeń na badania profilaktyczne;
- oferowanie uczestnikom bonów umożliwiających indywidualizację wykorzystywanego wsparcia;
- organizacja części wsparcia (wsparcie szkoleniowo-warsztatowe) w formule wyjazdowej;
- organizacja części wsparcia (fizjoterapia) w domu uczestnika.

Poniżej opisane zostały dobre praktyki stosowane w wybranych, zrealizowanych projektach Działania 5.4. Studium przypadku polegało na identyfikacji i analizie trzech projektów pod kątem uchwycenia cech, które przyczyniają się do potraktowania tych projektów jako dobry przykład realizacji i efektywności. W celu jak najpełniejszego uchwycenia specyfiki dobrych praktyk poza samymi interesującymi rozwiązaniami pokrótce przedstawione zostały uwarunkowania, w których wybrane projekty były realizowane. W celu uzyskania jak największego zróżnicowania tematycznego wybrane projekty pochodziły z trzech określonych wcześniej kategorii i dotyczyły projektów Regionalnych Programów Zdrowotnych, projektów odnoszących się do czynników ryzyka w miejscu pracy oraz profilaktyki nowotworowej. Dobór próby do analizy został ustalony z Zamawiającym i opierał się między innymi na danych wskaźnikowych (liczbie osób objętych programem /które zgłosiły się na badania) i/lub liczbie uzyskanych efektów.

Struktura każdego opisu zakładała nadanie pasującego tytułu oddającego ogólne wrażenie kierunku projektu, podanie głównych dobrych praktyk, prezentację podstawowych danych o projekcie, opis wdrażania dobrych praktyk, uzyskanych efektów oraz podsumowania/rekomendacji.

Projekt 1. Edukacja przez promocję oraz intensyfikacja wsparcia w obszarach „białych plam”

Dobra praktyka: Prowadzenie działań profilaktycznych na etapie promocji oraz intensyfikacja działań promocyjnych, informacyjnych oraz diagnostycznych na obszarach tak zwanych białych plam

Kategoria: Profilaktyka nowotworowa

Oś priorytetowa: V. Zatrudnienie

Działanie: 5.4. Zdrowie na rynku pracy

Projektodawca: Geneva Trust Polska Sp. z o.o.

Tytuł projektu: Moja Mammografia - Idę Bo Warto Życ

Cele projektu: rozwiązanie w określonym stopniu problemu dotyczącego niskiej zgłaszalności kobiet w wieku 50-69 lat na profilaktyczne badania mammograficzne

Grupa docelowa projektu: osoby w wieku aktywności zawodowej

Opis wdrażanych dobrych praktyk

Realizacja opisywanego projektu miała na celu częściowe rozwiązanie problemu niskiej zgłaszalności kobiet w wieku 50-69 lat na profilaktyczne badania mammograficzne. Aby osiągnąć ten cel Beneficjent za pośrednictwem wybranych partnerów organizował

seminaria dla kobiet z grupy docelowej i ich rodzin. Ostatecznie w projekcie wzięły udział dwa podmioty: Gdańskie Stowarzyszenie Kobiet "Amazonki" oraz Stowarzyszenie "Moja Mammografia".

Beneficjent w celu promocji projektu przygotował zaproszenia do programu profilaktyki raka piersi. Wykorzystana w tym celu strategia marketingowa okazała się możliwe najbardziej efektywnym elementem projektu. Przedstawiciel Beneficjenta zwrócił uwagę, że przekazywanie zaproszeń jest bardziej skuteczne niż korzystanie z przekazu mediów takich jak radio, Internet czy telewizja. Zaproszenia były przekazywane pocztą lub bezpośrednio przez pielęgniarki środowiskowe. Dodatkowa wartość wspomnianych zaproszeń polegała na umieszczeniu na rewersie informacji edukacyjnej na temat istotności, sposobu i technologii wykonywania badania mammograficznego i profilaktyki zdrowotnej.

Zaproszenia Beneficjent zaplanował wysyłać dwukrotnie w każdym roku realizacji projektu do kobiet, które zamieszkiwały obszar tak zwanych białych plam i raz w roku wysyłkę do pozostałych kobiet z obszaru województwa pomorskiego, które w ciągu ostatnich dwóch lat nie były na badaniu. Działania promocyjne zostały zatem zintensyfikowane na obszarach zidentyfikowanych jako częściowo odcięte od wsparcia i świadomości jego istotności.

Projekt zakładał ponadto zorganizowanie pracy call center w celu zwiększenia zgłaszalności oraz rejestracji na badania. Koordynacja pracy z NFZ w kontekście pobytów mammobusów w poszczególnych gminach miała zwiększyć bezpośrednią dostępność do badań mammograficznych poprzez przyjazd mammobusu do każdej wytypowanej gminy co najmniej dwa razy w roku lub cztery razy w przypadku wspomnianych już obszarów białych plam.

W projekcie zaplanowano zaproszenie do udziału pielęgniarek zatrudnionych w POZ, które przeprowadzały indywidualne spotkania z kobietami, które nigdy nie były poddane badaniu mammograficznemu. Spotkania te miały odbywać się bezpośrednio w domach tych kobiet.

W celu ułatwienia dotarcia na badania dla uczestniczek programu zaplanowany został zwrot kosztów przejazdu w kwocie, która odpowiadała cenie biletu najtańszego przewoźnika obsługującego trasę. Rozliczanie tych kosztów miało odbywać się na podstawie okazania biletu.

Podsumowując, przedstawiciel Beneficjenta wspomina również o konieczności wyznaczania na etapie projektowania celów możliwych do realizacji i określania końcowych efektów, które są stosunkowo łatwo mierzalne.

Uzyskane efekty

- Stosunkowo duża intensywność udzielonej pomocy.
- Zadawalająca efektywność stosowanych zaproszeń na seminaria dla kobiet i ich rodzin.
- Dotarcie do kobiet z grupy docelowej z podstawowymi informacjami o tematyce profilaktyki raka piersi za pomocą zaproszeń, nawet jeśli te kobiety nie brały ostatecznie udziału w projekcie.
- Dotarcie z promocją i informacją do obszarów tak zwanych białych plam.
- Prowadzenie bezpośrednich działań projektowych na obszarach białych plam poprzez mammobusy oraz wizyty pielęgniarek środowiskowych bezpośrednio w domach uczestniczek.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

- Przekazywanie zaproszeń/informacji drogą pocztową lub bezpośrednio przez pielęgniarki środowiskowe. Umieszczanie na materiałach promocyjnych informacji edukacyjnej na temat istotności, sposobu i technologii wykonywania badań i profilaktyki zdrowotnej.
- Intensyfikowanie działań projektowych na obszarach zidentyfikowanych jako częściowo odcięte od wsparcia i informacji o nim.
- Koordynacja działań projektowych (np. pobytów mammobusów) z NFZ w kontekście określania obszarów białych plam.
- Wyznaczenie obszarów białych plam zarówno w kontekście promocji i informacji jak i faktycznego wsparcia w celu intensyfikacji działalności w tych obszarach.
- Stosowanie zwrotu kosztów przejazdu dla uczestników projektu razem z uproszczonym sposobem na weryfikację tych kosztów.
- Umożliwienie prowadzenia działań projektowych bezpośrednio w domach uczestniczek.
- Wyznaczanie na etapie projektowania celów możliwych do realizacji i określania końcowych efektów, które będą jak najprostsze przy mierzeniu i analizie.

Projekt 2. Diagnostyka i rehabilitacja na reprezentatywnej grupie uczestników

Dobra praktyka: wykorzystanie potencjału stosunkowo dużej skali projektu, dopasowanie wsparcia do placówek zaangażowanych w realizację oraz pragmatyczne planowanie budżetu projektu

Kategoria: Regionalne Programy Zdrowotne

Oś priorytetowa: V. Zatrudnienie

Działanie: 5.4. Zdrowie na rynku pracy

Projektodawca: Copernicus Podmiot Lecznicy Sp. z o.o.

Tytuł projektu: Rehabilitacja kardiologiczna szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego

Cele projektu: zmniejszenie niekorzystnych skutków choroby sercowo-naczyniowej oraz prewencja incydentów kardiologicznych

Grupa docelowa projektu: osoby w wieku aktywności zawodowej najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych lub najbardziej bliskie powrotowi na rynek pracy w wyniku świadczeń rehabilitacyjnych

Opis wdrażanych dobrych praktyk

Prezentowany projekt zakładał zapewnienie kompleksowej opieki nad uczestnikami od działań edukacyjnych, informacyjnych i budujących świadomość społeczną, po działania rehabilitacyjne - kardiologiczne, a w tym również rehabilitacji hybrydowej. Istotnym elementem projektu było również ugruntowanie przekonania o konieczności kontynuowania własnych działań mających na celu dbałość o stan zdrowia.

Przedstawiciel Beneficjenta wymienił problemy, które utrudniały realizację projektu – był to wybuch pandemii COVID-19, wprowadzane zmiany prawa zamówień publicznych, problemy personalne, zmiany makroekonomiczne oraz sporadyczny brak zainteresowania uczestników kończeniem udziału w projekcie (udziału w końcowych badaniach).

Opisywane powyżej problemy można przypisać czynnikom w dużej mierze niezależnym od Beneficjenta. Gdy projekt trwa długo, szansa na migracje pracowników zaangażowanych w jego realizację stosunkowo zwiększa się. Z tego samego powodu czynniki takie jak inflacja, wzrost cen materiałów i usług, podnoszenie wynagrodzeń za świadczenia personelu medycznego również w naturalny sposób ulegają zmianom w czasie. Wybuch pandemii COVID-19 natomiast był czynnikiem nie do przewidzenia.

Beneficjent poza ogólnym dostosowywaniem się do zmian makroekonomicznych i prawnych w postaci zwiększenia zaangażowania w projekt personelu, wprowadzał przesunięcia i aktualizacje niektórych pozycji budżetowych.

Biorąc pod uwagę samą reprezentatywność grupy uczestników projektu (których było ponad 10.000) można stwierdzać o jego szerokim, pozytywnym wpływie. Uczestników biorących udział w badaniach przed i po projekcie było wystarczająco dużo żeby uznać, że

nawet u tych, którzy nie brali udziału w badaniach końcowych wynik udziału będzie podobny – ze względu na wspomnianą reprezentatywność. Oznacza to, że jeśli stan zdrowia u zdecydowanej większości pacjentów, którzy brali udział w całym projekcie poprawił się, to wśród tych, którzy skorzystali z jego części występuje również wysokie prawdopodobieństwo pozytywnego efektu.

Projekt swoim zakresem mógł obejmować całe lub prawie całe województwo. Beneficjent podaje, iż oficjalnie prowadzony był w około połowie powiatów, ale zaznacza przy tym, że uczestnicy często pracowali w rejonie projektu, ale pochodzili z innego rejonu.

Beneficjent potraktował ustalanie budżetu projektu, jak sam zauważa biznesowo i pragmatycznie. Nie zakładano, że wszyscy zaplanowani uczestnicy w ogóle wezmą udział w projekcie, a tym bardziej, że każdy z nich projekt ten ukończy. W budżecie nie została zatem zarezerwowana kwota, która miałaby obsłużyć w całości wszystkich zaplanowanych uczestników i zakres wsparcia. Przewidziano przy tym możliwość wprowadzania przesunięć budżetowych. Powstałe w ten sposób oszczędności zostały ostatecznie wykorzystane do przedłużenia okresu trwania projektu.

Beneficjent zwrócił uwagę, że część placówek odpowiedzialnych za realizację zadań w projekcie w naturalny sposób wykonywała swoje zadania szybciej, inne wolniej, a jeszcze inne w ogóle nie wykorzystują całego potencjału budżetowego. W opinii Beneficjenta zaangażowanie większej ilości sprawdzonych placówek medycznych do realizacji zadań w projekcie pozwala na zmniejszenie skali problemów realizacyjnych - tu problemem była chociażby wspomniana pandemia COVID-19, ale też choćby mniejsze zainteresowanie projektem w niektórych regionach.

Większa ilość zaangażowanych w projekt placówek medycznych pozwoliła na wymianę doświadczeń w kwestiach informacyjno-promocyjnych. Beneficjent zauważa, że działania informacyjno-promocyjne były organizowane w dostosowaniu do danej placówki i ich metod. Stosowane były akcje promocyjne w mediach lokalnych, w postaci ulotek, plakatów, spotów w radio czy telewizji lokalnej lub w postaci wywiadów. Poza tym promocja była stosowana na tematycznych wydarzeniach i lokalnych festynach. Przedstawiciele placówek zaangażowanych w zadania projektowe sami posiadali wiedzę gdzie i w jaki sposób w ich rejonie rekrutować potencjalnych uczestników. Stoiska na wydarzeniach miały być szczególnie skuteczne gdyż potencjalny uczestnik może zostać zapisany na badania od razu po poinformowaniu go o istnieniu projektu. Beneficjent korzystał także z usług agencji reklamowej, która przygotowała samochód informujący o projekcie będący jednocześnie elementem stoisk promocyjnych. Niektóre placówki medyczne mogły również korzystać z danych swoich pacjentów i stosować bezpośrednią

promocję. Beneficjent jako optymalne rozwiązanie ocenił również promocję projektu przy okazji badań medycyny pracy.

Beneficjent stwierdził, że częstsze spotkania realizatorów projektu i wymiana doświadczeń mogłaby zapewnić jeszcze lepsze wyniki projektu. Przy okazji organizacji tego typu spotkań obserwowany był dialog personelu medycznego poszczególnych placówek i wymiana kontaktów. Placówki wymieniały się również sprzętem medycznym.

Podsumowując zdaniem beneficjenta w konstruowaniu tego typu projektu należy pamiętać o zapewnieniu korzyści dla każdej ze stron, tak aby każda strona chciała w tym przedsięwzięciu uczestniczyć – Beneficjent, placówki medyczne, lekarze i pacjenci.

Uzyskane efekty

- Wysoka skala przeprowadzenia przez proces rehabilitacji uczestników projektu.
- Wystąpienie znaczącej przydatności samych wyników badań diagnostycznych nawet w oderwaniu od rehabilitacji.
- Częste deklarowane zadowolenie uczestników z udziału w zajęciach rehabilitacyjnych.
- Stosunkowo częste deklaracje uczestników projektu odnośnie zmiany stylu życia na zdrowszy.
- Zauważalnie lepsze wyniki badań diagnostycznych u uczestników po skorzystaniu ze wsparcia w porównaniu do wyników badań z początku udziału.
- Reprezentatywność grupy uczestników, którzy brali udział w początkowych i końcowych badaniach w projekcie, która pozwoliła na stwierdzenie pozytywnego oddziaływania projektu na całą populację.
- Objęcie projektem połowy powiatów województwa oraz osób spoza regionów gdzie projekt był realizowany.
- Występowanie na etapie diagnostycznym projektu (głównie dzięki badaniu EKG) sytuacji dowiadywania się przez uczestników o problemach zdrowotnych, które bez udziału w projekcie nie zostałyby wykryte.
- Poczynione na poziomie planowania budżetu oszczędności pozwoliły na przedłużenie okresu trwania projektu.
- Współpraca między Beneficjentem, a zaangażowanymi placówkami medycznymi, której efektem były m.in. skoordynowane i bogatsze działania informacyjno-promocyjne.

- Wymiana doświadczeń i kontaktów między personelem placówek realizujących projekt na organizowanych spotkaniach. Między poszczególnymi placówkami dokonywano również wymieniania się sprzętem medycznym.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

- Prowadzenie przesunięć i aktualizacji pozycji budżetowych. Ustalanie i dostosowywanie budżetu projektu biznesowo i pragmatycznie. Przyjęcie założenia iż nie wszyscy planowani uczestnicy ostatecznie wezmą udział w projekcie i nie wszyscy ukończą go w pełni.
- W miarę możliwości próba uzyskania reprezentatywnej liczebności uczestników kończących projekt pozwala na wnioskowanie o efektach dla całej populacji.
- Zaangażowanie większej ilości sprawdzonych placówek medycznych do realizacji zadań w projekcie pozwala na zmniejszenie skali problemów realizacyjnych – w obszarze gdzie jeden realizator raportuje niezadowolające efekty, inny może nadrabiać powstałe braki.
- Większa ilość zaangażowanych w projekt placówek medycznych pozwoliła na wymianę doświadczeń w kwestiach informacyjno-promocyjnych oraz sprzętowych.
- Prowadzenie bezpośredniej promocji (stoiska na wydarzeniach masowych) pozwala na rekrutację zaangażowanych uczestników.
- Oddanie inicjatywy promocji i rekrutowania do projektu przez placówki zaangażowane pozwala na prowadzenie tych działań z lepszym dopasowaniem do specyfiki regionu.

Projekt 3. Promocja projektu podnoszącego jakość życia pracowników prowadzona przez uczestników projektu oraz kadry zarządzające

Dobra praktyka: Wykorzystanie pozytywnych doświadczeń wcześniejszych uczestników oraz kadr zarządzających do promocji projektu oraz zapewnienie dostępu do pobliskich miejsc realizacji zadań projektowych

Kategoria: Regionalne Programy Zdrowotne

Oś priorytetowa: V. Zatrudnienie

Działanie: 5.4. Zdrowie na rynku pracy

Projektodawca: Gmina Pelplin

Tytuł projektu: *Kompleksowy program profilaktyki zdrowotnej pracowników Gminy Pelplin*

Cele projektu: zniwelowanie problemów związanych z niekorzystnymi czynnikami zdrowotnymi w zakładzie pracy Urząd Miasta i Gminy Pelplin oraz jednostkach podległych

Grupa docelowa projektu: osoby w wieku aktywności zawodowej

Opis wdrażanych dobrych praktyk

Beneficjent zidentyfikował czynniki negatywnie wpływające na pracowników, występujące w zakładach pracy: Urządzie Miasta i Gminy Pelplin, MOPS, Miejskim Ośrodku Kultury ZKIW nr 1 w Pelplinie oraz SP nr 2 w Pelplinie. Czynniki te mogły powodować zaburzenia i choroby pracowników, wypalenie zawodowe, zwiększone ryzyko chorób i zaburzeń wynikających z wyższego wieku pracowników oraz stres związany z wykonywanym zawodem. Z założenia najważniejszym efektem projektu miała być kontynuacja zatrudnienia osób zagrożonych utratą pracy ze względu na uwarunkowania zdrowotne w dotychczasowym miejscu pracy.

Projekt zakładał wsparcie dla wszystkich pracowników, którzy potrzebowali określonej pomocy – bez względu na wiek. Beneficjent zwraca uwagę, że stosunkowo skomplikowane i utrudnione zachęcanie pracowników starszych wiekiem do udziału w projekcie. Problem ten został rozwiązany przede wszystkim dzięki rekomendowaniu udziału przez uczestników, którzy doświadczyli już wsparcia. Nawiązując do powyższego mechanizmu zachęcania do udziału w projekcie niechętnych pracowników jako istotny efekt przedsięwzięcia Beneficjent podaje zwiększenie świadomości dotyczącej dbania o zdrowie.

Istotnym elementem, który zapewnił wysokie efekty projektu było zaangażowanie kadry zarządzającej daną placówką. Beneficjent na przykładzie zaangażowania Burmistrza lub pracodawcy tłumaczy, że takie osoby jeśli będą zachęcać do udziału we wsparciu mogą potwierdzać wartość danego wsparcia. Odpowiednie dobranie kadr medycznych od realizacji zadań w projekcie również Beneficjent ocenia jako niezbędne dla powodzenia projektu.

Element, który Beneficjent przyznaje iż mógł zostać przygotowany inaczej to dystrybucja karnetów na siłownię dla uczestników. Dobór siłowni, ale również innych placówek, gdzie realizowane były zadania projektowe powinny być dopasowane do mobilnych możliwości uczestników. Beneficjenta zauważa, że uczestnicy projektu starsi wiekiem często nie byli chętni do odwiedzania na przykład siłowni oddalonych stosunkowo daleko od ich miejsca zamieszkania czy pracy.

Uzyskane efekty

- Przekonanie starszych wiekiem, potencjalnych uczestników do udziału w projekcie.

- Zwiększenie świadomości dotyczącej dbania o zdrowie, zwłaszcza u starszych wiekiem uczestników projektu.
- Poprawa jakości życia uczestników projektu.

Podsumowanie. Rekomendacje dla innych przedsięwzięć

- Zapewnienie udziału w projekcie przynajmniej części trudnej do rekrutacji grupy docelowej potencjalnie może skutkować przekazaniem przez tą część osób pozytywnych opinii i zachęcenia pozostałych potencjalnych uczestników.
- Promowanie i zachęcanie do udziału w projekcie prowadzone przez kadry zarządzające daną placówką.
- Zapewnienie dostępu do placówek związanych z projektem, na przykład siłowni czy placówek medycznych jak najbliżej miejsca pracy lub zamieszkania uczestników.

Zalecenia dotyczące rodzajów wsparcia i działań wspomagających

Poniżej przedstawiono – opracowane w oparciu o całość zgromadzonego materiału empirycznego oraz ocenę ekspercką – najważniejsze zalecenia dotyczące rodzajów wsparcia i odnoszących się do tego wsparcia działań wspomagających, które należałoby uwzględnić w ramach podejmowania w FEP interwencji związanej z profilaktyką zdrowotną:

- Wprowadzenie rozwiązań zorientowanych na koordynację działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej. **Uzasadnienie:** Ograniczona pula środków w ramach FEP na działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej, co wymaga koncentracji merytorycznej prowadzonych działań, przy jednoczesnym występowaniu w ramach Działania 5.4 problemów w przypadku rozproszenia interwencji (vide RPZ Cukrzyca typu 2), a jednocześnie użyteczności formuły wdrażania programu profilaktyki zdrowotnej w formule jednego projektu obejmującego obszar całego województwa.
- Wprowadzenie rozwiązań dostosowujących sposób dystrybucji wsparcia do wymagań nadrzędnych, przy jednoczesnym zapewnieniu jego możliwie jak najbardziej powszechnego charakteru. **Uzasadnienie:** Priorytetowe znaczenie w perspektywie 2021-2027 wsparcia w obszarze profilaktyki zdrowotnej kierowanego do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz części województwa stanowiących „białe plamy” w kontekście dostępności określonych świadczeń.
- Wprowadzenie modelu wdrażania wsparcia dotyczącego czynników ryzyka w miejscu pracy pozwalającego na możliwie jak najszersze oddziaływanie

podejmowanych działań profilaktycznych. **Uzasadnienie:** Wdrażanie stosunkowo niewielkiej liczby projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy w formule konkursowej, przy relatywnie dużej skali podobieństwa problemów zdrowotnych, do których odnosiły się realizowane projekty.

- Wprowadzenie rozwiązań zapewniających wybór realizatorów działań profilaktycznych, którzy dysponują odpowiednim potencjałem i gwarantują właściwą realizację projektów. **Uzasadnienie:** Kluczowe znaczenie podmiotu realizującego działania w obszarze profilaktyki zdrowotnej dla skuteczności realizowanych działań (szczególnie w przypadku realizacji tych działań w formule jednego projektu obejmującego obszar całego województwa).
- Premiowanie w dofinansowanych projektach działań/rozwiązań zorientowanych na zwiększenie skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych. **Uzasadnienie:** Duże znaczenie działań promocyjnych i rekrutacyjnych dla ostatecznego powodzenia przedsięwzięć dotyczących profilaktyki zdrowotnej.
- Wprowadzanie – w miarę możliwości – rozwiązań zwiększających atrakcyjność działań z punktu widzenia odbiorców pomocy oraz zwiększających elastyczność realizowanych świadczeń. **Uzasadnienie:** Duże znaczenie atrakcyjności świadczeń oraz elastyczności w sposobie ich realizacji dla skuteczności profilaktyki zdrowotnej.
- Wprowadzenie rozwiązań ograniczających skalę problemu rezygnacji uczestników przed zakończeniem pełnej „ścieżki” wsparcia. **Uzasadnienie:** Negatywne oddziaływanie na realizację projektów w ramach RPZ problemu rezygnacji uczestników projektów przed zakończeniem pełnej „ścieżki” wsparcia.
- Wykorzystanie regionalnej platformy utworzonej w ramach przedsięwzięcia strategicznego „Pomorskie e-zdrowie” do wspomaganie działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej. **Uzasadnienie:** Występowanie problemów dotyczących wdrażania działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, które mogą być częściowo niwelowane poprzez wdrożenie i wykorzystanie odpowiednich funkcjonalności platformy „Pomorskie e-zdrowie”.
- Wprowadzenie rozwiązań optymalizujących pomiar efektów w ramach interwencji dotyczącej profilaktyki zdrowotnej. **Uzasadnienie:** Nakładanie się systemów pomiaru efektów w ramach interwencji współfinansowanej ze środków europejskich oraz działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, przy jednocześnie ograniczonej użyteczności mierników/wskaźników RPZ dla pomiaru i oceny efektów.

Wnioski i rekomendacje

W poniższej tabeli zamieszczono główne wnioski i rekomendacje z przeprowadzonego badania. Zgodnie z oczekiwaniami Zamawiającego wyrażonymi w problematyce badania, formułowanie rekomendacji prowadzone było w ramach kontekstu nakreślonego w programie Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027, w którym zawarto założenia odnoszące się do zakresu i sposobu wdrażania interwencji w obszarze zdrowia.

Tabela 12. Tabela wniosków i rekomendacji

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
1.	Ograniczona pula środków w ramach FEP na działania w zakresie profilaktyki zdrowotnej, co wymaga koncentracji merytorycznej prowadzonych działań, przy jednoczesnym występowaniu w ramach Działania 5.4 problemów w przypadku rozproszenia interwencji (vide RPZ Cukrzyca typu 2), a jednocześnie użyteczności formuły wdrażania	Wprowadzenie rozwiązań zorientowanych na koordynację działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Realizacja programów /działań profilaktycznych w formule: 1 program /1 problem zdrowotny – 1 projekt. ▪ W przypadku niestosowania ww. formuły: <ul style="list-style-type: none"> - wprowadzenie rozwiązań dotyczących standaryzacji realizowanych działań (nie tylko w zakresie oferowanych świadczeń, ale i prowadzonych działań informacyjno-promocyjnych i rekrutacyjnych); 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Strategiczna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	programu profilaktyki zdrowotnej w formule jednego projektu obejmującego obszar całego województwa.		<ul style="list-style-type: none"> - zaplanowanie i wdrażanie działań informacyjno-promocyjnych dotyczących samych programów profilaktycznych, a nie tylko poszczególnych projektów; - niestosowanie ograniczeń terytorialnych dostępności wsparcia – brak kryterium miejsca zamieszkania jako warunku uczestnictwa w danym projekcie. 				
2.	Priorytetowe znaczenie w perspektywie 2021-2027 wsparcia w obszarze	Wprowadzenie rozwiązań dostosowujących sposób dystrybucji wsparcia do	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozważenie wprowadzenia dwóch modeli/trybów wdrażania działań z zakresu profilaktyki 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Strategiczna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	profilaktyki zdrowotnej kierowanego do osób zagrożonych wykluczeniem społecznym oraz części województwa stanowiących „białe plamy” w kontekście dostępności określonych świadczeń.	wymagań nadrzędnych, przy jednoczesnym zapewnieniu jego możliwie jak najbardziej powszechnego charakteru.	zdrowotnej kierowanych do, odpowiednio: (a) osób zagrożonych wykluczeniem społecznym/obszarów stanowiących „białe plamy” w dostępności określonego rodzaju świadczeń, (b) pozostałych grup docelowych /pozostałych części województwa.				
3.	Wdrażanie stosunkowo niewielkiej liczby projektów dotyczących czynników ryzyka w miejscu pracy w formule konkursowej, przy	Wprowadzenie modelu wdrażania wsparcia dotyczącego czynników ryzyka w miejscu pracy pozwalającego na możliwie jak najszersze	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w ramach projektów działań kierowanych bezpośrednio do pracowników, które obejmowałyby wsparcie w obszarze diagnostyki oraz podnoszenia poziomu wiedzy 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa – Strategiczna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	relatywnie dużej skali podobieństwa problemów zdrowotnych, do których odnosiły się realizowane projekty.	oddziaływanie podejmowanych działań profilaktycznych.	<p>dotyczącej wybranych czynników ryzyka w miejscu pracy.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w ramach projektów działań edukacyjnych kierowanych bezpośrednio do pracowników, które nie dotyczą określonych czynników ryzyka w miejscu pracy, ale odnoszą się do ogólnych uwarunkowań zdrowotnych wpływających na długość aktywności zawodowej (styl życia, aktywność fizyczna, nawyki żywieniowe, radzenie sobie ze stresem itp.). 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w ramach projektów działań kierowanych do pracodawców związanych z doposażeniem /dostosowaniem stanowisk pracy (na zakup sprzętu/wyposażenia niwelującego negatywny wpływ wybranych czynników ryzyka w miejscu pracy). 				
4.	Kluczowe znaczenie podmiotu realizującego działania w obszarze profilaktyki zdrowotnej dla	Wprowadzenie rozwiązań zapewniających wybór realizatorów działań profilaktycznych, którzy dysponują odpowiednim	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Położenie szczególnego nacisku w procesie oceny na ocenę potencjału kadrowego i organizacyjnego projektodawcy oraz jego potencjału kooperacyjnego (tj. 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa - Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	skuteczności realizowanych działań (szczególnie w przypadku realizacji tych działań w formule jednego projektu obejmującego obszar całego województwa).	potencjałem i gwarantują właściwą realizację projektów.	<p>możliwości włączenia w realizację działań podmiotów:</p> <p>podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki szpitalnej z różnych części województwa.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rozważenie – w przypadku konkurencyjnego sposobu wyboru – prowadzenia oceny wniosków o dofinansowanie w formule panelu eksperckiego. 				
5.	Duże znaczenie działań promocyjnych i rekrutacyjnych dla	Premiowanie w dofinansowanych projektach działań/rozwiązań	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Premiowanie rozwiązań polegających na wykorzystywaniu lokalnych liderów opinii i 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa - Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	ostatecznego powodzenia przedsięwzięć dotyczących profilaktyki zdrowotnej.	zorientowanych na zwiększenie skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych.	<p>podmiotów/organizacji istotnych dla danej społeczności lokalnej/grupy docelowej (JST i ich jednostki, placówki edukacyjne, duże zakłady pracy, spółdzielnie mieszkaniowe, parafie, Koła Gospodyń Wiejskich, kluby sportowe).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Premiowanie rozwiązań polegających na włączeniu służb medycyny pracy w prowadzenie działań informacyjnych i/lub rekrutacyjnych. ▪ Wymaganie od projektodawców lub premiowanie 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<p>projektowania odrębnych planów działań informacyjno-promocyjnych i rekrutacyjnych dla różnych grup docelowych.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dopuszczenie kwalifikowalności działań związanych z zapewnieniem korzyści osobom pełniącym rolę nieformalnych rekruterów (tj. uczestników, którzy zachęcają do udziału w projekcie inne osoby). 				
6.	Duże znaczenie atrakcyjności świadczeń oraz elastyczności w sposobie ich	Wprowadzanie – w miarę możliwości – rozwiązań zwiększających atrakcyjność	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Włączanie w prace nad opracowaniem programów/zakresu działań w ramach profilaktyki zdrowotnej 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa - Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	realizacji dla skuteczności profilaktyki zdrowotnej.	działań z punktu widzenia odbiorców pomocy oraz zwiększających elastyczność realizowanych świadczeń.	<p>nie tylko ekspertów w obszarze danego problemu zdrowotnego, zdrowia publicznego, finansów, ale także np.: ekspertów w dziedzinie marketingu i promocji oraz konsultantów service design.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Włączanie w zakresie działań profilaktyki zdrowotnej wsparcia promującego zdrowy styl życia (bez względu na rodzaj problemów zdrowotnych, których dotyczy prowadzona profilaktyka), które jednocześnie zwiększa atrakcyjność uczestnictwa w prowadzonej 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<p>profilaktyce: czasowy abonament na korzystanie z klubów fitness/basenów; warsztaty kulinarne z zakresu zdrowego żywienia; bony na zakup sprzętu do aktywności fizycznej itp.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Profilowanie wsparcia w odniesieniu do danego problemu zdrowotnego z uwzględnieniem oferty publicznego systemu ochrony zdrowia (szukanie „nisz” poprzez poszerzanie grup docelowych w stosunku do świadczeń gwarantowanych przez NFZ, wprowadzenie do profilaktyki zdrowotnej 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<p>elementów diagnostyki cechujących się szczególnie ograniczoną dostępnością w ramach NFZ).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ W przypadku wsparcia diagnostycznego – oferowanie pakietów diagnostycznych, a nie pojedynczych rodzajów badań. ▪ W przypadku wsparcia diagnostycznego dotyczącego wykrycia określonych jednostek chorobowych – zapewnienie dostępności wsparcia psychologicznego. ▪ Wymaganie od projektodawców lub premiowanie rozwiązań 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<p>w zakresie mobilnych punktów kontroli stanu zdrowia (w przypadku działań diagnostycznych).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Niestosowanie ograniczeń terytorialnych w korzystaniu ze wsparcia przez mieszkańców woj. pomorskiego. 				
7.	Negatywne oddziaływanie na realizację projektów w ramach RPZ problemu rezygnacji uczestników projektów przed zakończeniem	Wprowadzenie rozwiązań ograniczających skalę problemu rezygnacji uczestników przez zakończeniem pełnej „ścieżki” wsparcia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Podejmowanie działań na rzecz skrócenia faktycznego okresu uczestnictwa w projekcie, takich jak np.: koncentracja różnych świadczeń lub ich pakietów w krótkich jednostkach czasowych; określenie maksymalnych odstępów 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa - Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	pełnej „ścieżki” wsparcia.		<p>czasowych pomiędzy realizacją poszczególnych świadczeń (szczególnie pomiędzy komponentem diagnostycznym i pozostałymi elementami wsparcia).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Uwzględnienie w ramach zakresu realizowanych projektów działań zapewniających utrzymanie kontaktu z uczestnikami projektów przez cały okres uczestnictwa, takich jak: opiekun uczestnika /pacjenta; follow-up’y telefoniczne w przypadku dłuższych okresów przerw pomiędzy realizacją 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<p>poszczególnych świadczeń; aplikacje aktywizujące; grupy wsparcia/samopomocowe (w formule stacjonarnej lub zdalnej).</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zapewnienie określonych korzyści uczestnikom biorącym udział w badaniach końcowych (szczególnie jeśli występuje relatywnie długi okres pomiędzy działaniami wspierającymi a badaniem końcowym). 				
8.	Występowanie problemów dotyczących wdrażania działań w zakresie profilaktyki	Wykorzystanie regionalnej platformy utworzonej w ramach przedsięwzięcia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prowadzenie za pośrednictwem platformy – profilowanych lub masowych – działań informacyjnych i 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa - Operacyjna	Zdrowie

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
	zdrowotnej, które mogą być częściowo niwelowane poprzez wdrożenie i wykorzystanie odpowiednich funkcjonalności platformy „Pomorskie e-zdrowie”.	strategicznego „Pomorskie e-zdrowie” do wspomaganie działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej.	<p>rekrutacyjnych dotyczących przedsięwzięć w zakresie profilaktyki zdrowotnej.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wykorzystywanie platformy do udostępniania materiałów edukacyjnych na potrzeby przedsięwzięć w zakresie profilaktyki zdrowotnej. ▪ Przygotowanie i udostępnianie w ramach modułu platformy wykorzystywanego przez lekarzy/placówki medyczne pakietu informacyjnego dotyczącego wsparcia dla pacjentów realizowanego w ramach 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
			<p>profilaktyki zdrowotnej finansowanej z FEP.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wprowadzenie funkcjonalności pozwalającej przypisywać do pacjentów będących użytkownikami platformy informacje o ich uczestnictwie w projektach z zakresu profilaktyki zdrowotnej. ▪ Wykorzystywanie platformy do prowadzenia monitoringu stanu zdrowia odbiorców wsparcia w ramach profilaktyki zdrowotnej (w tym: wstępnej autodiagnostyki). 				

L.p.	Treść wniosku (strona w raporcie)	Treść rekomendacji	Propozycja sposobu wdrożenia rekomendacji	Adresat rekomendacji	Termin wdrożenia rekomendacji – kwartał	Klasa rekomendacji	Obszar tematyczny
9.	Nakładanie się systemów pomiaru efektów w ramach interwencji współfinansowanej ze środków europejskich oraz działań w zakresie profilaktyki zdrowotnej, przy jednocześnie ograniczonej użyteczności mierników / wskaźników RPZ dla pomiaru i oceny efektów.	Wprowadzenie – możliwych do zastosowania przy uwzględnieniu ograniczeń nadrzędnych – rozwiązań optymalizujących pomiar efektów w ramach interwencji dotyczącej profilaktyki zdrowotnej.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Określenie wartości docelowych wskaźników /mierników określonych w programach profilaktyki zdrowotnej. ▪ Standaryzacja sprawozdawczości dotyczącej wskaźników /mierników określonych w programach profilaktyki zdrowotnej (np. poprzez wykorzystanie systemów informatycznych wykorzystywanych na potrzeby FEP do sprawozdawczości odnoszącej się do profilaktyki zdrowotnej). 	IZ FEP 2021-2027	30.06.2024	Programowa - Operacyjna	Zdrowie

Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników badania

Spisy obiektów

Poniżej przedstawiono spisy obiektów, które zamieszczono w niniejszym raporcie.

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Struktura społeczno-demograficzna uczestników RPZ Cukrzyca typu 2.....	42
Wykres 2. Formy wsparcia udzielonego uczestnikom projektów RPZ Cukrzyca typu 2	46
Wykres 3. Działania podejmowane w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2	47
Wykres 4. Liczba osób biorących udział w poszczególnych działaniach RPZ Cukrzyca typu 2	48
Wykres 5. Deklaracja wprowadzania zmian w prowadzonych działaniach informacyjno-promocyjnych	50
Wykres 6. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektów w ramach RPZ Cukrzyca typu 2	51
Wykres 7. Liczba sprawozdanych do NFZ świadczeń z zakresu testu obciążenia glukozą..	52
Wykres 8. Średnia ocena dopasowania poszczególnego rodzaju działań do potrzeb grupy docelowych projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2.....	54
Wykres 9. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2	55
Wykres 10. Występowanie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowej projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2.....	56
Wykres 11. Ocena występowania z perspektywy czasu potrzeby wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2.....	57
Wykres 12. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektów związanych z uniknięciem zachorowania na cukrzycę	59
Wykres 13. Dostrzeganie przez uczestników projektów form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc w uniknięciu zachorowania na cukrzycę, ale nie były dostępne w projekcie	60
Wykres 14. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2.....	67
Wykres 15. Efekty uzyskane przez uczestników projektów RPZ Cukrzyca typu 2.....	68
Wykres 16. Średnia ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na zmniejszenie zachorowalności na cukrzycę typu 2 w grupie docelowej projektu.....	70

Wykres 17. Liczba pacjentów ze sprawozdanymi świadczeniami z rozpoznaniem cukrzycy (głównym lub współistniejącym) po raz pierwszy w województwie pomorskim w latach 2015-2020 (os.).....	72
Wykres 18. Ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektów RPZ Cukrzyca typu 2 uniknąć zachorowania na cukrzycę.....	73
Wykres 19. Liczba pacjentów ze sprawozdanymi świadczeniami z rozpoznaniem cukrzycy (głównym lub współistniejącym) po raz pierwszy w przeliczeniu na 1 000 ludności w 2019 r. (os.).....	77
Wykres 20. Ocena poziomu zgłaszalności do projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2...80	
Wykres 21. Występowanie wśród uczestników projektów RPZ Cukrzyca typu 2 problemów z udziałem w projekcie	83
Wykres 22. Ocena częstości występowania problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie.....	84
Wykres 23. Czas oczekiwania uczestników projektów RPZ Cukrzyca typu 2 na pierwsze świadczenia od chwili zgłoszenia się do projektu	85
Wykres 24. Możliwość uczestnictwa w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2 w formule zdalnej.....	86
Wykres 25. Dostępne dla uczestników/potencjalnych uczestników formy komunikacji z personelem projektów z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2	87
Wykres 26. Struktura społeczno-demograficzna uczestników projektów RPZ Rehabilitacja kardiologiczna	98
Wykres 27. Liczba osób biorących udział w poszczególnych działaniach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna	102
Wykres 28. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektu w ramach RPZ Rehabilitacja kardiologiczna	105
Wykres 29. Liczba pacjentów objętych rehabilitacją kardiologiczną w województwie pomorskim w latach 2018-2022.....	107
Wykres 30. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektu związanych z odzyskaniem zdrowia po chorobie układu krążenia	111
Wykres 31. Dostrzeganie przez uczestników projektu form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc odzyskać zdrowie po chorobie układu krążenia, ale nie były dostępne w projekcie	111
Wykres 32. Efekty uzyskane przez uczestników projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna	116
Wykres 33. Ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna odzyskać zdrowie po chorobie układu krążenia	118

Wykres 34. Występowanie wśród uczestników projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna problemów z udziałem w projekcie	123
Wykres 35. Czas oczekiwania uczestników projektu RPZ Rehabilitacja kardiologiczna na pierwsze świadczenia od chwili zgłoszenia się do projektu.....	125
Wykres 36. Struktura społeczno-demograficzna uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów	136
Wykres 37. Dostępne dla uczestników/potencjalnych uczestników formy komunikacji z personelem projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej.....	141
Wykres 38. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów	142
Wykres 39. Liczba badań wykonanych w ramach Programu Badań Przesiewowych raka jelita grubego NFZ w województwie pomorskim	143
Wykres 40. Liczba uczestniczek Programu profilaktyki raka szyjki macicy NFZ w województwie pomorskim	144
Wykres 41. Liczba uczestniczek Programu profilaktyki raka piersi NFZ w województwie pomorskim.....	144
Wykres 42. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej	145
Wykres 43. Występowanie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowej projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej	146
Wykres 44. Ocena występowania z perspektywy czasu potrzeby wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu profilaktyki nowotworowej.....	147
Wykres 45. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektów związanych z wczesnym wykrywaniem nowotworu.....	148
Wykres 46. Dostrzeganie przez uczestników projektów form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc we wczesnym wykrywaniu nowotworu, ale nie były dostępne w projekcie	148
Wykres 47. Efekty uzyskane przez uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów	151
Wykres 48. Średnia ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektów z zakresu profilaktyki nowotworów w uzyskaniu wiedzy na temat stanu zdrowia w zakresie występowania choroby nowotworowej.....	154
Wykres 49. Występowanie wśród uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów problemów z udziałem w projekcie.....	158

Wykres 50. Możliwość uczestnictwa w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej w formule zdalnej.....	159
Wykres 51. Ocena częstości występowania problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projekcie.....	160
Wykres 52. Czas oczekiwania uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów na pierwsze świadczenia od chwili zgłoszenia się do projektu.....	161
Wykres 53. Struktura społeczno-demograficzna uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	168
Wykres 54. Liczba poszczególnego rodzaju podmiotów objętych wsparciem w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	171
Wykres 55. Formy wsparcia udzielonego uczestnikom projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	173
Wykres 56. Działania podejmowane w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	174
Wykres 57. Liczba osób biorących udział w działaniach podejmowanych w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	175
Wykres 58. Wsparcie otrzymane przez uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	176
Wykres 59. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	177
Wykres 60. Średnia ocena dopasowania poszczególnego rodzaju działań do potrzeb grup docelowych projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	178
Wykres 61. Występowanie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu możliwych do realizacji form wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb grup docelowej projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	179
Wykres 62. Ocena występowania z perspektywy czasu potrzeby wprowadzenia zmian w projekcie w celu zapewnienia większej skuteczności projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	180
Wykres 63. Ocena stopnia dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników projektów związanych z ograniczeniem problemów zdrowotnych w miejscu pracy.....	180
Wykres 64. Dostrzeganie przez uczestników projektów form wsparcia, które mogłyby bardziej pomóc w ograniczaniu problemów zdrowotnych w miejscu pracy, ale nie były dostępne w projekcie.....	181
Wykres 65. Ocena poziomu zgłaszalności w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	182
Wykres 66. Dostępne dla uczestników/potencjalnych uczestników formy komunikacji z personelem projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy.....	184

Wykres 67. Możliwość uczestnictwa w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy w formule zdalnej	185
Wykres 68. Ocena częstości występowania problemów związanych z przedłużaniem się czasu oczekiwania na udział w świadczeniach oferowanych w projektach z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	186
Wykres 69. Występowanie wśród uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka problemów z udziałem w projekcie	187
Wykres 70. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	188
Wykres 71. Średnia ocena wpływu poszczególnych form wsparcia na zniwelowanie czynników ryzyka w grupie docelowej projektu.....	189
Wykres 72. Efekty uzyskane przez uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka	191
Wykres 73. Średnia ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie pomogło uczestnikom projektów z eliminowania czynników ryzyka w ograniczaniu problemów zdrowotnych w miejscu pracy	192
Wykres 74. Ocena występowania wpływu wsparcia na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników objętych działaniami projektowymi z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	194
Wykres 75. Struktura podmiotów wspartych w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w warunkach pandemii COVID-19	198
Wykres 76. Liczba pracowników korzystających z pomocy w podmiotach wspartych w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19	199
Wykres 77. Zakres działań finansowanych w ramach projektów Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.....	201
Wykres 78. Sposób uwzględnienia potrzeb osób z niepełnosprawnością w projektach Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19	202
Wykres 79. Wsparcie otrzymane przez podmioty wsparte w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.....	203
Wykres 80. Dostrzeganie potrzeby zmiany lub uzupełnienia zakresu wsparcia, aby były one lepiej dopasowane do potrzeb wynikających z pandemii COVID-19.....	204
Wykres 81. Efekty dostrzegane przez beneficjentów projektach Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.....	205
Wykres 82. Efekty uzyskane przez podmioty wsparte w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.....	206

Wykres 83. Średnia ocena stopnia w jakim otrzymane wsparcie wpłynęło na poprawę bezpieczeństwa pracy we wspartych podmiotach	207
Wykres 84. Występowanie problemów z osiągnięciem wartości docelowych wskaźników	213
Wykres 85. Występowanie problemów na etapie aplikowania o wsparcie z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy	217
Wykres 86. Ocena przez beneficjentów czasu, przez który uzyskane efekty odczuwane będą przez uczestników	218
Wykres 87. Przewidywany przez uczestników projektów czas, przez który odczuwane będą efekty uzyskane w projekcie	219
Wykres 88. Ocena przez beneficjentów czasu, przez który uzyskane efekty odczuwane będą przez podmioty wsparte w ramach projektów Poddziałania 5.4.2 służących poprawie bezpieczeństwa pracy w związku z pandemią COVID-19.....	220
Wykres 89. Przewidywany przez wsparte podmioty czas, przez który odczuwane będą efekty uzyskane w projekcie	221

SPIS TABEL

Tabela 1. Struktura próby założonej i zrealizowanej w badaniu Mixed-Mode uczestników projektów w Działaniu 5.4 RPO WP	37
Tabela 2. Liczba osób z niezdiagnozowaną cukrzycą oraz w stanie przedcukrzycowym wykrytych w projektach z zakresu RPZ Cukrzyca typu 2	71
Tabela 3. Wskaźniki określone w RPZ Cukrzyca typu 2	74
Tabela 4. Struktura uczestników projektów w podziale na realizowane projekty.....	78
Tabela 5. Wkład projektów w ramach instrumentu ZIT oraz poza nim w realizację wskaźników w ramach RPZ Cukrzyca typu 2	90
Tabela 6. Wskaźniki określone w RPZ Rehabilitacja kardiologiczna	120
Tabela 7. Struktura uczestników projektów z zakresu profilaktyki nowotworów po względem powiatu miejsca zamieszkania	138
Tabela 8. Działania podejmowane w projektach z zakresu profilaktyki nowotworowej....	140
Tabela 9. Kategorie pracowników, w przypadku których możemy spodziewać się wydłużenia aktywności zawodowej dzięki wsparciu otrzymanemu w projekcie	194
Tabela 10. Stan realizacji wskaźników produktu w ramach PI 8vi RPO WP.....	211
Tabela 11. Stan realizacji wskaźników rezultatu w ramach PI 8vi RPO WP.....	212
Tabela 12. Tabela wniosków i rekomendacji	239

SPIS MAP

Mapa 1. Struktura uczestników projektów z RPZ Cukrzyca typu 2 pod względem powiatu miejsca zamieszkania (%).....	44
Mapa 2. Struktura uczestników projektów z RPZ Rehabilitacja kardiologiczna pod względem powiatu miejsca zamieszkania (%)	100
Mapa 3. Liczba świadczeniodawców z zakresu rehabilitacji kardiologicznej w 2017 r.	108
Mapa 4. Struktura uczestników projektów z zakresu eliminowania czynników ryzyka w miejscu pracy pod względem powiatu miejsca zamieszkania (%).....	170
Mapa 5. Rozkład terytorialny podmiotów wspartych w projektach z zakresu poprawy bezpieczeństwa pracy w warunkach pandemii COVID-19	200