



**OCENA EFEKTÓW
WSPARCIA
REGIONALNYCH
PROGRAMÓW POLITYKI
ZDROWOTNEJ
WDRAŻANYCH
W WOJEWÓDZTWIE
PODLASKIM**



Białystok 2023

RAPORT KOŃCOWY

Zamawiający/Wydawca:

Urząd Marszałkowski
Województwa Podlaskiego
Departament Rozwoju Regionalnego
ul. Poleska 89, 15-874 Białystok
e-mail: rot@podlaskie.eu



Podlaskie

Regionalne Obserwatorium
Terytorialne

Wykonawca:

Kreatus sp. z o.o.
43-300 Bielsko-Biała, 11 Listopada 60-62
nr KRS: 0000482632, NIP: 9372667946, REGON: 243401618
tel.: + 48 33 300 34 80, fax.: +48 33 300 30 87
e-mail: biuro@kreatus.eu

ISBN: 978-83-964117-4-7

Białystok 2023, EGZEMPLARZ BEZPŁATNY

Badanie ewaluacyjne finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020

Spis treści

Wykaz skrótów i użytych określeń	5
Streszczenie	7
Summary	10
Wprowadzenie	13
Opis przebiegu badania oraz zastosowanej metodyki badania	15
Warsztat eksploracyjny.....	16
Warsztat ewaluacyjny.....	16
Badanie ankietowe CAWI/CATI <i>mix mode</i>	17
Diady z beneficjentami.....	18
Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z ekspertami w poszczególnych obszarach wdrażania programów zdrowotnych	18
Metody i techniki analizy danych	18
Rozdział 1. Kontekst teoretyczny i regionalny	19
Podrozdział 1.1. Analiza sytuacji zdrowotnej województwa podlaskiego.....	19
Podrozdział 1.2. Regionalna polityka zdrowotna województwa podlaskiego	35
Podrozdział 1.3. Odtworzenie logiki interwencji Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego.....	50
Podrozdział 1.4. Odtworzenie logiki interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego	53
Podrozdział 1.5. Odtworzenie logiki interwencji regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim.....	56
Podrozdział 1.6. Odtworzenie logiki interwencji Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną	59
Podrozdział 1.7. Odtworzenie logiki interwencji Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego	62
Podrozdział 1.8. Podsumowanie	64
Rozdział 2. Ocena Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego	66
Podrozdział 2.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu	66
Podrozdział 2.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu	82
Podrozdział 2.3. Ocena trwałości wdrażania Programu	91
Rozdział 3. Ocena Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego	96
Podrozdział 3.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu	96

Podrozdział 3.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu	113
Podrozdział 3.3. Ocena trwałości wdrażania Programu	122
Rozdział 4. Ocena Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej województwa podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim	128
Podrozdział 4.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu	128
Podrozdział 4.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu	149
Podrozdział 4.3. Ocena trwałości wdrażania Programu	159
Rozdział 5. Ocena Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną.....	165
Podrozdział 5.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu	165
Podrozdział 5.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu	186
Podrozdział 5.3. Ocena trwałości wdrażania Programu	196
Rozdział 6. Ocena Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego	201
Podrozdział 6.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu	201
Podrozdział 6.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu	225
Podrozdział 6.3. Ocena trwałości wdrażania Programu	235
Rozdział 7. Wnioski i rekomendacje	241
Spis tabel.....	246
Spis wykresów.....	248
Bibliografia.....	254

Wykaz skrótów i użytych określeń

Skrót	Objaśnienie
AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AOS	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna
BASiW	Baza Analiz Samorządowych i Wdrożeniowych
BCO	Białostockie Centrum Onkologii
BDL	Bank Danych Lokalnych
BHP	Bezpieczeństwo i Higiena Pracy
CAWI/CATI	Wywiady internetowe wspomagane komputerowo/telefonicznie
COPN	Centralny Ośrodek Profilaktyki Nerwic
CZP	Centrum Zdrowia Psychicznego
DiLO	Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego
EFRR	Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EEG	Badanie diagnostyczne elektroencefalografem służące ocenie bioelektrycznej czynności mózgu
EKG	Badanie diagnostyczne echokardiografem służące ocenie funkcjonowania serca
EMG	Badanie diagnostyczne elektromiografem służące ocenie czynności elektrycznej mięśni i nerwów obwodowych
FEdP	Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027
GUS	Główny Urząd Statystyczny
IDI	Indywidualny wywiad pogłębiony
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
KZM	Kleszczowe zapalenie mózgu
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MPZ	Mapa potrzeb zdrowotnych
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPZ	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
OP	Oś Priorytetowa
PI	Priorytet Inwestycyjny
PIP	Państwowa Inspekcja Pracy
PIS	Państwowa Inspekcja Sanitarna
PKR	Punkty Konsultacyjne Rehabilitacji
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PSSE	Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna

Skrót	Objaśnienie
RPOWP/ RPOWP 2014-2020	Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020
RPPZ	Regionalny Program Polityki Zdrowotnej
SZOOP RPOWP 2014-2020	Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020
Śoi	Środki ochrony indywidualnej
WoD	Wniosek o dofinansowanie
WSSE	Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna
WUP	Wojewódzki Urząd Pracy

Streszczenie

Niniejsze badanie zostało zrealizowane na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego, w okresie od marca do lipca 2023 roku. Jego głównym celem była ocena rezultatów i produktów wdrożenia pięciu RPPZ w województwie podlaskim, a mianowicie:

- 1) Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego;
- 2) Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego;
- 3) Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim;
- 4) Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną;
- 5) Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.

Realizacja ewaluacji była możliwa dzięki wykorzystaniu zestawu metod i technik badawczych o różnym charakterze, z wykorzystaniem zróżnicowanych źródeł materiału badawczego: zarówno danych zastanych, jak i wywołanych. Zastosowano analizę desk research, obejmującą między innymi dokumentację strategiczną dotyczącą polityki regionalnej województwa podlaskiego; dane gromadzone w ramach RPOWP 2014-2020 nt. realizowanego wsparcia, w tym informacje szczegółowe o projektach wdrażanych w ramach RPPZ, beneficjentach oraz uczestnikach projektów oraz inne dostępne opracowania i statystyki związane z obszarem zdrowia. Przeprowadzono badania jakościowe, obejmujące: warsztaty z przedstawicielami Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego, przedstawicielami IZ oraz IP RPOWP 2014-2020 oraz przedstawicielami beneficjentów/partnerów projektów w ramach RPPZ; diady online z beneficjentami oraz indywidualne wywiady pogłębione z ekspertami w poszczególnych obszarach wdrażania programów zdrowotnych. Zrealizowano również badania ilościowe z uczestnikami projektów wdrażanych w ramach RPPZ. Zgromadzony materiał badawczy został poddany analizom i interpretacji, w wyniku czego sformułowano najważniejsze wnioski oraz rekomendacje, dopracowane podczas konsultacji, która odbyła się w trakcie przeprowadzonego warsztatu rekomendacyjnego z udziałem przedstawicieli Urzędu Marszałkowskiego Województwa Podlaskiego.

Biorąc pod uwagę wyniki badania, należy stwierdzić, że przedmiotowa interwencja w dużym stopniu przyczyniła się do wzrostu poziomu świadomości nt. roli i znaczenia profilaktyki i leczenia w zachowaniu zdrowia oraz do podejmowania działań profilaktycznych i leczenia. Ponadto zwiększył się dostęp do usług zdrowotnych w województwie podlaskim poprzez dotarcie ze świadczeniami niedostępnymi lub trudno dostępnymi w ramach NFZ, między innymi do miejsc pracy i nauki. Wdrożone wsparcie ocenione zostało jako skuteczne, użyteczne oraz trwałe. Całokształt przeprowadzonych na potrzeby niniejszej ewaluacji badań wskazuje, że do najważniejszych rezultatów wdrożonego wsparcia należy zaliczyć:

- rozwiązanie/zminimalizowanie problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia (59,8% w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych; 100% w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych; 43,7% w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących; 81,6% w Programie rehabilitacji onkologicznej i 45,7% w Programie profilaktyki wad postawy);
- unikanie czynników szkodzących zdrowiu wskutek pozyskanej wiedzy w Programie (75,2% w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych; 100% w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych; 68,9% w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących; 87,5% w Programie rehabilitacji onkologicznej i 51,2% w Programie profilaktyki wad postawy);
- podejmowanie działań profilaktycznych wskutek udziału w Programie (94,0% w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych; 85,7% w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych; 81,5% w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących; 97,9% w Programie rehabilitacji onkologicznej i 85,3% w Programie profilaktyki wad postawy);
- wzrost poziomu wiedzy nt. czynników szkodzących zdrowiu (78,3% w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych; 100% w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych; 63,2% w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących; 94,9% w Programie rehabilitacji onkologicznej i 68,9% w Programie profilaktyki wad postawy);
- wzrost poziomu wiedzy o działaniach profilaktycznych (81,5% w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych; 85,7% w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych; 61,6% w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących; 83,7% w Programie rehabilitacji onkologicznej i 70,1% w Programie profilaktyki wad postawy).

Stosowane instrumenty i rozwiązania w RPPZ w wysokim stopniu przyczyniły się do osiągnięcia celów głównych Programów, a więc były skuteczne. Niemniej beneficjenci podczas realizacji projektów napotkali na wiele problemów wynikających z dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości i uwarunkowań. Warto wspomnieć przede wszystkim o konieczności realizacji projektów w czasie pandemii COVID-19, która między innymi utrudniała rekrutację uczestników, powodowała wymóg zmiany harmonogramów, modyfikacji form realizacji wsparcia. Ponadto zarówno pandemia, jak i kryzys ekonomiczny miały wpływ na znaczny wzrost cen produktów i usług, co

sprawiło, że analiza ekonomiczna wykonana w RPPZ była nieaktualna w momencie realizacji projektów. Dodatkowo czynnikiem utrudniającym realizację projektów była też konieczność pozyskiwania znacznej ilości danych osobowych od potencjalnych uczestników na etapie rekrutacji, co spotykało się z niechęcią. Z niezadowoleniem spotykała się również konieczność pokrywania kosztów dojazdów przez uczestników, szczególnie w sytuacji, gdy miejsce uzyskania wsparcia było znacznie oddalone od miejsca ich zamieszkania, lub trudno dostępne komunikacyjnie.

Jednak pomimo powyższych trudności w realizacji projektów, korzyści z wdrożenia przedmiotowej interwencji, aktualność problemów w obszarze zdrowia zidentyfikowanych w RPPZ i zapotrzebowanie na dalsze wsparcie, skutkują rekomendacją o kontynuacji wsparcia w obszarach będących przedmiotem RPPZ, również w kolejnej perspektywie finansowej.

Summary

The study was commissioned by the Marshal's Office of the Podlaskie Province in the period from March to July 2023. Its main objective was to assess the results and products of implementation of five regional health policy programmes (RHPP) in the Podlaskie Province, namely 1) the Programme for the prevention of tick-borne diseases and eliminating the effects of their occurrence in the most endangered risk groups of the Podlaskie Province; 2) Regional Health Policy Programme aimed at the prevention of stress-related and somatic neurotic disorders in people working in the Podlaskie Province; 3) the Regional Health Policy Programme of the Podlaskie Province (RHPPPP) aimed at strengthening the health potential of people working in the Podlaskie Province; 4) the Health Policy Programme of the Podlaskie Province focused on rehabilitation facilitating the return to work of people with oncological disease, and 5) the Programme for the prevention of acquired postural defects addressed to children aged 5-14 from the Podlaskie Province.

The evaluation was possible thanks to using various research methods and techniques, using various sources of research material: primary and secondary sources. Desk research analysis was used, including strategic documentation concerning the regional policy of the Podlaskie Province, data collected under RHPPPP 2014–2020 on the provided support, including detailed information on projects implemented under the RHPP, beneficiaries, and project participants, and other available studies and statistics related to health. Qualitative research was carried out, including: workshops with representatives of the Department of Health in the Marshal's Office of the Podlaskie Province, representatives of the Managing Institutions (MI) and Intermediary Institutions (II) of the RHPPPP 2014–2020, and representatives of beneficiaries/project partners under the RHPP; as well as online dyads with beneficiaries and individual in-depth interviews with experts in individual areas of health programmes implementation. Quantitative research was also carried out with participants of projects implemented under the RHPP. The collected research material was analysed and interpreted, as a result of which the most important conclusions and recommendations were formulated and refined during the consultation, which took place during the recommendation workshop with representatives of the Marshal's Office of the Podlaskie Province.

Considering the results, it should be concluded that this intervention significantly contributed to increasing awareness of the role and importance of prevention and treatment in maintaining health and taking preventive measures and treatment. Moreover, access to health services in the Podlaskie Province increased by providing services – that are not available or difficult to access within the National Health Fund – to workplaces and educational units. The implemented support was assessed as effective, useful, and sustainable. The complexity of the research carried out for this

evaluation indicates that the most important results of the implemented support include:

- solving/minimising health problems of support recipients (59.8% in the Tick-Borne Diseases Prevention Programme; 100% in the Neurotic Disorders Prevention Programme; 43.7% in the Employee Health Improvement Programme; 81.6% in the Oncological Rehabilitation Programme; and 45.7% in the Postural Defects Prevention Programme);
- avoiding factors harmful to health as a result of the knowledge acquired in the Programme (75.2% in the Tick-Borne Diseases Prevention Programme; 100% in the Neurotic Disorders Prevention Programme; 68.9% in the Employee Health Improvement Programme; 87.5% in the Oncological Rehabilitation Programme; and 51.2% in the Postural Defects Prevention Programme);
- undertaking preventive measures as a result of participation in the Programme (94.0% in the Tick-Borne Diseases Prevention Programme; 85.7% in the Neurotic Disorders Prevention Programme; 81.5% in the Employee Health Improvement Programme; 97.9% in the Oncological Rehabilitation Programme; and 85.3% in the Postural Defects Prevention Programme);
- increase in the level of knowledge about factors harmful to health (78.3% in the Tick-Borne Diseases Prevention Programme; 100% in the Neurotic Disorders Prevention Programme; 63.2% in the Employee Health Improvement Programme; 94.9% in the Oncological Rehabilitation Programme; and 68.9% in the Postural Defects Prevention Programme);
- increase in the level of knowledge about preventive activities (81.5% in the Tick-Borne Diseases Prevention Programme; 85.7% in the Neurotic Disorders Prevention Programme; 61.6% in the Employee Health Improvement Programme; 83.7% in the Oncological Rehabilitation Programme; and 70.1% in the Postural Defects Prevention Programme).

The instruments and solutions used in the RHPP contributed to the achievement of the main objectives of the Programmes to a large extent and were effective. Nevertheless, the beneficiaries encountered many problems during the projects' implementation, resulting from the dynamically changing reality and conditions. It is worth mentioning the need to implement projects during the COVID-19 pandemic, which, among other things, hindered the recruitment of participants and resulted in the requirement to change schedules and modify the forms of support implementation. Moreover, both the pandemic and the economic crisis contributed to a significant increase in the prices of products and services, which made the economic analysis carried out in the RHPP outdated at the time of project implementation. Furthermore, factors hindering the projects' implementation included the need to obtain a significant amount of personal data from potential participants at the recruitment stage, which was met with reluctance. The participants also had to cover travel costs, especially when the place of support was far away from their place of residence or difficult to access.

However, despite these difficulties in the projects' implementation, the benefits of implementing this intervention, the topicality of health problems identified in the RHPP, and the need for further support result in a recommendation to continue support in the areas covered by the RHPP, also in the next financial perspective.

Wprowadzenie

Zrealizowane badanie ewaluacyjne wpisuje się częściowo w wypełnienie obowiązku ewaluacji OP II Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa i OP VII Poprawa spójności społecznej RPOWP 2014-2020. Jego zakres obejmuje interwencje w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych, zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, poprawy stanu zdrowia osób pracujących, rehabilitacji pacjentów leczonych radykalnie z powodu chorób nowotworowych oraz profilaktyki nabytych wad postawy u dzieci w wieku 5-14 lat. Przedmiotowe wsparcie wdrażane było w ramach:

- Działania 2.5 (PI 8vi) *Aktywne i zdrowe starzenie się*, za pośrednictwem niżej wymienionych typów projektów¹:
 - Realizacja programów rehabilitacji leczniczej zapobiegającej przerywaniu aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych, ułatwiających powrót na rynek pracy;
 - Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej), dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
 - Realizacja programów dotyczących przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujących do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia, wspierających osoby w decyzji o pozostaniu aktywnym społecznie i zawodowo, w tym poprzez umożliwienie przekwalifikowania pracownika i umożliwienie mu wykonywania pracy bez narażenia na czynniki zagrażające zdrowiu; dostosowywanie warunków pracy do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.
- Poddziałania 7.2.1 (PI 9iv) *Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym*, za pośrednictwem niżej wymienionych typów projektów²:
 - Wdrożenie programów polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci obejmujących tworzenie i działalność wyspecjalizowanych zespołów wczesnej interwencji świadczących usługi edukacyjne, rehabilitacyjne,

¹ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego, Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 355/6801/2023 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 4 sierpnia 2023 r., https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz_sie_wiecej_o_programie/zapoznaj_sie_z_prawem_i_dokument/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-regionalnego-programu-operacyjnego-wojewodztwa-podlaskiego-na-lata-2014-2020.html [dostęp: 31.07.2023].

² Tamże.

wspierające skierowane do rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

Niniejszy raport stanowi omówienie wyników przeprowadzonych badań. Zawarto w nim wnioski sformułowane na podstawie analiz i interpretacji całości zgromadzonego materiału badawczego, z wykorzystaniem każdej z metod i technik badawczych zrealizowanych w ramach procesu badawczego, wskazanych w kolejnym rozdziale opracowania.

W dalszych rozdziałach raportu zawarte zostały wyniki przeprowadzonego badania ewaluacyjnego, zaprezentowane w podziale na poszczególne obszary badawcze. Pierwszy z rozdziałów skupia się na przedstawieniu kontekstu regionalnego, w tym podstawowych danych charakteryzujących sytuację zdrowotną oraz charakterystykę podstawowych założeń polityki województwa podlaskiego w obszarze zdrowia. Zawarto tu również odtworzoną logikę interwencji poddanej niniejszej ewaluacji, której założenia, w szczególności dotyczące zaplanowanych celów i efektów wpływu, uwzględniane były podczas oceny skuteczności, użyteczności oraz trwałości wsparcia poddanego analizom.

Ze względu na konieczność przedstawienia wyników odrębnie dla każdego RPPZ, każdemu z nich został dedykowany oddzielny rozdział zawierający omówienie rezultatów przeprowadzonych badań, w tym analiz i interpretacji danych z różnych źródeł, zmierzających do wypełnienia celu głównego ewaluacji. Każdy z rozdziałów został podzielony na trzy podrozdziały, które odpowiadają celom szczegółowym, a jednocześnie przyjętym kryteriom ewaluacyjnym (skuteczności, użyteczności, trwałości). W ramach wyodrębnionych na tej podstawie podrozdziałów omówione zostały wyniki badania, które odpowiadają na przyporządkowane poszczególnym celom pytania/problemy badawcze – wyszczególnione one zostały na początku każdego z podrozdziałów. Dodatkowo struktura każdego z nich uwzględnia podsumowanie w formie syntetycznie przedstawionych wniosków sformułowanych przez ewaluatorów.

W rozdziale siódmym znajduje się tabela, opracowana zgodnie z wymaganym schematem, przedstawiająca kluczowe, wynikające z ewaluacji, wnioski oraz przyporządkowane do nich rekomendacje, wraz z opisem sposobu ich wdrożenia.

Na końcu opracowania zamieszczony został aneks, obejmujący listę dokumentów źródłowych wykorzystanych do realizacji badania ewaluacyjnego oraz spisy obiektów graficznych przedstawionych w raporcie.

Opis przebiegu badania oraz zastosowanej metodyki badania

Celem głównym badania była ocena rezultatów i produktów wdrożenia Regionalnych Programów Polityki Zdrowotnej w województwie podlaskim. Jego realizacji służyło wyznaczenie celów szczegółowych:

- Cel szczegółowy 1. Ocena skuteczności wdrażania Regionalnych Programów Polityki Zdrowotnej w województwie podlaskim;
- Cel szczegółowy 2. Ocena użyteczności wdrażania Regionalnych Programów Polityki Zdrowotnej w województwie podlaskim;
- Cel szczegółowy 3. Ocena trwałości wdrażania Regionalnych Programów Polityki Zdrowotnej w województwie podlaskim.

Ocena rezultatów i produktów wdrożenia RPPZ została dokonana z wykorzystaniem poniższych kryteriów ewaluacyjnych:

- skuteczności, która pozwoliła ocenić, na ile zrealizowane wsparcie wpłynęło na osiągnięcie założonych celów interwencji, przy uwzględnieniu wpływu czynników zewnętrznych;
- użyteczności, która pozwoliła ocenić całość rzeczywistych rezultatów i odpowiedzieć na pytanie, na ile zrealizowane wsparcie okazało się zgodne z potrzebami odbiorców tych działań;
- trwałości, która pozwoliła ocenić, czy uzyskane pozytywne rezultaty wsparcia mogą trwać po zakończeniu wsparcia, a także czy możliwe jest utrzymanie się wpływu interwencji w dłuższej perspektywie czasowej.

Badanie ewaluacyjne zostało przeprowadzone w okresie od marca do lipca 2023 roku, z wykorzystaniem szeregu metod i technik badawczych. Koncepcja jego realizacji przygotowana została z uwzględnieniem ewaluacji opartej na teorii. Jest to podejście badawcze skupiające się na kontekście założeń interwencji RPOWP 2014-2020, przez co pozwala przeprowadzić ocenę jej wpływu w odniesieniu do zaplanowanych celów i efektów. Ewaluacja oparta na teorii jest metodologicznie neutralna, co oznacza, że nie preferuje się konkretnych metod do jej wykonania, ale uzależnia się ich wybór od potrzeb. W praktyce badawczej najczęściej łączy w sobie wykorzystanie zarówno metod ilościowych, jak również jakościowych, co też miało miejsce w przypadku niniejszej ewaluacji.

W celu uzyskania wiarygodnych efektów ewaluacji, badanie zrealizowano z zastosowaniem triangulacji metodologicznej na trzech poziomach:

- triangulacja źródeł danych, oznaczająca wykorzystanie różnorodnych źródeł pochodzenia materiału badawczego, od danych zastanych, niewytworzonych przez badacza (gotowe opracowania, raporty, dokumenty programowe) do

danych wywołanych, czyli pochodzących od respondentów i zebranych podczas realizacji badań terenowych; wykorzystanie zróżnicowanych źródeł danych pozwala na wzajemną weryfikację pochodzących z nich danych;

- triangulacja metod badawczych, oznaczająca łączenie różnych metod i technik w badaniu tych samych zagadnień, np. badań kwestionariuszowych z wywiadami indywidualnymi, co pozwala na uchwycenie przedmiotu badania z różnych perspektyw, a także wykorzystanie mocnych stron stosowanych metod przy wzajemnej neutralizacji ich słabszych punktów i zwiększenie wiarygodności uzyskanych danych;
- triangulacja perspektyw badawczych, oznaczająca zaangażowanie całego zespołu, nie zaś jednej osoby w realizację badania ewaluacyjnego, co pozwala uniknąć subiektywizmu i uzyskać wszechstronny, pogłębiony opis poddawanych badaniu zjawisk; jest to istotne zwłaszcza podczas interpretacji wyników badań jakościowych.

Powyższe pozwoliło na zachowanie triangulacji również na poziomie formułowania wniosków, które uwzględniają dane zebrane z różnych źródeł i za pomocą różnych metod badawczych oraz pracę całego zespołu badawczego.

W ramach badania zrealizowano niżej scharakteryzowane metody/techniki badawcze.

Warsztat eksploracyjny

Warsztat został przeprowadzony w formule online z przedstawicielami Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego, przedstawicielami IZ oraz IP RPOWP 2014-2020 oraz przedstawicielami beneficjentów/partnerów projektów w ramach RPPZ. Celem warsztatu eksploracyjnego było wspólne wypracowanie teorii interwencji dla każdego z RPPZ, wybór kluczowych elementów teorii, tzw. hipotez i dowodów ich empirycznego testowania oraz pozyskanie wytycznych do opracowania narzędzi badawczych.

Warsztat ewaluacyjny

Warsztat ewaluacyjny został również przeprowadzony w formule online z przedstawicielami grup uczestniczącymi w pierwszym warsztacie (eksploracyjnym). Warsztat ewaluacyjny został przeprowadzony tydzień po zrealizowaniu warsztatu eksploracyjnego, w celu przedstawienia i przedyskutowania narzędzi badawczych uwzględniających wnioski z przeprowadzonego warsztatu eksploracyjnego. Na spotkaniu zostało również zaprezentowane powiązanie narzędzi badawczych z teoriami interwencji. Ponadto omówiono i przedyskutowano założenia empirycznego testowania hipotez.

Badanie ankietowe CAWI/CATI *mix mode*

Badanie ankietowe z wykorzystaniem podejścia *mix mode* łączy w sobie dwie techniki wywiadów ankietowych – CAWI (internetowych wywiadów wspomaganym komputerowo) oraz CATI (telefonicznych wywiadów wspomaganym komputerowo). W ramach badań ilościowych łącznie przebadano 1 203 uczestników RPPZ wg struktury zaprezentowanej w poniższej tabeli.

Tabela 1. Struktura próby uczestników Programów w badaniu ankietowym

Nazwa Programu	Szacunkowa liczba unikatowych uczestników projektu	Rozmiar próby badawczej objętej badaniem	Liczba efektywnie zrealizowanych wywiadów	Response rate (poziom realizacji próby badawczej)
Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowanie skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego	277	277	166	59,9%
Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego	44	44	7	15,9%
Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim	24 976	4 976	378	7,6%
Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną	1 534	1 228	314	25,6%
Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego	3 027	1 476	341	23,1%
RAZEM	29 858	8 001	1 206	15,07%

Błąd statystyczny na poziomie całej próby wynosi 3% przy następujących parametrach: populacja 29 858, liczba efektywnie zrealizowanych wywiadów 1 206, poziom ufności 96%.

Źródło: opracowanie własne.

Diady z beneficjentami

Diada to wywiad jakościowy prowadzony przez moderatora z dwoma osobami jednocześnie. W ramach ewaluacji przeprowadzono 7 diad z przedstawicielami każdego z siedmiu unikalnych beneficjentów i ich partnerów, nt. realizowanych przez nich projektów w ramach RPPZ.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) z ekspertami w poszczególnych obszarach wdrażania programów zdrowotnych

Wywiady IDI polegają na prowadzeniu przez badacza indywidualnej rozmowy z respondentem, wybranym ze względu na jego powiązanie z tematyką badań. Na potrzeby ewaluacji zrealizowano 5 IDI w sposób zdalny (telefonicznie lub online) z autorami RPPZ (po jednym wywiadzie dedykowanym każdemu z Programów). Każde spotkanie prowadzone było wg ustrukturyzowanego scenariusza, zawierającego pytania uwzględniające specyfikę danego RPPZ.

Metody i techniki analizy danych

Przygotowanie niniejszego raportu końcowego wymagało realizacji badań terenowych oraz analizy danych już istniejących, niewywołanych przez członków zespołu zaangażowanego w prace projektowe.

Analiza desk research (czyli analiza danych zastanych), to technika, która polega na zbieraniu i analizie danych wtórnych, czyli takich, które już istnieją i zostały przygotowane przez inne podmioty. Była ona punktem wyjścia do realizacji pozostałych czynności badawczych i polegała na zebraniu oraz analizie dostępnych danych, takich jak: dokumenty programowe, strategiczne, akty prawne, sprawozdania, analizy, raporty z badań i inne opracowania, dane statystyki publicznej, informacje dostępne na stronach internetowych. Szczegółowy spis źródeł znajduje się w aneksie na końcu raportu.

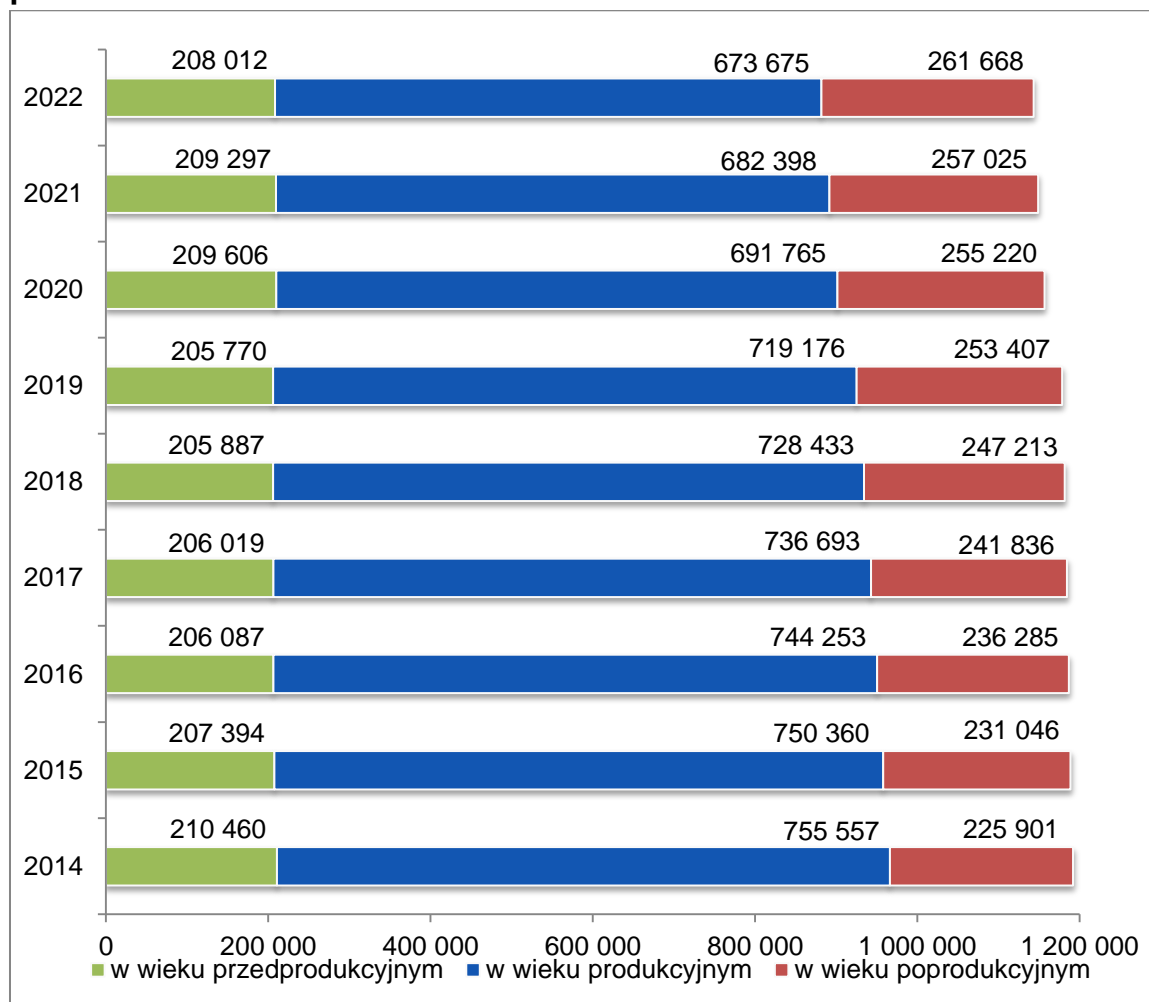
Dane jakościowe analizowane były w sposób jakościowy, natomiast dane ilościowe zostały poddane analizie statystycznej. Wartości przedstawione na wykresach dotyczących wyników badań ilościowych mogą nie sumować się do 100%, ze względu na wynik automatycznego zaokrąglania.

Rozdział 1. Kontekst teoretyczny i regionalny

Podrozdział 1.1. Analiza sytuacji zdrowotnej województwa podlaskiego

Według danych GUS województwo podlaskie na koniec 2022 roku zamieszkiwało 1 143 355 osób, co oznacza spadek o 4,1% w porównaniu do 2014 roku. W omawianym okresie o 1,2% zmniejszyła się liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym, o 10,8% zmniejszyła się liczba ludności w wieku produkcyjnym, a o 15,8% wrosła liczba ludności w wieku poprodukcyjnym.

Wykres 1. Liczba ludności wg funkcjonalnych grup wieku w województwie podlaskim w latach 2014-2022



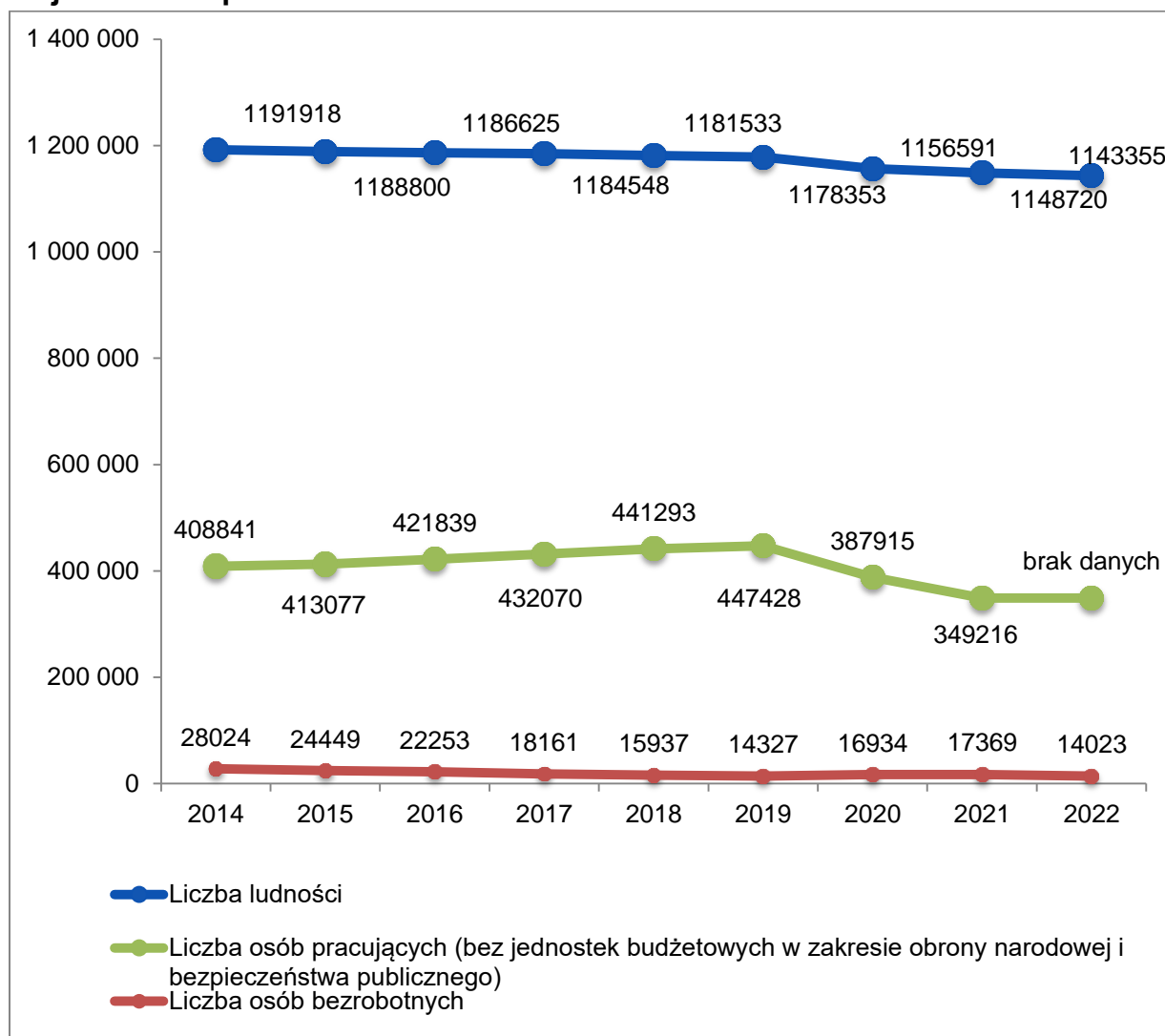
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS³.

³ Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp 31.07.2023].

W 2021 roku liczba osób pracujących (bez uwzględnienia jednostek budżetowych w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego) wynosiła 349 216, co oznacza spadek w porównaniu do 2014 roku o 14,6%.

Natomiast wg najnowszych danych w 2022 roku w województwie podlaskim było 14 023 bezrobotnych zarejestrowanych, o 50,0% mniej niż w 2014 roku.

Wykres 2. Liczba ludności, pracujących i zarejestrowanych bezrobotnych w województwie podlaskim w latach 2014-2022⁴



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS⁵.

W celu oceny zmian w obszarze zdrowia na terenie województwa podlaskiego, dokonano analizy danych obrazujących stan zdrowia mieszkańców oraz dostępność i jakość usług zdrowotnych.

⁴ Dane nie obejmują pracujących w jednostkach budżetowych działających w zakresie obrony narodowej i bezpieczeństwa publicznego.

⁵ Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp 31.07.2023].

W 2021 r. w województwie podlaskim mężczyźni żyli przeciętnie 71,5 roku, a kobiety – 80,5 roku. W skali kraju przeciętne trwanie życia mężczyzn było nieco dłuższe i kształtowało się na poziomie 71,8, zaś w przypadku kobiet było krótsze i wynosiło 79,7 roku. W porównaniu do 2014 roku średnie trwanie życia mężczyzn w województwie podlaskim skróciło się o 2,5 roku, a kobiet – o 2,3 lat.

Tabela 2. Przeciętne trwanie życia według płci w województwie podlaskim w latach 2014-2021

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2014/2021
Mężczyźni	74,0	73,8	74,2	74,2	74,1	74,3	73,1	71,5	-2,5
Kobiety	82,8	82,6	82,8	82,9	82,7	83,1	81,9	80,5	-2,3

Zródło: opracowanie własne na podstawie danych Urzędu Statystycznego w Białymstoku⁶.

W 2021 roku zmarło 16 725 mieszkańców województwa podlaskiego (41,1% więcej niż w 2014 roku) – najwięcej osób z powodu chorób układu krążenia (5 947), COVID-19 (3 376), nowotworów (2 835), chorób układu oddechowego (920), chorób układu trawiennego (261), zaburzeń psychicznych (125) i chorób układu moczowo-płciowego (117). W porównaniu do 2014 roku o 12,0% wzrosła liczba zgonów z powodu chorób układu krążenia, a o 0,9% z powodu nowotworów.

⁶ Przeciętne trwanie życia mężczyzn i kobiet w województwie podlaskim w 2021 r., Urząd Statystyczny w Białymstoku, 2022.

Tabela 3. Zgony według wybranych przyczyn w województwie podlaskim w latach 2014-2021

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2014/2021
Ogółem, w tym z powodu:	11 850	12 302	12 271	12 526	12 969	12 501	14 622	16 725	41,1%
- chorób układu krążenia	5 312	5 373	5 282	5 576	5 593	5 216	5 923	5 947	12,0%
- COVID-19	-	-	-	-	-	-	1 201	3 376	-
- nowotworów	2 810	3 089	2 973	2 927	3 068	3 042	2 986	2 835	0,9%
- nowotworów złośliwych	2 784	3 041	2 916	2 861	3 004	2 980	2 904	2 702	-2,9%
- chorób układu oddechowego	738	810	770	957	967	1 014	1 036	920	35,3%
- przyczyn zewnętrznych	769	742	733	691	710	702	693	682	-11,3%
- chorób układu trawiennego	520	519	544	504	542	511	556	581	11,7%
- zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemiany metabolicznej	217	226	251	225	265	257	302	338	55,8%
- chorób układu nerwowego i narządów zmysłów	199	212	202	190	197	176	253	261	31,2%
- zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania	105	134	141	124	150	133	157	125	19,0%
- chorób układu moczowo-płciowego	31	48	73	60	107	104	84	117	277,4%
- niektórych chorób zakaźnych i pasożytniczych	40	79	67	56	43	26	30	57	42,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS⁷.

⁷ Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp 31.07.2023].

Najnowsze dane nt. liczby zachorowań na nowotwory złośliwe publikowane przez MZ, dostępne są za 2019 rok. Wówczas wartość wyniosła 4 466, co oznacza przyrost o 8,8% w porównaniu do 2014 roku.

Tabela 4. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w latach 2014-2019

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Zmiana 2014/2019
Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe	4 105	4 277	4 251	4 131	4 173	4 466	8,8%
Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności	344,4	359,8	358,2	348,7	353,2	379,0	10,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia⁸; dane Instytutu Onkologii są opracowywane w cyklu dwuletnim.

Natomiast z Interaktywnego Raportu prowadzonego przez NFZ wynika, że w 2022 roku wydano 5 731 kart diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) – o 72,9% więcej niż w 2018 roku. Karty DiLO są nieodłącznym elementem tzw. pakietu onkologicznego, który rozpoczął funkcjonowanie w 2015 roku. Ich zadaniem jest usystematyzowanie procesu diagnostyczno-terapeutycznego. Karty mają na celu ułatwienie pacjentowi z podejrzeniem nowotworu lub zdiagnozowaną chorobą poruszanie się w systemie opieki medycznej – pełnią rolę skierowania.

Tabela 5. Liczba wydanych kart DiLO w województwie podlaskim w latach 2018-2020

Nazwa	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2018/2022
Liczba wydanych kart	3 313	3 771	3 661	4 983	5 731	72,9%
Wskaźnik liczby wydanych kart na 10 tys. ludności	28,0	32,0	31,2	42,8	49,2	75,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ⁹.

Statystyki dotyczące występowania chorób odkleszczowych znajdują się w Raportach o stanie sanitarnym województwa podlaskiego, z których wynika, że w 2022 roku liczba zachorowań na boreliozę wyniosła 930 i była niższa o 27,0% niż w roku 2014, jednak wyższa niż w latach 2020-2021 (odpowiednio 908 i 718). Zwiększyła się natomiast liczba zachorowań na kleszczowe zapalenie mózgu (o 20,0%). W 2022 roku chorych na KZM było 132 osób, więcej niż w latach 2014-2015 i 2018-2021.

⁸ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2021, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny> [dostęp: 31.07.2023].

⁹ Interaktywny Raport NFZ, https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/ https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/ [dostęp: 31.07.2023].

Tabela 6. Liczba zachorowań i współczynnik zapadalności na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim w latach 2014-2022

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2014/2022
Liczba zachorowań na boreliozę z Lyme	1274	1146	1602	1542	1287	1270	908	718	930	-27,0%
Współczynnik zapadalności na boreliozę z Lyme (na 100 tys. ludności)	106,3	95,9	134,4	129,9	108,5	107,2	76,7	60,9	79,3	-25,4%
Liczba zachorowań na KZM	110	77	160	160	73	108	78	52	132	20,0%
Współczynnik zapadalności na KZM (na 100 tys. ludności)	9,2	6,4	13,4	13,5	6,2	9,1	6,6	4,4	11,3	22,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WSSE w Białymstoku¹⁰.

Analizując stan zdrowia dzieci i młodzieży w województwie podlaskim, należy wskazać, że najczęściej rozpoznawaną chorobą w 2021 roku były choroby układu mięśniowo-szkieletowego. Stanowiły one 61,0%, co oznacza wartość najwyższą na tle pozostałych województw.

Tabela 7. Liczba pacjentów w wieku 0-17 lat z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego w województwie podlaskim w latach 2016-2021

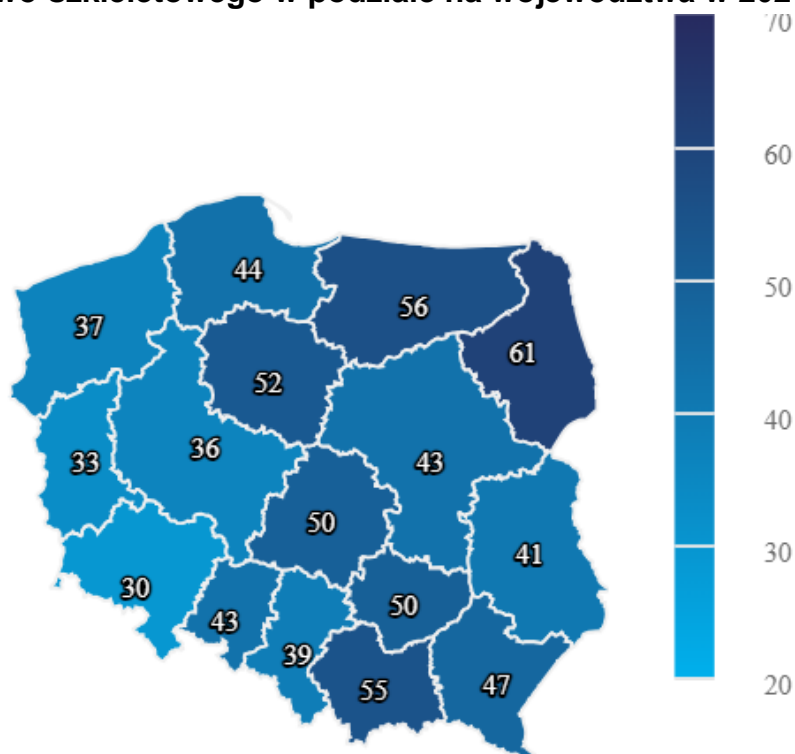
Nazwa	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2016/2021
Liczba pacjentów z rozpoznaniem	4 803	5 314	5 680	6 056	6 293	5 710	18,9%
Udział pacjentów z rozpoznaniem chorób układu mięśniowo-szkieletowego w ogóle rozpoznanych chorób (w %)	54,7	57,6	58,2	59,0	61,2	61,6	12,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia¹¹.

¹⁰ Raporty o stanie sanitarnym województwa podlaskiego za lata 2014-2022, <https://www.gov.pl/web/wsse-bialystok/ocena-stanu-sanitarnego-województwa-podlaskiego> [dostęp: 31.07.2023].

¹¹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/> [dostęp: 31.07.2023].

Mapa 1. Udział pacjentów w wieku 0-17 lat z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego w podziale na województwa w 2021 roku

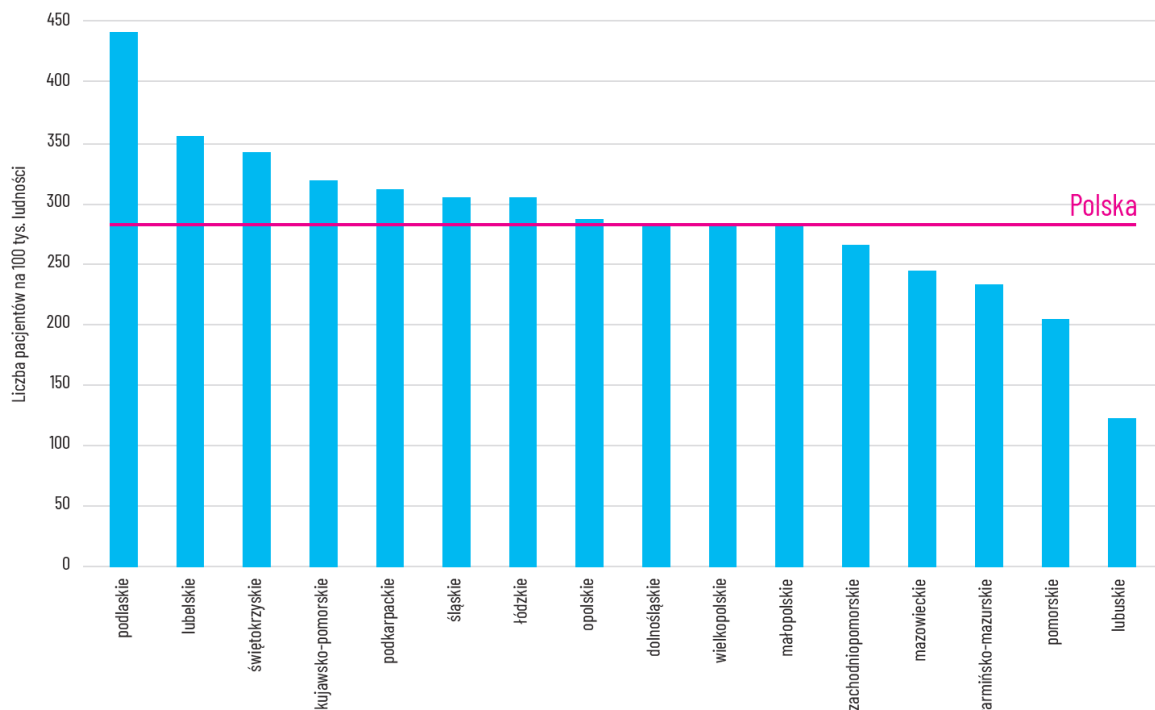


Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia¹².

Opisując sytuację zdrowotną regionu, nie można pominąć wpływu pandemii COVID-19. Województwo podlaskie charakteryzowało się największą liczbą pacjentów hospitalizowanych z powodu COVID-19 w przeliczeniu na 100 tys. w okresie od początku pandemii COVID-19 w Polsce do końca 2020 r. (437 na 100 tys.). Do 31 grudnia 2021 roku, odsetek mieszkańców województwa podlaskiego, którzy przyjęli co najmniej dwie dawki szczepionki przeciw COVID-19 wyniósł 47,3%. Niższy wynik odnotowano jedynie w województwie podkarpackim (42,2%). W latach 2020-2021 zarażenie koronawirusem było przyczyną zgonu 4 577 osób w województwie podlaskim.

¹² Tamże.

Wykres 3. Liczba hospitalizowanych pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w okresie od początku pandemii COVID-19 w Polsce do końca 2020 r.



Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia¹³.

Jak wynika z opracowań MZ nt. wpływu pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce, w 2020 roku względem roku 2019 w województwie podlaskim:

- zmniejszyła się liczba pacjentów z rozpoznaniem chorób układu krążenia o 8,2%;
- spadła liczba kontaktów/hospitalizacji z rozpoznaniem chorób układu krążenia o 17,7% (wyższą wartość odnotowano jedynie w woj. świętokrzyskim – 19,1%);
- zmniejszyła się liczba pacjentów rehabilitacji kardiologicznej o 24,0%;
- zmniejszyła się liczba świadczeń programu kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego o 53;
- zmniejszyła się liczba pacjentów z rozpoznaniem chorób układu oddechowego o 29,8%;
- zmniejszyła się liczba kontaktów/hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem chorób układu oddechowego o 34,2%;
- zmniejszyła się liczba pacjentów w AOS, którym udzielono świadczeń w zakresie chorób układu mięśniowo-szkieletowego o 15,0%;

¹³ Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce. Choroby zakaźne, Ministerstwo Zdrowia, 2022.

- zmniejszyła się liczba pacjentów z chorobami układu mięśniowo-szkieletowego w leczeniu szpitalnym o 18,9% (wg lokalizacji świadczeniodawcy);
- zmniejszyła się liczba hospitalizacji w powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego o 21,9% (wg lokalizacji świadczeniodawcy);
- zmniejszyła się łączna liczba pacjentów opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w CZP o 7,0%;
- zwiększył się udział teleporad w łącznej liczbie porad udzielonych pacjentom dorosłym oraz dzieciom i młodzieży w poradniach leczenia/terapii uzależnień, poradniach psychiatrycznych/psychologicznych, zespołach leczenia środowiskowego oraz w poradniach seksuologicznych o 36,0%;
- zmniejszyła się liczba porad w zakresie chorób dziecięcych o 18,0% (w pozostałych województwach spadki były wyższe (od 20,0% do 22,0%);
- zmniejszyła się liczba pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego o 5,7%;
- zmniejszyła się liczba kontaktów/hospitalizacji pacjentów z rozpoznaniem nowotworu złośliwego o 10,4%.

Ponadto warto zwrócić uwagę, że w latach 2019-2020 jedynie w województwie podlaskim i dolnośląskim wzrosła liczba wystawianych kart DiLO (analogicznie 1,7% i 3,7%), oraz, że tylko w województwie podlaskim i lubuskim zwiększyła się liczba zrealizowanych konsyliów (analogicznie 3,7% i 7,1%).

W celu oceny dostępności i jakości usług zdrowotnych w województwie podlaskim wzięto między innymi pod uwagę liczbę przychodni, lekarzy, pielęgniarek, specjalistów i czas oczekiwania na wybrane usługi medyczne. Jak wynika z danych GUS w 2022 roku w 809 przychodniach udzielono łącznie 9 054 779 porad, o 4,3% więcej niż w 2014 roku.

Tabela 8. Liczba przychodni i liczba udzielonych porad w województwie podlaskim w latach 2014-2022

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana 2014/2022
Liczba udzielonych porad	8 682 964	8 861 592	9 033 891	8 954 645	8 919 641	8 926 115	7 559 502	8 787 026	9 054 779	4,3%
Liczba przychodni	753	760	765	764	758	762	727	788	809	7,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS¹⁴.

W latach 2014-2021 wzrosła liczba lekarzy o 7,4%, pielęgniarek – o 1,4%; fizjoterapeutów – o 131,2%, natomiast zmniejszyła się liczba lekarzy specjalistów o 2,5%. W okresie 5 lat (2016-2021) ubyło 47 pediatrów, 41 specjalistów chorób wewnętrznych, 35 chirurgów, 13 psychiatrów, 7 neurologów i 1 specjalisty w zakresie chorób płuc.

Tabela 9. Wybrane dane dotyczące liczby personelu medycznego w województwie podlaskim w latach 2014-2021

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2014/2021
Liczba lekarzy pracujących w placówkach ochrony zdrowia	2 848	2 922	3 082	2 856	2 988	2 839	2 922	3 058	7,4%
Wskaźnik lekarzy pracujących w placówkach ochrony zdrowia (na 10 tys. ludności)	23,9	24,6	26,0	24,1	25,3	24,1	24,9	26,2	9,6%
Liczba pielęgniarek pracujących w placówkach ochrony zdrowia	6 029	6 139	6 122	5 751	5 685	5 803	5 797	6 115	1,4%
Wskaźnik pielęgniarek pracujących w placówkach ochrony zdrowia (na 10 tys. ludności)	50,6	51,6	51,6	48,6	48,1	49,2	49,4	52,5	3,7%
Liczba fizjoterapeutów pracujących w placówkach ochrony zdrowia	320	351	567	536	537	623	674	740	131,2%

¹⁴ Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp 31.07.2023].

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2014/2021
Wskaźnik fizjoterapeutów pracujących w placówkach ochrony zdrowia (na 10 tys. ludności)	2,7	3,0	4,8	4,5	4,5	5,3	5,7	6,4	137,0%
Procent lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony w ogóle lekarzy	79,1	82,7	75,8	67,8	66,7	71,8	69,1	71,8	-9,2%
Liczba lekarzy specjalistów zatrudnionych w placówkach ochrony zdrowia	2 252	3 640	2 337	1 935	1 993	2 039	2 019	2 195	-2,5%
- radiologii	-	-	69	56	58	55	56	100	44,9% ¹⁵
- chorób wewnętrznych	-	-	241	168	168	193	171	200	-17,0% ¹⁶
- diabetologii	-	-	32	26	27	28	26	32	0,0% ¹⁷
- pediatrii	-	-	143	87	84	94	86	96	-35,0% ¹⁸
- chorób płuc	-	-	39	34	35	40	35	38	-2,6% ¹⁹
- psychiatrii	108	117	110	90	95	97	106	97	-10,2%
- neurologii	71	72	73	65	68	68	63	66	-7,0%
- chirurgii	209	238	213	194	157	165	160	178	-14,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia²⁰.

¹⁵ Dotyczy zmiany wartości 2021 w porównaniu do 2016, ze względu na brak danych za okres 2014-2015.

¹⁶ Dotyczy zmiany wartości 2021 w porównaniu do 2016, ze względu na brak danych za okres 2014-2015.

¹⁷ Dotyczy zmiany wartości 2021 w porównaniu do 2016, ze względu na brak danych za okres 2014-2015.

¹⁸ Dotyczy zmiany wartości 2021 w porównaniu do 2016, ze względu na brak danych za okres 2014-2015.

¹⁹ Dotyczy zmiany wartości 2021 w porównaniu do 2016, ze względu na brak danych za okres 2014-2015.

²⁰ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2021, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny> [dostęp: 31.07.2023].

Według najnowszych dostępnych danych (Tabela 10) średni czas oczekiwania (przypadki stabilne) w województwie podlaskim, do:

- **poradni chorób naczyń** w listopadzie 2022 roku wynosił 251 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 49,3% (wartość minimalna – 168 dni w grudniu 2014, wartość maksymalna – 397 w lutym 2018);
- **poradni chorób płuc** w listopadzie 2022 roku wynosił 174 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 296,0% (wartość minimalna – 6 dni w maju 2020, wartość maksymalna – 201 w październiku 2019);
- **poradni leczenia nerwic** w listopadzie 2022 roku wynosił 57 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 375,0% (wartość minimalna – 9 dni w marcu 2016, wartość maksymalna – 110 w czerwcu 2022);
- **poradni zdrowia psychicznego** w listopadzie 2022 roku wynosił 35 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 134,5% (wartość minimalna – 8 dni w marcu 2020, wartość maksymalna – 37 w maju 2020);
- **zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej** w listopadzie 2022 roku wynosił 189 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 46,4% (wartość minimalna – 104 dni w lutym 2015, wartość maksymalna – 249 w sierpniu 2020);
- **zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci** w listopadzie 2022 roku wynosił 189 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 46,4% (wartość minimalna – 0 dni w kwietniu 2020, wartość maksymalna – 183 w sierpniu 2020);
- **poradni rehabilitacyjnej** w listopadzie 2022 roku wynosił 105 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 97,3% (wartość minimalna – 50 dni w lutym 2015, wartość maksymalna – 129 w sierpniu 2020);
- **poradni rehabilitacyjnej dla dzieci** w listopadzie 2022 roku wynosił 44 dni, co oznacza wzrost w porównaniu do grudnia 2014 o 31,8% (wartość minimalna – 44 dni w październiku i listopadzie 2022, wartość maksymalna – 120 w lipcu 2017).

Tabela 10. Zmiany średniego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne w województwie podlaskim (przypadek stabilny)

Nazwa	Grudzień 2014	Listopad 2022	Zmiana 2014/2022
Poradnia chorób naczyń	168	251	49,3%
Poradnia chorób płuc	44	174	296,0%
Poradnia leczenia nerwic	12	57	375,0%
Poradnia zdrowia psychicznego	15	35	134,5%
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	129	189	46,4%
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej dla dzieci	35	140	306,4%
Poradnia rehabilitacyjna	53	105	97,3%
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	65	44	-31,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia²¹.

Ze względu na wiodącą rolę Białostockiego Centrum Onkologicznego w profilaktyce i leczeniu chorób onkologicznych prześledzono, jak zmienił się czas oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne poprzez porównanie wartości z grudnia 2014 do listopada 2022. Spośród wybranych do analizy jednostek o 214,1% zwiększyła się średnia liczba dni oczekiwania do zakładu/ośrodka rehabilitacji leczniczej, a o 33,3% - na oddział ginekologii onkologicznej. Kolejki do skorzystania z pozostałych usług zmniejszyły się (poradnia rehabilitacyjna; pracownia lub zakład medycyny nuklearnej; pracownia tomografii komputerowej; zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej; świadczenia rezonansu magnetycznego; oddział radioterapii; oddział onkologii klinicznej/chemioterapii).

Tabela 11. Zmiany średniego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne w Beskidzkim Centrum Onkologii (przypadek stabilny)

Nazwa	Grudzień 2014	Listopad 2022	Zmiana 2014/2022
Poradnia rehabilitacyjna	112	77	-31,3%
Pracownia lub zakład medycyny nuklearnej	105	67	-36,2%
Pracownia tomografii komputerowej	87	42	-17,2%
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	85	267	214,1%
Świadczenia rezonansu magnetycznego	81	42	-48,1%
Oddział radioterapii	25	7	-72,0%
Oddział onkologii klinicznej/chemioterapii	25	16	-36,0%
Oddział ginekologii onkologicznej	12	16	33,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia²².

W latach 2017-2021 zwiększyła się liczba wykonywanych badań EKG służących ocenie funkcjonowania serca (o 4,3%), EEG służących ocenie bioelektrycznej czynności mózgu (o 1,7%) i EMG wykorzystywanych do oceny czynności elektrycznej mięśni i nerwów obwodowych (o 4,9%).

²¹ Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/> [dostęp: 31.07.2023].

²² Tamże.

Tabela 12. Wybrane dane dotyczące liczby wykonywanych badań diagnostycznych w województwie podlaskim w latach 2017-2021²³

Nazwa	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2017/2021
Liczba badań EKG	33 130	29 933	37 630	24104	34 556	4,3%
Liczba badań EEG	4 906	8 512	4 540	4 268	4 988	1,7%
Liczba badań EMG	5 894	6 409	6 836	3 552	6 184	4,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia²⁴.

W latach 2014-2021 o 17,2% zmniejszyła się liczba osób leczonych w szpitalach stacjonarnych. O 12,4% zwiększyła się natomiast liczba dni absencji pracowników w województwie podlaskim. Jak wynika z danych ZUS, w latach 2015-2022 liczba osób pobierających zasiłek chorobowy wzrosła o 39,0%, a świadczenie rehabilitacyjne - o 41,7%. W porównaniu do 2014 roku, w 2022 – zwiększyła się liczba orzeczeń wydanych przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS (o 22,2%) oraz liczba wydanych skierowań na rehabilitację leczniczą (o 53,6%).

²³ Brak danych w biuletynach statystycznych Ministerstwa zdrowia nt. liczby wykonywanych badań EKG, EEG i EMG dla lat wcześniejszych.

²⁴ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2021, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny> [dostęp: 31.07.2023].

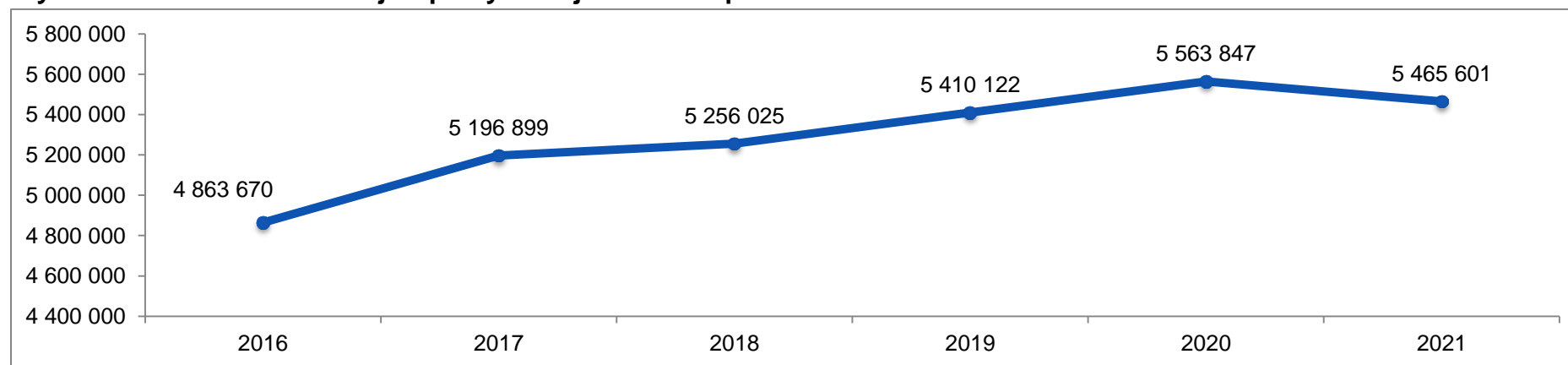
Tabela 13. Leczeni w ciągu roku w szpitalach stacjonarnych ogólnych z ruchem międzyoddziałowym (łącznie z oddziałem neonatologicznym) w województwie podlaskim w latach 2014-2021

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Zmiana 2014/2021
Leczeni w ciągu roku	258 572	262 157	254 158	265 986	263 753	244 132	189 698	214 101	-17,2%
Wskaźnik liczby leczonych w ciągu roku (na 10 tys. ludności)	2 169,4	2 205,2	2 141,9	2 245,5	2 226,6	2 071,8	1 616,8	1 837,4	-15,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia²⁵.

W 2021 roku liczba dni absencji w pracy w województwie podlaskim wynosiła 5 465 601, co oznacza wzrost o 12,4% w porównaniu do roku 2016.

Wykres 4. Liczba dni absencji w pracy w województwie podlaskim w latach 2016-2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia²⁶.

²⁵ Tamże.

²⁶ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2021, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny> [dostęp: 31.07.2023].

Tabela 14. Informacje o wybranych świadczeniach z funduszu ubezpieczeń społecznych w latach 2014-2022

Nazwa	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Zmiana
Liczba osób pobierających zasiłek chorobowy	-	40 381	-	46 652	47 161	48 192	52 221	60 879	56 127	39,0%
Liczba osób pobierających świadczenie rehabilitacyjne	-	2 700	-	3 143	3 159	3 303	3 524	3 676	3 826	41,7%
Orzeczenia wydane przez lekarzy orzeczników i komisje lekarskie ZUS	25 717	23 738	-	21 879	21 765	26 428	37 712	29 286	31 429	22,2%
Sprawy zakończone rehabilitacją leczniczą	2 129	2 669	-	3 252	-	3 035	-	-	-	-
Skierowanie na rehabilitację leczniczą	2 541	2 845	-	-	3 501	-	-	1 740	1 179	53,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych²⁷.

Według prognoz dostępnych w Mapie potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026, na podstawie danych za 2019 rok, do 2028 roku:

- szacuje się wzrost wartości wskaźników chorobowości, zapadalności oraz liczby zgonów powodowanych przez choroby układu krążenia;
- będzie wzrastać chorobowość, zapadalność na nowotwory oraz liczba zgonów z powodu nowotworów;
- o 14,7% wzrośnie wartość wskaźnika chorobowości na cukrzycę, a o 14,2% - liczba zgonów z jej powodu;
- liczba pielęgniarek zmniejszy się o 31%;
- liczba położnych zmniejszy się o 33%.

²⁷ Kwartalne Informacje o świadczeniach pieniężnych z funduszu ubezpieczeń społecznych oraz o niektórych świadczeniach z zabezpieczenia społecznego za lata 2016-2022, <https://www.zus.pl/baza-wiedzy/statystyka/kwartalne-informacje-o-swiadczeniach-pienieznych-z-fus-oraz-o-innych-swiadczeniach> [dostęp: 31.07.2023].

Podrozdział 1.2. Regionalna polityka zdrowotna województwa podlaskiego

Analiza danych zastanych wykonanych na potrzeby przedmiotowej ewaluacji wykazała, że zapisy RPPZ były zgodne z prowadzoną wówczas polityką na szczeblu wojewódzkim, krajowym i europejskim. Również autorzy RPPZ, którzy udzielili wywiadów pogłębionych wskazywali na zgodność Programów z obowiązującymi wytycznymi, czego gwarantem była między innymi pozytywna ocena Programów przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT).

RPPZ wpisywały się między innymi w założenia następujących dokumentów:

- 1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej²⁸**
- 2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych²⁹**

W dokumencie ustalono niżej wymienione priorytety zdrowotne:

- Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu:
 - chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu,
 - nowotworów złośliwych,
 - przewlekłych chorób układu oddechowego;
- Ograniczenie skutków urazów powstałych w wyniku wypadków, w szczególności poprzez skuteczną rehabilitację osób poszkodowanych;
- Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych;
- Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego;
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- Ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych:
 - spożywaniem alkoholu,
 - używaniem substancji psychoaktywnych,
 - paleniem tytoniu;
- Przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy;

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Dz.U. 2017 poz. 2476,

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002476> [dostęp: 31.07.2023].

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20091371126> [dostęp: 31.07.2023].

- Ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania;
- Poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3;
- Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- Rozwój opieki długoterminowej, ze szczególnym uwzględnieniem kompensowania utraconej sprawności;
- Poprawa jakości i skuteczności opieki geriatrycznej nad pacjentem w wieku podeszłym.

Mając na uwadze stan zdrowia obywateli województwa podlaskiego oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości, Wojewoda Podlaski w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Podlaskiego, w dniu 24 sierpnia 2018 r. ustalił **Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.**³⁰ Poniższe Priorytety ustalone zostały w oparciu o dane wynikające z przygotowanej przez Ministra Zdrowia Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa podlaskiego oraz problemów związanych z opieką zdrowotną zgłoszonych przez Członków Wojewódzkiej Rady do spraw Potrzeb Zdrowotnych Województwa Podlaskiego:

- Zabezpieczenie dostępności i jakości świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych, kardiologii, neurologii (z pododdziałem udarowym), radioterapii, onkologii klinicznej oraz gruźlicy i chorób płuc;
- Poprawa jakości i efektywności w onkologii;
- Poprawa jakości i efektywności radioterapii;
- Poprawa jakości i efektywności leczenia kardiologicznego;
- Zapobieganie udarom mózgu oraz poprawa efektów leczenia udarów mózgu;
- Zapewnienie dostępności na terenie województwa do stacjonarnej opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami psychicznymi;
- Zabezpieczenie i poprawa dostępności do świadczeń psychiatrycznych;
- Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży;
- Zwiększenie dostępności i jakości opieki zdrowotnej kierowanej do osób starszych;
- Poprawa skuteczności leczenia nadciśnienia tętniczego i zmniejszenie powikłań wynikających z braku kontroli ciśnienia krwi;
- Wczesna diagnostyka zakażeń wirusem HCV;

³⁰ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r., Podlaski Urząd Wojewódzki, 2018.

- Poprawa jakości diagnostyki i leczenia chorych na raka płuca;
- Poprawa dostępności do badań zaburzeń oddychania w czasie snu;
- Poprawa efektywności i jakości świadczeń udzielanych w Oddziałach Intensywnej Terapii;
- Poprawa dostępności świadczeń z zakresu chirurgii stomatologicznej;
- Poprawa skuteczności i jakości opieki nad pacjentem na oddziale chorób wewnętrznych, w tym pacjentem w stanie ciężkim;
- Ograniczenie rozprzestrzeniania się bakterii wieloopornych;
- Utrzymanie się wysokiego odsetka szczepień obowiązkowych i rekomendowanych;
- Poprawa jakości leczenia z zakresu gastroenterologii oraz gastroenterologii dziecięcej;
- Poprawa warunków zwiększenia dostępności świadczeń specjalistycznych z zakresu genetyki;
- Wdrożenie nowoczesnych metod wykrywania zaburzeń metabolizmu i guzów;
- Poprawa jakości i efektywności świadczeń okulistycznych;
- Poprawa dostępności świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz nad pacjentem przewlekle chorym i niepełnosprawnym, w tym osób w wieku geriatrycznym;
- Poprawa jakości i skuteczności opieki ortodontycznej dla dzieci młodzieży do 18 roku życia;
- Poprawa jakości wysokospecjalistycznego leczenia świeżych urazów kręgosłupa;
- Poprawa efektywności leczenia chorych ze świeżymi urazami rąk, objęcie większym zakresem leczenia chorych z pourazowymi zniekształceniami rąk, a także pacjentów z chorobami rąk w schorzeniach przewlekłych i układowych;
- Poprawa dostępności do endoprotezoplastyki stawu biodrowego i stawu kolanowego;
- Poprawa jakości świadczeń z zakresu otorynolaryngologii dziecięcej;
- Poprawa dostępności do badań diagnostycznych;
- Przeciwdziałanie otyłości u dzieci;
- Poprawa skuteczności leczenia chorób przyzębia;
- Zwiększenie roli lekarzy POZ w profilaktyce i diagnostyce chorób;
- Poprawa dostępności do świadczeń położniczych i ginekologicznych;
- Poprawa jakości i dostępności do rehabilitacji medycznej;
- Zwiększenie dostępności świadczeń w zakresie reumatologii;
- Wczesna diagnostyka i leczenie przewlekłych zapaleń stawów i układowych chorób z autoagresji (zarówno u dorosłych jak i w populacji wieku rozwojowego);
- Poprawa jakości i skuteczności funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych;

- Poprawa dostępu do świadczeń, szczególnie małoinwazyjnych metod leczenia, z zakresu urologii;
- Poprawa warunków udzielania świadczeń zdrowotnych w województwie podlaskim;
- Zapobieganie oraz przeciwdziałanie skutkom występowania chorób będących głównymi przyczynami zgonów mieszkańców województwa (choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, zewnętrzne przyczyny zgonów) oraz zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania;
- Poprawa sytuacji zdrowotnej dzieci i młodzieży w województwie podlaskim (prewencja pierwotna, prewencja wtórna, profilaktyka trzeciorzędowa);
- Poprawa efektywności wykorzystania zasobów w stacjonarnej opiece zdrowotnej.

W związku z publikacją przez MZ w dniu 28 grudnia 2019 roku uzupełnień map z zakresu leczenia szpitalnego, mapy potrzeb zdrowotnych w dziedzinie kardiologii, onkologii oraz onkologii i hematologii dziecięcej oraz mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób, Wojewoda Podlaski w porozumieniu z Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb Zdrowotnych dokonał **aktualizacji Priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r.**³¹

Zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2021, od 1 stycznia do 2022 roku do 31 grudnia 2026 roku obowiązuje Mapa potrzeb zdrowotnych (MPZ)³², w której dla województwa podlaskiego rekomendowane są następujące kierunki działań:

- Zwiększenie dostępności do leczenia (stacjonarnego i ambulatoryjnego) dla osób uzależnionych oraz zwiększenie nakładów finansowych na działania związane z przeciwdziałaniem alkoholizmowi. Intensyfikacja działań z zakresu profilaktyki nadużywania alkoholu.
Spożywanie alkoholu jest jednym z bardziej obciążających województwo czynników ryzyka. Wpływ spożywania alkoholu na DALY³³ oraz zgony miał trzecią najwyższą wartość w Polsce (był wyższy od średniej dla Polski odpowiednio o 10,1% i 14,7%). Niepokojące są utrzymujące się trendy wzrostowe w ostatnich latach.
- Intensyfikacja działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób w celu zmniejszenia oddziaływania najistotniejszych czynników ryzyka.

³¹ Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. Aktualizacja, Podlaski Urząd Wojewódzki, 2019.

³² Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69/> [dostęp: 31.07.2023].

³³ Wskaźnik DALY (z ang. disability-adjusted life years „lata życia skorygowane niesprawnością”) – wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby.

Sytuacja w zakresie palenia tytoniu, wysokiego ciśnienia krwi, wysokiego BMI oraz ryzyka żywieniowego w województwie podlaskim przedstawia się lepiej, niż średnio w kraju, jednak ww. czynniki ryzyka w sposób wyraźny negatywnie wpływają na długość życia w zdrowiu mieszkańców województwa.

- *Podjęcie działań profilaktycznych dostosowanych do potrzeb województwa z uwzględnieniem danych epidemiologicznych i czynników ryzyka mających wpływ na DALY i zgony.*
W województwie zrealizowano 207 programów profilaktycznych, w tym 94 programy z zakresu uzależnień, 22 programy profilaktyki nadwagi i otyłości, 20 programów promujących zdrowy tryb życia oraz 12 programów z zakresu rehabilitacji. Nie przeprowadzono działań profilaktycznych ukierunkowanych na niektóre istotne problemy zdrowotne np. rak jelita grubego.
- *Intensyfikacja działań skierowanych do kobiet z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych. Promowanie badań przesiewowych.*
Badaniom przesiewowym w kierunku raka szyjki macicy poddało się 22,7% rocznej populacji do przebadania. Badaniom w kierunku nowotworu piersi poddało się 66,6% rocznej populacji do przebadania (9 miejsce w Polsce). Podobnie jak w całym kraju, województwo charakteryzuje się niską zgłaszalnością na badania cytologiczne.
- *Zwiększenie dostępności do poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które charakteryzują się długim czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.*
Czas oczekiwania na przyjęcie do poradni: chirurgii, stomatologicznej, genetycznej, hematologicznej, leczenia bólu, periodontologicznej, rehabilitacyjnej, urologicznej, urologicznej dla dzieci był, w porównaniu do innych województw, najdłuższy w województwie podlaskim. Drugi najdłuższy czas oczekiwania wśród województw w podlaskim stwierdzono w przypadku poradni: gastroenterologicznej, geriatrycznej, ginekologicznej dla dziewcząt, okulistycznej dla dzieci, patologii ciąży, proktologicznej, reumatologicznej. W przypadku poradni, które w województwie podlaskim w 2019 r. wykazały największą liczbę porad, dłuższy niż w kraju przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w lutym 2020 r. stwierdzono dla poradni: chirurgii urazowoortopedycznej, chirurgii ogólnej, okulistycznej, diabetologicznej, alergologicznej oraz gruźlicy i chorób płuc.
- *Zwiększenie dostępności do opieki ambulatoryjnej w przypadku poradni, w których znaczna część pacjentów jest w wieku 65+ (w tym: kardiologicznej, okulistycznej, neurologicznej, chirurgii ogólnej).*
W latach 2015-2019 liczba pacjentów zmniejszyła się we wszystkich grupach wiekowych, z wyjątkiem grupy pacjentów w wieku lat 65 i więcej – ich liczba w analizowanym okresie wzrosła o 10,77%.
- *Dostosowywanie podaży świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w województwie do potrzeb mieszkańców.*
Województwo zajmowało pierwsze miejsce w Polsce pod względem liczby pacjentów na mieszkańca (0,48) oraz drugie miejsce w Polsce pod względem

liczby porad na mieszkańca (2,43). Liczba poradni natomiast przyjęła trzecią najniższą wartość w kraju.

- Umożliwienie udzielania i finansowania ze środków publicznych świadczeń w trybie jednego dnia.
W 2019 roku w województwie nie było oddziału leczenia jednego dnia.
- Zwiększenie dostępności do świadczeń na oddziałach/w zakresach, które charakteryzują się długim czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia.
Czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w części oddziałów/zakresów jest znacznie wydłużony w województwie podlaskim.
- Zwiększenie geriatrycznej bazy łóżkowej.
Liczba łóżek geriatrycznych w województwie jest niewystarczająca do odpowiedniego zabezpieczenia potrzeb (średnio 1 łóżko na 100 tys., średnia dla Polski – 3,27).
- Optymalizacja zasobów łóżkowych w województwie (w szczególności zwiększenie bazy łóżek neurologicznych).
Oddziały w podmiotach województw są obciążone nierównomiernie.
- Poprawa dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień.
Województwo charakteryzuje znacznie wyższy wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień niż średnia dla kraju (5 518 osób dorosłych na 100 tys. ludności, wartość dla Polski, 4 791). Ponadto, czas oczekiwania na udzielenie świadczenia, zarówno w przypadku opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej, jest w przypadku większości podmiotów najdłuższy bądź prawie najdłuższy w kraju.
- Utworzenie poradni antynikotynowej oraz hostelu dla osób uzależnionych.
Brak dostępu do wszystkich form leczenia uzależnień na terenie województwa.
- Utworzenie ośrodków psychiatrycznej opieki pozaszpitalnej (zespołów leczenia środowiskowego i oddziałów dziennych) w powiatach, w których istnieje na nie zapotrzebowanie.
Dostęp do świadczeń z zakresu psychiatrii i leczenia uzależnień jest w województwie nierównomierny.
- Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym otwarcie oddziału szpitalnego im dedykowanego oraz rozwijanie sieci poradni psychologiczno-psychoterapeutycznych dla dzieci i młodzieży w powiatach, w których takie poradnie jeszcze nie funkcjonują, a także opieki dziennej i środowiskowej, zgodnie z założeniami reform psychiatrii dzieci i młodzieży.
W województwie, jako jedynym w kraju, nie ma oddziału szpitalnego dla dzieci i młodzieży, nie funkcjonuje tu również zespół leczenia środowiskowego dla dzieci i młodzieży.
- Zmiana struktury porad udzielanych w poradniach, tj. zwiększenie udziału psychoterapii indywidualnej w stosunku do liczby porad lekarskich.

Zdecydowana większość porad udzielanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych w województwie to porady lekarskie. W ogólnej liczbie porad znacznie niższy niż średnio dla kraju jest natomiast udział psychoterapii indywidualnej, który w województwie, w przypadku dorosłych wynosi 10,44%, w przypadku dzieci – 5,45% (w kraju odpowiednio 15,25% i 13,78%).

- Zabezpieczenie dostępności do świadczeń z zakresu rehabilitacji pulmonologicznej.
W województwie podlaskim, jako jednym z trzech województw w kraju, nie ma ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej.
- Dostosowanie strumienia finansowania świadczeń do zapotrzebowania na dany zakres rehabilitacji.
Rozkład zakresów, w których udzielane są rehabilitacyjne świadczenia stacjonarne wynika z grupy chorób będącej przyczyną rehabilitacji, ale również z dostępności do danego zakresu rehabilitacji. Najczęstsze rozpoznania będące przyczyną rehabilitacji w warunkach stacjonarnych to: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (77,6% pacjentów), choroby układu nerwowego (11,2%), choroby układu krążenia (3,2%) oraz nowotwory (1,4%). Czas oczekiwania na rehabilitację ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych wynosi 310 dni (trzeci najkrótszy w kraju), na rehabilitację kardiologiczną – 36,2 dni (trzeci najdłuższy w kraju), na neurologiczną – 248,2 dni (11. miejsce w kraju).
- Dostosowanie strumienia finansowania świadczeń do zapotrzebowania na dany zakres świadczeń rehabilitacji stacjonarnej.
- Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do świadczeń ambulatoryjnych z zakresu rehabilitacji.
Wskaźnik liczby ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej przypadających na 100 tys. mieszkańców w województwie był najniższy w kraju (o 55% niższy niż w Polsce).
- Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji.
Ośrodków rehabilitacji nie było w 6. powiatach (w tym w dwóch, na terenie których były zlokalizowane ośrodki w miastach na prawach powiatu).
- Dostosowanie strumienia finansowania świadczeń do zapotrzebowania na dany rodzaj świadczeń, który pozwoli na skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji dziennej.
Bardzo długi czas oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji dziennej, mimo większej niż średnio w kraju liczby miejsc pobytu dziennego na 100 tys. mieszkańców. Ośrodków rehabilitacji dziennej nie było w 5. powiatach (w tym w dwóch, na terenie których były zlokalizowane ośrodki w miastach na prawach powiatu).
- Zwiększenie finansowania oraz poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji domowej.

Ośrodków rehabilitacji domowej nie było w 10 powiatach (w tym w jednym mieście na prawach powiatu). Czas oczekiwania na świadczenie z zakresu fizjoterapii domowej w województwie był najdłuższy w kraju (145 dni).

- Zwiększenie liczby ośrodków udzielających świadczeń z zakresu opieki długoterminowej domowej.

Liczba ośrodków opieki długoterminowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 3,99 (druga najniższa wartość w kraju;). Liczba ośrodków opieki długoterminowej domowej na 100 tys. mieszkańców wynosiła 2,72 (druga najniższa wartość w kraju; opieki długoterminowej stacjonarnej – 1,44 (piąta najwyższa wartość w kraju). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie przyjął trzecią najniższą wartość w kraju (9% mniej od średniej krajowej).

- Poprawa dostępności do stacjonarnych świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej.

Liczba łóżek stacjonarnych w województwie jest znacznie niższa niż wartość ogólnopolska.

- Poprawa dostępności do ambulatoryjnych świadczeń z zakresu medycyny paliatywnej.

W województwie istniała 1 poradnia medycyny paliatywnej (najmniejsza ilość poradni na 100 tys. ludności w kraju).

- Wyrównanie różnic w dostępie do świadczeń na terenie województwa.

Istnieją wyraźne różnice w dostępie do świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej między powiatami województwa.

- Uruchamianie w najbliższych latach większej liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinach deficytowych na terenie województwa. Stworzenie i wprowadzenie planu działań zachęcających lekarzy do odbywania specjalizacji na terenie województwa w dziedzinach, w których zainteresowanie nie jest wystarczające.

Obserwowane i prognozowane są braki w liczbie lekarzy specjalistów z wybranych dziedzin. Największe zapotrzebowanie występuje w dziedzinach: choroby wewnętrzne (380 miejsc), medycyna pracy (101 miejsc), psychiatria (82 miejsca), pediatria (75 miejsc), geriatria (66 miejsc), położnictwo i ginekologia (36 miejsc), audiologia i foniatria (23 miejsca), choroby zakaźne (19 miejsc), balneologia i medycyna fizykalna (18 miejsc) oraz psychiatria dzieci i młodzieży (16 miejsc).

- Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych oraz jednostek posiadających akredytację w dziedzinie psychiatrii.

Obserwowane są braki w liczbie psychiatrów. Dodatkowe zagrożenie stanowi ich wiek i udział lekarzy w wieku emerytalnym.

- Utworzenie jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży.

Obserwowane są braki w liczbie psychiatrów dzieci i młodzieży. Dodatkowe zagrożenie stanowi ich wiek i udział lekarzy w wieku emerytalnym.

- Utworzenie jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie epidemiologii.
Z czterech lekarzy specjalistów w dziedzinie epidemiologii, trzech jest w wieku emerytalnym, a nie ma możliwości odbywania szkolenia specjalizacyjnego na terenie województwa.
- Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych w dziedzinie medycyny paliatywnej.
Istnieje poważne zagrożenie znacznego pogorszenia się sytuacji kadrowej w przedmiotowej dziedzinie.
- Utworzenie jednostki akredytowanej do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego fizjoterapeutów.
Liczba fizjoterapeutów przypadająca na 100 tys. mieszkańców w maju 2020 r. wynosiła 133 (14. miejsce w kraju) i była niższa o 23% niż średnia liczba fizjoterapeutów w Polsce (172).
- Zwiększenie liczby miejsc na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie do kształcenia i podejmowania pracy pielęgniarki/położnej.
Spadek liczby pielęgniarek i położnych w zakresie wynikającym z prognoz będzie stanowił poważne zagrożenie dla właściwej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.
- Zwiększenie liczby poradni realizujących leczenie aparatem ortodontycznym.
Dostępność do leczenia ortodontycznego jest niewystarczająca. Przeciętny czas oczekiwania na leczenie aparatem ortodontycznym wynosił 773,2 dni i był najdłuższy w kraju.
- Zwiększenie liczby poradni realizujących leczenie protetyczne.
Dostępność do leczenia protetycznego jest niewystarczająca. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę do poradni protetyki stomatologicznej w lutym 2020 r. wynosił 104,4 dni (w kraju 316,9), jednakże czas oczekiwania na leczenie protetyczne wynosił 644,8 dni (w kraju 590,9 dni).

3. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, zatwierdzone przez Ministra Rozwoju, 23 grudnia 2015 roku³⁴

Wytyczne zezwalały na działania w obszarze zdrowia realizowane w ramach priorytetu inwestycyjnego 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się oraz priorytetu inwestycyjnego 9iv Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.

³⁴ Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2015, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spolecznego-w-obszarze-zdrowia-na-lata-2014-2020/> [dostęp: 31.07.2023].

Działania miały być podejmowane w formule RPPZ i dotyczyć:

- chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu;
- eliminowania zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy;
- rehabilitacji medycznej ułatwiającej powroty do pracy;
- wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

RPPZ miały być w szczególności realizowane w obrębie następujących grup chorób: układu krążenia; nowotworowych; zaburzeń psychicznych; układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz układu oddechowego.

4. Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ), przyjęty rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 roku³⁵

Celem NPZ było wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu. Cele operacyjne stanowiły:

- Poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa;
- Profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi;
- Profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa;
- Ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki;
- Promocja zdrowego i aktywnego starzenia się;
- Poprawa zdrowia prokreacyjnego.

5. Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020³⁶

Celem głównym dokumentu było zwiększenie długości życia w zdrowiu jako czynnika wpływającego na jakość życia i wzrost gospodarczy w Polsce.

³⁵ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. 2016 poz. 1492, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20160001492> [dostęp: 31.07.2023].

³⁶ Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper> [dostęp: 31.07.2023].

Aby osiągnąć cel główny wyznaczono 4 długoterminowe cele do 2030 roku:

- Cel długoterminowy 1. Opracowanie i wdrożenie działań wzmacniających kształtowanie postaw prozdrowotnych, zwiększających dostępność do programów zdrowotnych (profilaktycznych, rehabilitacyjnych) w celu zmniejszenia zachorowalności i umieralności, w szczególności z powodu chorób cywilizacyjnych.

Celem operacyjnym do 2020 roku służącym osiągnięciu celu długoterminowego był Rozwój profilaktyki zdrowotnej, diagnostyki i medycyny naprawczej ukierunkowany na główne problemy epidemiologiczne w Polsce.

Cel był realizowany przy pomocy 9 kierunków interwencji:

- Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym udarów mózgu;
- Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów;
- Zapobieganie zaburzeniom psychicznym przez działania prewencyjno-promocyjne;
- Zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego i mięśniowego;
- Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu przewlekłych chorób układu oddechowego;
- Zmniejszenie częstości urazów powstałych w wyniku wypadków i ograniczenie ich skutków;
- Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom;
- Poprawa funkcjonowania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego;
- Poprawa infrastruktury ochrony zdrowia, bazy dydaktycznej uczelni oraz instytutów badawczych.

Wśród narzędzi implementacji właściwych dla celu operacyjnego, w które wpisywały się RPPZ, należy wskazać: Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu (Narzędzie 2); Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy (Narzędzie 3); Wdrożenie programów ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (Narzędzie 3).

- Cel długoterminowy 2. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych do roku 2030 zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań na rzecz rozwoju infrastruktury i zasobów kadrowych w obszarach opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Celem operacyjnym do 2020 roku służącym osiągnięciu celu długoterminowego było Przeciwdziałanie negatywnym trendom demograficznym poprzez rozwój opieki nad matką i dzieckiem oraz osobami starszymi.

Cel był realizowany przy pomocy 7 kierunków interwencji:

- Dostosowanie opieki prenatalnej do modelu późnego macierzyństwa;
 - Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem;
 - Wspieranie rozwoju i zdrowia fizycznego, psychospołecznego oraz zapobiegania najczęstszym problemom zdrowotnym i społecznym dzieci i młodzieży;
 - Intensyfikacja zapobiegania i leczenia próchnicy zębów u dzieci i młodzieży;
 - Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych i osób niepełnosprawnych;
 - Wdrożenie nowego modelu opieki nad osobami niesamodzielnymi. Rozwój opieki długoterminowej;
 - Zwiększenie dostępności i jakości opieki nad osobami starszymi, w tym poprawa dostępności i jakości świadczeń geriatrycznych.
- Cel długoterminowy 3. Wdrożenie instrumentów podnoszących jakość świadczonych usług zdrowotnych i efektywność systemu opieki zdrowotnej. Celem operacyjnym do 2020 roku służącym osiągnięciu celu długoterminowego była Poprawa efektywności i organizacji systemu opieki zdrowotnej w kontekście zmieniającej się sytuacji demograficznej i epidemiologicznej oraz wspieranie badań naukowych, rozwoju technologicznego i innowacji w ochronie zdrowia.

Cel był realizowany przy pomocy 8 kierunków interwencji:

- Wprowadzenie zmian w systemie opieki zdrowotnej (zmiany w modelu finansowania zarządzania – dodatkowe źródła finansowania), zwiększenie efektywności;
 - Zwiększenie z uwzględnieniem możliwości finansowych państwa, wydatków publicznych na ochronę zdrowia z towarzyszącą temu procesowi systematycznie polepszającą się efektywnością zarządzania ww. środkami, ale także stworzenie warunków umożliwiających dalszy rozwój prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych jako dodatkowych źródeł finansowania świadczeń zdrowotnych;
 - Zmniejszenie różnic społecznych i terytorialnych w stanie zdrowia populacji (nierówności w zdrowiu);
 - Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych;
 - Poprawa zarządzania systemem opieki zdrowotnej i informacją medyczną;
 - Poprawa jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych;
 - Efektywna gospodarka produktami leczniczymi;
 - Dostosowanie otoczenia regulacyjnego i finansowego do potrzeb działalności innowacyjnej.
- Cel długoterminowy 4. Zwiększenie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych w priorytetowych, wynikających z uwarunkowań

epidemiologicznych, dziedzinach medycyny (np. kardiologia, onkologia, neurologia, medycyna ratunkowa, ortopedia i traumatologia, psychiatria). Celem operacyjnym do 2020 roku służącym osiągnięciu celu długoterminowego było Wsparcie systemu kształcenia kadr medycznych w kontekście dostosowania zasobów do zmieniających się potrzeb społecznych. Cel był realizowany przy pomocy 5 kierunków interwencji:

- Zwiększenie dostępu mieszkańcom obszarów peryferyjnych do lekarzy pierwszego kontaktu i lekarzy specjalistów oraz dostępu do usług pielęgnacyjnych i specjalistycznych;
- Rozwijanie kształcenia i doskonalenia zawodowego profesjonalistów zajmujących się opieką nad osobami w wieku podeszłym (będących wsparciem dla rodzin sprawujących opiekę nad osobami niesamodzielnymi i umożliwiających powrót członków rodzin do aktywności zawodowej);
- Dostosowanie do prognozowanych potrzeb systemu opieki zdrowotnej, modelu kształcenia kadr medycznych i innych zawodów mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w szczególności w kontekście zmian demograficznych;
- Kształcenie edukatorów zdrowia odpowiedzialnych za realizację działań w obszarze promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w środowisku lokalnym;
- Zwiększenie wiedzy personelu medycznego w zakresie możliwości wykorzystywania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w ochronie zdrowia.

6. Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020³⁷ wraz ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020³⁸

RPPZ w obszarze profilaktyki chorób odkleszczowych, zaburzeń nerwicowych, rehabilitacji onkologicznej i poprawy potencjału stanu zdrowia osób pracujących wpisywały się w założenia Działania 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, którego celem było przedłużenie wieku aktywności zawodowej (OP II. Przedsiębiorczość i aktywność zawodowa; PI 8vi Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach,

³⁷ Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 351 /6711/2023 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 6 lipca 2023 r., https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz_sie_wiecej_o_programie/zapoznaj_sie_z_prawem_i_dokument/regionalny-program-operacyjny-wo.html [dostęp: 31.07.2023].

³⁸ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 355/6801/2023 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 4 sierpnia 2023 r., https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz_sie_wiecej_o_programie/zapoznaj_sie_z_prawem_i_dokument/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-regionalnego-programu-operacyjnego-wojewodztwa-podlaskiego-na-lata-2014-2020.html [dostęp: 31.07.2023].

w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego oraz promowanie równości wynagrodzeń za taką samą pracę).

Realizacja RPPZ w ramach Działania 2.5 wpisywała się następujące typy projektów:

- (2) Realizacja programów rehabilitacji leczniczej zapobiegającej przerywaniu aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych ułatwiających powrót na rynek pracy.
- (3) Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej), dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.
- (4) Realizacja programów dotyczących przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujących do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia, wspierających osoby w decyzji o pozostaniu aktywnym społecznie i zawodowo, w tym poprzez umożliwienie przekwalifikowania pracownika i umożliwienie mu wykonywania pracy bez narażenia na czynniki zagrażające zdrowiu; dostosowywanie warunków pracy do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.

Natomiast realizacja RPPZ w kierunku profilaktyki wad postawy u dzieci w wieku 5-14 lat, wpisywała się w założenia Poddziałania 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym, którego celem było zwiększenie dostępności usług zdrowotnych (Działanie 7.2 Rozwój usług społecznych; OP VII. Poprawa spójności społecznej; PI 9iv Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym).

Realizacja RPPZ w ramach Poddziałania 7.2.1 wpisywała się w RPOWP 2014-2020, w typ projektu:

- (5) Wdrożenie programów polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci obejmujących tworzenie i działalność wyspecjalizowanych zespołów wczesnej interwencji świadczących usługi edukacyjne, rehabilitacyjne, wspierające skierowane do rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami.

Założenia perspektywy 2021-2027 zostały określone w **dokumencie Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027³⁹** wraz ze **Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027⁴⁰**.

³⁹ Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027, Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 311/5776/2022 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 16 grudnia 2022 r., https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz_sie_wiecej_o_programie/zapoznaj_sie_z_prawem_i_dokument/regionalny-program-operacyjny-wo.html [dostęp: 31.07.2023].

W ramach Priorytetu VIII Fundusze na rzecz edukacji i włączenia społecznego, celu szczegółowego (k) *Zwiększanie równego i szybkiego dostępu do dobrej jakości, trwałych i przystępnych cenowo usług, w tym usług, które wspierają dostęp do mieszkań oraz opieki skoncentrowanej na osobie, w tym opieki zdrowotnej; modernizacja systemów ochrony socjalnej, w tym wspieranie dostępu do ochrony socjalnej, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci i grup w niekorzystnej sytuacji; poprawa dostępności, w tym dla osób z niepełnosprawnościami, skuteczności i odporności systemów ochrony zdrowia i usług opieki długoterminowej*, zaplanowano realizację RPPZ.

RPPZ będą ważnym elementem działań na rzecz ochrony zdrowia mieszkańców województwa i będą dotyczyć profilaktyki chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, zidentyfikowanych na podstawie map potrzeb zdrowotnych. Działania w dziedzinie zdrowia zostaną opracowane na podstawie dokumentów zapewniających spójne ramy strategiczne w zakresie zdrowia i opieki długoterminowej. Będą one zgodne, w szczególności z Wojewódzkim Planem Transformacji Województwa Podlaskiego na lata 2022 – 2026 i strategiami deinstytucjonalizacji opieki w zakresie zdrowia psychicznego i opieki nad osobami starszymi, a także ze strategią rozwoju usług społecznych. Programy profilaktyki zdrowotnej muszą być dostępne dla grup szczególnie wrażliwych i zapewniać ich udział. W pierwszej kolejności należy zidentyfikować osoby, które mogą mieć problemy z uczestnictwem w programach prewencyjnych, przeanalizować ich potrzeby, a następnie opracować wsparcie dla nich w ramach programów. Ponadto programy muszą być ukierunkowane przede wszystkim na „białe plamy” – obszary, na których aktywność w zakresie zapobiegania chorobom jest najniższa wśród mieszkańców. W dalszej kolejności programy mogą być realizowane w innych obszarach, aby zmniejszyć nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej. Programy profilaktyki muszą zapewniać koordynację usług zdrowotnych i społecznych, w zależności od potrzeb pacjentów. Programy profilaktyczne nie będą obejmować leczenia. Dopuszcza się wsparcie komplementarne dotyczące wyposażania i innych elementów infrastruktury w ramach działań finansowanych z EFRR.

7. Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego

Kwestie ochrony zdrowia i poprawy zdrowia publicznego wpisywały się w Cel operacyjny 3.3. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa oraz bezpieczeństwa publicznego **Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2020**⁴¹.

⁴⁰ Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027, Załącznik Nr 1 do Uchwały Zarządu Województwa Podlaskiego Nr 359/6881/2023 z dnia 25 sierpnia 2023 r., <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/szczegolowy-opis-priorytetow-programu-fundusze-europejskie-dla-podlaskiego-2021-2027/> [dostęp: 31.07.2023].

⁴¹ Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2020, Załącznik do Uchwały Nr XXXI/374/13 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 9 września 2013 r.

Natomiast w przyjętej przez Sejmik Województwa Podlaskiego w dniu 27 kwietnia 2020 roku **Strategii Rozwoju Województwa Podlaskiego 2030**⁴² wskazano, że w zakresie ochrony zdrowia i poprawy zdrowia publicznego nacisk będzie położony na zapewnienie dostępności do wysokiej jakości usług zdrowotnych ukierunkowanych na wczesne rozpoznanie choroby, szybką diagnostykę i leczenie, w tym rehabilitację, leczenie sanatoryjne (Cel strategiczny 2. Zasobni mieszkańcy; Cel operacyjny 2.2 Aktywni mieszkańcy, którego celem jest zwiększenia szans Podlasiaków na twórcze i zgodne z własnymi aspiracjami kształtowanie ścieżek życiowych, zarówno osobistych, jak i zawodowych).

Podrozdział 1.3. Odtworzenie logiki interwencji Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego

W poniższej tabeli zaprezentowano logikę interwencji Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego, realizowanego w ramach Działania 2.5 RPOWP 2014-2020⁴³.

Tabela 15. Logika interwencji Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego

Cel RPOWP 2014-2020, w który wpisuje się RPPZ
Przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym
Cel główny RPPZ
Zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka, tj. osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego
W związku z tym, że podczas planowania interwencji zdiagnozowano następujące problemy:
<ul style="list-style-type: none"> • Niższa długość życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn niż wiek emerytalny, w województwie podlaskim • Wysoka zachorowalność na choroby przenoszone przez kleszcze w Polsce,

⁴² Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego 2030, Załącznik do Uchwały Nr XVIII/213/2020 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 27 kwietnia 2020 r.

⁴³ Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego, Załącznik do Uchwały nr 194/2546/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 roku, https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-194-2546-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-02-21.html [dostęp: 31.07.2023].

szczególnie w województwie podlaskim

- Województwo podlaskie terenem endemicznego występowania chorób odkleszczowych, głównie boreliozy z Lyme i KZM
- Wyższe współczynniki zapadalności na choroby odkleszczowe w woj. podlaskim niż średnia zapadalność w kraju
- Wyższa zapadalność na choroby odkleszczowe wśród rolników, bezrobotnych czy osób starszych niż wśród leśników (do leśników skierowany jest program szczepień)
- Choroby odkleszczowe mogą w przyszłości warunkować poważne skutki zdrowotne w postaci zaburzeń neurologicznych i sfery psychicznej, co wpływa na brak możliwości pracy oraz znacznie obniża jakość życia

... i dodatkowo występuje następujący **kontekst/założenia:**

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
 - Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych
 - Zwiększenie skuteczności zapobiegania chorobom zakaźnym i zakażeniom
 - Ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
 - Profilaktyka chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - Ukierunkowanie na grupy docelowe, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej, najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych
 - Niepowielanie działań realizowanych w funkcjonujących krajowych programach zdrowotnych
- RPOWP 2014-2020
 - Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej), dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu

...to jeżeli podejmiemy następujące **działania:**

- Działania informacyjno-edukacyjne nt. chorób odkleszczowych i podmiotów leczniczych biorących udział w Programie, skierowane do:
 - Rolników, łowczych, rybaków w wieku 18-64 lat
 - Podmiotów gospodarczych
 - Jednostek samorządu terytorialnego
 - Mediów
- Kampania informacyjno-edukacyjna

- Skierowana do ogółu społeczeństwa (ogłoszenia w lokalnych mediach, informacje na stronie internetowej)
- Skierowana drogą pocztową do podmiotów gospodarczych w sekcji rolnictwo, łowiectwo, rybactwo
- Szkolenia
 - Osób wykonujących zawód medyczny (189 osób)
 - Szkolenia podmiotów gospodarczych związanych z sektorem rolnictwa (34 szkolenia w grupach liczących ok. 90 osób)
- Działania profilaktyczno-interwencyjne w 23 podmiotach sektora POZ, skierowane do licznej grupy docelowej (ok. 100 tys. osób)
 - Ankieta wśród narażonych na pokłucia przez kleszcza pracowników podmiotów gospodarczych włączonych do Programu i możliwych do zakwalifikowania do Programu pacjentów podmiotów leczniczych sektora POZ
 - Porada o charakterze profilaktycznym i edukacyjnym (całe woj. podlaskie) oraz ewentualna interwencja w postaci szczepienia ochronnego p/KZM (jedynie w 3 powiatach o najwyższym wskaźniku zapadalności na KZM) – na podstawie wyników ankiety przeprowadzanej w POZ
- Przeprowadzenie szczepień ochronnych (12 833 cykli szczepień)

...przy następującym wkładzie zasobów:

4 042 666,0 zł

...to osiągniemy następujące efekty:

- Zwiększenie u włączonych do Programu osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa poziomu wiedzy na temat możliwości zapobiegania pokłuciom przez kleszcza
- Zwiększenie u włączonych do Programu osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa poziomu wiedzy na temat chorób przenoszonych przez kleszcze
- Zwiększenie dostępności do usług z zakresu profilaktyki pierwotnej boreliozy z Lyme i kleszczowego zapalenia mózgu poprzez włączenie 23 podmiotów sektora podstawowej opieki zdrowotnej do realizacji założeń Programu
- Zwiększenie dostępności do usług z zakresu profilaktyki pierwotnej boreliozy z Lyme i kleszczowego zapalenia mózgu poprzez szkolenie doskonalące wiedzę i umiejętności pracowników sektora podstawowej opieki zdrowotnej i służb medycyny pracy
- Poprawa dostępu do szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w powiatach o najwyższej zachorowalności, tj. hajnowskim, sejneńskim i sokólskim

...w wyniku których nastąpią wymienione zmiany:

- Zmniejszenie zachorowalności na choroby odkleszczowe
- Redukcja liczby powikłań, głównie neurologicznych i sfery psychicznej, związanych z zachorowaniem na choroby odkleszczowe

- Zwiększenie wśród mieszkańców województwa podlaskiego poziomu świadomości odnośnie zagrożeń, jakie niesie pogryzienie przez kleszcze
- Zwiększenie skali podejmowanych działań profilaktycznych
- Zwiększenie dostępu do szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu
- Wydłużenie długości życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn w województwie podlaskim

Źródło: opracowanie własne.

Podrozdział 1.4. Odtworzenie logiki interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego

W poniższej tabeli zaprezentowano logikę interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego⁴⁴, realizowanego w ramach Działania 2.5 RPOWP 2014-2020.

Tabela 16. Logika interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego

Cel RPOWP 2014-2020, w który wpisuje się RPPZ
Przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym
Cel główny RPPZ
Wzmocnienie potencjału w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami co najmniej 25% osób pracujących w województwie podlaskim zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, które zostaną objęte Programem do końca 2020 roku
W związku z tym, że podczas planowania interwencji zdiagnozowano następujące problemy:

⁴⁴ Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego, Załącznik do Uchwały nr 197/2583/ 2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 7 marca 2017 roku, https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-197-2583-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-03-07.html [dostęp: 31.07.2023].

- Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną jako główna przyczyna wizyt w POZ oraz w lecznictwie szpitalnym w woj. podlaskim
- Wysoki współczynnik chorobowości z powodu zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną w woj. podlaskim
- Zaburzenia nerwicowe, jako drugi czynnik, po uzależnieniach, jako przyczyna zaburzeń zdrowia psychicznego w woj. podlaskim
- Wyższy w województwie podlaskim, niż w skali kraju odsetek wskazań przez osoby pracujące na czynniki psychologiczne, jako źródło zagrożeń w miejscu pracy
- Niezdolność do pracy powodowana przez zaburzenia nerwicowe
- Brak stosowania działań profilaktycznych powodujący wydłużanie się absencji pracowników zmagających się z zaburzeniami nerwicowymi
- Występujące czynniki ryzyka zaburzeń nerwicowych w miejscu pracy, powodujące destabilizację działania zakładu (niższa efektywność pracowników w sytuacji kryzysowej)
- Brak programu profilaktycznego skierowanego na zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną w województwie podlaskim, pomimo istniejących znaczących potrzeb w tym zakresie
- Niska dostępność do usług zdrowotnych świadczonych przez psychiatrów i psychologów w woj. podlaskim
- Brak finansowania ze środków publicznych świadczeń w zakresie profilaktyki oraz wczesnego rozpoznawania i leczenia/terapii nerwic oraz konsultacji indywidualnych przypadków przez specjalistów psychiatrów oraz psychologów (szczególnie e-konsultacje/e-diagnozy)

... i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
 - Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych
 - Zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych
- Wytoczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
 - Profilaktyka chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - Ukierunkowanie na grupy docelowe, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej, najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych
 - Niepowielanie działań realizowanych w funkcjonujących krajowych programach zdrowotnych
- RPOWP 2014-2020

- Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej), dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
- Realizacja programów dotyczących przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujących do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia, wspierających osoby w decyzji o pozostaniu aktywnym społecznie i zawodowo, w tym poprzez umożliwienie przekwalifikowania pracownika i umożliwienie mu wykonywania pracy bez narażenia na czynniki zagrażające zdrowiu; dostosowywanie warunków pracy do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy

...to jeżeli podejmiemy następujące działania:

- Utworzenie Centralnego Ośrodka Profilaktyki Nerwic (COPN) – na potrzeby realizacji Programu
- Działania informacyjno-edukacyjne z zakresu tematyki Programu
 - Skierowane do pracodawców
 - Skierowane do kadry zarządzającej
 - Skierowane do pracowników
 - Skierowane do sektora POZ i jednostek podstawowej służby medycyny pracy
- Działania interwencyjno-diagnostyczne skierowane do osób pracujących (42 336 godzin dostępności specjalistów dla pacjentów)
 - E-diagnozy dla pracowników na poziomie zakładów pracy, POZ i podstawowych jednostek służby medycyny pracy
 - Warsztaty grupowe dotyczące radzenia sobie ze stresem dla osób w wieku 20-39 lat ze wstępnym rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych w e-diagnozie
 - E-konsultacje osób w wieku 40-64 lat ze wstępnym rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych w e-diagnozie
- Porady specjalistyczne w COPN (psychologiczne i psychiatryczne) połączone z poradą edukacyjną – gdy konsultant stwierdzi taką potrzebę po warsztatach lub e-konsultacji
- Szkolenia dla lekarzy psychiatrów i psychologów udzielających e-konsultacji/e-diagnoz
- Działania szkoleniowe skierowane do sektora POZ i jednostek podstawowej służby medycyny pracy (szkolenia dla maksymalnie 292 lekarzy sektora POZ i 50 lekarzy podstawowych jednostek służby medycyny pracy)
- Działania szkoleniowe skierowane do pielęgniarek POZ (max. 292 pielęgniarek POZ)

...przy następującym wkładzie zasobów:

8 197 334,0 zł

...to osiągniemy następujące efekty:

- Wzmocnienie wiedzy, umiejętności oraz wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami osób pracujących zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną
- Podniesienie poziomu wiedzy o pomocy dostępnej dla osób zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną
- Poprawa umiejętności kadry zarządzającej podmiotów gospodarczych/pracodawców włączonych do Programu w zakresie zarządzania i wprowadzania rozwiązań organizacyjnych zapobiegających rozwojowi czynników stresogennych w miejscu pracy oraz sytuacji kryzysowych
- Wyposażenie personelu medycznego w umiejętności diagnostyczne i narzędzia pomiaru ułatwiające szybką i skuteczną diagnostykę przesiewową pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi lub z ryzykiem rozwinięcia takich zaburzeń

...w wyniku których nastąpią wymienione zmiany:

- Zmniejszenie absencji w pracy z powodu zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną
- Obniżenie wartości odsetka osób pracujących narażonych w miejscu pracy na negatywne czynniki psychologiczne w województwie podlaskim
- Zmniejszenie kosztów ubezpieczeń społecznych, w tym zdrowotnych leczenia zaburzeń nerwicowych (np. świadczenia medyczne, procedury medyczne, zasiłki chorobowe, renty) - w perspektywie wieloletniej po zakończeniu realizacji Programu

Źródło: opracowanie własne.

Podrozdział 1.5. Odtworzenie logiki interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim

W poniższej tabeli zaprezentowano logikę interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim⁴⁵, realizowanego w ramach Działania 2.5 RPOWP 2014-2020.

⁴⁵ Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim, Załącznik do Uchwały nr 194/2548/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 roku, https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-194-2548-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-02-21.html [dostęp: 31.07.2023].

Tabela 17. Logika interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim

Cel RPOWP 2014-2020, w który wpisuje się RPPZ
Przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym
Cel główny RPPZ
Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej w województwie podlaskim, poprzez przeprowadzenie interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie działań mających na celu zmianę niewłaściwego stylu życia
W związku z tym, że podczas planowania interwencji zdiagnozowano następujące problemy:
<ul style="list-style-type: none"> • W województwie podlaskim długość życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn jest niższa niż wiek emerytalny • Głównymi przyczynami zgonów w woj. podlaskim są choroby cywilizacyjne, którym można zapobiec wprowadzając zmiany w stylu życia i środowisku pracy • Ekspozycja na czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych, takie jak: siedzący tryb życia, nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej, dieta bogata w produkty wysokotłuszczowe i zawierająca zbyt dużą ilość cukrów, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stres, a także występowanie modyfikowalnych czynników ryzyka związanych z miejscem pracy (np. hałas, PEM, ciężka praca fizyczna, pył, wibracje) • Brak wystarczająco efektywnych działań z zakresu prewencji pierwotnej w woj. podlaskim • Najwyższy w województwie podlaskim ze wszystkich województw współczynnik zapadalności na choroby zawodowe wśród osób zatrudnionych • Najwyższy w Polsce udział w wydanych orzeczeniach ustalających niezdolność do pracy według stopnia niezdolności, orzeczeń stwierdzających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji
... i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:
<ul style="list-style-type: none"> • Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020 <ul style="list-style-type: none"> ○ Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu • Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych <ul style="list-style-type: none"> ○ zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu: chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu; nowotworów złośliwych i przewlekłych chorób układu oddechowego

- przeciwdziałanie występowaniu otyłości i cukrzycy
- ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
 - Profilaktyka chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - Ukierunkowanie na grupy docelowe, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej, najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych
 - Niepowielanie działań realizowanych w funkcjonujących krajowych programach zdrowotnych
- RPOWP 2014-2020
 - Realizacja programów dotyczących przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujących do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia, wspierających osoby w decyzji o pozostaniu aktywnym społecznie i zawodowo, w tym poprzez umożliwienie przekwalifikowania pracownika i umożliwienie mu wykonywania pracy bez narażenia na czynniki zagrażające zdrowiu; dostosowywanie warunków pracy do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy.

...to jeżeli podejmiemy następujące **działania**:

- Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do całej populacji pracujących w wieku 25-50 lat w woj. podlaskim
- Szkolenie informacyjno-edukacyjne skierowane do lekarzy: POZ, Medycyny Pracy, do pielęgniarek POZ, do pracodawców i/lub osób zarządzających, pracowników PIS, PIP, BHP oraz do edukatorów zdrowotnych – w zakresie tematyki Programu (min. 1591 osób)
- Szkolenie skierowane do edukatorów zdrowotnych dotyczące najnowszej wiedzy medycznej z zakresu wczesnej identyfikacji i profilaktyki chorób cywilizacyjnych (min. 120 osób)
- Ocena ryzyka zdrowotnego: audyty wstępne w zakładach pracy, identyfikacja czynników ryzyka u osób pracujących, edukacja zdrowotna (min. 102 tys. osób)
- Zindywidualizowane działania interwencyjne: edukacja zdrowotna osób u których zidentyfikowano czynniki ryzyka chorób cywilizacyjnych (min. 93 432)

...przy następującym wkładzie **zasobów**:

8 126 561,0 zł

...to osiągniemy następujące **efekty**:

- Podniesienie u osób włączonych do Programu poziomu wiedzy na temat postaw prozdrowotnych zapobiegających zachorowaniom na choroby układu

<p>krążenia, nowotwory i zewnętrzne przyczyny zgonów</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zidentyfikowanie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród osób włączonych do Programu • Zmodyfikowanie stylu życia w zakresie zachowań zdrowotnych osób włączonych do Programu • Zwiększenie dostępności do usług z zakresu edukacji zdrowotnej • Zwiększenie poziomu wykonywanych badań profilaktycznych
<p>...w wyniku których nastąpią wymienione zmiany:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej w województwie podlaskim • Zmiana niewłaściwego stylu życia przez osoby pracujące w woj. podlaskim • Modyfikacja czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych w woj. podlaskim • Obniżenie kosztów pracodawców w związku z niższą absencją chorobową pracowników • Zmniejszenie wydatków ZUS na leczenie chorób cywilizacyjnych (zasiłki chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne, renty, rehabilitacja)

Źródło: opracowanie własne.

Podrozdział 1.6. Odtworzenie logiki interwencji Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną

W poniższej tabeli zaprezentowano logikę interwencji Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną⁴⁶, realizowanego w ramach Działania 2.5 RPOWP 2014-2020.

Tabela 18. Logika interwencji Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną

<p>Cel RPOWP 2014-2020, w który wpisuje się RPPZ</p> <p>Przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym</p>
<p>Cel główny RPPZ</p> <p>Poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie, poprzez zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim do 2020 roku</p>

⁴⁶ Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną, Załącznik do Uchwały nr 202/2663/ 2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 28 marca 2017 roku, https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-202-2663-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-03-28.html [dostęp: 31.07.2023].

W związku z tym, że podczas planowania interwencji zdiagnozowano następujące problemy:

- Konieczność wykorzystania aktualnie istniejących rezerw pracy i przeciwdziałania ich utracie w związku z trwającym procesem wydłużania się życia w woj. podlaskim
- Niższa długość życia w zdrowiu kobiet i mężczyzn niż wiek emerytalny, w województwie podlaskim
- Nowotwory złośliwe jako druga najczęstsza przyczyna zgonów w woj. podlaskim
- Wzrastająca liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w woj. podlaskim
- Prognozowany wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w woj. podlaskim
- Przerwanie aktywności zawodowej przez osoby ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym
- Najwyższy w Polsce udział w wydanych orzeczeniach ustalających niezdolność do pracy według stopnia niezdolności, orzeczeń stwierdzających całkowitą niezdolność do pracy i samodzielnej egzystencji

... i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:

- Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
 - Wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych
 - Zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu nowotworów złośliwych
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
 - Profilaktyka chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu
 - Ukierunkowanie na grupy docelowe, tj. osoby w wieku aktywności zawodowej, najbardziej narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych
 - Niepowielanie działań realizowanych w funkcjonujących krajowych programach zdrowotnych
- RPOWP 2014-2020
 - Realizacja programów rehabilitacji leczniczej zapobiegającej przerywaniu aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych ułatwiających powrót na rynek pracy
 - Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej), dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu

...to jeżeli podejmiemy następujące działania:

- Utworzenie Onkologicznego Centrum Rehabilitacji (Centrum)
- Działania szkoleniowe skierowane do osób wykonujących zawody medyczne oraz zawody mające zastosowanie w ochronie zdrowia
 - Szkolenia z psychoonkologii
 - Szkolenie z zakresu profilaktyki i niepełnosprawności oraz diagnostyki i terapii zaburzeń funkcjonalnych związanych z leczeniem przeciwnowotworowym
 - Szkolenie z zakresu rehabilitacji społecznej
- Konsultacje lekarskie świadczone w Punktach Konsultacyjnych Rehabilitacji
- Usługi zdrowotne z zakresu rehabilitacji realizowane w systemie ambulatoryjnym
- Usługi zdrowotne z zakresu rehabilitacji realizowane w systemie stacjonarnym
- Rehabilitacja społeczna
- Wsparcie psychoonkologiczne - terapia poznawczo-behawioralna

...przy następującym wkładzie **zasobów**:

10 250 000,0 zł

...to osiągniemy następujące **efekty**:

- Poprawa stanu zdrowia uczestników Programu
- Poprawa jakości życia u uczestników Programu
- Podniesienie poziomu wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem u uczestników Programu
- Skrócenie czasu oczekiwania uczestników Programu na rozpoczęcie procesu rehabilitacji
- Zwiększenie możliwości powrotu na rynek pracy osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy
- Zaangażowanie do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji 3 organizacji pozarządowych

...w wyniku których nastąpią wymienione **zmiany**:

- Zwiększenie dostępności kompleksowej rehabilitacji onkologicznej, w tym psychologicznej i społecznej
- Poniesienie poziomu wiedzy i świadomości personelu medycznego na temat rehabilitacji i aktywizacji pacjentów onkologicznych
- Podniesienie poziomu wiedzy, świadomości i zaangażowania organizacji pozarządowych w rehabilitację społeczną pacjentów onkologicznych
- Zwiększenie aktywności zawodowej wśród pacjentów onkologicznych
- Zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych w zakresie działalności z zakresu profilaktyki III-rzędowej nowotworów na terenie województwa podlaskiego

Źródło: opracowanie własne.

Podrozdział 1.7. Odtworzenie logiki interwencji Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

W poniższej tabeli zaprezentowano logikę interwencji Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego⁴⁷, realizowanego w ramach Poddziałania 7.2.1 RPOWP 2014-2020.

Tabela 19. Logika interwencji Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

Cel RPOWP 2014-2020, w który wpisuje się RPPZ
Poprawa integracji społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym poprzez wyrównywanie szans dzieci i młodzieży oraz eliminację barier ograniczających aktywność społeczną i zawodową
Cel główny RPPZ
Poprawa stanu zdrowia populacji dzieci i młodzieży w województwie podlaskim poprzez zorganizowanie interwencji z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej oraz profilaktyki trzeciorzędowej ukierunkowanej na zmniejszenie częstości występowania nabytych wad postawy wśród dzieci i młodzieży w województwie podlaskim
W związku z tym, że podczas planowania interwencji zdiagnozowano następujące problemy:
<ul style="list-style-type: none">• Występowanie wad postawy u dzieci powodowane ekspozycją na czynniki ryzyka (niewłaściwa dieta, niska aktywność fizyczna)• Dominujący udział schorzeń z powodu zniekształceń kręgosłupa wśród ogółu schorzeń dzieci w województwie podlaskim w wieku 5-14 lat• Wyższy współczynnik chorobowości spowodowanej zniekształceniem kręgosłupa u dzieci i młodzieży w wieku 0-18 lat w woj. podlaskim, od wartości dla Polski• Narażenie na negatywne skutki schorzeń układu kostno-stawowego w przyszłości• Przedwczesna zachorowalność z powodu nieleczonych wad postawy
... i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:
<ul style="list-style-type: none">• Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r.<ul style="list-style-type: none">○ Zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym oraz zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków schorzeń układu

⁴⁷ Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, Załącznik do Uchwały nr 194/2546/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 roku, https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-194-2546-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-02-21.html [dostęp: 31.07.2023].

kostno-stawowego

- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
 - wczesne wykrywanie wad rozwojowych
 - leczenie i rehabilitacja wad rozwojowych
 - edukacja skierowana do dzieci, ich opiekunów oraz kadry medycznej, w tym w szczególności POZ
- RPOWP 2014-2020
 - usługi zdrowotne niezbędne do realizacji celów programu zdrowotnego lub programu polityki zdrowotnej
 - działania informacyjno-edukacyjne skierowane w szczególności do dzieci oraz osób z ich otoczenia
 - działania informacyjno-szkoleniowe skierowane w szczególności do lekarzy i pielęgniarek POZ

...to jeżeli podejmiemy następujące **działania**:

- Działania edukacyjne (profilaktyka pierwotna)
 - Edukacja rodziców i opiekunów (53 619 rodziców/opiekunów dzieci w wieku 5-6 lat)
 - Edukacja uczniów szkół podstawowych (91 145 uczniów klas I, IV i VI)
- Leczenie i rehabilitację (profilaktyka III stopnia)
 - Badanie przez lekarza specjalistę 4 312 dzieci z rozpoznaną wadą postawy, celem skierowania na leczenie przy zastosowaniu Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych (indywidualnie) i ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych (grupowo)
 - Objęcie leczeniem 4312 dzieci przy zastosowaniu specyficznych metod fizjoterapeutycznych (indywidualnie) i ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych (grupowo)
 - Ponowne badanie przez lekarza specjalistę 3-4 miesiące od pierwszego badania 4 312 dzieci, celem skierowania na ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie jako uzupełnienie leczenia Specyficznymi Metodami Fizjoterapeutycznymi
 - Ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie, jako uzupełnienie leczenia Specyficznymi Metodami Fizjoterapeutycznymi (3 450 dzieci)

...przy następującym wkładzie **zasobów**:

8 000 000,0 zł

...to osiągniemy następujące **efekty**:

- Zwiększenie świadomości rodziców/opiekunów biorących udział w Programie w zakresie profilaktyki wad postawy
- Zwiększenie świadomości dzieci i młodzieży biorących udział w Programie w zakresie profilaktyki wad postawy
- Zwiększenie dostępu do usług medycznych poprzez oferowanie wsparcia przez personel medyczny (pielęgniarki, lekarze, edukatorzy zdrowotni) na terenie szkoły

- Zwiększenie liczby dzieci i młodzieży objętych badaniami przesiewowymi w kierunku występowania wad postawy
- Zwiększenie liczby dzieci i młodzieży objętych leczeniem i rehabilitacją, w tym terapiami niedostępnymi w ramach NFZ
- Wzrost odsetka dzieci objętych ćwiczeniami korekcyjno-kompensacyjnymi
- Wzrost odsetka szkół podejmujących współpracę z edukatorami zdrowotnymi
- Skrócenie czasu oczekiwania na leczenie i rehabilitację dla dzieci z wadami postawy

...w wyniku których nastąpią wymienione zmiany:

- Poprawa stanu zdrowia dzieci w województwie podlaskim
- Zwiększenie poziomu wykrywalności wad postawy u dzieci
- Zwiększenie poziomu świadomości w zakresie wiedzy na temat następstw niezdiagnozowanych i nieleczonych dysfunkcji układu ruchu, możliwości terapii, a także kształtowanie prawidłowych zachowań prozdrowotnych
- Zwiększenie odsetka osób podejmujących działania profilaktyczne

Źródło: Opracowanie własne.

Podrozdział 1.8. Podsumowanie

Analiza danych wykazała, że tendencje zmian demograficznych populacji ludności województwa podlaskiego są podobne do występujących w całym kraju.

Obserwowany jest spadek liczebności populacji i jednocześnie istotne postępujące przesunięcia w obrębie poszczególnych grup wiekowych. Zmiany te pokazują wzrost liczebności osób w wieku poprodukcyjnym z towarzyszącym mu spadkiem liczby urodzeń i zmniejszaniem się liczebności osób w wieku produkcyjnym.

Zmiany struktury demograficznej już same w sobie są czynnikiem rzutującym na ogólną sytuację zdrowotną całej populacji, a także na perspektywę możliwości efektywnego zaspakajania potrzeb zdrowotnych. Rosnąca liczebność osób w wieku 65+ powoduje wzrost liczby osób chorych, zwłaszcza w zakresie chorób sercowo-naczyniowych i nowotworowych. Ta tendencja jest obserwowana w całej populacji ludności Polski. Zwiększona populacja osób statystycznie częściej zapadających na powyższe schorzenia stanowi czynnik poważnie obciążający system opieki zdrowotnej. Z kolei obserwowany wzrost umieralności może być sygnałem wskazującym na przeciążenie systemu opieki zdrowotnej. Niestety starzejąca się populacja i zmniejszanie się liczby osób aktywnych zawodowo dotyczy w porównywalnym stopniu osób wykonujących zawody medyczne, co jest znaczącym czynnikiem wpływającym na obecną i przyszłą sytuację zdrowotną populacji mieszkańców województwa podlaskiego.

Zgodnie z symulacją przygotowaną przez Narodowy Fundusz Zdrowia⁴⁸, do roku 2030 szacowany wzrost liczby hospitalizacji wyniesie w porównaniu do 2014 roku

⁴⁸ Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2016.

7,9% przy czym w niektórych zakresach powyżej 20% (kardiologia, choroby wewnętrzne, geriatryka, onkologia).

Odrębnym, ale lawinowo narastającym problemem jest zły stan zdrowia psychicznego objawiający się dramatycznym wzrostem liczby zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Wskaźnikiem dobrze opisującym stan zdrowia populacji jest wskaźnik oczekiwanych lat przeżytych w zdrowiu (HLY-Healthy Life Years).

Wydłużanie trwania życia w zdrowiu powinno być podstawowym celem polityki zdrowotnej. Analiza statystyczna wykonana przez GUS w 2022 roku pokazuje dla województwa podlaskiego niższy wskaźnik życia w zdrowiu niż dla Polski ogółem oraz najwyższy spadek tego wskaźnika dla mężczyzn⁴⁹.

Sytuacja zdrowotna ludności Polski, a w tym populacji województwa podlaskiego została poddana dodatkowej presji z powodu pandemii wirusa SARS-CoV-2, trwającej ze zróżnicowanym nasileniem od marca 2020 do czerwca 2023.

Negatywny wpływ pandemii na stan zdrowia populacji województwa podlaskiego uwidacznia się w danych statystycznych. Szczególnie widoczne jest to we wzroście liczby zgonów. Wprowadzane obostrzenia i ograniczenia w dostępności do systemu opieki zdrowotnej wywołały zjawisko „długu zdrowotnego” czyli kumulacji niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, co przekłada się na znaczne wydłużenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

To niekorzystne zjawisko dodatkowo obciążało system opieki zdrowotnej podlegający już znacznej presji z powodu zmian demograficznych.

Wprowadzane restrykcje w związku z pandemią zakłóciły normalne funkcjonowanie społeczno-gospodarcze. Efekt zamknięcia i izolacji oraz utrata dotychczasowych źródeł utrzymania mogą być prawdopodobną przyczyną rosnących problemów w zakresie zdrowia psychicznego, co uwidoczniło się wzrostem liczby zgonów z tego powodu o 19,0% w latach 2014-2021.

W odpowiedzi na potrzeby wynikające z głównych problemów zdrowotnych województwa podlaskiego wdrożone zostały RPPZ, ściśle wpisujące się w prowadzoną politykę zdrowotną.

Analiza danych statystycznych wykazała jednak, że sytuacja zdrowotna populacji województwa podlaskiego nadal nie jest zadowalająca, z tendencją negatywną wynikającą z postępujących zmian demograficznych. Już teraz widoczne jest przeciążenie systemu opieki zdrowotnej, dodatkowo pogłębione przez pandemię COVID-19. Stanowi to znaczne wyzwanie dla władz publicznych których celem powinno być poprawienie wskaźników zdrowia ludności.

⁴⁹ Trwanie życia w zdrowiu w 2021, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2021-r-5,2.html> [dostęp: 31.07.2023].

Rozdział 2. Ocena Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego

Podrozdział 2.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z pierwszym celem szczegółowym badania, jakim była ocena skuteczności wdrażania Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego.

Stan realizacji Programu

Głównym celem Programu było zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka, tj. osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego.

Cel główny miał zostać zrealizowany przez niżej wymienione cele szczegółowe:

- Cel 1: Zwiększenie u co najmniej 80% włączonych do Programu osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa poziomu wiedzy na temat możliwości zapobiegania pokłuciom przez kleszcza;
- Cel 2. Zwiększenie u co najmniej 80% włączonych do Programu osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa poziomu wiedzy na temat chorób przenoszonych przez kleszcze;
- Cel 3. Zwiększenie dostępności populacji województwa podlaskiego do usług z zakresu profilaktyki pierwotnej boreliozy z Lyme i kleszczowego zapalenia mózgu poprzez włączenie 23 podmiotów sektora podstawowej opieki zdrowotnej do realizacji założeń Programu;
- Cel 4. Zwiększenie dostępności populacji województwa podlaskiego do usług z zakresu profilaktyki pierwotnej boreliozy z Lyme i kleszczowego zapalenia mózgu poprzez szkolenie doskonalące wiedzę i umiejętności pracowników sektora podstawowej opieki zdrowotnej i służb medycyny pracy;
- Cel 5. Zapewnienie co najmniej 60% podmiotom gospodarczym sektora rolnictwa, łowiectwa i rybactwa możliwości współpracy z podmiotem sektora podstawowej opieki zdrowotnej włączonym do realizacji założeń Programu;
- Cel 6. Poprawa dostępu do szczepień ochronnych przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu w powiatach o najwyższej zachorowalności, tj. hajnowskim, sejneńskim i sokólskim poprzez osiągnięcie wartości wskaźnika wyszczepialności 60% wśród populacji włączonych do Programu osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa w tych powiatach.

Narzędzia służące realizacji wyżej wymienionych celów, to:

- Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do rolników, łowczych, rybaków; podmiotów gospodarczych; jednostek samorządu terytorialnego i do mediów;
- Szkolenia osób wykonujących zawody medyczne;
- Szkolenia dla podmiotów gospodarczych;
- Porada profilaktyczna połączona z ankietą mającą na celu ocenę zagrożenia pokłucia przez kleszcza wśród narażonych na pokłucia przez kleszcza pracowników podmiotów gospodarczych włączonych do Programu;
- Pełny cykl szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (KZM) w powiatach o najwyższym współczynniku zapadalności na KZM.

Program w wyniku konkursu został powierzony do realizacji jednemu beneficjentowi, którym było Województwo Podlaskie, które wraz z partnerem – Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej w Hajnówce – realizuje w okresie od 01.03.2020 do 31.12.2023 r. „Projekt profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego⁵⁰”.

Projekt wpisywał się w RPOWP 2014-2020, w typ projektu (3) Realizacja programów profilaktyki zdrowotnej (pierwotnej i wtórnej), dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu w ramach Działania 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, Osi Priorytetowej II Przedsiębiorczość i aktywne starzenie się, Priorytet inwestycyjny 8vi Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego oraz promowanie równości wynagrodzeń za taką samą pracę.

W projekcie zaplanowano poniższe zadania:

- Działania informacyjno-edukacyjne:
 - Opracowanie i wydruk materiałów informacyjno-edukacyjnych;
 - Kampania informacyjno-edukacyjna w mediach i prasie;
- Szkolenie dla kadry medycznej (lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ);
- Szkolenie dla podmiotów gospodarczych z sekcji rolnictwo, rybactwo i łowiectwo;
- Przeprowadzenie ankiety badania profilaktycznego (porady profilaktyczne połączone z ankietami mającymi na celu ocenę zagrożenia pokłucia przez kleszcze) w całym województwie;
- Szczepienie przeciwko kleszczowemu zapaleniu mózgu i przeprowadzenie ankiet badania profilaktycznego na terenie powiatów: hajnowskiego, sokólskiego i sejneńskiego;

⁵⁰ Pierwszy wyłoniony realizator projektu w ramach Programu anulował podpisaną umowę z Wojewódzkim Urzędem Pracy.

- Przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19.

Wartość interwencji w ramach RPPZ wyceniono na 4 042 666,0 zł, w ramach wniosku o dofinansowanie wskazano kwotę 8 575 425,04 zł.

Z informacji udzielonych przez beneficjenta wynika, że odstąpiono od wykonywania ankiet badania profilaktycznego z osobami, które nie kwalifikują się do szczepienia. Aktualnie realizowane są wszystkie zadania poza ostatnim, które dobiegło końca (przeciwdziałanie i zwalczanie COVID-19).

Realizacja projektu w ramach Programu zakończy się 31.12.2023, więc nie jest możliwe udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy Program osiągnie zamierzony cel.

Dotychczas osiągnięty został tylko wskaźnik liczby wdrożonych programów zdrowotnych, istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców.

Z informacji uzyskanych od beneficjenta wynika, że istnieją szanse na realizację wskaźnika „Liczba lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ, którzy zostali przeszkoleni w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych”. Natomiast istnieje niskie prawdopodobieństwo osiągnięcia wskaźnika „Liczba podmiotów gospodarczych przeszkolonych w zakresie przedstawienia zagrożenia chorobami przenoszonymi przez kleszcze”.

Tabela 20. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego

Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Wskaźnik osiągnięć
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	12 833	170	1,3%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	7 829	0	0,0%
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	6 607	933	14,1%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych, istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	1	1	100,0%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19	415 833,6	305 001,0	73,3%
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	44 046	2 180	4,9%
Liczba lekarzy POZ, lekarzy uprawnionych do sprawowania opieki zdrowotnej nad pracującymi i pielęgniarek POZ, którzy zostali przeszkoleni w zakresie profilaktyki chorób odkleszczowych	189	76	76,0%

Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Wskaźnik osiągnięć
Liczba podmiotów gospodarczych przeszkolonych w zakresie przedstawienia zagrożenia chorobami przenoszonymi przez kleszcze	3 042	246	8,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej.

Program wpisywał się w założenia Działania 2.5, w OP II, PI 8vi, co było mierzone wskaźnikiem „Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”.

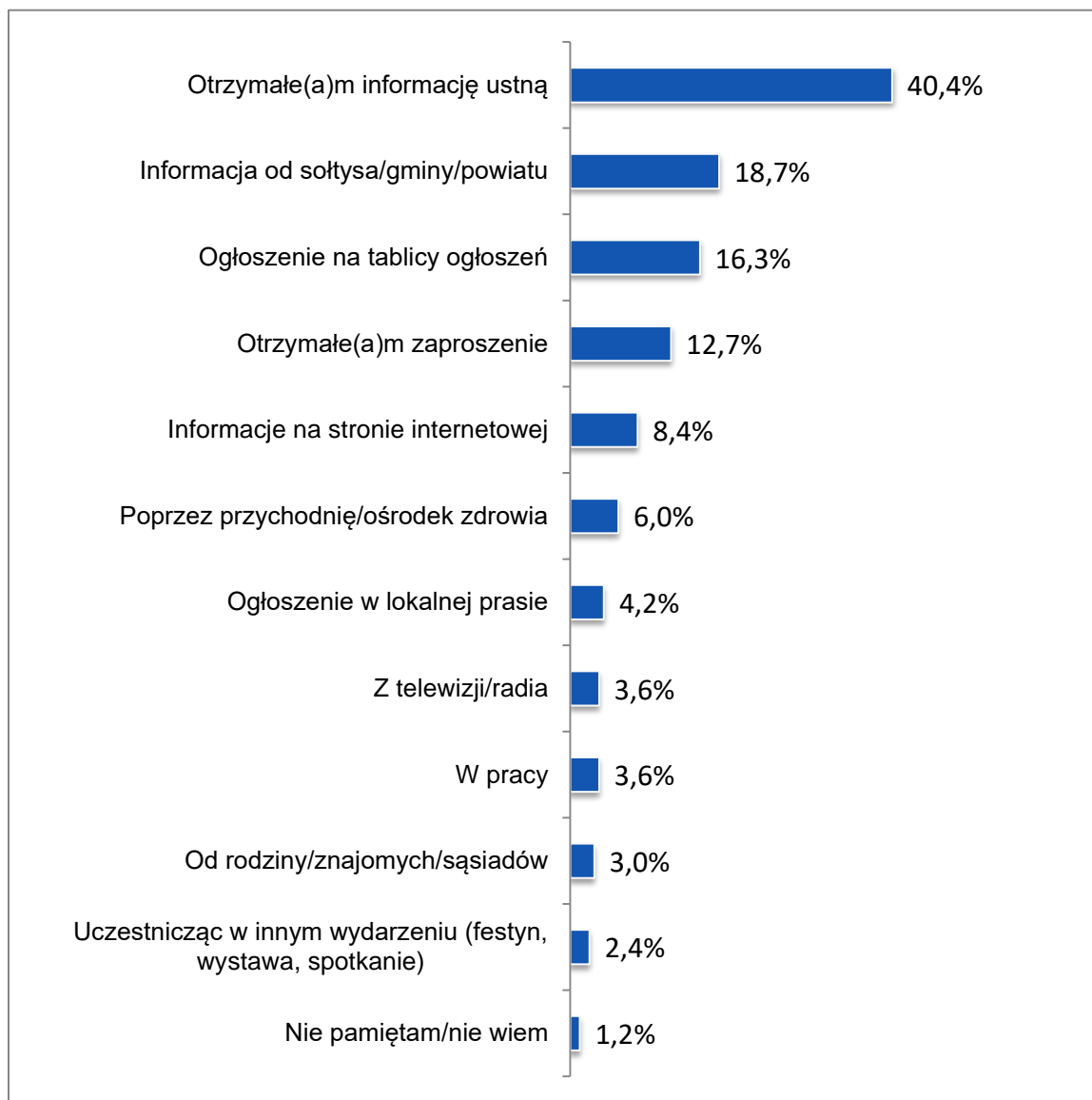
Wartość docelowa ww. wskaźnika w RPOWP 2014-2020 została ustalona na 3 705 osób, natomiast w RPPZ na 44 046 osób. Dotychczas w projekcie wsparciem objęto 2 180 osób, co stanowi 4,9% wartości założonej w RPPZ i 58,8% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020, co oznacza, że nie został osiągnięty cel nadrzędny interwencji, czyli przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym.

Przebieg wdrażania Programu

Działania dotyczące rekrutacji były zróżnicowane i prowadzone wieloma kanałami. Do udziału w Programie zapraszano listownie, mailowo POZ-y, służby medycyny pracy, podmioty gospodarcze sekcji „Rolnictwo, łowiectwo, rybactwo”. Rekrutacja do szkoleń osób wykonujących zawody medyczne odbywała się drogą telefoniczną, papierową, elektroniczną oraz poprzez osobiste zgłoszenia. Ponadto informacje o Programie i naborze do Programu zamieszczane były w jednostkach samorządu terytorialnego; na stronie internetowej realizatora, w lokalnych mediach oraz podczas lokalnych wydarzeń.

Ankietowani uczestnicy Programu o wsparciu dowiedzieli się z otrzymanej ustnie informacji (40,4%), informacji z gminy (18,7%); tablicy ogłoszeń (16,3%); zaproszenia (12,7%); strony internetowej (8,4%); z przychodni (6,0%); lokalnej prasy (4,2%); telewizji/radia (3,6%); z pracy (3,6%); od znajomych (3,0%) lub podczas lokalnych wydarzeń (2,4%).

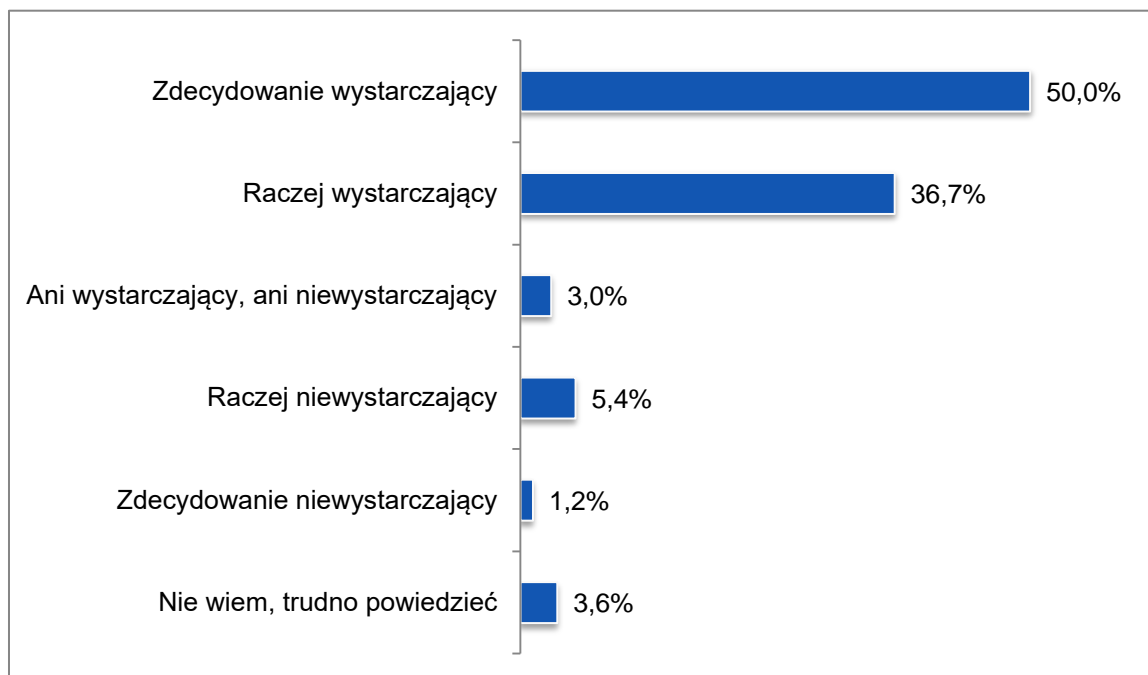
Wykres 5. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o wsparciu, z którego Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Choć 86,7% ankietowanych uczestników projektu uznało, że sposób informowania o Programie był wystarczający, a beneficjent i ekspert uznali działania rekrutacyjne za prawidłowo zaplanowane w RPPZ, to jednak beneficjent miał problem z osiągnięciem zakładanych wielkości grup docelowych, ze względu na wystąpienie czynników zewnętrznych, takich jak pandemia COVID-19, kryzys ekonomiczny, uchodźczy, migracyjny. Ponadto zniechęcająca była sama procedura polegająca na pobieraniu znacznej ilości danych osobowych i poświęceniu kilkadziesiąt minut na wypełnienie ankiety badania profilaktycznego.

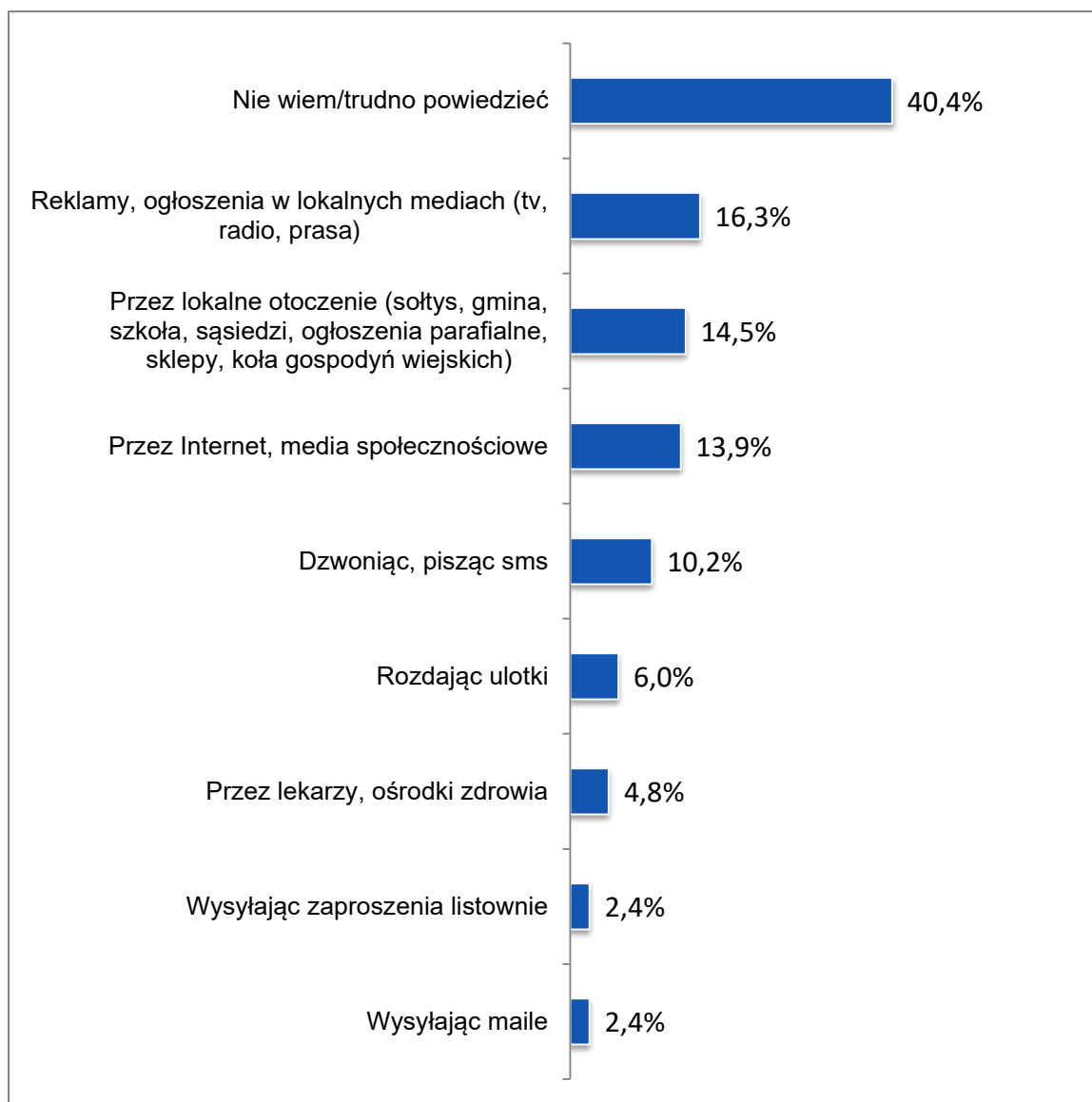
Wykres 6. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem sposób informowania o możliwości uzyskania wsparcia był wystarczający?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Spośród ankietowanych, 40,4% nie potrafiło wskazać, jak jeszcze skuteczniej można by docierać z informacjami o oferowanym wsparciu. Pozostali odpowiadali, że przez reklamy, ogłoszenia w lokalnych mediach (16,3%); przez otoczenie lokalne (14,5%); przez Internet, media społecznościowe (13,9%); dzwoniąc, wysyłając sms (10,2%); przez ulotki (6,0%); przez lekarzy/ośrodki zdrowia (4,8%); wysyłając listy (2,4%) i wysyłając maile (2,4%).

Wykres 7. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych

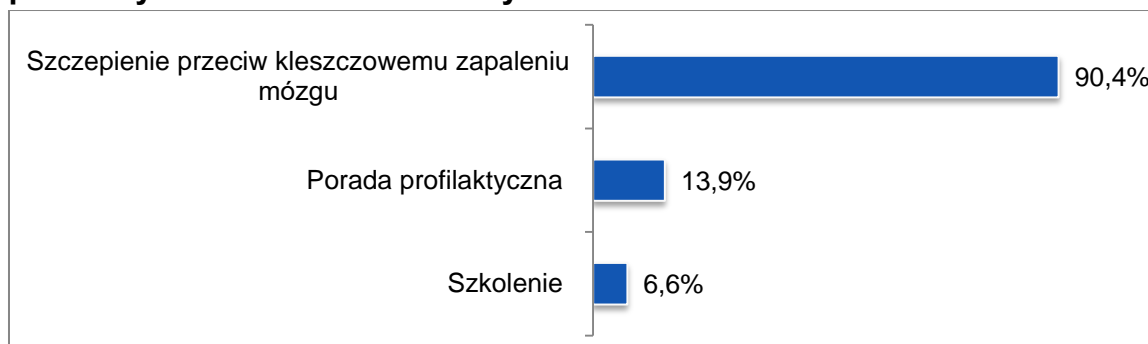


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób Pana/Pani zdaniem można by skuteczniej docierać z informacjami o oferowanym wsparciu?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wszystkie narzędzia zastosowane w Programie, takie jak: działania informacyjno-promocyjne, szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne i dla podmiotów gospodarczych, porady profilaktyczne i szczepienia pomagały realizować cel główny RPPZ. Na podstawie analizy danych zastanych, wywiadów z beneficjentami i ekspertem można stwierdzić, że najbardziej skutecznym narzędziem były szczepienia p/KZM, między innymi ze względu na ich udowodnioną skuteczność w zapobieganiu zachorowaniom na choroby odkleszczowe.

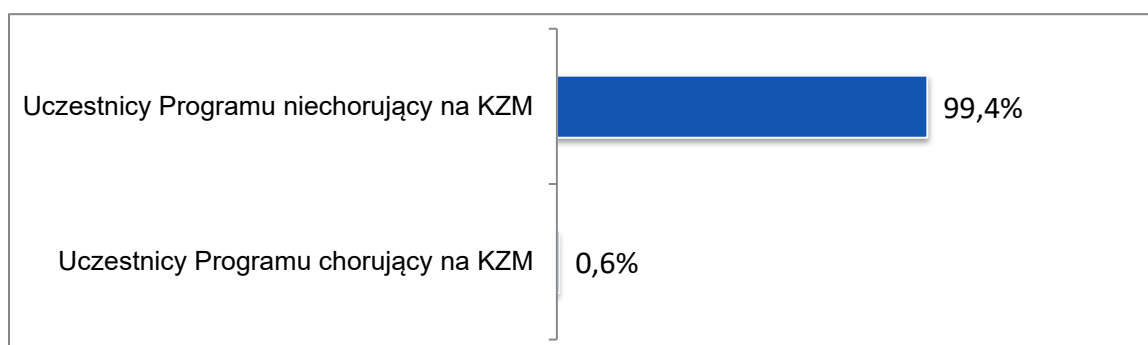
W ramach ankiety CAWI/CATI badani byli uczestnicy Programu, którzy skorzystali ze szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu (90,4%); porady profilaktycznej (13,9%) oraz szkolenia (6,6%). Spośród ogółu badanych, tylko 1 respondent wskazał, że choruje na KZM.

Wykres 8. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wykres 9. Ocena wpływu wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy choruje Pan/Pani na kleszczowe zapalenie mózgu?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Analiza dokumentacji projektowej, diady z beneficjentami i IDI z ekspertem, pozwoliła na identyfikację problemów i czynników utrudniających realizację projektu w ramach Programu.

Jako pierwszy należy wskazać wystąpienie siły wyższej, jaką jest pandemia COVID-19, która spowodowała przede wszystkim: problemy z rekrutacją; trudności z pozyskaniem kadry medycznej, która była powoływana do zwalczania Covid; wzrost kosztów i zapotrzebowania na środki ochrony indywidualnej (śoi) oraz trudności w realizacji działań zaplanowanych w harmonogramie. W celu rozwiązania problemów zrealizowano wybrane szkolenia w formie online (pojawił się również pomysł, by wykonywać ankiety badania profilaktycznego online, ale nie został on zrealizowany); uzyskano zgodę na zwiększenie budżetu na zakup śoi oraz przedłużono realizację projektu do 31.12.2023 roku.

Drugim utrudnieniem w realizacji projektu była niechęć do szczepień przeciw KZM wywołana nałożeniem się realizacji szczepień przeciw COVID-19 i grypie. Uczestnicy obawiali się przyjmowania w jednym czasie różnych szczepień lub też jakiegokolwiek szczepienia ze strachu przed skutkami ubocznymi. Rozpoczęcie realizacji szczepień w projekcie miało miejsce pod koniec lata (sierpień-wrzesień), podczas gdy najczęściej zainteresowanie nim wzrasta wiosną. Ponadto w sytuacji, gdy potencjalny uczestnik rozważał szczepienie kolejną dawką przeciw COVID-19 lub przeciw grypie jesienią, przesuwiał decyzję o zaszczepieniu się przeciw KZM na później.

Jako trzeci problem należy wskazać napływ uchodźców wojennych z Ukrainy, który również utrudniał pozyskanie do Programu kadry medycznej, która była angażowana w działania na rzecz ochrony zdrowia uchodźców.

Czwartym czynnikiem oddziałującym negatywnie było zamknięcie granicy z Białorusią, które miało negatywny wpływ na prowadzone na terenie województwa podlaskiego działalności gospodarcze, w tym stanowiące grupę docelową w projekcie. Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna osób pracujących w rolnictwie powodowała, że kwestia pozyskania wiedzy nt. profilaktyki chorób odkleszczowych i zaszczepienia się przeciw KZM nie była dla nich priorytetowa. Ponadto zamieszkiwanie w strefie zamkniętej ograniczało mobilność mieszkańców i zniechęcało ich do zmiany miejsca pobytu, np. by przystąpić do Programu.

Piątym utrudnieniem była czasochłonna procedura rekrutacji, wymagająca uzupełnienia długiej ankiety badania profilaktycznego (czas wypełnienia wynosił około 20-30 minut). Ze względu na brak zainteresowania wypełnieniem ankiety wśród osób niekwalifikujących się do szczepień, uzyskano zgodę na likwidację zadania. Zaobserwowano również niechęć do podawania swoich danych osobowych przez uczestników. Aż 10% ankiet posiadało błędnie wpisany PESEL, co pozwala domniemywać, że było to działanie celowe. Z kolei ściśle określona grupa docelowa w ramach RPPZ sprawiała beneficjentowi trudność w prawidłowej identyfikacji osób, które spełniały kryteria uczestnictwa (nieaktualne dane w bazie REGON). Wymagająca procedura rekrutacji powodowała ponadto, że kadra POZ niechętnie

angażowała się w działanie polegające na realizacji ankiet badania profilaktycznego, ze względu na dużą ilość pracy z tym związaną (czasochłonność wypełniania ankiet) i niskie wynagrodzenie. W związku z niską efektywnością promocji projektu w radiu Białystok dla terenu powiatu hajnowskiego zintensyfikowano rekrutację za pośrednictwem bezpośrednich spotkań.

Kolejnym problemem był brak zainteresowania szkoleniami przez kadrę medyczną ze względu na fakt, że szkolenie nie dawało im punktów edukacyjnych.

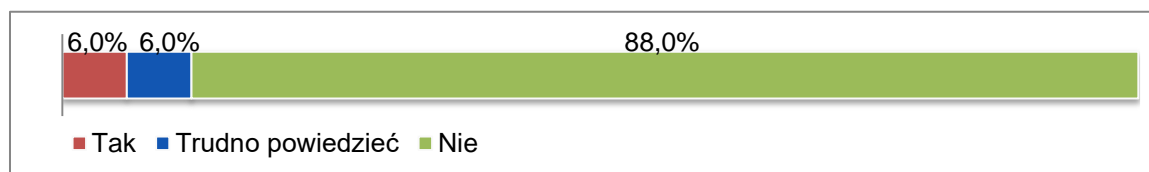
Dodatkowo konieczne było ogłoszenie kolejnego postępowania na wybór podwykonawcy zadania związanego z realizacją szczepień, ponieważ pierwsza oferta była nieprawidłowa pod względem formalnym. Spowodowało to wydłużenie całej procedury ze względu na czasochłonność postępowań w trybie unijnej ustawy o zamówieniach publicznych.

Ankietowani uczestnicy Programu w zdecydowanej większości wskazali, na brak czynników zniechęcających do udziału w Programie podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie (88,0%) oraz podczas jego realizacji (77,4%).

Wśród czynników zniechęcających do udziału w Programie podczas podejmowania decyzji o przystąpieniu do niego wymieniano: konieczność poświęcenia swojego czasu (2,4%); konieczność wypełniania formularzy (2,4%); konieczność podawania bardzo osobistych informacji (1,2%); obawę przed zarażeniem się koronawirusem (1,2%); brak informacji dotyczących ryzyka związanego ze szczepieniem (0,6%) oraz kolejne szczepienie (0,6%).

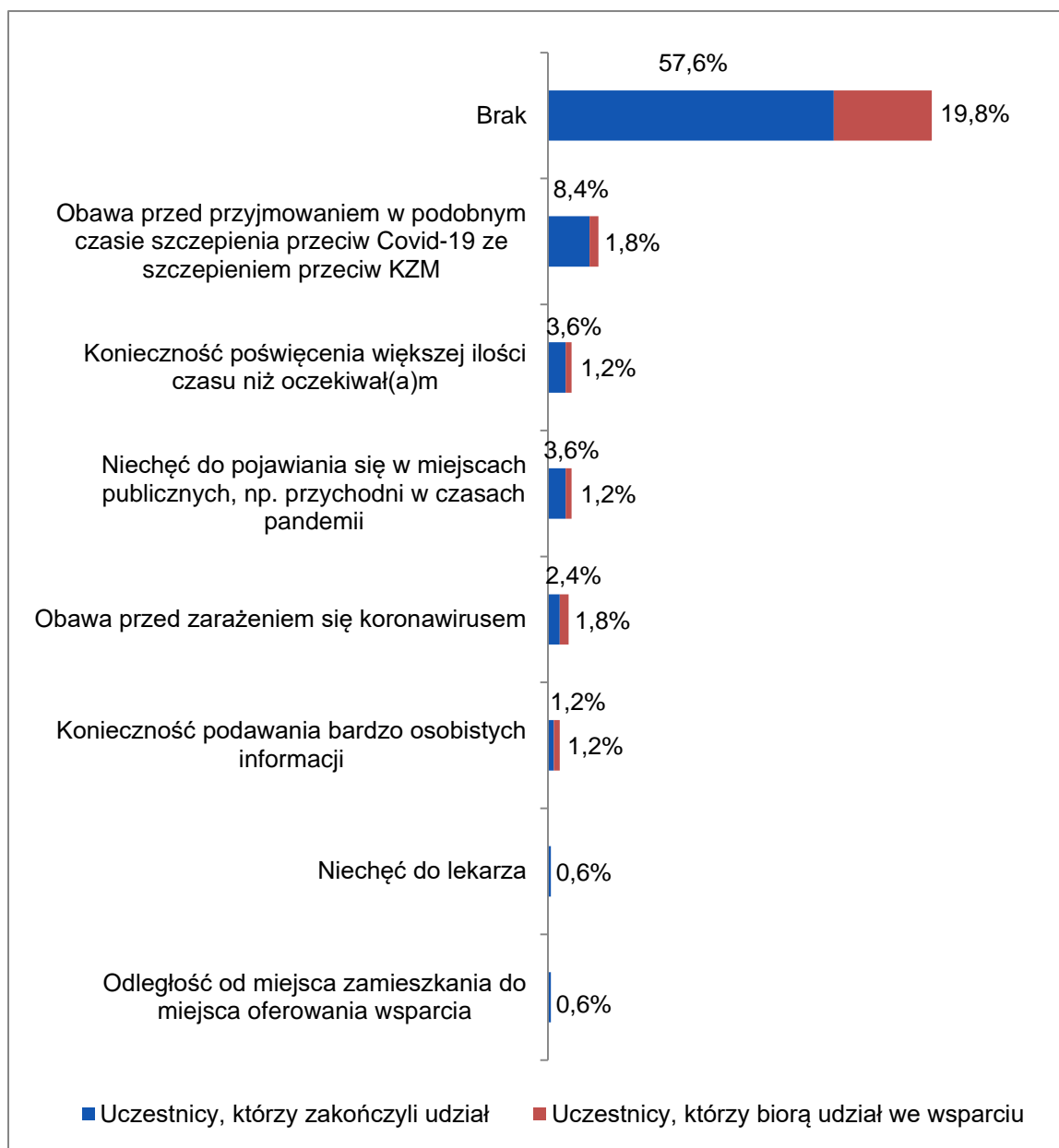
Natomiast do czynników zniechęcających do udziału w Programie już po jego rozpoczęciu, należały: obawa przed przyjmowaniem w podobnym czasie szczepienia przeciw COVID-19 ze szczepieniem przeciw KZM (10,2%); konieczność poświęcenia większej ilości czasu niż oczekiwano (4,8%); niechęć do pojawiania się w miejscach publicznych w czasie pandemii (4,8%); obawa przed zarażeniem się koronawirusem (4,2%); konieczność podawania bardzo osobistych informacji (4,2%); niechęć do lekarza (0,6%), odległość od miejsca zamieszkania do miejsca oferowania wsparcia (0,6%).

Wykres 10. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: 1. „Czy podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia, pojawiały się czynniki, które zniechęcały Pana/Panią do udziału we wsparciu?” N=166 oraz 2. „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały lub utrudniały podjęcie decyzji o skorzystaniu ze wsparcia?” N=20. Pytanie wielokrotnego wyboru.

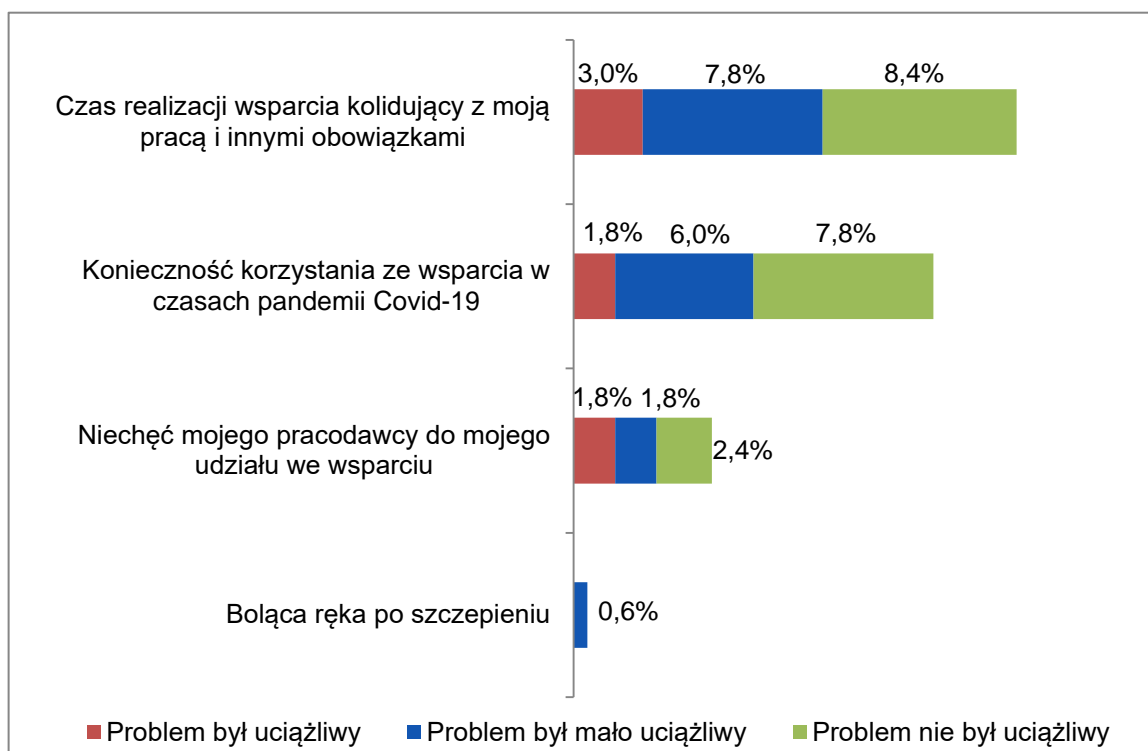
Wykres 11. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały Pana/Panią do korzystania ze wsparcia już podczas jego realizacji?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najbardziej uciążliwym problemem był dla ankietowanych uczestników projektu był czas realizacji wsparcia kolidujący z pracą i innymi obowiązkami (3,0% wskazań), a następnie konieczność korzystania ze wsparcia w czasach pandemii COVID-19 (1,8%) i niechęć pracodawcy do udziału pracownika we wsparciu (1,8%).

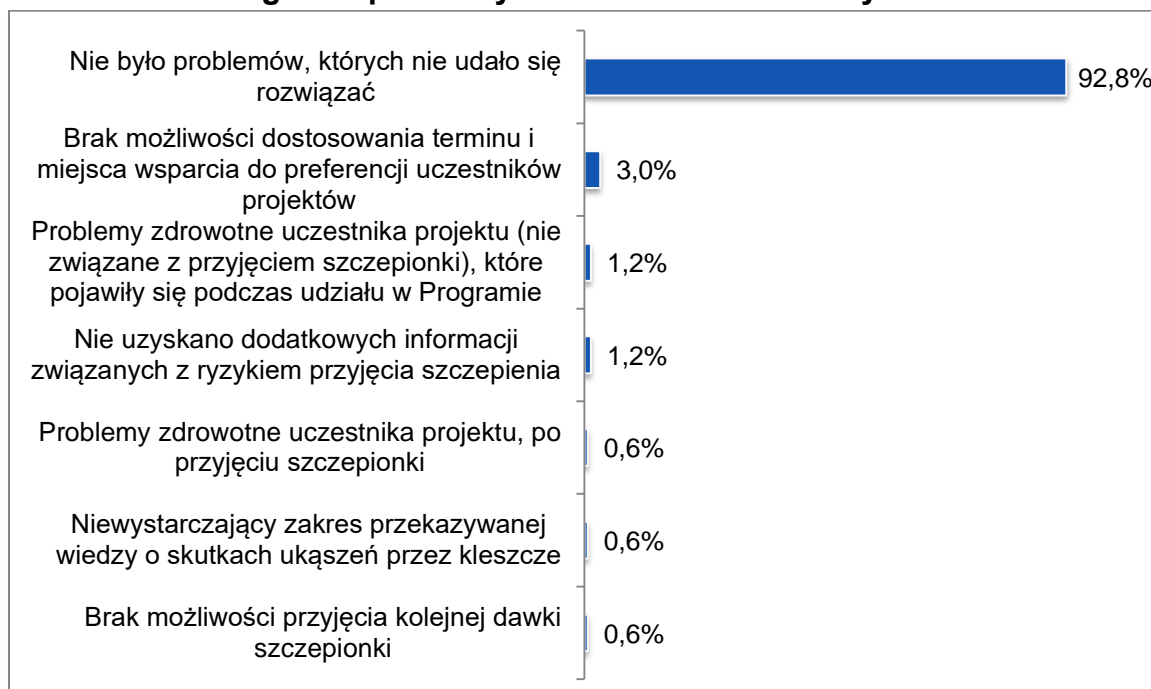
Wykres 12. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać problemy, które wystąpiły podczas korzystania przez Pana/Panią ze wsparcia i ocenić, jak bardzo były dla Pana/Pani uciążliwe” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Badani w większości (92,8%) stwierdzili, że nie było problemów, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie uznali: brak możliwości dostosowania terminu i miejsca wsparcia do preferencji uczestników projektów (3,0%); problemy zdrowotne uczestnika projektu (nie związane z przyjęciem szczepionki), które pojawiły się podczas udziału w Programie (1,2%); brak dodatkowych informacji związanych z ryzykiem przyjęcia szczepienia (1,2%); problemy zdrowotne po przyjęciu szczepionki (0,6%); niewystarczający zakres przekazywanej wiedzy o skutkach ukąszeń przez kleszcze (0,6%); brak możliwości przyjęcia kolejnej dawki szczepionki (0,6%).

Wykres 13. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać wszystkie problemy, których nie udało się rozwiązać, i jaki był tego powód?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Propozycje zmian w Programie

Wśród propozycji zmian do analogicznego Programu w przyszłości, zgłaszanych przez autora RPPZ i beneficjenta znalazły się:

- Zmniejszenie poziomu szczegółowości RPPZ w sposób pozwalający realizatorowi na większą elastyczność w realizacji projektu;
- Rozszerzenie grupy docelowej kwalifikującej się do szczepień ze względu na fakt, że w województwie na ukłucie kleszcza narażonych jest wiele grup zawodowych, np. robotnicy leśni;
- Zniesienie ograniczenia, że w szkoleniu dla podmiotów gospodarczych, może wziąć udział tylko jedna osoba z danego podmiotu;
- Rezygnacja ze szkoleń dla kadry medycznej lub zmiana ich formuły (szkolenia z punktami edukacyjnymi);
- Skrócenie ankiety badania profilaktycznego;
- Ograniczenie ilości koniecznych do podawania danych osobowych.

Należy jednak zauważyć, że dotychczasowy kształt RPPZ zaważył o pozytywnej opinii AOTMiT, a w rezultacie o możliwości realizacji i wdrożenia RPPZ i wprowadzenia zmian, których życzyliby sobie interesariusze, było niemożliwe w perspektywie 2014-2020.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie skuteczności wdrażania Programu.

Czy wdrażane programy polityki zdrowotnej osiągnęły zakładane cele, w tym określone wskaźniki? Czy realizowane programy zdrowotne wniosły wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych? Jakie były przyczyny ewentualnego niezrealizowania celów stawianych przed programami polityki zdrowotnej?

Dopóki nie zakończy się realizacja Programu, zwieńczona zaakceptowanym przez AOTMiT „Raportem końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej”, nie można odpowiedzieć na pytanie, czy RPPZ osiągnął zakładane cele. Jedynym dotychczas osiągniętym wskaźnikiem jest „Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców”. Jednak biorąc pod uwagę dotychczasowe tempo wdrażania Programu i zidentyfikowane problemy podczas jego realizacji (wskazane w odpowiedzi na trzecie pytanie ewaluacyjne), wskazuje się na niskie prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwanych wartości docelowych wskaźników. RPPZ wniósł wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych poprzez wykonane darmowe, pełne cykle szczepień przeciw KZM.

W jakim stopniu poszczególne programy polityki zdrowotnej przyczyniły się do uzyskania rezultatów zakładanych w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego? Jakie były przyczyny nieosiągnięcia zakładanych rezultatów?

Rezultatem RPPZ w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego miało być objęcie 44 046 osób programem zdrowotnym dzięki EFS. Dotychczas w Programie wsparciem objęto 2 180 osób, co stanowi 4,9% wartości założonej w RPPZ i 58,8% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020 dla Działania 2.5, w OP II, PI 8vi. Przyczynami nieosiągnięcia zakładanych rezultatów były przede wszystkim zjawiska zewnętrzne, których nie dało się przewidzieć w momencie tworzenia założeń RPPZ. Mowa głównie o trudnościach z rekrutacją do Programu, na którą negatywny wpływ miała konieczność realizacji RPPZ w czasie trwania pandemii COVID-19, kryzysu ekonomicznego, uchodźczego i migracyjnego.

Jakie problemy pojawiły się w trakcie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy udało się rozwiązać wszystkie problemy? Jeżeli nie, które problemy nie zostały rozwiązane i dlaczego? W jaki sposób wpłynęło to na realizację programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów?

Głównym problemem, który pojawił się w trakcie realizacji RPPZ było wystąpienie siły wyższej, jaką była pandemia COVID-19. Wpłynęła ona negatywnie na realizację Programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ponieważ utrudniała rekrutację uczestników; pozyskiwanie kadry medycznej; realizację zadań zgodnie z harmonogramem oraz spowodowała wzrost kosztów i zapotrzebowania na środki ochrony indywidualnej. W celu minimalizacji negatywnych skutków dla Programu powodowanych przez pandemię zrealizowano wybrane szkolenia w formie online; zwiększono budżet na zakup Śoi oraz wydłużono okres realizacji projektu do 31.12.2023 r.

Pozostałe problemy, które pojawiły się w trakcie realizacji Programu i których nie udało się rozwiązać, to: zmniejszone zainteresowanie udziałem w Programie ze względu na niepewną sytuację ekonomiczną osób pracujących wywołaną zamknięciem granicy z Białorusią; utrudniony dostęp do kadry medycznej, zaangażowanej w działania na rzecz ochrony zdrowia uchodźców; niechęć do szczepień wśród grupy docelowej; niski poziom zainteresowania szkoleniami ze strony kadry medycznej; zniechęcająca procedura rekrutacji, polegająca na pozyskiwaniu dużej ilości danych osobowych i przy wypełnianiu ankiety badania profilaktycznego.

U zdecydowanej większości (92,8%) ankietowanych uczestników projektów nie pojawiły się problemy, których nie udało się rozwiązać. Pozostali, pojedynczy respondenci wskazywali głównie na trudności z godzeniem udziału we wsparciu z innymi obowiązkami. Ponadto, również u większości, nie wystąpiły czynniki zniechęcające do udziału we wsparciu, podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie (88,0%) oraz już podczas udziału w Programie (77,4%).

Jak należy ocenić skuteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Które z narzędzi okazały się najbardziej skuteczne, a które najmniej i dlaczego?

Wszystkie narzędzia wsparcia były skuteczne, ponieważ służyły osiągnięciu celu głównego Programu, jakim było zmniejszenie liczby zachorowań na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim poprzez profilaktykę pierwotną wyselekcjonowanej grupy ryzyka, tj. osób pracujących w sektorze rolnictwa, łowiectwa i rybactwa z terenu województwa podlaskiego.

Za najbardziej skuteczne narzędzie wsparcia oferowane w ramach Programu, należy uznać szczepienie przeciw KZM. Wynika to między innymi z badań nad

skutecznością szczepień p/KZM w zapobieganiu chorobom odkleszczowym, ale również z faktu, że 99,4% uczestników Programu nie choruje na KZM. Najmniej skutecznym narzędziem okazały się szkolenia kadry medycznej, ze względu na jej niechęć do udziału w omawianej formie wsparcia. Choć rola i znaczenie edukacji personelu medycznego w osiągnięciu celu Programu jest nie do podważania, to należy jednak poszukać rozwiązań zwiększających skuteczność rekrutacji na szkolenia.

Jakie zmiany należałoby wprowadzić w założeniach poszczególnych programów polityki zdrowotnej, by poprawić ich skuteczność i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznych programów w przyszłości?

Aby poprawić skuteczność RPPZ i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznego Programu w przyszłości, należałoby przede wszystkim uprościć procedurę rekrutacji, poprzez ograniczenie ilości pozyskiwanych danych osobowych oraz skrócenie ankiety badania profilaktycznego. Wskazane jest również stosowanie możliwie elastycznych zapisów w RPPZ, pozostawiających pewną swobodę beneficjentowi w realizacji projektów, a jednocześnie pozwalających na uzyskanie pozytywnej opinii od AOTMiT.

Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w programie polityki zdrowotnej były skuteczne?

Działania dotyczące rekrutacji były zróżnicowane i prowadzone wieloma kanałami. Zdaniem zdecydowanej większości (86,7%) uczestników projektu sposób informowania o Programie był wystarczający. Jednak zidentyfikowane problemy z rekrutacją do Programu przyczyniły się do oceny, że działania dotyczące rekrutacji nie były w pełni skuteczne, między innymi ze względu na czynniki zewnętrzne (pandemia COVID-19, kryzys ekonomiczny, uchodźczy, migracyjny) oraz zniechęcającą procedurę rekrutacji z punktu widzenia potencjalnych uczestników projektu, wymagającą poświęcenia znacznej ilości czasu i podania wielu osobistych informacji.

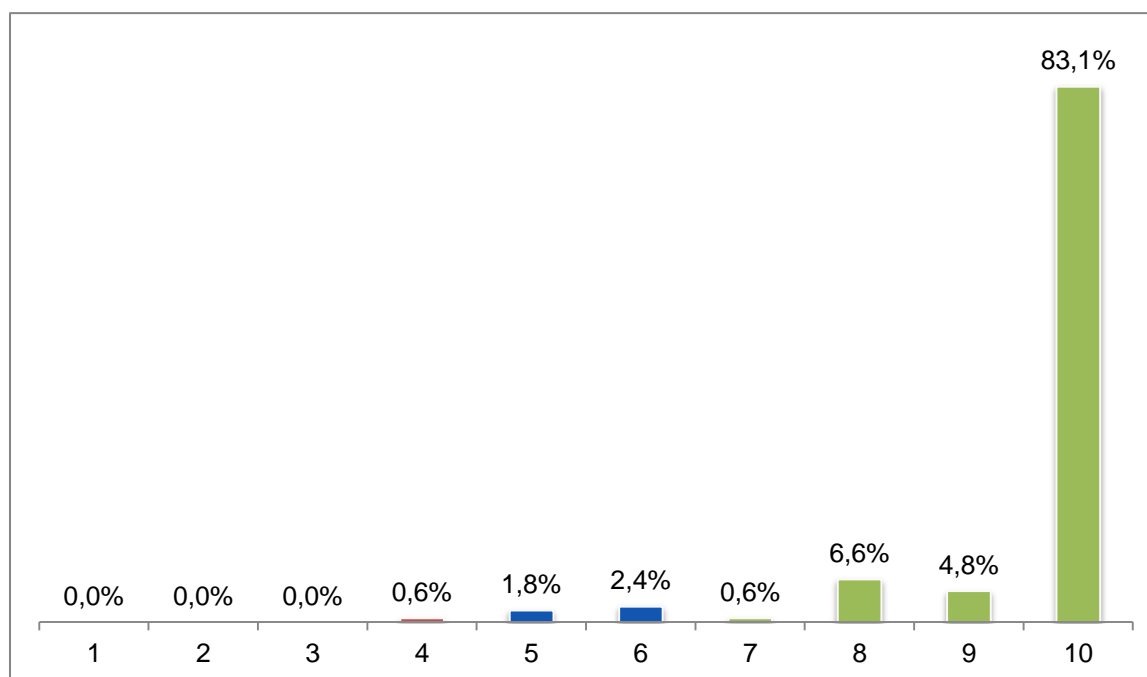
Podrozdział 2.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z drugim celem szczegółowym badania, jakim była ocena użyteczności wdrażania Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego.

Zapotrzebowanie na wsparcie oferowane w Programie

Instrumenty przyjęte w Programie były adekwatną odpowiedzią na rozwiązanie problemów zidentyfikowanych w diagnozie do RPPZ. Nie budziły one zastrzeżeń ani beneficjenta, ani eksperta. Ankietowani uczestnicy Programu bardzo wysoko ocenili zgodność wsparcia ze swoimi oczekiwaniami (średnia ocena to 9,6 na 10 stopniowej w skali, gdzie 1 oznaczało całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność), co pozwala uznać, że wsparcie było dla nich użyteczne.

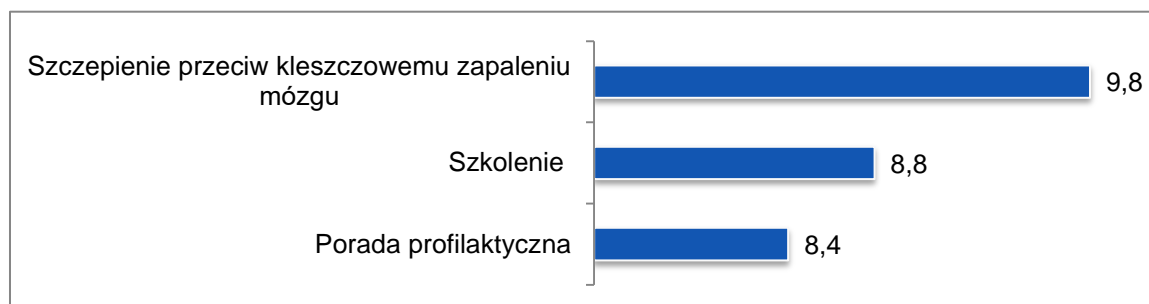
Wykres 14. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Oczekiwania ankietowanych uczestników w najwyższym stopniu spełniły szczepienia przeciw KZM. Również zdaniem beneficjenta i autora RPPZ najbardziej użytecznym narzędziem były szczepienia przeciw KZM.

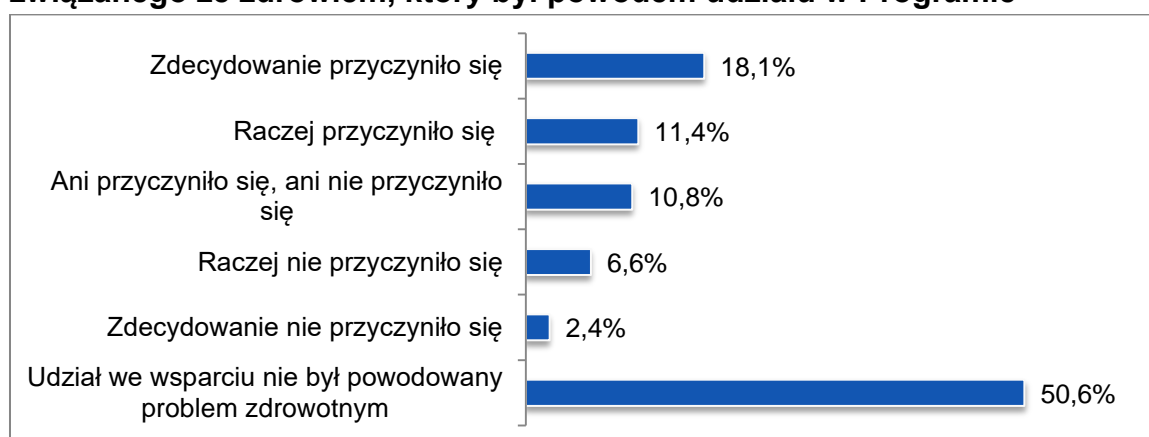
Wykres 15. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” oraz „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Średnie z uzyskanych odpowiedzi.

W ramach badania ankietowego, 59,8% uczestników Programu wskazało, że udział we wsparciu przyczynił się do rozwiązania/zmniejszenia problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem zgłoszenia do Programu (bez uwzględniania osób, dla których udział w Programie nie był spowodowany problemem zdrowotnym). W opinii beneficjenta i eksperta, jeżeli przez problem zdrowotny uznamy zagrożenie wystąpienia chorób odkleszczowych, to należy przyjąć, że udział w Programie przyczynił się do rozwiązania/zmniejszenia wspomnianego ryzyka.

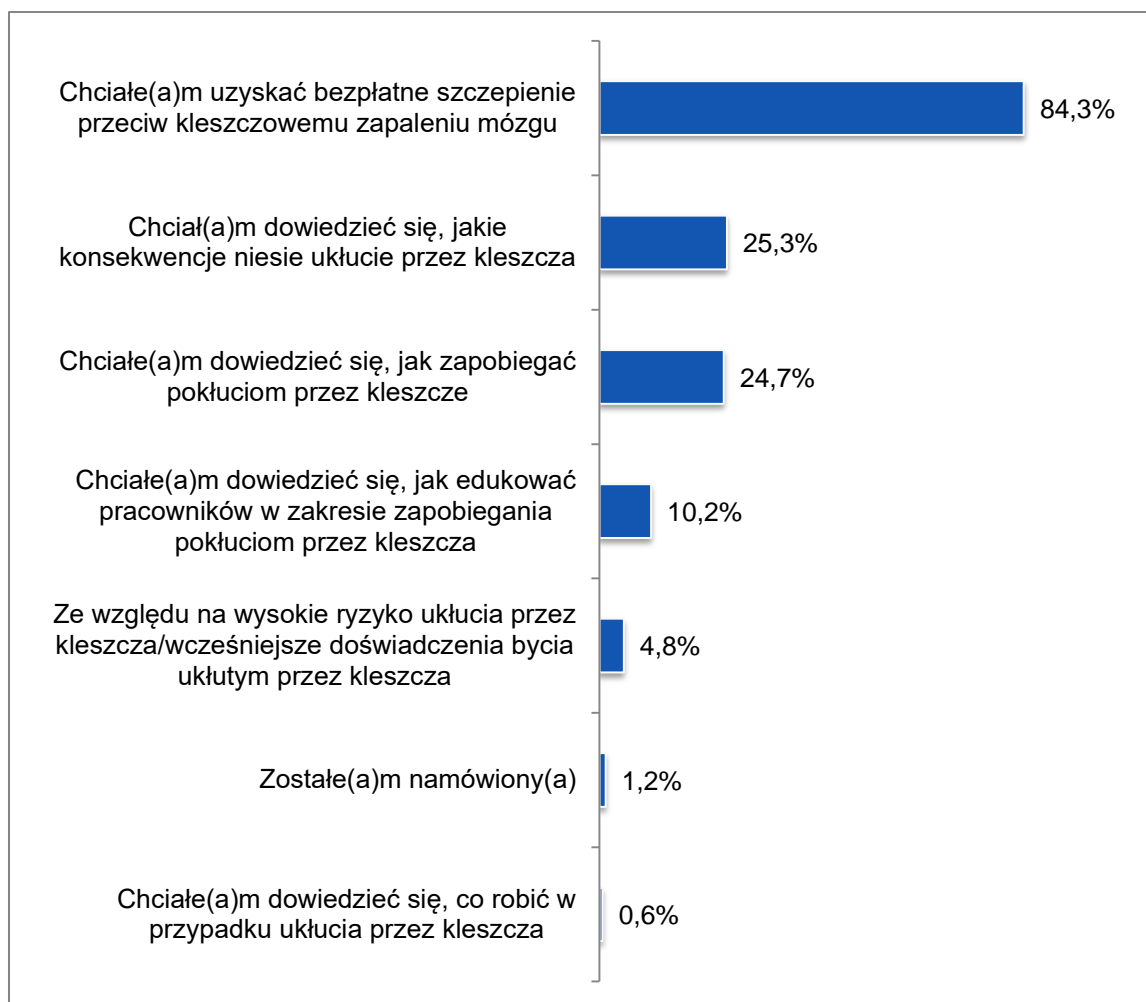
Wykres 16. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu pomógł Panu/Pani rozwiązać/zmniejszyć problem związany ze zdrowiem, który był powodem udziału we wsparciu?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Najczęściej (84,3%) wymienianym powodem, dla którego ankietowani uczestnicy zdecydowali się wziąć udział w Programie, była chęć uzyskania bezpłatnego szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu. Potrzeba była możliwa do zaspokojenia w ramach Programu, w którym szczepienia były głównym narzędziem interwencji. Następne w kolejności powody to: pozyskanie wiedzy nt. konsekwencji ukłucia przez kleszcze (25,3%); pozyskanie wiedzy, jak zapobiegać pokłuciom przez kleszcza (24,7%); nauczanie się, jak edukować pracowników w zakresie zapobiegania pokłuciom przez kleszcza (10,2%); wysokie ryzyko ukłucia przez kleszcza/wcześniejsze doświadczenia bycia ukłutym przez kleszcza (4,8%); namówienie przez inną osobę (1,2%) oraz chęć dowiedzenia się, co robić w przypadku ukłucia przez kleszcza (0,6%).

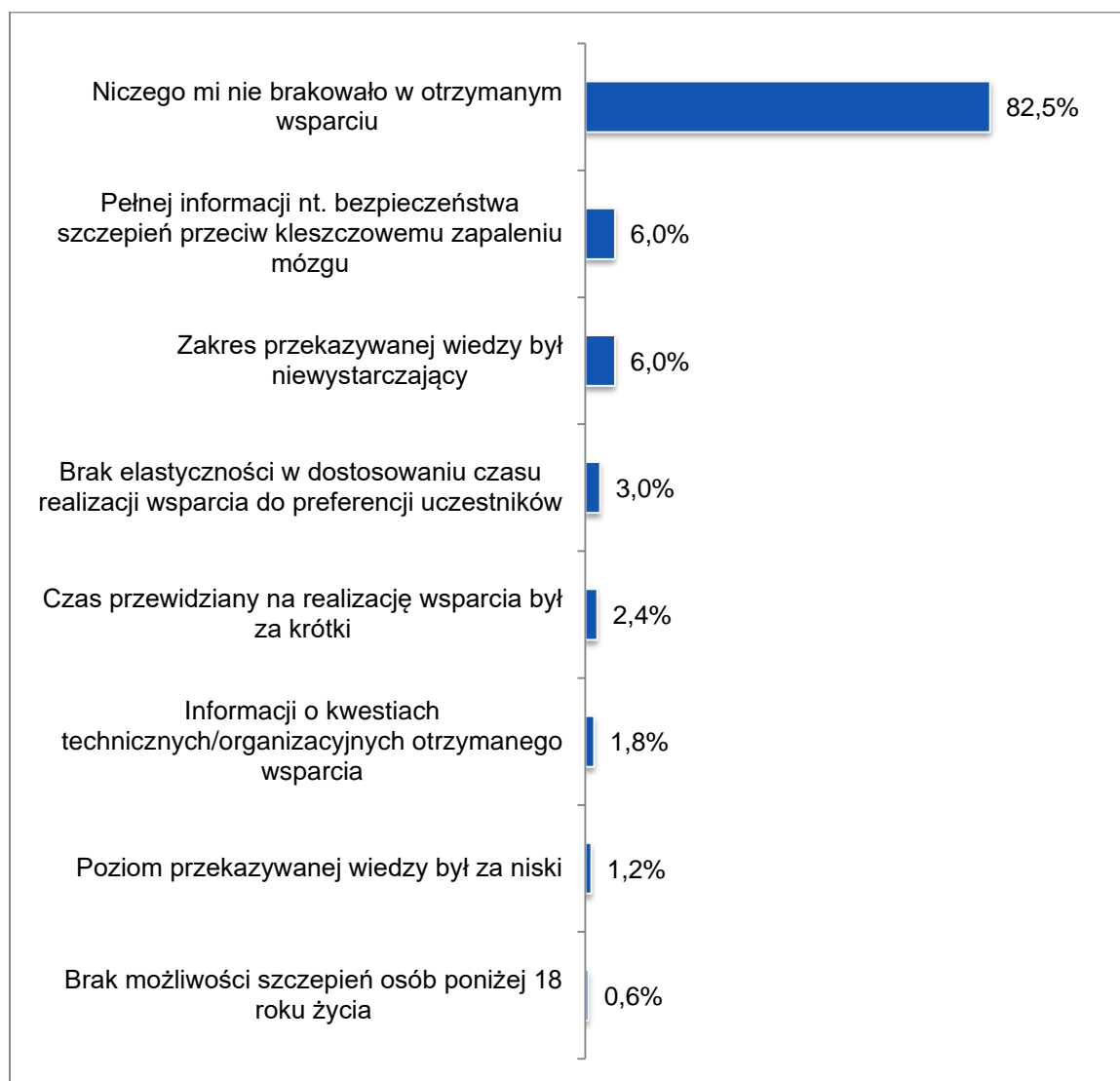
Wykres 17. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu profilaktyki chorób odkleszczowych zdecydowali się skorzystać ze wsparcia



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani skorzystać ze wsparcia?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdecydowanej większości (82,5%) badanych respondentów niczego nie brakowało w otrzymanym wsparciu. Pozostali najczęściej wskazywali na pełną informację nt. bezpieczeństwa szczepień (6,0%); zakres wiedzy (6,0%) i dostosowanie terminu do swoich preferencji (3,0%).

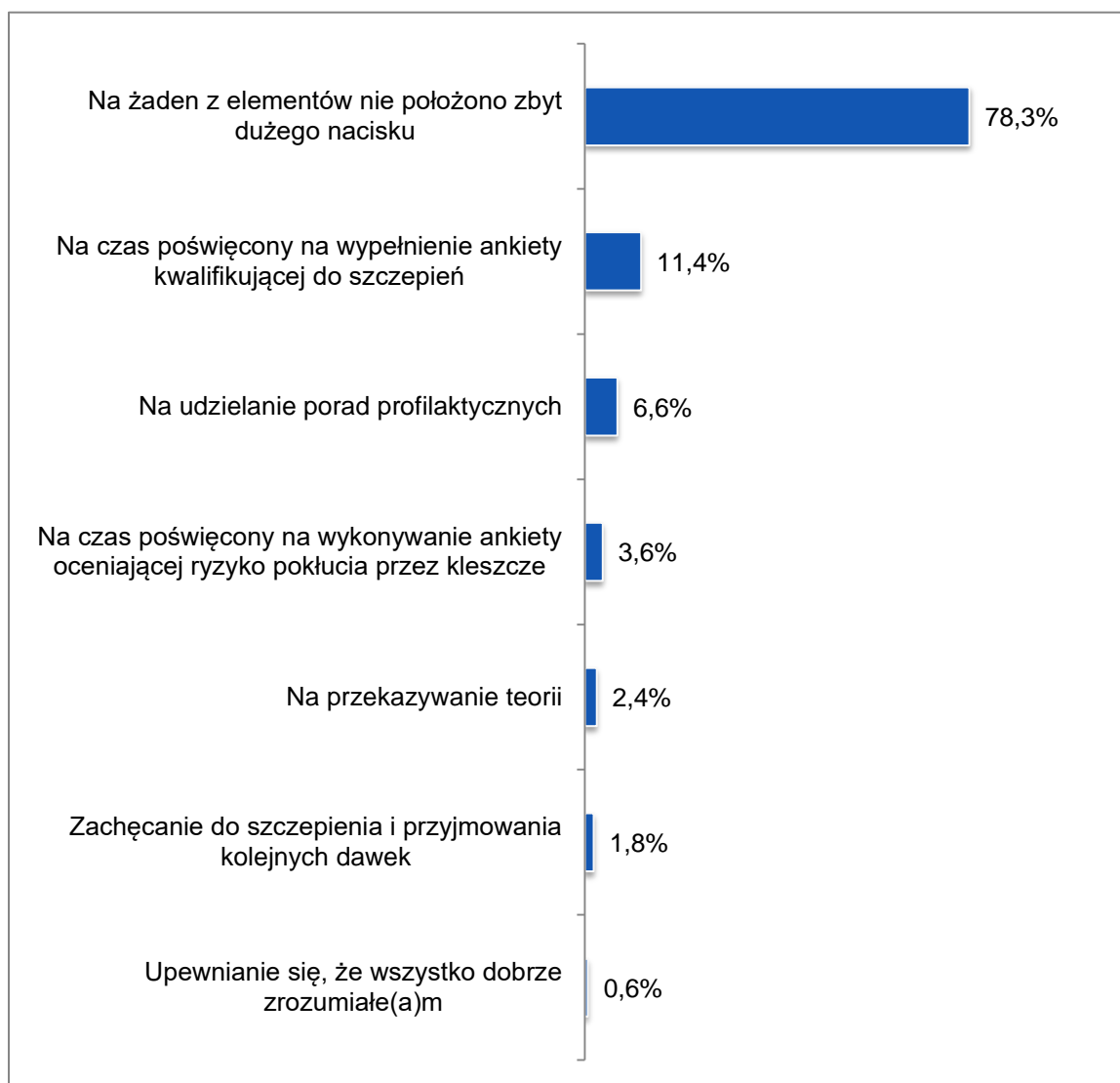
Wykres 18. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, czego Panu/Pani brakowało w otrzymanym wsparciu?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdaniem zdecydowanej większości (78,3%) uczestników na żaden z elementów nie położono zbyt dużego nacisku. Kolejni respondenci wymienili natomiast: czas poświęcony na wypełnienie ankiety kwalifikującej do szczepień (11,4%); udzielanie porad profilaktycznych (6,6%); czas poświęcony na wykonywanie ankiety oceniającej ryzyko pokłucia przez kleszcze (3,6%); przekazywanie teorii (2,4%); zachęcanie do szczepienia i przyjmowania kolejnych dawek (1,8%); upewnianie się, czy uczestnik wszystko dobrze zrozumiał (0,6%).

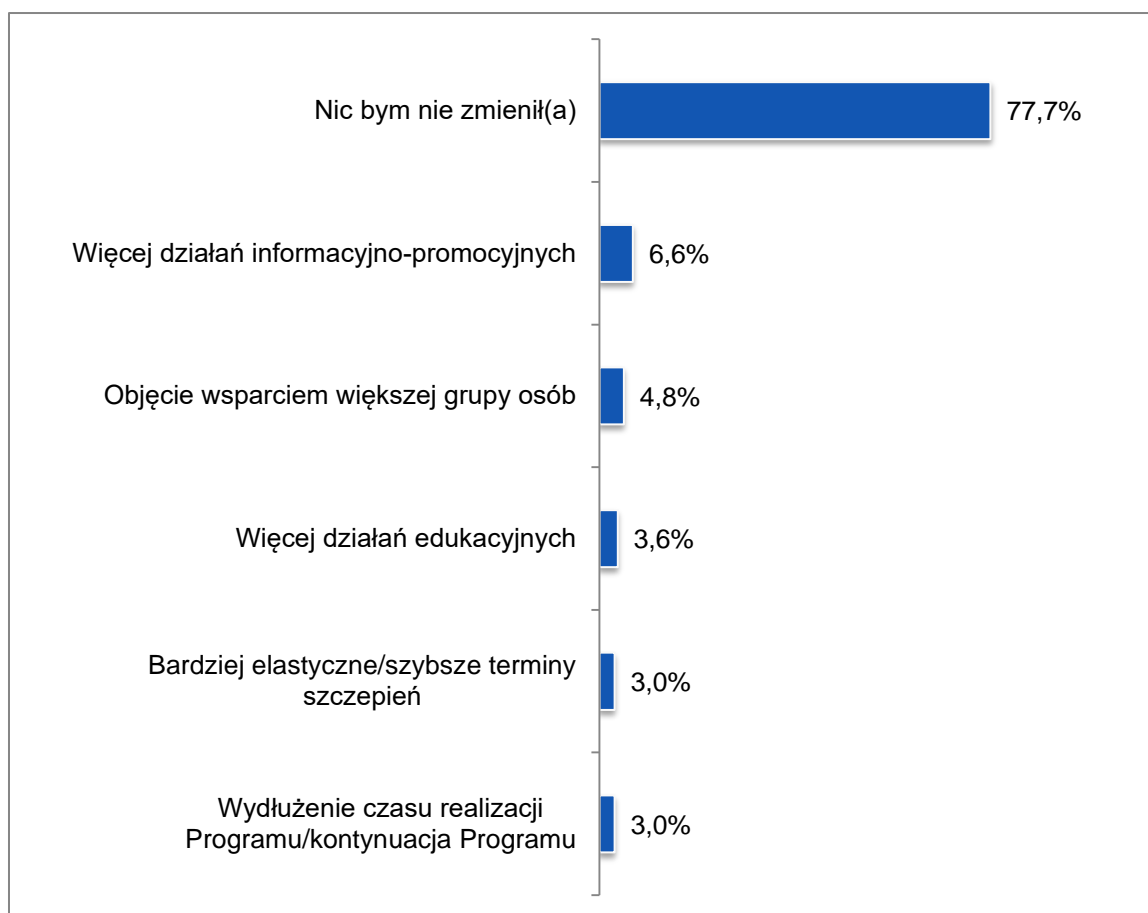
Wykres 19. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, na co został położony zbyt duży nacisk podczas realizacji wsparcia?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

77,7% ankietowanych niczego by nie zmieniło w zakresie oferowanego wsparcia. Pozostali wymieniali: więcej działań informacyjno-promocyjnych (6,6%); objęcie wsparciem większej grupy osób (4,8%); więcej działań edukacyjnych (3,6%); bardziej elastyczne/szybsze terminy szczepień (3,0%) i wydłużenie czasu realizacji Programu/kontynuacja Programu (3,0%).

Wykres 20. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



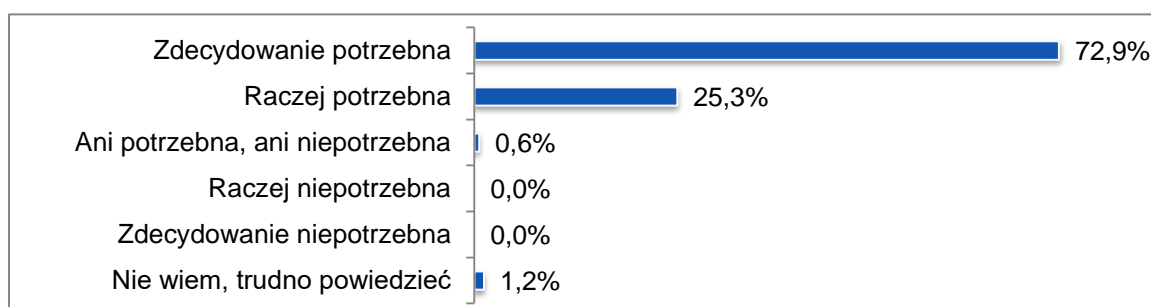
Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Co ewentualnie by Pan/Pani zmienił/a w zakresie oferowanego wsparcia?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Fakt, że zdecydowanej większości (82,5%) respondentów niczego nie brakowało w otrzymanym wsparciu, i również przeważająca część (77,7%) niczego by nie zmieniła, oznacza, że Program spełnił oczekiwania odbiorców, a wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się odpowiednie. Niemniej, w celu podniesienia użyteczności, należałoby rozważyć zwiększenie liczby i zakresu działań informacyjno-promocyjnych i objęcie wsparciem większej grupy osób (szersze kryteria dostępu).

Zapotrzebowanie na kontynuację wsparcia oferowanego w Programie

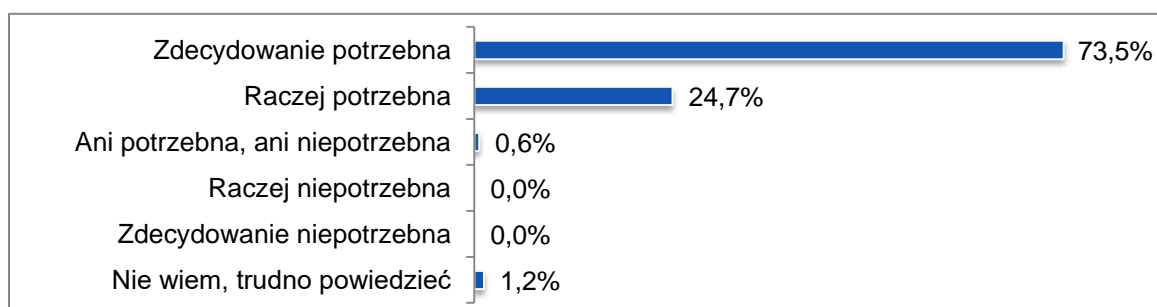
Beneficjent i ekspert byli zgodni, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna ze względu na fakt, że z jednej strony skuteczność działań profilaktycznych jest ściśle powiązana z ich kontynuacją, a z drugiej – zagrożenie ukłucia przez kleszcze w woj. podlaskim jest nadal wysokie. Również anketowani uczestnicy Programu byli zgodni, że kontynuacja szczepień (98,2%) i działań informacyjnych (98,2%) w ramach Programu jest nadal potrzebna.

Wykres 21. Ocena zapotrzebowania na kontynuację szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że realizacja działań mających na celu szczepienia przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w województwie podlaskim jest nadal potrzebna?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Wykres 22. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań edukacyjnych w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że realizacja działań mających na celu informowanie o negatywnych skutkach pokłucia przez kleszcze w województwie podlaskim jest nadal potrzebna?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie użyteczności wdrażania Programu.

Jak należy ocenić użyteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy były użyteczne i jak wpłynęły na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że wszystkie narzędzia wsparcia oferowane w RPPZ były użyteczne, to znaczy w wysokim stopniu zgodne z oczekiwaniami ich odbiorców. Uczestnictwo w Programie w wysokim stopniu przyczyniło się do zwiększenia świadomości nt. konieczności podejmowania działań zapobiegających chorobom odkleszczowym. Potwierdzeniem są wyniki badań ankietowych, wywiady z beneficjentami i ekspertami.

Czy poszczególne programy polityki zdrowotnej odpowiadały na potrzeby grup docelowych, czy spełniły oczekiwania odbiorców wsparcia? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w poszczególnych programach polityki zdrowotnej okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że RPPZ spełnił oczekiwania odbiorców wsparcia, związane z uczestnictwem w Programie. Wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w Programie okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów. Odpowiedzią na zmniejszenie ryzyka zachorowania na boreliozę i KZM były szczepienia p/KZM i edukacja nt. tego, jak uniknąć ukłucia przez kleszcza. Niemniej warto w tym miejscu podkreślić, że modyfikacji wymagają rozwiązania kierowane do kadry medycznej. Zaleca się, by instrumenty kierowane do wymienionej grupy docelowej, były elastyczne pod kątem czasu, miejsca i sposobu, w jaki można z nich skorzystać.

Czy istnieje potrzeba kontynuowania tego typu wsparcia w przyszłości? W jakich obszarach pomoc jest nadal niezbędna i konieczna?

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna. Problemy zidentyfikowane w diagnozie do RPPZ pozostają aktualne; zagrożenie ukłucia przez kleszcze w województwie podlaskim jest nadal wysokie. Istnieje zapotrzebowanie na bezpłatne szczepienia p/KZM i edukację zdrowotną.

Czy uczestnictwo w poszczególnych programach polityki zdrowotnej przyczyniło się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia?

Udział w Programie przyczynił się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych u większości uczestników wsparcia (59,8% ankietowanych odbiorców wsparcia, których udział w Programie był spowodowany problemem zdrowotnym, wskazało, że został on rozwiązany/zmniejszony).

Czy interwencja jest komplementarna z innymi działaniami podejmowanymi w ramach RPOWP w obszarze zdrowia? Jeśli tak, to w jaki sposób ten fakt wpłynął na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych?

Przedmiotowa interwencja jest komplementarna w stosunku do Poddziałania 8.4.1 Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Poddziałanie 8.4.1 ma na celu wsparcie infrastruktury m.in. w obszarze zdrowia, ukierunkowane na wzrost jakości świadczenia usług, ich dostępności oraz wzrost kompetencji kadr medycznych. Działania z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia, uzupełnione o inicjatywy w zakresie kształtowania prozdrowotnego stylu życia, z założenia, mają przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi. Wspólnym celem zarówno dla Działania 2.5, jak i Poddziałania 8.4.1 jest zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych oraz zmniejszenie zjawiska przerywania, czy całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej.

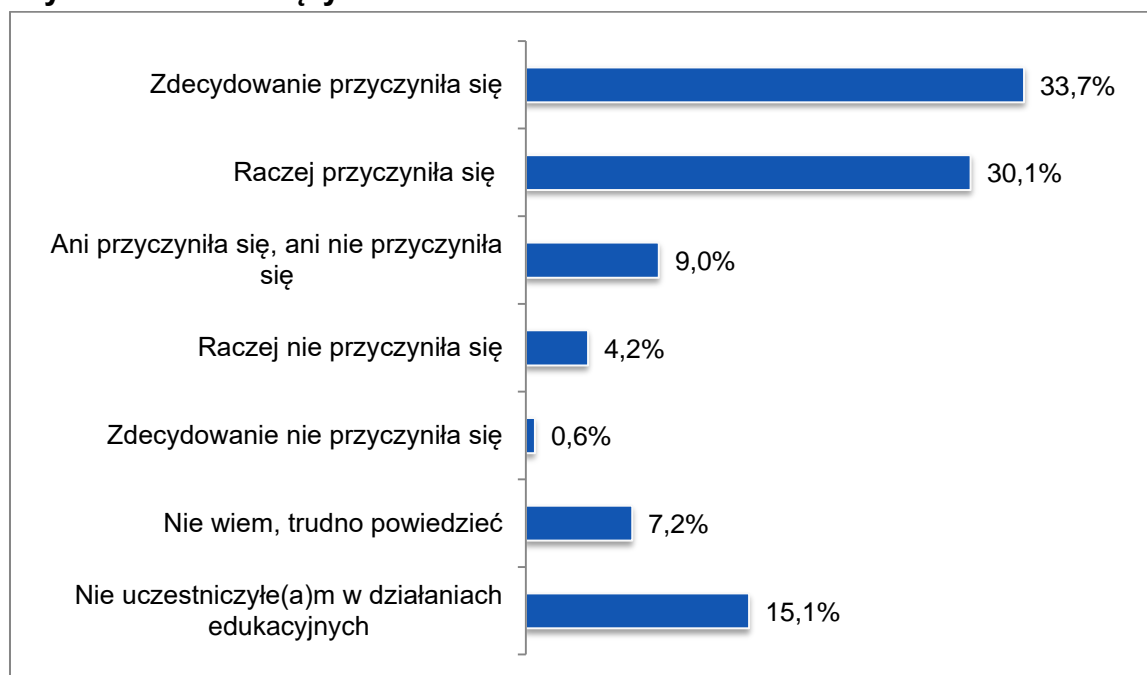
Prognozuje się, że podejmowane interwencje w ramach RPOWP w obszarze zdrowia będą miały pozytywny wpływ na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, dzięki utrzymaniu w zdrowiu mieszkańców województwa podlaskiego. Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych w ramach przedmiotowej interwencji nastąpiło poprzez dotarcie ze wsparciem dla osób zatrudnionych między innymi do ich miejsca pracy i zaoferowanie im usług zdrowotnych, uzupełniających względem finansowanych z NFZ.

Podrozdział 2.3. Ocena trwałości wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z trzecim celem szczegółowym badania, jakim była ocena trwałości wdrażania Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego.

Udzielający wywiadów beneficjent i ekspert wskazali, że nie można mówić o trwałych efektach wsparcia w sytuacji, gdy projekt nie został zakończony i nie zostało dokonane podsumowanie omawianego aspektu. Natomiast na identyfikację trwałych (utrzymujących się po zakończeniu realizacji Programu) efektów wsparcia pozwoliły wyniki badania ankietowego, w którym 75,2% uczestników Programu wskazało, że unika czynników szkodzących zdrowiu, wskutek pozyskanej wiedzy podczas udziału we wsparciu (dotyczy osób, które w ramach Programu uczestniczyły w działaniach edukacyjnych).

Wykres 23. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wiedza pozyskana podczas udziału we wsparciu spowodowała, że stara się Pan/Pani nie narażać na czynniki szkodzące zdrowiu?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu pojawiły się u 94,0% uczestników Programu. Są to: dokładne sprawdzanie, czy kleszcz nie wszczepił się w ciało (68,7%); dokładne zakrywanie ciała podczas przebywania w miejscach, gdzie mogą występować kleszcze (44,6%); stosowanie środków odstrasżających kleszcze (44,0%); szczepienie przeciw KZM (43,4%); badania profilaktyczne (27,7%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (25,3%); sprawdzanie ubrań i pozostawianie ich w innym pomieszczeniu (0,6%); sprawdzanie u lekarza, czy nie wszczepił się kleszcz (0,6%); plany przyjęcia 4 dawki szczepionki (0,6%).

Wykres 24. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania 1. „Jakie działania profilaktyczne, w wyniku uczestniczenia w Programie, Pan/Pani podejmuje obecnie, a których wcześniej nie podejmował/a?” N=166 oraz 2. „Dlaczego nie podejmuje Pan/Pani żadnych działań związanych z zapobieganiem zachorowaniu na choroby odkleszczowe?” N=10. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wskazywane przyczyny niepodejmowania działań profilaktycznych, będących efektem udziału we wsparciu to: zbyt długi czas oczekiwania do lekarza specjalisty (1,2%); zbyt duża odległość do lekarza specjalisty (0,6%) i do laboratorium (0,6%); konieczność poniesienia opłat za wizytę u lekarza (0,6%); płatne badanie profilaktyczne (0,6%); dobre samopoczucie (0,6%); zamieszkanie w lesie (0,6%); niska wiara w skuteczność w szczepienia (0,6%) i odpowiedzi „nie wiem” (1,2%).

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że ze względu na obecność działań edukacyjno-informacyjnych w projekcie wzrósł poziom wiedzy uczestników w obszarze będącym przedmiotem wsparcia. Większość ankietowanych w ramach CATI/CAWI przyznała, że dzięki skorzystaniu ze wsparcia poszerzyła się ich wiedza na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby odkleszczowe (78,3%) oraz nt. tego, co należy robić aby uniknąć zachorowania na choroby odkleszczowe (81,4%).

Wykres 25. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby odkleszczowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy dzięki skorzystaniu ze wsparcia, poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat tego jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby odkleszczowe?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Wykres 26. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób odkleszczowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy w wyniku skorzystania ze wsparcia wzrósł Pana/Pani poziom wiedzy o tym, co należy robić, aby uniknąć zachorowania na choroby odkleszczowe?” przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych w ramach badania CAWI/CATI, N=166.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie trwałości wdrażania Programu.

Jak należy ocenić trwałość interwencji poszczególnych programów polityki zdrowotnej w odniesieniu do poprawy, zachowania aktywności zawodowej wśród uczestników programów zdrowotnych oraz poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych? Czy udzielona pomoc była doraźna, czy długotrwała?

Program pozwalał na doraźne zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych, poprzez dotarcie ze wsparciem (pełny cykl bezpłatnych szczepień p/KZM) do osób pracujących w rolnictwie. Ze względu na udowodnioną skuteczność szczepień p/KZM stwierdza się, że wsparcie przyniesie długotrwały efekt w postaci wydłużenia wieku aktywności zawodowej poprzez zachowanie dobrego stanu zdrowia. W najmniejszym stopniu, do zapewnienia trwałych efektów może przyczynić się edukacja zdrowotna ze względu na ryzyko braku utrwalenia przyswojonych informacji przez podmioty gospodarcze i osoby pracujące.

Jakie zaobserwowano trwałe (utrzymujące się po zakończeniu realizacji wsparcia) efekty wsparcia wdrażanego w ramach programów polityki zdrowotnej?

Do zaobserwowanych trwałych efektów wsparcia wdrażanego w ramach RPPZ należą: zmniejszenie ryzyka zachorowania na choroby odkleszczowe wskutek przyjęcia szczepień p/KZM, podniesienie poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób odkleszczowych wśród osób pracujących i kadry medycznej w województwie podlaskim, świadome unikanie czynników szkodzących zdrowiu przez zdecydowaną większość uczestników Programu (75,2% ankietowanych, biorących udział w działaniach edukacyjnych).

Czy uczestnictwo w programie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych uczestników projektów, np. czy u uczestników objętych programami polityki zdrowotnej ukształtował się trwały nawyk wykonywania badań profilaktycznych/kontrolnych, poddawania się rehabilitacji, czy podejmowania innych działań prozdrowotnych? Jeśli tak, to jakich? Jeżeli nie, to dlaczego? Jakich elementów/działań w realizowanych programach polityki zdrowotnej zabrakło?

U zdecydowanej większości (94,0%) uczestników projektu zaobserwowano trwałą zmianę zachowań w postaci podejmowania działań profilaktycznych, między innymi takich jak: dokładne sprawdzanie, czy kleszcz nie wszczepił się w ciało (68,7%); dokładne zakrywanie ciała podczas przebywania w miejscach, gdzie mogą występować kleszcze (44,6%); stosowanie środków odstraszających kleszcze (44,0%); szczepienie przeciw KZM (43,4%); badania profilaktyczne (27,7%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (25,3%).

Analiza wyników badań nie doprowadziła do identyfikacji działań, których brak w Programie można by uznać za dotkliwy z punktu widzenia celu głównego RPPZ i którejkolwiek grup interesariuszy. Niemniej pojawiały się oczekiwania maksymalnego dostosowania form wsparcia do dyspozycyjności i preferencji uczestników oraz rozszerzenia kryteriów dostępu.

Na ile działania podjęte w programie polityki zdrowotnej podniosły wiedzę uczestników, np. personelu medycznego, mieszkańców, w danym obszarze wsparcia?

Działania podjęte w RPPZ w wysokim stopniu przyczyniły się do zwiększenia poziomu wiedzy odbiorców wsparcia, między innymi nt. czynników zwiększających ryzyko zachorowania na choroby odkleszczowe oraz nt. tego, co należy robić, aby uniknąć zachorowania na choroby odkleszczowe oraz do wdrożenia profilaktyki chorób odkleszczowych w życiu codziennym.

Rozdział 3. Ocena Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego

Podrozdział 3.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z pierwszym celem szczegółowym badania, jakim była ocena skuteczności wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego.

Stan realizacji Programu

Głównym celem Programu było wzmocnienie potencjału w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami co najmniej 25% osób pracujących w województwie podlaskim zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, do końca 2020 roku.

Cel główny miał zostać zrealizowany przez niżej wymienione cele szczegółowe:

- Cel 1: Poprawa umiejętności kadry zarządzającej co najmniej 25% podmiotów gospodarczych/pracodawców włączonych do Programu w zakresie zarządzania i wprowadzania rozwiązań organizacyjnych zapobiegających rozwojowi czynników stresogennych w miejscu pracy oraz sytuacji kryzysowych do końca 2020 roku (poziom zakładu pracy).

Narzędzia realizacji celu 1, to:

- Warsztaty grupowe dla kadry zarządzającej.
- Cel 2: Wyposażenie personelu medycznego, co najmniej 30% podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych jednostek służby medycyny pracy w umiejętności diagnostyczne i narzędzia pomiaru ułatwiające szybką i skuteczną diagnostykę przesiewową pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi lub z ryzykiem rozwinięcia takich zaburzeń do końca 2018 roku (poziom POZ i podstawowych jednostek służby medycyny pracy).

Narzędzia realizacji celu 2, to:

- Szkolenia dla lekarzy POZ i jednostek medycyny pracy;
 - Szkolenia dla pielęgniarek;
 - Rekrutacja pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi przez lekarzy POZ i jednostek medycyny pracy;
 - Udzielanie porad edukacyjnych przez pielęgniarki POZ.
- Cel 3: Wzmocnienie wiedzy, umiejętności oraz wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami osób pracujących zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u co najmniej 25% osób pracujących włączonych do Programu do końca 2020 roku (poziom zakładu pracy oraz poziom POZ i podstawowych jednostek służby medycyny pracy).

Narzędzia realizacji celu 3, to:

- Warsztaty grupowe dla osób pracujących;
 - E-diagnozy dla osób pracujących;
 - E-konsultacje psychologiczne i psychiatryczne dla osób pracujących;
 - Konsultacje z poradą edukacyjną w Centralnym Ośrodku Profilaktyki Nerwic;
 - Działania informacyjne (poinformowanie osób, które będą wymagały dalszego leczenia wykraczającego poza ofertę Programu o dostępnej opiece specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych lub przekierowanie do Ogólnopolskiego Programu wczesnej identyfikacji depresji).
- Cel 4: Podniesienie poziomu wiedzy o pomocy dostępnej dla osób zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u co najmniej 25% osób pracujących włączonych do Programu do końca 2020 roku (poziom zakładu pracy oraz poziom POZ i podstawowych jednostek służby medycyny pracy).

Narzędzia realizacji celu 4, to:

- Udostępnienie w ramach Platformy internetowej poradnika/informatora w wersji elektronicznej;
- Udostępnienie informatora w wersji papierowej pielęgniarkom POZ.

Program w wyniku konkursu został powierzony do realizacji jednemu beneficjentowi⁵¹ NZOZ „MD Care” sp. z o.o., który wraz z partnerem – NZOZ POZ J. Malinowski, J. Lubecki, M. Romanowicz, M. Stojak sp. cywilna realizował w okresie od 01.12.2019 roku do 30.06.2023 roku projekt pod nazwą „Profilaktyka zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego”.

Projekt wpisywał się w RPOWP 2014-2020, w typ projektu (4) Realizacja programów dotyczących przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujących do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia, wspierających osoby w decyzji o pozostaniu aktywnym społecznie i zawodowo, w tym poprzez umożliwienie przekwalifikowania pracownika i umożliwienie mu wykonywania pracy bez narażenia na czynniki zagrażające zdrowiu; dostosowywanie warunków pracy do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w ramach Działania 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, Osi Priorytetowej II Przedsiębiorczość i aktywne starzenie się, Priorytet inwestycyjny 8vi Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego oraz promowanie równości wynagrodzeń za taką samą pracę.

W projekcie zaplanowano poniższe zadania:

- Utworzenie Platformy Internetowej;
- Utworzenie Centralnego Ośrodka Profilaktyki Nerwic;
- Szkolenie lekarzy specjalistów, lekarzy POZ i lekarzy Medycyny Pracy;
- Szkolenie pielęgniarek POZ;
- Szkolenie kadry kierowniczej;
- Szkolenie pracowników z zakładów pracy;
- Konferencję edukacyjno-informacyjną skierowaną do pracodawców;
- Badania screeningowe.

Wartość interwencji w ramach RPPZ wyceniono na 8 197 334,0 zł, a w ramach wniosku o dofinansowanie wskazano kwotę 473 980,1 zł.

⁵¹ Beneficjent, który został wyłoniony jako pierwszy i jednocześnie był współautorem RPPZ zrezygnował z podpisania umowy na realizację projektu.

Tabela 21. Wartości poszczególnych działań przewidzianych w Programie i wskazanych we wniosku o dofinansowanie projektu realizującego Program

Lp.	Nazwa kosztu	Program	Projekt
1	Utworzenie i funkcjonowanie COPN	1 932 000,0	192 350,0
2	Utworzenie i funkcjonowanie Platformy Internetowej	313 000,0	0,0
3	Działania edukacyjno-informacyjne	189 334,0	-
4	Szkolenia kadry medycznej	523 000,0	91 126,0
5	E-diagnozy i porady edukacyjne realizowane na poziomie POZ i jednostek medycyny pracy	1 400 000,0	65 250,0 ⁵²
6	Edukacja osób pracujących	3 840 000,0	82 165,0
7	Koszty pośrednie	-	43 089,1
Razem		8 197 334,0	473 980,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie wniosku o dofinansowanie i RPPZ.

Z dokumentacji projektowej i diad z beneficjentem wynika, że został wdrożony program zdrowotny, ale pozostałe wskaźniki nie zostały osiągnięte. Wsparciem w Programie objęto zaledwie 226 osób z planowanych 30 640 osób. Przeszkolono 4 lekarzy specjalistów (z zakładanych 6) i 6 lekarzy POZ i medycyny pracy (z zakładanych 342). Zrezygnowano ze szkolenia pielęgniarek. Nie utworzono Platformy Internetowej z serwisem.

Tabela 22. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego

Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Wskaźnik osiągnięć
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	30 640	226	0,7%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	30 000	216	0,7%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	18 400	216	1,17%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	1	1	100,0%
Liczba lekarzy specjalistów objętych szkoleniami	6	4	66,7%
Liczba lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy objętych szkoleniem	342	6	1,8%
Liczba osób objętych badaniami screeningowymi	30 000	216	0,7%
Liczba pielęgniarek POZ objętych szkoleniem	292	0 ⁵³	0,0%
Liczba pracowników wraz z kadłą kierowniczą objętych szkoleniem	16 740	Brak danych	0,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej oraz diady z beneficjentem.

Program wpisywał się w założenia Działania 2.5, w OP II, PI 8vi, co było mierzone wskaźnikiem „Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”.

⁵² Nazwa kosztu we WoD to „badania screeningowe”.

⁵³ Zrezygnowano z realizacji wsparcia w postaci szkolenia dla pielęgniarek.

Wartość docelowa ww. wskaźnika w RPOWP 2014-2020 została ustalona na 3 705 osób, natomiast w RPPZ na 56 420⁵⁴. W projekcie wsparciem objęto 226 osób, co stanowi 0,4% wartości założonej w RPPZ i 6,1% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020, co oznacza, że nie został osiągnięty cel nadrzędny interwencji, czyli przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym. Zakładane rezultaty w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa podlaskiego nie zostały osiągnięte ze względu na brak objęcia programem zdrowotnym zakładanej liczby osób.

Informacja nt. stopnia osiągnięcia założonych rezultatów Programu, takich jak:

- Wyposażenie personelu medycznego, co najmniej 30% podmiotów podstawowej opieki zdrowotnej oraz podstawowych jednostek służby medycyny pracy w umiejętności diagnostyczne i narzędzia pomiaru ułatwiające szybką i skuteczną diagnozę przesiewową pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi lub z ryzykiem rozwinięcia takich zaburzeń;
- Wzmocnienie wiedzy, umiejętności oraz wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami osób pracujących zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną, u co najmniej 25% osób pracujących włączonych do programu do końca 2023;
- Poprawa umiejętności kadry zarządzającej co najmniej 25% podmiotów gospodarczych/zakładów pracy włączonych do programu w zakresie zarządzania i wprowadzania rozwiązań organizacyjnych zapobiegających rozwojowi czynników stresogennych w miejscu pracy oraz sytuacji kryzysowych do końca 2023 roku

nie jest jeszcze dostępna ze względu na brak „Raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej” przygotowywanego na wzorze udostępnionym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Beneficjent wskazał, że nie posiada informacji nt. osiągniętej wartości ww. wskaźników.

Przebieg wdrażania Programu

Do udziału w Programie zapraszano listownie, mailowo podmioty gospodarcze, przedstawiciele stowarzyszeń pracodawców i przedstawiciele związków zawodowych, przedstawiciele kadry zarządzającej, przedstawiciele POZ i jednostek medycyny pracy. Ponadto rozwieszano informację o Programie w zakładach pracy, POZ i

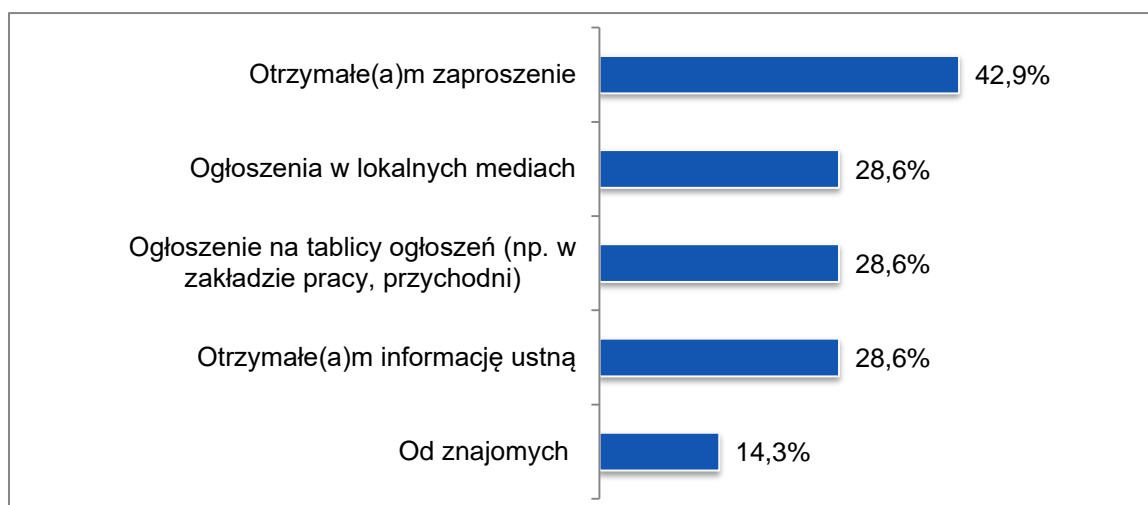
⁵⁴ Na podstawie obliczeń własnych. W RPPZ wskazano, że celem jest wzmocnienie potencjału w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami co najmniej 25% osób pracujących w województwie podlaskim zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną. Wielkość opisanej populacji to 225 680 osób, więc 25% stanowi 56 420 osób.

jednostkach medycyny pracy. Prowadzono również zorganizowaną akcję informacyjno-edukacyjną w prasie, radiu, telewizji i Internecie.

Niestety pomimo zastosowanych zróżnicowanych kanałów rekrutacji, beneficjent przyznał, że okazała się ona mało skuteczna. Do Programu zrekrutowano 226 uczestników, z zakładanych 30 640. Zdaniem eksperta działania dotyczące rekrutacji zostały prawidłowo zaplanowane w RPPZ, a jedną z przyczyn problemów z pozyskaniem uczestników do Programu, mógł być zakres działań oferowanych w projekcie. Potencjalni uczestnicy mogli nie być zainteresowani otrzymaniem wsparcia w formie grupowej. Jak domniemywał ekspert, bardziej atrakcyjne dla osób pracujących, zagrożonych zaburzeniami nerwicowymi, mogłyby być indywidualne spotkania z terapeutą/terapią. Jednak taki zakres wsparcia nie był przewidziany w Programie, o charakterze prewencyjnym/profilaktycznym.

Ankietowani uczestnicy Programu o wsparciu dowiedzieli się z otrzymanego zaproszenia (42,9%), ogłoszenia w mediach (28,6%), ogłoszenia na tablicy ogłoszeń w pracy lub w przychodni (28,6%), z informacji przekazanych im ustnie (28,6%) lub od znajomych (14,3%).

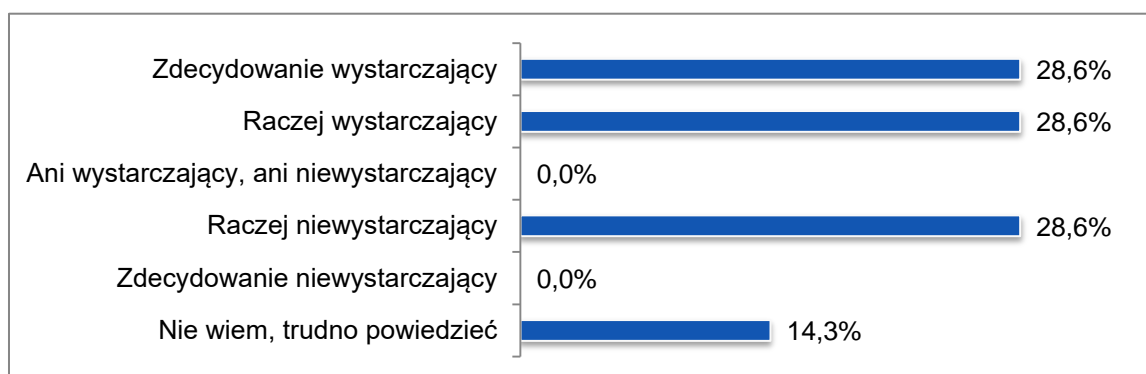
Wykres 27. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o wsparciu, z którego Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Większość ankietowanych (57,2%) uznała, że sposób informowania o Programie był wystarczający.

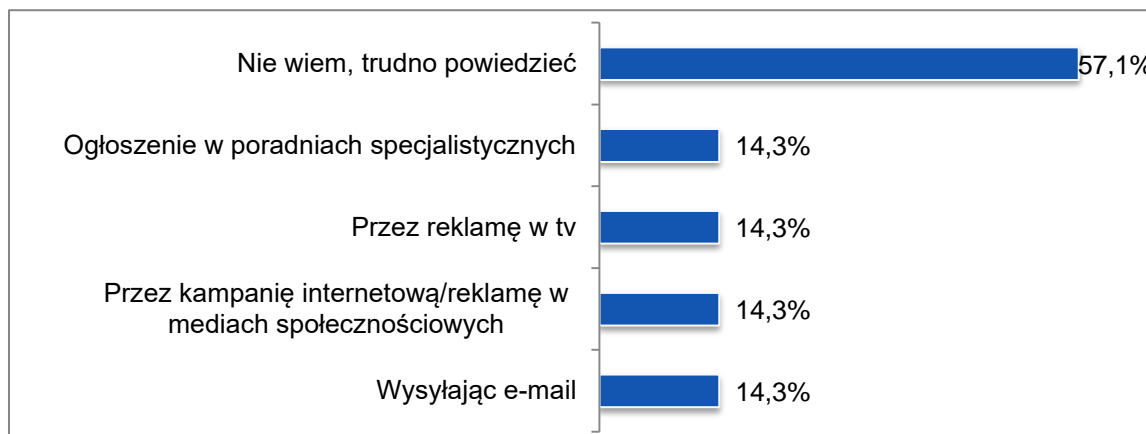
Wykres 28. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem sposób informowania o możliwości uzyskania wsparcia był wystarczający?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Najwięcej badanych osób (57,1%) nie potrafiło wskazać, jak jeszcze skuteczniej można by docierać z informacjami o oferowanym wsparciu. Pozostali odpowiadali, że przez ogłoszenie w poradniach specjalistycznych (14,3%); reklamę w TV (14,3%); przez kampanię internetową/reklamę w mediach społecznościowych (14,3%) lub wysyłając maile (14,3%).

Wykres 29. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych

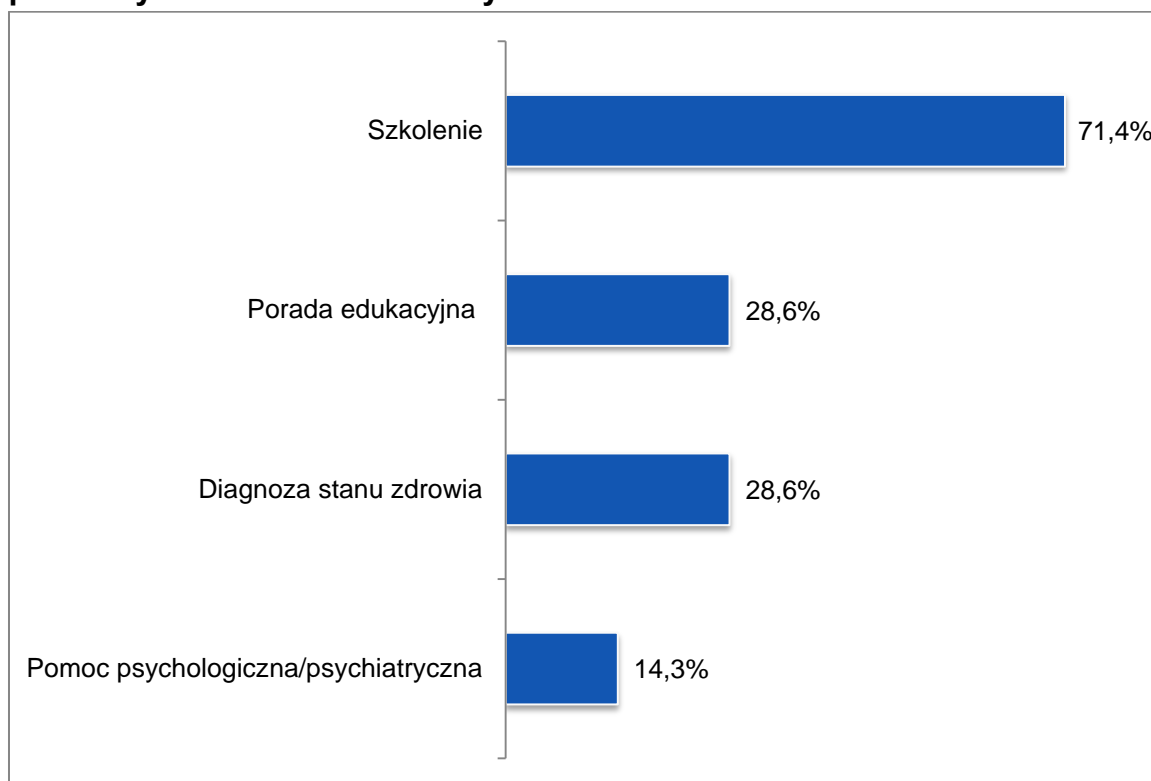


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób Pana/Pani zdaniem można by skuteczniej docierać z informacjami o oferowanym wsparciu?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

W opinii beneficjenta najbardziej skutecznymi narzędziami wsparcia w ramach Programu były szkolenia lekarzy, ponieważ nabytą wiedzę w zakresie profilaktyki zaburzeń nerwicowych wykorzystują następnie podczas kontaktu z osobami pracującymi. Za najmniej skuteczne uznano przeszkolenie pielęgniarek, ponieważ nie mają one możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy z pacjentem. Zdaniem eksperta za najbardziej skuteczne należałoby uznać konsultacje osób pracujących z psychologiem.

W ramach ankiety CAWI/CATI badani byli uczestnicy Programu (łącznie 7 osób), którzy skorzystali ze szkoleń (71,4%); porady edukacyjnej (28,6%); diagnozy stanu zdrowia (28,6%) oraz pomocy psychologicznej/psychiatrycznej (14,3%).

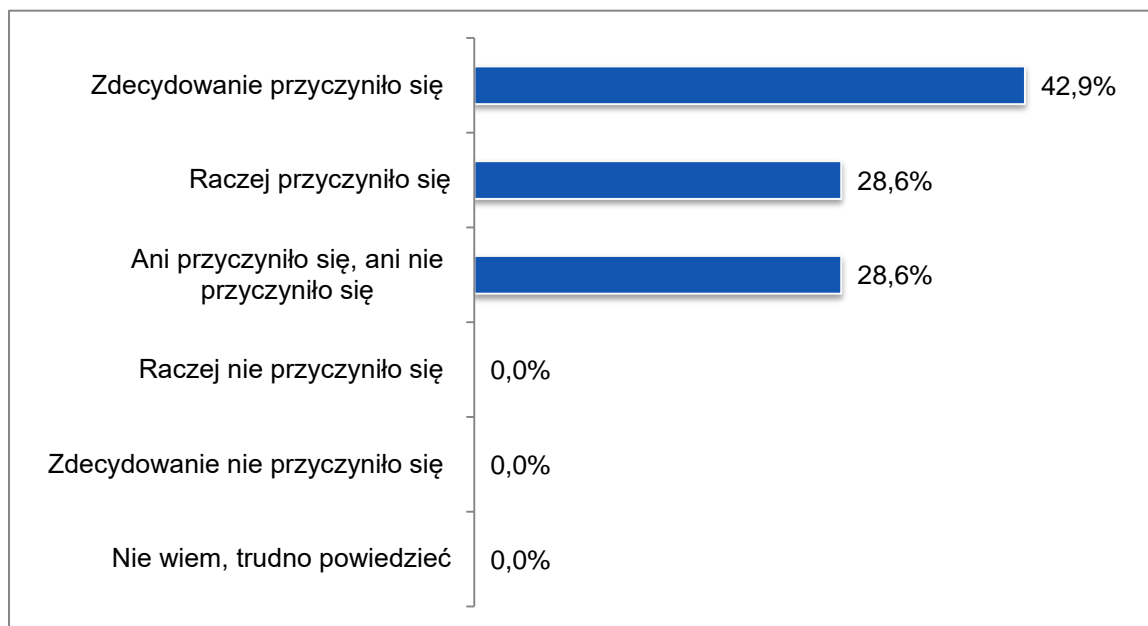
Wykres 30. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7%. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

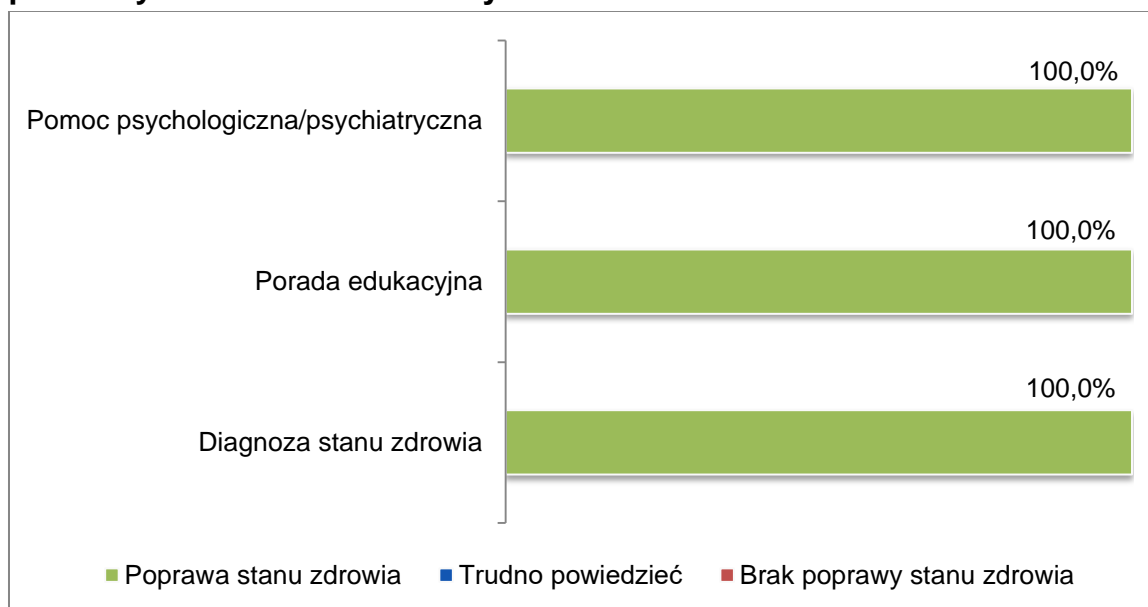
O skuteczności zastosowanych narzędzi świadczy fakt, że udział w Programie przyczynił się do poprawy stanu zdrowia wszystkich uczestników, którzy skorzystali z pomocy psychologicznej/psychiatrycznej (1 osoba); porady edukacyjnej (2 osoby) i diagnozy stanu zdrowia (2 osoby). Łącznie 71,5% ankietowanych (5 z 7 osób) wskazało na poprawę stanu zdrowia w wyniku uczestnictwa w Programie.

Wykres 31. Ocena wpływu wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy Pani/Panu stanu zdrowia?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Wykres 32. Wpływ wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” N=7 oraz „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy Pana/Pani stanu zdrowia?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Analiza dokumentacji projektowej, diad z beneficjentami i IDI z ekspertem, pozwoliła na identyfikację problemów i czynników utrudniających realizację projektu w ramach Programu.

Jako pierwszy należy wskazać czas realizacji projektu w czasie pandemii COVID-19, co skutkowało osłabieniem możliwości dotarcia do firm i organizowania warsztatów na terenie zakładów pracy. Jednym z pomysłów na zwiększenie zainteresowania uczestników warsztatami w okresie pandemii była zmiana formy na e-learning z udostępnieniem tabletek do uczestniczenia w warsztatach. Jednak nie uzyskano zgody na tego typu modyfikację w projekcie. Pandemia miała negatywny wpływ na osiągnięcie celu głównego RPPZ i założonych wskaźników.

Drugim utrudnieniem w realizacji projektu był kilkakrotnie zaniżony koszt utworzenia i funkcjonowania Platformy Internetowej wraz z serwisem, wyceniony w RPPZ na 313 000,0 zł, podczas gdy potencjalni Wykonawcy oczekiwali znacznie wyższej kwoty. Problemu nie można było rozwiązać, ponieważ nie istniała możliwość zwiększenia dofinansowania. Zaistniała sytuacja skutkowała brakiem realizacji zadania w projekcie.

Jako trzeci problem należy wskazać trudności z osiągnięciem zakładanych wielkości grup docelowych. Osoby pracujące do udziału w RPPZ zniechęcała procedura rekrutacji, w ramach której należało wypełnić długie testy wymagające podania bardzo osobistych informacji w powiązaniu z dużą ilością danych osobowych. Problemu nie udało się uniknąć, ani rozwiązać, ponieważ sposób rekrutacji musiał być zgodny z założeniami RPPZ. Brak zrekrutowania zakładanej liczby uczestników projektu, uniemożliwił osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów. Natomiast wśród lekarzy POZ i jednostek medycyny pracy odnotowano trudny do uzasadnienia brak zainteresowania szkoleniami. Odbyło się tylko jedno szkolenie dla 6 lekarzy. Jednym z zastosowanych rozwiązań było zmniejszenie liczby godzin szkoleń. Problemu nie udało się rozwiązać, ponieważ nie wypracowano rozwiązań, skutecznie zachęcających do udziału lekarzy POZ i jednostek medycyny pracy w szkoleniach. Problem miał negatywny wpływ na osiągnięcie wskaźnika liczby lekarzy POZ i lekarzy medycyny pracy objętych szkoleniem w ramach celu szczegółowego 2.

Czwartym czynnikiem oddziałującym negatywnie była niewłaściwie zaplanowana forma wsparcia. Tematyka warsztatów dotycząca osobistych sfer uczestników, omawiana była w formie grupowej, na terenie zakładu pracy. Ponadto zniechęcająca była forma zakończenia projektu w postaci udzielania konsultacji i jedynie podania informacji, gdzie można skorzystać z dalszej pomocy (bez możliwości zaoferowania wsparcia w ramach terapii). Problemu nie udało się uniknąć, ani rozwiązać, ponieważ forma wsparcia została uregulowana w RPPZ, z którym projekt musiał być zgodny.

Piątym utrudnieniem był brak zainteresowania lekarzy udziałem w Programie, ze względu na niską konkurencyjność oferowanych stawek. Wycena dokonana w Programie, była nieaktualna w czasie realizacji projektu (koszt e-diagnozy z poradą edukacyjną wykonywaną przez lekarza wyceniono na 50 zł). Problemu nie udało się

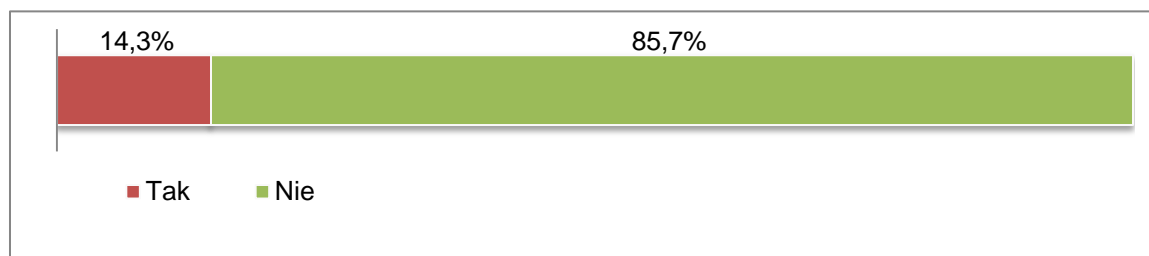
rozwiązać, ponieważ zwiększenie dofinansowania nie było możliwe. Problem miał negatywny wpływ na osiągnięcie celu, ponieważ utrudniał rekrutację osób pracujących do RPPZ poprzez jeden z zakładanych kanałów, jakim mieli być lekarze POZ.

Inne problemy, których nie udało się rozwiązać, ponieważ wynikały z konieczności zachowania zgodności projektu z RPPZ, to niechęć do uczestniczenia w warsztatach grupowych przez pracowników zachęcanych do udziału w projekcie przez pracodawcę; ograniczające kryteria dostępu do skorzystania z wybranych form wsparcia przez wszystkich zainteresowanych; niemożność zaoferowania uczestnikom indywidualnych spotkań z terapeutą/terapii. Wskazane problemy nie miały wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ponieważ dotyczyły osób wcześniej zrekrutowanych.

W ramach badania ankietowego uczestników Programu zapytano o czynniki zniechęcające do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie, a także podczas jego realizacji.

Większość (85,7%) badanych wskazało, że nie wystąpiły czynniki zniechęcające na etapie podejmowania decyzji o udziale we wsparciu.

Wykres 33. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych

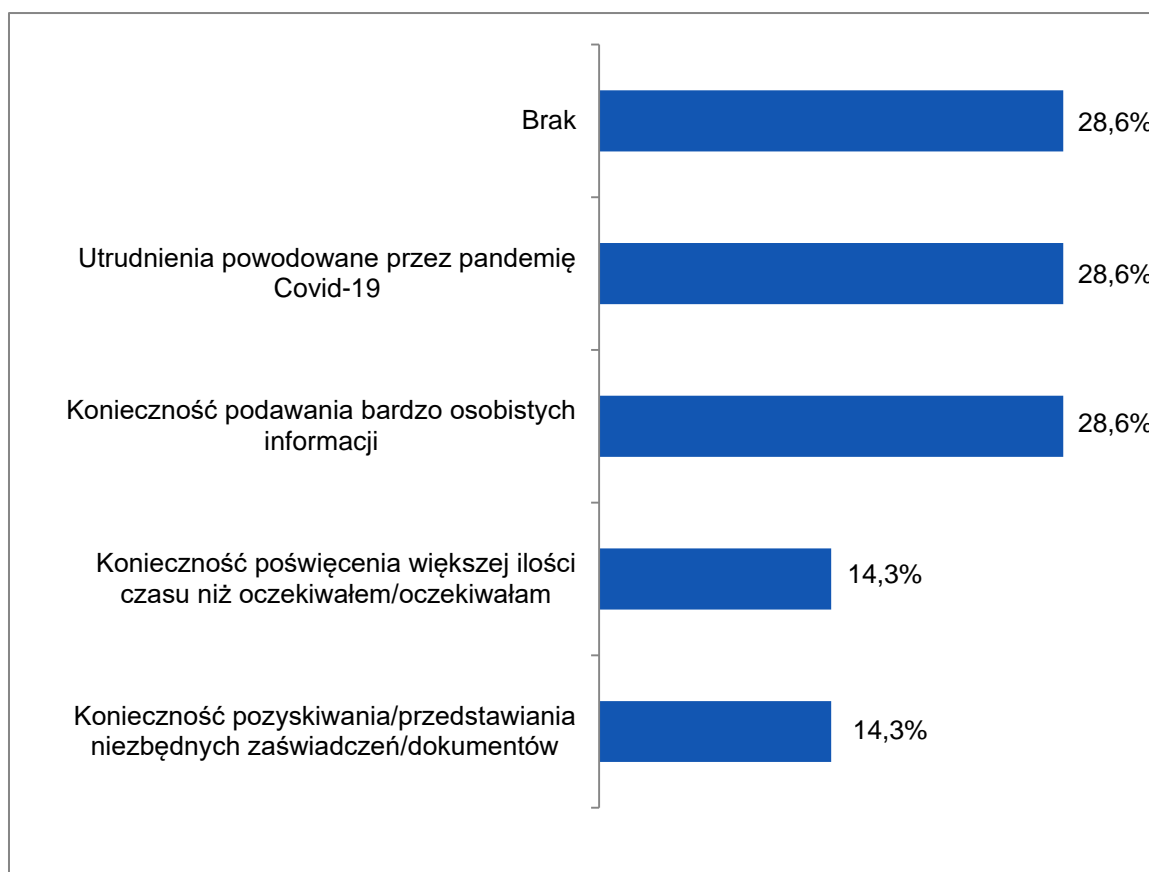


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: 1. „Czy podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia, pojawiały się czynniki, które zniechęcały Pana/Panią do udziału we wsparciu?” N=7 oraz 2. „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały lub utrudniały podjęcie decyzji o skorzystaniu ze wsparcia?” N=1. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Wśród czynników zniechęcających do udziału w Programie wymieniano: konieczność podawania bardzo osobistych informacji (14,3%); obawę przed poznaniem stanu zdrowia przez pracodawcę (14,3%) i szkolenia grupowe powodujące dyskomfort przy omawianiu problemów zdrowotnych (14,3%).

Spośród ankietowanych, 28,6% nie wymieniło żadnego czynnika zniechęcającego do udziału w Programie, już po jego rozpoczęciu. Pozostali najczęściej wymieniali: utrudnienia powodowane przez pandemię COVID-19 (28,6%); konieczność podawania bardzo osobistych informacji (28,6%); konieczność poświęcenia większej ilości czasu niż oczekiwali (14,3%) oraz konieczność pozyskiwania/przedstawiania niezbędnych zaświadczeń/dokumentów (14,3%).

Wykres 34. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały Pana/Panią do korzystania ze wsparcia już podczas jego realizacji?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najbardziej uciążliwym problemem był dla ankietowanych długi czas oczekiwania na wyniki ankiety diagnostycznej, brak indywidualnego podejścia i zaleceń do dalszego postępowania (14,3%). Pozostałe dwa problemy, które wystąpiły, ale zostały uznane za mało uciążliwe, to: konieczność korzystania ze wsparcia w sposób zdalny z powodu pandemii COVID-19 oraz czas realizacji wsparcia kolidującym z pracą i innymi obowiązkami uczestników.

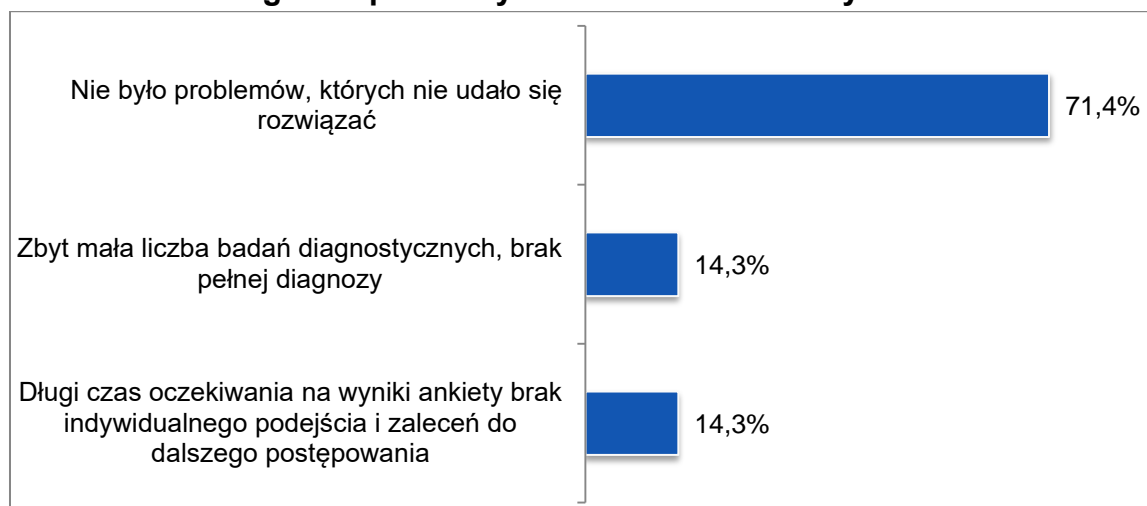
Wykres 35. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać problemy, które wystąpiły podczas korzystania przez Pana/Panią ze wsparcia i ocenić, jak bardzo były dla Pana/Pani uciążliwe” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Badani w większości (71,4%) stwierdzili, że nie było problemów, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie uznali zbyt małą liczbę badań diagnostycznych, brak pełnej diagnozy (14,3%) oraz długi czas oczekiwania na wyniki ankiety diagnostycznej, brak indywidualnego podejścia i zaleceń do dalszego postępowania (14,3%).

Wykres 36. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać wszystkie problemy, których nie udało się rozwiązać, i jaki był tego powód?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Propozycje zmian w Programie

Wśród propozycji zmian do analogicznego Programu w przyszłości, zgłaszanych przez autora RPPZ i beneficjenta znalazły się:

- Dostępność dla wszystkich grup wiekowych do wszystkich form wsparcia oferowanych osobom pracującym (zgodnie z założeniami osoby w wieku 20-39 lat kierowane były na warsztaty grupowe, a w wieku 40-64 lat na konsultacje psychologiczne);
- Zniesienie wymogu dostępności wsparcia tylko dla zakładów zatrudniających 10 osób i więcej – wymóg był trudny do weryfikacji przez beneficjenta;
- Zwiększenie budżetu na utworzenie Platformy Internetowej wraz z serwisem;
- Zaniechanie rekrutacji osób pracujących poprzez zakład pracy;
- Zrezygnowanie ze stosowania szczegółowych ankiet diagnostycznych na etapie rekrutacji do Programu;
- Zawężenie podawania danych osobowych, np. tylko do numeru PESEL;
- Zdecydowane zmniejszenie liczebności grup (RPPZ przewidywał wsparcie w grupach 55-65 osób);
- Zniesienie ograniczenia, że w szkoleniu może brać udział tylko 1 lekarz z 1 POZ;
- Zindywidualizowanie wsparcia do potrzeb uczestników Programu;
- Zwiększenie ilości prowadzonych działań promocyjnych (różnorodność była odpowiednia, ale częstotliwość np. spotów w projekcie zbyt niska).

Należy jednak zauważyć, że dotychczasowy kształt RPPZ zaważył o pozytywnej opinii AOTMiT, a w rezultacie o możliwości realizacji i wdrożenia RPPZ i zaistnienie zmian, których życzyliby sobie interesariusze, było niemożliwe w perspektywie 2014-2020.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie skuteczności wdrażania Programu.

Czy wdrażane programy polityki zdrowotnej osiągnęły zakładane cele, w tym określone wskaźniki? Czy realizowane programy zdrowotne wniosły wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych? Jakie były przyczyny ewentualnego niezrealizowania celów stawianych przed programami polityki zdrowotnej?

Ewaluacja wykazała, że nie został osiągnięty cel RPPZ, jak również określone wskaźniki. Przyczynami były między innymi występujące problemy, takie jak: czas realizacji projektu w czasie pandemii COVID-19, co skutkowało osłabieniem możliwości dotarcia do firm i organizowania warsztatów na terenie zakładów pracy;

procedura rekrutacji zniechęcająca do udziału w Programie osoby pracujące; niewłaściwie zaplanowana forma wsparcia - tematyka warsztatów dotycząca osobistych sfer uczestników, omawiana w formie grupowej, na terenie zakładu pracy; utrudniająca rekrutację ograniczenia wiekowe skutkujące dostępnością wybranych form wsparcia; zniechęcająca forma zakończenia projektu w postaci udzielania konsultacji i jedynie podania informacji, gdzie można skorzystać z dalszej pomocy (bez możliwości zaoferowania wsparcia w ramach terapii); kilkakrotnie zaniżony koszt utworzenia i funkcjonowania Platformy Internetowej wraz z serwisem, wyceniony w RPPZ; brak zainteresowania szkoleniem przez lekarzy POZ i jednostek medycyny pracy oraz brak zainteresowania lekarzy udziałem w Programie, ze względu na niekonkurencyjność oferowanych stawek.

RPPZ w niewielkim stopniu wniósł wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych poprzez dotarcie ze świadczeniami medycznymi i edukacją zdrowotną do 216 osób pracujących, zagrożonych rozwojem zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem.

W jakim stopniu poszczególne programy polityki zdrowotnej przyczyniły się do uzyskania rezultatów zakładanych w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego? Jakie były przyczyny nieosiągnięcia zakładanych rezultatów?

Rezultatem RPPZ w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego miało być objęcie 56 420⁵⁵ osób programem zdrowotnym dzięki EFS. W Programie wsparciem objęto 226 osób, co stanowi 0,4% wartości założonej w RPPZ i 6,1% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020 dla Działania 2.5, w OP II, PI 8vi. Przyczynami nieosiągnięcia zakładanych rezultatów były przede wszystkim zjawiska zewnętrzne, których nie dało się przewidzieć w momencie tworzenia założeń RPPZ. Mowa głównie o trudnościach z rekrutacją do Programu, na którą negatywny wpływ miały takie czynniki, jak: pozyskiwanie dużej ilości danych osobowych na potrzeby rekrutacji, wypełnianie długiej ankiety dotyczącej własnego stanu zdrowia w ramach procesu rekrutacji, niedostosowanie formy wsparcia do potencjalnych uczestników oczekujących wsparcia indywidualnego, nie grupowego oraz konieczność realizacji RPPZ w czasie trwania pandemii COVID-19. Poza tym założenia RPPZ w praktyce okazały się zbyt ambitne, szczególnie w odniesieniu do populacji objętej Programem i realizacji RPPZ w ramach jednego projektu w długiej perspektywie czasowej.

⁵⁵ Na podstawie obliczeń własnych. W RPPZ wskazano, że celem jest wzmocnienie potencjału w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami co najmniej 25% osób pracujących w województwie podlaskim zagrożonych wystąpieniem lub dotkniętych problemem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną. Wielkość opisanej populacji to 225 680 osób, więc 25% stanowi 56 420 osób.

Jakie problemy pojawiły się w trakcie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy udało się rozwiązać wszystkie problemy? Jeżeli nie, które problemy nie zostały rozwiązane i dlaczego? W jaki sposób wpłynęło to na realizację programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów?

Podczas realizacji RPPZ pojawiło się wiele trudności. Pierwszą z nich był problem ze zrekrutowaniem zakładanej liczby osób, ze względu na ograniczenia wywołane pandemią COVID-19 i niechęcią potencjalnych uczestników do podawania dużej ilości danych osobowych i wypełniania długiej ankiety dotyczącej własnego stanu zdrowia w ramach procesu rekrutacji. Dodatkowo potencjalnych uczestników zniechęcała forma wsparcia, w przypadku osób pracujących – oferowanie wsparcia w formie grupowej; w przypadku kadry medycznej – brak elastyczności w dostosowaniu terminu i formy wsparcia (szkolenia) do ich dyspozycyjności. Omawiany problem miał negatywny wpływ na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ze względu na brak objęcia wsparciem docelowej liczby osób.

Drugim istotnym problemem, była nieadekwatność kosztów wskazanych w analizie ekonomicznej RPPZ, do tych, które obowiązywały w okresie realizacji projektu przez beneficjenta (np. koszt utworzenia Platformy Internetowej; koszt zaangażowania lekarzy w rekrutację uczestników). Problemu nie udało się rozwiązać, ponieważ nie było możliwe zwiększenie wartości dofinansowania. Zaistniała trudność uniemożliwiła realizację zadania w postaci utworzenia Platformy Internetowej.

Inne problemy, których nie udało się rozwiązać, ponieważ wynikały z konieczności zachowania zgodności projektu z RPPZ, to niechęć do uczestniczenia w warsztatach grupowych przez pracowników zachęcanych do udziału w projekcie przez pracodawcę; ograniczające kryteria dostępu do skorzystania z wybranych form wsparcia przez wszystkich zainteresowanych; niemożność zaoferowania uczestnikom indywidualnych spotkań z terapeutą/terapii. Wskazane problemy nie miały wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ponieważ dotyczyły osób wcześniej zrekrutowanych.

U większości (71,4%) ankietowanych uczestników projektów nie pojawiły się problemy, których nie udało się rozwiązać. W pozostałych, pojedynczych odpowiedziach wskazywano na: zbyt małą liczbę badań diagnostycznych, brak pełnej diagnozy oraz długi czas oczekiwania na wyniki ankiety diagnostycznej, brak indywidualnego podejścia i zaleceń do dalszego postępowania.

Jak należy ocenić skuteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Które z narzędzi okazały się najbardziej skuteczne, a które najmniej i dlaczego?

Najbardziej skutecznym narzędziem oferowanym w ramach RPPZ były szkolenia lekarzy, ponieważ medycy wykorzystują pozyskaną wiedzę podczas kontaktu z

pacjentami, wzmacniając potencjał osób pracujących w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami. Mniej skutecznym narzędziem były warsztaty grupowe dla osób pracujących, ponieważ uczestnicy oczekiwali wsparcia indywidualnego, w tym psychoterapii. Natomiast nieskutecznym narzędziem było szkolenie pielęgniarek, ze względu na fakt, że nie mają one możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy z pacjentem.

Jakie zmiany należałoby wprowadzić w założeniach poszczególnych programów polityki zdrowotnej, by poprawić ich skuteczność i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznych programów w przyszłości?

Aby poprawić skuteczność RPPZ i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznego Programu w przyszłości, należałoby przede wszystkim uprościć procedurę rekrutacji, poprzez ograniczenie ilości pozyskiwanych danych osobowych oraz skrócenie ankiety diagnostycznej. Wskazane jest również stosowanie możliwie elastycznych zapisów w RPPZ, pozostawiających pewną swobodę beneficjentowi w realizacji projektów, a jednocześnie pozwalających na uzyskanie pozytywnej opinii od AOTMiT. Należy unikać przydzielania do realizacji projektu nakierowanego na udzielanie wsparcia dużej grupie docelowej w długiej perspektywie czasowej – jednemu beneficjentowi. W odniesieniu do omawianego RPPZ wskazana jest realizacja projektów podzielonych terytorialnie (np. w ramach powiatu, kilku powiatów) lub tematycznie, ze względu na oferowany typ wsparcia. Przeprowadzona ewaluacja wskazuje, że realizacja kompleksowego, złożonego i długotrwałego projektu wiąże się z wystąpieniem większej liczby ryzyk, których kumulacja utrudnia osiągnięcie zakładanego celu głównego.

Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w programie polityki zdrowotnej były skuteczne?

Działania dotyczące rekrutacji były zróżnicowane i prowadzone wieloma kanałami. Zdaniem większości (57,2%) uczestników projektu sposób informowania o Programie był wystarczający. Jednak zidentyfikowane problemy z rekrutacją wymaganej liczby uczestników do Programu przyczyniły się do oceny, że działania dotyczące rekrutacji nie były w pełni skuteczne, między innymi ze względu na czynniki zewnętrzne (pandemia COVID-19) oraz zniechęcającą procedurę rekrutacji z punktu widzenia potencjalnych uczestników projektu, wymagającą poświęcenia znacznej ilości czasu i podania wielu osobistych informacji. Do zwiększenia skuteczności działań dotyczących rekrutacji przyczyniłoby się zwiększenie liczby kanałów dotarcia z informacjami (uwzględnienie np. mediów społecznościowych) i/lub zintensyfikowanie prowadzonych działań informacyjno-promocyjnych.

Podrozdział 3.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu

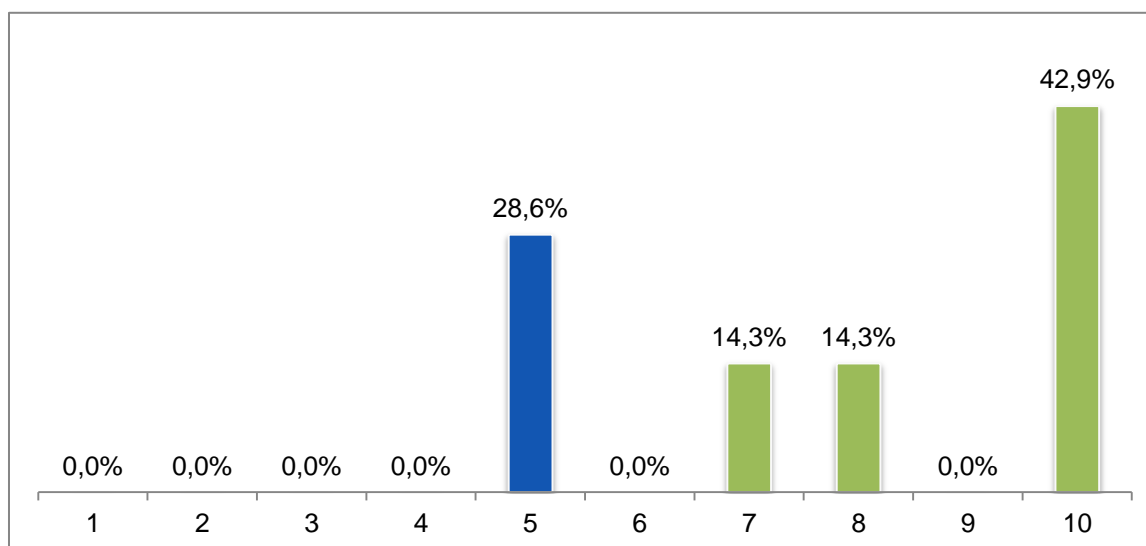
W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z drugim celem szczegółowym badania, jakim była ocena użyteczności wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego.

Zapotrzebowanie na wsparcie oferowane w Programie

Instrumenty przyjęte w Programie nie były w pełni adekwatną odpowiedzią na rozwiązanie problemów zidentyfikowanych w diagnozie do RPPZ. Zdaniem zarówno beneficjenta, jak i eksperta, osoby pracujące zagrożone zaburzeniami nerwicowymi oczekują bardzo indywidualnego podejścia, a nawet zapewnienia im psychoterapii (taki zakres wsparcia nie był możliwy w ramach przedmiotowego RPPZ). Tymczasem uczestnicy mogli zapoznać się z technikami radzenia sobie ze stresem, jedynie podczas warsztatów grupowych.

Niemniej ankietowani uczestnicy Programu (łącznie 7 osób) dość wysoko ocenili zgodność wsparcia ze swoimi oczekiwaniami (średnia ocena to 7,9 na 10 stopniowej w skali, gdzie 1 oznaczało całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność), co pozwala uznać, że wsparcie było dla nich użyteczne.

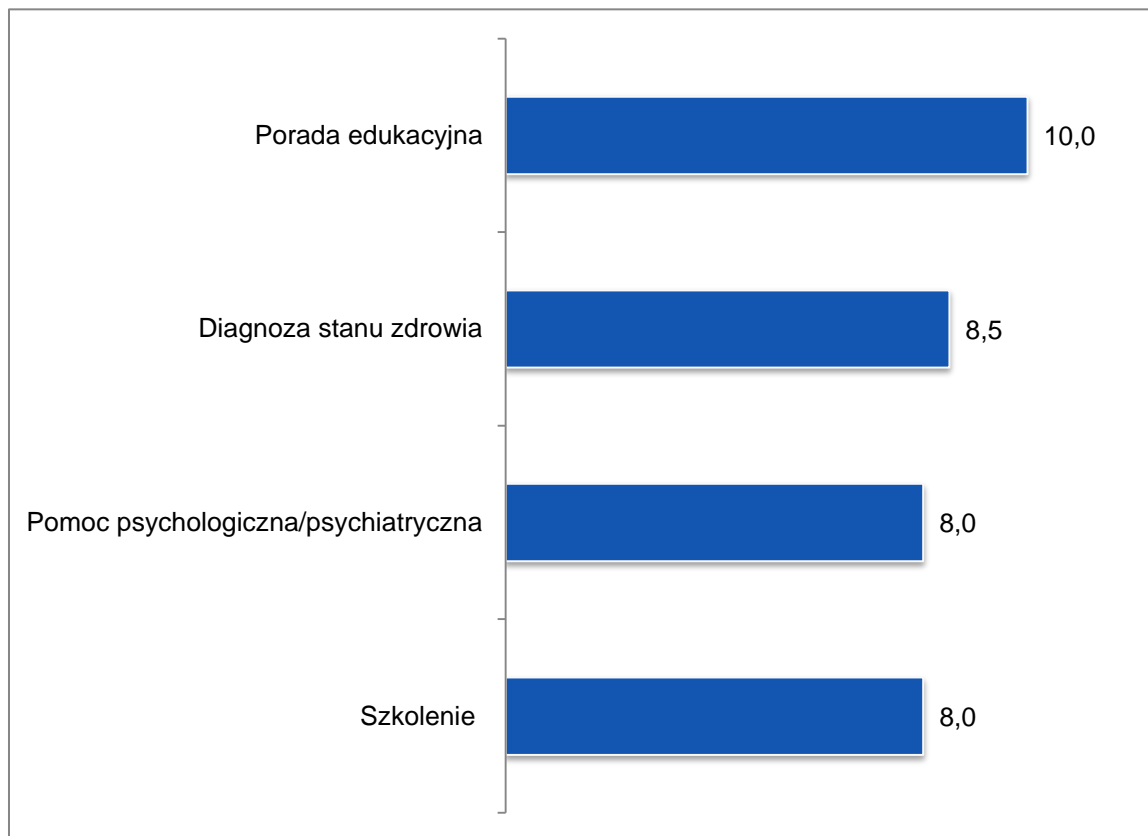
Wykres 37. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Wszystkie formy wsparcia, z których skorzystali ankietowani uczestnicy, w wysokim stopniu spełniły ich oczekiwania.

Wykres 38. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych, z ich oczekiwaniami

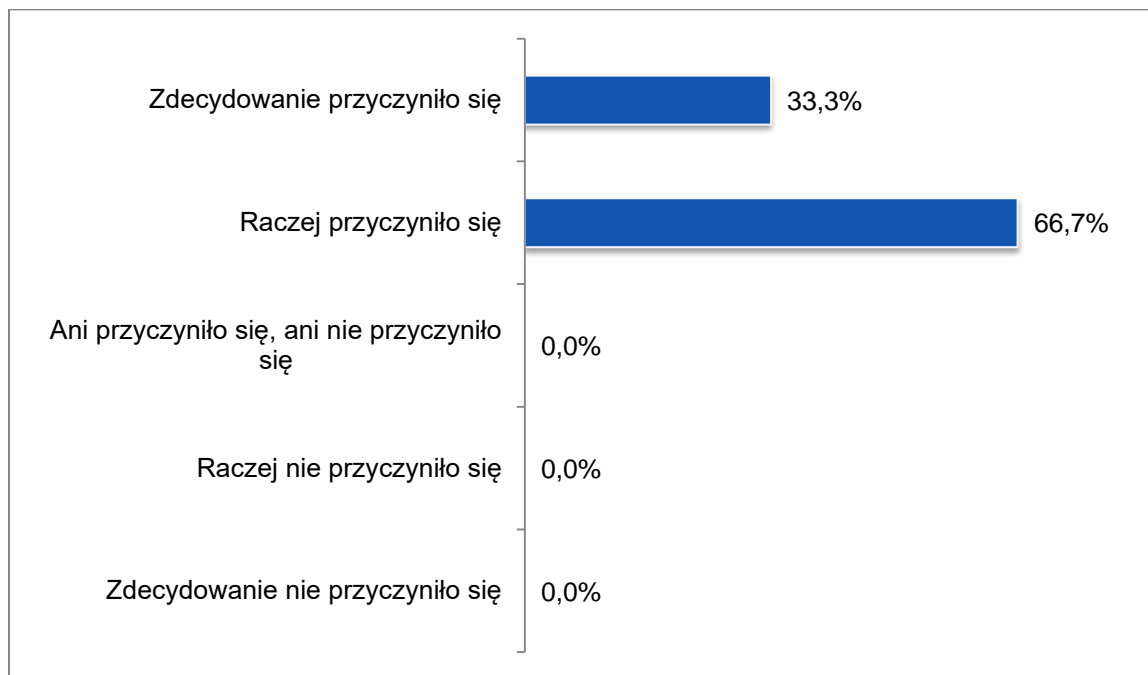


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/i skorzystała?” oraz „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Średnie z uzyskanych odpowiedzi.

Zdaniem beneficjenta, zastosowane narzędzia, pomimo niskiego zainteresowania udziałem w Programie, pozwoliły dostrzec znaczenie profilaktyki. Odnotowano pojedyncze telefony uczestników wsparcia, zainteresowanych terapią psychologiczną już poza projektem.

Wszyscy ankietowani uczestnicy Programu (7 osób) poinformowali, że udział we wsparciu przyczynił się do rozwiązania/zmniejszenia problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem zgłoszenia do Programu. Natomiast zarówno beneficjent, jak i ekspert nie czuli się kompetentni, by oceniać, czy ich zdaniem nastąpiło rozwiązanie/zminimalizowanie problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia. Warto w tym miejscu również przypomnieć o charakterze Programu, który zakładał działania profilaktyczne, zapobiegające wystąpieniu zaburzeń nerwicowych wśród osób pracujących.

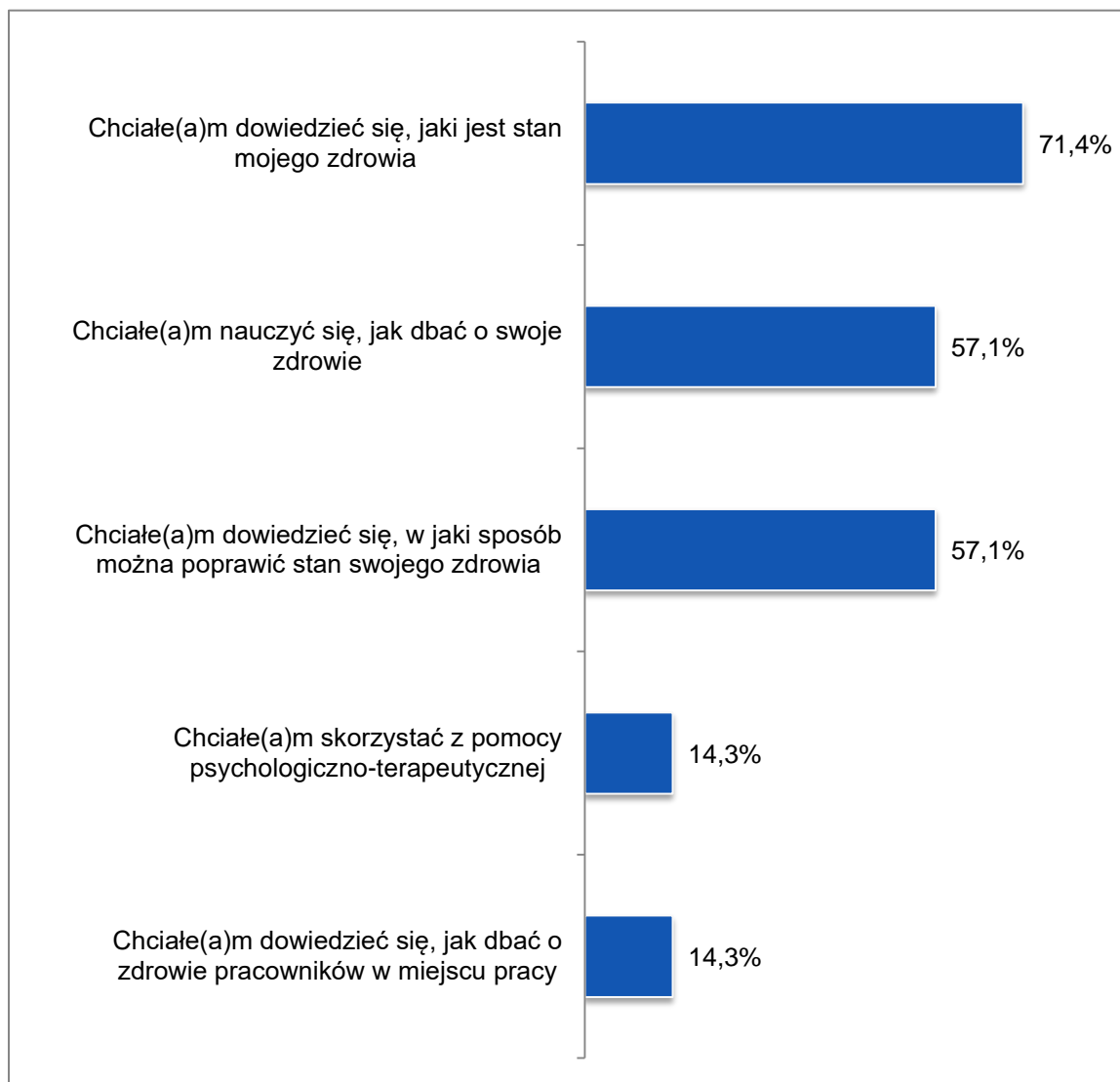
Wykres 39. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu pomógł Panu/Pani rozwiązać/zmniejszyć problem związany ze zdrowiem, który był powodem udziału we wsparciu?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=6 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Mój udział we wsparciu nie był powodowany problemem zdrowotnym”, N=1).

Najczęściej wskazywanymi powodami, dla których zdecydowano się na wsparcie to chęć poznania swojego stanu zdrowia (71,4%), chęć nauczenia się, jak dbać o swoje zdrowie (57,1%) i jak poprawić stan zdrowia (57,1%). Rzadziej wymieniano chęć skorzystania z pomocy psychologiczno-pedagogicznej (14,3%) i pozyskanie wiedzy, jak dbać o zdrowie pracowników w miejscu pracy (14,3%). Potrzeby grupy docelowej były możliwe do zaspokojenia w ramach Programu, który miał charakter diagnostyczno-profilaktyczny.

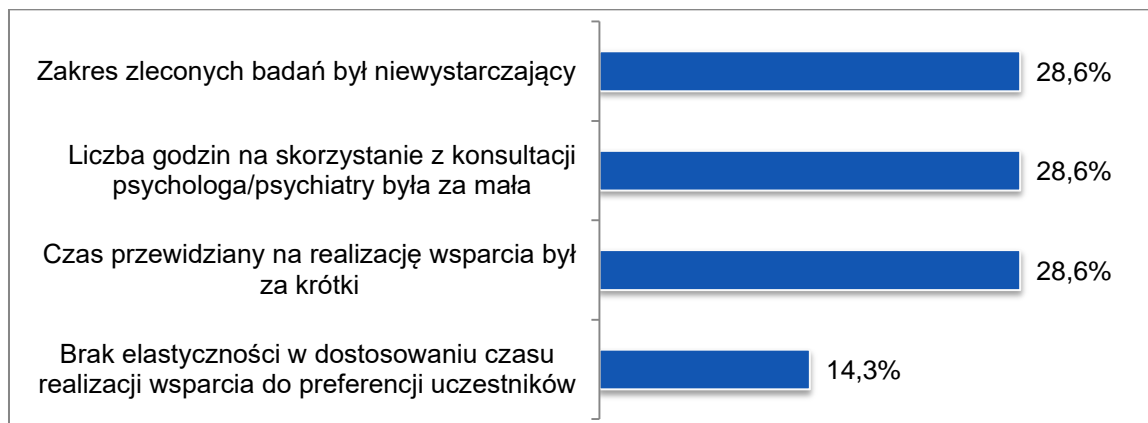
Wykres 40. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych zdecydowali się skorzystać ze wsparcia



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani skorzystać ze wsparcia?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Po 28,6% respondentów wskazało, że w otrzymanym wsparciu zabrakło im większego zakresu zleczanych badań; większej liczby godzin na skorzystanie z konsultacji psychologa/psychiatry oraz dłuższego czasu przewidzianego na realizację wsparcia. Natomiast 14,3% odczuło negatywnie brak elastyczności w dostosowaniu czasu realizacji wsparcia do ich preferencji.

Wykres 41. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, czego Panu/Pani zabrakło w otrzymanym wsparciu?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdaniem blisko co drugiego (42,7%) ankietowanego zbyt duży nacisk podczas realizacji wsparcia położono na liczbę formularzy, które należało wypełnić. Zgodził się z tym beneficjent, który uważał, że wymieniony czynnik miał negatywny wpływ na zainteresowanie Programem i jego odbiór. Natomiast 14,3% respondentów wymieniło działania edukacyjne, przekazywanie teorii. Zdaniem realizatora projektu, choć edukacja w zakresie profilaktyki jest niezbędna i ważna, to w Programie zabrakło indywidualnej konsultacji psychologicznej dla osób poniżej 40 roku życia. Interwencja nie przewidywała również psychoterapii, na którą występowało zapotrzebowanie.

Wykres 42. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, na co został położony zbyt duży nacisk podczas realizacji wsparcia?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

W zakresie oferowanego wsparcia niczego by nie zmieniło 42,9% ankietowanych. Pozostali wymieniali: zmniejszenie ilości formalności (14,3%); wprowadzenie psychoterapii (14,3%), zwiększenie liczby godzin na indywidualne spotkania z psychologiem/psychoterapeutą (14,3%); zwiększenie liczby badań diagnostycznych (14,3%) oraz skrócenie czasu oczekiwania na diagnozę i wyniki ankiet (14,3%).

Wykres 43. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Co ewentualnie by Pan/Pani zmienił/a w zakresie oferowanego wsparcia?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najczęściej wymienianym powodem, dla którego ankietowani uczestnicy zdecydowali się wziąć udział w Programie, była chęć poznania stanu swojego zdrowia. Potrzeba była możliwa do zaspokojenia w ramach Programu, który miał charakter diagnostyczno-profilaktyczny. Uciążliwością w realizacji wsparcia, zarówno dla jego odbiorców, jak i realizatorów, była zbyt duża ilość formularzy do wypełniania. Zabrakło również indywidualnych konsultacji dla osób poniżej 40 roku życia i wsparcia w postaci psychoterapii, skierowania na psychoterapię (COPN nie miał takich kompetencji, mógł jedynie poinformować o możliwościach dalszego leczenia i postępowania osoby w wieku 40-64 lat).

Zapotrzebowanie na kontynuację wsparcia oferowanego w Programie

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna, przede wszystkim skierowana do osób pracujących. Zdaniem eksperta pogłębia się problem związany z absencją w pracy wywołowaną zaburzeniami nerwicowymi i lękowymi, do czego przyczyniła się pandemia, wojna w Ukrainie, zamknięcie granicy z Białorusią i jej konsekwencje.

Nie odnotowano natomiast zainteresowania szkoleniami przez lekarzy i pielęgniarki. Natomiast specjaliści byli zainteresowani możliwością realizacji studiów podyplomowych w ramach projektu (w ramach projektu dwie osoby ukończyły studia podyplomowe).

W ramach wywiadu postulowano rozszerzenie wsparcia o indywidualne spotkania z psychologiem/psychoterapeutą i możliwość realizacji psychoterapii.

Również ankietowani uczestnicy Programu (100,0%) byli zgodni, że kontynuacja Programu jest nadal potrzebna.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie użyteczności wdrażania Programu.

Jak należy ocenić użyteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy były użyteczne i jak wpłynęły na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że wszystkie narzędzia wsparcia oferowane w RPPZ były użyteczne. Oznacza to, że osoby skutecznie zrekrutowane i biorące udział w badaniu ankietowym (7 osób) pozytywnie oceniły zgodność wsparcia z posiadanymi oczekiwaniami przed przystąpieniem do projektu. Niemniej badanie ewaluacyjne wykazało, że wyższą skutecznością od warsztatów grupowych cechowałoby się wsparcie indywidualne. Natomiast szkolenie dla pielęgniarek nie przyczyniało się do realizacji celu głównego RPPZ, ze względu na brak możliwości wykorzystania zdobytej wiedzy w pracy z pacjentami.

Czy poszczególne programy polityki zdrowotnej odpowiadały na potrzeby grup docelowych, czy spełniły oczekiwania odbiorców wsparcia? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w poszczególnych programach polityki zdrowotnej okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że RPPZ raczej spełnił oczekiwania odbiorców wsparcia, związane z uczestnictwem w Programie. Jednak wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w Programie nie były w pełni adekwatne do zidentyfikowanych problemów. Jak wykazała analiza wyników przeprowadzonych badań, osoby pracujące zagrożone zaburzeniami nerwicowymi oczekują indywidualnego podejścia, a rozmowa na temat zdrowia psychicznego podczas warsztatów grupowych, była dla nich krępująca.

Czy istnieje potrzeba kontynuowania tego typu wsparcia w przyszłości? W jakich obszarach pomoc jest nadal niezbędna i konieczna?

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna. Problemy zidentyfikowane w diagnozie do RPPZ pozostają aktualne; zagrożenie rozwinięcia zaburzeń nerwicowych u osób pracujących w województwie podlaskim jest nadal wysokie. Istnieje zapotrzebowanie na profilaktykę w omawianym obszarze. Niemniej jednak, aby oferowane wsparcie w przyszłości mogło być skuteczne, należałoby umożliwić wszystkim uczestnikom projektu (nie tylko w wieku 40-64 lata)

skorzystanie z konsultacji indywidualnych oraz rezygnację ze szkoleń dla pielęgniarek.

Czy uczestnictwo w poszczególnych programach polityki zdrowotnej przyczyniło się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia?

Udział w Programie przyczynił się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych u wszystkich, ankietowanych uczestników wsparcia (6 osób, bez jednego uczestnika, dla którego problem zdrowotny nie był przyczyną zgłoszenia do projektu).

Czy interwencja jest komplementarna z innymi działaniami podejmowanymi w ramach RPOWP w obszarze zdrowia? Jeśli tak, to w jaki sposób ten fakt wpłynął na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych?

Przedmiotowa interwencja jest komplementarna w stosunku do Poddziałania 8.4.1 Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Poddziałanie 8.4.1 ma na celu wsparcie infrastruktury m.in. w obszarze zdrowia, ukierunkowane na wzrost jakości świadczenia usług, ich dostępności oraz wzrost kompetencji kadr medycznych. Działania z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia, uzupełnione o inicjatywy w zakresie kształtowania prozdrowotnego stylu życia, z założenia mają przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi. Wspólnym celem zarówno dla Działania 2.5, jak i Poddziałania 8.4.1 jest zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych oraz zmniejszenie zjawiska przerywania, czy całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej.

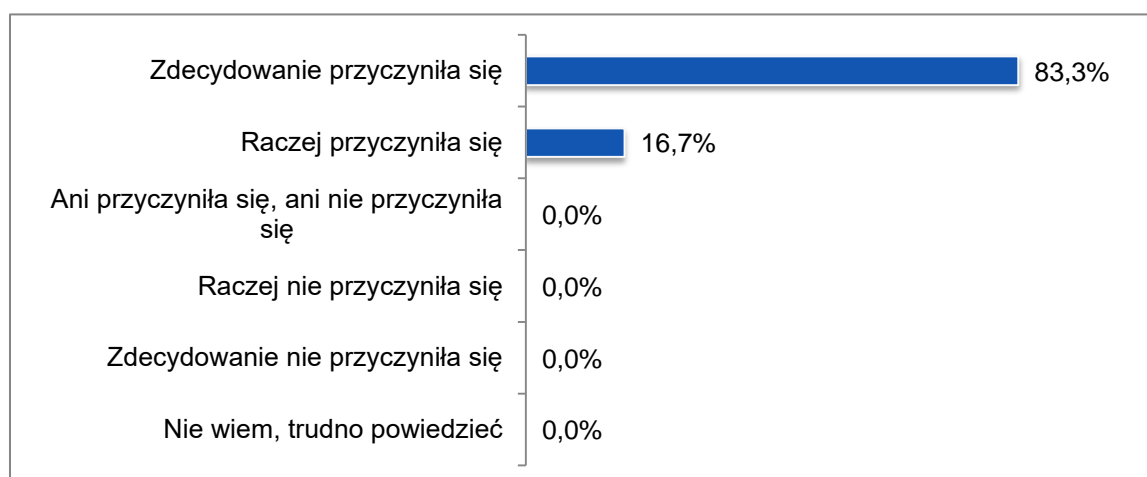
Prognozuje się, że podejmowane interwencje w ramach RPOWP w obszarze zdrowia będą miały pozytywny wpływ na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, dzięki utrzymywaniu w zdrowiu mieszkańców województwa podlaskiego. Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych w ramach przedmiotowej interwencji nastąpiło poprzez dotarcie ze wsparciem do osób pracujących, zagrożonych wystąpieniem zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem. Oferowane usługi zdrowotne (warsztaty grupowe dla osób do 39 roku życia i konsultacje indywidualne dla osób powyżej 40 roku życia) były komplementarne względem świadczeń finansowanych z NFZ.

Podrozdział 3.3. Ocena trwałości wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z trzecim celem szczegółowym badania, jakim była ocena trwałości wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego. Udzielono odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie trwałości wdrażania Programu.

Beneficjent i ekspert zapytani o trwałe efekty wdrażanego wsparcia wskazali, że mogą nimi być wzrost poziomu wiedzy u lekarzy specjalistów, POZ i medycyny pracy objętych szkoleniami, a także podniesienie poziomu świadomości nt. zapobiegania zaburzeniom nerwicowym wśród osób pracujących uczestniczących w warsztatach grupowych. Beneficjent i ekspert nie czuli się kompetentni, by odpowiedzieć na pytanie, czy uczestnictwo w projekcie spowodowało trwałą zmianą zachowań prozdrowotnych u uczestników projektu. Natomiast na identyfikację trwałych (utrzymujących się po zakończeniu realizacji Programu) efektów wsparcia pozwoliły wyniki badania ankietowego, w którym wszyscy uczestnicy Programu wskazali na unikanie czynników szkodzących zdrowiu, wskutek pozyskanej wiedzy nt. profilaktyki zaburzeń nerwicowych, a 66,6% (2 osoby) - na podjęcie leczenia w następstwie wykonywanych w Programie badań profilaktycznych (dotyczy tylko osób, które wykonywały badania profilaktyczne w ramach Programu oraz z wykluczeniem odpowiedzi osób, które były już objęte leczeniem (3 osoby)).

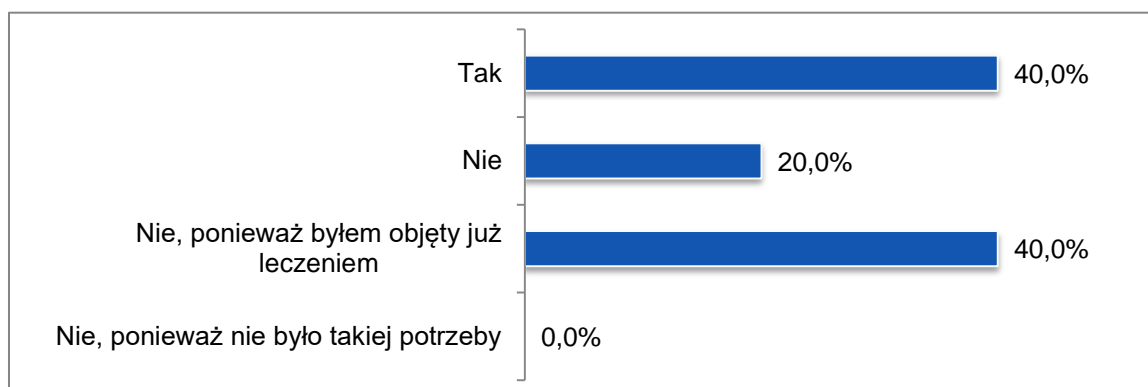
Wykres 44. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu*



* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Nie dotyczy, nie uczestniczyłem/łam w działaniach edukacyjnych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wiedza pozyskana podczas udziału we wsparciu spowodowała, że stara się Pan/Pani nie narażać na czynniki szkodzące zdrowiu?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=6 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Nie dotyczy, nie uczestniczyłem/łam w działaniach edukacyjnych”, N=1).

Wykres 45. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na podjęcie leczenia*

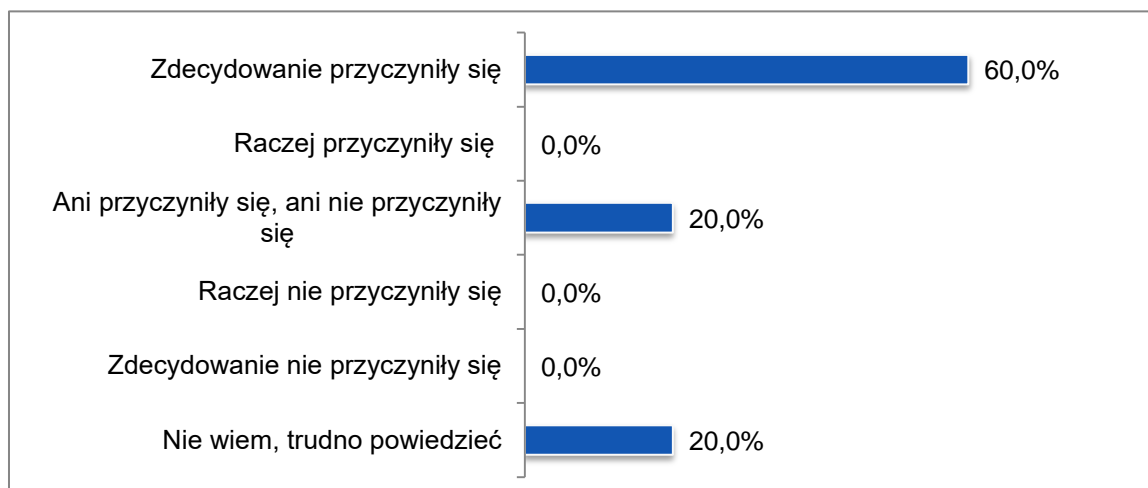


* Pytanie nie było zadawane uczestnikom, którzy nie wykonywali badań profilaktycznych w ramach Programu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych, wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu, skłoniły Pana/Panią do podjęcia leczenia?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=5 (bez uwzględnienia osób, które nie wykonywały badań profilaktycznych w ramach Programu, N=2).

Większość respondentów (60,0%, tj. 3 osoby) zadeklarowała, że wyniki badań profilaktycznych wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu, zachęciły ich, by wykonywać badania profilaktyczne regularnie (wśród ankietowanych 5 osób wykonywało badania profilaktyczne w ramach otrzymanego wsparcia).

Wykres 46. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na regularne wykonywanie badań profilaktycznych*



* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Nie dotyczy, nie wykonywałem/am badań profilaktycznych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych, wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu zachęciły Pana/Panią, by wykonywać badania profilaktyczne regularnie?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=5 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Nie dotyczy, nie wykonywałem/am badań profilaktycznych”, N=2).

Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu pojawiły się u 85,7% uczestników Programu. Są to: odpowiednia długość i jakość snu (71,4%); zachowywanie równowagi między życiem zawodowym, a życiem osobistym (71,4%); zdrowe odżywianie (57,1%); utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (57,1%); unikanie sytuacji stresowych (57,1%); zwiększenie aktywności fizycznej (42,9%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (28,6%); badania profilaktyczne (14,3%).

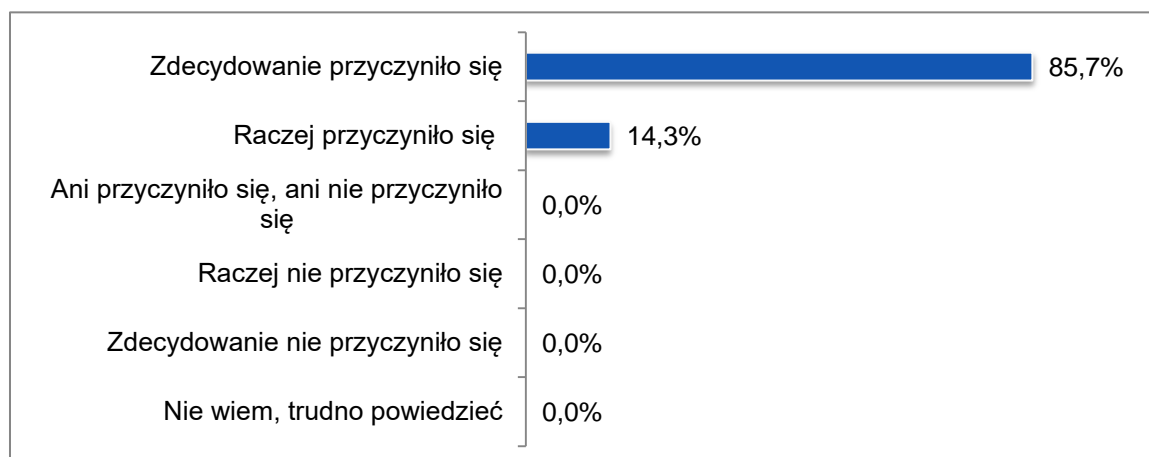
Wykres 47. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania 1. „Jakie działania profilaktyczne, w wyniku uczestniczenia w Programie, Pan/Pani podejmuje obecnie, a których wcześniej nie podejmował/a?” N=7 oraz 2. „Dlaczego nie podejmuje Pan/Pani żadnych działań służących zachowaniu zdrowia psychicznego?” N=1. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że ze względu na obecność działań edukacyjnych w projekcie wzrósł poziom wiedzy uczestników w obszarze będącym przedmiotem wsparcia. Wszyscy ankietowani w ramach CATI/CAWI przyznali, że dzięki skorzystaniu ze wsparcia poszerzyła się ich wiedza na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko pojawienia się zaburzeń nerwicowych oraz w jaki sposób radzić sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami.

Wykres 48. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko pojawienia się zaburzeń nerwicowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy dzięki skorzystaniu ze wsparcia, poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat tego jakie czynniki zwiększają ryzyko pojawienia się zaburzeń nerwicowych?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Wykres 49. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy w wyniku skorzystania ze wsparcia wzrósł Pana/Pani poziom wiedzy radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami?” przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych w ramach badania CAWI/CATI, N=7.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie trwałości wdrażania Programu.

Jak należy ocenić trwałość interwencji poszczególnych programów polityki zdrowotnej w odniesieniu do poprawy, zachowania aktywności zawodowej wśród uczestników programów zdrowotnych oraz poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych? Czy udzielona pomoc była doraźna, czy długotrwała?

Program pozwalał na doraźne zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, poprzez konsultacje uczestników projektu w wieku 40-64 lat z psychologiem/psychiatrą. Natomiast szkolenie lekarzy i specjalistów pozwoliło na trwałe zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, ponieważ pozyskaną w ramach szkoleń/studiów podyplomowych wiedzę i umiejętności wykorzystują w dalszej pracy z pacjentami, już po zakończeniu Programu. Biorąc pod uwagę wzrost poziomu wiedzy nt. sposobów zapobiegania zaburzeniom nerwicowym u wszystkich ankietowanych uczestników projektu oraz deklarowane podejmowanie działań profilaktycznych u 85,7% ankietowanych uczestników projektu, którzy wykonywali badania profilaktyczne w ramach projektu, przyjmuje się, że interwencja w sposób trwały wpłynie na poprawę i zachowanie aktywności zawodowej wśród odbiorców wsparcia.

Jakie zaobserwowano trwały (utrzymujące się po zakończeniu realizacji wsparcia) efekty wsparcia wdrażanego w ramach programów polityki zdrowotnej?

Do zaobserwowanych trwałych efektów wsparcia wdrażanego w ramach RPPZ należą: podniesienie poziomu wiedzy nt. profilaktyki zaburzeń nerwicowych wśród osób pracujących i kadry medycznej w województwie podlaskim, unikanie czynników szkodzących zdrowiu oraz podjęcie leczenia w następstwie wykonywanych w Programie badań profilaktycznych.

Czy uczestnictwo w programie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych uczestników projektów, np. czy u uczestników objętych programami polityki zdrowotnej ukształtował się trwały nawyk wykonywania badań profilaktycznych/kontrolnych, poddawania się rehabilitacji, czy podejmowania innych działań prozdrowotnych? Jeśli tak, to jakich? Jeżeli nie, to dlaczego? Jakich elementów/działań w realizowanych programach polityki zdrowotnej zabrakło?

U zdecydowanej większości (85,7%) uczestników projektu zaobserwowano trwałą zmianę zachowań w postaci podejmowania działań profilaktycznych, między innymi takich jak: odpowiednia długość i jakość snu; zachowywanie równowagi między

życiem zawodowym, a życiem osobistym; zdrowe odżywianie; utrzymywanie prawidłowej wagi ciała; unikanie sytuacji stresowych; zwiększenie aktywności fizycznej; wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia; badania profilaktyczne.

Analiza wyników badań wykazała, że w Programie zabrakło wsparcia pozwalającego na indywidualny kontakt osoby pracującej zagrożonej zaburzeniami nerwicowymi ze specjalistą w celu zaoferowania wsparcia w wysokim stopniu dostosowanego do konkretnych oczekiwań.

Na ile działania podjęte w programie polityki zdrowotnej podniosły wiedzę uczestników, np. personelu medycznego, mieszkańców, w danym obszarze wsparcia?

Działania podjęte w RPPZ w bardzo wysokim stopniu przyczyniły się do zwiększenia poziomu wiedzy odbiorców wsparcia. U wszystkich ankietowanych uczestników projektu zwiększyła się świadomość czynników zwiększających ryzyko pojawienia się zaburzeń nerwicowych oraz sposobów w zakresie radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami.

Rozdział 4. Ocena Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim

Podrozdział 4.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z pierwszym celem szczegółowym badania, jakim była ocena skuteczności wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim.

Stan realizacji Programu

Głównym celem Programu była poprawa stanu zdrowia populacji pracującej w województwie podlaskim, poprzez przeprowadzenie interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie działań mających na celu zmianę niewłaściwego stylu życia.

Cel główny miał zostać zrealizowany przez niżej wymienione cele szczegółowe:

- Cel 1: Podniesienie u co najmniej 50% osób włączonych do Programu poziomu wiedzy na temat postaw prozdrowotnych zapobiegających zachorowaniem na choroby układu krążenia, nowotwory i zewnętrzne przyczyny zgonów, w okresie trwania Programu.

Narzędzia realizacji celu 1, to:

- Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do pracodawców oraz całej populacji osób pracujących w wieku 25-50 lat w woj. podlaskim;
 - Szkolenie informacyjno-edukacyjne skierowane do lekarzy: POZ, Medycyny Pracy, do pielęgniarek POZ, do pracodawców i/lub osób zarządzających, pracowników PIS, PIP, BHP oraz do edukatorów zdrowotnych – w zakresie tematyki Programu;
 - Szkolenie skierowane do edukatorów zdrowotnych dotyczące najnowszej wiedzy medycznej z zakresu wczesnej identyfikacji i profilaktyki chorób cywilizacyjnych.
- Cel 2. Zidentyfikowanie czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród co najmniej 30% osób włączonych do Programu.

- Narzędzia realizacji celu 2, to:
 - Audyty wstępne i końcowe w zakładach pracy;
 - Porady edukacyjne dla osób ze zidentyfikowanymi czynnikami ryzyka udzielane przez POZ, w POZ i poza nim.
- Cel 3. Zmodyfikowanie stylu życia w zakresie zachowań zdrowotnych, co najmniej 30% osób włączonych do Programu.
- Cel 4. Zwiększenie dostępności populacji województwa podlaskiego do usług z zakresu edukacji zdrowotnej poprzez zatrudnienie co najmniej 120 edukatorów zdrowotnych na terenie województwa podlaskiego.
- Cel 5. Zwiększenie o co najmniej 10% wskaźnika pokrycia populacji województwa podlaskiego badaniami profilaktycznymi w stosunku do wartości tego wskaźnika określonego wśród zakwalifikowanych do niniejszego Programu w okresie 4 lat poprzedzających rozpoczęcie Programu.

Narzędzia realizacji celu 5, to:

- Badania profilaktyczne osób pracujących z wykorzystaniem zespołów mobilnych, składających się z lekarza POZ, pielęgniarki i edukatora zdrowotnego.

Program w wyniku konkursu został powierzony do realizacji jednemu beneficjentowi, którym był Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, który wraz z partnerami – Szpitalem Wojewódzkim im. dr Ludwika Rydygiera w Suwałkach; Stowarzyszeniem EURYDYKI w Białymstoku; Łomżyńskim Centrum Medycznym sp. z o.o. – realizował w okresie od 01.12.2017 do 31.12.2021 r. projekt pod nazwą „Poprawa stanu zdrowia populacji pracującej województwa podlaskiego”.

Projekt wpisywał się w RPOWP 2014-2020, w typ projektu (4) Realizacja programów dotyczących przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujących do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia, wspierających osoby w decyzji o pozostaniu aktywnym społecznie i zawodowo, w tym poprzez umożliwienie przekwalifikowania pracownika i umożliwienie mu wykonywania pracy bez narażenia na czynniki zagrażające zdrowiu; dostosowywanie warunków pracy do wyzwań związanych ze starzeniem się społeczeństwa, eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy w ramach Działania 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, Osi Priorytetowej II Przedsiębiorczość i aktywne starzenie się, Priorytet inwestycyjny 8vi Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego oraz promowanie równości wynagrodzeń za taką samą pracę.

W projekcie zaplanowano poniższe zadania:

- Projekt szkoleniowy:
 - Działania informacyjno-edukacyjne skierowane do pracodawców oraz pracujących w wieku 25-50 lat, dotyczące zagrożeń związanych z chorobami cywilizacyjnymi oraz zachęcania do wzięcia udziału w Programie;
 - Szkolenia informacyjne skierowane do lekarzy: POZ, Medycyny Pracy, do pielęgniarek POZ, do pracodawców i/lub osób zarządzających, pracowników PIS, PIP, BHP;
 - Organizacja szkoleń skierowanych do edukatorów zdrowotnych dotyczących najnowszej wiedzy medycznej z zakresu wczesnej identyfikacji i profilaktyki chorób cywilizacyjnych.
- Ocena ryzyka zdrowotnego:
 - Opracowanie narzędzi niezbędnych do przeprowadzenia oceny ryzyka chorób cywilizacyjnych u pracowników objętych Programem;
 - Działania przygotowawcze – zakup sprzętu, aparatury medycznej, materiałów diagnostycznych i pomocniczych;
 - Przeprowadzenie audytów w zakładach pracy (audyty wstępne i końcowe);
 - Identyfikacja osób z czynnikami ryzyka: chorób układu krążenia, nowotworów złośliwych, zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu wśród osób włączonych do Programu. Zadanie mogło być realizowane na terenie zakładu pracy z wykorzystaniem zespołów mobilnych składających się z lekarza POZ, pielęgniarki i edukatora zdrowotnego lub poza nim – w poradniach medycyny pracy, podmiotach udzielających świadczenia w zakresie POZ i innych podmiotach leczniczych.
- Zindywidualizowane działania w grupach ryzyka:
 - Porady edukacyjne w POZ (15 min. dla osób obciążonych jednym czynnikiem ryzyka; 30 min. dla osób obciążonych dwoma i więcej czynnikami ryzyka).

Wartość interwencji w ramach RPPZ wyceniono na 8 126 561,0 zł, w ramach wniosku o dofinansowanie wskazano kwotę 12 215 779,2 zł.

Z dokumentacji projektowej wynika, że zostały zrealizowane założenia Programu w postaci wdrożenia jednego programu zdrowotnego istotnego z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu oraz uzyskano zakładany wskaźnik osób, które po opuszczeniu Programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (126,0%⁵⁶). Nie objęto jednak programem zakładanej liczby osób (realizacja na poziomie 24,5%) oraz

⁵⁶ Wartość docelowa wskaźnika „Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie” została określona na 18 666 osób. Osiągnięta wartość wyniosła 23 512.

wskutek interwencji EFS na badania profilaktyczne nie zgłosiła się zakładana liczba osób (realizacja na poziomie 78,8%).

Ponadto poza wskaźnikiem podniesienia poziomu wiedzy u uczestników projektu (o 100% w porównaniu do zakładanych 50%), nie udało się w pełni osiągnąć wartości docelowej żadnego ze wskaźników projektowych, takich jak:

- Liczba osób, u których zidentyfikowano 1 czynnik ryzyka chorób cywilizacyjnych (realizacja na poziomie 7,1%);
- Liczba osób, u których zidentyfikowano 2 i więcej czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych (realizacja na poziomie 32,6%);
- Liczba udzielonych porad edukacyjnych na etapie Oceny ryzyka zdrowotnego (realizacja na poziomie 26,0%);
- Liczba udzielonych porad edukacyjnych na etapie Zindywidualizowanych działań w grupach ryzyka (realizacja na poziomie 26,0%);
- Liczba przeszkolonych osób w ramach programu zdrowotnego (realizacja na poziomie 22,9%).

Z przeprowadzonej analizy wynika, że nie udało się w pełni osiągnąć zrealizowanego celu, ze względu na występujące problemy, które zostały omówione w odpowiedzi na 3 pytanie ewaluacyjne.

Tabela 23. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach RPPZ Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim

Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Wskaźnik osiągnięć
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	1	1	100,0%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	18 666	23 512	126,0%
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	102 000	24 989	24,5%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	30 600	24 128	78,8%
Liczba uczestników projektu, u których wzrósł poziom wiedzy z zakresu zachowań zdrowotnych zapobiegających zachorowaniom na choroby układu krążenia, nowotwory i przyczyny zewnętrzne (w %)	50,0%	100,0%	200,0%
Liczba osób, u których zidentyfikowano 1 czynnik ryzyka chorób cywilizacyjnych	24 786	1 752	7,1%
Liczba osób, u których zidentyfikowano 2 i więcej czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych	68 646	22 388	32,6%
Liczba udzielonych porad edukacyjnych na etapie Oceny ryzyka zdrowotnego	93 432	24 300	26,0%
Liczba udzielonych porad edukacyjnych na etapie Zindywidualizowanych działań w grupach ryzyka	93 432	24 288	26,0%
Liczba przeszkolonych osób w ramach programu zdrowotnego	1 711	392	22,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej.

Program wpisywał się w założenia Działania 2.5, w OP II, PI 8vi, co było mierzone wskaźnikiem „Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”.

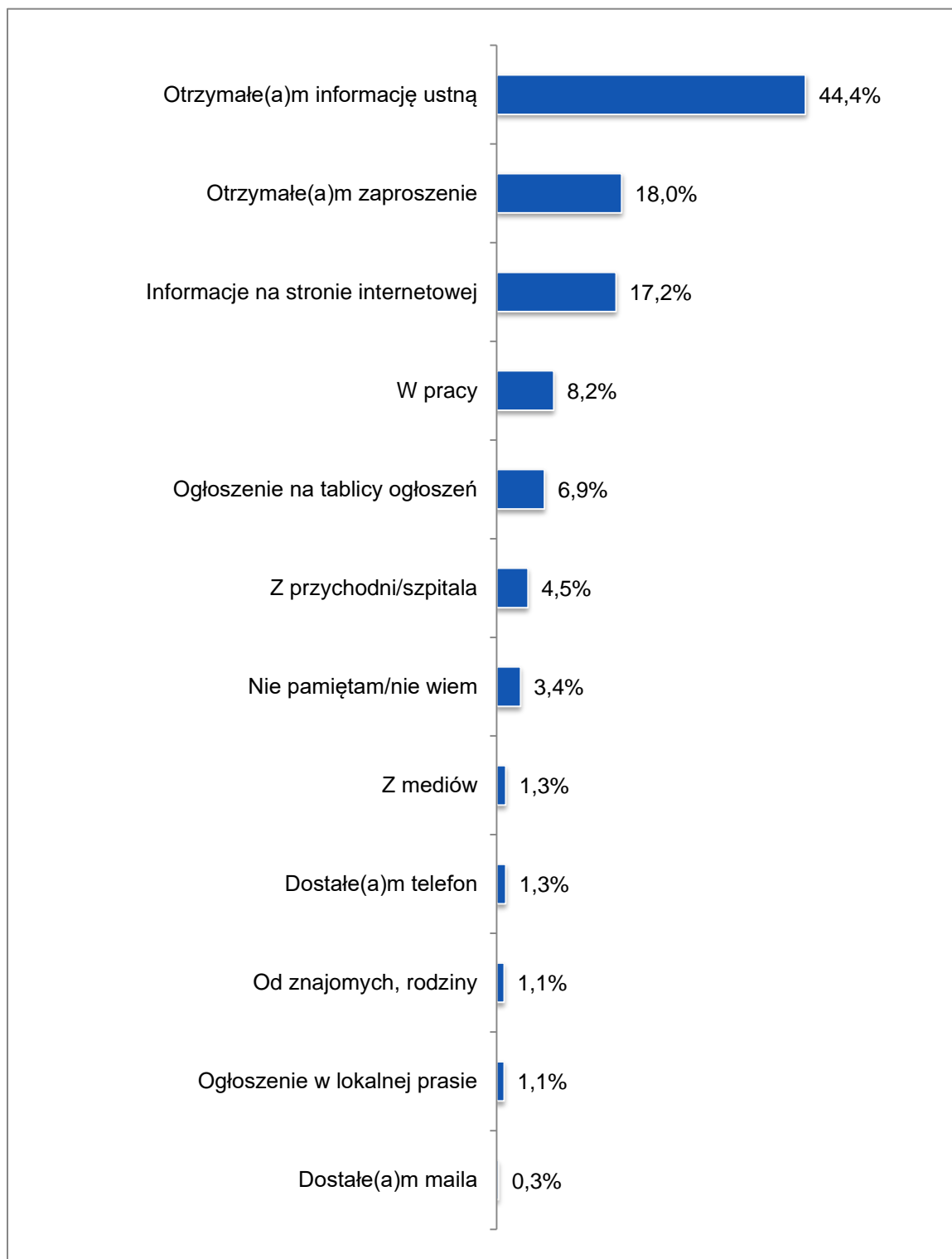
Wartość docelowa ww. wskaźnika w RPOWP 2014-2020 została ustalona na 3 705 osób, natomiast w RPPZ na 102 000 osób. W projekcie wsparciem objęto 24 989 osób, co stanowi 24,5% wartości założonej w RPPZ i 674,5% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020, co oznacza, że został osiągnięty w pełni cel nadrzędny interwencji, czyli przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym.

Przebieg wdrażania Programu

Do udziału w Programie zapraszano listownie, mailowo POZ-y, lekarzy, pielęgniarki, absolwentów kierunków medycznych, kierunków zdrowie publiczne, pracodawców, pracowników WSSE, PSSE oraz Państwowej Inspekcji Pracy. Ponadto ogłoszenia były zamieszczane na stronie internetowej realizatora projektu, w lokalnych mediach, w urzędach JST, urzędach skarbowych, urzędach pracy, podmiotach leczniczych oraz zakładach pracy. Zaproszenia dla pracowników były również dystrybuowane w czasie wizyty audytora u pracodawcy. Działania rekrutacyjne były zróżnicowane i dobrze dobrane, jednak ich skuteczność obniżyły obostrzenia wywołane pandemią, które utrudniły bezpośredni kontakt np. z pracodawcami.

Ankietowani uczestnicy Programu najczęściej o wsparciu dowiedzieli się z otrzymanej ustnie informacji (44,4%), zaproszenia (18,0%), informacji ze strony internetowej (17,2%), z pracy (8,2%), z tablicy ogłoszeń (6,9%) i z przychodni/szpitala (4,5%).

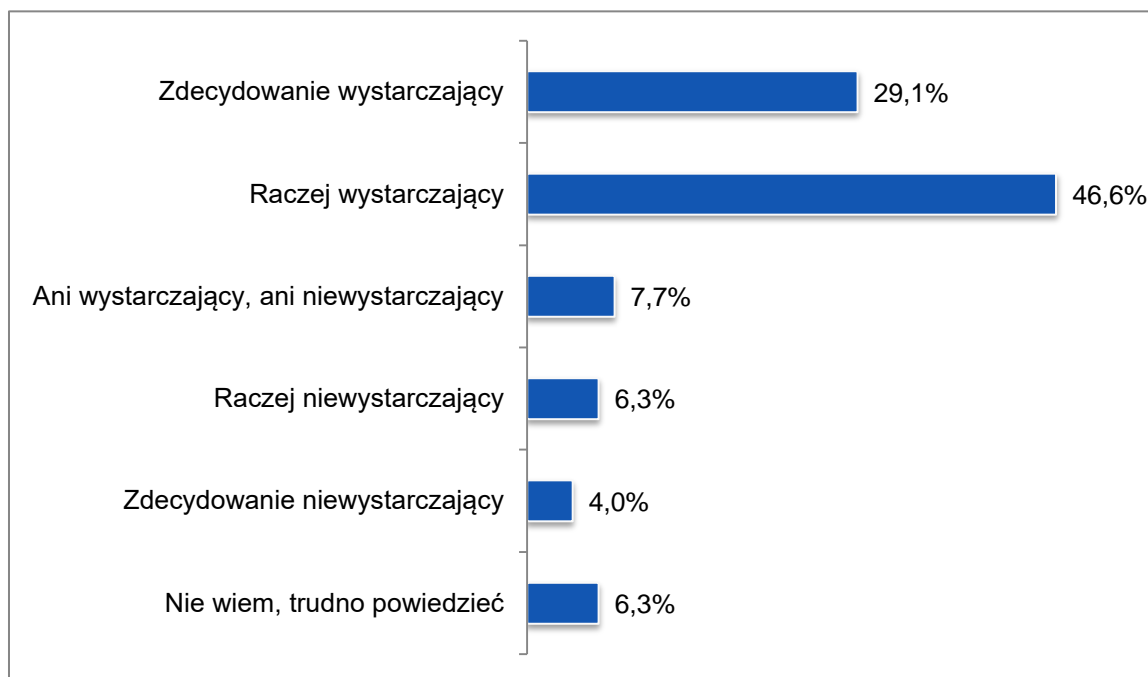
Wykres 50. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o wsparciu, z którego Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Choć 75,7% ankietowanych uznało, że sposób informowania o Programie był wystarczający, to należy podkreślić, że beneficjent nie zrekrutował zakładanych wielkości grup docelowych, między innymi ze względu na ograniczenia wywołane pandemią. Ponadto, jak zwrócił uwagę ekspert, przyjęte założenia odnośnie wielkości populacji objętej badaniem, były zbyt ambitne.

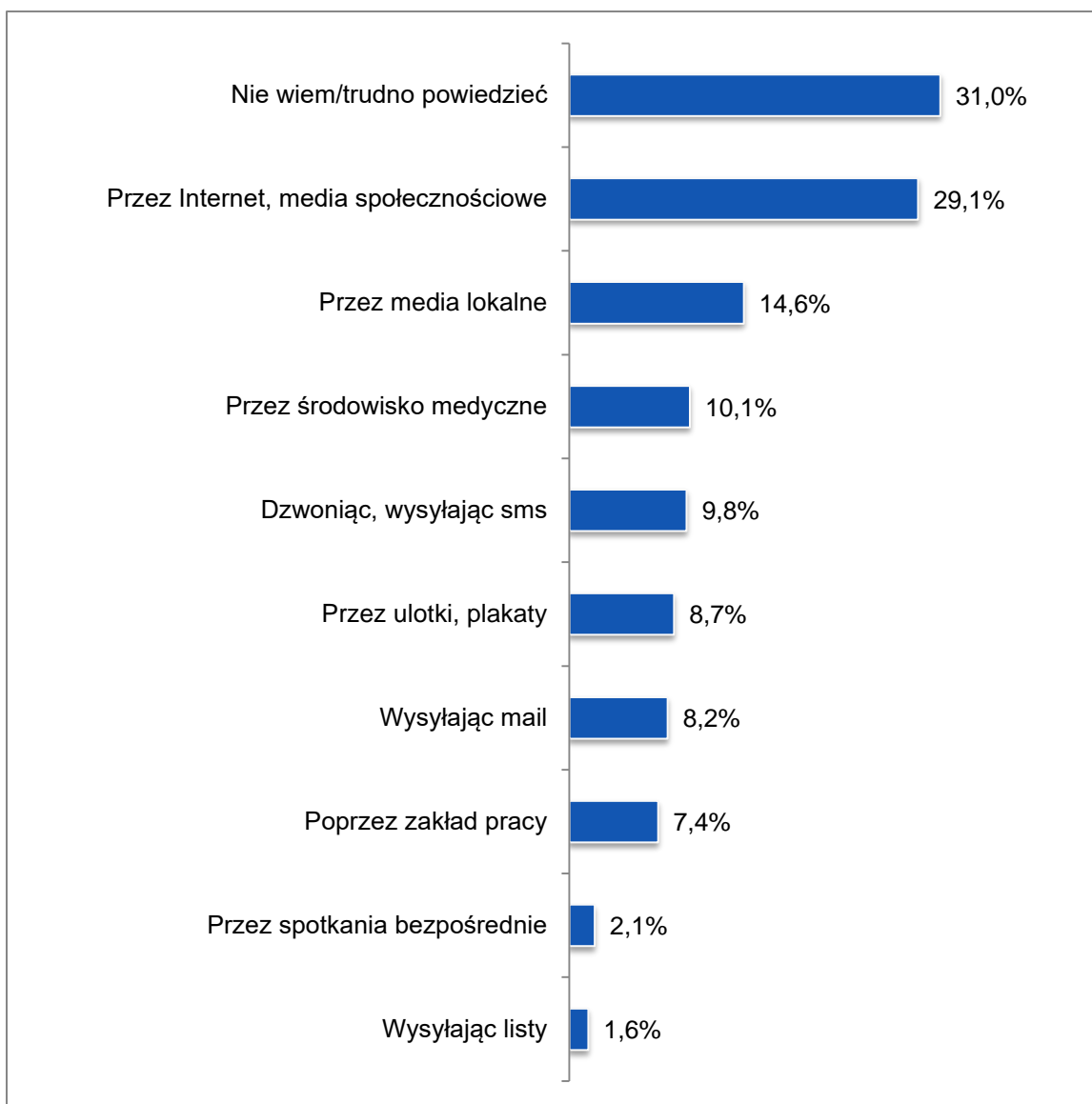
Wykres 51. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem sposób informowania o możliwości uzyskania wsparcia był wystarczający?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Bilsko jedna trzecia (31,0%) badanych nie potrafiła wskazać, jak jeszcze skuteczniej można by docierać z informacjami o oferowanym wsparciu. Pozostali odpowiadali głównie, że przez Internet, media społecznościowe (29,1%); media lokalne (14,6%); środowisko medyczne (10,1%); dzwoniąc, wysyłając sms (9,8%); przez ulotki, plakaty (8,7%); wysyłając mail (8,2%) i przez zakład pracy (7,4%).

Wykres 52. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących

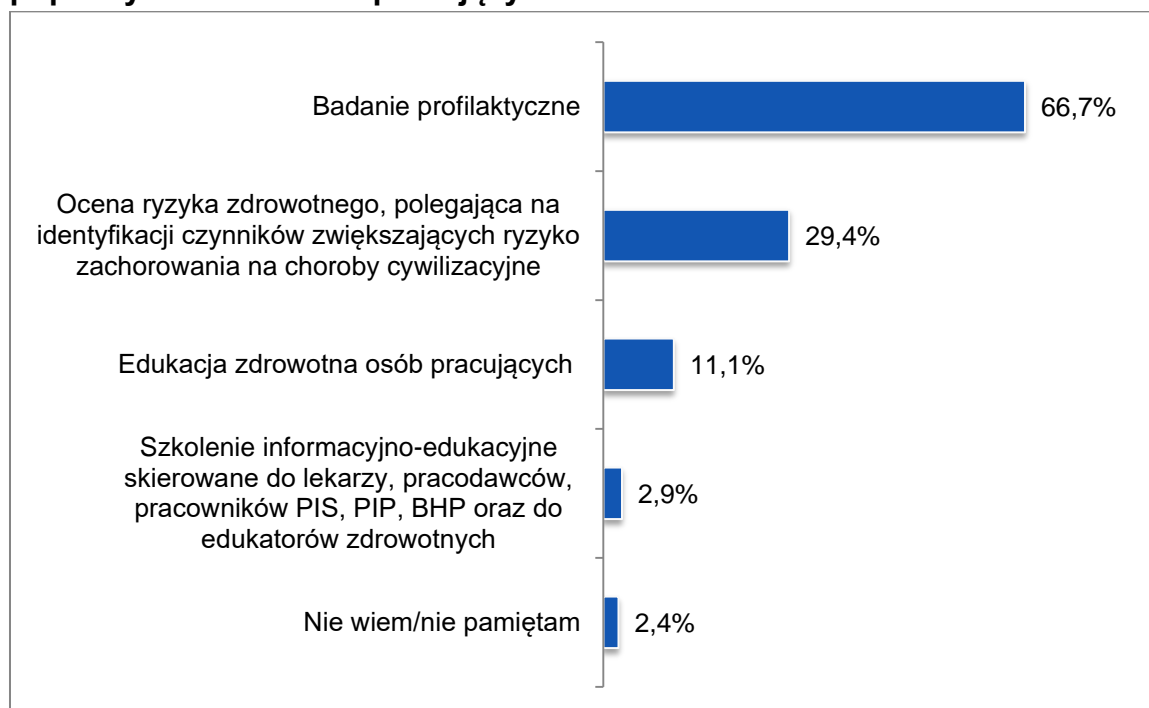


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób Pana/Pani zdaniem można by skuteczniej docierać z informacjami o oferowanym wsparciu?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

W opinii beneficjenta i eksperta, najbardziej skutecznymi narzędziami, prowadzącymi do poprawy stanu zdrowia osób pracujących jest edukacja zdrowotna uświadamiająca wagę i znaczenie diagnostyki i profilaktyki. Osoby z wiedzą w omawianym obszarze będą podejmować działania prozdrowotne. Podkreślona została również rola badań przesiewowych, które pozwoliły na wychwycenie osób z problemem zdrowotnym i pokierowanie ich na dalsze leczenie, już poza Programem. Natomiast pojawienie się mobilnych punktów składających się z lekarza, pielęgniarki i edukatora w zakładzie pracy, zwiększyło dostępność do usług zdrowotnych dla osób pracujących.

W ramach ankiety CAWI/CATI badani byli uczestnicy Programu, którzy skorzystali z badań profilaktycznych (66,7%); oceny ryzyka zdrowotnego, polegającej na identyfikacji czynników zwiększających ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne (29,4%); edukacji zdrowotnej osób pracujących (11,1%), szkoleń informacyjno-edukacyjnych skierowanych do lekarzy, pracodawców, pracowników PIS, PIP, BHP oraz do edukatorów zdrowotnych (2,9%).

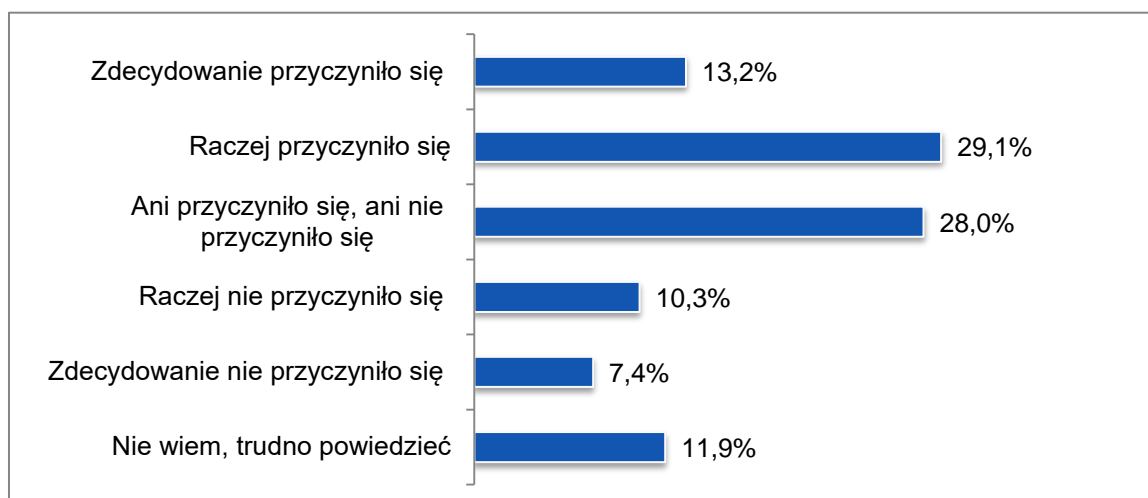
Wykres 53. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

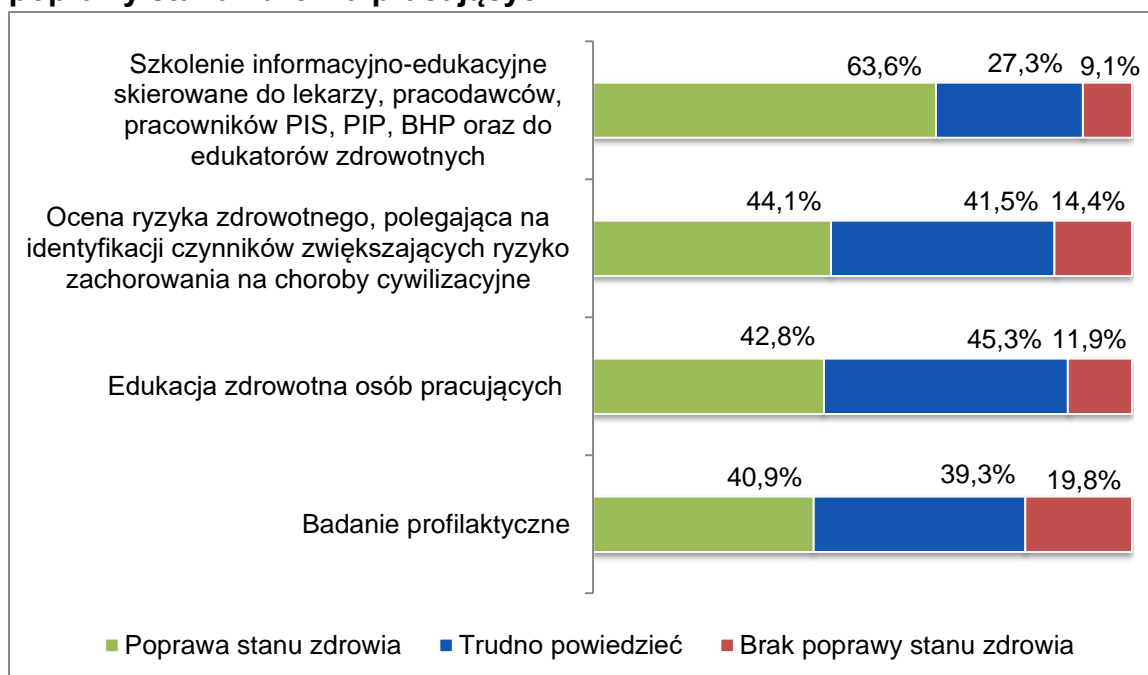
Udział w Programie spowodował poprawę stanu zdrowia u 42,3% uczestników, przy czym należy pamiętać, że celem Programu było zapobieganie chorobom, które mogą się pojawić wskutek ewentualnie zdiagnozowanych czynników ryzyka.

Wykres 54. Ocena wpływu wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy Pani/Panu stanu zdrowia?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Wykres 55. Wpływ wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” N=341 oraz „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy Pana/Pani stanu zdrowia?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Analiza dokumentacji projektowej, diad z beneficjentami i IDI z ekspertem, pozwoliła na identyfikację problemów i czynników utrudniających realizację projektu w ramach Programu.

Jako pierwszy należy wskazać wystąpienie siły wyższej, jaką jest pandemia COVID-19, która spowodowała przede wszystkim wolniejszy niż zakładano postęp realizacji działań związanych z identyfikacją osób z czynnikami ryzyka, a co za tym idzie problemy z rekrutacją nowych uczestników Programu oraz brak możliwości zakładanych wartości docelowych wskaźników. Niekorzystne zjawiska związane z pandemią COVID-19, które w bardzo istotny sposób ograniczały możliwości realizacji postawionych w projekcie zadań to: deficyt personelu medycznego; trudności w pozyskaniu kadr medycznych, których nie można było przewidzieć na etapie składania wniosku i nie dotyczyły one tylko niskiej wyceny świadczeń medycznych w projekcie (wycena z 2017 r.) ale faktu, że pracownicy POZ decyzją Wojewody powoływani byli do zwalczania COVID; konieczność zachowania dystansu społecznego i ograniczenia kontaktów osobistych wszędzie tam, gdzie nie jest to niezbędne; brak możliwości realizacji działań na terenach zakładów pracy oraz placówkach POZ zwłaszcza w pierwszym okresie pandemii; obawa pacjentów przed wizytami w placówkach medycznych i ograniczanie ich do absolutnego minimum; utrudnienia w zakresie procedur zakupowych związanych z zakupem testów biochemicznych oraz etykiet do analizatorów – brak ofert w przeprowadzonych postępowaniach przetargowych, a jednocześnie cena rynkowa na poziomie znacznie wyższym od zakładanego w budżecie, dodatkowo wrażliwa na zmiany kursu złotówki; drastyczny wzrost cen materiałów opatrunkowych i ochronnych oraz brak możliwości realizacji zamówień w pierwszym okresie pandemii, nieuwzględnienie w budżecie projektu dodatkowych środków ochronnych osobistej (indywidualnej i grupowej).

Aby ograniczyć negatywny wpływ pandemii na realizację Programu wprowadzono niżej wymienione rozwiązania: wybrane szkolenia dla lekarzy zostały zrealizowane w formie e-learningu; wprowadzono możliwość realizacji porady edukacyjnej w grupach ryzyka w formie teleporady (teleporada nie rozwiązała jednak głównego problemu jakim było pozyskanie nowych uczestników; udział w projekcie rozpoczynał się badaniem biochemicznym i kwalifikacją pielęgniarstwa, której nie dało się zrealizować bez kontaktu osobistego). Nie uzyskano zgody na wprowadzenie zmian w projekcie dotyczących rozszerzenia grupy docelowej, kryteriów dostępu, sposobów dotarcia do grupy docelowej, wartości wskaźników. Problem miał negatywny wpływ na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ze względu na brak skutecznego zrekrutowania zakładanej liczby uczestników.

Drugim utrudnieniem w realizacji projektu był fakt, że pierwotnie realizacja zadania "Ocena ryzyka zdrowotnego" kierowana była za pośrednictwem zakładu pracy tzn. wyłącznie do pracowników z audytowanych zakładów pracy oraz przeprowadzana na terenie miejsca zatrudnienia. Powyższe rozwiązanie ograniczało udział osób pracujących, gdyż chęć uczestnictwa pracowników nie zawsze pokrywała się z

chęcią udziału pracodawców. Wykonywanie badań na terenie zakładu pracy wiązało się z utrudnieniami w postaci braku odpowiedniego pomieszczenia zapewniającego poczucie intymności i swobody podczas wykonywania badań. W celu rozwiązania problemu wprowadzono możliwość realizacji zadania "Ocena ryzyka zdrowotnego" również poza zakładem pracy (taka formuła okazała się jedyną możliwą ścieżką realizacji zadań związanych z identyfikacją czynników ryzyka w okresie pandemii). Ponadto umożliwiono udział w Programie pracownikom, których zakład pracy nie wyraził zgody na przeprowadzenie badań na terenie zakładu pracy lub nie wyraził zgody na udział w projekcie lub nie wyraził zgody na udział w audycie wstępnym. Wykonywanie badań poza zakładem pracy, m.in. w poradniach medycyny pracy, podmiotach udzielających świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i innych podmiotach leczniczych, wpłynęło na zapewnienie pracownikowi intymności, poczucia bezpieczeństwa i poufności wyników badań medycznych. Dzięki powyższym rozwiązaniom Programem objęte zostało szersze grono osób pracujących.

Jako trzeci problem należy wymienić obciążenie samych pracodawców dodatkowymi czynnościami w związku z wejściem RODO. Aby rozwiązać problem odstąpiono od pobierania list pracowników od pracodawców. Za podstawowe źródło danych osobowych przyjęto deklaracje udziału w projekcie, które zbierano indywidualnie od osób zakwalifikowanych. Umożliwiło to rejestrację uczestnika w programie SL2014, który zapewnia kompletność i właściwe zabezpieczenie danych osobowych. Dodatkowo, uznano za zbędne zbieranie danych osobowych osób, które nie spełniają kryteriów włączania do Programu.

Czwartym czynnikiem oddziałującym negatywnie był nieprecyzyjny zapis w RPPZ, który zakładał udzielanie porad edukacyjnych w placówkach POZ, podczas gdy kluczowe jest nie miejsce, ale podmiot świadczący usługę. Zmieniono zapis, iż porady edukacyjne mogą być udzielane w siedzibie POZ lub na terenie zakładu pracy. Zakładając, że intencją zaangażowania w realizację działań z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki chorób, jest zaangażowanie POZ, celem doprecyzowania było przeniesienie akcentu z miejsca świadczenia porady edukacyjnej, którym może być zakład pracy na podmiot ją realizujący.

Piątym utrudnieniem była zaplanowana w RPPZ forma realizacji szkoleń. W Programie zakładano organizację szkoleń informacyjno-edukacyjnych skierowanych do lekarzy: POZ, Medycyny Pracy, do pielęgniarek POZ, do pracodawców i/lub osób zarządzających, pracowników PIS, PIP, BHP oraz do edukatorów zdrowotnych, które miały odbywać w 20 grupach ok. 85-osobowych, trwając 5 godzin w wynajętych salach konferencyjnych. W praktyce powyższe rozwiązania okazały się trudne do osiągnięcia, z uwagi na problem uzyskania frekwencji na poziomie 85 osób na szkoleniu. Ponadto natłok obowiązków pracowniczych, w szczególności pracodawców i kadry kierowniczej zniechęcał do udziału w 5-godzinnym szkoleniu odbywającym się poza zakładem pracy. W celu rozwiązania problemu zwiększono liczbę szkoleń przy jednoczesnej redukcji liczby uczestników na jednym szkoleniu.

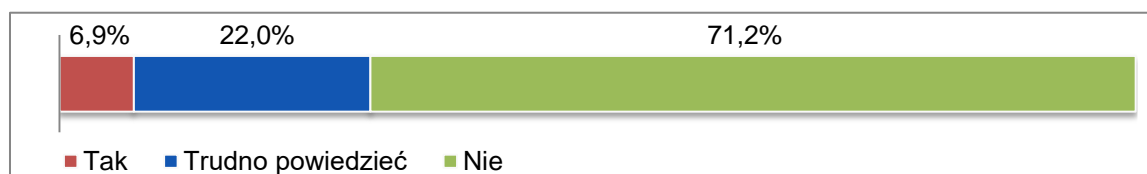
Zredukowano liczbę godzin szkoleniowych z zakładanych 5 do 2-3. Dodatkowo wprowadzono możliwość organizowania szkoleń w pomieszczeniach danego zakładu pracy, co wpłynęło na brak konieczności przemieszczania się pracowników poza miejsce pracy.

Kolejnym problemem był fakt, że w RPPZ i projekcie nie uwzględniono kosztów wykorzystania gabinetów i pomieszczeń, co było utrudnieniem zwłaszcza w formule realizacji zadań identyfikacji czynników ryzyka poza zakładami pracy. Problemu nie dało się przewidzieć, ani rozwiązać, ponieważ nie było możliwości zwiększenia wartości dofinansowania. Problem nie miał wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów.

Czynnikiem utrudniającym realizację projektu był również brak zainteresowania lekarzy szkoleniami. Problemu nie udało się rozwiązać, ponieważ nie wypracowano rozwiązań, skutecznie zachęcających do udziału lekarzy w szkoleniach. Problem miał negatywny wpływ na realizację wskaźnika „Liczba przeszkolonych osób w ramach programu zdrowotnego” ze względu na niską skuteczność rekrutacji na szkolenia informacyjno-edukacyjne, skierowane do lekarzy.

W ramach badania ankietowego uczestników Programu zapytano o czynniki zniechęcające do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie, a także podczas jego realizacji. Większość (71,2%) badanych wskazała, że nie wystąpiły czynniki zniechęcające na etapie podejmowania decyzji o udziale we wsparciu.

Wykres 56. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: 1. „Czy podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia, pojawiały się czynniki, które zniechęcały Pana/Panią do udziału we wsparciu?” N=378 oraz 2. „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały lub utrudniały podjęcie decyzji o skorzystaniu ze wsparcia?” N=107. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%

Wśród czynników zniechęcających do udziału w Programie najczęściej wymieniano: konieczność poświęcenia swojego czasu (7,4%); konieczność wypełniania formularzy (7,1%) i konieczność podawania bardzo osobistych informacji (6,6%). Natomiast 54,0% badanych nie wymieniło żadnego czynnika zniechęcającego do udziału w Programie, już po jego rozpoczęciu. Pozostali najczęściej wymieniali: utrudnienia powodowane przez pandemię COVID-19 (15,1%); konieczność poświęcenia większej ilości czasu niż oczekiwano (14,0%); trudność w godzeniu

udziału we wsparciu z życiem zawodowym (11,6%); konieczność podawania bardzo osobistych informacji (7,7%); trudność w godzeniu udziału we wsparciu z życiem prywatnym (6,1%) oraz konieczność pozyskiwania/przedstawiania niezbędnych zaświadczeń/dokumentów (3,4%).

Wykres 57. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały Pana/Panią do korzystania ze wsparcia już podczas jego realizacji?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najbardziej uciążliwym problemem był dla ankietowanych czas realizacji wsparcia kolidujący z pracą i innymi obowiązkami (5,8% wskazań), a następnie konieczność korzystania ze wsparcia w sposób zdalny z powodu pandemii COVID-19 (4,5%).

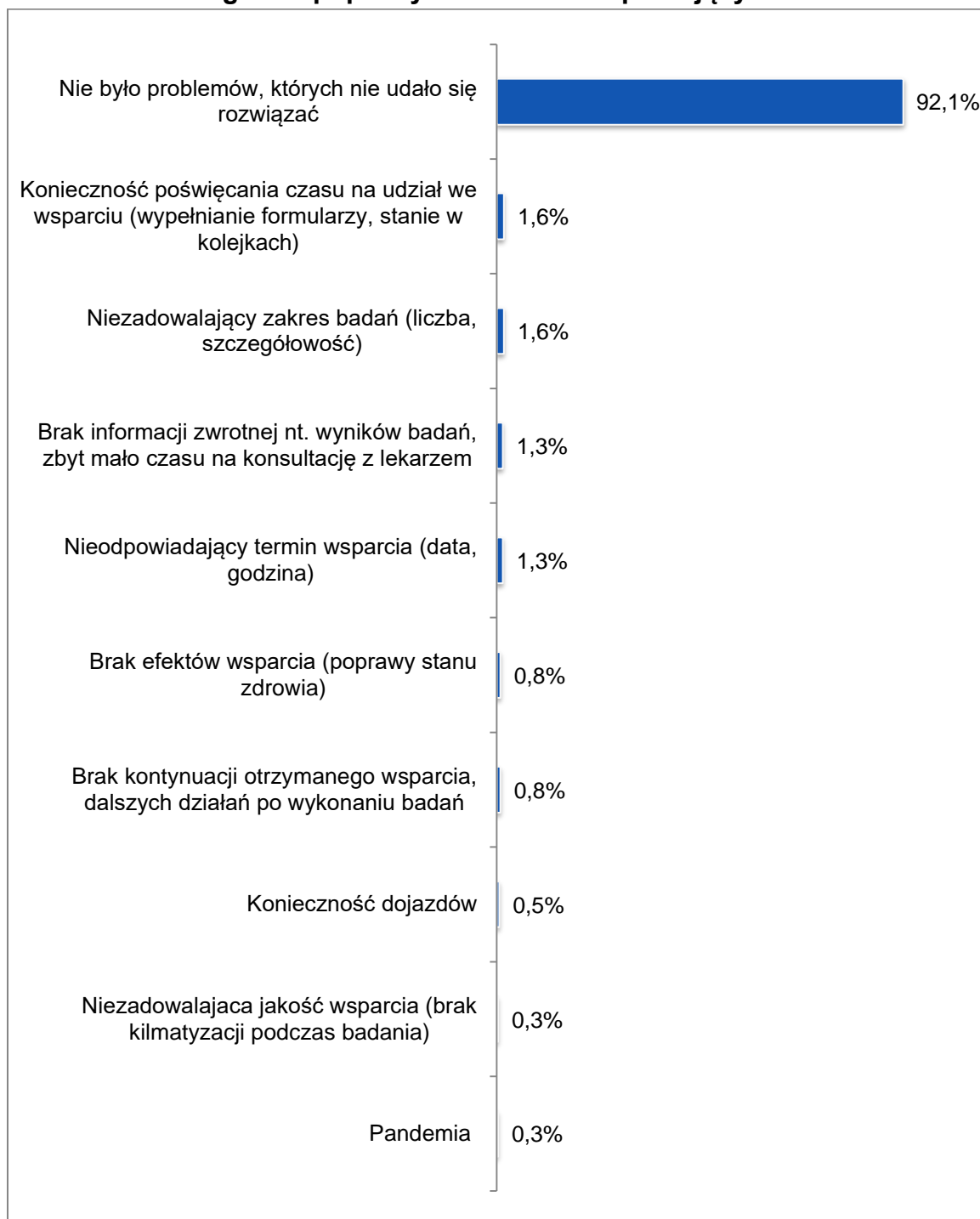
Wykres 58. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać problemy, które wystąpiły podczas korzystania przez Pana/Panią ze wsparcia i ocenić, jak bardzo były dla Pana/Pani uciążliwe” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Badani w większości (92,1%) stwierdzili, że nie było problemów, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie uznali konieczność poświęcania czasu na udział we wsparciu (wypełnianie formularzy, stanie w kolejkach) (1,6%); niezadowalający zakres badań (liczba, szczegółowość) (1,6%); brak informacji zwrotnej nt. wyników badań, zbyt mało czasu na konsultację z lekarzem (1,3%); nieodpowiadający termin wsparcia (data, godzina) (1,3%); brak efektów wsparcia (poprawy stanu zdrowia) (0,8%); brak kontynuacji otrzymanego wsparcia, dalszych działań po wykonaniu badań (0,8%); konieczność dojazdów (0,5%); niezadowalającą jakość wsparcia (0,3%) i pandemię (0,3%).

Wykres 59. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać wszystkie problemy, których nie udało się rozwiązać, i jaki był tego powód?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wśród propozycji zmian do analogicznego Programu w przyszłości, zgłaszanych przez autora RPPZ i beneficjenta znalazły się:

- Zmniejszenie wskaźnika populacji osób pracujących objętych interwencją, który wynosił 30%. W praktyce okazało się, że jest to zbyt ambitny pułap. Być może warto zmniejszyć liczbę osób objętych wsparciem na rzecz zwiększenia kompleksowości wsparcia (większa liczba i zakres badań, ilość czasu poświęcona na interwencje).
- Odejście od formuły realizowania jednego projektu skierowanego do populacji na poziomie regionalnym, na rzecz realizacji wielu projektów na poziomie subregionalnym, w jednym lub kilku powiatach.
- Umożliwienie udziału w Programie, również osobom powyżej 50 roku życia, które wykazywały zainteresowanie uczestnictwem we wsparciu, ale nie mogły z niego skorzystać. Pozyskanie informacji o braku kwalifikacji do Programu z powodu przekroczenia górnej granicy wieku było dla nich rozczarowujące. Aktualnie osoby powyżej 50 roku życia mogą jeszcze długo pozostawać aktywne zawodowo, a w tym wieku zaczynają się coraz częściej pojawiać problemy zdrowotne i wzrasta świadomość konieczności zadbania o swój stan zdrowia.
- Umożliwienie udziału w Programie również osobom pracującym w rolnictwie, ze względu na fakt, że w województwie podlaskim wiele osób pracuje w rolnictwie, lub posiada własne gospodarstwo rolne.
- Zmiana sposobu rekrutacji, zaniechanie docierania do pracowników przez pracodawców. Rozważenie wprowadzenia kanału pozyskiwania uczestników przez medycynę pracy.
- Zwiększenie poziomu ogólności zapisów w RPPZ, dające większą swobodę w realizacji projektu przez beneficjenta.
- Dopuszczenie możliwości aktualizacji kosztów wskazanych w RPPZ przed przystąpieniem do realizacji projektu.
- W przypadku kontynuacji RPPZ należy uwzględnić w kryteriach wyłączenia istnienie od 01.07.2021 Programu Profilaktyka 40 plus, który zakłada dostęp Polakom powyżej 40 roku życia do bezpłatnego pakietu badań diagnostycznych. Należy zapobiec sytuacji w której mogłoby dojść do powielenia się świadczeń w ramach RPPZ.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie skuteczności wdrażania Programu.

Czy wdrażane programy polityki zdrowotnej osiągnęły zakładane cele, w tym określone wskaźniki? Czy realizowane programy zdrowotne wniosły wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych? Jakie były przyczyny ewentualnego niezrealizowania celów stawianych przed programami polityki zdrowotnej?

Z przeprowadzonej analizy wynika, że nie udało się w pełni osiągnąć celu oraz wartości docelowych wybranych wskaźników określonych w RPPZ. Główną przyczyną była konieczność realizacji projektu w czasie pandemii COVID-19, która wywarła negatywny wpływ na proces rekrutacji zakładanej liczby uczestników do Programu, utrudniła pozyskanie kadry medycznej oraz uniemożliwiła realizację projektu w zakładanej formie (czasowy brak możliwości realizacji działań na terenach zakładów pracy oraz placówkach POZ) i zgodnie z zaplanowanym harmonogramem.

RPPZ wniósł wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych poprzez zaoferowanie świadczeń osobom pracującym na terenie zakładów pracy, do których docierały mobilne punkty składające się z lekarza, pielęgniarki i edukatora zdrowotnego.

W jakim stopniu poszczególne programy polityki zdrowotnej przyczyniły się do uzyskania rezultatów zakładanych w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego? Jakie były przyczyny nieosiągnięcia zakładanych rezultatów?

Rezultatem RPPZ w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego miało być objęcie 102 000 osób programem zdrowotnym dzięki EFS. W Programie wsparciem objęto 24 989 osób, co stanowi 24,5% wartości założonej w RPPZ i 674,5% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020 dla Działania 2.5, w OP II, PI 8vi. Przyczynami nieosiągnięcia zakładanych rezultatów na poziomie RPPZ były przede wszystkim zjawiska zewnętrzne, których nie dało się przewidzieć w momencie tworzenia założeń RPPZ. Mowa głównie o trudnościach z rekrutacją do Programu, na którą negatywny wpływ miała konieczność realizacji RPPZ w czasie trwania pandemii COVID-19. Poza tym założenia RPPZ w praktyce okazały się zbyt ambitne, szczególnie w odniesieniu do populacji objętej Programem i realizacji RPPZ w ramach jednego projektu w długiej perspektywie czasowej.

Jakie problemy pojawiły się w trakcie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy udało się rozwiązać wszystkie problemy? Jeżeli nie, które problemy nie zostały rozwiązane i dlaczego? W jaki sposób wpłynęło to na realizację programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów?

Głównym problemem, który pojawił się w trakcie realizacji RPPZ było wystąpienie siły wyższej, jaką była pandemia COVID-19. Wpłynęła ona negatywnie na realizację Programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ponieważ utrudniała rekrutację uczestników, pozyskiwanie kadry medycznej, realizację zadań zgodnie z harmonogramem oraz spowodowała wzrost kosztów i zapotrzebowania na środki ochrony indywidualnej. Aby ograniczyć negatywny wpływ pandemii na realizację Programu wprowadzono możliwość realizacji porady edukacyjnej w grupach ryzyka w formie teleporady, a szkoleń – w sposób zdalny. Jednak pandemia miała negatywny wpływ na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ze względu na brak skutecznego zrekrutowania zakładanej liczby uczestników.

Innym problemem, był brak zainteresowania lekarzy szkoleniami. Problemu nie udało się rozwiązać, ponieważ nie wypracowano rozwiązań, skutecznie zachęcających do udziału lekarzy w szkoleniach. Problem miał negatywny wpływ na realizację wskaźnika „Liczba przeszkolonych osób w ramach programu zdrowotnego” ze względu na niską skuteczność rekrutacji.

Kolejny problem wynikał z braku uwzględnienia w RPPZ kosztów wykorzystania gabinetów i pomieszczeń, co było utrudnieniem zwłaszcza w formule realizacji zadań identyfikacji czynników ryzyka poza zakładami pracy. Problemu nie dało się przewidzieć, ani rozwiązać, ponieważ nie było możliwości zwiększenia wartości dofinansowania. Problem nie miał wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów.

Do rozwiązań zastosowanych w celu usprawnienia realizacji projektu należało: 1) zwiększenie liczby szkoleń informacyjno-edukacyjnych przy jednoczesnej redukcji liczby uczestników na jednym szkoleniu; 2) zredukowanie liczby godzin szkoleniowych z zakładanych 5 do 2-3; 3) wprowadzenie możliwości organizowania szkoleń w pomieszczeniach danego zakładu pracy; 4) wprowadzenie możliwości realizacji zadania "Ocena ryzyka zdrowotnego" również poza zakładem pracy; 5) umożliwienie udziału w Programie pracownikom, których zakład pracy nie wyraził zgody na przeprowadzenie badań na terenie zakładu pracy lub nie wyraził zgody na udział w projekcie lub nie wyraził zgody na udział w audycie wstępnym; 6) odstąpienie od pobierania list pracowników od pracodawców na rzecz pozyskiwania indywidualnych deklaracji udziału w projekcie od osób zakwalifikowanych; 7) przeniesienie akcentu z miejsca świadczenia porady edukacyjnej, którym może być zakład pracy na podmiot ją realizujący, czyli POZ.

U zdecydowanej większości (92,1%) ankietowanych uczestników projektów nie pojawiły się problemy, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie uznali konieczność poświęcania czasu na udział we wsparciu (wypełnianie formularzy, stanie w kolejkach) (1,6%); niezadowalający zakres badań (liczba, szczegółowość) (1,6%); brak informacji zwrotnej nt. wyników badań, zbyt mało czasu na konsultację z lekarzem (1,3%); nieodpowiadający termin wsparcia (data, godzina) (1,3%); brak efektów wsparcia (poprawy stanu zdrowia) (0,8%); brak kontynuacji otrzymanego wsparcia, dalszych działań po wykonaniu badań (0,8%); konieczność dojazdów (0,5%); niezadowalającą jakością wsparcia (0,3%) i pandemię (0,3%).

Jak należy ocenić skuteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Które z narzędzi okazały się najbardziej skuteczne, a które najmniej i dlaczego?

Wszystkie narzędzia wsparcia były skuteczne, ponieważ służyły osiągnięciu celu głównego Programu, jakim była poprawa stanu zdrowia populacji pracującej w województwie podlaskim, poprzez przeprowadzenie interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie działań mających na celu zmianę niewłaściwego stylu życia. Wdrożone narzędzia, które z powodzeniem zostały wykorzystane w RPPZ, to badania profilaktyczne, ocena ryzyka zdrowotnego, edukacja zdrowotna dla osób pracujących i szkolenia informacyjno-edukacyjne, skierowane do lekarzy, pracodawców, pracowników PIS, PIP, BHP oraz edukatorów zdrowotnych. Z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że zastosowane w Programie narzędzia nie różniły się skutecznością, a jedynie sposobem, w jaki były wykorzystane do osiągnięcia celu.

Jakie zmiany należałoby wprowadzić w założeniach poszczególnych programów polityki zdrowotnej, by poprawić ich skuteczność i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznych programów w przyszłości?

Aby poprawić skuteczność RPPZ i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznego Programu w przyszłości, należałoby przede wszystkim uprościć procedurę rekrutacji, poprzez ograniczenie ilości pozyskiwanych danych osobowych, zintensyfikować działania informacyjno-promocyjne nt. oferowanego wsparcia oraz rozszerzyć kanały pozyskiwania uczestników do Programu, np. za pośrednictwem medycyny pracy, mediów społecznościowych. Wskazane jest również stosowanie możliwie elastycznych zapisów w RPPZ, pozostawiających pewną swobodę beneficjentowi w realizacji projektów, a jednocześnie pozwalających na uzyskanie pozytywnej opinii od AOTMiT. Należy unikać przydzielania do realizacji projektu skierowanego na udzielenie wsparcia dużej grupie docelowej w długiej perspektywie czasowej – jednemu beneficjentowi. W przypadku kontynuacji RPPZ należy uwzględnić w kryteriach wyłączenia istnienie od 01.07.2021 Programu Profilaktyka 40 plus, który zakłada dostęp Polakom powyżej 40 roku życia do

bezpłatnego pakietu badań diagnostycznych. Należy zapobiec sytuacji w której mogłoby dojść do powielenia się świadczeń w ramach RPPZ.

Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w programie polityki zdrowotnej były skuteczne?

Działania dotyczące rekrutacji były zróżnicowane i prowadzone wieloma kanałami. Zdaniem zdecydowanej większości (75,7%) uczestników projektu sposób informowania o Programie był wystarczający. Jednak zidentyfikowane problemy z rekrutacją do Programu przyczyniły się do oceny, że działania dotyczące rekrutacji nie były w pełni skuteczne, głównie ze względu na obostrzenia wywołane pandemią, które utrudniły bezpośredni kontakt np. z pracodawcami.

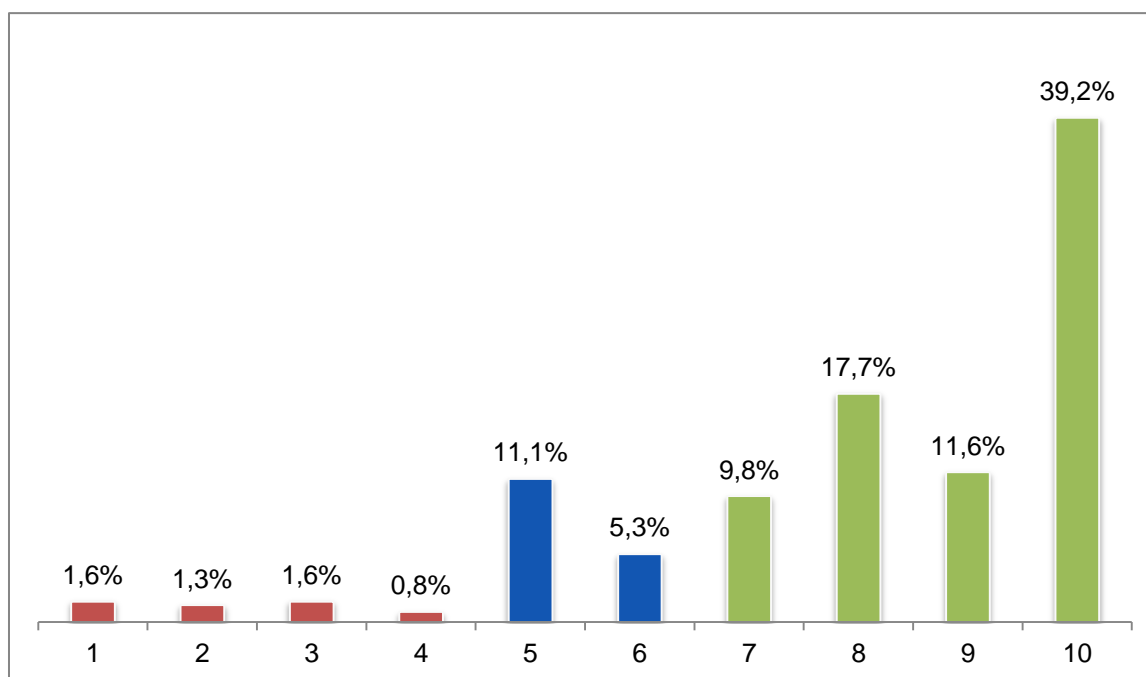
Podrozdział 4.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z drugim celem szczegółowym badania, jakim była ocena użyteczności wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim.

Zapotrzebowanie na wsparcie oferowane w Programie

Instrumenty przyjęte w Programie były adekwatną odpowiedzią na rozwiązanie problemów zidentyfikowanych w diagnozie do RPPZ. Nie budziły one zastrzeżeń ani beneficjenta, ani eksperta. Ankietowani uczestnicy Programu wysoko ocenili zgodność wsparcia ze swoimi oczekiwaniami (średnia ocena to 8,0 na 10 stopniowej w skali, gdzie 1 oznaczało całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność), co pozwala uznać, że wsparcie było dla nich użyteczne.

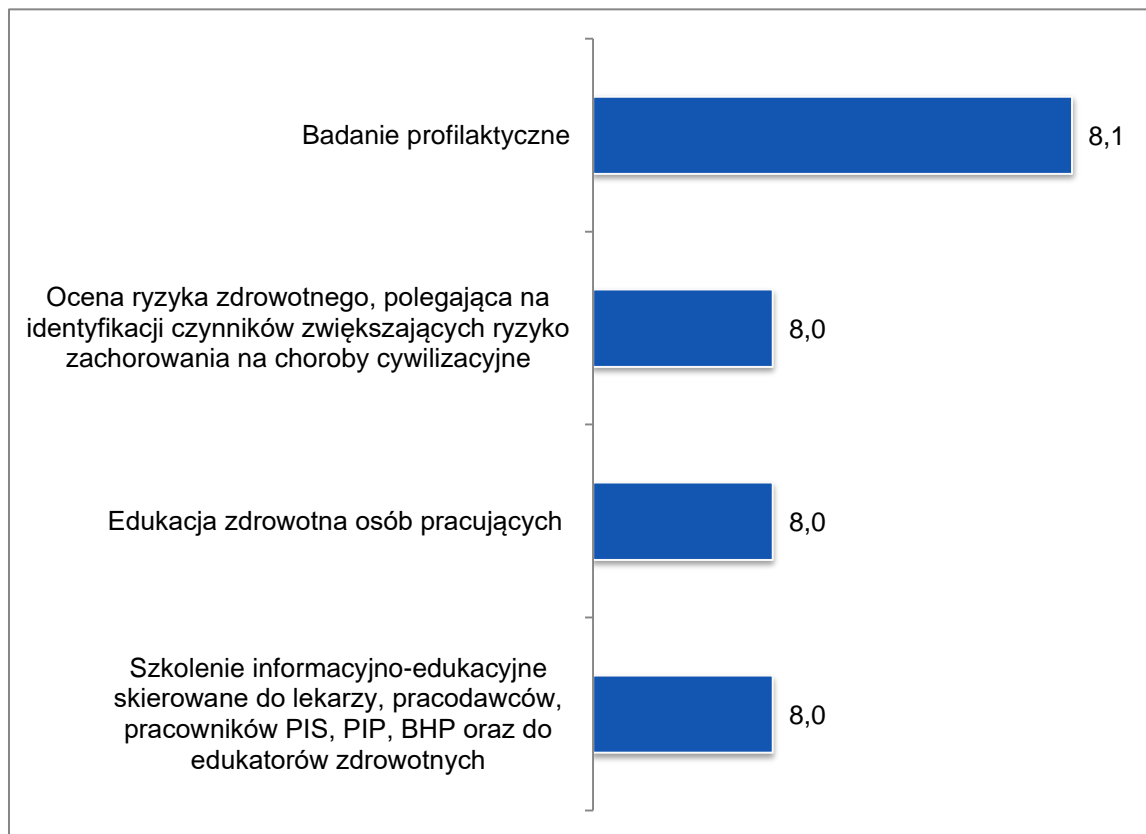
Wykres 60. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Wszystkie formy wsparcia, z których skorzystali ankietowani uczestnicy, w wysokim stopniu spełniły ich oczekiwania.

Wykres 61. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu poprawy stanu zdrowia pracujących, z ich oczekiwaniami

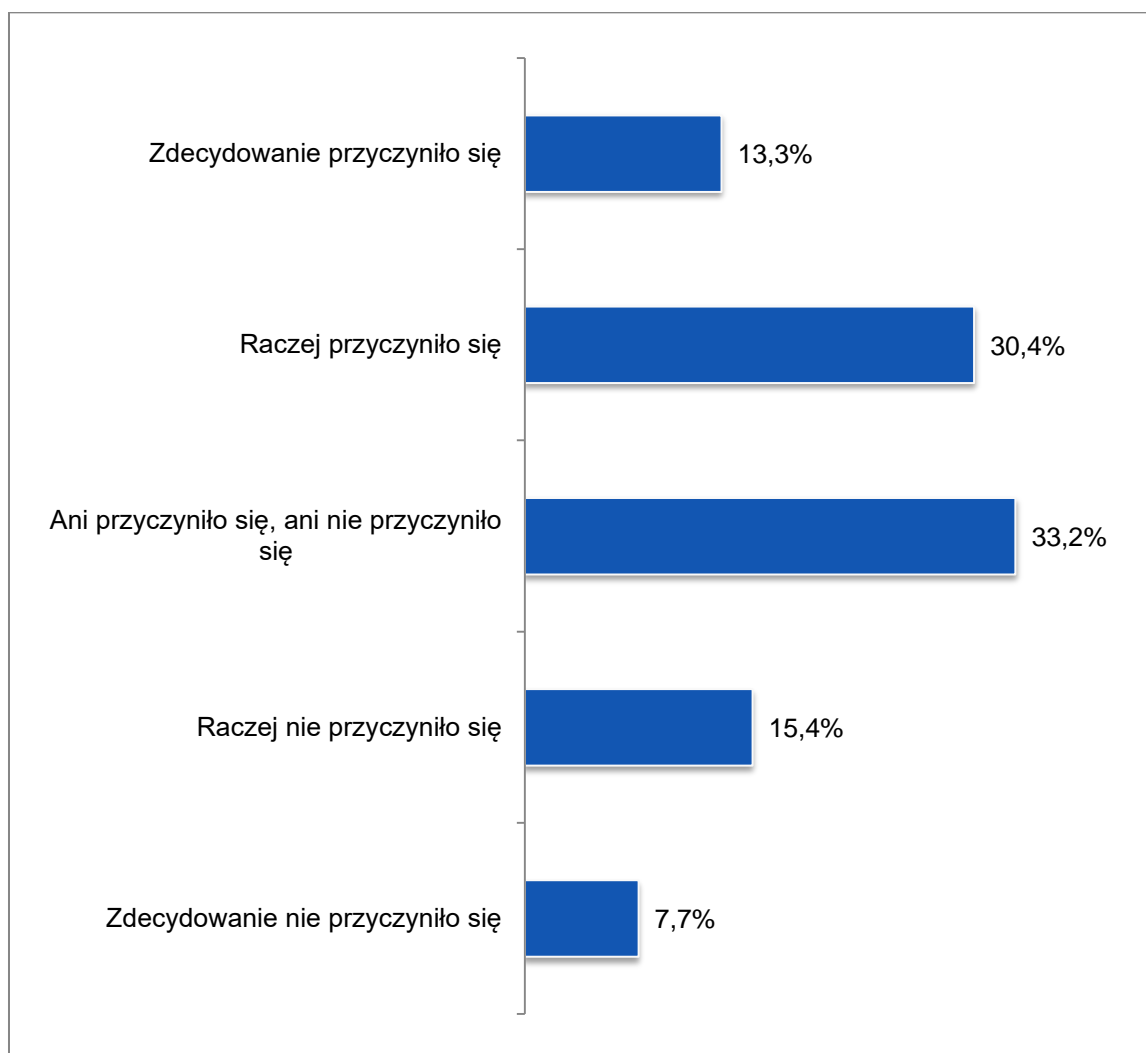


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” oraz „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Średnie z uzyskanych odpowiedzi.

Zdaniem beneficjenta i autora RPPZ narzędziami, które w najwyższym stopniu pozwalają uczestnikom dostrzec i zrozumieć rolę profilaktyki w utrzymaniu dobrego stanu zdrowia jest edukacja zdrowotna osób pracujących oraz szkolenia, zwłaszcza dla edukatorów zdrowotnych, pielęgniarek, którzy mogą wykazywać się wyższym zaangażowaniem w edukowaniu pacjentów niż lekarze.

Jak poinformowało 43,7% uczestników Programu, ich udział we wsparciu przyczynił się do rozwiązania/zmniejszenia problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem zgłoszenia do Programu. Natomiast zarówno beneficjent, jak i ekspert nie czuli się kompetentni, by oceniać, czy ich zdaniem nastąpiło rozwiązanie/zminimalizowanie problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia. Warto w tym miejscu również przypomnieć o charakterze Programu, który zakładał działania profilaktyczne, zapobiegające wystąpieniu chorób cywilizacyjnych wśród osób pracujących.

Wykres 62. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie*

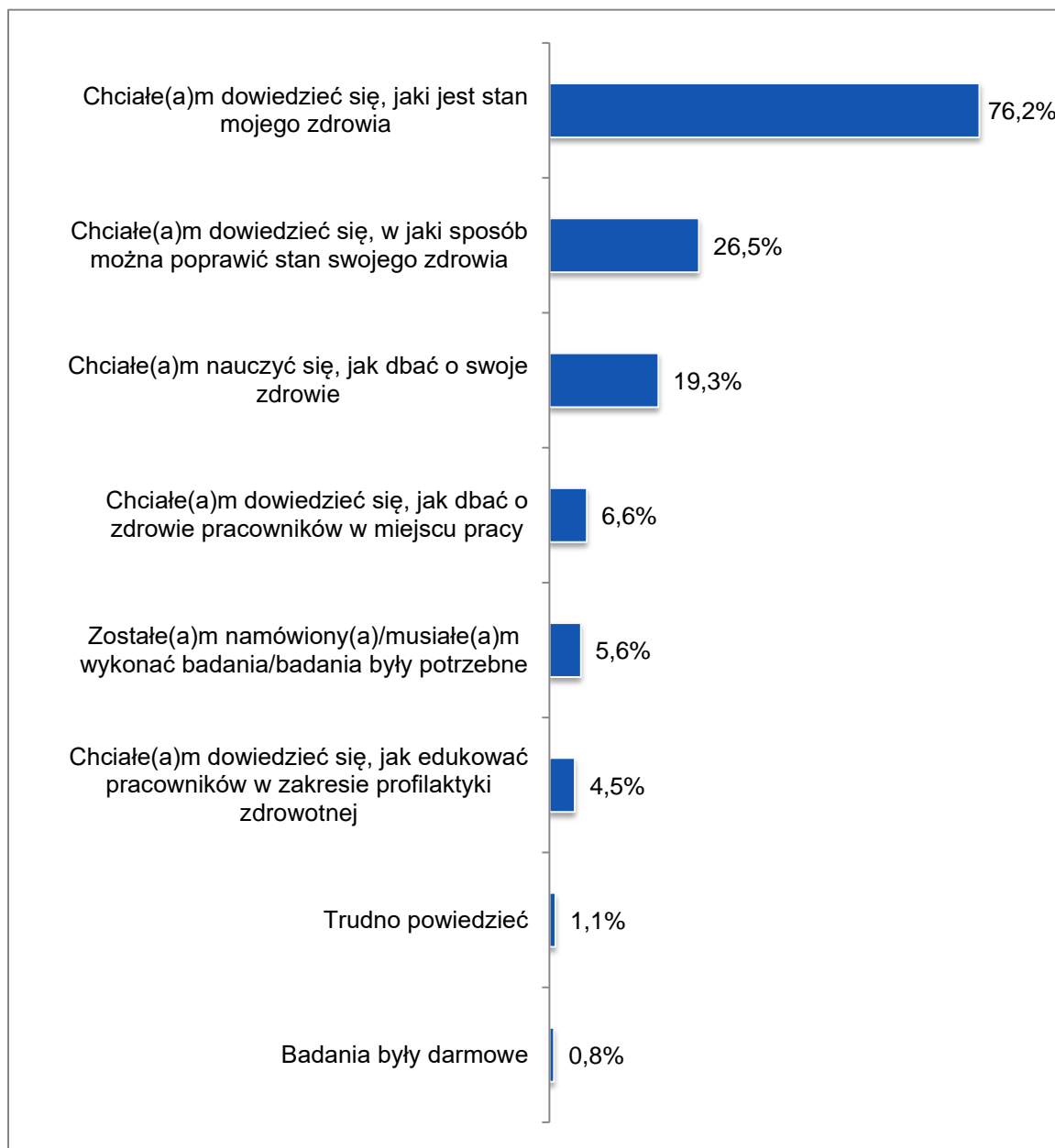


* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Mój udział we wsparciu nie był powodowany problemem zdrowotnym”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu pomógł Panu/Pani rozwiązać/zmniejszyć problem związany ze zdrowiem, który był powodem udziału we wsparciu?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=286 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Mój udział we wsparciu nie był powodowany problemem zdrowotnym”, N=92).

Najczęściej wskazywanym powodem, dla którego zdecydowano się na wsparcie była chęć poznania swojego stanu zdrowia (76,2%). Na kolejnych miejscach wymieniano chęć nauczenia się, jak poprawić stan zdrowia (26,5%) i jak dbać o swoje zdrowie (19,3%). Rzadziej wymieniano chęć nauczenia się jak dbać o zdrowie pracowników w miejscu pracy (6,6%); uczestnictwo za namową innych osób (5,6%); chęć nauczenia się, jak edukować pracowników w zakresie profilaktyki zdrowotnej (4,5%) oraz chęć skorzystania z bezpłatnych badań (0,8%).

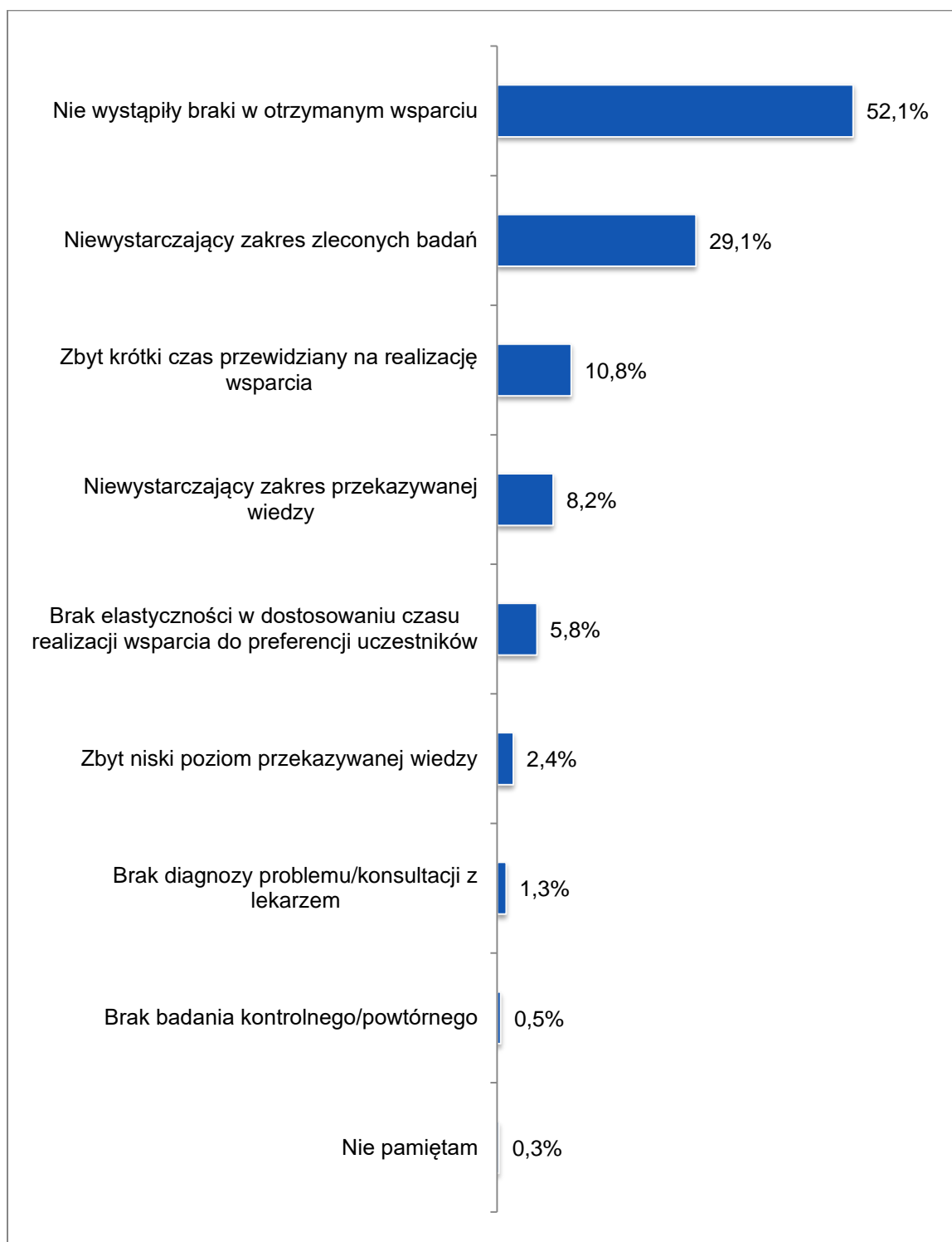
Wykres 63. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu poprawy stanu zdrowia pracujących zdecydowali się skorzystać ze wsparcia



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani skorzystać ze wsparcia?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Ponad połowie (52,1%) badanych respondentów niczego nie zabrakło w otrzymanym wsparciu. Pozostali najczęściej wskazywali na niewystarczający zakres zleconych badań, zbyt krótki czas przewidziany na realizację wsparcia, niewystarczający zakres przekazywanej wiedzy oraz brak elastyczności w dostosowaniu czasu realizacji wsparcia do preferencji uczestników.

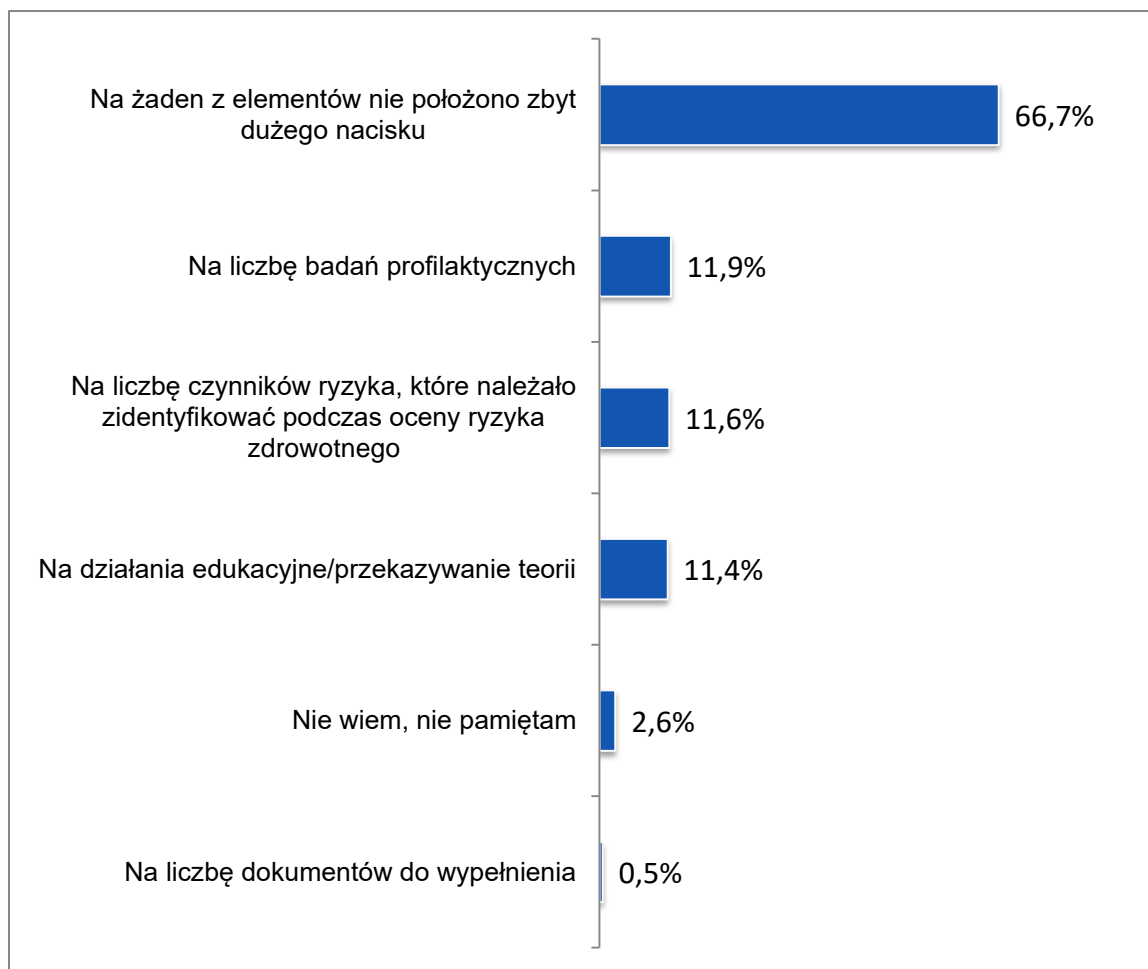
Wykres 64. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, czego Panu/Pani zabrakło w otrzymanym wsparciu?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdaniem zdecydowanej większości (66,7%) uczestników na żaden z elementów nie położono zbyt dużego nacisku. Kolejni respondenci wymienili natomiast: liczbę badań profilaktycznych (11,9%); liczbę czynników ryzyka, które należało zidentyfikować podczas oceny ryzyka zdrowotnego (11,6%); na działania edukacyjne/przekazywanie teorii (11,4%) oraz liczbę dokumentów do wypełnienia (0,5%).

Wykres 65. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, na co został położony zbyt duży nacisk podczas realizacji wsparcia?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wśród ankietowanych 40,2% niczego by nie zmieniło w zakresie oferowanego wsparcia. Pozostali najczęściej wymieniali: większy zakres badań (liczba, szczegółowość) (27,5%); poprawę jakości wsparcia (dostosowanie do indywidualnych potrzeb, lepszy kontakt z uczestnikami) (5,3%); dokładniejsze omówienie wyników badań z lekarzem/możliwość konsultacji z innymi specjalistami (3,4%) i więcej działań edukacyjnych (3,2%).

Wykres 66. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Co ewentualnie by Pan/Pani zmienił/a w zakresie oferowanego wsparcia?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najczęściej wymienianym powodem, dla którego ankietowani uczestnicy zdecydowali się wziąć udział w Programie, była chęć poznania stanu swojego zdrowia. Potrzeba była możliwa do zaspokojenia w ramach Programu, który miał charakter diagnostyczno-profilaktyczny, uwzględniający edukację zdrowotną.

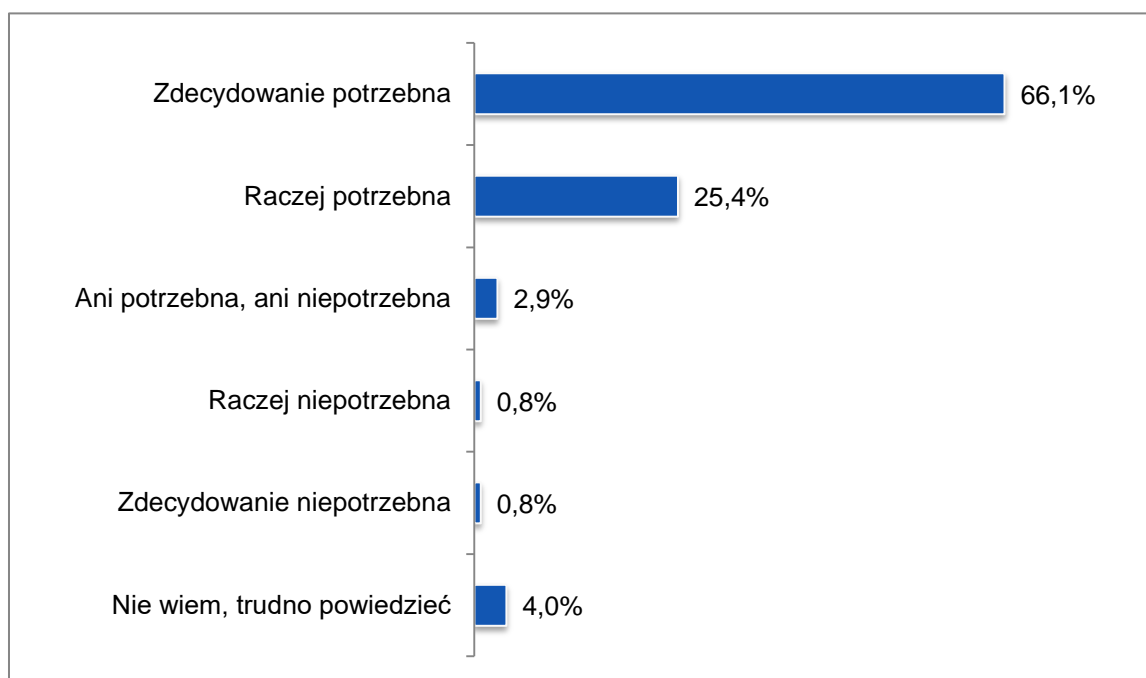
Fakt, że ponad połowie respondentów (52,1%) niczego nie brakowało w otrzymanym wsparciu, a 40,2% nic by w nim nie zmieniła, oznacza, że Program raczej spełnił oczekiwania odbiorców, a wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się odpowiednie. Niemniej, w celu podniesienia użyteczności, należałoby rozważyć zwiększenie liczby i zakresu oferowanych badań profilaktycznych i poprawić jakość wsparcia pod kątem jego dostosowania do indywidualnych potrzeb.

Zapotrzebowanie na kontynuację wsparcia oferowanego w Programie

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna z uwagi na aktualność problemów wskazanych w RPPZ. Choroby cywilizacyjne nadal powodują zagrożenie skrócenia czasu aktywności zawodowej. Ponadto specyfika programów profilaktycznych polega na tym, że aby były skuteczne, muszą być kontynuowane i prowadzone w perspektywie długofalowej. Ich efekty, zdaniem ekspertów, są widoczne co najmniej po 8 latach.

Również ankietowani uczestnicy Programu (91,5%) byli zgodni, że kontynuacja Programu jest nadal potrzebna.

Wykres 67. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań mających na celu poprawę zdrowia osób pracujących w ramach Programu poprawy stanu zdrowia pracujących



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że realizacja działań mających na celu poprawę zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim jest nadal potrzebna?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie użyteczności wdrażania Programu.

Jak należy ocenić użyteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy były użyteczne i jak wpłynęły na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że wszystkie narzędzia wsparcia oferowane w RPPZ były użyteczne, to znaczy w wysokim stopniu zgodne z oczekiwaniami ich odbiorców. Uczestnictwo w Programie w wysokim stopniu przyczyniło się do zwiększenia świadomości nt. konieczności podejmowania działań zapobiegających chorobom cywilizacyjnym. Potwierdzeniem są wyniki badań ankietowych, wywiady z beneficjentami i ekspertami.

Czy poszczególne programy polityki zdrowotnej odpowiadały na potrzeby grup docelowych, czy spełniły oczekiwania odbiorców wsparcia? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w poszczególnych programach polityki zdrowotnej okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że RPPZ spełnił oczekiwania odbiorców wsparcia, wiązane z uczestnictwem w Programie. Wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w Programie okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów. Najczęściej wymienianym powodem, dla którego ankietowani uczestnicy zdecydowali się wziąć udział w Programie, była chęć poznania stanu swojego zdrowia. Potrzeba była możliwa do zaspokojenia w ramach Programu, który miał charakter diagnostyczno-profilaktyczny, uwzględniający edukację zdrowotną. Niemniej, w celu podniesienia użyteczności, należałoby rozważyć zwiększenie liczby i zakresu oferowanych badań profilaktycznych i poprawić jakość wsparcia pod kątem jego dostosowania do indywidualnych potrzeb.

Czy istnieje potrzeba kontynuowania tego typu wsparcia w przyszłości? W jakich obszarach pomoc jest nadal niezbędna i konieczna?

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna. Problemy zidentyfikowane w diagnozie do RPPZ pozostają aktualne; ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne wśród osób pracujących w województwie podlaskim jest nadal wysokie. Istnieje zapotrzebowanie na edukację zdrowotną i badania przesiewowe oraz profilaktyczne.

Czy uczestnictwo w poszczególnych programach polityki zdrowotnej przyczyniło się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia?

Udział w Programie przyczynił się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych u 42,3% uczestników, przy czym należy pamiętać, że celem Programu było zapobieganie chorobom, które mogą się pojawić wskutek ewentualnie zdiagnozowanych czynników ryzyka.

Czy interwencja jest komplementarna z innymi działaniami podejmowanymi w ramach RPOWP w obszarze zdrowia? Jeśli tak, to w jaki sposób ten fakt wpłynął na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych?

Przedmiotowa interwencja jest komplementarna w stosunku do Poddziałania 8.4.1 Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Poddziałanie 8.4.1 ma na celu wsparcie infrastruktury m.in. w obszarze zdrowia, ukierunkowane na wzrost jakości świadczenia usług, ich dostępności oraz wzrost kompetencji kadr medycznych. Działania z zakresu infrastruktury ochrony zdrowia, uzupełnione o inicjatywy w zakresie kształtowania prozdrowotnego stylu życia, z założenia mają przyczynić się do zmniejszenia zachorowalności i umieralności spowodowanej chorobami cywilizacyjnymi. Wspólnym celem zarówno dla Działania 2.5, jak i Poddziałania 8.4.1 jest zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych oraz zmniejszenie zjawiska przerywania, czy całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej.

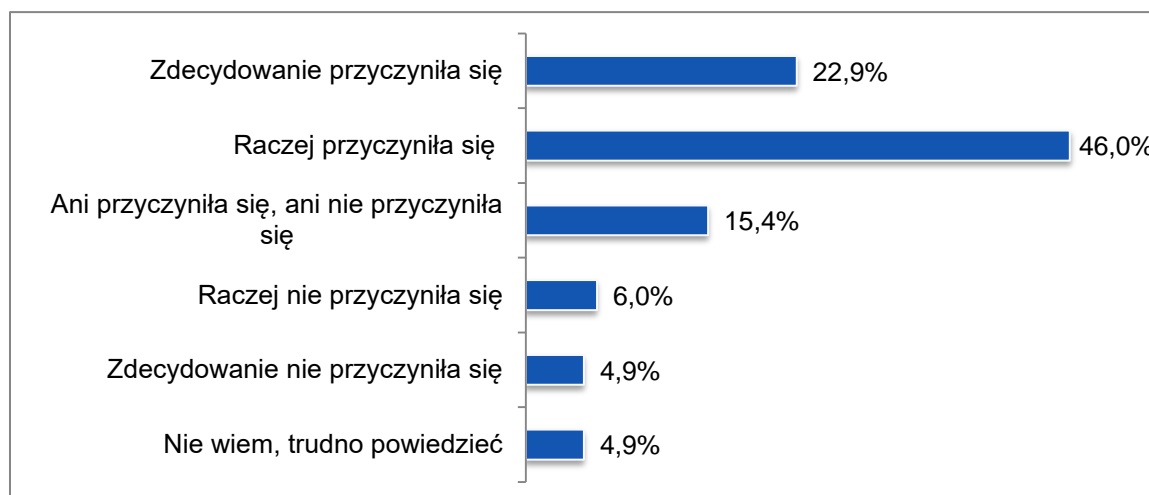
Prognozuje się, że podejmowane interwencje w ramach RPOWP w obszarze zdrowia będą miały pozytywny wpływ na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, dzięki utrzymaniu w zdrowiu mieszkańców województwa podlaskiego. Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych w ramach przedmiotowej interwencji nastąpiło poprzez dotarcie ze wsparciem dla osób zatrudnionych między innymi do ich miejsca pracy i zaoferowanie im usług zdrowotnych, uzupełniających względem finansowanych z NFZ.

Podrozdział 4.3. Ocena trwałości wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z trzecim celem szczegółowym badania, jakim była ocena trwałości wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim.

Beneficjent i ekspert zapytani o trwałe efekty wdrażanego wsparcia wskazali, że mogą nimi być wzrost poziomu wiedzy u osób pracujących, pracodawców, pracowników POZ, Medycyny Pracy, pielęgniarek POZ, pracowników PIS, PIP, BHP oraz edukatorów zdrowotnych, uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych. Beneficjent i ekspert nie czuli się kompetentni, by odpowiedzieć na pytanie, czy uczestnictwo w projekcie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych u uczestników projektu. Natomiast na identyfikację trwałych (utrzymujących się po zakończeniu realizacji Programu) efektów wsparcia pozwoliły wyniki badania ankietowego, w którym na unikanie czynników szkodzących zdrowiu, wskutek pozyskanej wiedzy nt. profilaktyki chorób cywilizacyjnych wskazało 68,9% uczestników Programu, a na podjęcie leczenia w następstwie wykonywanych w Programie badań profilaktycznych - 58,7% ankietowanych (dotyczy tylko osób, które wykonywały badania profilaktyczne w ramach Programu oraz z wykluczeniem odpowiedzi osób, które były już objęte leczeniem i osób, u których nie wystąpiła potrzeba leczenia).

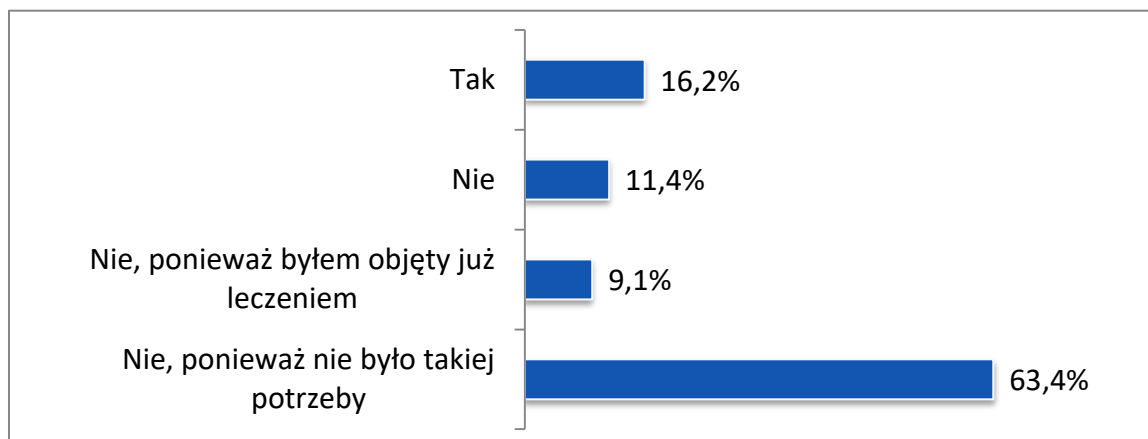
Wykres 68. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu*



* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Nie dotyczy, nie uczestniczyłem/łam w działaniach edukacyjnych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wiedza pozyskana podczas udziału we wsparciu spowodowała, że stara się Pan/Pani nie narażać na czynniki szkodzące zdrowiu?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=350 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Nie dotyczy, nie uczestniczyłem/łam w działaniach edukacyjnych”, N=28).

Wykres 69. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na podjęcie leczenia*

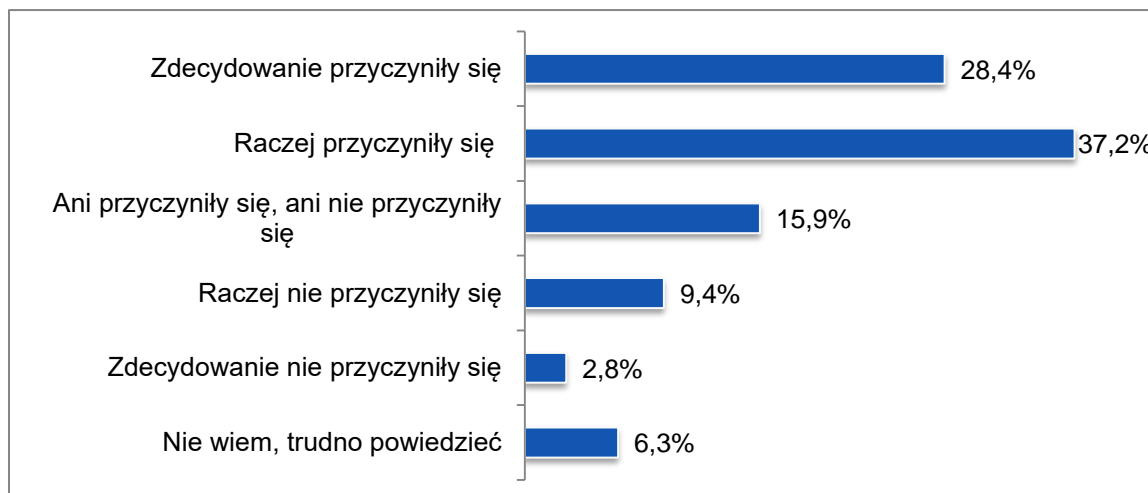


* Pytanie nie było zadawane uczestnikom, którzy nie wykonywali badań profilaktycznych w ramach Programu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych, wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu, skłoniły Pana/Panią do podjęcia leczenia?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=352 (wykluczeni respondenci, którzy nie wykonywali badań profilaktycznych w ramach wsparcia, N=26).

Większość (65,6%) respondentów zadeklarowała, że wyniki badań profilaktycznych wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu, zachęciły ich by wykonywać badania profilaktyczne regularnie.

Wykres 70. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na regularne wykonywanie badań profilaktycznych*

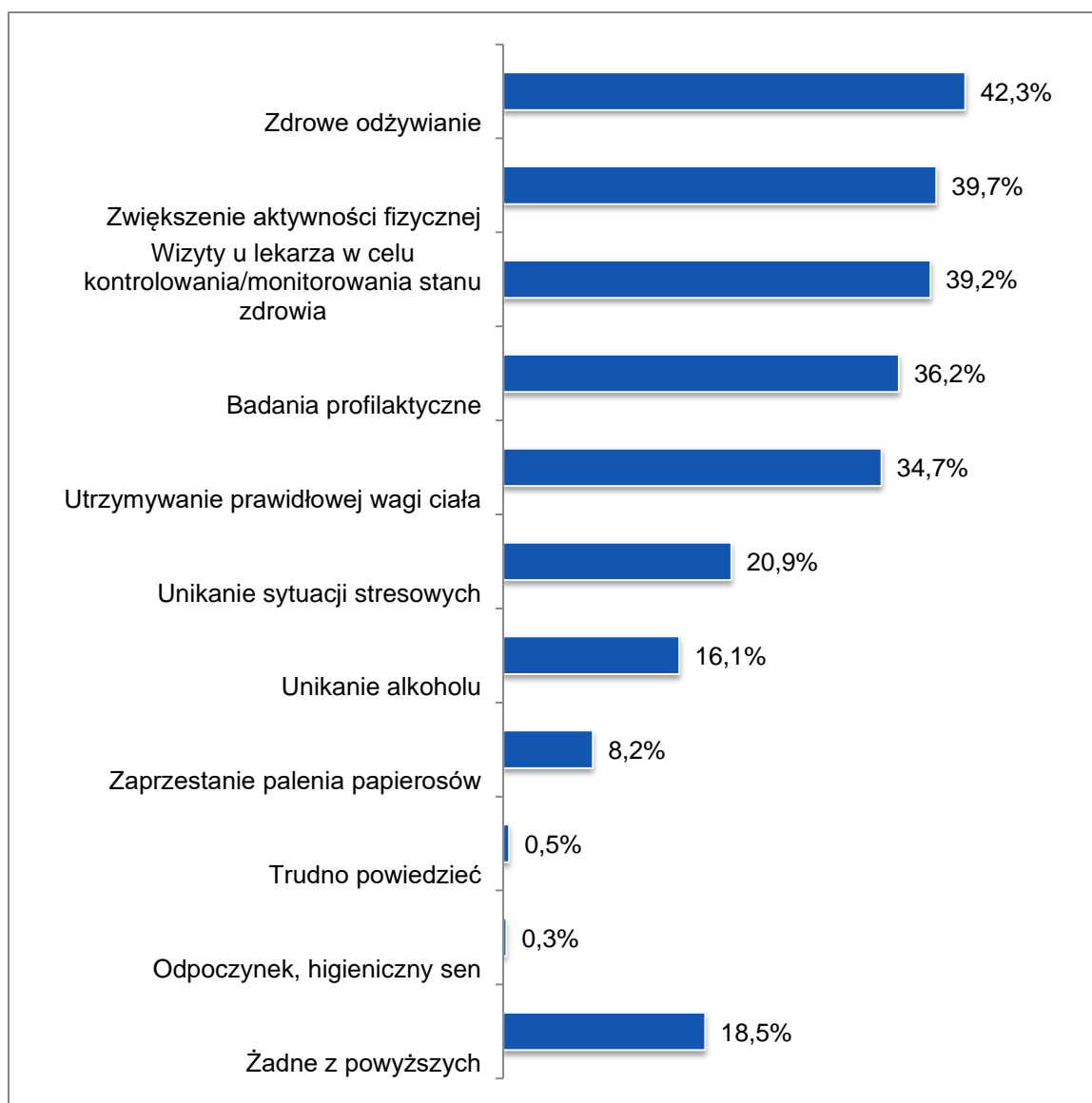


* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Nie dotyczy, nie wykonywałem/am badań profilaktycznych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych, wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu zachęciły Pana/Panią, by wykonywać badania profilaktyczne regularnie?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=352 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Nie dotyczy, nie wykonywałem/am badań profilaktycznych”, N=26)

Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu pojawiły się u 81,5% uczestników Programu. Są to: zdrowe odżywianie (42,3%); zwiększenie aktywności fizycznej (39,7%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (39,2%); badania profilaktyczne (36,2%); utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (34,7%); unikanie sytuacji stresowych (20,9%); unikanie alkoholu (16,1%); zaprzestanie palenia papierosów (8,2%) i odpoczynek/higieniczny sen (0,3%).

Wykres 71. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania 1. „Jakie działania profilaktyczne, w wyniku uczestniczenia w Programie, Pan/Pani podejmuje obecnie, a których wcześniej nie podejmował/a?” N=378 oraz 2. „Dlaczego nie podejmuje Pan/Pani żadnych działań związanych z zapobieganiem chorobom cywilizacyjnym?” N=70. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wskazywane przyczyny niepodjęcia działań profilaktycznych, będących efektem udziału we wsparciu to: brak czasu (4,8%); za długi czas oczekiwania do lekarza specjalisty (4,8%); podejmowanie działań profilaktycznych już przed udziałem w Programie (4,2%); posiadanie planów podjęcia działań zapobiegających chorobom cywilizacyjnym w przyszłości (4,0%); konieczność opłacenia wizyty u lekarza (1,9%); konieczność opłacenia badań profilaktycznych (1,6%); zbyt duża odległość do lekarza specjalisty (0,8%); brak takiej potrzeby (jestem zdrowy/a) (0,8%); brak wiary w skuteczność działań profilaktycznych (0,5%); brak promocji podejmowania działań profilaktycznych w Programie (0,3%) i trudno powiedzieć (0,3%).

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że ze względu na obecność działań edukacyjno-informacyjnych w projekcie wzrósł poziom wiedzy uczestników w obszarze będącym przedmiotem wsparcia. Większość ankietowanych w ramach CATI/CAWI przyznała, że dzięki skorzystaniu ze wsparcia poszerzyła się ich wiedza na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne (63,2%) oraz nt. tego, co należy robić aby uniknąć zachorowania na choroby cywilizacyjne (61,6%).

Wykres 72. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy dzięki skorzystaniu ze wsparcia, poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne takie, jak choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe, otyłość, depresja i inne” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Wykres 73. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób cywilizacyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy w wyniku skorzystania ze wsparcia wzrósł Pana/Pani poziom wiedzy o tym, co należy robić, aby uniknąć zachorowania na wyżej wymienione choroby cywilizacyjne?” przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących w ramach badania CAWI/CATI, N=378.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie trwałości wdrażania Programu.

Jak należy ocenić trwałość interwencji poszczególnych programów polityki zdrowotnej w odniesieniu do poprawy, zachowania aktywności zawodowej wśród uczestników programów zdrowotnych oraz poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych? Czy udzielona pomoc była doraźna, czy długotrwała?

Program pozwalał na doraźne zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych, poprzez dotarcie ze wsparciem (badania profilaktyczne, przesiewowe, edukacja zdrowotna) do miejsca pracy. Najbardziej trwałe efekty służące zachowaniu aktywności zawodowej przyniosły działania edukacyjne skierowane do pracowników, pracodawców, personelu medycznego i edukatorów zdrowotnych. Wiedza jest bowiem wykorzystywana do dbania o swoje zdrowie i zdrowie swoich pracowników, pacjentów itp.

Jakie zaobserwowano trwałe (utrzymujące się po zakończeniu realizacji wsparcia) efekty wsparcia wdrażanego w ramach programów polityki zdrowotnej?

Do zaobserwowanych trwałych efektów wsparcia wdrażanego w ramach RPPZ należą: podniesienie poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób cywilizacyjnych wśród osób pracujących i kadry medycznej w województwie podlaskim, unikanie czynników szkodzących zdrowiu oraz podjęcie leczenia w następstwie wykonywanych w Programie badań profilaktycznych.

Czy uczestnictwo w programie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych uczestników projektów, np. czy u uczestników objętych programami polityki zdrowotnej ukształtował się trwały nawyk wykonywania badań profilaktycznych/kontrolnych, poddawania się rehabilitacji, czy podejmowania innych działań prozdrowotnych? Jeśli tak, to jakich? Jeżeli nie, to dlaczego? Jakich elementów/działań w realizowanych programach polityki zdrowotnej zabrakło?

U zdecydowanej większości (81,5%) uczestników projektu zaobserwowano trwałą zmianę zachowań w postaci podejmowania działań profilaktycznych, między innymi takich jak: zdrowe odżywianie (42,3%); zwiększenie aktywności fizycznej (39,7%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (39,2%); badania profilaktyczne (36,2%); utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (34,7%); unikanie sytuacji stresowych (20,9%); unikanie alkoholu (16,1%); zaprzestanie palenia papierosów (8,2%) i odpoczynek/higieniczny sen (0,3%).

Analiza wyników badań nie doprowadziła do identyfikacji działań, których brak w Programie można by uznać za dotkliwy z punktu widzenia celu głównego RPPZ i którejkolwiek grup interesariuszy. Niemniej pojawiały się oczekiwania maksymalnego dostosowania form wsparcia do dyspozycyjności i preferencji uczestników oraz rozszerzenia kryteriów dostępu.

Na ile działania podjęte w programie polityki zdrowotnej podniosły wiedzę uczestników, np. personelu medycznego, mieszkańców, w danym obszarze wsparcia?

Działania podjęte w RPPZ w wysokim stopniu przyczyniły się do zwiększenia poziomu wiedzy odbiorców wsparcia, między innymi nt. czynników zwiększających ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne oraz nt. tego, co należy robić aby uniknąć zachorowania na choroby cywilizacyjne.

Rozdział 5. Ocena Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną

Podrozdział 5.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale znalazły się analizy oraz wnioski związane z pierwszym celem szczegółowym badania, jakim była ocena skuteczności wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną.

Stan realizacji Programu

Głównym celem Programu była poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie, poprzez zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim do 2020 roku.

Cel główny miał zostać zrealizowany przez niżej wymienione cele szczegółowe:

- Cel 1: Podniesienie u co najmniej 50% uczestników Programu poziomu wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem poprzez edukację zdrowotną.
- Cel 2. Zwiększenie o co najmniej 20% liczby korzystających z usług z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim wśród osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie.
- Cel 3. Skrócenie czasu oczekiwania uczestników Programu na rozpoczęcie procesu rehabilitacji.
- Cel 4. Zwiększenie dostępu do turnusów rehabilitacyjnych mieszkańców województwa podlaskiego, którzy zachorowali na nowotwór złośliwy.
- Cel 5. Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu psychoonkologii w województwie podlaskim poprzez zaangażowanie do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji co najmniej 34 psychologów.
- Cel 6. Zwiększenie możliwości powrotu na rynek pracy osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy.
- Cel 7. Zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych w zakresie działalności z zakresu profilaktyki III-rzędowej nowotworów na terenie województwa podlaskiego poprzez zaangażowanie do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji co najmniej 3 organizacji pozarządowych.

Narzędzia przewidziane w Programie służące realizacji wyżej wymienionych celów, to:

- Konsultacje lekarskie świadczone w Punktach Konsultacyjnych Rehabilitacji (PKR);
- Szkolenie z zakresu profilaktyki i niepełnosprawności oraz diagnostyki i terapii zaburzeń funkcjonalnych związanych z leczeniem przeciwnowotworowym dla osób zajmujących się rehabilitacją onkologiczną (kurs zaawansowany i szkolenie);
- Szkolenie z zakresu rehabilitacji społecznej dla osób związanych z organizacjami pozarządowymi;
- Szkolenia z zakresu psychoonkologii (studia podyplomowe i program terapii poznawczo-behawioralnej);
- Rehabilitacja dla osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie:
 - Rehabilitacja w systemie ambulatoryjnym (edukacja i zajęcia psychofizyczne w formie turnusów, z dowozem, bez noclegu pacjenta);
 - Rehabilitacja w systemie stacjonarnym (terapia poznawczo-behawioralna; turnusy rehabilitacyjne w ośrodkach realizujących świadczenia fizjoterapeutyczne, psychologiczne i edukacyjne);
 - Rehabilitacja społeczna w formie oddziaływań kulturalnych, rekreacyjno-sportowych i edukacyjnych realizowana przez organizacje pozarządowe.

Program w wyniku konkursu został powierzony do realizacji jednemu beneficjentowi, którym było Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku (BCO), który wraz z partnerami – Szpitalem Ogólnym w Wysokim Mazowieckim i Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku – realizował w okresie od 01.12.2017 do 31.12.2022 r. projekt pod nazwą „Program rehabilitacji osób z chorobą onkologiczną ułatwiający powrót do pracy”.

Projekt wpisywał się w RPOWP 2014-2020, w typ projektu (2) Realizacja programów rehabilitacji leczniczej zapobiegającej przerywaniu aktywności zawodowej ze względów zdrowotnych ułatwiających powrót na rynek pracy w ramach Działania 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się, Osi Priorytetowej II Przedsiębiorczość i aktywne starzenie się, Priorytet inwestycyjny 8vi Równość mężczyzn i kobiet we wszystkich dziedzinach, w tym dostęp do zatrudnienia, rozwój kariery, godzenie życia zawodowego i prywatnego oraz promowanie równości wynagrodzeń za taką samą pracę.

W projekcie zaplanowano poniższe zadania:

- Utworzenie Onkologicznego Centrum Rehabilitacji;
- Opracowanie narzędzi edukacji mobilnej;
- Szkolenia:
 - Szkolenia z zakresu profilaktyki i niepełnosprawności oraz diagnostyki i terapii zaburzeń funkcjonalnych związanych z leczeniem przeciwnowotworowym;
 - Szkolenia z zakresu rehabilitacji społecznej;
 - Szkolenia z zakresu psychoonkologii.
- Rehabilitacja
 - Utworzenie i funkcjonowanie Punktów Konsultacyjnych Rehabilitacji w BCO, Łomży, Augustowie i Wysokim Mazowieckim;
 - Rehabilitacja społeczna;
 - Rehabilitacja w systemie stacjonarnym;
 - Rehabilitacja w systemie ambulatoryjnym.

Wartość interwencji w ramach RPPZ wyceniono na 10 250 000,0 zł, w ramach wniosku o dofinansowanie wskazano kwotę 6 395 866,5 zł, która wynikała z weryfikacji możliwości zrealizowania założonych wskaźników.

Ze względu na fakt, że Program został już zakończony, dostępny jest Raport końcowy z jego realizacji zatwierdzony przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Zgodnie z treścią dokumentu:

- W 100,0% został osiągnięty cel główny programu, jakim była poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie, poprzez zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim do 2020 roku.
U 44,2% uczestników Programu nastąpiła poprawa stanu zdrowia wyrażona poprawą ogólnej sprawności lub zmniejszeniem bólu lub przywróceniem sprawności i funkcji narządów organizmu lub poprawą operatywności ośrodkowego układu nerwowego lub innych parametrów oceniających skuteczność indywidualnej rehabilitacji.
U 42,5% uczestników Programu nastąpiła poprawa stanu zdrowia fizycznego.
U 41,7% uczestników Programu nastąpiła poprawa funkcjonowania w rolach życiowych.
U 55,7% uczestników Programu nastąpiła poprawa funkcjonowania emocjonalnego.
U 36,3% uczestników Programu nastąpiła poprawa funkcjonowania poznawczego.
U 44,6% uczestników Programu nastąpiła poprawa funkcjonowania społecznego.

Odsetek uczestników Programu, u których nastąpiła poprawa jakości życia wskutek objęcie usługami rehabilitacji przewidzianymi w Programie, wyniósł 57,2%.

- W 99,9% został osiągnięty cel szczegółowy 1 - Podniesienie u co najmniej 50% uczestników Programu poziomu wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem poprzez edukację zdrowotną.
1 436 osób włączonych do Programu podniosło poziom wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Założona wartość miernika efektywności wynosiła 2 450 osób. Niemniej jednak cel został osiągnięty ponieważ ponad 99% uczestników programu podniosło poziom wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem poprzez edukację zdrowotną.
- W 78,8% został osiągnięty cel szczegółowy 2 - Zwiększenie o co najmniej 20% liczby korzystających z usług z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim wśród osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie.
Założona wartość to 1 470, osiągnięta – 1 158 (wskaźnik pokrycia (zgłaszalność) populacji mieszkańców województwa podlaskiego, którzy zachorowali na nowotwór złośliwy w okresie lat 2017-2020 Programem). Udział osób, które skorzystały z rehabilitacji w stosunku do całej populacji chorych na nowotwór złośliwy w województwie podlaskim (4 900 os.), stanowi 23,63%, co wskazuje na pełną realizację założonego celu.
- W 100,0% został osiągnięty cel szczegółowy 3 - Skrócenie czasu oczekiwania uczestników Programu na rozpoczęcie procesu rehabilitacji.
Czas oczekiwania na rozpoczęcie turnusu rehabilitacyjnego w ramach programu wynosił do 30 dni. Uczestnicy programu mogli wybrać dogodny termin turnusu rehabilitacyjnego, nie zawsze byli zainteresowani najbliższym terminem, pomimo, że najczęściej dostępne były terminy turnusów już w ciągu najbliższego miesiąca od momentu zakwalifikowania pacjenta w PKR.
- W 29,3% został osiągnięty cel szczegółowy 4 - Zwiększenie dostępu do turnusów rehabilitacyjnych mieszkańców województwa podlaskiego, którzy zachorowali na nowotwór złośliwy.
Liczba uczestników, która uzyskała dostęp do turnusu rehabilitacyjnego wyniosła 1 438 osób. Założona liczba uczestników 4 900 osób stanowiła 100% populacji określonej w Programie, tj. osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy w okresie kwalifikowalności. Niepełna realizacja wskaźnika wynika z problemów w rekrutacji spowodowanych pandemią COVID-19 oraz w dużej mierze z kryterium kwalifikowalności, jakim był okres zachorowania.
- W 100,0% został osiągnięty cel szczegółowy 5 - Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu psychoonkologii w województwie podlaskim poprzez zaangażowanie do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji co najmniej 34 psychologów.

Do realizacji celów Programu zostało zaangażowanych 34 psychologów.

- W 28,2% został osiągnięty cel szczegółowy 6 - Zwiększenie możliwości powrotu na rynek pracy osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy. Liczba uczestników Programu, którzy w trakcie lub po ukończeniu udziału w Programie stali się aktywni zawodowo wyniosła 842. Wartość docelowa określona w projekcie realizującym RPPZ wynosiła 2 989 osób. Niepełna realizacja wynika z mniejszej liczby uczestników zrekrutowanych niż zakładano. Okres realizacji projektu objął również czas pandemii COVID-19, która przyczyniła się do utraty pracy wśród części społeczeństwa bez względu na wiek czy historię nowotworową.
- W 133,3% został osiągnięty cel szczegółowy 7 - Zwiększenie aktywności organizacji pozarządowych w zakresie działalności z zakresu profilaktyki III-rzędowej nowotworów na terenie województwa podlaskiego poprzez zaangażowanie do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji co najmniej 3 organizacji pozarządowych.

W projekcie realizowanym w ramach RPPZ zostały zrealizowane wskaźniki:

- Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców (poziom realizacji 100,0%);
- Liczba organizacji pozarządowych biorących udział w działalności z zakresu profilaktyki III-rzędowej nowotworów na terenie województwa podlaskiego (poziom realizacji 133,3%);
- Liczba psychoonkologów zaangażowanych do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji (poziom realizacji 100,0%).

Nie zostały natomiast osiągnięte wskaźniki:

- Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (poziom realizacji 78,8%)⁵⁷;
- Liczba uczestników programu, które podniosły swój poziom wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem poprzez edukację zdrowotną (58,6%);
- Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (poziom realizacji 29,3%);
- Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (poziom realizacji 10,6%).

⁵⁷ W Programie rehabilitacji onkologicznej wskaźniki były mierzone liczbą osób, które otrzymały przynajmniej jedną formę wsparcia, w postaci rehabilitacji. W Programie nie oferowano wsparcia w postaci badań profilaktycznych.

Tabela 24. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną

Nazwa wskaźnika	Szacowana wartość docelowa	Wartość osiągnięta	Wskaźnik osiągnięć
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	1 470	1 158	78,8%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	2 989	316	10,6%
Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców	1	1	100,0%
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	4 900	1 438	29,3%
Liczba uczestników programu, którzy podnieśli swój poziom wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem poprzez edukację zdrowotną	2 450	1 436	58,6%
Liczba psychoonkologów zaangażowanych do świadczenia usług z zakresu rehabilitacji	34	34	100,0%
Liczba organizacji pozarządowych biorących udział w działalności z zakresu profilaktyki III-rzędowej nowotworów na terenie województwa podlaskiego	3	4	133,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej.

Program wpisywał się w założenia Działania 2.5, w OP II, PI 8vi, co było mierzone wskaźnikiem „Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS”.

Wartość docelowa ww. wskaźnika w RPOWP 2014-2020 została ustalona na 3 705 osób, natomiast w RPPZ na 4 900 osób. W projekcie wsparciem objęto 1 438 osób, co stanowi 29,3% wartości założonej w RPPZ i 38,8% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020, co oznacza, że nie został w pełni osiągnięty cel nadrzędny interwencji, czyli przedłużenie wieku aktywności zawodowej, które poprzez poprawę zdrowia osób pracujących, eliminację czynników zagrażających zdrowiu oraz ułatwienie powrotu do aktywności zawodowej zwiększają szanse na bycie zatrudnionym. Przyczyną było prawdopodobnie zbyt ambitne założenie objęcia wsparciem całej populacji osób w wieku 20-64, które zachorowały na nowotwór złośliwy w latach 2016-2020. Osiągnięcie takiego pułapu było niemożliwe chociażby z powodu występowania zgonów powodowanych przez chorobę, czy nawrót choroby (rehabilitacją onkologiczną mogły być objęte osoby po zakończonym leczeniu onkologicznym).

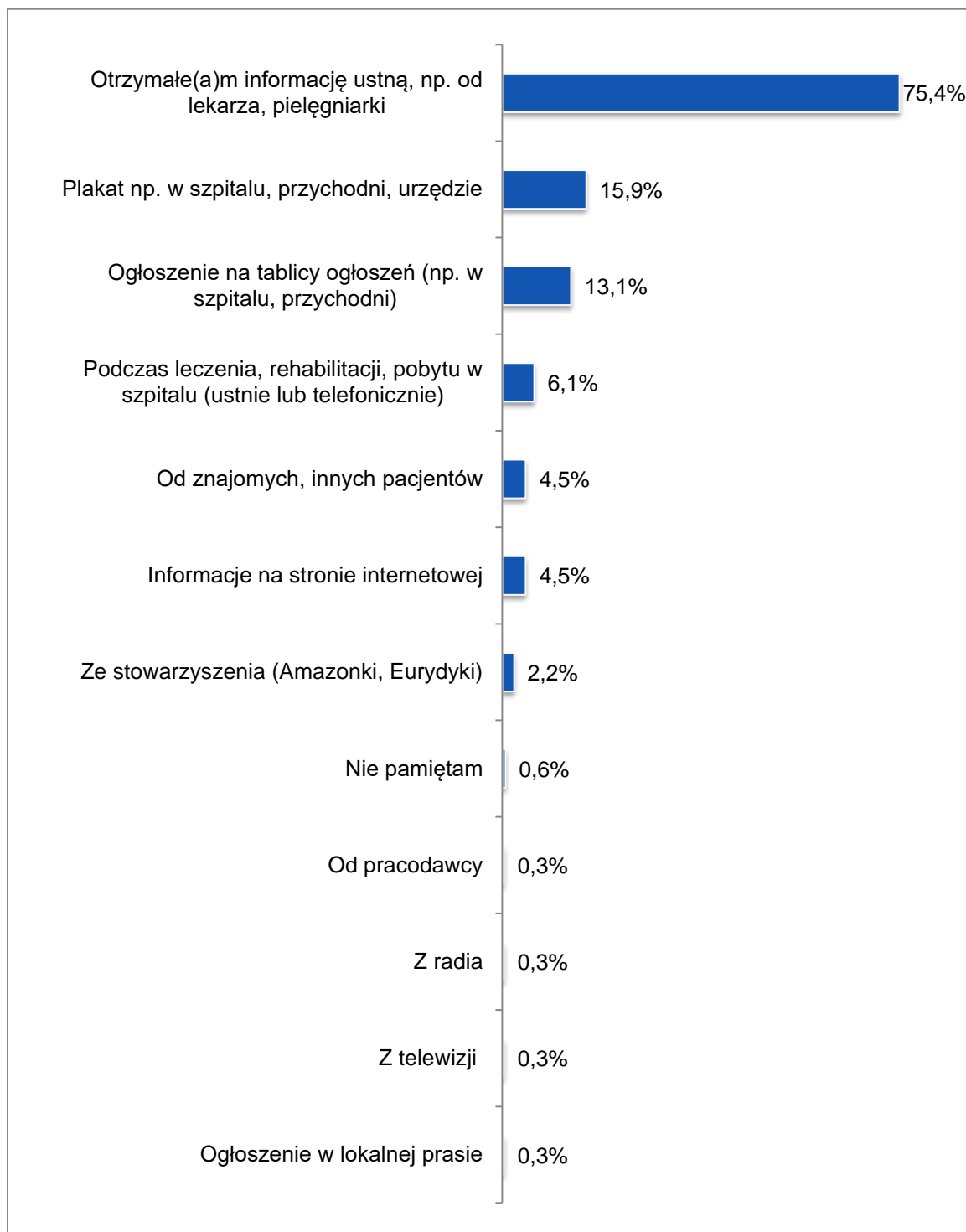
Przebieg wdrażania Programu

Do udziału w Programie zapraszano podmioty lecznicze, psychologów, organizatorów turnusów rehabilitacyjnych poprzez wysyłanie informacji o Programie, informację w lokalnej prasie oraz informację na stronie internetowej realizatora. Rekrutacja organizacji pozarządowych następowała drogą telefoniczną, papierową, elektroniczną oraz na drodze zaproszeń osobistych. Pacjenci o oferowanym wsparciu dowiadywali się od wyżej wymienionych podmiotów zapraszanych do Programu, ale również ze strony internetowej projektu, z kampanii informacyjno-promocyjnej w mediach, z ogłoszeń w poradniach onkologicznych, z plakatów, ulotek. Za najbardziej skuteczną formę rekrutacji beneficjent uznał informacje przekazywane osobiście/bezpośrednio pacjentowi (np. przez lekarza, fizjoterapeutę, organizację pozarządową).

W Programie występowały duże problemy z rekrutacją pacjentów ze względu na ich stan zdrowia, który ulegał pogorszeniu. Zdarzały się nawroty choroby, zgony. Skala rezygnacji wynosiła 19% po pierwszej konsultacji w PKR. Trudności w rekrutacji pogłębiła pandemia i obawy potencjalnych uczestników przed zarażeniem.

Ankietowani uczestnicy Programu o możliwości wsparcia dowiadywali się przede wszystkim z informacji ustnych (75,4%); a w dalszej kolejności z plakatu (15,9%); ogłoszenia (13,1%); podczas leczenia, pobytu w szpitalu (6,1%) i od znajomych (4,5%).

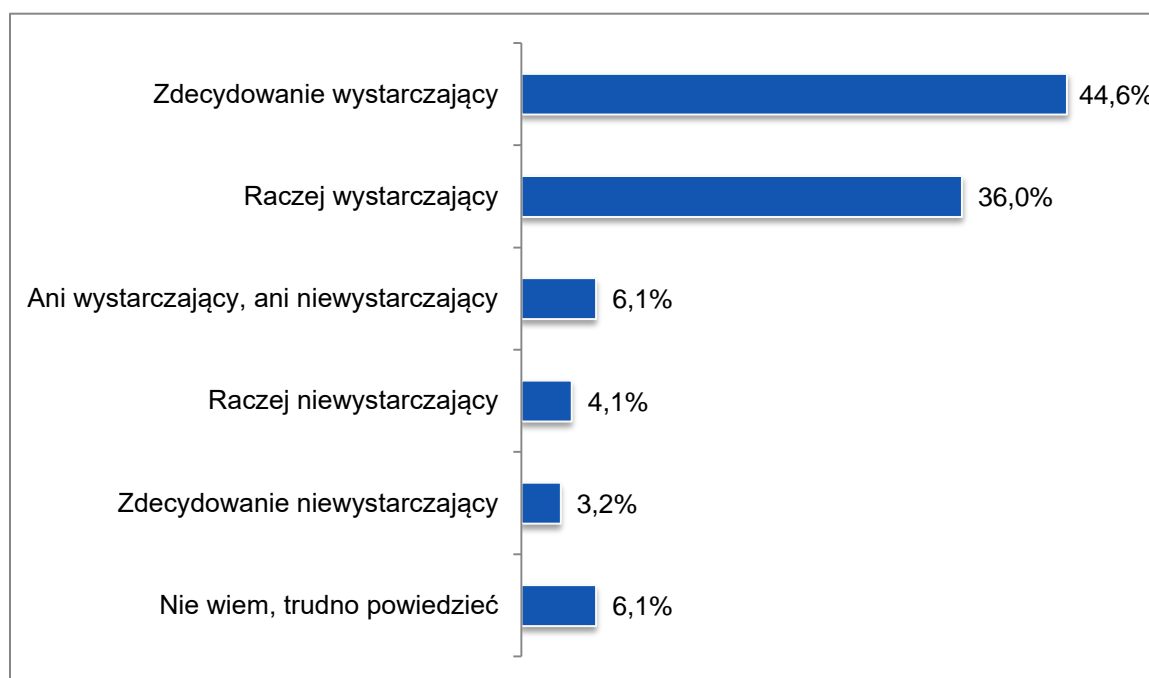
Wykres 74. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o wsparciu, z którego Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Choć 80,6% ankietowanych uznało, że sposób informowania o Programie był wystarczający, to należy podkreślić, że beneficjent nie zrekrutował zakładanej liczby osób do objęcia wsparciem w postaci rehabilitacji onkologicznej, między innymi ze względu na ograniczenia wywołane pandemią. Ponadto, zarówno beneficjent, jak i ekspert zwrócili uwagę, że przyjęte założenia odnośnie wielkości populacji objętej badaniem były zbyt ambitne.

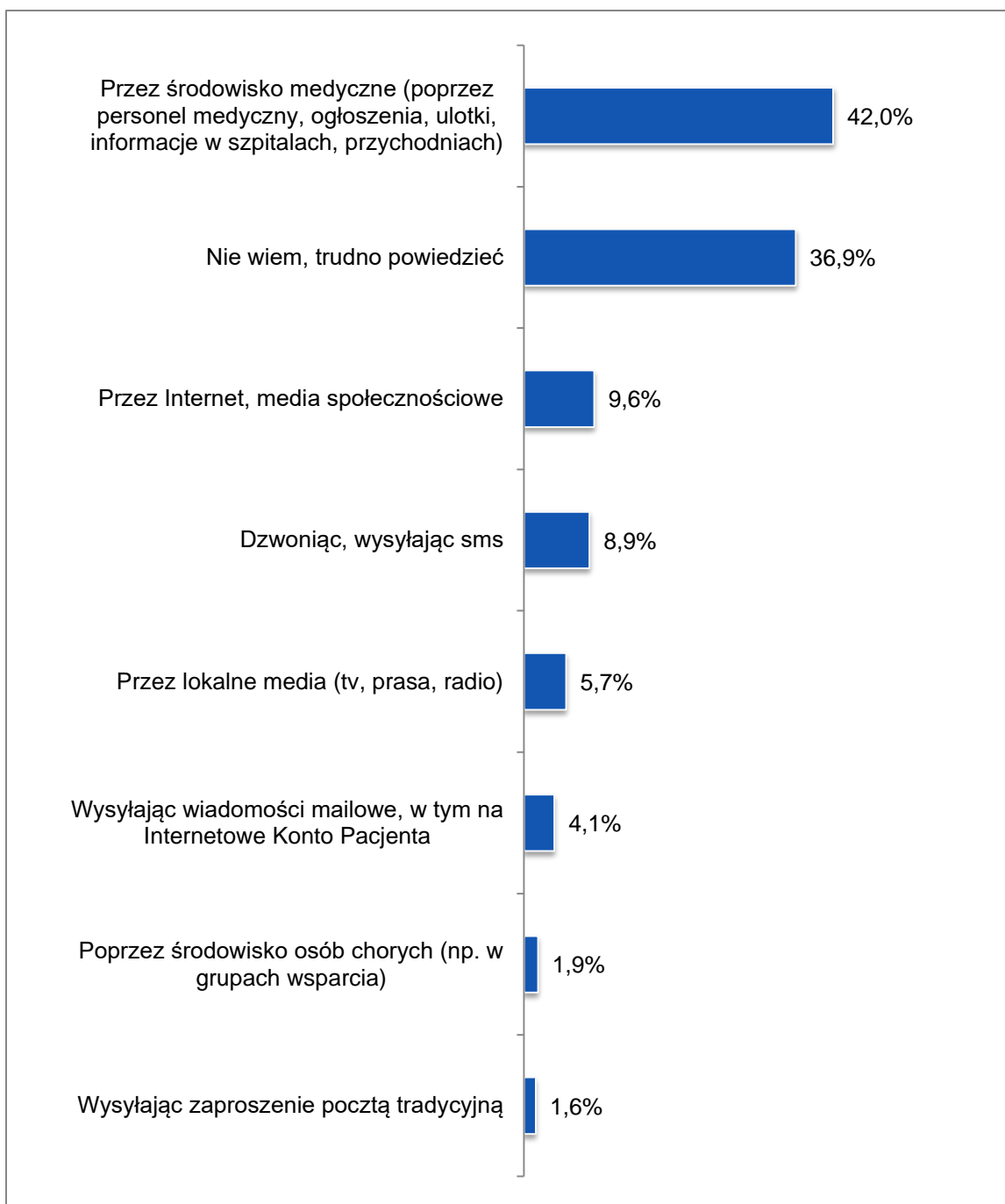
Wykres 75. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem sposób informowania o możliwości uzyskania wsparcia był wystarczający?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314.

Spośród ankietowanych, 36,9% nie potrafiło wskazać, jak jeszcze skuteczniej można by docierać z informacjami o oferowanym wsparciu. Najczęściej jednak wskazywano na środowisko medyczne (42,0%), a następnie Internet, media społecznościowe (9,6%); telefon (8,9%); lokalne media (5,7%) i e-maile (4,1%).

Wykres 76. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób Pana/Pani zdaniem można by skuteczniej docierać z informacjami o oferowanym wsparciu?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

W opinii beneficjenta i eksperta wszystkie wykorzystane w Programie narzędzia cechowały się dużą skutecznością, za wyjątkiem szkolenia dla osób związanych z organizacjami pozarządowymi z zakresu rehabilitacji społecznej. Wynikało to z faktu, że przedstawiciele NGO z racji wykonywanej pracy posiadali już wiedzę na bardzo wysokim poziomie, jeżeli chodzi o pomoc osobom z chorobą onkologiczną. Zaangażowanie NGO w proces rehabilitacji społecznej było trafne, jednak korzystniejsze z punktu widzenia celów Programu byłoby przesunięcie środków ze szkoleń dla NGO na rozszerzenie zakresu i form wsparcia oferowanych przez NGO uczestnikom Programu.

Największym zainteresowaniem cieszyła się fizjoterapia w formule wyjazdowej, która gwarantowała pacjentowi zakwaterowanie i wyłączenie się ze swojego codziennego życia.

Skuteczne, potrzebne i cieszące się dużym zainteresowaniem były zarówno szkolenia dla osób zajmujących się rehabilitacją onkologiczną, kursy dla psychoonkologów oraz rehabilitacja społeczna, rehabilitacja w systemie ambulatoryjnym i rehabilitacja w systemie stacjonarnym. Zdaniem beneficjenta, uczestnicy mogli być jedynie rozczarowani tym, że nie dostali indywidualnych oddziaływań (indywidualnego planu rehabilitacji).

W ramach ankiety CAWI/CATI badani byli uczestnicy Programu, którzy skorzystali z rehabilitacji stacjonarnej (67,2%); wsparcia psychoonkologicznego (36,6%); konsultacji lekarskich (36,0%), rehabilitacji ambulatoryjnej (29,9%); rehabilitacji społecznej (23,6%) i szkoleń dla osób wykonujących zawody medyczne (10,5%).

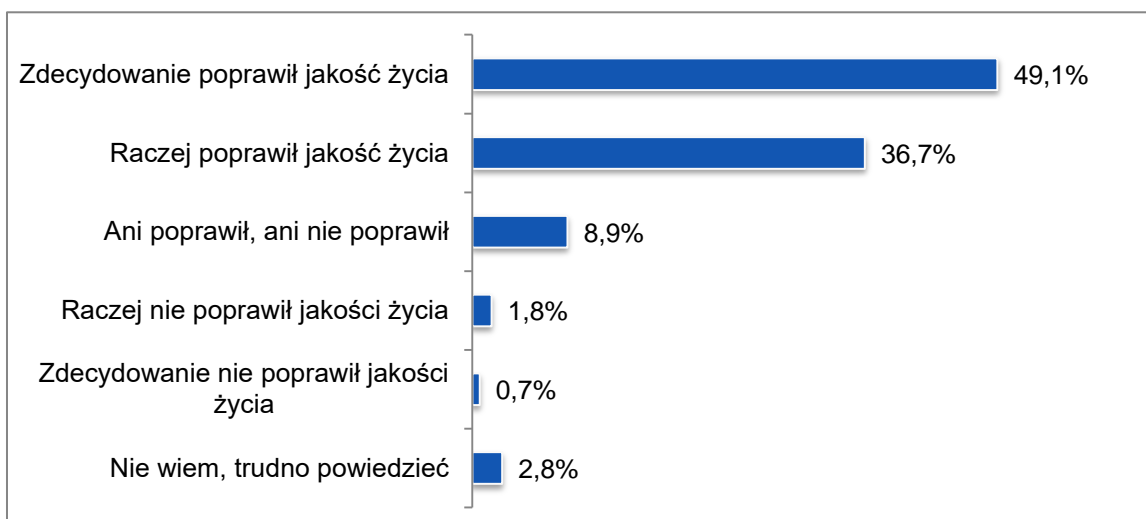
Wykres 77. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Udział w Programie spowodował poprawę jakości życia u 85,8% pacjentów.

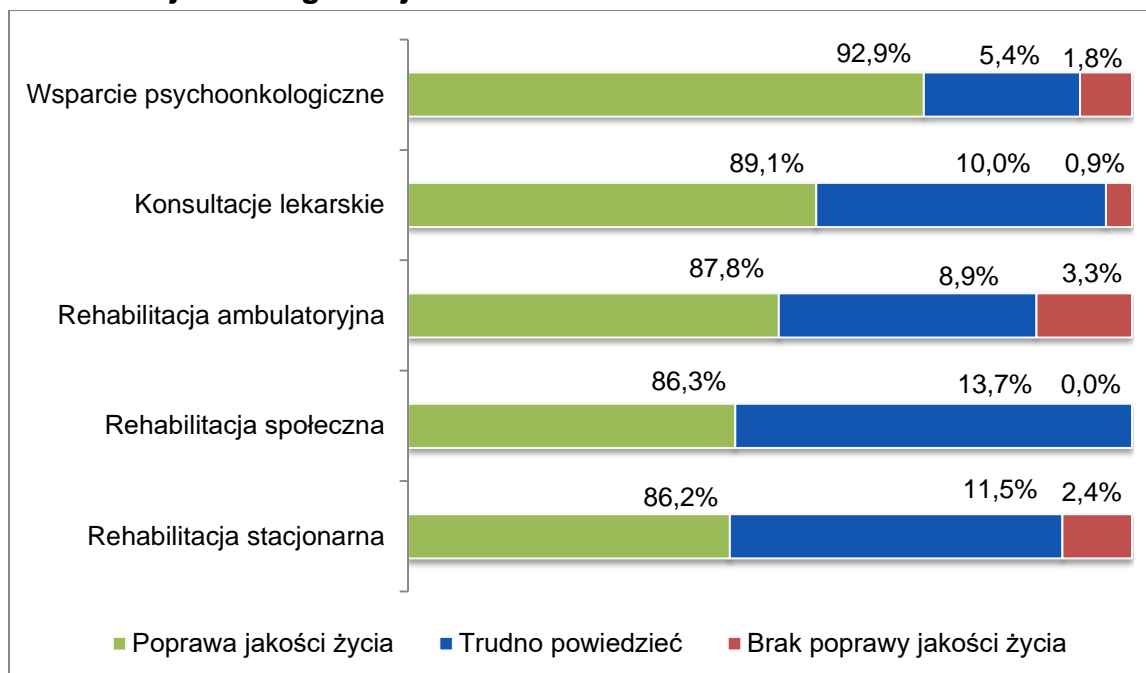
Wykres 78. Ocena wpływu wsparcia na poprawę jakości życia uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy jakości Pana/Pani życia?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=281 (wykluczeni respondenci, którzy skorzystali ze „szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne, N=33).

Najczęściej poprawę jakości życia odczuwali odbiorcy wsparcia psychoonkologicznego (zajęcia psychofizyczne w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej, terapia poznawczo-behawioralna w rehabilitacji stacjonarnej) (92,9%) oraz konsultacji lekarskich (podczas kontaktu w PKR oraz podczas spotkań z lekarzem onkologiem podczas rehabilitacji stacjonarnej) (89,1%), a w dalszej kolejności rehabilitacji ambulatoryjnej (87,8%); społecznej (86,3%) i stacjonarnej (86,2%).

Wykres 79. Wpływ wsparcia na poprawę jakości życia uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” N=281 (wykluczeni respondenci, którzy skorzystali ze „szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne, N=33) oraz „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy jakości Pana/Pani życia?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=281 (wykluczeni respondenci, którzy skorzystali ze „szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne, N=33).

Analiza dokumentacji projektowej, diad z beneficjentami i IDI z ekspertem, pozwoliła na identyfikację problemów i czynników utrudniających realizację projektu w ramach Programu.

Jako pierwszy należy wskazać pandemię COVID-19, która spowodowała mniejszą zgłaszalność do Programu oraz trudności organizacyjne w początkowym okresie obowiązywania obostrzeń związanych z pandemią. W celu minimalizacji negatywnych skutków problemu wprowadzono zmiany organizacyjne ułatwiające realizację turnusów rehabilitacyjnych w reżimie sanitarnym, m.in. testowanie uczestników turnusów. Wydłużono okres realizacji projektu o 2 lata.

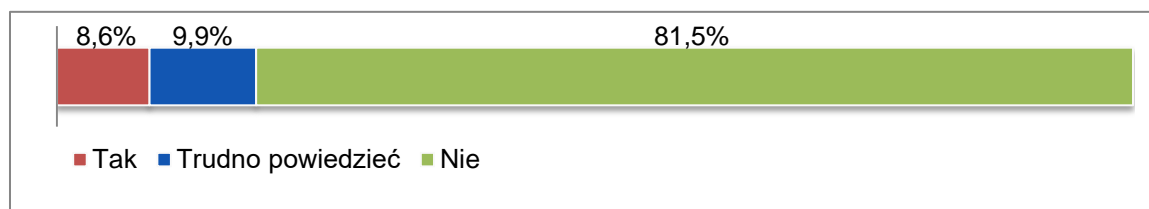
Kolejne problemy wynikały z konieczności dostosowania się beneficjenta do restrykcyjnych założeń RPPZ i nie można było ich rozwiązać. Konieczne było odmawianie udziału w projekcie osobom powyżej 64 roku życia. Natomiast kryterium dotyczące okresu zachorowalności określone na przedział czasowy 2016 - 2020 utrudniło rekrutację do Programu w okresie 2021 – 2022. Z uwagi na malejącą zgłaszalność do Programu położono nacisk na rekrutację bezpośrednią. Rejestratorki kontaktowały się telefonicznie i/lub bezpośrednio z pacjentami, którzy zachorowali w okresie kwalifikowalnym, przedstawiając ofertę programu. Zwiększono liczbę rejestratorek delegowanych do kontaktu z potencjalnymi uczestnikami.

Ponadto utrudnienia w realizacji projektu powodowały nawroty choroby onkologicznej, zgony, które skutkowały przerwaniem udziału w projekcie.

W ramach badania ankietowego uczestników Programu zapytano o czynniki zniechęcające do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie, a także podczas jego realizacji.

Większość (81,5%) badanych wskazało, że nie wystąpiły czynniki zniechęcające na etapie podejmowania decyzji o udziale we wsparciu.

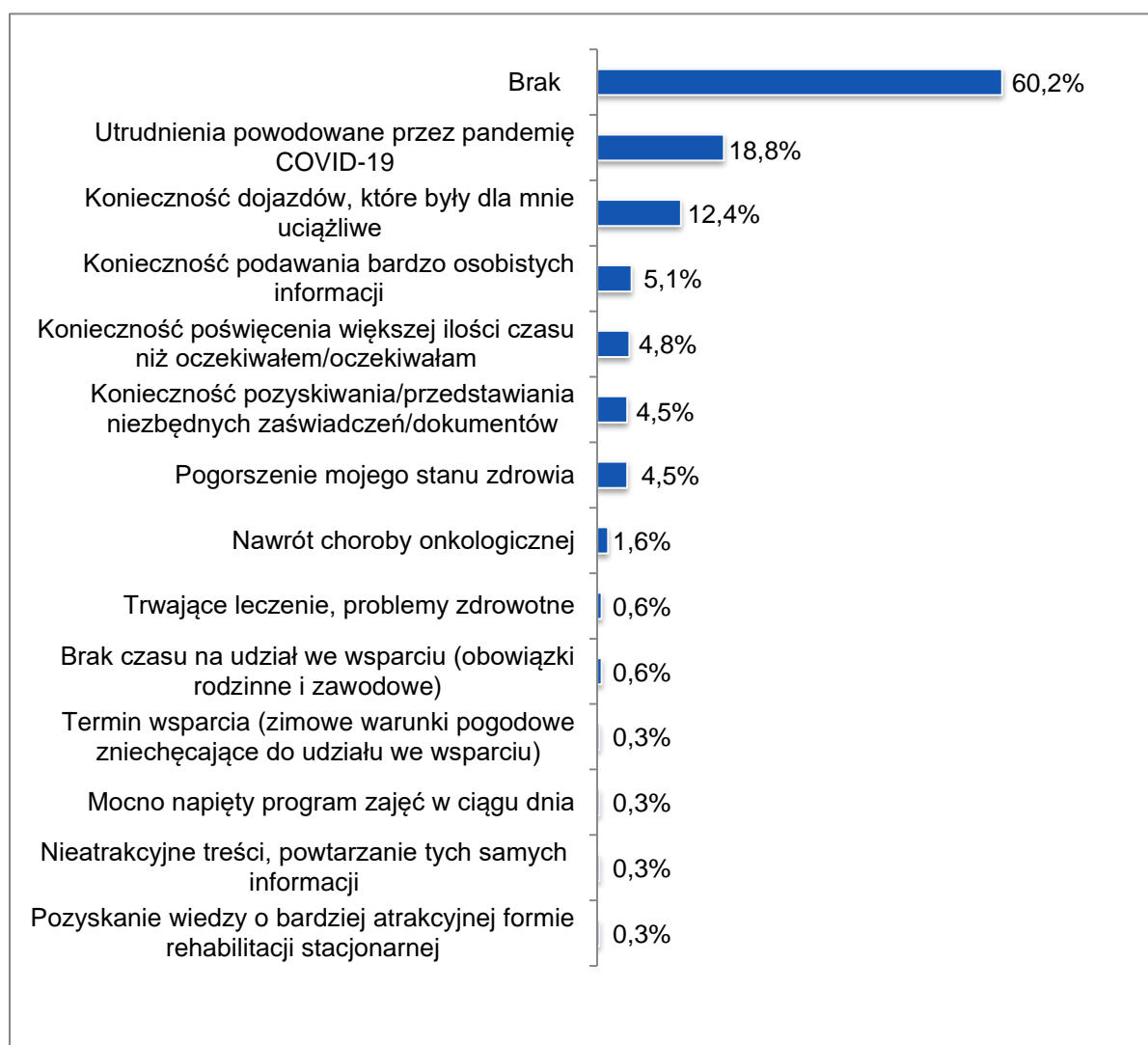
Wykres 80. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: 1. „Czy podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia, pojawiały się czynniki, które zniechęcały Pana/Panią do udziału we wsparciu?” N=314 oraz 2. „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały lub utrudniały podjęcie decyzji o skorzystaniu ze wsparcia?” N=58. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Wśród czynników zniechęcających do przystąpienia do Programu, najczęściej wymieniano obawę przed zarażeniem się koronawirusem (3,5%) i obawę przed brakiem sił, by wziąć udział we wsparciu (3,2%). Natomiast po rozpoczęciu udziału we wsparciu, 60,2% badanych nie wymieniło żadnego czynnika zniechęcającego do udziału w Programie. Pozostali najczęściej wymieniali: utrudnienia powodowane przez pandemię COVID-19 (18,8%); konieczność dojazdów (12,4%); konieczność podawania bardzo osobistych informacji (5,1%); konieczność poświęcania większej ilości czasu niż oczekiwano (4,8%); konieczność pozyskiwania/przedstawiania niezbędnych zaświadczeń/dokumentów (4,5%) i pogorszenie stanu zdrowia (4,5%).

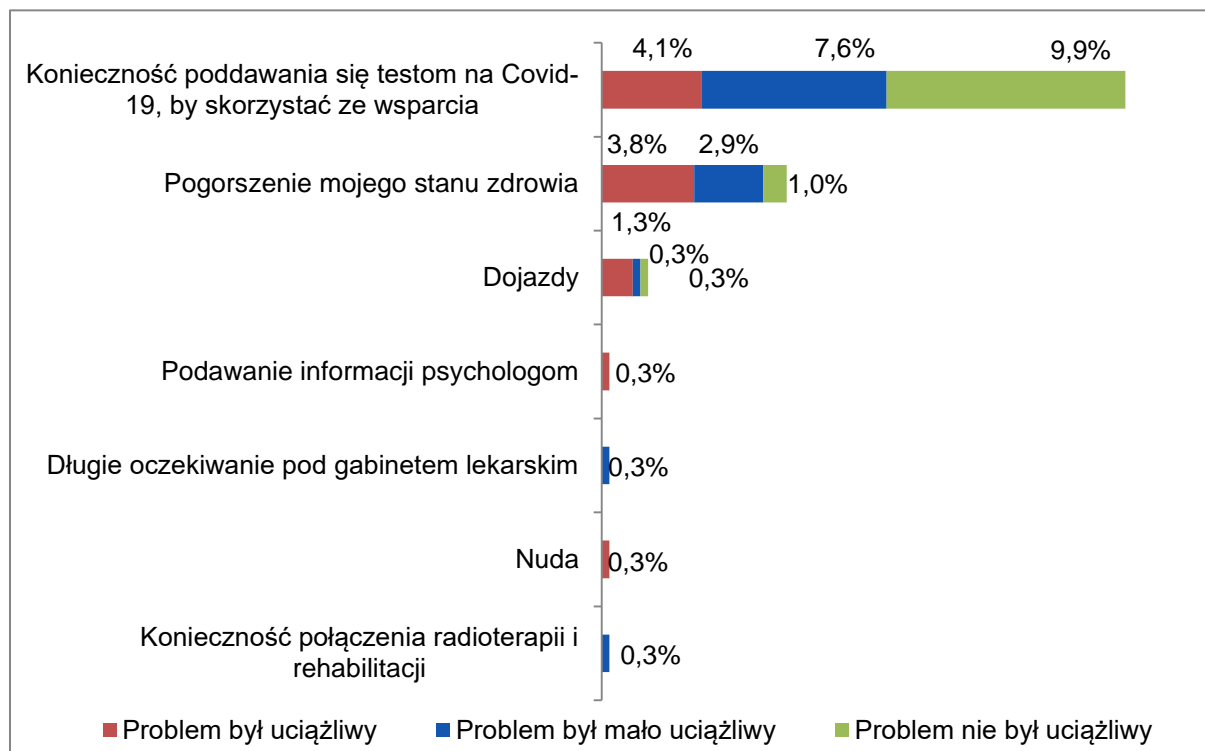
Wykres 81. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały Pana/Panią do korzystania ze wsparcia już podczas jego realizacji?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najbardziej uciążliwym problemem była dla ankietowanych konieczność poddawania się testom na COVID-19, by skorzystać ze wsparcia (4,1%), pogorszenie stanu zdrowia (3,8%) i dojazdu (1,3%).

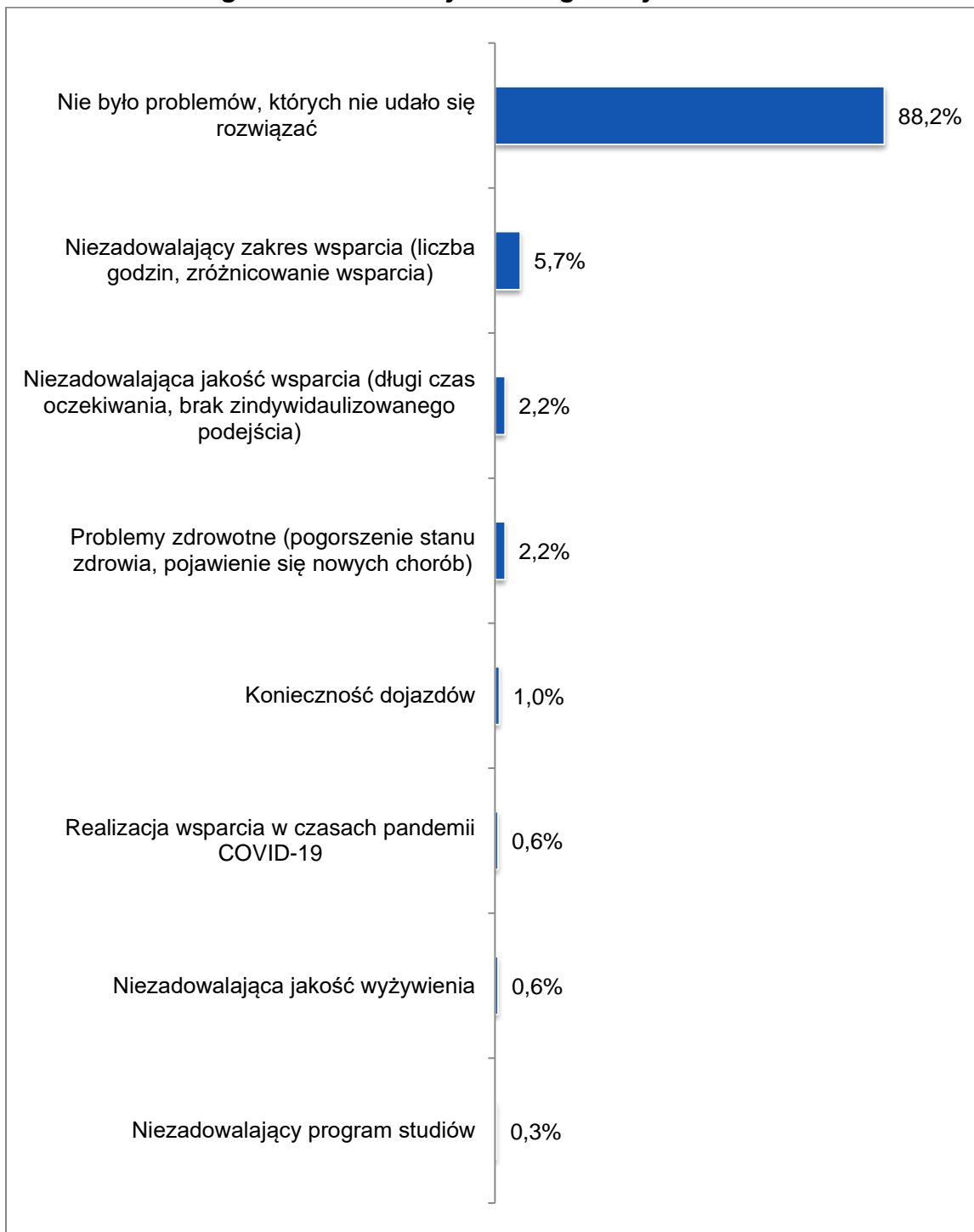
Wykres 82. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać problemy, które wystąpiły podczas korzystania przez Pana/Panią ze wsparcia i ocenić, jak bardzo były dla Pana/Pani uciążliwe” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314.

Badani w większości (88,2%) stwierdzili, że nie było problemów, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie uznali niezadowalający zakres wsparcia (liczba godzin, zróżnicowanie wsparcia) (5,7%); niezadowalająca jakość wsparcia (długi czas oczekiwania, brak zindywidualizowanego podejścia) (2,2%); problemy zdrowotne (pogorszenie stanu zdrowia, pojawienie się nowych chorób) (2,2%); konieczność dojazdów (1,0%); realizacja wsparcia w czasach pandemii COVID-19 (0,6%); niezadowalająca jakość żywienia (0,6%); niezadowalający program studiów (0,3%). Wymienionych problemów nie udało się rozwiązać, gdyż: oczekiwane przez uczestników projektu zmiany stałyby w sprzeczności do zapisów RPPZ; były niezależne od beneficjenta, nie dało się ich przewidzieć na etapie konstrukcji RPPZ lub nie dotyczyły większości uczestników/wynikały z indywidualnych, jednostkowych odczuć/preferencji.

Wykres 83. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać wszystkie problemy, których nie udało się rozwiązać, i jaki był tego powód?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Propozycje zmian w Programie

Wśród propozycji zmian do analogicznego Programu w przyszłości, zgłaszanych przez autora RPPZ i beneficjenta znalazły się:

- Zmiana kryterium dostępu do programu poprzez zaniechanie podawania ściśle określonego okresu, w którym miała wystąpić choroba onkologiczna, by dana osoba mogła wziąć udział w Programie;
- Zniesienie wymogu okresu zachorowalności na rzecz umożliwienia udziału w Programie osobom, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy;
- Zaangażowanie koordynatorów onkologicznych w promocję analogicznego Programu w przyszłości;
- Wprowadzenie szkoleń dla koordynatorów onkologicznych z zakresu rehabilitacji onkologicznej;
- Zwiększenie nacisku na indywidualne dostosowanie zakresu rehabilitacji do historii choroby i potrzeb każdego pacjenta;
- Konsultacje założeń Programu z realizatorami mającymi doświadczenie w obszarze będącym przedmiotem RPPZ, by zidentyfikować ryzyka mogące pojawić się podczas realizacji Programu;
- Zmniejszenie zakresu wsparcia w ramach rehabilitacji stacjonarnej na rzecz zaoferowania wybranych elementów w pracy indywidualnej. Wynika to z faktu, że program rehabilitacji stacjonarnej był bardzo intensywny (zgodnie z założeniami RPPZ), co skutkowało zmęczeniem uczestników, a z drugiej strony zdiagnozowano zapotrzebowanie na indywidualizację wsparcia (jedyną indywidualną formą przewidzianą we wsparciu był kontakt w PKR);
- Zapewnienie środków na pokrycie kosztów dojazdów dla uczestników projektu, koszty dojazdu mogą stanowić coraz wyższą barierę dostępu ze względu na rosnące ceny. W projekcie rehabilitacja ambulatoryjna odbywała się w Białymstoku, a rehabilitacja stacjonarna w Augustowie.
- Rezygnacja ze szkoleń dla osób związanych z organizacjami pozarządowymi;
- Zmniejszenie poziomu szczegółowości zapisów RPPZ, pozostawienie marginesu dowolności, elastyczności dla realizatora.

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie skuteczności wdrażania Programu.

Czy wdrażane programy polityki zdrowotnej osiągnęły zakładane cele, w tym określone wskaźniki? Czy realizowane programy zdrowotne wniosły wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych? Jakie były przyczyny ewentualnego niezrealizowania celów stawianych przed programami polityki zdrowotnej?

Ze względu na brak osiągnięcia wartości docelowych, takich wskaźników, jak liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (poziom realizacji 78,8%); liczba uczestników programu, którzy podnieśli poziom swojej wiedzy z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem poprzez edukację zdrowotną (poziom realizacji 58,6%); liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (poziom realizacji 29,3%) oraz liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (poziom realizacji 10,6%), stwierdza się, że cel RPPZ nie został w pełni osiągnięty. Główną przyczyną niepowodzenia była zbyt ambitnie określona liczebność populacji do objęcia wsparciem, nieuwzględniająca w należyтым stopniu zaistnienie czynników wykluczających z udziału we wsparciu (nawrót choroby, zgony pacjentów onkologicznych). Ponadto przeszkodę do pełnej realizacji osiągnięcia założonych celów, stanowiła konieczność realizacji projektu w okresie pandemii COVID-19, co miało negatywny wpływ na poziom skutecznie zrekrutowanych uczestników Programu.

RPPZ wniósł wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych poprzez zaoferowanie zakresu rehabilitacji onkologicznej, niedostępnego w ramach NFZ i/lub skrócenie czasu oczekiwania na rehabilitację onkologiczną.

W jakim stopniu poszczególne programy polityki zdrowotnej przyczyniły się do uzyskania rezultatów zakładanych w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego? Jakie były przyczyny nieosiągnięcia zakładanych rezultatów?

Rezultatem RPPZ w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego miało być objęcie 4 900 osób programem zdrowotnym dzięki EFS. W Programie wsparciem objęto 1 438 osób, co stanowi 29,3% wartości założonej w RPPZ i 38,8% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020 dla Działania 2.5, w OP II, PI 8vi. Przyczynami nieosiągnięcia zakładanych rezultatów na poziomie RPPZ były przede wszystkim zjawiska zewnętrzne, których nie dało się przewidzieć w momencie tworzenia założeń RPPZ. Mowa głównie o trudnościach z rekrutacją do Programu, na którą negatywny wpływ miała konieczność realizacji RPPZ w czasie

trwania pandemii COVID-19. Poza tym założenia RPPZ w praktyce okazały się zbyt ambitne, szczególnie w odniesieniu do populacji objętej Programem.

Jakie problemy pojawiły się w trakcie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy udało się rozwiązać wszystkie problemy? Jeżeli nie, które problemy nie zostały rozwiązane i dlaczego? W jaki sposób wpłynęło to na realizację programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów?

Głównym problemem, który pojawił się w trakcie realizacji RPPZ było wystąpienie siły wyższej, jaką była pandemia COVID-19. Wpłynęła ona negatywnie na realizację Programu i osiągnięcie wybranych wskaźników, ponieważ powodowała mniejszą zgłaszalność do Programu. W celu minimalizacji negatywnych skutków problemu wprowadzono zmiany organizacyjne ułatwiające realizację turnusów rehabilitacyjnych w reżimie sanitarnym, m.in. testowanie uczestników turnusów. Wydłużono okres realizacji projektu o 2 lata.

Pozostałe problemy wynikały z konieczności dostosowania się beneficjenta do restrykcyjnych założeń RPPZ (kryteria dostępu) i nie można było ich rozwiązać. Kryteria dotyczące okresu zachorowalności i wieku potencjalnych uczestników utrudniały osiągnięcie założonej liczby osób objętych rehabilitacją onkologiczną.

U zdecydowanej większości (88,2%) ankietowanych uczestników projektu, nie pojawiły się problemy, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie przeważnie uznawali niezadowalający zakres wsparcia i/lub jego jakość, problemy zdrowotne, czy konieczność dojazdów. COVID-19 Wymienionych problemów nie udało się rozwiązać, gdyż: 1) oczekiwane przez uczestników projektu zmiany stałyby w sprzeczności do zapisów RPPZ; 2) były niezależne od beneficjenta, nie dało się ich przewidzieć na etapie konstrukcji RPPZ lub 3) nie dotyczyły większości uczestników/wynikały z indywidualnych, jednostkowych odczuć/preferencji.

Jak należy ocenić skuteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Które z narzędzi okazały się najbardziej skuteczne, a które najmniej i dlaczego?

Wszystkie narzędzia wsparcia były skuteczne, ponieważ służyły osiągnięciu celu głównego Programu, jakim była poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób, które zachorowały na nowotwór złośliwy i były leczone radykalnie, poprzez zwiększenie dostępności usług zdrowotnych z zakresu rehabilitacji w województwie podlaskim do 2020 roku. Udział w Programie spowodował poprawę jakości życia u 85,8% pacjentów. Z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że zastosowane w Programie narzędzia nie różniły się skutecznością, ale jedynie sposobem, w jaki były wykorzystane do osiągnięcia celu.

Jakie zmiany należałoby wprowadzić w założeniach poszczególnych programów polityki zdrowotnej, by poprawić ich skuteczność i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznych programów w przyszłości?

Aby poprawić skuteczność RPPZ i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznego Programu w przyszłości, należałoby przede wszystkim stosować możliwie elastyczne zapisy w RPPZ, pozostawiające pewną swobodę beneficjentowi w realizacji projektów, a jednocześnie pozwalających na uzyskanie pozytywnej opinii od AOTMiT. Wskazane byłoby łagodzenie wymogów w zakresie okresu zachorowalności na nowotwór złośliwy, zindywidualizowanie oferowanego wsparcia do potrzeb i historii choroby każdego uczestnika, wprowadzenie możliwości pokrycia kosztów dojazdu.

Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w programie polityki zdrowotnej były skuteczne?

Działania dotyczące rekrutacji były zróżnicowane i prowadzone wieloma kanałami. Zdaniem zdecydowanej większości (80,6%) uczestników projektu sposób informowania o Programie był wystarczający. Jednak zidentyfikowane problemy z rekrutacją do Programu pokazały, że działania dotyczące rekrutacji nie były w pełni skuteczne, głównie ze względu na stan pandemii, który wywoływał obawy wśród potencjalnych uczestników przed pojawianiem się w miejscach publicznych (przychodnia, szpital, itp.). Wnioski z przeprowadzonych badań wskazują, że skuteczność rekrutacji podniosłaby intensywniejsza akcja informacyjno-promocyjna w szpitalach, przychodniach oraz zastosowanie nowych kanałów docierania do potencjalnych uczestników, takich jak media społecznościowe.

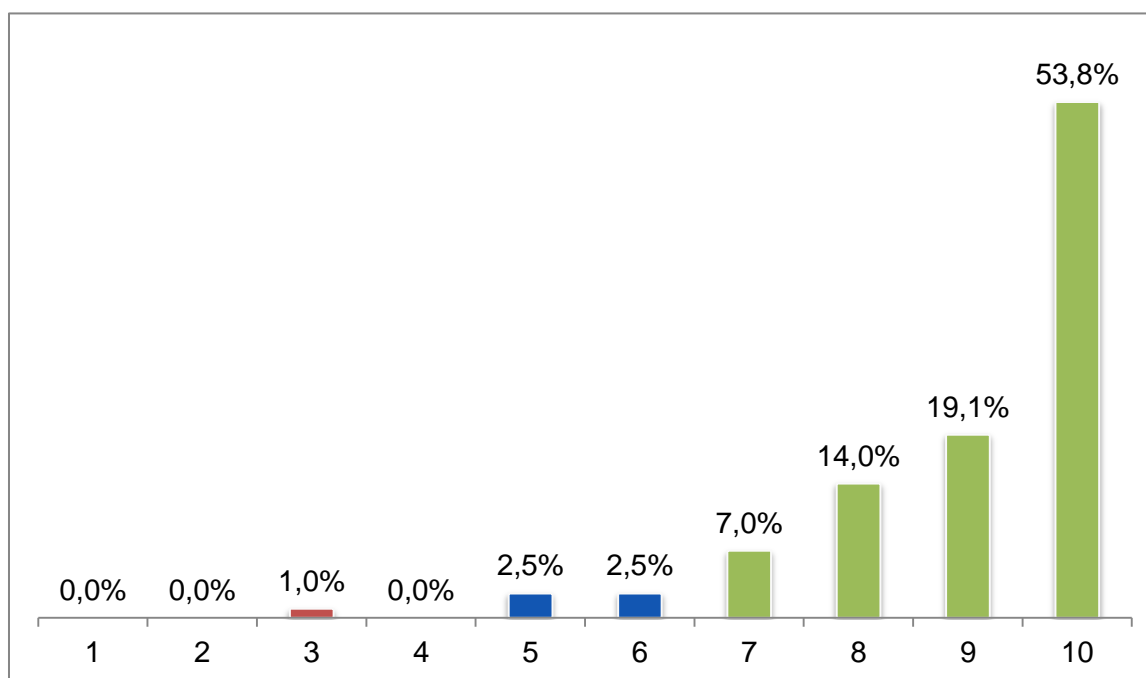
Podrozdział 5.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale zaprezentowane zostały wyniki analiz oraz wnioski związane z drugim celem szczegółowym badania, jakim była ocena użyteczności wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną.

Zapotrzebowanie na wsparcie oferowane w Programie

Instrumenty przyjęte w Programie były adekwatne do problemów zidentyfikowanych w diagnozie do RPPZ. Nie budziły one zastrzeżeń ani beneficjenta, ani eksperta. Ankietowani uczestnicy Programu bardzo wysoko ocenili zgodność wsparcia ze swoimi oczekiwaniami (średnia ocena to 9 na 10 stopniowej skali, gdzie 1 oznaczało całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność), co pozwala uznać, że wsparcie było dla nich użyteczne.

Wykres 84. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314.

Wszystkie formy wsparcia, z których skorzystali ankietowani uczestnicy, w wysokim stopniu spełniły ich oczekiwania.

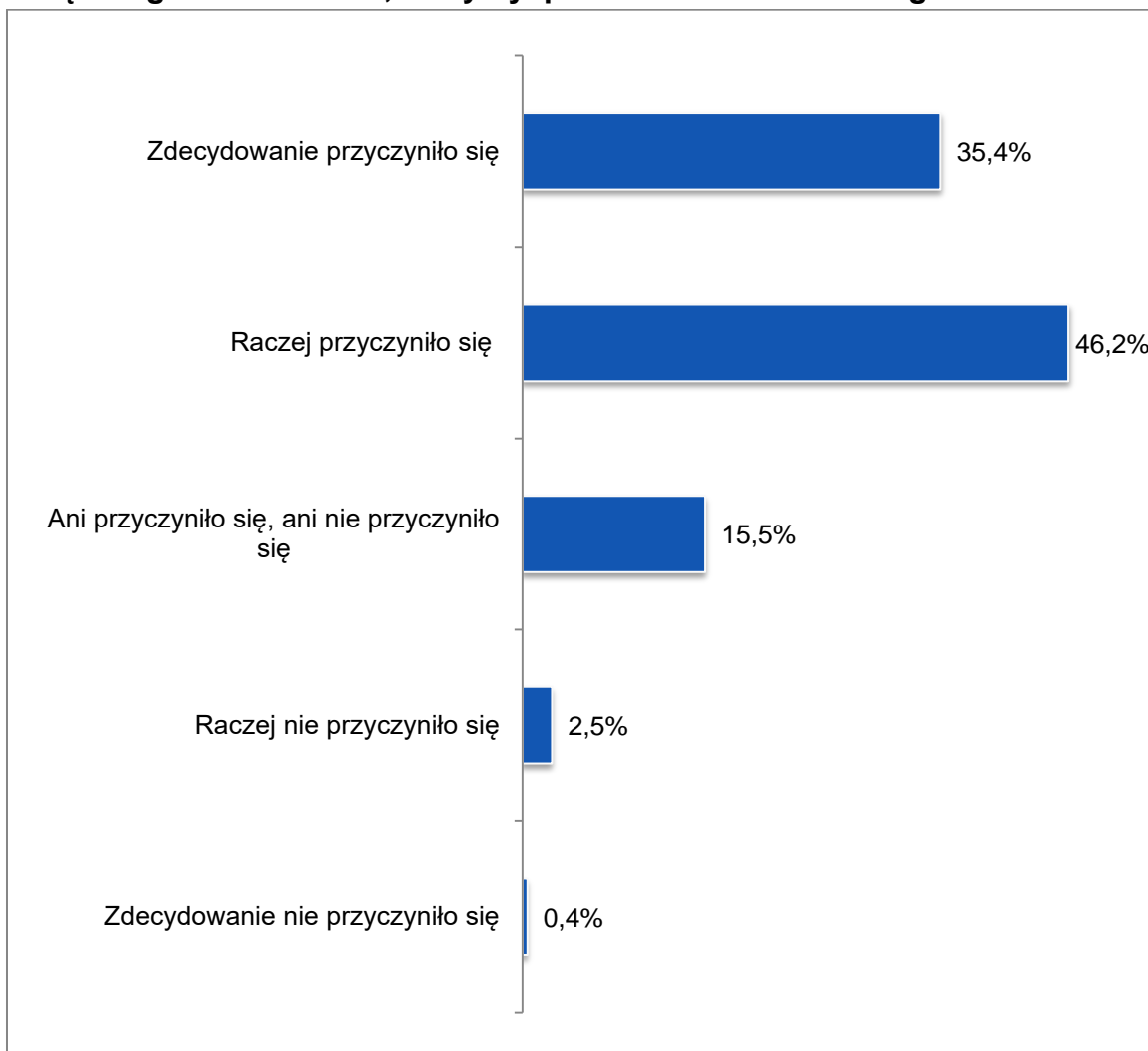
Wykres 85. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu rehabilitacji onkologicznej, z ich oczekiwaniami



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia Pan/Pani skorzystał/a?” oraz „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Średnie z uzyskanych odpowiedzi.

Zdaniem beneficjenta i autora RPPZ narzędziami, na które występowało największe zapotrzebowanie były działania indywidualne (rehabilitacja, spotkania z psychologiem, lekarzem), które były oferowane w Programie jedynie grupowo. Jak poinformowało 81,6% uczestników Programu, ich udział we wsparciu przyczynił się do rozwiązania/zmniejszenia problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem zgłoszenia do Programu. Zarówno zdaniem beneficjenta, jak i eksperta, uczestnictwo w Programie zdecydowanie przyczyniło się do zmniejszenia problemów zdrowotnych powstałych w wyniku przejścia choroby onkologicznej.

Wykres 86. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie*

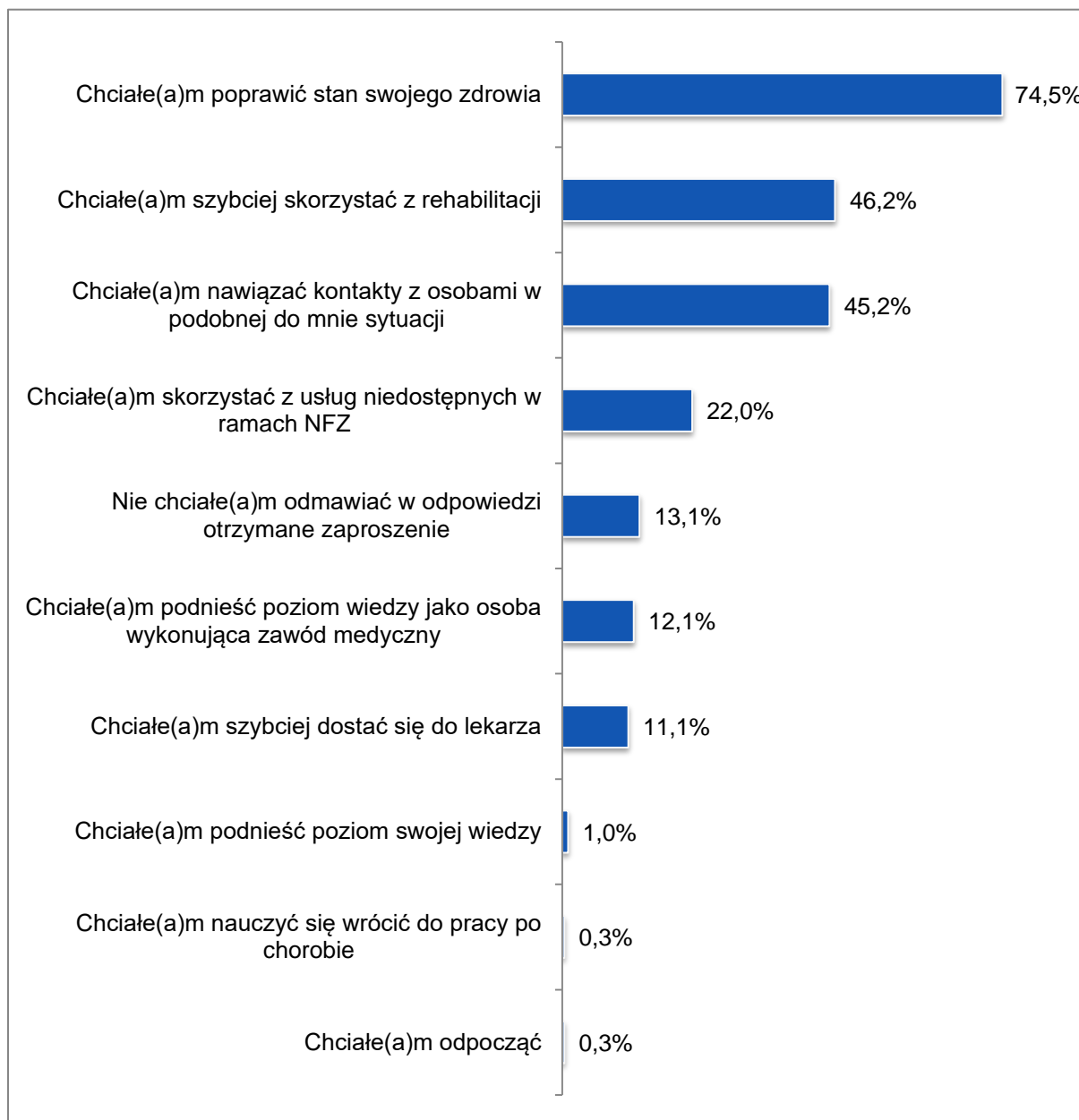


* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Mój udział we wsparciu nie był powodowany problemem zdrowotnym”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu pomógł Panu/Pani rozwiązać/zmniejszyć problem związany ze zdrowiem, który był powodem udziału we wsparciu?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=277 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Mój udział we wsparciu nie był powodowany problemem zdrowotnym”, N=37).

Najczęściej wskazywanym powodem, dla którego zdecydowano się na wsparcie to chęć poprawy stanu swojego zdrowia (74,5%). Na kolejnych miejscach wymieniano chęć szybszego skorzystania z rehabilitacji (46,2%); chęć nawiązania kontaktu z osobami w podobnej sytuacji (45,2%); chęć skorzystania z usług niedostępnych na NFZ (22,0%); skorzystanie z otrzymanej propozycji udziału w Programie (13,1%); chęć podniesienia poziomu wiedzy jako osoba wykonująca zawód medyczny (12,1%); chęć szybszego dostania się do lekarza (11,1%); chęć podniesienia poziomu swojej wiedzy (1,0%); chęć nauczenia się, jak wrócić do pracy po chorobie (0,3%) i chęć odpoczynku (0,3%).

Wykres 87. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu rehabilitacji onkologicznej zdecydowali się skorzystać ze wsparcia



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani skorzystać ze wsparcia?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Ponad połowie (50,3%) badanych respondentów niczego nie zabrakło w otrzymanym wsparciu. Pozostali najczęściej wskazywali na: zbyt małą liczbę godzin na rehabilitację (33,4%); zbyt małą liczbę godzin przeznaczonych na rehabilitację społeczną (10,8%); zbyt krótki czas przeznaczony na kontakt z pracownikiem medycznym (10,5%); brak elastyczności w dostosowaniu czasu realizacji wsparcia do preferencji uczestników (7,6%) i zbyt małą ilość przekazywanej wiedzy (3,5%).

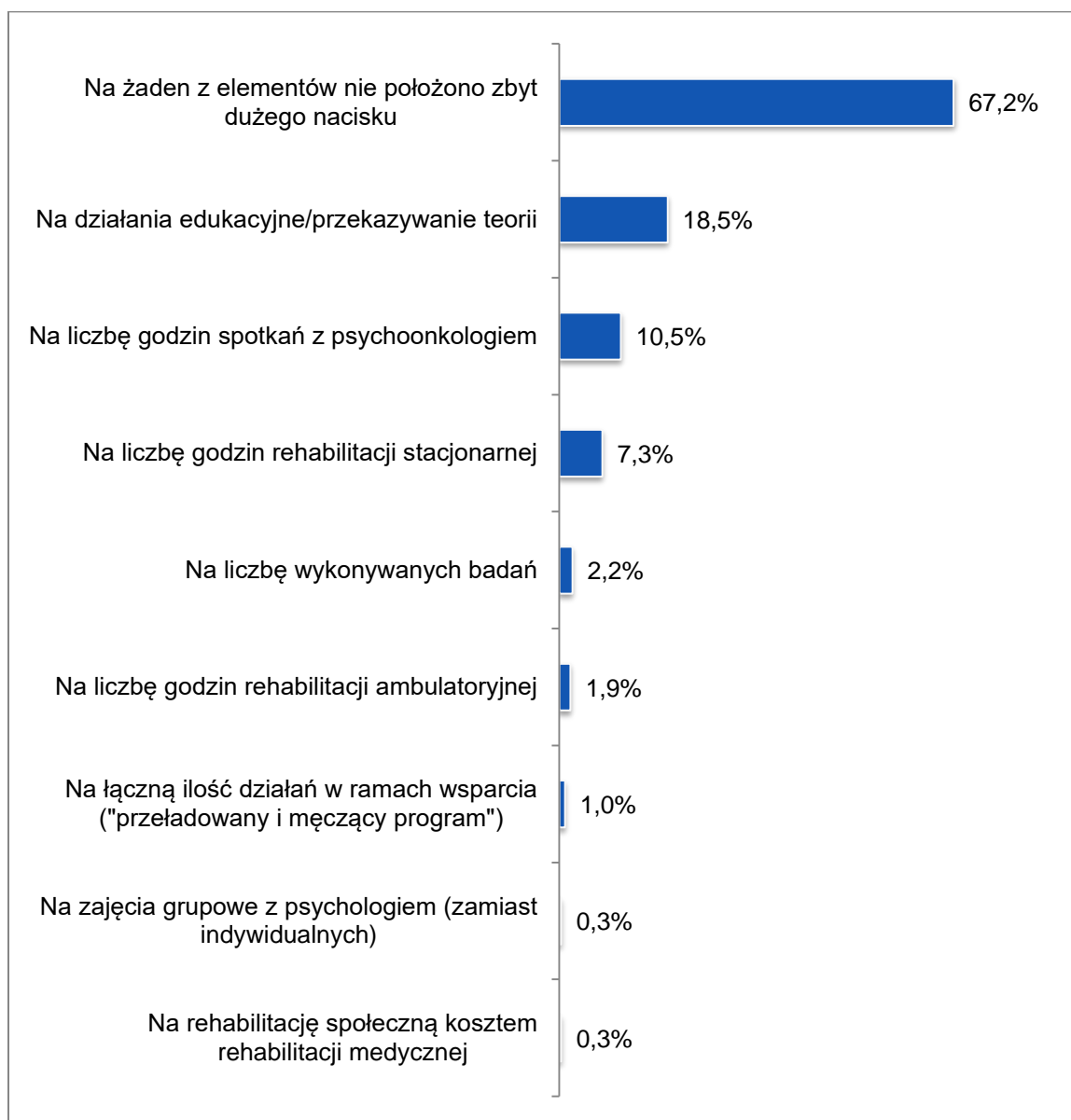
Wykres 88. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, czego Panu/Pani zabrakło w otrzymanym wsparciu?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdaniem zdecydowanej większości (67,2%) uczestników na żaden z elementów nie położono zbyt dużego nacisku. Kolejni respondenci najczęściej wymienili natomiast: działania edukacyjne/przekazywanie teorii (18,5%); liczbę godzin spotkań z psychoonkologiem (10,5%) i liczbę godzin rehabilitacji stacjonarnej (7,3%).

Wykres 89. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, na co został położony zbyt duży nacisk podczas realizacji wsparcia?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wśród ankietowanych 47,5% niczego by nie zmieniło w zakresie oferowanego wsparcia. Pozostali najczęściej wymieniali: zwiększenie zakresu i różnorodności oferowanego wsparcia (31,5%), wydłużenie czasu na realizację wsparcia (10,5%) i umożliwienie powtórnego udziału we wsparciu/kontynuację otrzymywanego wsparcia (5,4%).

Wykres 90. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej



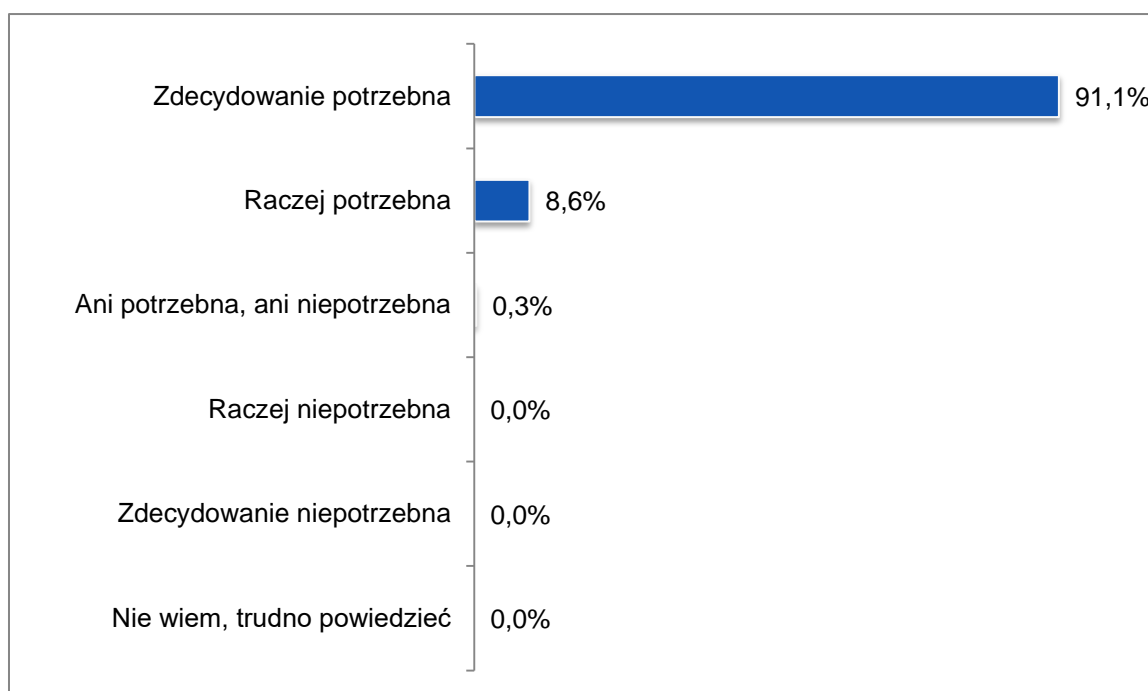
Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Co ewentualnie by Pan/Pani zmienił/a w zakresie oferowanego wsparcia?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najczęściej wymienianym powodem, dla którego ankietowani uczestnicy zdecydowali się wziąć udział w Programie, była chęć poprawy stanu swojego zdrowia. Potrzeba ta była możliwa do zaspokojenia w ramach Programu, który oferował rehabilitację onkologiczną i edukację zdrowotną. Fakt, że ponad połowie respondentów (50,3%) niczego nie brakowało w otrzymanym wsparciu, a 47,5% nic by w nim nie zmieniła, oznacza, że Program raczej spełnił oczekiwania odbiorców, a wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się odpowiednie. Niemniej, w celu podniesienia użyteczności, należałoby rozważyć wprowadzenie indywidualnych form wsparcia (indywidualny program rehabilitacji, indywidualne spotkania ze specjalistami).

Zapotrzebowanie na kontynuację wsparcia oferowanego w Programie

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna z uwagi na ciągle i rosnące zapotrzebowanie na rehabilitację onkologiczną. Ponadto dostępność do rehabilitacji onkologicznej w województwie jest na niskim poziomie. Również ankietowani uczestnicy Programu (99,7%) byli zgodni, że kontynuacja Programu jest nadal potrzebna.

Wykres 91. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań mających na celu rehabilitację osób po chorobie onkologicznej w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że realizacja działań mających na celu rehabilitację osób po chorobie onkologicznej jest nadal potrzebna?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie użyteczności wdrażania Programu.

Jak należy ocenić użyteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy były użyteczne i jak wpłynęły na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że wszystkie narzędzia wsparcia oferowane w RPPZ były użyteczne, to znaczy w wysokim stopniu zgodne z oczekiwaniami ich odbiorców. Uczestnictwo w Programie w wysokim stopniu przyczyniło się do zwiększenia świadomości nt. wpływu rehabilitacji onkologicznej na poprawę jakości życia. Potwierdzeniem są wyniki badań ankietowych, wywiady z beneficjentami i ekspertami.

Czy poszczególne programy polityki zdrowotnej odpowiadały na potrzeby grup docelowych, czy spełniły oczekiwania odbiorców wsparcia? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w poszczególnych programach polityki zdrowotnej okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że RPPZ spełnił oczekiwania odbiorców wsparcia, związane z uczestnictwem w Programie. Wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w Programie okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów. Najczęściej wymienianym powodem, dla którego ankietowani uczestnicy zdecydowali się wziąć udział w Programie, była chęć poznania stanu swojego zdrowia. Potrzeba była możliwa do zaspokojenia w ramach Programu, który oferował rehabilitację onkologiczną i edukację zdrowotną. Niemniej, w celu podniesienia użyteczności, należałoby rozważyć wprowadzenie indywidualnych form wsparcia (indywidualny program rehabilitacji, indywidualne spotkania ze specjalistami).

Czy istnieje potrzeba kontynuowania tego typu wsparcia w przyszłości? W jakich obszarach pomoc jest nadal niezbędna i konieczna?

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna, ze względu na ciągłe i rosnące zapotrzebowanie na rehabilitację onkologiczną. Problemy zidentyfikowane w diagnozie do RPPZ pozostają aktualne; zapotrzebowanie na rehabilitację onkologiczną jest bardzo wysokie, a jej dostępność – niska.

Czy uczestnictwo w poszczególnych programach polityki zdrowotnej przyczyniło się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia?

Udział w Programie przyczynił się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych u 81,6% uczestników Programu.

Czy interwencja jest komplementarna z innymi działaniami podejmowanymi w ramach RPOWP w obszarze zdrowia? Jeśli tak, to w jaki sposób ten fakt wpłynął na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych?

Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych w ramach przedmiotowej interwencji nastąpiło poprzez zaoferowanie kompleksowej rehabilitacji onkologicznej (ambulatoryjnej, stacjonarnej, społecznej), nie powielając, ale uzupełniając ofertę NFZ. Wsparcie w ramach RPPZ umożliwiała/przyspieszało powrót do aktywności zawodowej i społecznej pacjentów po chorobie onkologicznej.

Przedmiotowa interwencja jest komplementarna w stosunku do Poddziałania 8.4.1 Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych. Wspólnym celem zarówno dla Działania 2.5, jak i Poddziałania 8.4.1 było zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych oraz zmniejszenie zjawiska przerywania, czy całkowitej rezygnacji z aktywności zawodowej.

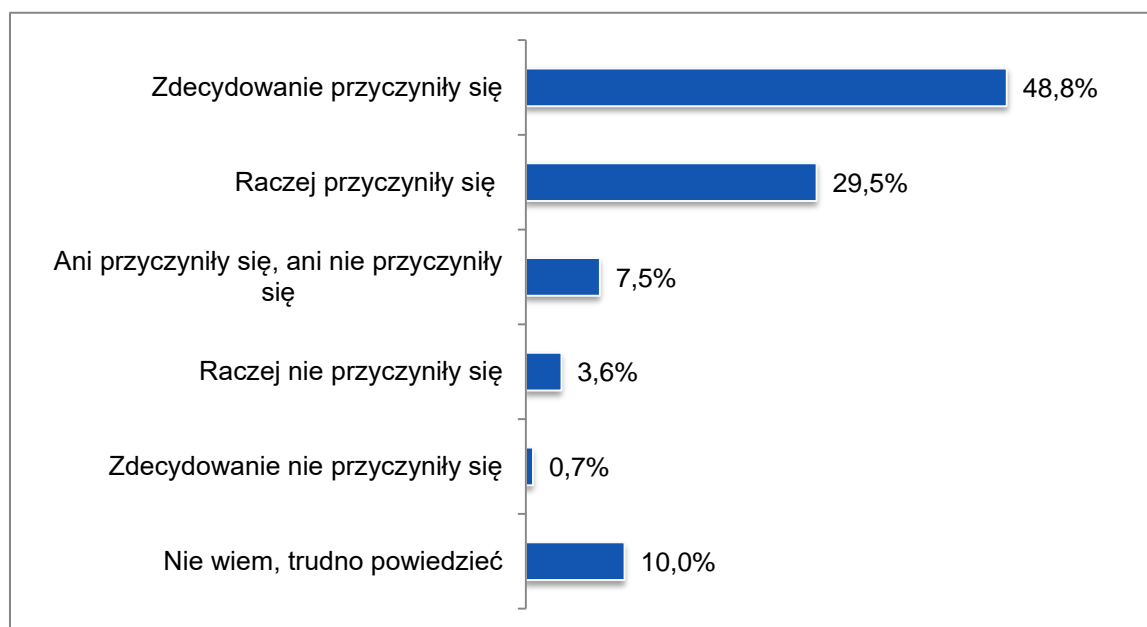
Podrozdział 5.3. Ocena trwałości wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale prezentowane są analizy oraz wnioski związane z trzecim celem szczegółowym badania, jakim była ocena trwałości wdrażania Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną.

Beneficjent i ekspert zapytani o trwałe efekty wdrażanego wsparcia wskazali, że mogą nimi być wzrost poziomu wiedzy u uczestników Programu z zakresu zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Pozyskana wiedza, w zależności od grupy docelowej objętej działaniami informacyjno-szkoleniowymi może być wykorzystywana do poprawy stanu swojego zdrowia lub pomocy swoim pacjentom. Na identyfikację trwałych (utrzymujących się po zakończeniu realizacji Programu) efektów wsparcia pozwoliły wyniki badania ankietowego, w którym zdecydowana większość (87,5%) respondentów wskazała na unikanie czynników szkodzących zdrowiu, wskutek pozyskanej wiedzy nt. profilaktyki chorób onkologicznych.

Zdecydowana większość (78,3%) respondentów zadeklarowała, że udział w projekcie, zachęcił ich do podejmowania działań profilaktycznych.

Wykres 92. Ocena wpływu wsparcia otrzymanego w Programie na podejmowanie działań profilaktycznych*



* Pytanie nie było zadawane osobom, które skorzystały z formy wsparcia „Szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych, wykonanych w ramach uczestniczenia we wsparciu zachęciły Pana/Panią, by wykonywać badania profilaktyczne regularnie?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=281 (wykluczeni respondenci, którzy skorzystali ze „szkolenia dla osób wykonujących zawody medyczne, N=33).

Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu pojawiły się u 97,9% uczestników Programu. Są to: wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (79,0%); badania profilaktyczne/przesiewowe w kierunku raka (70,5%); zdrowe odżywianie (67,3%); unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce (61,2%); aktywność fizyczna (60,9%); unikanie substancji rakotwórczych (57,3%), ograniczenie spożycia alkoholu (53,0%); utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (42,7%); unikanie palenia (38,8%) i wirtualne wizyty lekarskie (0,4%).

Wykres 93. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu

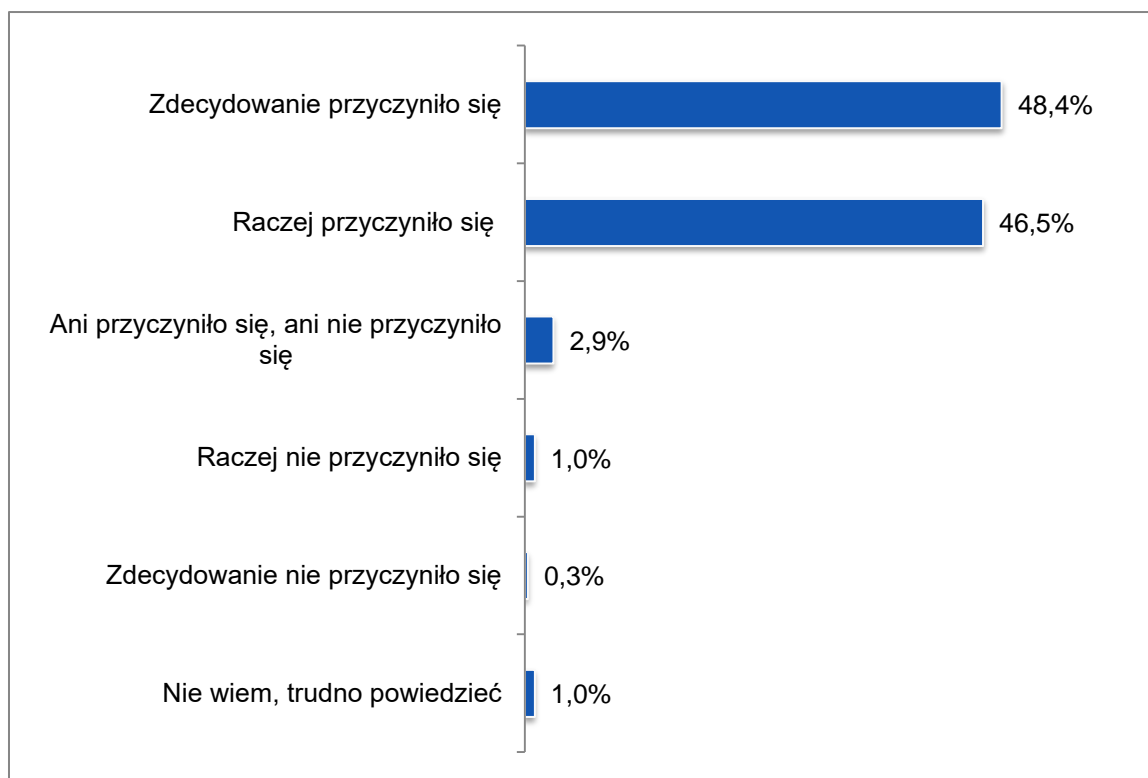


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania 1. „Jakie działania profilaktyczne, w wyniku uczestniczenia w Programie, Pan/Pani podejmuje obecnie, a których wcześniej nie podejmował/a?” N=281 (wykluczeni respondenci, którzy w odpowiedzi na pytanie wskazali „Nie dotyczy, brałem/brałam udział w szkoleniach dla osób wykonujących zawody medyczne”, N=33) oraz 2. Dlaczego nie podejmuje Pan/Pani żadnych działań związanych z zapobieganiem zachorowaniu na choroby nowotworowe? N=6. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Wskazywane przyczyny niepodejmowania działań profilaktycznych, będących efektem udziału we wsparciu, to fakt podejmowania ich przed udziałem we wsparciu (0,9%); brak czasu (0,3%); konieczność opłacenia wizyty u lekarza (0,3%) i długi czas oczekiwania na wizytę u specjalisty (0,3%).

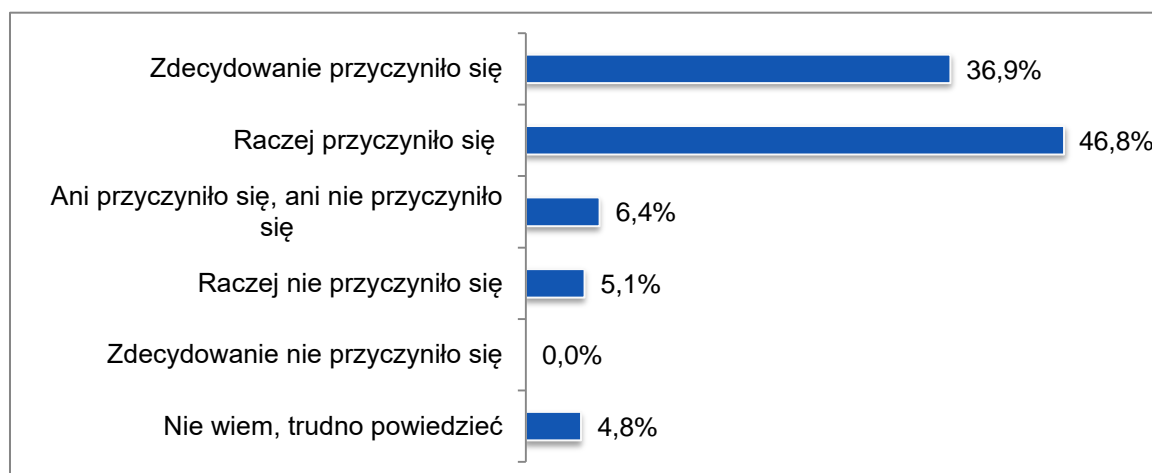
Beneficjent i ekspert byli zgodni, że ze względu na obecność działań edukacyjno-informacyjnych w projekcie wzrósł poziom wiedzy uczestników w obszarze będącym przedmiotem wsparcia. Większość ankietowanych w ramach CATI/CAWI przyznała, że dzięki skorzystaniu ze wsparcia poszerzyła się ich wiedza na temat tego, jakie działania można podjąć by poprawić swoje zdrowie/jakość życia po chorobie onkologicznej (94,9%) oraz nt. tego, co należy robić aby uniknąć zachorowania na choroby onkologiczne/nawrotu choroby onkologicznej (83,7%).

Wykres 94. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie działania można podjąć by poprawić zdrowie/jakość życia po chorobie onkologicznej



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy dzięki skorzystaniu ze wsparcia poszerzył/a Pan/Pani swoją wiedzę na temat tego, jakie działania można podjąć by poprawić swoje zdrowie/jakość życia po chorobie onkologicznej?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314.

Wykres 95. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób onkologicznych



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy w wyniku skorzystania ze wsparcia wzrósł Pana/Pani poziom wiedzy o tym, co należy robić, aby uniknąć zachorowania na choroby onkologiczne/nawrotu choroby onkologicznej?” przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej w ramach badania CAWI/CATI, N=314

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie trwałości wdrażania Programu.

Jak należy ocenić trwałość interwencji poszczególnych programów polityki zdrowotnej w odniesieniu do poprawy, zachowania aktywności zawodowej wśród uczestników programów zdrowotnych oraz poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych? Czy udzielona pomoc była doraźna, czy długotrwała?

Program pozwalał na doraźne zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, poprzez objęcie kompleksową rehabilitacją onkologiczną (ambulatoryjną, stacjonarną i społeczną) uczestników Programu. Otrzymane wsparcie umożliwiało lub przyspieszało powrót do aktywności zawodowej po chorobie onkologicznej. Jednak ze względu na złożony i niejednokrotnie trudny proces powrotu do pełnego zdrowia omawianej grupy pacjentów, wskaźnik osób powracających do aktywności zawodowej nie był zbyt wysoki (10,6%).

Jakie zaobserwowano trwale (utrzymujące się po zakończeniu realizacji wsparcia) efekty wsparcia wdrażanego w ramach programów polityki zdrowotnej?

Do zaobserwowanych trwałych efektów wsparcia wdrażanego w ramach RPPZ należą: podniesienie poziomu wiedzy nt. zaleceń dotyczących rehabilitacji oraz Europejskiego Kodeksu Walki z Rakiem. Pozyskana wiedza, w zależności od grupy

docelowej objętej działaniami informacyjno-szkoleniowymi, może być wykorzystywana do poprawy stanu swojego zdrowia lub pomocy swoim pacjentom. Na identyfikację trwałych (utrzymujących się po zakończeniu realizacji Programu) efektów wsparcia pozwoliły wyniki badania ankietowego, w którym zdecydowana większość (87,5%) respondentów wskazała na unikanie czynników szkodzących zdrowiu, wskutek pozyskanej wiedzy nt. profilaktyki chorób onkologicznych.

Czy uczestnictwo w programie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych uczestników projektów, np. czy u uczestników objętych programami polityki zdrowotnej ukształtował się trwały nawyk wykonywania badań profilaktycznych/kontrolnych, poddawania się rehabilitacji, czy podejmowania innych działań prozdrowotnych? Jeśli tak, to jakich? Jeżeli nie, to dlaczego? Jakich elementów/działań w realizowanych programach polityki zdrowotnej zabrakło?

U zdecydowanej większości (97,9%) uczestników projektu zaobserwowano trwałą zmianę zachowań w postaci podejmowania działań profilaktycznych, między innymi takich jak: wizyty u lekarza; badania profilaktyczne; zdrowe odżywianie; unikanie nadmiernej ekspozycji na słońce; aktywność fizyczna; unikanie substancji rakotwórczych; ograniczenie spożycia alkoholu; utrzymywanie prawidłowej wagi ciała, czy unikanie palenia.

Analiza wyników badań nie doprowadziła do identyfikacji działań, których brak w Programie można by uznać za dotkliwy z punktu widzenia celu głównego RPPZ i którejkolwiek grup interesariuszy. Niemniej pojawiały się oczekiwania maksymalnego dostosowania form wsparcia do indywidualnych potrzeb, wynikających między innymi z historii i przebiegu choroby onkologicznej.

Na ile działania podjęte w programie polityki zdrowotnej podniosły wiedzę uczestników, np. personelu medycznego, mieszkańców, w danym obszarze wsparcia?

Działania podjęte w RPPZ w wysokim stopniu przyczyniły się do zwiększenia poziomu wiedzy odbiorców wsparcia, między innymi nt. tego, jakie działania można podjąć by poprawić swoje zdrowie/jakość życia po chorobie onkologicznej (94,9%) oraz nt. tego, co należy robić aby uniknąć zachorowania na choroby onkologiczne/nawrotu choroby onkologicznej (83,7%).

Rozdział 6. Ocena Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

Podrozdział 6.1. Ocena skuteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale prezentowane są analizy oraz wnioski związane z pierwszym celem szczegółowym badania, jakim była ocena skuteczności wdrażania Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.

Stan realizacji Programu

Celem Programu była poprawa stanu zdrowia populacji dzieci i młodzieży w województwie podlaskim poprzez zorganizowanie interwencji z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej oraz profilaktyki trzeciorzędowej ukierunkowanej na zmniejszenie częstości występowania nabytych wad postawy wśród dzieci i młodzieży w województwie podlaskim.

Cel Programu miał zostać osiągnięty poprzez:

- Profilaktykę pierwotną, w ramach której przewidziano edukację 53 619 rodziców/opiekunów dzieci 5-6 letnich oraz edukację 91 145 uczniów szkół podstawowych w klasach I (w połączeniu z zajęciami ruchowymi), IV i VI;
- Profilaktykę III stopnia, w ramach której przewidziano testy przesiewowe w kierunku wad postawy u 91 145 uczniów klas I, IV i VI; zastosowanie leczenia i rehabilitacji u 4 312 osób, u których w wyniku testów przesiewowych wykonanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne, a następnie zweryfikowane przez lekarzy specjalistów, stwierdzono wady postawy oraz poprzez powtórne badania 4 312 osób uczestniczących w leczeniu i rehabilitacji, celem skierowania 3 450 dzieci na ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie.

W wyniku przeprowadzonych procedur konkursowych ostatecznie wyłonionych zostało 3 beneficjentów, którzy przystąpili do realizacji łącznie 12 projektów w 12 różnych powiatach. Nie udało się wyłonić realizatorów w powiatach monieckim, augustowskim, sejneńskim, suwalskim i mieście Suwałki.

Wszystkie projekty wpisywały się w typ projektu (5) Wdrożenie programów polityki zdrowotnej w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci obejmujących tworzenie i działalność wyspecjalizowanych zespołów wczesnej interwencji świadczących usługi edukacyjne, rehabilitacyjne, wspierające skierowane do rodzin z dziećmi zagrożonymi niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami w ramach Poddziałania 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób

zagrożonych wykluczeniem społecznym, Działania 7.2 Rozwój usług społecznych, Osi Priorytetowej VII. Poprawa spójności społecznej, Priorytet inwestycyjny 9iv Ułatwienie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.

Każdy beneficjent w ramach realizowanego projektu oferował działania edukacyjne dla rodziców/opiekunów; uczniów klas I, IV i VI szkoły podstawowej; badania przesiewowe, dwukrotne badanie przez lekarza specjalistę dzieci z wadami postawy, przed rozpoczęciem leczenia i rehabilitacji z wykorzystaniem Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych i ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych oraz po zakończeniu - celem oceny poprawy stanu zdrowia i skierowaniu dzieci, które tego potrzebują na ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie (kontynuacja podjętego leczenia i rehabilitacji).

Analiza dokumentacji projektowej wykazała, że 4 projekty realizowane w ramach Programu zakończyły się 31 grudnia 2022 roku, 3 projekty – 28 lutego 2022 roku, natomiast zakończenie pozostałych projektów planowane jest na 31 grudnia 2023 roku (Tabela 25).

W ramach RPPZ wskazano, że koszt Programu wyniesie 8 000 000,0 zł, z czego:

- 2 803 700,0 zł na działania edukacyjne;
- 4 325 840,0 zł na leczenie i rehabilitację;
- 640 000,0 zł na koszty pośrednie;
- 50 000,0 zł na ewaluację;
- 180 460,0 będzie stanowić rezerwa.

Z wniosków o dofinansowanie analizowanych projektów wynika, że łącznie na realizację wsparcia zaplanowano 6 659 270,2 zł (Tabela 26), w tym:

- Na działania edukacyjne 1 831 360,0 zł (65,3% wartości przewidzianej w Programie);
- Na rehabilitację i leczenie 3 659 334,0 zł (84,6% wartości przewidzianej w Programie);
- Na koszty pośrednie 1 168 576,2 (182,6% wartości przewidzianej w Programie)

Dokumentacja projektowa wskazuje, że beneficjenci objęli wsparciem:

- 3 753 rodziców/opiekunów dzieci 5-6 letnich w ramach działań edukacyjnych z planowanych 24 559 (wskaźnik realizacji na poziomie 15,3%, w tym 85,2% w projektach zakończonych i 3,1% w niezakończonych) (Tabela 27);
- 12 411 uczniów szkół podstawowych w ramach działań edukacyjnych z planowanych 39 742 (wskaźnik realizacji na poziomie 31,2%, w tym 110,2% w projektach zakończonych i 22,0% w niezakończonych) (Tabela 27);
- 3 178 uczniów ze zdiagnozowaną wadą postawy leczeniem i rehabilitacją z planowanych 3 460 (wskaźnik realizacji na poziomie 91,8%, w tym 100,0% w projektach zakończonych i 87,5% w niezakończonych) (Tabela 28);
- 971 uczniów uczestniczących w leczeniu na rehabilitacji na kontynuację leczenia i rehabilitacji poprzez ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne na basenie, z planowanych 2 768 (wskaźnik realizacji na poziomie 35,1%, w tym 100,0% w projektach zakończonych i 87,5% w niezakończonych) (Tabela 29).

Podczas wywiadu z beneficjentem projektów niezakończonych uzyskano informację, że istnieje wysokie prawdopodobieństwo osiągnięcia wskaźników projektu w odniesieniu do działań edukacyjnych skierowanych do rodziców/opiekunów dzieci 5-6 letnich oraz uczniów klas I, IV i VI oraz niskie prawdopodobieństwo osiągnięcia założonej liczby osób objętych ćwiczeniami korekcyjno-kompensacyjnymi na basenie.

Zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych w Programie nastąpiło poprzez dotarcie ze świadczeniem medycznym (badania przesiewowe wykonywane przez pielęgniarki, badania lekarskie) do szkół. Ponadto uczestnicy mieli możliwość skorzystania z usług niedostępnych w ramach świadczeń NFZ, komplementarnych w stosunku do dostępnych usług.

Tabela 25. Informacje o projektach realizowanych w ramach Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

Lp.	Nazwa projektu	Nazwa beneficjenta	Projekt zakończony	Okres realizacji	Wartość projektu (w zł)
1	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie grajewskim (RPPD.07.02.01-20-0063/19)	Łomżyńskie Forum Samorządowe	Tak	01.01.2020 - 31.12.2020	369 652,0
2	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie kolneńskim (RPPD.07.02.01-20-0065/19)	Łomżyńskie Forum Samorządowe	Tak	01.01.2020 - 31.12.2020	306 897,5
3	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie łomżyńskim (RPPD.07.02.01-20-0066/19)	Łomżyńskie Forum Samorządowe	Tak	01.01.2020 - 31.12.2020	402 592,5
4	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie zambrowskim (RPPD.07.02.01-20-0069/19)	Łomżyńskie Forum Samorządowe	Tak	01.01.2020 - 31.12.2020	337 930,0
5	Profilaktyka wad postawy dzieci w Mieście Łomża (RPPD.07.02.01-20-0067/19)	Łomżyńskie Forum Samorządowe	Tak	01.06.2020 - 28.02.2022	446 770,0
6	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie hajnowskim (RPPD.07.02.01-20-0064/19)	Fundacja Forum Inicjatyw Rozwojowych	Tak	01.06.2020 - 28.02.2022	258 395,0
7	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie siemiatyckim (RPPD.07.02.01-20-0070/19)	Fundacja Forum Inicjatyw Rozwojowych	Tak	01.06.2020 - 28.02.2022	293 152,5
8	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok (RPPD.07.02.01-20-0030/18)	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko	Nie	01.06.2019 - 31.12.2023	1 852 456,8
9	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie bielskim (RPPD.07.02.01-20-0031/18)	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko	Nie	01.06.2019 - 31.12.2023	485 852,5
10	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie białostockim (RPPD.07.02.01-20-0042/18)	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko	Nie	01.08.2019 - 31.12.2023	1 032 326,4
11	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie sokólskim (RPPD.07.02.01-20-0071/19)	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko	Nie	01.06.2020 - 31.12.2023	452 095,0
12	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie wysokomazowieckim (RPPD.07.02.01-20-0072/19)	NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko	Nie	01.06.2020 - 31.12.2023	421 150,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wniosków o dofinansowanie i diad z beneficjentami.

Tabela 26. Wartości poszczególnych działań w projektach realizowanych w ramach Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

Lp.	Nazwa projektu	Poziom I edukacyjny	Poziom II Leczenie i rehabilitacja	Koszty pośrednie
1	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie grajewskim	109 770,0	185 952,0	73 930,5
2	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie kolneńskim	91 710,0	153 808,0	61 379,5
3	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie łomżyńskim	120 050,0	202 024,0	80 518,5
4	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie zambrowskim	99 560,0	170 784,0	67 586,0
5	Profilaktyka wad postawy dzieci w Mieście Łomża	132 720,0	224 696,0	89 354,0
6	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie hajnowskim	76 060,0	130 656,0	51 679,0
7	Profilaktyka wad postawy dzieci w powiecie siemiatyckim	86 890,0	147 632,0	58 630,5
8	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie Miasto Białystok	519 220,0	1 091 612,0	241 624,8
9	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie bielskim	94 120,0	294 562,0	97 170,0
10	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie białostockim	276 560,0	583 712,0	172 054,4
11	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie sokólskim	115 660,0	246 016,0	90 419,0
12	Kompleksowa profilaktyka zdrowotna dzieci w wieku 5-14 lat zamieszkałych w powiecie wysokomazowieckim	109 040,0	227 880,0	84 230,0
Łączna wartość kosztów wskazana we wniosku o dofinansowanie		1 831 360,0	3 659 334,0	1 168 576,2
Wartość kosztów wskazana w Programie ⁵⁸		2 803 700,0	4 325 840,0	640 000,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie wniosków o dofinansowanie i RPPZ.

⁵⁸ Bez kosztów ewaluacji (50 000,00 zł) i rezerwy (180 460,00 zł).

Tabela 27. Stan realizacji wskaźników Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, część I

Miejsce realizacji	Projekt zakończony	Liczba rodziców dzieci w wieku 5-6 lat objętych edukacją			Liczba dzieci i młodzieży w wieku 5-14 lat włączonych do Programu			Liczba dzieci w wieku 5-14 lat które zostaną objęte działaniami edukacyjnymi		
		Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
Powiat grajewski	Tak	552	594	107,6	692	801	115,8	692	801	115,8
Powiat kolneński	Tak	456	261	57,2	628	644	102,5	628	644	102,5
Powiat łomżyński	Tak	600	261	43,5	644	935	145,2	644	935	145,2
Powiat zambrowski	Tak	516	419	81,2	390	460	117,9	390	460	117,9
Miasto Łomża	Tak	672	685	101,9	798	735	92,1	798	735	92,1
Powiat hajnowski	Tak	396	410	103,5	452	455	100,7	452	455	100,7
Powiat siemiatycki	Tak	444	469	105,6	574	574	100,0	574	574	100,0
Miasto Białystok	Nie	9 764	621	6,4	16 599	5 156	31,1	16 599	5 156	31,1
Powiat bielski	Nie	1 754	33	1,9	2 980	497	16,7	2 980	497	16,7
Powiat białostocki	Nie	5 195	0	0,0	8 830	1 098	12,4	8 830	1 098	12,4
Powiat sokólski	Nie	2 171	0	0,0	3 690	405	11,0	3 690	405	11,0
Powiat wysokomazowiecki	Nie	2 039	0	0,0	3 465	651	18,8	3 465	651	18,8
RAZEM		24 559	3 753	15,3	39 742	12 411	31,2	39 742	12 411	31,2
- w tym projekty zakończone		3 636	3 099	85,2	4 178	4 604	110,2	4 178	4 604	110,2
- w tym projekty w realizacji		20 923	654	3,1	35 564	7 807	22,0	35 564	7 807	22,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej przekazanej przez Zamawiającego.

Tabela 28. Stan realizacji wskaźników Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, część II

Miejsce realizacji	Projekt zakończony	Liczba uczniów objętych badaniem wstępnym diagnostycznym oraz badaniem kontrolnym			Liczba dzieci, u których stwierdzono schorzenie ze szczególnym uwzględnieniem zniekształceń kręgosłupa (na podstawie MZ-11)		
		Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
Powiat grajewski	Tak	185	185	100,0	185	185	100,0
Powiat kolneński	Tak	153	153	100,0	153	153	100,0
Powiat łomżyński	Tak	201	201	100,0	201	201	100,0
Powiat zambrowski	Tak	170	170	100,0	170	170	100,0
Miasto Łomża	Tak	224	224	100,0	224	224	100,0
Powiat hajnowski	Tak	130	130	100,0	130	130	100,0
Powiat siemiatycki	Tak	147	147	100,0	147	147	100,0
Miasto Białystok	Nie	1 047	1 057	101,0	1 047	1 057	101,0
Powiat bielski	Nie	188	226	120,2	188	226	120,2
Powiat białostocki	Nie	559	399	71,4	559	399	71,4
Powiat sokólski	Nie	237	152	64,1	237	152	64,1
Powiat wysokomazowiecki	Nie	219	134	61,2	219	134	61,2
RAZEM		3 460	3 178	91,8	3 460	3 178	91,8
- w tym projekty zakończone		1 210	1 210	100,0	1 210	1 210	100,0
- w tym projekty w realizacji		2 250	1 968	87,5	2 250	1 968	87,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej przekazanej przez Zamawiającego.

Tabela 29. Stan realizacji wskaźników Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, część III

Miejsce realizacji	Projekt zakończony	Liczba dzieci i młodzieży, którym udzielono usług z zakresu leczenia i rehabilitacji w postaci Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych i ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych			Liczba dzieci i młodzieży, które skorzystały z ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych na basenie		
		Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji	Wartość docelowa	Wartość osiągnięta	% realizacji
Powiat grajewski	Tak	185	185	100,0	148	148	100,0
Powiat kolneński	Tak	153	153	100,0	122	122	100,0
Powiat łomżyński	Tak	201	201	100,0	161	161	100,0
Powiat zambrowski	Tak	170	170	100,0	136	136	100,0
Miasto Łomża	Tak	224	224	100,0	179	179	100,0
Powiat hajnowski	Tak	130	130	100,0	104	104	100,0
Powiat siemiatycki	Tak	147	147	100,0	118	121	102,5
Miasto Białystok	Nie	1 047	1 057	101,0	838	0	0,0
Powiat bielski	Nie	188	226	120,2	150	0	0,0
Powiat białostocki	Nie	559	399	71,4	448	0	0,0
Powiat sokólski	Nie	237	152	64,1	189	0	0,0
Powiat wysokomazowiecki	Nie	219	134	61,2	175	0	0,0
RAZEM		3 460	3 178	91,8	2 768	971	35,1
- w tym projekty zakończone		1 210	1 210	100,0	968	971	100,3
- w tym projekty w realizacji		2 250	1 968	87,5	1 800	0	0,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji projektowej przekazanej przez Zamawiającego.

Program wpisywał się w założenia Działania 7.2.1, Działania 7.2, w OP VII, PI 9iv, co było mierzone wskaźnikiem „Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie”.

Wartość docelowa ww. wskaźnika w RPOWP 2014-2020 została ustalona na 2 147 osób, natomiast w RPPZ na 4 312 osób.

Na koniec I kwartału 2023 wsparciem objęto 3 178 osób, co stanowi 73,7% wartości założonej w RPPZ i 148,0% - wartości założonej w RPOWP 2014-2020, co oznacza, że jeszcze przed zakończeniem realizacji Programu osiągnął on cel nadrzędny interwencji.

Tabela 30. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w Programie profilaktyki nabytych wad postawy skierowanym do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

Miejsce realizacji	Projekt zakończony	Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie		
		Wartość docelowa (WoD)	Wartość osiągnięta	% realizacji
Powiat grajewski	Tak	185	185	100,0
Powiat kolneński	Tak	153	153	100,0
Powiat łomżyński	Tak	201	201	100,0
Powiat zambrowski	Tak	170	170	100,0
Miasto Łomża	Tak	224	224	100,0
Powiat hajnowski	Tak	130	130	100,0
Powiat siemiatycki	Tak	147	147	100,0
Miasto Białystok	Nie	1 047	1 057	101,0
Powiat bielski	Nie	188	226	120,2
Powiat białostocki	Nie	559	399	71,4
Powiat sokólski	Nie	237	152	64,1
Powiat wysokomazowiecki	Nie	219	134	61,2
Poziom realizacji w projektach		3 460	3 178	91,8
- w projektach zakończonych		1 210	1 210	100,0
- w projektach niezakończonych		2 250	1 968	87,5
Poziom realizacji w Programie		4 312	3 178	73,7
- w projektach zakończonych		4 312	1 210	28,1
- w projektach niezakończonych		4 312	1 968	45,6
Poziom realizacji wskaźnika w ramach RPOWP 2014-2020		2 147	3 178	148,0
- w projektach zakończonych		2 147	1 210	56,4
- w projektach niezakończonych		2 147	1 968	91,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie Sprawozdania z realizacji RPOWP2014-2020 za rok 2021, dokumentacji projektowej oraz RPPZ.

Rezultatem Programu miała być poprawa stanu zdrowia dzieci poprzez wzrost poziomu wiedzy zarówno dzieci, jak i ich opiekunów w zakresie znaczenia prawidłowej postawy ciała oraz konsekwencji nieleczonych wad postawy, w tym zniekształceń kręgosłupa, czynników sprzyjających powstawaniu wad postawy oraz możliwości ich eliminowania, znaczenia aktywności fizycznej oraz racjonalnego sposobu żywienia.

Odpowiedź na pytanie w jakim stopniu Program przyczynił się do uzyskania rezultatów zakładanych w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego jest jeszcze niemożliwa, ze względu na fakt, że Program zakończy się 31 grudnia 2023 roku. Wówczas opracowany zostanie „Raport końcowy z realizacji programu polityki zdrowotnej” na wzorze przygotowanym przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Niemniej można wskazać, że na koniec I kwartału 2023 roku z założonej w Programie liczby 53 619 rodziców/opiekunów dzieci 5-6 letnich, poziom wiedzy podniosło 3 753, czyli 7,0%.

Natomiast z zakładanych w Programie 91 145 uczniów klas I, IV I VI szkół podstawowych świadomość zdrowotna wzrosła u 12 411 z nich (13,6%).

Tabela 31. Rezultaty Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego

Miejsce realizacji	Projekt zakończony	Liczba rodziców/opiekunów włączonych do Programu, którzy w wyniku podjętych działań edukacyjnych podniosą poziom wiedzy w zakresie znaczenia prawidłowej postawy ciała oraz konsekwencji nieleczonych wad postawy w tym zniekształceń kręgosłupa, czynników sprzyjających powstawaniu wad postawy oraz możliwości ich eliminowania, znaczenia aktywności fizycznej oraz zasad prawidłowego żywienia			Liczba dzieci i młodzieży włączonych do Programu, które w wyniku podjętych działań edukacyjnych, podniosą poziom wiedzy w zakresie znaczenia prawidłowej postawy ciała oraz konsekwencji nieleczonych wad postawy, w tym zniekształceń kręgosłupa, czynników sprzyjających powstawaniu wad postawy oraz możliwości ich eliminowania, znaczenia aktywności fizycznej oraz zasad prawidłowego żywienia		
		Wartość docelowa (WoD)	Wartość osiągnięta	% realizacji	Wartość docelowa (WoD)	Wartość osiągnięta	% realizacji
Powiat grajewski	Tak	552	594	107,6	692	801	115,8
Powiat kolneński	Tak	456	261	57,2	628	644	102,5
Powiat łomżyński	Tak	600	261	43,5	644	935	145,2
Powiat zambrowski	Tak	516	419	81,2	390	460	117,9
Miasto Łomża	Tak	672	685	101,9	798	735	92,1
Powiat hajnowski	Tak	396	410	103,5	452	455	100,7
Powiat siemiatycki	Tak	444	469	105,6	574	574	100,0
Miasto Białystok	Nie	9 764	621	6,4	16 599	5 156	31,1
Powiat bielski	Nie	1 754	33	1,9	2980	497	16,7
Powiat białostocki	Nie	5 195	0	0,0	8830	1 098	12,4
Powiat sokółski	Nie	2 171	0	0,0	3690	405	11,0
Powiat wysokomazowiecki	Nie	2 039	0	0,0	3465	651	18,8
Poziom realizacji projektów		24 559	3 753	15,3	39 742	12 411	31,2
- w projektach zakończonych		3 636	3 099	85,2	4 178	4 604	110,2
- w projektach niezakończonych		20 923	654	3,1	35 564	7 807	22,0
Poziom realizacji Programu		53 619	3 753	7,0	91 145	12 411	13,6
- w projektach zakończonych		53 619	3 099	5,8	91 145	4 604	5,1
- w projektach niezakończonych		53 619	654	1,2	91 145	7 807	8,6

Źródło: opracowanie własne.

Przebieg wdrażania Programu

Do udziału w Programie byli zapraszani listownie, mailowo dyrektorzy szkół i placówek, z którymi organizowano też spotkania. W placówkach oświatowych, w których wyrażono chęć uczestnictwa, przekazywano informacje o Programie rodzicom i pielęgniarkom/higienistkom. Ogłoszenia pojawiały się również w szkołach/przedszkolach, na stronie internetowej beneficjentów oraz w lokalnej prasie. Zarówno zdaniem beneficjentów, jak i eksperta działania dotyczące rekrutacji do udziału w Programie zostały prawidłowo zaplanowane w RPPZ i były skuteczne. Jednak beneficjenci wybranych, zakończonych projektów zwrócili uwagę, że nie udało się zrekrutować wymaganej liczby rodziców. Potencjalnych uczestników (opiekunów dzieci 5-6 letnich) zniechęcał fakt, że wsparciem nie mogły być objęte ich dzieci. W odniesieniu do stosowanych kanałów rekrutacji, beneficjenci za najbardziej skuteczne uznali spotkania bezpośrednie, z dyrektorami szkół, czy też rodzicami. Rodzice/opiekunowie dzieci biorących udział we wsparciu, najczęściej dowiadywali się o Programie z ogłoszenia w szkole (39,0%) lub otrzymując informację ze szkoły (22,3%). Z kolei 20,5% otrzymało zaproszenie, a 19,1% informację ustną.

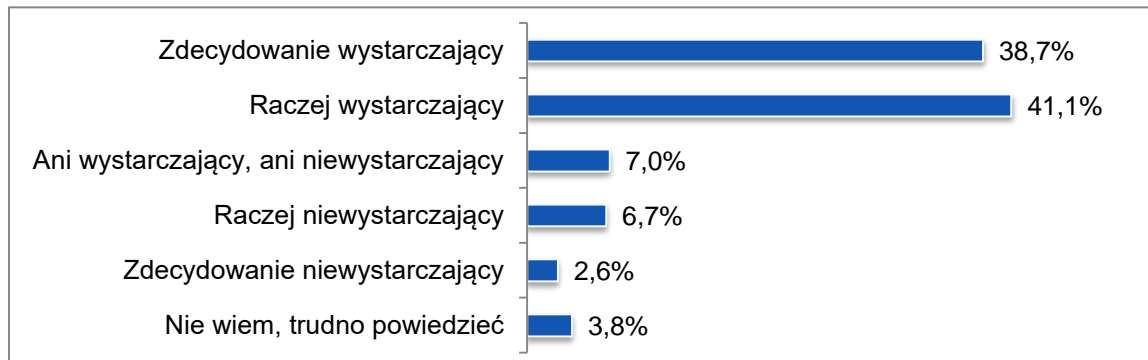
Wykres 96. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób dowiedział/a się Pan/Pani o wsparciu, z którego Pan/Pani skorzystał/a?” przez uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdecydowana większość ankietowanych rodziców (79,8%) uznała, że sposób informowania o Programie był wystarczający.

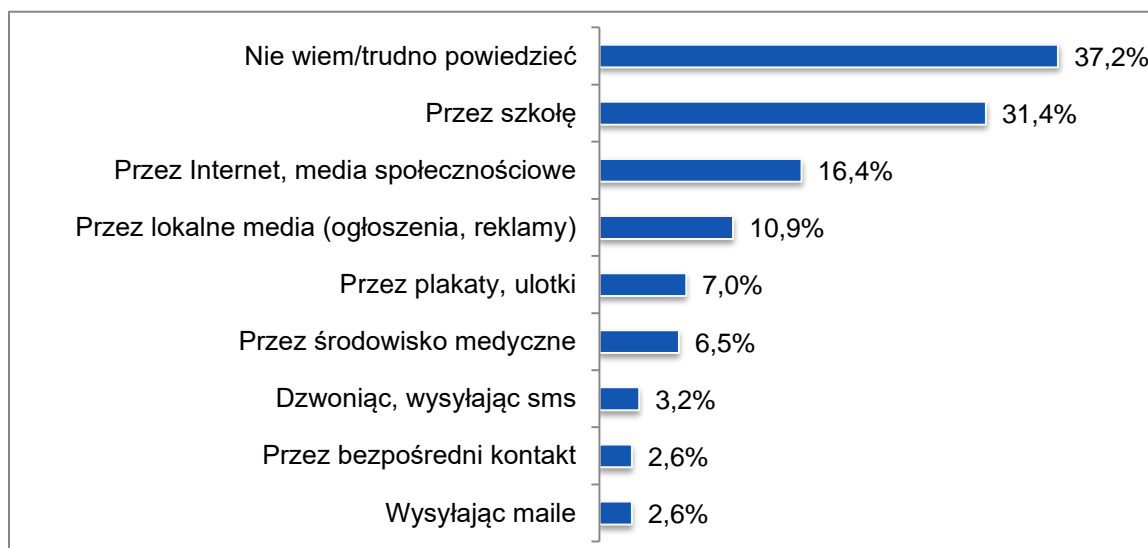
Wykres 97. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy Pana/Pani zdaniem sposób informowania o możliwości uzyskania wsparcia był wystarczający?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Najwięcej badanych osób (37,2%) nie potrafiło wskazać, jak jeszcze skuteczniej można by docierać z informacjami o oferowanym wsparciu. Pozostali najczęściej odpowiadali, że przez szkołę (31,4%), Internet, media społecznościowe (16,9%), lokalne media (10,9%); plakaty, ulotki (7,0%) i przez środowisko medyczne (6,5%).

Wykres 98. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy

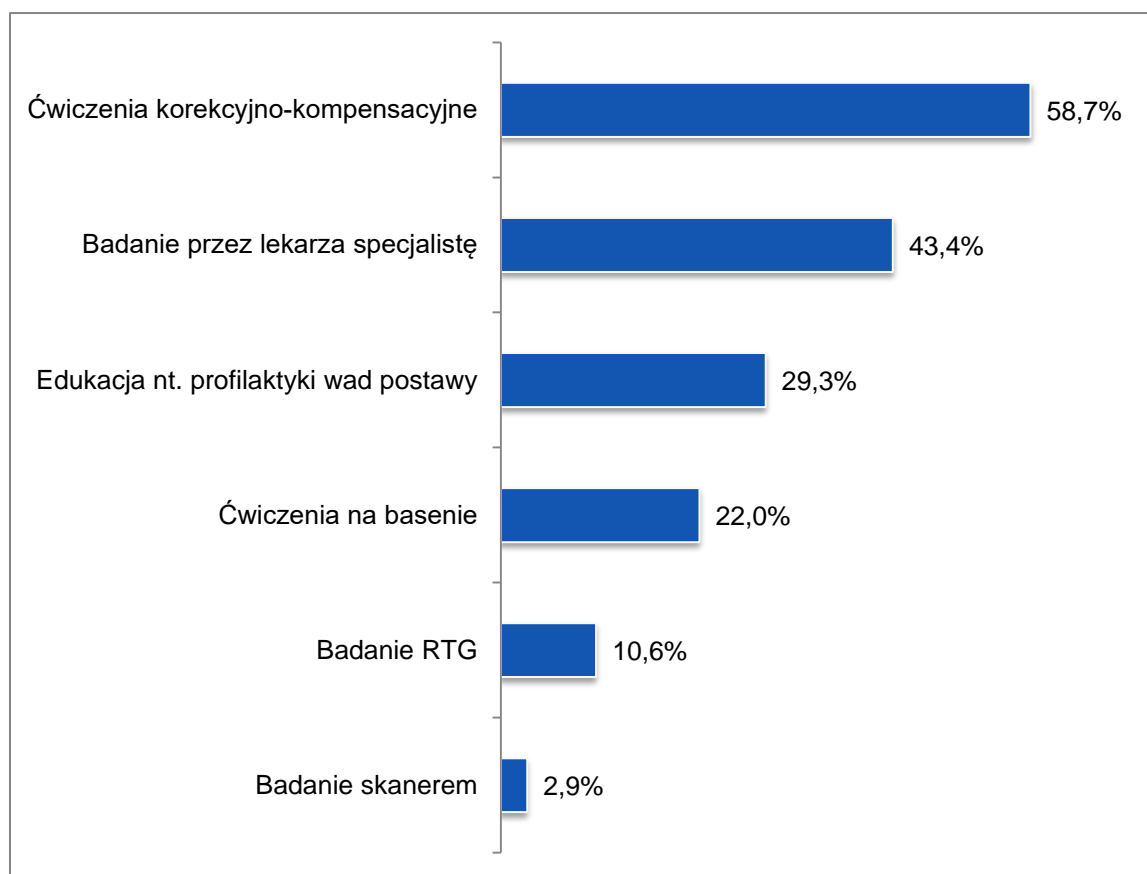


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „W jaki sposób Pana/Pani zdaniem można by skuteczniej docierać z informacjami o oferowanym wsparciu?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Celem wszystkich zastosowanych narzędzi wsparcia była poprawa stanu zdrowia, dlatego zdaniem beneficjentów i autora RPPZ, były one w jednakowym stopniu skuteczne, choć w inny sposób dążyły do osiągnięcia celu. Nie uważali, że któreś z nich było niepotrzebne, czy wręcz chybione.

W ramach ankiety CAWI/CATI badani byli rodzice/opiekunowie uczniów, którzy skorzystali z ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych (58,7%), badania przez lekarza specjalistę (43,4%), edukacji nt. profilaktyki wad postawy (29,3%), ćwiczeń na basenie (22,0%), badania RTG (10,6%) oraz z badania skanerem (2,9%).

Wykres 99. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia skorzystało Pana/Pani dziecko?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

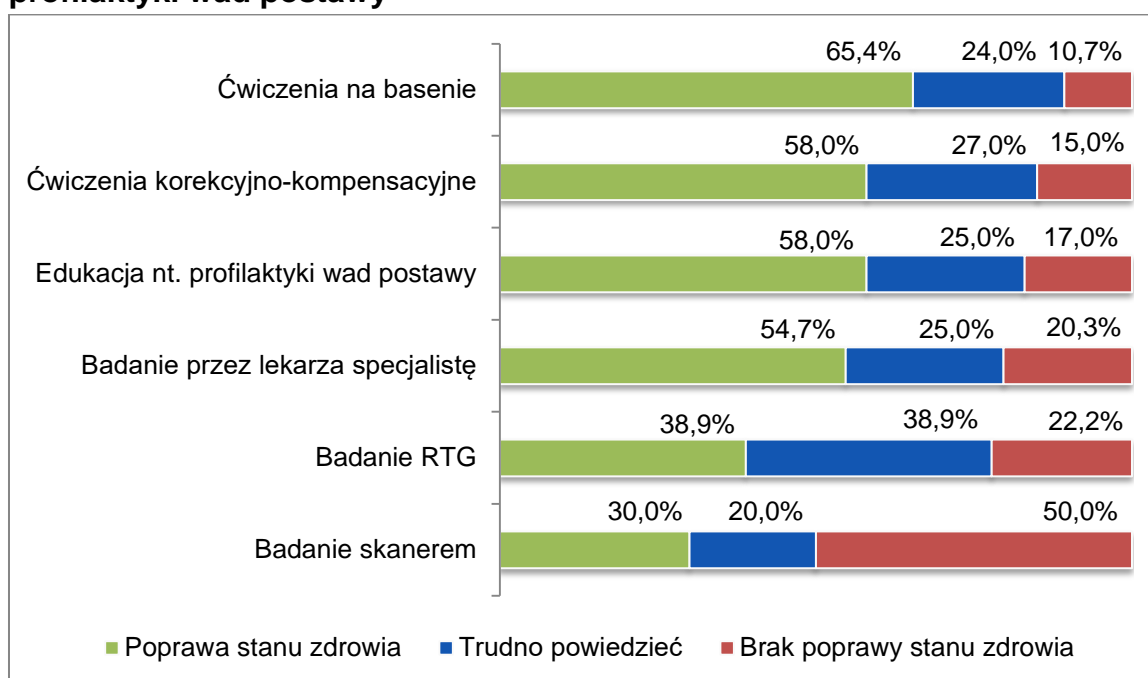
Udział w Programie spowodował poprawę stanu zdrowia u 51,6% uczestników. Najczęściej informacji, o poprawie stanu zdrowia dzięki uzyskanemu wsparciu, udzielali rodzice dzieci korzystających z zajęć na basenie (65,4%), a w dalszej kolejności z ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych (58,0%), działań edukacyjnych (58,0%); badania przez lekarza specjalistę (54,7%). Najrzadziej wskazywano badanie RTG (38,9%) oraz badanie skanerem (30,0%).

Wykres 100. Ocena wpływu udziału we wsparciu na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy stanu zdrowia Pana/Pani dziecka?” przez uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Wykres 101. Wpływ wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: „Z jakiej formy wsparcia skorzystało Pana/Pani dziecko?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341 oraz „Czy udział we wsparciu przyczynił się do poprawy stanu zdrowia Pana/Pani dziecka?” przez uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Analiza dokumentacji projektowej, diad z beneficjentami i IDI z ekspertem, pozwoliła na identyfikację problemów i czynników utrudniających realizację projektu w ramach Programu.

Jako pierwszy należy wskazać czas realizacji projektu w czasie pandemii COVID-19, co skutkowało: utrudnieniem rekrutacji poprzez organicznie możliwości bezpośrednich spotkań z dyrektorami szkół i rodzicami, rozciągnięciem oferowanego wsparcia w czasie (przerwy w realizacji wsparcia powodowane zamykaniem szkół, w których realizowane były projekty, zamknięcie basenów itp.). Beneficjenci rozwiązywali wyżej wymienione problemy m.in. prowadząc rekrutację z wykorzystaniem dziennika elektronicznego, wydłużając czas realizacji projektu, prowadząc działania edukacyjne z rodzicami online. Choć beneficjenci starali się minimalizować negatywne skutki pandemii, miała ona negatywny wpływ na osiągnięte wartości wskaźników. Istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że w projektach, które się nie zakończyły, wsparciem w postaci ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych na basenie nie zostanie objęta zakładana liczba osób.

Drugim utrudnieniem w realizacji projektu był brak możliwości zwiększenia budżetu na realizację działań w sytuacji dezaktualizowania stawek widniejących w RPPZ. Było to spowodowane kilkuletnią przerwą pomiędzy dokonaną wyceną, a okresem realizacji projektów. Dodatkowo wzrost kosztów np. zakup środków ochrony indywidualnej był spowodowany przez wystąpienie pandemii koronawirusa. W związku z powyższym beneficjenci starali się ograniczać wydatki i podejmowali negocjacje finansowe np. z lekarzami, fizjoterapeutami, edukatorami zdrowotnymi, pielęgniarkami. Problem był trudnością organizacyjną dla beneficjentów, ale nie miał wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów.

Jako trzeci problem należy wskazać trudności organizacyjne z ustaleniem grafiku, uwzględniającego: dostępność dzieci ograniczoną zajęciami lekcyjnymi i pozalekcyjnymi, godzinami kursowania autobusów szkolnych itp., dostępność rodziców, pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów, basenu. Problem był trudnością organizacyjną dla beneficjentów, ale nie miał wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów.

Czwartym czynnikiem oddziałującym negatywnie była niechęć rodziców do dowożenia dzieci na basen, szczególnie jeżeli był on znacznie oddalony od miejsca zamieszkania/szkoły. Nie istniała możliwość pokrycia kosztów transportu ze środków projektowych. Problem był trudnością organizacyjną dla beneficjentów, ale nie miał wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów.

Piątym utrudnieniem było wystąpienie obaw rodziców przed negatywnymi skutkami dwukrotnego poddania dziecka badaniu RTG. Jeden z beneficjentów rozwiązał problem zakupując z własnych środków skaner, urządzenie do bezinwazyjnego badania, które również umożliwiało diagnostykę wad postawy. Problem wiązał się ze zmniejszonym zainteresowaniem wsparciem ze strony rodziców, ale nie miał negatywnego wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów, ze

względu na wyższą skalę zainteresowania rehabilitacją i wsparciem od liczby dostępnych miejsc.

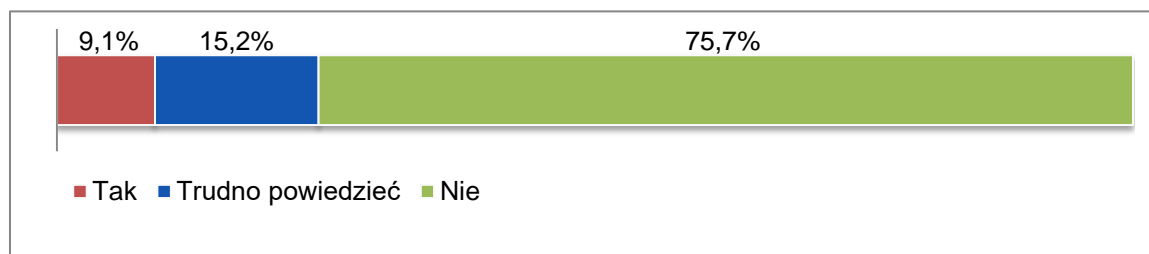
Kolejnym problemem było zniechęcenie rodziców do udziału we wsparciu w momencie, w którym dowiadywali się, że będą objęci jedynie działaniami edukacyjnymi, bez żadnych form wsparcia dla ich dzieci. Problem miał negatywny wpływ na osiągnięcie wskaźnika liczby rodziców objętych edukacją w wybranych projektach.

Ostatnim czynnikiem oddziałującym negatywnie było niezadowolenie rodziców, że wsparciem są objęte jedynie dzieci z klas I, IV i VI, tym bardziej, że w nazwie Programu wskazywano na zakres lat 5-14. Problem był trudnością organizacyjną dla beneficjentów (konieczność tłumaczenia zasad uczestnictwa w Programie), ale nie miał wpływu na osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów.

W ramach badania ankietowego z uczestnikami Programu, w którym na pytania udzielali odpowiedzi rodzice uczniów biorących udział we wsparciu, zapytano o czynniki zniechęcające do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie, a także podczas jego realizacji.

Większość (75,7%) badanych wskazało, że nie wystąpiły czynniki zniechęcające na etapie podejmowania decyzji o udziale, 9,1%, że wystąpiły, a 15,2% udzieliło odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Wykres 102. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie profilaktyki wad postawy

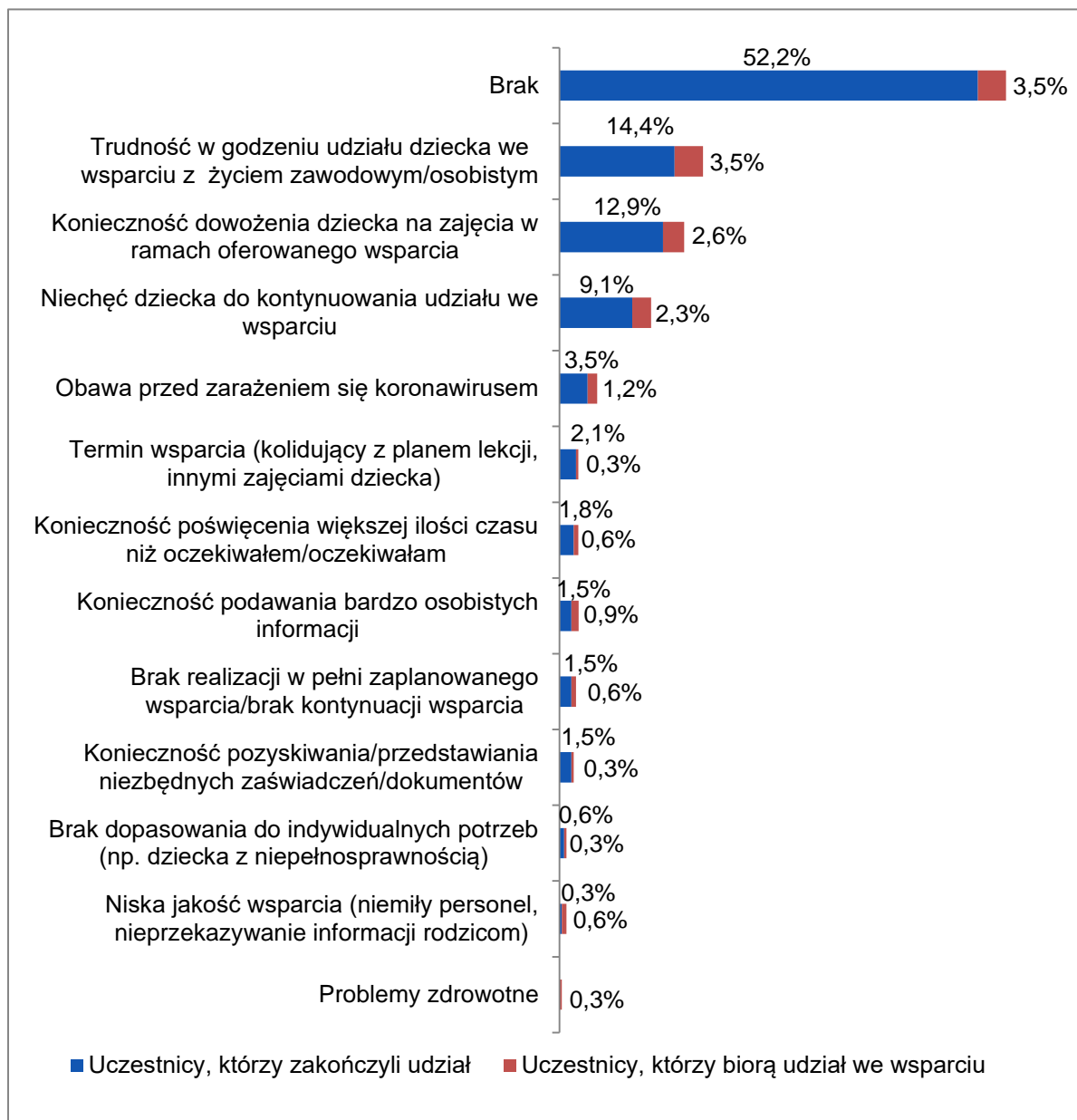


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytania: 1. „Czy podczas podejmowania decyzji o skorzystaniu ze wsparcia, pojawiały się czynniki, które zniechęcały Pana/Panią by dziecko wzięło udział we wsparciu” N=341 oraz 2. „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały lub utrudniały podjęcie decyzji o skorzystaniu ze wsparcia?” N=83. Pytanie wielokrotnego wyboru.

Wśród czynników zniechęcających do przystąpienia do udziału w Programie najczęściej wymieniano: konieczność poświęcenia swojego czasu na dowożenie dziecka na zajęcia (7,6%), obawę przed niską jakością świadczonego wsparcia (7,0%), obawę przed pogodzeniem uczestnictwa dziecka we wsparciu z życiem zawodowym/prywatnym (6,7%), obawę przed niechęcią dziecka do udziału w ćwiczeniach i rehabilitacji (4,7%) i obawę przed niechęcią dziecka do udziału w działaniach edukacyjnych (3,5%).

Większość (55,7%) badanych rodziców/opiekunów dzieci biorących udział we wsparciu nie wymieniło żadnego czynnika zniechęcającego do udziału w Programie, już po jego rozpoczęciu. Pozostali najczęściej wymieniali: trudność w godzeniu udziału dziecka we wsparciu z życiem zawodowym/osobistym (17,9%); konieczność dowożenia dziecka na zajęcia w ramach oferowanego wsparcia (15,5%) i niechęć dziecka do kontynuowania udziału we wsparciu (11,4%).

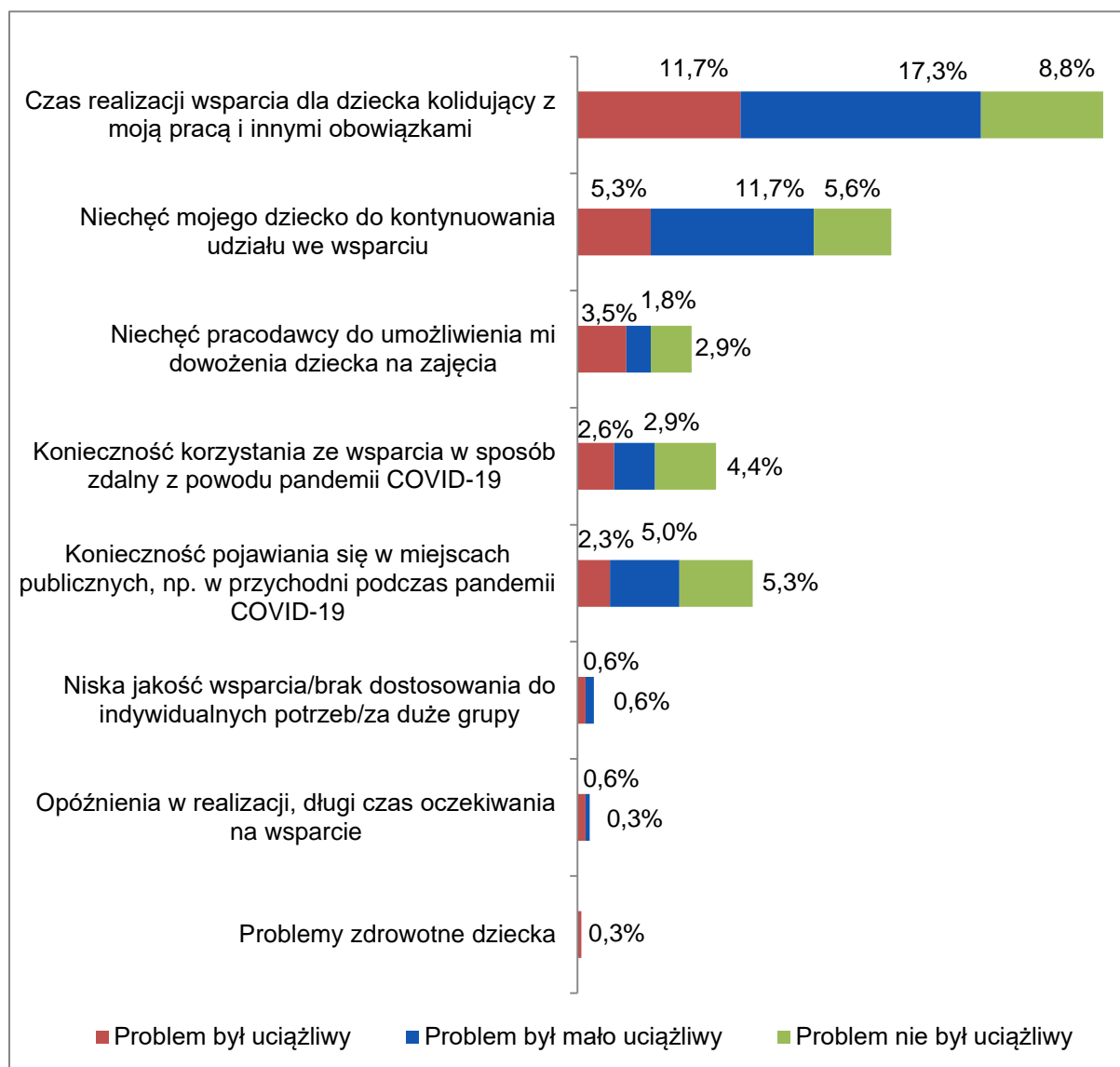
Wykres 103. Czynniki zniechęcające opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy, do tego by dziecko kontynuowało udział we wsparciu



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Które z niżej wymienionych czynników zniechęcały Pana/Panią do tego, by dziecko kontynuowało udział we wsparciu już podczas jego realizacji?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Najbardziej uciążliwymi problemami były dla ankietowanych: czas realizacji wsparcia kolidujący z pracą i innymi obowiązkami (11,7%); niechęć dziecka do kontynuowania udziału we wsparciu (5,3%); niechęć pracodawcy do umożliwienia dowożenia dziecka na zajęcia (3,5%); konieczność korzystania ze wsparcia w sposób zdalny z powodu pandemii COVID-19 (2,6%), czy konieczność pojawiania się w miejscach publicznych podczas pandemii (2,3%).

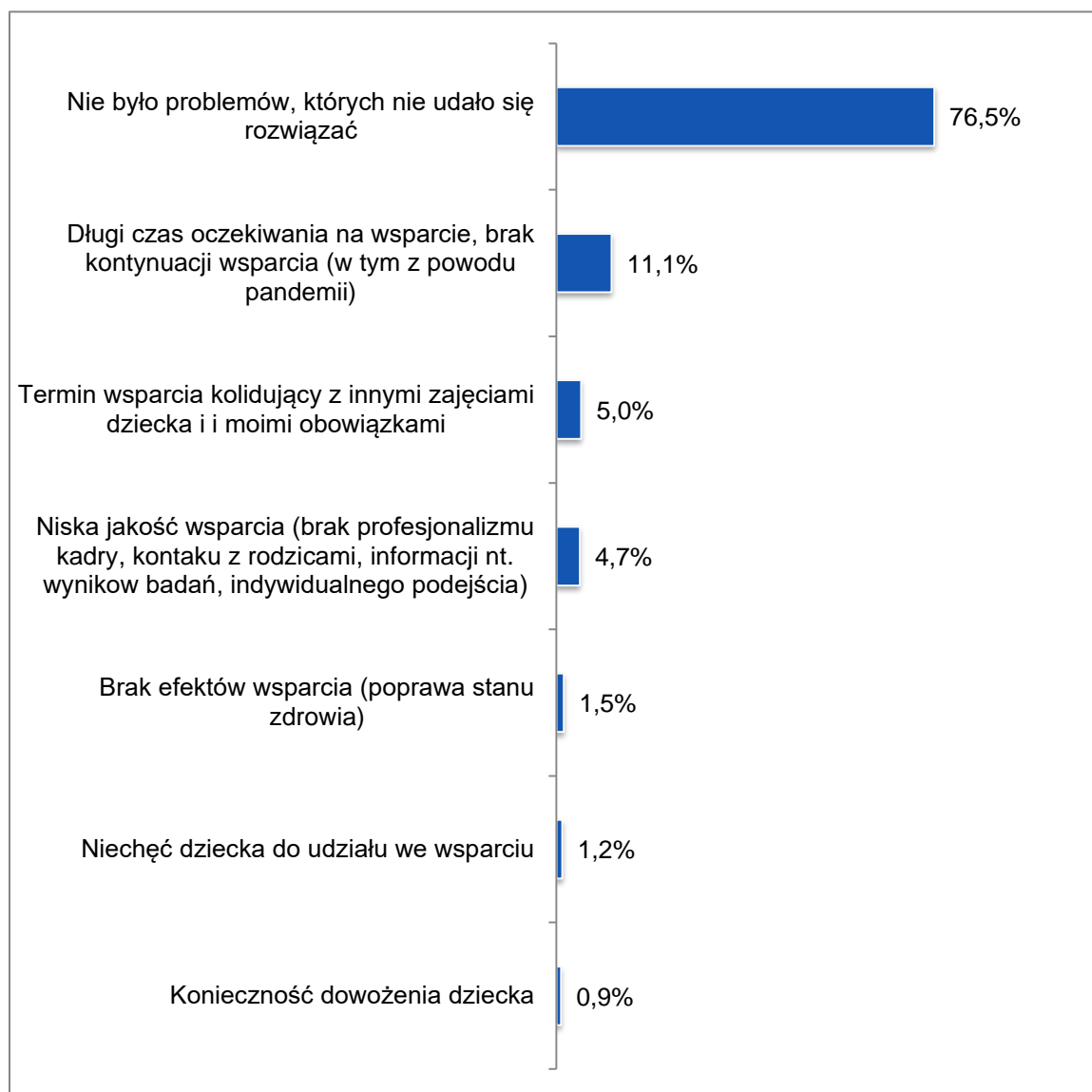
Wykres 104. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać problemy, które wystąpiły podczas korzystania przez Pana/Panią ze wsparcia i ocenić, jak bardzo były dla Pana/Pani uciążliwe” przez uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Badani rodzice w większości (76,5%) stwierdzili, że nie było problemów, których nie udało się rozwiązać. Pozostali za takie uznali przede wszystkim długi czas oczekiwania na wsparcie, brak kontynuacji wsparcia (11,1%); termin wsparcia kolidujący z innymi obowiązkami rodzica i dziecka (5,0%) i niską jakość wsparcia (4,7%).

Wykres 105. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać wszystkie problemy, których nie udało się rozwiązać, i jaki był tego powód?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Propozycje zmian w Programie

Na podstawie wiedzy autorów RPPZ nt. przebiegu Programu oraz doświadczeń beneficjentów związanych z realizacją projektów, należałoby wprowadzić poniższe zmiany do analogicznego Programu w przyszłości:

- Objęcie wsparciem większej liczby dzieci, poprzez umożliwienie uczestnictwa we wsparciu wszystkim dzieciom ze szkół podstawowych;
- Zwiększenie liczby osób mogących skorzystać z leczenia i rehabilitacji (dla wszystkich chętnych);
- Wzbogacenie narzędzia w postaci edukacji rodziców/opiekunów dzieci 5-6 letnich o wsparcie również dla ich dziecka, np. poprzez zaoferowanie szkoleń praktycznych;
- Zwiększenie roli rodzica/opiekuna w Programie, np. poprzez umożliwienie mu kontaktu/konsultacji z lekarzem/fizjoterapeutą;
- Zindywidualizowanie wsparcia pod kątem zdiagnozowanych potrzeb dziecka, w wyższym stopniu uzależnione od rodzaju i stopnia zaawansowania wady, ale też od ewentualnie posiadanej niepełnosprawności;
- Bardziej elastyczne podejście do wymaganej liczby uczestników zajęć grupowych, podział np. ze względu na szkoły wiejskie i miejskie;
- Wsparcie w mniejszych grupach;
- Pokrycie kosztów dowozu dzieci na zajęcia;
- Brak konieczności angażowania rodzica w dowożenie dziecka na zajęcia.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie skuteczności wdrażania Programu.

Czy wdrażane programy polityki zdrowotnej osiągnęły zakładane cele, w tym określone wskaźniki? Czy realizowane programy zdrowotne wniosły wkład w zwiększenie dostępu do usług zdrowotnych? Jakie były przyczyny ewentualnego niezrealizowania celów stawianych przed programami polityki zdrowotnej?

Dopóki nie zakończy się realizacja Programu, zwieńczona zaakceptowanym przez AOTMiT „Raportem końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej”, nie można ocenić, czy Program osiągnął zakładane cele.

Niemniej można wskazać, że w projektach, które się zakończyły, stopień realizacji założonych we wnioskach o dofinansowanie wskaźników wyniósł:

- 85,2% w odniesieniu do liczby rodziców/opiekunów uczestniczących w działaniach edukacyjnych;
- 110,2% w odniesieniu do liczby uczniów szkół podstawowych uczestniczących w działaniach edukacyjnych;
- 100,0% w odniesieniu do dzieci ze zdiagnozowanymi wadami postawy uczestniczących w leczeniu i rehabilitacji;
- 100,0% w odniesieniu do dzieci uczestniczących w ćwiczeniach korekcyjno-kompensacyjnych na basenie.

Natomiast w projektach w trakcie realizacji dotychczas osiągnięto:

- 3,1% w odniesieniu do liczby rodziców/opiekunów uczestniczących w działaniach edukacyjnych;
- 22,0% w odniesieniu do liczby rodziców/opiekunów uczestniczących w działaniach edukacyjnych;
- 87,5% w odniesieniu do dzieci ze zdiagnozowanymi wadami postawy uczestniczących w leczeniu i rehabilitacji;
- 0,0% w odniesieniu do dzieci uczestniczących w ćwiczeniach korekcyjno-kompensacyjnych na basenie.

Zatem przyczyną niezrealizowania celów Programów jest obecnie fakt niezakończenia wszystkich projektów. W odniesieniu do braku osiągnięcia wartości wskaźnika rodziców uczestniczących w działaniach edukacyjnych, przyczyną było utrudnienie realizacji działania, które przypadło na czas pandemii. W związku z czym zamykane były szkoły (miejsce świadczenia interwencji), ale też pojawiały się obawy przed zarażaniem się koronawirusem podczas realizacji wsparcia na terenie szkoły.

Realizowany RPPZ przyczynił się do zwiększenia dostępu do usług zdrowotnych poprzez dotarcie ze świadczeniem medycznym (badania przesiewowe wykonywane przez pielęgniarki, badania lekarskie) do szkół. Ponadto uczestnicy mieli możliwość skorzystania z usług niedostępnych w ramach świadczeń NFZ, komplementarnych w stosunku do dostępnych usług.

W jakim stopniu poszczególne programy polityki zdrowotnej przyczyniły się do uzyskania rezultatów zakładanych w obszarze poprawy zdrowia społeczeństwa województwa podlaskiego? Jakie były przyczyny nieosiągnięcia zakładanych rezultatów?

RPPZ w 100% przyczynił się do osiągnięcia rezultatu RPOWP 2014-2020 w postaci objęcia usługami zdrowotnymi 2 147 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym. Ze względu na brak zakończenia RPPZ nie można wskazać, w jakim stopniu ostatecznie zostaną uzyskane rezultaty w postaci poprawy stanu zdrowia dzieci poprzez wzrost poziomu wiedzy zarówno dzieci, jak i ich opiekunów w zakresie znaczenia prawidłowej postawy ciała oraz konsekwencji nieleczonych wad postawy, w tym zniekształceń kręgosłupa, czynników sprzyjających powstawaniu wad postawy oraz możliwości ich eliminowania, znaczenia aktywności fizycznej oraz racjonalnego sposobu żywienia.

Jakie problemy pojawiły się w trakcie realizacji poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy udało się rozwiązać wszystkie problemy? Jeżeli nie, które problemy nie zostały rozwiązane i dlaczego? W jaki sposób wpłynęło to na realizację programu i osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów?

Wskazany przez beneficjentów problemem, który miał negatywny wpływ na realizację Programu, osiągnięcie założonych celów, wskaźników i rezultatów była konieczność realizacji projektów w czasie pandemii COVID-19. Niepożądane skutki minimalizowano wydłużając okres realizacji projektu, zmieniając harmonogramy, realizując działania edukacyjne w sposób zdalny.

Inne problemy, które nie miały ujemnego przełożenia na osiągnięte wskaźniki, ale stanowiły trudność dla beneficjentów, to: brak możliwości zwiększenia budżetu w celu poniesienia wyższych niż przewidziano w RPPZ kosztów działań, konieczność dostosowania grafików do potrzeb i wymagań uczniów, rodziców, opiekunów, kadry medycznej itp., niechęć rodziców do dowożenia dzieci na zajęcia, obawa rodziców przed dwukrotnym badaniem RTG, zniechęcenie rodziców do udziału we wsparciu w momencie, w którym dowiadawali się, że będą objęci jedynie działaniami edukacyjnymi oraz niezadowolenie rodziców z objęcia wsparciem tylko wybranych klas szkoły podstawowej.

Dla uczestników Programu najbardziej uciążliwymi problemami był czas realizacji wsparcia kolidujący z pracą i innymi obowiązkami, niechęć dziecka do kontynuowania udziału we wsparciu, niechęć pracodawcy do umożliwienia

dowożenia dziecka na zajęcia, konieczność korzystania ze wsparcia w sposób zdalny z powodu pandemii COVID-19, czy konieczność pojawiania się w miejscach publicznych podczas pandemii. Z kolei najczęściej wymienianym problemem, którego nie udało się rozwiązać, był długi czas oczekiwania na wsparcie, w tym z powodu pandemii.

Zatem realizacja Programu w okresie pandemii, miała negatywny wpływ na poziom osiągnięcia założonych celów, wskaźników i rezultatów oraz była uciążliwością dla osób uczestniczących w Programie.

Jak należy ocenić skuteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Które z narzędzi okazały się najbardziej skuteczne, a które najmniej i dlaczego?

Wszystkie narzędzia wsparcia były skuteczne, ponieważ służyły osiągnięciu celu głównego Programu, jakim była poprawa stanu zdrowia populacji dzieci i młodzieży w województwie podlaskim poprzez zorganizowanie interwencji z zakresu profilaktyki wczesnej i pierwotnej oraz profilaktyki trzeciorzędowej ukierunkowanej na zmniejszenie częstości występowania nabytych wad postawy wśród dzieci i młodzieży w województwie podlaskim. Z przeprowadzonej ewaluacji wynika, że zastosowane w Programie narzędzia nie różniły się skutecznością, ale jedynie sposobem, w jaki były wykorzystane do osiągnięcia celu.

Jakie zmiany należałoby wprowadzić w założeniach poszczególnych programów polityki zdrowotnej, by poprawić ich skuteczność i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznych programów w przyszłości?

Aby poprawić skuteczność RPPZ i zmniejszyć ryzyko wystąpienia problemów w realizacji analogicznego Programu w przyszłości, należałoby przede wszystkim umożliwić finansowanie kosztów dojazdu na zajęcia na basenie, szczególnie jeśli ich miejsce jest znacznie oddalone od szkoły/miejsca zamieszkania dziecka. Wskazane jest również stosowanie możliwie elastycznych zapisów w RPPZ, pozostawiających pewną swobodę beneficjentowi w realizacji projektów, a jednocześnie pozwalających na uzyskanie pozytywnej opinii od AOTMiT.

Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w programie polityki zdrowotnej były skuteczne?

Działania dotyczące rekrutacji były zróżnicowane i prowadzone wieloma kanałami. Przebieg Programu wskazuje, że były one w wysokim stopniu skuteczne. Jednak z ostateczną oceną należy poczekać do zakończenia realizacji RPPZ.

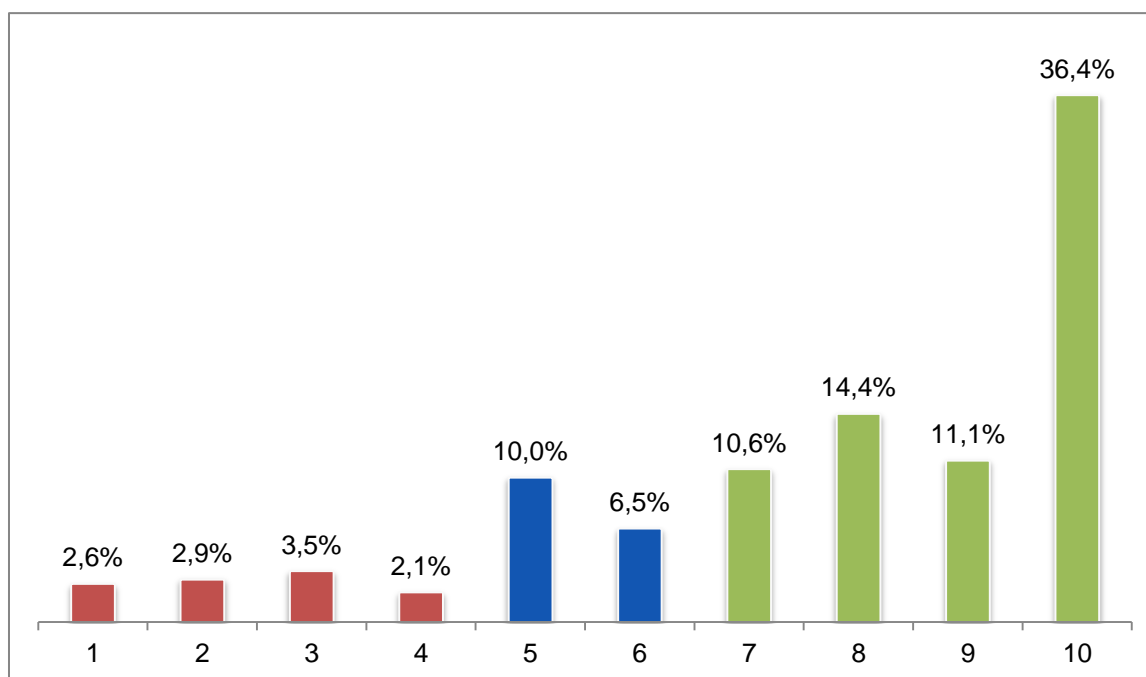
Podrozdział 6.2. Ocena użyteczności wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano analizy oraz wnioski związane z drugim celem szczegółowym badania, jakim była ocena użyteczności wdrażania Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.

Zapotrzebowanie na wsparcie oferowane w Programie

Instrumenty przyjęte w Programie były adekwatne do problemów zidentyfikowanych w diagnozie do RPPZ. Nie budziły one zastrzeżeń ani beneficjenta, ani eksperta. Rodziców/opiekunów, których poproszono o ocenę zgodności wsparcia z ich oczekiwaniami, średnio wystawili ocenę o wartości 7,7 na 10 stopniowej w skali, gdzie 1 oznaczało całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność, co pozwala uznać, że wsparcie było dla nich raczej użyteczne.

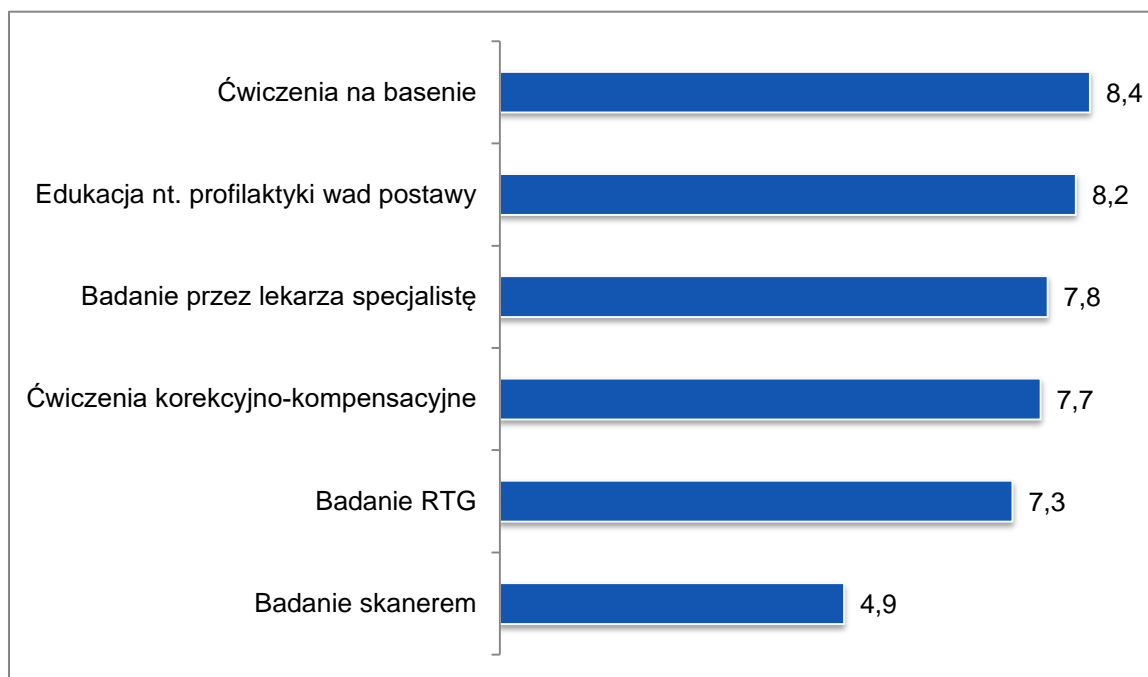
Wykres 106. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

W najwyższym stopniu w oczekiwania uczestników Programu wpisywały się ćwiczenia na basenie, osiągając średnią wartość 8,4 na 10-stopniowej skali. W następnej kolejności edukacja nt. profilaktyki wad postawy z wynikiem 8,2.

Wykres 107. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki wad postawy, z ich oczekiwaniami



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Z jakiej formy wsparcia skorzystało Pana/Pani dziecko?” oraz „Proszę ocenić w skali od 1 do 10, w jakim stopniu udzielone wsparcie było zgodne z Pana/Pani oczekiwaniami, gdzie 1 oznacza – całkowity brak zgodności, a 10 – pełną zgodność?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Średnie z uzyskanych odpowiedzi.

Zdaniem beneficjentów i ekspertów, wszystkie zastosowane narzędzia były użyteczne i wpłynęły pozytywnie na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki, ponieważ wzrosła świadomość rodziców i dzieci w omawianym obszarze, wiedza, w jaki sposób zapobiegać wadom postawy, jak je leczyć i rehabilitować. Za wartość dodaną można uznać zaznajomienie się rodziców z dostępną ofertą usług zdrowotnych w ich okolicy, a także, o czym mówili beneficjenci, podejmowaną przez część rodziców kontynuację leczenia i rehabilitacji, już po zakończeniu Programu.

Blisko co drugi (45,7%) rodzic/opiekun dziecka biorącego udział w Programie poinformował, że udział we wsparciu przyczynił się do rozwiązania/zmniejszenia problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem zgłoszenia do Programu. Omawianego efektu nie zauważył prawie co czwarty (22,9%) respondent. Zdaniem zarówno eksperta, jak i beneficjentów oferowane wsparcie miało pozytywny wpływ na zdrowie uczestników Programu, jednak dla utrzymania efektu, konieczna jest kontynuacja ćwiczeń, rehabilitacji i podejmowania działań profilaktycznych.

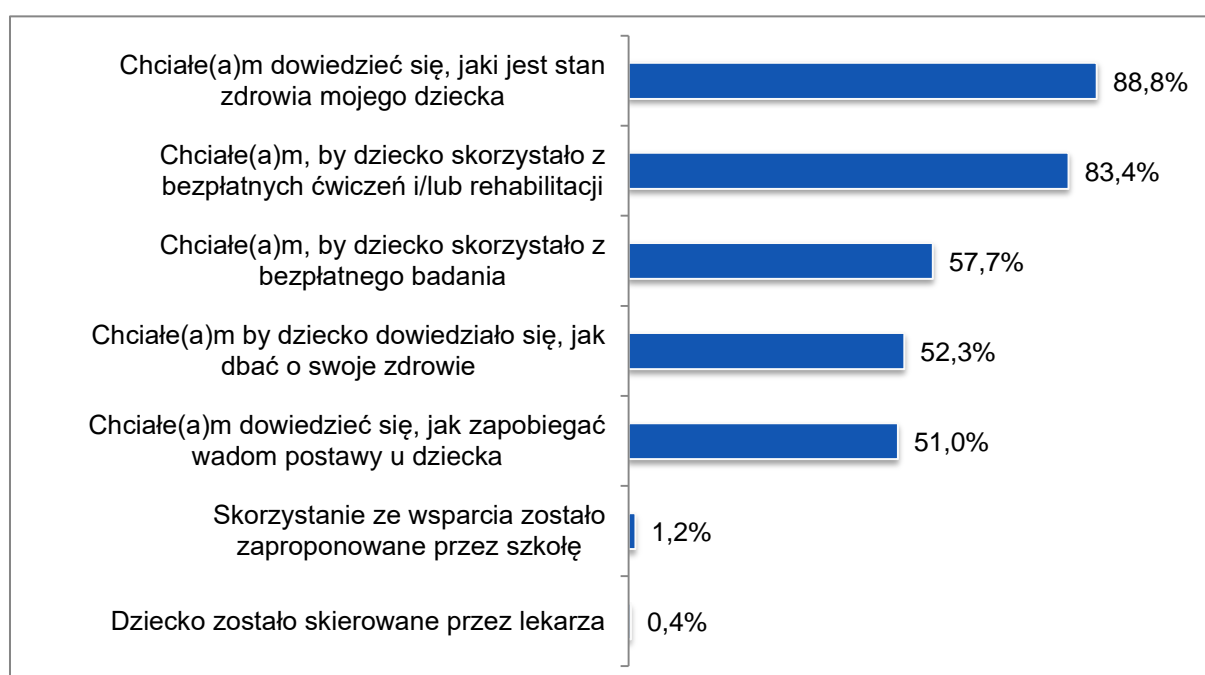
Wykres 108. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału dziecka w Programie



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy udział we wsparciu pomógł dziecku rozwiązać/zmniejszyć problem związany ze zdrowiem, który był powodem udziału we wsparciu?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI.

Najczęściej wskazywanymi powodami, dla których rodzice zdecydowali się, by ich dzieci skorzystały ze wsparcia była chęć poznania stanu zdrowia dziecka (88,8% wskazań) oraz chęć skorzystania z bezpłatnych ćwiczeń i rehabilitacji (83,4%). Rzadziej wymieniano chęć skorzystania z bezpłatnego badania (57,7%); naukę dziecka dbania o własne zdrowie (52,3%) oraz edukację rodzica w zakresie zapobiegania wadom postawy u dziecka (51,0%). Zastosowane w Programie instrumenty i rozwiązania, takie jak działania edukacyjne, leczenie i rehabilitacja odpowiadały zatem na główne powody podjęcia decyzji o uczestnictwie we wsparciu.

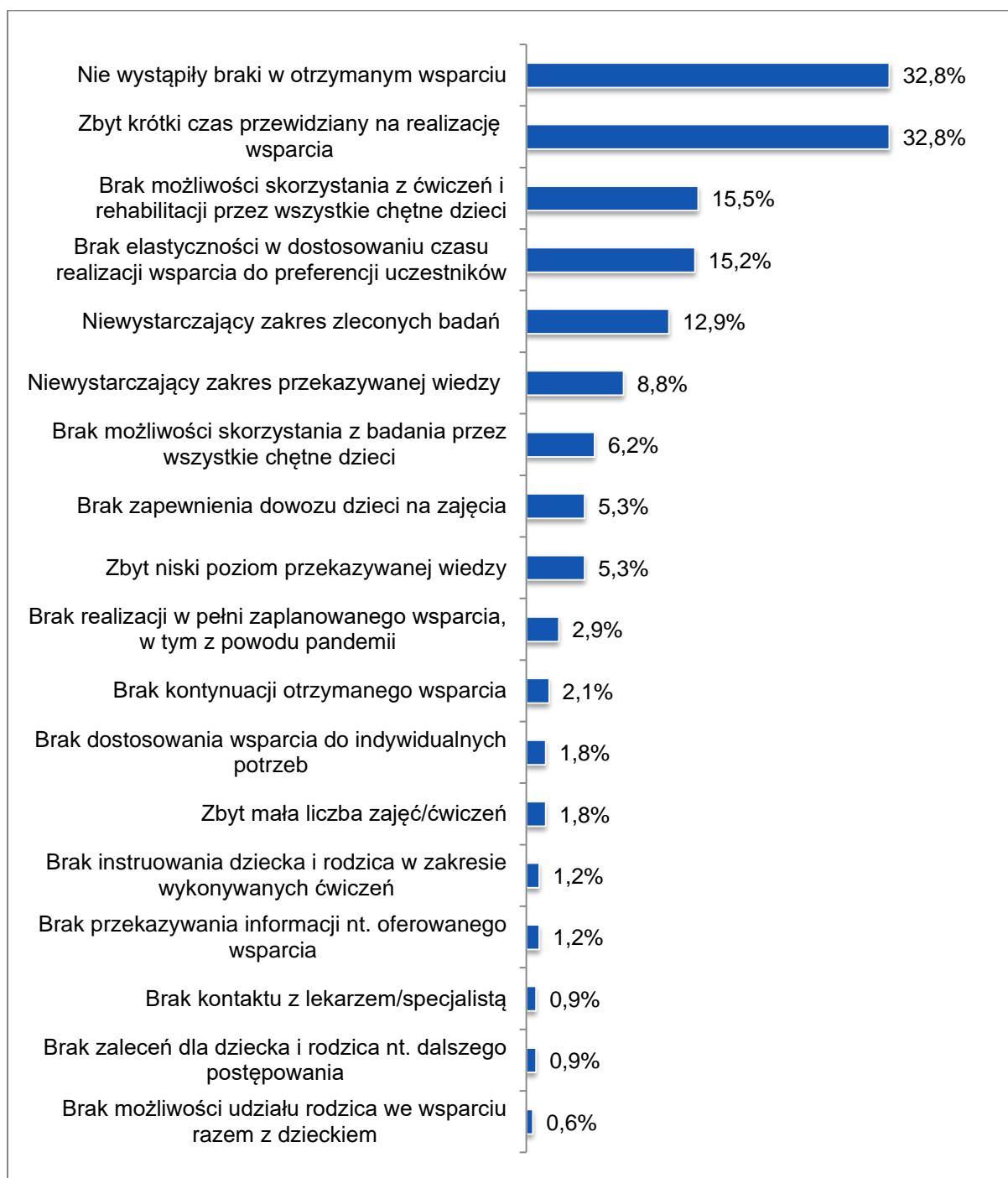
Wykres 109. Wskazywane powody, dla których opiekunowie uczestników Programu profilaktyki wad postawy zdecydowali się, by dziecko skorzystało ze wsparcia



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Dlaczego zdecydował/a się Pan/Pani, by dziecko skorzystało ze wsparcia?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Co trzeciemu (32,8%) badanemu niczego nie zabrakło w oferowanym wsparciu. Pozostali najczęściej informowali, że czas przewidziany na realizację wsparcia był za krótki (32,8%). Znacznie rzadziej wskazywano, że zabrakło możliwości skorzystania z ćwiczeń i rehabilitacji przez wszystkie chętne dzieci (15,5%); elastyczności w dostosowaniu czasu realizacji wsparcia do preferencji uczestników (15,2%); szerszego zakresu zlecanych badań (12,9%); szerszego zakresu przekazywanej wiedzy (8,8%); możliwości skorzystania z badania przez wszystkie chętne dzieci (6,2%); zapewnienia dowozu na zajęcia (5,3%); wyższego poziomu przekazywanej wiedzy (5,3%). .

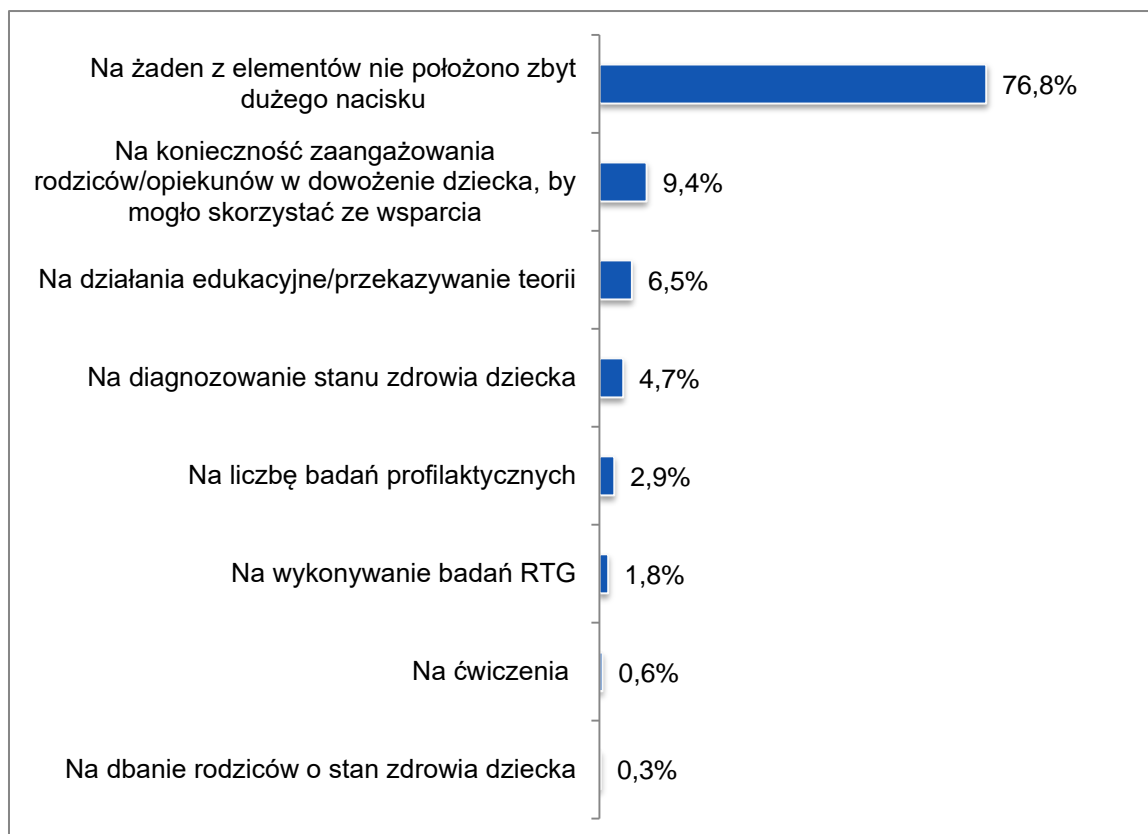
Wykres 110. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, czego Panu/Pani zabrakło w otrzymanym wsparciu?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Zdaniem zdecydowanej większości (76,8%) rodziców/opiekunów dzieci, na żaden z elementów nie położono zbyt dużego nacisku. Pozostali wymieniali głównie, że była to: konieczność zaangażowania rodziców/opiekunów w dowożenie dziecka, by mogło skorzystać ze wsparcia (9,4%); działania edukacyjne/przekazywanie teorii (6,5%) i diagnozowanie stanu zdrowia dziecka (4,7%).

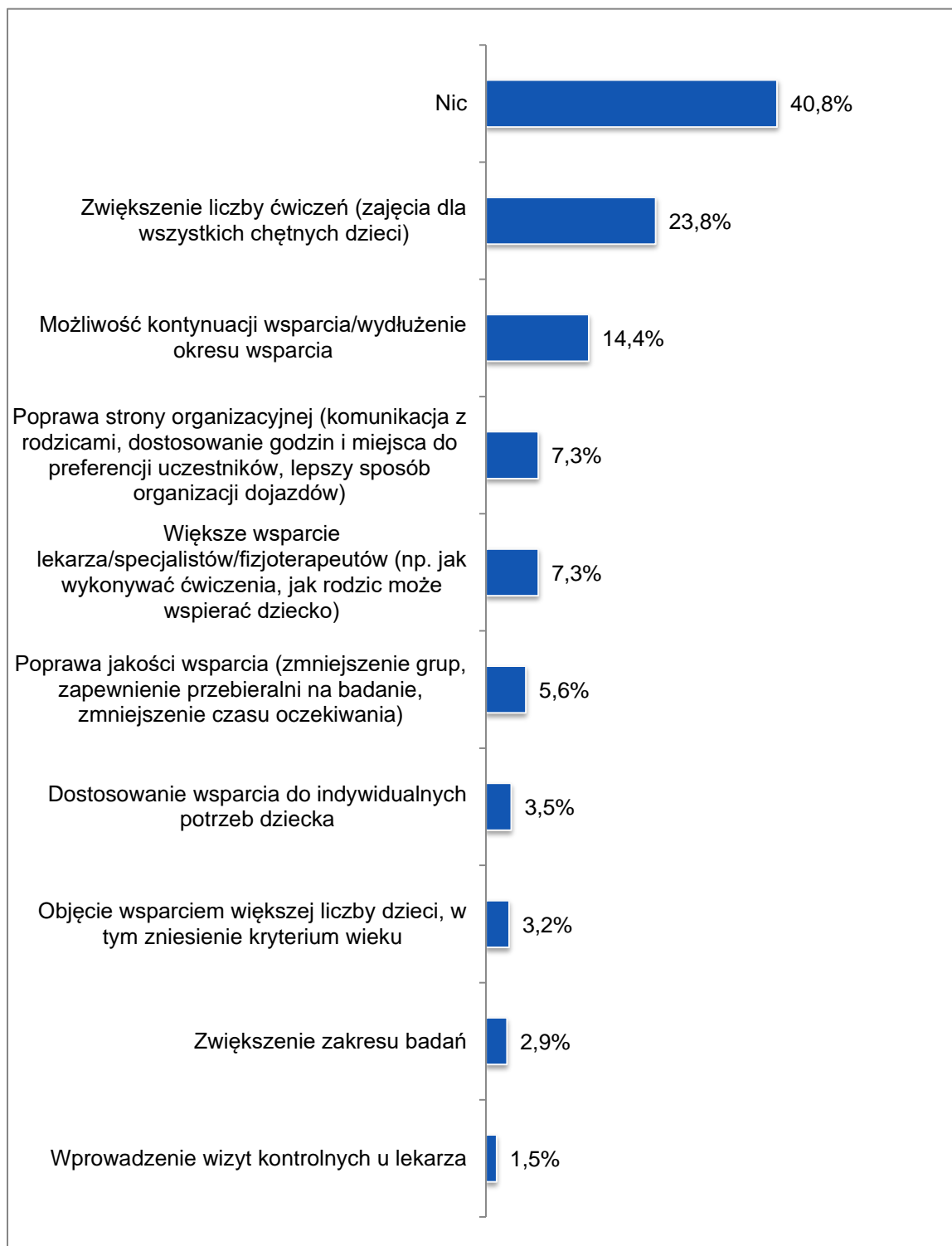
Wykres 111. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Proszę wskazać, na co został położony zbyt duży nacisk podczas realizacji wsparcia?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Spośród ankietowanych, 40,8% niczego by nie zmieniło w zakresie oferowanego wsparcia. Najczęściej (23,8%) wskazywaną zmianą przez pozostałych badanych było zwiększenie liczby ćwiczeń (zajęcia dla wszystkich chętnych dzieci). Ponadto wymieniano również: umożliwienie kontynuacji wsparcia, wydłużenie jego czasu (14,4%); poprawę strony organizacyjnej (7,3%); umożliwienie kontaktu rodzica z lekarzami, fizjoterapeutami (7,3%); poprawę jakości wsparcia (5,6%); dostosowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb dziecka (3,5%); objęcie wsparciem większej liczby dzieci, w tym zniesienie kryterium wieku (3,2%); zwiększenie zakresu badań (2,9%); wprowadzenie wizyt kontrolnych u lekarza (1,5%).

Wykres 112. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Co ewentualnie by Pan/Pani zmienił/a w zakresie oferowanego wsparcia?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

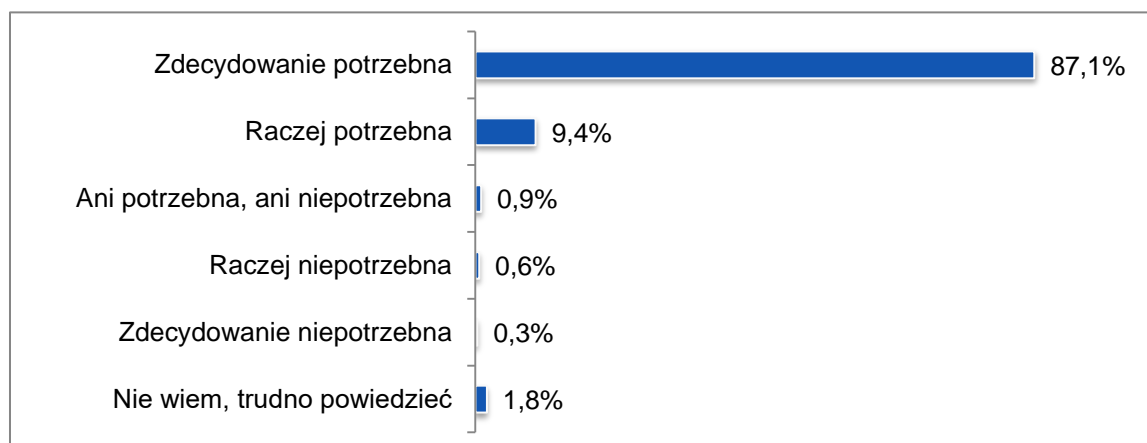
Fakt, że duża grupa (40,8%) respondentów niczego by nie zmieniła w oferowanym wsparciu, jednej trzeciej (32,8%) niczego nie brakowało w otrzymanym wsparciu, a zdaniem trzech czwartych (76,8%) na nic nie został położony zbyt duży nacisk, oznacza, że Program raczej spełnił oczekiwania odbiorców, a wybrane instrumenty i rozwiązania okazały się odpowiednie.

Niemniej, w celu podniesienia użyteczności, należałoby przede wszystkim zwiększyć liczbę godzin przeznaczonych na ćwiczenia i rehabilitację oraz umożliwić skorzystanie z nich wszystkim chętnym dzieciom. Pomocna byłaby również organizacja wsparcia bez konieczności angażowania rodziców w dowożenie dziecka na zajęcia i pokrywanie kosztów dojazdów.

Zapotrzebowanie na kontynuację wsparcia oferowanego w Programie

Beneficjenci i eksperci byli zgodni, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna, co najmniej w zakresie, w jakim była dotąd oferowana. Podkreślano fakt pogłębienia się problemu zdrowotnego z uwagi na zmieniony tryb życia w czasie pandemii (spędzanie wielu godzin przed komputerem i telefonem, nauka zdalna, ograniczenie aktywności fizycznej). Postulowano również rozszerzenie wsparcia, np. o konsultacje z dietetykiem, ze względu na niekorzystny wpływ nadwagi i otyłości na postawę ciała. Zauważono również, że aby działania profilaktyczne przynosiły trwałe efekty konieczne jest by trwały w długiej perspektywie. Również ankietowani rodzice/opiekunowie (96,5%) byli zgodni, że kontynuacja Programu jest nadal potrzebna.

Wykres 113. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań mających na celu profilaktykę wad postawy u dzieci w województwie podlaskim w ramach Programu profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy uważa Pan/Pani, że realizacja działań mających na celu profilaktykę wad postawy u dzieci w województwie podlaskim jest nadal potrzebna?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie użyteczności wdrażania Programu.

Jak należy ocenić użyteczność poszczególnych narzędzi wsparcia oferowanych w ramach poszczególnych programów polityki zdrowotnej? Czy były użyteczne i jak wpłynęły na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że wszystkie narzędzia wsparcia oferowane w RPPZ były użyteczne (zgodne z oczekiwaniami ich odbiorców) i wpłynęły pozytywnie na postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki, ponieważ wzrosła świadomość rodziców i dzieci w omawianym obszarze, wiedza, w jaki sposób zapobiegać wadom postawy, jak je leczyć i rehabilitować. Za wartość dodaną można uznać zaznajomienie się rodziców z dostępną ofertą usług zdrowotnych w ich okolicy, a także, o czym mówili beneficjenci, podejmowaną przez część rodziców kontynuację leczenia i rehabilitacji, już po zakończeniu Programu.

Czy poszczególne programy polityki zdrowotnej odpowiadały na potrzeby grup docelowych, czy spełniły oczekiwania odbiorców wsparcia? Czy wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w poszczególnych programach polityki zdrowotnej okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów?

Dzięki zastosowaniu triangulacji metod i technik badawczych i następnie wnioskowaniu opartemu na analogicznym podejściu, stwierdza się, że RPPZ spełnił oczekiwania odbiorców wsparcia, związane z uczestnictwem w Programie. Wybrane instrumenty i rozwiązania przyjęte w Programie okazały się odpowiednie do zidentyfikowanych problemów. Odpowiedzią na zmniejszenie występowania wad postawy u dzieci i młodzieży była edukacja zdrowotna dzieci i ich rodziców, leczenie, rehabilitacja i ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne. Niemniej warto pamiętać o zidentyfikowanym zapotrzebowaniu na pokrycie kosztów dowozu na zajęcia na basenie.

Czy istnieje potrzeba kontynuowania tego typu wsparcia w przyszłości? W jakich obszarach pomoc jest nadal niezbędna i konieczna?

Analiza zebranego materiału badawczego wykazała, że kontynuacja wsparcia oferowanego w Programie jest nadal niezbędna i konieczna. Problemy zidentyfikowane w diagnozie do RPPZ pozostają aktualne; ryzyko rozwoju wad postawy u dzieci i młodzieży w województwie podlaskim jest nadal bardzo wysokie. Istnieje zapotrzebowanie na edukację zdrowotną, leczenie, rehabilitację i ćwiczenia korekcyjno-kompensacyjne.

Czy uczestnictwo w poszczególnych programach polityki zdrowotnej przyczyniło się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych odbiorców wsparcia?

Udział w Programie przyczynił się do rozwiązania, zminimalizowania problemów zdrowotnych u 45,7% uczestników wsparcia. Należy jednak podkreślić, że zidentyfikowana wada postawy, w zależności od stopnia zaawansowania, wymaga leczenia i rehabilitacji w dłuższej perspektywie czasowej.

Czy interwencja jest komplementarna z innymi działaniami podejmowanymi w ramach RPOWP w obszarze zdrowia? Jeśli tak, to w jaki sposób ten fakt wpłynął na przedłużenie wieku aktywności zawodowej, zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych?

Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych w ramach przedmiotowej interwencji nastąpiło poprzez dotarcie z ofertą uzupełniającą względem usług finansowanych z NFZ, do szkół. Uczniowie w ramach RPPZ mogli korzystać z badań profilaktycznych, ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych, leczenia, rehabilitacji i edukacji zdrowotnej.

Zwiększenie dostępności do usług zdrowotnych było wspólnym celem Poddziałania 7.2.1, w ramach którego oferowane było wsparcie, jak i Poddziałania 8.4.1 (Poprawa dostępności i wystandaryzowanie usług społecznych w obszarze ochrony zdrowia i usług socjalnych) ukierunkowanego m.in. na wzrost jakości świadczenia usług i ich dostępności.

Ponadto komplementarność występuje również względem innych interwencji RPOWP, ukierunkowanych na wsparcie dzieci. Wspólnym celem zarówno dla Poddziałania 7.2.1, jak i Poddziałania 3.1.2 (Wzmocnienie atrakcyjności i podniesienie jakości oferty edukacyjnej w zakresie kształcenia ogólnego, ukierunkowanej na rozwój kompetencji kluczowych), Działania 7.1 (Rozwój działań aktywnej integracji) oraz Działania 9.1 (Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego) jest wzmocnienie potencjału uczniów/dzieci zagrożonych wykluczeniem społecznym, niepełnosprawnością i z niepełnosprawnościami. Zakłada się, że efektem podejmowanych interwencji będzie zwiększenie szans dzieci objętych wsparciem na sukces na rynku pracy.

Podrozdział 6.3. Ocena trwałości wdrażania Programu

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano analizy oraz wnioski związane z trzecim celem szczegółowym badania, jakim była ocena trwałości wdrażania Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.

Udzielający wywiadów beneficjent i ekspert wskazali, że nie można mówić o trwałych efektach wsparcia w sytuacji, gdy Program nie został zakończony i nie zostało dokonane podsumowanie omawianego aspektu. Natomiast na identyfikację trwałych (utrzymujących się po zakończeniu realizacji Programu) efektów wsparcia pozwoliły wyniki badania ankietowego, z którego wynika, że 51,2% uczestników Programu unika czynników szkodzących zdrowiu, wskutek pozyskanej wiedzy podczas udziału we wsparciu, a 39,9% podjęło leczenie wskutek wykonanych w Programie badań profilaktycznych.

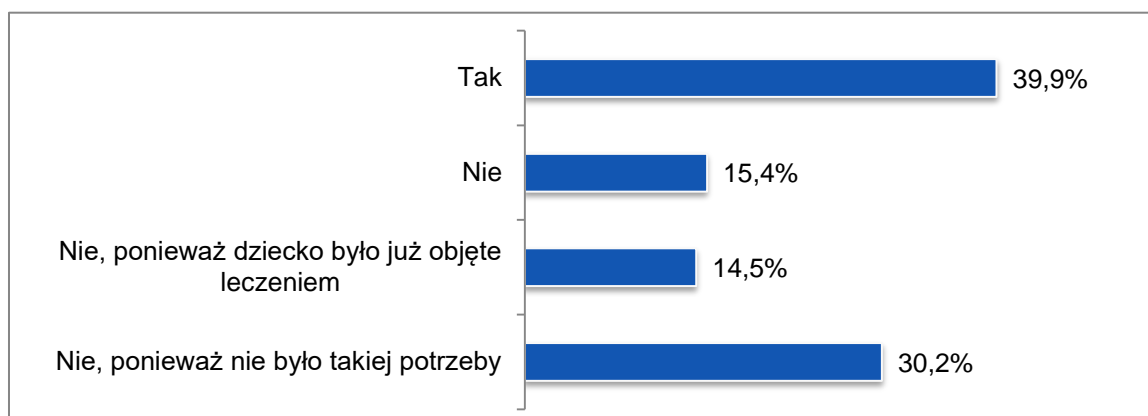
Wykres 114. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu*



* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Nie dotyczy, dziecko nie uczestniczyło w działaniach edukacyjnych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Jak Pan/Pani myśli, czy wiedza pozyskana podczas udziału we wsparciu spowodowała, że dziecko stara się unikać czynników szkodzących jego zdrowiu?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=322 (wykluczeni respondenci, którzy na pytanie udzielili odpowiedzi „Nie dotyczy, dziecko nie uczestniczyło w działaniach edukacyjnych”, N=19).

Wykres 115. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na podjęcie leczenia*



* Pytanie nie było zadawane opiekunom, których dzieci nie wykonywały badań profilaktycznych w ramach Programu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych wykonanych w ramach uczestniczenia dziecka we wsparciu, skłoniły Pana/Panią do podjęcia leczenia dziecka?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=318 (wykluczeni respondenci, których dzieci nie wykonywały badań profilaktycznych w ramach Programu, N=23).

Zdecydowana większość (68,2%) rodziców/opiekunów dzieci biorących udział we wsparciu zadeklarowało, że wyniki badań profilaktycznych wykonanych w ramach uczestniczenia dziecka we wsparciu, zachęciły ich by wykonywać badania profilaktyczne regularnie.

Wykres 116. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na regularne wykonywanie badań profilaktycznych*



* Rozkład odpowiedzi nie uwzględnia osób, które wskazały „Nie dotyczy, dziecko nie wykonywało badań profilaktycznych”.

Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Czy wyniki badań profilaktycznych wykonanych w ramach uczestniczenia dziecka we wsparciu, zachęciły Pana/Panią, by wykonywać dziecku badania profilaktyczne regularnie?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=318 (wykluczeni respondenci, którzy na pytanie udzielili odpowiedzi „Nie dotyczy, dziecko nie wykonywało badań profilaktycznych”, N=23).

Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu pojawiły się u 85,3% uczestników Programu. Są to: zwiększenie aktywności fizycznej (52,8%); utrzymywanie prawidłowej postawy siedzącej (46,3%); zdrowe odżywianie (29,6%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (28,2%); utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (18,8%); badania profilaktyczne (18,8%); chodzenie na rehabilitację (0,6%) oraz posiadanie większej świadomości w zakresie profilaktyki wad postawy (0,6%)

Wykres 117. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu

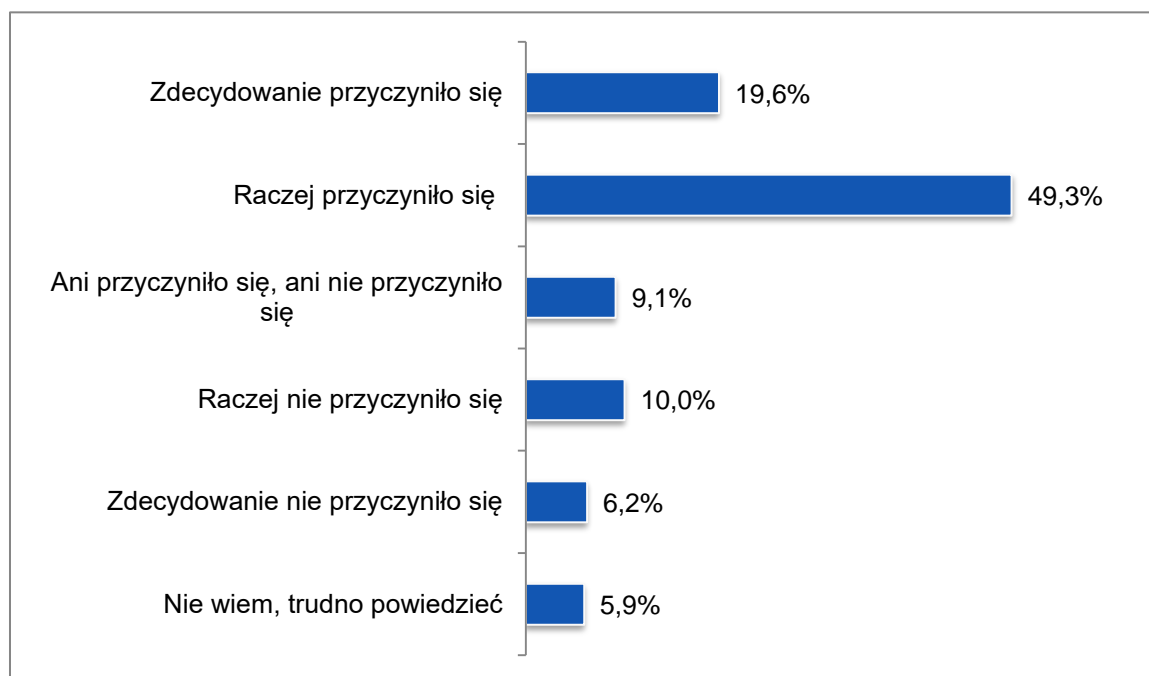


Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Jakie działania profilaktyczne wyniku uczestniczenia dziecka w Programie, podejmuje dziecko obecnie, a których wcześniej nie podejmowało?” N=341. Pytanie wielokrotnego wyboru, w związku z tym podane odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100%.

Respondenci, którzy nie podejmują obecnie żadnych działań, które są efektem uczestniczenia w Programie, jako powody najczęściej podawali: za długi czas oczekiwania na rehabilitację (4,4%) i brak umiejętności zmotywowania dziecka do podejmowania działań zapobiegających rozwojowi wad postawy (3,8%).

Beneficjent i ekspert byli zgodni, że ze względu na obecność działań edukacyjno-informacyjnych w projekcie wzrósł poziom wiedzy uczestników w obszarze będącym przedmiotem wsparcia. Zdaniem zdecydowanej większości rodziców ich dziecko dzięki skorzystaniu ze wsparcia poszerzyło swoją wiedzę nt. czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy (68,9% wskazań) oraz nt. tego, co należy robić, by zapobiegać wadom postawy (70,1%).

Wykres 118. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy uczestników na temat czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Jak Pan/Pani myśli, czy dzięki skorzystaniu ze wsparcia, dziecko poszerzyło swoją wiedzę nt. czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Wykres 119. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy uczestników nt. profilaktyki wad postawy



Źródło: opracowanie własne na podstawie odpowiedzi na pytanie „Jak Pan/Pani myśli, czy w wyniku skorzystania ze wsparcia zwiększył się poziom wiedzy dziecka nt. tego, co należy robić, by zapobiegać wadom postawy?” przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy w ramach badania CAWI/CATI, N=341.

Podsumowanie – synteza odpowiedzi na pytania badawcze

Poniżej zawarto podsumowania, które udzielają odpowiedzi na wszystkie pytania ewaluacyjne służące ocenie trwałości wdrażania Programu.

Jak należy ocenić trwałość interwencji poszczególnych programów polityki zdrowotnej w odniesieniu do poprawy, zachowania aktywności zawodowej wśród uczestników programów zdrowotnych oraz poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych? Czy udzielona pomoc była doraźna, czy długotrwała?

Program pozwalał na doraźne zwiększenie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, poprzez kontakt uczestników projektu z lekarzem w szkole oraz poprzez możliwość skorzystania z leczenia i rehabilitacji w okresie trwania Programu. Zgodnie z założeniami, Program nie przewidywał trwałej poprawy dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Niemniej beneficjenci zwrócili uwagę, że sam fakt uczestnictwa w Programie pozwolił na zapoznanie się rodziców z dostępną ofertą usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki oraz leczenia i rehabilitacji wad postawy u dzieci.

Jakie zaobserwowano trwałe (utrzymujące się po zakończeniu realizacji wsparcia) efekty wsparcia wdrażanego w ramach programów polityki zdrowotnej?

Do zaobserwowanych trwałych efektów wsparcia wdrażanego w ramach RPPZ należą: zmniejszenie ryzyka rozwoju nabytych wad postawy u dzieci i młodzieży, podniesienie poziomu wiedzy nt. profilaktyki wad postawy u rodziców/opiekunów oraz dzieci i młodzieży, unikanie czynników szkodzących zdrowiu przez większość uczestników Programu (51,2% ankietowanych, biorących udział w działaniach edukacyjnych) oraz podjęcie leczenia, deklarowane przez 39,9% ankietowanych rodziców dzieci korzystających ze wsparcia.

Czy uczestnictwo w programie spowodowało trwałą zmianę zachowań prozdrowotnych uczestników projektów, np. czy u uczestników objętych programami polityki zdrowotnej ukształtował się trwały nawyk wykonywania badań profilaktycznych/kontrolnych, poddawania się rehabilitacji, czy podejmowania innych działań prozdrowotnych? Jeśli tak, to jakich? Jeżeli nie, to dlaczego? Jakich elementów/działań w realizowanych programach polityki zdrowotnej zabrakło?

U zdecydowanej większości (85,3%) uczestników projektu zaobserwowano trwałą zmianę zachowań w postaci podejmowania działań profilaktycznych, między innymi takich jak: zwiększenie aktywności fizycznej (52,8%); utrzymywanie prawidłowej postawy siedzącej (46,3%); zdrowe odżywianie (29,6%); wizyty u lekarza w celu kontrolowania/monitorowania stanu zdrowia (28,2%); utrzymywanie prawidłowej wagi ciała (18,8%); badania profilaktyczne (18,8%); chodzenie na rehabilitację (0,6%) oraz posiadanie większej świadomości w zakresie profilaktyki wad postawy (0,6%)

Analiza wyników badań nie doprowadziła do identyfikacji działań, których brak w Programie można by uznać za dotkliwy z punktu widzenia celu głównego RPPZ i którejkolwiek grup interesariuszy. Niemniej pojawiały się oczekiwania, by działanie w postaci edukacji opiekunów/rodziców połączyć ze wsparciem dla ich dzieci. Zdiagnozowano również zapotrzebowanie na pokrycie kosztów dowozu na zajęcia na basenie.

Na ile działania podjęte w programie polityki zdrowotnej podniosły wiedzę uczestników, np. personelu medycznego, mieszkańców, w danym obszarze wsparcia?

Działania podjęte w RPPZ w wysokim stopniu przyczyniły się do zwiększenia poziomu wiedzy odbiorców wsparcia, między innymi nt. czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy oraz nt. tego, co należy robić, by zapobiegać wadom postawy.

Rozdział 7. Wnioski i rekomendacje

Układ poniższej tabeli powinien odpowiadać wymaganemu schematowi rekomendacji, jednak w celach czytelniejszej prezentacji zrezygnowano z trzech kolumn: „obszar tematyczny”, „program operacyjny” i „instytucja zlecająca badanie”, ponieważ w przypadku każdej z pozycji informacje w tych zakresach pozostają te same, tzn. odpowiednio: obszar zdrowia, FEEdP 2021-2027, Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego.

Tabela 32. Tabela rekomendacji

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
1	<p>W Programie profilaktyki chorób odkleszczowych wyłączone były osoby w wieku poniżej 18 lat i powyżej 64, spoza sektora rolnictwo, łowiectwo, rybactwo (s. 51).</p> <p>W Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych z indywidualnej konsultacji specjalistycznej nie mogły skorzystać osoby w wieku poniżej 40 lat i powyżej 64 lat (s. 55).</p> <p>W Programie poprawy stanu zdrowia osób pracujących ze wsparcia nie mogły skorzystać osoby poniżej 25 roku życia i powyżej 50 roku życia (s. 58).</p> <p>W Programie rehabilitacji onkologicznej nie mogły uczestniczyć osoby z rozpoznaniem nowotworem złośliwym przed 2016 rokiem i po 2020 roku (s. 178).</p>	Dążenie, by w ramach RPPZ, możliwe było stosowanie mniej restrykcyjnych kryteriów wyłączenia.	IZ FEEdP	Podjęcie przez IZ FEEdP negocjacji z Komisją Europejską przy okazji ewentualnej aktualizacji/modyfikacji założeń Programu „Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027” mających na celu rozszerzanie grup docelowych objętych wsparciem w ramach działań oferowanych w RPPZ.	I kwartał 2024	Programowa - operacyjna

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
	<p>Z Programu profilaktyki wad postawy wykluczeni byli uczniowie klas II, III, V, VII i VIII szkół podstawowych (s. 63). Z jednej strony powyższe ograniczenia utrudniały rekrutację do Programów i osiągnięcie wartości wskaźników założonych w projektach, ale z drugiej strony identyfikacja ściśle określonej populacji osób, do której może być skierowany RPPZ zaważyła o pozytywnej opinii AOTMiT, a w rezultacie o możliwości realizacji i wdrożenia omawianych Programów. Zatem choć objęcie wsparciem szerszej grupy docelowej nie było możliwe, warto podjąć działania, które łagodziłyby stosowane kryteria wyłączenia w RPPZ.</p>					

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
2	Długi okres czasu pomiędzy wykonaną analizą ekonomiczną w RPPZ, a faktyczną realizacją wsparcia, a także czynniki zewnętrzne powodujące wzrost cen usług i materiałów medycznych (pandemia COVID-19, kryzys ekonomiczny, inflacja) spowodowały, że koszty ponoszone przez beneficjentów w ramach realizowanych projektów, były znacznie wyższe od tych, założonych w RPPZ (s. 74; 105; 138-140).	W perspektywie finansowej 2021-2027 należy zadbać o maksymalną zbieżność wyceny dokonanej w ramach analizy ekonomicznej w RPPZ z wysokością kosztów, jakie realnie ponosić będą beneficjenci podczas realizacji projektów. Aktualnie AOTMiT dopuszcza, by koszty zawarte w budżecie były określone jako elastyczne, modyfikowalne. Ponadto w odniesieniu do m.in. RPPZ będących przedmiotem ewaluacji, AOTMiT przyjęła, że w przypadku ich kontynuacji, koszty wskazane w budżecie są orientacyjne.	IZ FEEdP	Konsultacja IZ FEEdP z autorami RPPZ (Departament Zdrowia) przed rozpisaniem konkursu na wybór realizatora RPPZ, której celem będzie uzyskanie zaktualizowanego budżetu.	I kwartał 2024	Programowa - operacyjna
3	Czynnikami utrudniającymi rekrutację do Programów była konieczność pozyskiwania dużej ilości szczegółowych danych osobowych od uczestników projektu przez beneficjentów (s. 70; 105; 139). Na zakres pobieranych informacji dokładnie wskazywały umowy o dofinansowanie na realizację RPPZ.	W celu zwiększenia skuteczności rekrutacji do Programów należy uprościć i skrócić jej przebieg. Oznacza to ograniczenie ilości danych osobowych pozyskiwanych od uczestników na etapie rekrutacji.	IZ FEEdP	Dokonanie analizy przez IZ FEEdP pod kątem możliwości zmniejszenia ilości pobieranych danych osobowych od uczestników projektów realizujących RPPZ.	I kwartał 2024	Programowa - operacyjna

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
4	Ze względu na między innymi niską dostępność komunikacyjną województwa podlaskiego, czynnikami zniechęcającymi do udziału w Programach była konieczność pokrycia kosztów dojazdu (s. 182; 221).	W celu zwiększenia komfortu użytkowników, a także przeciwdziałaniu ewentualnej rezygnacji z udziału w Programie, należy rozszerzyć wsparcie o działania związane z pokryciem kosztów dojazdów.	IZ FEEdP	Uwzględnienie w katalogu kosztów kwalifikowalnych kosztów dojazdów uczestników projektów, do miejsc świadczenia wsparcia.	I kwartał 2024	Programowa - operacyjna
5	Beneficjenci podczas realizacji projektów napotkali na wiele problemów (s. 80; 111; 146-147; 184; 223-224). Trudności wynikały między innymi z dynamicznie zmieniającej się rzeczywistości i uwarunkowań.	Rekomenduje się odchodzenie od wdrażania RPPZ, których realizacja zaplanowana jest na więcej niż 2 lata. Pozwoli to zmniejszać negatywne skutki czynników, które mogą się ewentualnie pojawić podczas realizacji Programów, a których nie można było przewidzieć podczas pisania RPPZ.	IZ FEEdP	Dopuszczenie do realizacji RPPZ z okresem trwania do 24 miesięcy.	I kwartał 2024	Programowa - operacyjna

Lp.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin wdrożenia (kwartał)	Klasa rekomendacji
6	Analiza wyników uzyskanych ze wszystkich źródeł wykazała, że istnieje potrzeba kontynuacji wsparcia w obszarach będących przedmiotem ewaluowanych RPPZ (s. 89; 120-121; 157; 194; 233). Z jednej strony bowiem zdiagnozowane problemy, będące postawą RPPZ nie straciły na aktualności, a z drugiej strony jednym z czynników skuteczności populacyjnych programów profilaktycznych/ przesiewowych jest ich trwanie w długiej perspektywie czasowej.	Rekomenduje się kontynuację wsparcia w obszarach będących przedmiotem RPPZ w perspektywie finansowej 2014-2020.	IZ FEoP	Kontynuacja w latach 2021-2027 RPPZ, które wdrażane były w latach 2014-2020.	I kwartał 2024	Programowa - operacyjna

Źródło: opracowanie własne.

Spis tabel

Tabela 1. Struktura próby uczestników Programów w badaniu ankietowym	17
Tabela 2. Przeciętne trwanie życia według płci w województwie podlaskim w latach 2014-2021	21
Tabela 3. Zgony według wybranych przyczyn w województwie podlaskim w latach 2014-2021	22
Tabela 4. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie podlaskim w latach 2014-2019.....	23
Tabela 5. Liczba wydanych kart DiLO w województwie podlaskim w latach 2018-2020	23
Tabela 6. Liczba zachorowań i współczynnik zapadalności na boreliozę z Lyme i kleszczowe zapalenie mózgu w województwie podlaskim w latach 2014-2022	24
Tabela 7. Liczba pacjentów w wieku 0-17 lat z rozpoznaniem choroby układu mięśniowo-szkieletowego w województwie podlaskim w latach 2016-2021	24
Tabela 8. Liczba przychodni i liczba udzielonych porad w województwie podlaskim w latach 2014-2022.....	28
Tabela 9. Wybrane dane dotyczące liczby personelu medycznego w województwie podlaskim w latach 2014-2021	28
Tabela 10. Zmiany średniego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne w województwie podlaskim (przypadek stabilny).....	31
Tabela 11. Zmiany średniego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia medyczne w Beskidzkim Centrum Onkologii (przypadek stabilny)	31
Tabela 12. Wybrane dane dotyczące liczby wykonywanych badań diagnostycznych w województwie podlaskim w latach 2017-2021	32
Tabela 13. Leczeni w ciągu roku w szpitalach stacjonarnych ogólnych z ruchem międzyoddziałowym (łącznie z oddziałem neonatologicznym) w województwie podlaskim w latach 2014-2021	33
Tabela 14. Informacje o wybranych świadczeniach z funduszu ubezpieczeń społecznych w latach 2014-2022.....	34
Tabela 15. Logika interwencji Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego	50
Tabela 16. Logika interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego	53
Tabela 17. Logika interwencji Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim	57
Tabela 18. Logika interwencji Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną.....	59

Tabela 19. Logika interwencji Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.....	62
Tabela 20. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego	68
Tabela 21. Wartości poszczególnych działań przewidzianych w Programie i wskazanych we wniosku o dofinansowanie projektu realizującego Program	99
Tabela 22. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach Programu Polityki Zdrowotnej ukierunkowanego na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego	99
Tabela 23. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach RPPZ Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim	131
Tabela 24. Stan realizacji wskaźników wg wartości docelowych wskazanych we WoD projektu realizowanego w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowanego na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną.....	170
Tabela 25. Informacje o projektach realizowanych w ramach Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego	204
Tabela 26. Wartości poszczególnych działań w projektach realizowanych w ramach Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.....	205
Tabela 27. Stan realizacji wskaźników Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, część I	206
Tabela 28. Stan realizacji wskaźników Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, część II	207
Tabela 29. Stan realizacji wskaźników Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, część III	208
Tabela 30. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w Programie profilaktyki nabytych wad postawy skierowanym do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego.....	209
Tabela 31. Rezultaty Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego	211
Tabela 32. Tabela rekomendacji	241

Spis wykresów

Wykres 1. Liczba ludności wg funkcjonalnych grup wieku w województwie podlaskim w latach 2014-2022	19
Wykres 2. Liczba ludności, pracujących i zarejestrowanych bezrobotnych w województwie podlaskim w latach 2014-2022	20
Wykres 3. Liczba hospitalizowanych pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w okresie od początku pandemii COVID-19 w Polsce do końca 2020 r.	26
Wykres 4. Liczba dni absencji w pracy w województwie podlaskim w latach 2016-2021.....	33
Wykres 5. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	70
Wykres 6. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	71
Wykres 7. Propozycje skutecznego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	72
Wykres 8. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	73
Wykres 9. Ocena wpływu wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	73
Wykres 10. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie profilaktyki chorób odkleszczowych.....	75
Wykres 11. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	76
Wykres 12. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	77
Wykres 13. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	78
Wykres 14. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	82
Wykres 15. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	83
Wykres 16. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie	83
Wykres 17. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu profilaktyki chorób odkleszczowych zdecydowali się skorzystać ze wsparcia	84
Wykres 18. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	85
Wykres 19. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	86

Wykres 20. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	87
Wykres 21. Ocena zapotrzebowania na kontynuację szczepień przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych.....	88
Wykres 22. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań edukacyjnych w ramach Programu profilaktyki chorób odkleszczowych	88
Wykres 23. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu	91
Wykres 24. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu	92
Wykres 25. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby odkleszczowe	93
Wykres 26. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób odkleszczowych.....	94
Wykres 27. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	101
Wykres 28. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	102
Wykres 29. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	102
Wykres 30. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	103
Wykres 31. Ocena wpływu wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych.....	104
Wykres 32. Wpływ wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	104
Wykres 33. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie profilaktyki zaburzeń nerwicowych	106
Wykres 34. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	107
Wykres 35. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych.....	108
Wykres 36. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	108
Wykres 37. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych.....	113
Wykres 38. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych, z ich oczekiwaniami	114
Wykres 39. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie	115

Wykres 40. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych zdecydowali się skorzystać ze wsparcia.....	116
Wykres 41. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	117
Wykres 42. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	117
Wykres 43. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu profilaktyki zaburzeń nerwicowych	118
Wykres 44. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu*	122
Wykres 45. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na podjęcie leczenia*	123
Wykres 46. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na regularne wykonywanie badań profilaktycznych*	123
Wykres 47. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu	124
Wykres 48. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko pojawienia się zaburzeń nerwicowych.....	125
Wykres 49. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami	125
Wykres 50. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	133
Wykres 51. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	134
Wykres 52. Propozycje skutecznego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	135
Wykres 53. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	136
Wykres 54. Ocena wpływu wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	137
Wykres 55. Wpływ wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących.....	137
Wykres 56. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie poprawy stanu zdrowia pracujących	140
Wykres 57. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	141
Wykres 58. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	142
Wykres 59. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących.....	143
Wykres 60. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników	

Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	149
Wykres 61. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu poprawy stanu zdrowia pracujących, z ich oczekiwaniami.....	150
Wykres 62. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie*	151
Wykres 63. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu poprawy stanu zdrowia pracujących zdecydowali się skorzystać ze wsparcia	152
Wykres 64. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących.....	153
Wykres 65. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	154
Wykres 66. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu poprawy stanu zdrowia pracujących.....	155
Wykres 67. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań mających na celu poprawę zdrowia osób pracujących w ramach Programu poprawy stanu zdrowia pracujących	156
Wykres 68. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu*	159
Wykres 69. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na podjęcie leczenia*	160
Wykres 70. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na regularne wykonywanie badań profilaktycznych*	160
Wykres 71. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu	161
Wykres 72. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie czynniki zwiększają ryzyko zachorowania na choroby cywilizacyjne	162
Wykres 73. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób cywilizacyjnych	163
Wykres 74. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej.....	172
Wykres 75. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	173
Wykres 76. Propozycje skuteczniejszego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej...	174
Wykres 77. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu rehabilitacji onkologicznej.....	176
Wykres 78. Ocena wpływu wsparcia na poprawę jakości życia uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej.....	176
Wykres 79. Wpływ wsparcia na poprawę jakości życia uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej.....	177
Wykres 80. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie rehabilitacji onkologicznej	178
Wykres 81. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu podczas jego realizacji wśród uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej ..	179

Wykres 82. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	180
Wykres 83. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	181
Wykres 84. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	186
Wykres 85. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu rehabilitacji onkologicznej, z ich oczekiwaniami	187
Wykres 86. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału w Programie*	188
Wykres 87. Wskazywane powody, dla których uczestnicy Programu rehabilitacji onkologicznej zdecydowali się skorzystać ze wsparcia	189
Wykres 88. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	190
Wykres 89. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	191
Wykres 90. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez uczestników Programu rehabilitacji onkologicznej	192
Wykres 91. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań mających na celu rehabilitację osób po chorobie onkologicznej w ramach Programu rehabilitacji onkologicznej	193
Wykres 92. Ocena wpływu wsparcia otrzymanego w Programie na podejmowanie działań profilaktycznych*	196
Wykres 93. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu	197
Wykres 94. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy na temat tego, jakie działania można podjąć by poprawić zdrowie/jakość życia po chorobie onkologicznej	198
Wykres 95. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki chorób onkologicznych	199
Wykres 96. Źródła informacji o wsparciu w ramach Programu profilaktyki wad postawy	212
Wykres 97. Ocena sposobu informowania o możliwości uzyskania wsparcia dokonana przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	213
Wykres 98. Propozycje skutecznego docierania z informacjami o oferowanym wsparciu, wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	213
Wykres 99. Formy wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki wad postawy	214
Wykres 100. Ocena wpływu udziału we wsparciu na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki wad postawy	215
Wykres 101. Wpływ wsparcia na poprawę stanu zdrowia uczestników Programu profilaktyki wad postawy	215
Wykres 102. Wystąpienie czynników zniechęcających do udziału we wsparciu	

podczas podejmowania decyzji o udziale w Programie profilaktyki wad postawy ..	217
Wykres 103. Czynniki zniechęcające opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy, do tego by dziecko kontynuowało udział we wsparciu	218
Wykres 104. Wskazane problemy, które wystąpiły podczas korzystania ze wsparcia przez uczestników Programu profilaktyki wad postawy	219
Wykres 105. Problemy, których nie udało się rozwiązać, wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	220
Wykres 106. Ocena poziomu zgodności wsparcia z oczekiwaniami opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	225
Wykres 107. Ocena zgodności form wsparcia, z których skorzystali uczestnicy Programu profilaktyki wad postawy, z ich oczekiwaniami.....	226
Wykres 108. Ocena wpływu wsparcia na rozwiązanie/zmniejszenie problemu związanego ze zdrowiem, który był powodem udziału dziecka w Programie	227
Wykres 109. Wskazywane powody, dla których opiekunowie uczestników Programu profilaktyki wad postawy zdecydowali się, by dziecko skorzystało ze wsparcia	228
Wykres 110. Braki w otrzymanym wsparciu wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	229
Wykres 111. Elementy otrzymanego wsparcia, na które położono zbyt duży nacisk zdaniem opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	230
Wykres 112. Propozycje zmian w ramach oferowanego wsparcia wskazywane przez opiekunów uczestników Programu profilaktyki wad postawy	231
Wykres 113. Ocena zapotrzebowania na kontynuację działań mających na celu profilaktykę wad postawy u dzieci w województwie podlaskim w ramach Programu profilaktyki wad postawy	232
Wykres 114. Ocena wpływu wiedzy pozyskanej podczas wsparcia na unikanie czynników szkodzących zdrowiu*	235
Wykres 115. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na podjęcie leczenia*	236
Wykres 116. Ocena wpływu badań profilaktycznych wykonywanych w ramach wsparcia na regularne wykonywanie badań profilaktycznych*	236
Wykres 117. Działania profilaktyczne, których podejmowanie jest efektem udziału we wsparciu	237
Wykres 118. Ocena wpływu wsparcia na poszerzenie wiedzy uczestników na temat czynników sprzyjających rozwojowi wad postawy	238
Wykres 119. Ocena wpływu wsparcia na wzrost poziomu wiedzy uczestników nt. profilaktyki wad postawy	239

Bibliografia

- Bank Danych Lokalnych, <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp 31.07.2023]
- Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/> [dostęp: 31.07.2023]
- Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2021, <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/biuletyn-statystyczny> [dostęp: 31.07.2023]
- Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027, Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 311/5776/2022 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 16 grudnia 2022 r., <https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/zapoznaj-sie-z-prawem-i-dokument/regionalny-program-operacyjny-wo.html> [dostęp: 31.07.2023]
- Interaktywny Raport NFZ, https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/ https://shiny.nfz.gov.pl/dilo_dash/ [dostęp: 31.07.2023]
- Krajowe Ramy Strategiczne. Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/krajowe-ramy-strategiczne-policy-paper> [dostęp: 31.07.2023]
- Raporty o stanie sanitarnym województwa podlaskiego za lata 2014-2022, <https://www.gov.pl/web/wsse-bialystok/ocena-stanu-sanitarnego-województwa-podlaskiego> [dostęp: 31.07.2023]
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Załącznik nr 1 do Uchwały Nr 351 /6711/2023 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 6 lipca 2023 r., <https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/zapoznaj-sie-z-prawem-i-dokument/regionalny-program-operacyjny-wo.html> [dostęp: 31.07.2023]
- Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2021 r. w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych, <https://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/69/> [dostęp: 31.07.2023]
- Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r., Podlaski Urząd Wojewódzki, 2018.
- Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa podlaskiego na okres od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. Aktualizacja, Podlaski Urząd Wojewódzki, 2019.
- Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2016.

Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną, Załącznik do Uchwały nr UCHWAŁA NR 202/2663/ 2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 28 marca 2017 roku,

https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-202-2663-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-03-28.html [dostęp: 31.07.2023]

Program profilaktyki chorób odkleszczowych i eliminowania skutków ich występowania w najbardziej zagrożonych grupach ryzyka województwa podlaskiego, Załącznik do Uchwały nr 194/2546/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 roku,

https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-194-2546-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-02-21.html [dostęp: 31.07.2023]

Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowany do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego, Załącznik do Uchwały nr 194/2546/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 roku,

https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-194-2546-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-02-21.html [dostęp: 31.07.2023]

Regionalny Program Polityki Zdrowotnej ukierunkowany na profilaktykę zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i pod postacią somatyczną u osób pracujących na terenie województwa podlaskiego, Załącznik do Uchwały nr 197/2583/ 2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 7 marca 2017 roku,

https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-197-2583-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-03-07.html [dostęp: 31.07.2023]

Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim, Załącznik do Uchwały nr 194/2548/2017 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 21 lutego 2017 roku,

https://bip.wrotapodlasia.pl/wojewodztwo/akty_prawne1/uchw_zarząd/uchwały_zarządu/uchwała-nr-194-2548-2017-zarządu-województwa-podlaskiego-z-dnia-2017-02-21.html [dostęp: 31.07.2023]

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126,

<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20091371126> dostęp: 31.07.2023]

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki

zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej, Dz.U. 2017 poz. 2476, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002476> [dostęp: 31.07.2023]

Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Dz.U. 2016 poz. 1492, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20160001492> [dostęp: 31.07.2023]

Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego do roku 2020, Załącznik do Uchwały Nr XXXI/374/13 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 9 września 2013 r.

Strategia Rozwoju Województwa Podlaskiego 2030, Załącznik do Uchwały Nr XVIII/213/2020 Sejmiku Województwa Podlaskiego z dnia 27 kwietnia 2020 r. Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020, Załącznik Nr 1 do Uchwały Nr 355/6801/2023 Zarządu Województwa Podlaskiego z dnia 4 sierpnia 2023 r., https://rpo.wrotapodlasia.pl/pl/dowiedz_sie_wiecej_o_programie/zapoznaj_sie_z_pracami_i_dokumentami/szczegolowy-opis-osi-priorytetowych-regionalnego-programu-operacyjnego-wojewodztwa-podlaskiego-na-lata-2014-2020.html [dostęp: 31.07.2023]

Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021-2027, Załącznik Nr 1 do Uchwały Zarządu Województwa Podlaskiego Nr 359/6881/2023 z dnia 25 sierpnia 2023 r., <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/szczegolowy-opis-priorytetow-programu-fundusze-europejskie-dla-podlaskiego-2021-2027/> [dostęp: 31.07.2023]

Trwanie życia w zdrowiu w 2021, GUS, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-zdrowiu-w-2021-r-,5,2.html> [dostęp: 31.07.2023]

Wpływ pandemii COVID-19 na potrzeby zdrowotne w Polsce. Choroby zakaźne, Ministerstwo Zdrowia, 2022.

Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków z Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020, Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju, 2015, <https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/strony/o-funduszach/dokumenty/wytyczne-w-zakresie-realizacji-przedsiwziec-z-udzialem-srodkow-europejskiego-funduszu-spolecznego-w-obszarze-zdrowia-na-lata-2014-2020/> [dostęp: 31.07.2023]



Zamawiający/Wydawca:

**Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego
Departament Rozwoju Regionalnego**

ul. Poleska 89, 15-874 Białystok

e-mail: rot@podlaskie.eu

ISBN: 978-83-964117-4-7

**Badanie ewaluacyjne finansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020**