

BADANIE
EVALUACYJNE

EFEKTY REGIONALNYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH REALIZOWANYCH W RAMACH RPO WZ 2014-2020

RAPORT KOŃCOWY

SIERPIEŃ 2025

OPENFIELD



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Openfield

Zamawiający:

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego
ul. Korsarzy 34
70-540 Szczecin



Wykonawca:

Openfield Sp. z o.o.
Tadeusza Kościuszki 29/4
45-062 Opole



Autorzy/autorki raportu:

Patrycja Klimek
Maciej Maj
Oliwia Mazan
Małgorzata Teuber

Badanie ewaluacyjne dofinansowane przez Unię Europejską w ramach programu
Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027.



Fundusze Europejskie
dla Pomorza Zachodniego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	5
Streszczenie	7
Summary	11
Wprowadzenie wraz z zakresem zastosowanej metodologii	16
Kontekst teoretyczny	23
Charakterystyka województwa zachodniopomorskiego w kontekście zdrowotnym ..	23
Logika interwencji RPOWZ 2014-2020 w obszarze wsparcia dla Regionalnych Programów Zdrowotnych i innych programów profilaktyki zdrowotnej.....	30
Analiza kontekstowa działań poddanych ewaluacji.....	40
Ocena programów zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020	45
Efekty wdrożenia programów zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim .	45
RPZ Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022 (6.8).....	45
RPZ Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022 (6.8) ...	56
RPZ Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020- 2022 (7.7)	71
RPZ Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022 (7.7)	86
Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego (6.8).....	96
Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy (6.8)	117
Kluczowe wnioski dotyczące uzyskanych efektów	132
Czynniki wpływające na realizację interwencji wraz z zakresem trudności i barier...	141
Dobre praktyki	151
Zapotrzebowanie na dalsze wsparcie	158
Kluczowe wnioski i rekomendacje	163
Bibliografia	177
Spis tabel	179
Spis wykresów	181
Spis grafik.....	182
Aneks	183
Załącznik nr 1. Narzędzia badawcze	183

Załącznik nr 2. Tabela rekomendacji	183
Załącznik nr 3. Wyniki analizy case study	183

WYKAZ SKRÓTÓW

Tabela 1. Wykaz skrótów użytych w raporcie

Skrót	Rozwinięcie
Angio TK	Angiografia z wykorzystaniem tomografii komputerowej
BHP	Bezpieczeństwo i higiena pracy
CAWI	Computer-Assisted Web Interview
CATI	Computer-Assisted Telephone Interview
CSMEK	Centrum Opieki Zdrowotnej Powiatu Csongrád – Hódmezővásárhely–Makó (Węgry)
Cyt	Cytologia
DESP	Development and Testing of Efficient Screening and Prevention Programs
DPS	Dom pomocy społecznej
DSGM	Metoda Dévényi
EFS	Europejski Fundusz Społeczny
EKG	Badanie elektrokardiogramem
EUR	Euro
ESF	European Social Fund
GOPS	Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej
HPV	Human Papillomavirus, wirus brodawczaka ludzkiego
IP	Instytucja Pośrednicząca
IZ	Instytucja Zarządzająca
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NT-proBNP	N-terminalny fragment prohormonu mózgowego natriuretycznego peptydu
NPZChN	Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PTK	Polskie Towarzystwo Kardiologiczne
RHP	Regional Health Programs
RPO WZ	Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020
RPZ	Regionalne Programy Zdrowotne
RR	Ciśnienie tętnicze
ROHU	Wspólny kod projektów realizowanych w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Rumunia–Węgry (RO – Romania, HU – Hungary)
SARS-CoV-2	Drugi koronawirus ciężkiego ostrego zespołu oddechowego, ang. severe acute respiratory syndrome coronavirus 2
Skala NRS	Numerical Rating Scale, Numeryczna Skala Bólu
SL2014	Centralny System Teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2014-2020

Skrót	Rozwinięcie
TDI	Telephone In-Depth Interview
Testy TNT	Oznaczenie poziomu troponiny T we krwi
UE	Unia Europejska
USG	Ultrasonografia
YEI	Inicjatywa na rzecz Zatrudnienia Młodzieży, ang. Youth Employment Initiative
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Źródło: opracowanie własne.

STRESZCZENIE

Celem przeprowadzonego na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego badania ewaluacyjnego była ocena efektów wsparcia Regionalnych Programów Zdrowotnych (oraz programów profilaktyki zdrowotnej) realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020 i ich wpływu na poprawę stanu zdrowia mieszkańców regionu. Przeprowadzono je na przełomie kwietnia-maja 2025 roku.

Ponadto badanie opierało się na **trzech głównych kryteriach oceny**, które stanowiły podstawę analizy wyników programu. Są to skuteczność, użyteczność oraz trwałość. W ramach przeprowadzonego badania zastosowano, zgodnie z zasadą triangulacji metodologicznej, różnorodne **metody i techniki gromadzenia danych, obejmujące następujący zakres podmiotowy:**

- 1) Analiza danych zastanych** (w tym analiza danych statystycznych, kontekstowych, programowych/projektowych, danych monitoringowych itp.),
- 2) Telefoniczne wywiady pogłębione** (w tym wywiady z przedstawicielami: Instytucji Zarządzającej, Instytucji Pośredniczącej, Beneficjentów oraz innych podmiotów zaangażowanych w realizację interwencji),
- 3) Internetowe lub telefoniczne wywiady kwestionariuszowe** (w tym ankiety wśród uczestników i ich opiekunów prawnych – pacjentów i medyków – oraz beneficjentów),
- 4) Studium przypadku** (analiza 8 projektów/programów zbieżnych tematycznie z ewaluowanymi projektami, w tym 4 realizowanych w Polsce i 4 w innych krajach Unii Europejskiej).

Niniejszy raport jest produktem końcowym i skupia się na sumarycznej analizie rezultatów uzyskanych w wyniku realizacji działań w ramach 4 Regionalnych Programów Zdrowotnych **Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022 i Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022** (działanie 6.8), **Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022 i Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022** (działanie 7.7), a także w ramach 2 projektów profilaktyki zdrowotnej, tj. **Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego** (działanie 6.8) oraz **Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy** (działanie 6.8).

Projekt **Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych** skutecznie odpowiedział na potrzeby pacjentów, jednak osiągnięto tylko część zakładanych celów, np. **w zakresie zmniejszenia ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych (50% wobec planowanych 90%). Wysoki poziom zapewnienia ciągłości leczenia onkologicznego (87%) oraz wzrost wiedzy zdrowotnej pacjentów (100%) świadczą o skuteczności interwencji w kluczowych obszarach.** Projekt przyczynił się do **trwałej poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dzięki**

doposażeniu placówki w nowoczesny sprzęt i wprowadzeniu standardu kardioonkologicznego. Rekrutacja pacjentów była **niższa od zakładanej** (646 wobec 1200), co **ograniczyło skalę osiągniętych wskaźników efektywności**. Szkolenia dla personelu medycznego poprawiły kompetencje zawodowe, choć poziom wzrostu wiedzy (59%) był niższy od zakładanych 80%. Udział w programie został oceniony przez pacjentów i pracowników medycznych jako trafnie odpowiadający na ich potrzeby zdrowotne i zawodowe.

Program **Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych skutecznie realizował cele zdrowotne i społeczne**, obejmując wsparciem 550 osób (500 planowanych pacjentów i 50 osób personelu), z **których 95% pacjentów ukończyło pełny cykl rehabilitacji**. Poprawę sprawności psychofizycznej osiągnęło **89% uczestników, a efekty wsparcia utrzymują się w 2025 roku u ponad 80% pacjentów**. Większość głównych wskaźników programu została osiągnięta lub przekroczona, w tym wskaźnik utrzymania lub podjęcia zatrudnienia po zakończeniu projektu. **Niższe wartości (choć nadal wysokie) odnotowano w kontekście wsparcia psychologicznego oraz edukacyjnego**. Wysoka jakość rehabilitacji i wsparcia dietetycznego została potwierdzona wysokim poziomem satysfakcji uczestników. **Szkolenia dla personelu medycznego zwiększyły kompetencje 96% uczestników**. Projekt przyczynił się także do zwiększenia świadomości dostępności usług rehabilitacyjnych w regionie.

Podczas organizacji czterech projektów, realizowanych w ramach RPZ **Profilaktyka wad postawy**, objęto działaniami łącznie **3 378 uczniów** (planowo objęcie działaniami terapeutycznymi 4 188 dzieci), **osiągając wysoką frekwencję i pełną realizację cyklu zajęć korekcyjnych w większości przypadków**. Główne cele projektów, takie jak **poprawa postawy ciała i wzrost świadomości zdrowotnej, były realizowane poprzez fizjoterapię, edukację oraz działania diagnostyczne**, choć dostępność badań wstępnych i końcowych była ograniczona. Według opinii opiekunów objętych wsparciem dzieci, wysoką skuteczność odnotowano w zapoznaniu dzieci z ćwiczeniami profilaktycznymi (97%) oraz wykształceniu potrzeby aktywności fizycznej (90%), **choć trwałe (oceniane w 2025 roku) skorygowanie wad kręgosłupa nastąpiło jednak tylko u 52% uczestników, co wskazuje na potrzebę lepszego dopasowania wsparcia**. Szkolenia dla personelu medycznego przyniosły pozytywne efekty wśród uczestników, choć ogólny wskaźnik wzrostu wiedzy kadry był niższy od założeń. Beneficjenci wskazali wysoką trwałość efektów zdrowotnych i edukacyjnych mimo trudności organizacyjnych.

W ramach programu **Profilaktyka zakażeń wirusem HPV** objęto wsparciem łącznie 4 889 dziewcząt (planowano wyszczepienie 5 427 dziewcząt). **Program osiągnął 90% wartości docelowej w zakresie liczby osób objętych usługami zdrowotnymi w programie**, co wskazuje na dobry postęp w realizacji tego wskaźnika. Działania koncentrowały się na szczepieniach, edukacji zdrowotnej oraz intensywnej kampanii informacyjnej obejmującej szkoły i placówki medyczne. Program został wysoko oceniony przez **uczestników (96% satysfakcji)**. Realizacja interwencji **zwiększyła**

dostępność do profilaktyki HPV w regionie, a trwałość efektów, szczególnie edukacyjnych, oceniono jako wysoką. Beneficjenci podkreślali duże znaczenie wsparcia finansowego, elastyczności instytucji zarządzających oraz zaangażowania zespołów projektowych w osiągnięciu celów.

Analiza 5 projektów realizowanych w ramach **Rozwoju profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego** wskazała, iż wskaźnik **osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne**, został osiągnięty na **poziomie 105%** (analizowane projekty zakładały objęcie wsparciem 42 060 osób, zaś wartość osiągnięta wyniosła 44 080 osób), wskazując na wysoki poziom skuteczności. W opinii odbiorców wsparcia, **co najmniej 92% respondentów zwiększyło swoją świadomość na temat zagrożeń i znaczenia profilaktyki nowotworowej** raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego (choć edukacja nt. nowotworu szyjki macicy była najmniej trwała – zaledwie 29% pacjentek w 2025 zauważa ten efekt w swoim życiu). Ponadto **99% uczestników** oceniło wsparcie jako **odpowiadające ich potrzebom**, a **98% pacjentów odczuwało satysfakcję** z przebiegu projektu.

W ramach programu **Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy** poddano analizie łącznie 10 projektów. Rozpatrywane projekty **przyczyniły się do realizacji celu** programowego związanego z **utrzymaniem aktywności zawodowej uczestników (111%)**. W większości przypadków zaplanowane efekty zostały osiągnięte lub przekroczone, co świadczy o wysokiej skuteczności podejmowanych działań. Działania koncentrowały się na modernizacji i wyposażeniu stanowisk pracy, szkoleniach i warsztatach, świadczeniach medycznych (w tym w zakresie zdrowia psychicznego) oraz działaniach integracyjnych i aktywności fizycznej. **Najczęstszą formą wsparcia było wyposażenie stanowisk pracy**, które według 96% pacjentów przyczyniło się do poprawy jakości ich życia. Co więcej, 92% pracowników zadeklarowało, iż udział we wsparciu pomógł im **zwiększyć komfort i jakość** ich pracy. Beneficjenci wskazali, iż wsparcie w największym stopniu przyczyniło się do **zwiększenia świadomości pracowników w zakresie znaczenia zdrowia i ergonomii w miejscu pracy**. Poziom, w jakim realizowane wsparcie odpowiadało na potrzeby uczestników, był w tym przypadku nieco niższy i wyniósł 89%. Mimo to należy podkreślić, iż osiągnięcie takiego stopnia dopasowania do potrzeb, według Beneficjentów, było możliwe dzięki identyfikacji zapotrzebowania poprzez przeprowadzenie diagnozy wśród pracowników oraz konsultacje ze specjalistami (np. pracownikami BHP).

Warto również podkreślić, iż ewaluowane interwencje zdrowotne w regionie osiągnęły **średnią do wysokiej skuteczność**, szczególnie w działaniach rehabilitacyjnych, profilaktycznych i zwiększających dostępność usług. Największe ograniczenia dotyczyły **projektów z wąskimi kryteriami rekrutacji oraz działań narażonych na opór społeczny**, jak szczepienia HPV. Ponadto większość uczestników uznała wsparcie za **adekwatne do swoich potrzeb**, wskazując na jego **realną wartość w poprawie**

zdrowia, świadomości i codziennego funkcjonowania – tym samym potwierdzając użyteczność. Ograniczenia pojawiały się w działaniach edukacyjnych, które często były zbyt słabo eksponowane lub nietrwałe. Co więcej, podsumowując również kwestię trwałości – tam, gdzie uczestnicy **deklarowali osiągnięcie efektów zdrowotnych lub funkcjonalnych**, zwykle **utrzymywały się one także po zakończeniu projektów**, co potwierdza trwałość rezultatów przy odpowiednio zaplanowanej i intensywnej interwencji.

Wśród głównych barier, jakie podczas udziału we wsparciu napotkali uczestnicy, były: nadmiar **dokumentacji projektowej**, czynniki **zewnętrzne** (takie jak COVID-19, inflacja, wojna w Ukrainie), trudności w **dostępie do informacji** (w tym nierówny zakres działań edukacyjnych), długi **czas oczekiwania** na uzyskanie wsparcia, jego **wąski zakres i krótki czas trwania pomocy**. Wskazywano także brak **zaangażowania personelu** oraz **trudności z dojazdem** do miejsc realizacji usług zdrowotnych.

Wśród głównych barier, jakie podczas realizacji wsparcia napotkali beneficjenci, były: **kwestie organizacyjne** (brak chęci współpracy szkół, biurokracja, trudności w rekrutacji, brak elastyczności proceduralnej), **finansowe** (wzrost kosztów produktów i usług, brak dostosowania budżetów do realiów gospodarczych), **zewnętrzne** (ruchy antyszczepionkowe, inflacja, COVID-19), **technologiczne** (trudny i czasochłonny system zarządzania danymi), **kadrowe** (ograniczony dostęp do specjalistów).

Analiza zapotrzebowania na wsparcie w zakresie interwencji zdrowotnych w regionie wskazuje na konieczność **dalszego wsparcia w takich obszarach jak edukacja zdrowotna, dostęp do diagnostyki, rozwój personelu medycznego oraz trwałość opieki zdrowotnej**. Szczególne znaczenie mają także **kompleksowość profilaktyki**, wsparcie **psychologiczne dzieci i młodzieży** oraz **rozszerzenie działań onkologicznych**.

Analiza dostarczyła także pewien zakres dobrych praktyk stosowanych przez beneficjentów, realizatorów innych projektów na szczeblu krajowym lub europejskim, a także wyszczególnionych przez przedstawicieli IZ oraz IP. Wśród głównych są **współpraca** partnerska i systematyczna wymiana doświadczeń, wykorzystanie **mobilnych jednostek** medycznych, **rozszerzenie i dostosowanie działań edukacyjnych** do poziomu świadomości grupy docelowej oraz objęcie wsparciem edukacyjnym beneficjentów. Wskazywano także na **poprawę jakości komunikacji** oraz wzmacnianie zaangażowania lokalnych partnerów poprzez drobne upominki.

Do kluczowych wniosków i rekomendacji należą:

1. Szybsza organizacja ewaluacji;
2. Poprawa jakości sprawozdawczości;
3. Rozwój współpracy i wymiany doświadczeń;
4. Wzmocnienie działań edukacyjnych skierowanych do odbiorców wsparcia;

5. Rozbudowa wsparcia edukacyjnego i organizacyjnego dla beneficjentów;
6. Rozbudowa i rozwój interwencji zdrowotnych wraz z dopasowaniem ich do potrzeb mieszkańców;
7. Reagowanie na zmieniające się koszty usług medycznych oraz uproszczenie i cyfryzacja procesów administracyjnych.

SUMMARY

The aim of the evaluation study commissioned by the Marshal's Office of the West Pomeranian Voivodeship was to assess the effects of support for Regional Health Programs (and health prevention programs) implemented under the RPO WZ 2014-2020 and their impact on improving the health of the region's inhabitants. It was conducted in April-May 2025. In addition, the study was based on **three main evaluation criteria**, which were the basis for analyzing the program's results. These are effectiveness, usefulness and durability. In accordance with the principle of methodological triangulation, the study used various **methods and techniques for data collection, covering the following subject scope:**

- 1) **Desk research** (including analysis of statistical, contextual, program/project data, monitoring data, etc.),
- 2) **Telephone in-depth interviews** (including interviews with representatives of the Managing Authority, the Intermediate Body, Beneficiaries, and other entities involved in the implementation of the intervention),
- 3) **Internet or telephone questionnaire interviews** (including surveys among participants and their legal guardians – patients and physicians – and beneficiaries),
- 4) **Case study** (analysis of 8 projects/programs thematically similar to the evaluated projects, including 4 implemented in Poland and 4 in other European Union countries).

This report is the final product and focuses on the summary analysis of the results obtained as a result of the implementation of activities under the 4 Regional Health Programmes **Prevention of cardiovascular diseases among oncological patients for 2020-2022 and Therapeutic rehabilitation of oncological patients for 2020-2022** (Measure 6.8); **Prevention of posture defects among primary school students for 2020-2022 and Prevention of human papillomavirus (HPV) infections for 2021-2022** (Measure 7.7), and also within the framework of 2 health prevention projects, i.e. **Development of cancer prevention towards detecting breast cancer, cervical cancer and colon cancer** (Measure 6.8) and **Implementation of health programmes aimed at eliminating health risk factors in the workplace, including in the field of work ergonomics** (Measure 6.8).

The project **Prevention of cardiovascular diseases among oncological patients** effectively responded to the needs of patients, but only some of the planned goals were

achieved, e.g., **in the scope of reducing the risk of cardiovascular complications (50% compared to the planned 90%). The high level of ensuring continuity of oncology treatment (87%) and the increase in patients' health knowledge (100%) indicate the effectiveness** of the intervention in key areas. The project contributed to a **lasting improvement in access to health services by equipping the facility with modern equipment** and introducing a cardio-oncology standard. Patient recruitment was **lower than planned** (646 compared to 1200), which **limited the scale of the achieved efficiency indicators**. Training for medical personnel improved professional competences, although the level of knowledge increase (59%) was lower than the planned 80%. Participation in the program was assessed by patients and medical workers as an accurate response to their health and professional needs.

The **Therapeutic rehabilitation of oncological patients program effectively implemented health and social goals**, supporting 550 people (500 planned patients and 50 medical staff), **81% of whom completed the full rehabilitation cycle**. Improved psychophysical fitness was achieved by **89% of participants, and the effects of support are maintained in 2025 in over 80% of patients**. Most of the main program indicators were achieved or exceeded, including the rate of maintaining or taking up employment after the end of the project. **Lower values (although still high) were noted in the context of psychological and educational support**. The high quality of rehabilitation and dietary support was confirmed by the high level of participant satisfaction. **Training for medical personnel increased the competences of 96% of participants**. The project also contributed to increasing awareness of the availability of rehabilitation services in the region.

During the organization of four projects implemented as part of the RHP **Prevention of posture defects among primary school students**, a total of **3,378 students were covered by the activities (planned therapeutic activities for 4,188 children), achieving high attendance and full implementation of the cycle of corrective classes in most cases**. The main goals of the projects, such as **improving body posture and increasing health awareness, were implemented through physiotherapy, education, and diagnostic activities**, although the availability of initial and final tests was limited. According to the opinions of the caregivers of the children receiving support, high effectiveness was noted in familiarizing children with preventive exercises (97%) and developing the need for physical activity (90%), **although permanent (assessed in 2025) correction of spine defects occurred only in 52% of participants, which indicates the need for better adjustment of support**. Training for medical personnel has had positive effects among the participants, although the overall indicator of an increase in staff knowledge was lower than expected. Beneficiaries indicated high durability of health and educational effects despite organizational difficulties.

A total of 4,889 girls were supported under the **Prevention of human papillomavirus (HPV) infections** program (5,427 girls were planned to be vaccinated). **The program achieved 90% of the target value in terms of the number of people covered by health services in the program**, which indicates good progress in achieving this indicator. Activities focused on vaccinations, health education and an intensive information campaign covering schools and medical facilities. The program was highly rated by **participants (96% satisfaction)**. Implementation of the intervention **increased access to HPV prevention in the region, and the durability of effects, especially educational ones, was assessed as high**. Beneficiaries emphasized the great importance of financial support, flexibility of managing institutions and involvement of project teams in achieving the program's goals.

The analysis of 5 projects implemented as part of the **Development of cancer prevention towards the detection of breast, cervical and colon cancer** showed that the rate of people who, thanks to the ESF intervention, **reported for a preventive examination was achieved at the level of 105% (the analysed projects assumed support for 42,060 people, while the achieved value was 44,080 people)**, indicating a high level of effectiveness. In the opinion of the support recipients, **at least 92% of respondents increased their awareness of the risks and importance of cancer prevention** of breast, cervical and colon cancer (although education on cervical cancer was the least durable – only 29% of patients in 2025 notice this effect in their lives). In addition, **99% of participants** assessed the support as **meeting their needs**, and **98% of patients felt satisfied** with the course of the project.

As part of the program **Implementation of health programs aimed at eliminating health risk factors in the workplace, including in the field of work ergonomics**, a total of 10 projects were analyzed. The considered projects contributed to the **implementation of the program goal related to maintaining the professional activity of participants (111%)**. In most cases, the planned effects were achieved or exceeded, which proves the high effectiveness of the actions taken. The actions focused on the modernization and equipping of workstations, training and workshops, medical services (including mental health) and integration activities and physical activity. **The most common form of support was the equipping of workstations**, which, according to 96% of patients, contributed to the improvement of their quality of life. Moreover, 92% of employees declared that participation in the support helped **them increase the comfort and quality of their work**. Beneficiaries indicated that the support contributed the most to **increasing employees' awareness of the importance of health and ergonomics in the workplace**. The level to which the implemented support responded to the needs of participants was slightly lower in this case and amounted to 89%. Nevertheless, it should be emphasized that achieving such a degree of adjustment to needs, according to the Beneficiaries, was possible thanks to the identification of the

demand through diagnostics among employees and consultations with specialists (e.g. health and safety employees).

It's also worth emphasizing that the evaluated health interventions in the region achieved **average to high effectiveness**, particularly in rehabilitation, prevention, and service access. The greatest limitations were found in **projects with narrow recruitment criteria and those exposed to social resistance**, such as HPV vaccination. Furthermore, most participants considered the **support adequate to their needs**, pointing to its **real value in improving health, awareness, and daily functioning – thus confirming its usefulness**. Limitations arose in educational activities, which were often under-promoted or unsustainable. Furthermore, summarizing the issue of sustainability, where participants **reported achieving health or functional outcomes**, these typically **persisted after project completion**, confirming the sustainability of results with appropriately planned and intensive intervention.

The main barriers participants encountered while participating in the support included: excessive **project documentation**, **external** factors (such as COVID-19, inflation, and the war in Ukraine), difficulties in **accessing information** (including uneven coverage of educational activities), long **waiting times** for support, **its narrow scope, and short duration**. Other factors cited included a lack of **staff engagement** and **difficulties in accessing healthcare services**.

The main barriers encountered by beneficiaries during the implementation of support included: **organizational issues** (lack of willingness to cooperate among schools, bureaucracy, difficulties in recruitment, lack of procedural flexibility), **financial issues** (increasing costs of products and services, lack of adjustment of budgets to economic realities), **external issues** (anti-vaccination movements, inflation, COVID-19), **technological issues** (difficult and time-consuming data management system), and **personnel issues** (limited access to specialists).

Analysis of the demand for support for healthcare interventions in the region indicates the need **for further support in areas such as health education, access to diagnostics, development of medical personnel, and sustainability of healthcare**. Comprehensive **preventive care, psychological support for children and adolescents**, and **expansion of oncological interventions** are also of particular importance.

The analysis also revealed a range of good practices employed by beneficiaries, other project implementers at the national and European levels, and those identified by representatives of the Managing Authority and the Intermediate Body. Key examples include partnerships and systematic **exchange of experiences**, the use of **mobile medical units**, the **expansion and adaptation of educational activities** to the target group's level of awareness, and the provision of educational support to beneficiaries.

Improved **communication quality** and strengthening the involvement of local partners through small gifts were also highlighted.

Key conclusions and recommendations include:

1. Faster organization of evaluations;
2. Improved reporting quality;
3. Developing collaboration and exchange of experiences;
4. Strengthening educational activities targeted at support recipients;
5. Expanding educational and organizational support for beneficiaries;
6. Expanding and developing health interventions, adapting them to the needs of residents;
7. Responding to the changing costs of medical services and simplifying and digitizing administrative processes.

WPROWADZENIE WRAZ Z ZAKRESEM ZASTOSOWANEJ METODOLOGII

Celem przeprowadzonego badania ewaluacyjnego była ocena efektów wsparcia Regionalnych Programów Zdrowotnych oraz programów profilaktyki zdrowotnej realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020 i ich wpływu na poprawę stanu zdrowia mieszkańców regionu. Przeprowadzono je na przełomie kwietnia i maja 2025 roku.

Istotne było **uzyskanie kompleksowej odpowiedzi na szereg pytań dotyczących realizacji i efektów programów zdrowotnych (i profilaktyki zdrowotnej) wspartych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa**

Zachodniopomorskiego (RPO WZ). Badanie miało na celu nie tylko ocenę wyników i efektywności tych działań, ale także ich zgodności z rzeczywistymi potrzebami zdrowotnymi mieszkańców regionu oraz ich długoterminowy wpływ na poprawę stanu zdrowia. Zrealizowane analizy miały także na celu wskazanie możliwych trudności oraz barier w realizacji projektów, a także zaproponowanie rozwiązań i rekomendacji na przyszłość. **W ramach badania kierowano się następującymi pytaniami badawczymi:**

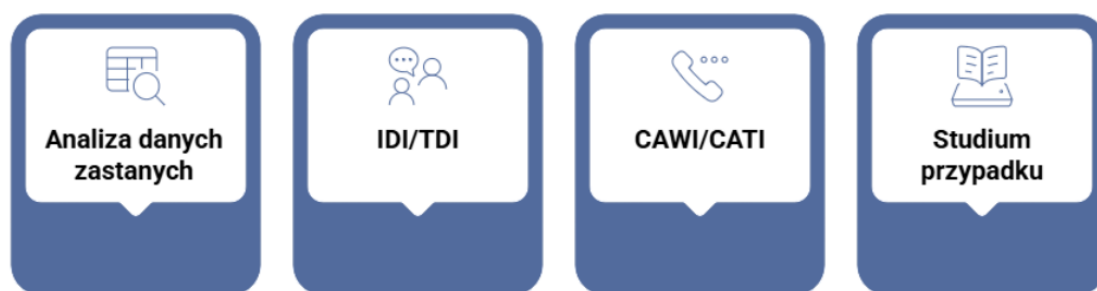
1. Jakie były rezultaty wspartych programów?
2. Jaka była efektywność wspartych programów?
3. Jaka była skuteczność wspartych programów?
4. Jaka była użyteczność wspartych programów?
5. Jaka jest trwałość wspartych programów?
6. Jakie trudności i bariery wystąpiły w realizacji wspartych programów zdrowotnych? W jaki sposób zminimalizowane zostały ryzyka ich wystąpienia i jak je kontrolowano?
7. W jaki sposób rozwiązania wypracowane w projektach/dobrych praktyk w ramach RPZ są możliwe do wykorzystania w ramach systemu świadczeń zdrowotnych?
8. W jakim stopniu programy zdrowotne wsparte w ramach RPO WZ wpłynęły na zwiększenie dostępności do świadczeń w województwie zachodniopomorskim?
9. W jakim stopniu wsparte programy zdrowotne odpowiadają na specyficzne, wskazane na mapie potrzeb zdrowotnych, potrzeby mieszkańców regionu wynikające z sytuacji epidemiologicznej?
10. Jak udzieloną pomoc oceniają uczestnicy projektów?
11. W jaki sposób realizowane programy zabezpieczyły potrzeby grup społecznych/populacyjne regionu?
12. W jakim stopniu udzielone wsparcie umożliwiło osiągnięcie postawionych celów oraz wybranych wskaźników w ramach RPO WZ? Odpowiedź na to pytanie powinna zostać udzielona nie tylko w oparciu o wskaźniki RPO, ale też o wybrane, adekwatne statystyki.
13. Jakie działania powinny być kontynuowane w programie Fundusze Europejskie dla Pomorza Zachodniego 2021-2027?

Ponadto badanie opierało się na **trzech głównych kryteriach oceny**, które stanowiły podstawę analizy wyników programu. Są to:

- Skuteczność – ocena stopnia realizacji zakładanych celów poszczególnych programów w kontekście celów polityki ochrony zdrowia w odniesieniu do rzeczywistych efektów ich realizacji;
- Użyteczność – ocena rzeczywistych efektów poszczególnych programów w kontekście polityki ochrony zdrowia (także nieprzewidzianych); ich zgodność z potrzebami odbiorców oraz poziom satysfakcji uczestników z udziału w programach;
- Trwałość (przewidywana) – ocena utrzymania trwałości efektów po zakończeniu udziału w poszczególnych programach.

W ramach przeprowadzonego badania zastosowano różnorodne **metody i techniki gromadzenia danych**, które umożliwiły kompleksową ocenę efektów realizacji programów zdrowotnych wspartych w ramach RPO WZ. Wykorzystane podejścia badawcze obejmowały:

Rysunek 1. Wykaz zastosowanych metod i technik gromadzenia danych



Źródło: opracowanie własne.

Desk research zrealizowany na rzecz niniejszego badania zawierał ogólnie **pojętą analizę danych zastanych, w tym szczególnie analizę dokumentów, raportów oraz literatury przedmiotu, a także analizę projektów** zrealizowanych w ramach badanych działań RPO WZ (w tym danych monitoringowych, wniosków, wskaźników – danych dostarczonych przez Zamawiającego oraz Instytucję Pośredniczącą).

W kontekście niniejszego badania **case study służyła identyfikacji i promocji dobrych praktyk, analizie najlepszych rozwiązań wśród podobnych programów realizowanych w innych regionach Polski lub krajach Unii Europejskiej**. Dobrano łącznie 8 programów/projektów w podziale na wyszczególnione tematycznie projekty z zakresu RPZ i profilaktyki zdrowotnej, tak, aby każdy obszar został pokryty. Cztery ze wskazanych projektów/programów związane zostały z regionem na terenie Polski, a pozostałe z obszarem innych krajów UE.

W celu rzetelnego przeanalizowania wyników przedstawionych w niniejszym raporcie, niezbędne jest zapoznanie się ze strukturą próby badawczej.

W ramach badania jakościowego, które obejmowało **telefoniczne wywiady pogłębione**, pierwszą grupą respondentów, która została poddana analizie, stanowili **przedstawiciele Instytucji Zarządzającej (Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego) oraz Instytucji Pośredniczącej (Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie)**. Zgodnie z założeniami, w tej grupie przeprowadzono łącznie cztery wywiady, z czego:

- Jeden wywiad z przedstawicielem Instytucji Zarządzającej RPO WZ,
- Trzy wywiady z przedstawicielami Instytucji Pośredniczącej,

W wyniku trudności związanych z niewystarczającą liczbą personelu w Instytucji Zarządzającej, który mógłby odpowiedzieć na pytania zawarte w scenariuszu wywiadu, zdecydowano się przeprowadzić dodatkowy wywiad w Instytucji Pośredniczącej. Taki krok pozwolił na uzyskanie bardziej pogłębionych danych, mimo początkowych trudności związanych z ograniczoną dostępnością respondentów.

Kolejną grupą **byli przedstawiciele podmiotów zaangażowanych w realizację działań projektowych, którzy nie są bezpośrednimi beneficjentami**. Do tej grupy zaliczały się m.in. przychodnie, szkoły oraz inne placówki, które miały udział w realizacji działań projektowych. W sumie przeprowadzono 6 wywiadów.

Rekrutacja respondentów z tej grupy okazała się **być dużym wyzwaniem**. Pomimo szerokiego zakresu kontaktów dostępnych w bazie danych¹, wielu przedstawicieli placówek **nie pamiętało swojego udziału we wsparciu** (lub wskazywało, że osoba odpowiedzialna za jego koordynację nie jest już pracownikiem placówki) oraz jego zakresu, **co utrudniło pozyskanie respondentów do badania**.

Ponadto nie wszystkie spośród tych jednostek, które zgodziły się na udział w badaniu, były w stanie udzielić odpowiedzi na postawione pytania, zwracając uwagę na to, iż **badanie jest przeprowadzane w zbyt dużym odstępie czasowym od realizacji interwencji (było to podkreślane także przez samych beneficjentów)**. Co więcej, część jednostek (zarówno tych, którzy stali się respondentami, jak i tych, z którymi kontakt był podejmowany jedynie podczas rekrutacji) zgłosiła, iż realizowane działania skupiały się w większym stopniu na interwencjach związanych z pandemią COVID-19 (np. zakupem środków higienicznych do szkół), aniżeli na wskazanych w specyfice projektu wadach postawy, czy też profilaktyce zakażeń HPV (również przez wzgląd na brak dostępu do młodzieży w szkołach, kiedy wybuchła pandemia). Tego rodzaju trudności w rekrutacji wskazują na **konieczność lepszego śledzenia i dokumentowania działań projektowych, co pozwoliłoby na skuteczniejszą**

¹ Należy również podkreślić, iż wyzwaniem okazały się również sytuacje, w których podane w bazie kontakty prowadziły do adresów takich, jak sekretariaty – im ogólniejsze dane kontaktowe, tym mniejszy zakres wiedzy na temat realizacji projektu mieli rozmówcy.

identyfikację kluczowych uczestników i zapewnienie pełniejszego obrazu realizacji projektów.

W przypadku beneficjentów przeprowadzono zarówno wywiady jakościowe (TDI), jak i badania ilościowe (CAWI/CATI). **W ramach działań terenowych przeprowadzonych w grupie beneficjentów napotkano pewne komplikacje, które początkowo utrudniły realizację założeń badania.** Pierwszym problemem, który pojawił się w trakcie rekrutacji, była sytuacja, w której **beneficjenci w bazie danych powtarzali się wielokrotnie** – nawet w ramach tego samego programu lub projektu jeden beneficjent występował więcej niż raz. Taki stan rzeczy uniemożliwił realizację założonej liczby wywiadów kwestionariuszowych, ponieważ przeprowadzanie tego samego badania z tą samą osobą kilkakrotnie nie dostarczyłoby nowych, pogłębionych informacji. Kolejną trudnością były **nieaktualne dane kontaktowe do niektórych beneficjentów**. Z tego powodu nie udało się nawiązać kontaktu ze wszystkimi planowanymi uczestnikami badania, co wpłynęło na zmniejszenie liczby dostępnych respondentów w niektórych segmentach badania. Ponadto część beneficjentów odmówiła udziału w badaniu lub wyraziła chęć uczestnictwa wyłącznie w jednej formie badania – ilościowej lub jakościowej. W odpowiedzi na zmieniające się potrzeby beneficjentów, Wykonawca starał się przeprowadzić jak najwięcej wywiadów kwestionariuszowych i jakościowych, jak to było możliwe w danym kontekście, więc podejście do etapu zbierania danych było elastyczne.

Tabela 2. Dobór próby – beneficjenci

RPZ/typ projektu	Liczba zrealizowanych ankiet	Liczba zrealizowanych wywiadów
Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	0	1
Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	0	1
Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022	2	1
Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022	1	2
Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego	6	3

RPZ/typ projektu	Liczba zrealizowanych ankiet	Liczba zrealizowanych wywiadów
Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy	47	6
Suma	56	14

Źródło: opracowanie własne.

W grupie **uczestników** przeprowadzono badanie techniką **CAWI/CATI**. Zostało ono **zrealizowane zgodnie z założonym planem – zebrano zakładaną liczbę uczestników**, a w badaniu wzięli udział zarówno pacjenci (oraz ich opiekunowie), jak i pracownicy medyczni. Dzięki temu udało się uzyskać pełen obraz efektów realizowanych działań z różnych perspektyw. Szczegóły dotyczące liczby uczestników oraz ich podziału znajdują się w tabeli poniżej.

Tabela 3. Dobór próby – CAWI/CATI z uczestnikami projektów i ich opiekunami

Działanie	RPZ/ typ projektu	Liczba projektów	Liczba uczestników, którzy ukończyli wsparcie	Zakładana próba	Zrealizowana próba	W tym: pacjenci	W tym: pracownicy medyczni
6.8	Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	1	264	35	35	25	10
6.8	Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	1	460	35	35	29	6
7.7	Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022	4	1 481	35	35	29	6
7.7	Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022	4	9 402	58	58	58	Wsparcie nie obejmowało medyków
6.8	Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego	11	49 371	303	312	292	20
6.8	Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na	54	1 573	35	36	36	Wsparcie nie obejmowało medyków

Działanie	RPZ/ typ projektu	Liczba projektów	Liczba uczestników, którzy ukończyli wsparcie	Zakładana próba	Zrealizowana próba	W tym: pacjenci	W tym: pracownicy medyczni
	eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy						
RAZEM		75	62 551	501	511	491	42

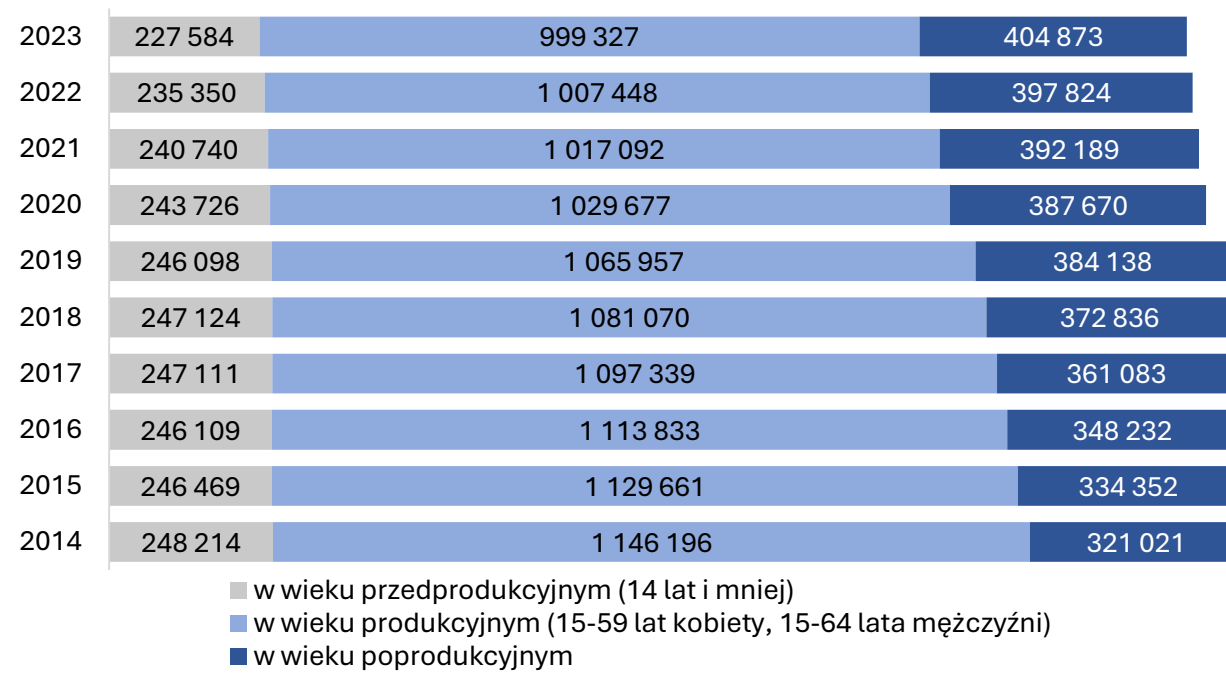
Źródło: opracowanie własne.

KONTEKST TEORETYCZNY

CHARAKTERYSTYKA WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO W KONTEKŚCIE ZDROWOTNYM

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego stan na 31 grudnia 2023 r. wskazuje, że województwo zachodniopomorskie zamieszkiwało 1 631 784 osób, co stanowiło 4,3% ogółu ludności Polski, plasując województwo na 11. miejscu w kraju². W porównaniu z 2014 rokiem, kiedy liczba mieszkańców wynosiła 1 715 431 osób, to spadek o 5%. W okresie 2014–2023 w województwie zachodniopomorskim odnotowano wyraźne zmiany w strukturze demograficznej ludności. **Liczba osób w wieku produkcyjnym zmniejszyła się w analizowanym okresie o 12,8%. Natomiast liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrosła aż o 26,1%.** W analizowanym okresie odnotowano również **spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym³ o około 8,3%.⁴**

Wykres 1. Ludność województwa Zachodniopomorskiego w podziale na ekonomiczne grupy wieku w okresie 2014-2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS BDL.

² Urząd Statystyczny w Szczecinie (2024), *Stan i ruch ludności w województwie zachodniopomorskim w 2023 r.* (dostęp: 08.04.2025 r.) [Stan i ruch ludności](#).
³ Należy nadmienić, iż w opracowaniach Wydziału Zdrowia UMWZ i programach zdrowotnych stosowane są dane dot. ludności dla grupy osób w wieku przedprodukcyjnym 17 lat i mniej.
⁴ GUS BDL.

W latach 2014-2019 przeciętne dalsze trwanie życia mieszkańców województwa zachodniopomorskiego utrzymywało się na względnie stabilnym poziomie – w przypadku kobiet oscylowało wokół 81,1-81,6 lat, a w przypadku mężczyzn wokół 73,5-73,7 lat. W latach 2020-2021 nastąpił jednak wyraźny spadek tego wskaźnika, będący bezpośrednim skutkiem pandemii COVID-19. Spadki te wskazują na silny wpływ sytuacji epidemicznej na zdrowie publiczne i śmiertelność w regionie. W kolejnych latach – 2022 i 2023 – zaobserwowano wyraźny wzrost długości życia, który świadczy o częściowej odbudowie potencjału zdrowotnego ludności. W 2023 roku wskaźnik ten osiągnął 81,4 lat dla kobiet i 74,1 lat dla mężczyzn, co w przypadku mężczyzn stanowi najwyższą wartość w analizowanym okresie. **Pomimo pandemii, w całym analizowanym okresie 2014-2023 odnotowano ogólny wzrost przeciętnego dalszego trwania życia zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn.**

Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie Zachodniopomorskim w latach 2014-2023 [lata]

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Kobiety	80,9	81,1	81,6	81,2	81,2	81,2	80,6	79,2	80,7	81,4
Mężczyźni	73,6	73,5	73,5	73,7	73,6	73,6	72,1	71,5	72,8	74,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS BDL.

Równoległe do zmian w zakresie długości życia, istotnym aspektem wpływającym na ocenę sytuacji społeczno-zdrowotnej regionu pozostaje **struktura i dynamika populacji pracujących oraz bezrobotnych w województwie zachodniopomorskim**. Analiza tych danych pozwala lepiej zrozumieć nie tylko potencjał aktywności zawodowej mieszkańców, ale również **kontekst realizacji programów zdrowotnych kierowanych do osób w wieku produkcyjnym, w tym zagrożonych wykluczeniem z rynku pracy z przyczyn zdrowotnych**.

Według danych z **Narodowego Spisu Powszechnego 2021**, liczba pracujących w woj. zachodniopomorskim wyniosła **709,3 tys. osób, co stanowiło 4,1% ogółu pracujących w Polsce**. W 2014 roku liczba bezrobotnych wynosiła 94 465 osób, a do 2019 roku systematycznie malała, osiągając poziom 41 771 osób, co stanowiło **spadek o ponad połowę w ciągu pięciu lat**. W 2020 roku, na skutek kryzysu zdrowotnego i ograniczeń gospodarczych, liczba bezrobotnych wzrosła do 52 018 osób, jednak był to wzrost tymczasowy – już w 2021 roku odnotowano spadek do 43 446 osób, a w kolejnych latach tendencja spadkowa się utrzymała⁵.

⁵ GUS BDL.

Tabela 5. Liczba zarejestrowanych bezrobotnych w województwie zachodniopomorskim w latach 2014-2023

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Bezrobocie	94	79	65	52	46	41	52	43	40	39
	465	393	842	599	002	771	018	446	144	709

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS BDL.

Choć sytuacja na rynku pracy w województwie zachodniopomorskim w ostatnich latach ulega systematycznej poprawie – co potwierdzają dane dotyczące rosnącego zatrudnienia i spadającego bezrobocia – **nie należy zapominać o czynnikach zdrowotnych, które wciąż istotnie wpływają na możliwości aktywności zawodowej mieszkańców**. Z punktu widzenia polityki zdrowotnej szczególnie istotne pozostają **problemy zdrowotne mogące skutkować długotrwałą niezdolnością do pracy, obniżeniem jakości życia, a w przypadku dzieci – zakłóceniem prawidłowego rozwoju fizycznego i psychospołecznego**. Województwo zachodniopomorskie mierzy się z szeregiem wyzwań zdrowotnych, które stanowią bezpośredni kontekst realizacji Regionalnych Programów Zdrowotnych. Obejmują one zarówno choroby przewlekłe i onkologiczne, jak i problemy zdrowia dzieci i młodzieży czy profilaktykę chorób zakaźnych.

W latach 2014-2021 liczba zachorowań na **nowotwory złośliwe w województwie zachodniopomorskim kształtowała się na poziomie około 6,5–7,5 tys.** przypadków rocznie. W strukturze płciowej zachorowań udział kobiet i mężczyzn był stosunkowo zbliżony, przy czym nieco **wyższy udział wykazywano wśród kobiet (ok. 52–55%)**. Najniższą liczbę nowych diagnoz odnotowano w 2020 roku – 6 454 przypadki – co może być efektem ograniczonego dostępu do diagnostyki i leczenia onkologicznego w czasie pandemii COVID-19. W 2021 roku wskaźnik powrócił do wartości zbliżonych do wcześniejszych lat, co może sugerować efekt „odroczonej diagnozy”⁶.

Tabela 6. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie Zachodniopomorskim w latach 2014-2021 [osoby]

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Ogółem	7 011	7 402	7 088	6 693	7 485	7 072	6 454	7 067
Kobiety	3 690	3 842	3 669	3 489	3 858	3 773	3 420	3 842
Mężczyźni	3 321	3 560	3 419	3 204	3 627	3 299	3 034	3 225

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia.

Według danych opublikowanych przez Krajowy Rejestr Nowotworów, w regionie wśród mężczyzn w okresie od 2011 do 2021 roku, kluczowym rodzajem nowotworu okazał się **rak gruczołu krokowego, inaczej rak stercza** (ICD-10: C61). Wśród kobiet był to **nowotwór piersi** (rak gruczołu sutkowego, ICD-10: C50). Na drugim miejscu pod

⁶ Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2024.

względem liczby zachorowań w obu grupach był **inny nowotwór złośliwy skóry** (ICD-10: C44)⁷.

W województwie zachodniopomorskim najczęstszymi przyczynami zgonów mieszkańców są, podobnie jak w kraju, choroby układu krążenia oraz nowotwory (w 2019 r. ich udział wynosił odpowiednio 43,83% i 27,24%). Uaktualniając dane dotyczące tego problemu, należy wskazać, że nadal dwiema najczęściej występującymi przyczynami zgonów w regionie pozostają choroby układu krążenia oraz nowotwory. Według najbardziej aktualnych dostępnych danych, w 2023 r. udział liczby zgonów z tych przyczyn w ogólnej liczbie zgonów odnotowanych w regionie wyniósł odpowiednio 35,06% i 27,5%⁸. **Wskazuje to więc na polepszenie wyniku dotyczącego chorób układu krążenia, podczas gdy statystyki związane z umieralnością spowodowaną nowotworami uległy (nieznacznemu) pogorszeniu.**

Z kolei do najczęstszych przyczyn niezdolności do pracy należą **choroby układu krążenia, nowotwory, schorzenia układu kostno-stawowego i mięśniowego, zaburzenia psychiczne i behawioralne, urazy kości, stawów oraz tkanek miękkich, a także choroby układu nerwowego.**

Czynnikami zdrowotnymi, wpływającymi na możliwości aktywności zawodowej mieszkańców województwa zachodniopomorskiego, **są również ryzyka w miejscu pracy**, w tym te z zakresu **ergonomii pracy**. Warunki pracy w Polsce są regulowane przepisami, które nakładają na pracodawców obowiązek organizowania stanowisk pracy zgodnie z zasadami bezpieczeństwa i higieny pracy (BHP), reguluje to art. 207 Kodeksu pracy. **Stanowiska pracy powinny być dostosowane do rodzaju wykonywanych czynności oraz psychofizycznych możliwości pracowników**, zapewniając odpowiednią przestrzeń do swobodnego i bezpiecznego wykonywania pracy z uwzględnieniem ergonomii.

W województwie zachodniopomorskim w drugim kwartale 2024 roku najwięcej osób znalazło zatrudnienie w następujących grupach zawodowych: specjaliści stanowili 22,1% wszystkich pracujących, robotnicy przemysłowi i rzemieślnicy – 15,6%, technicy i inny średni personel – 13,4%, a pracownicy usług i sprzedawcy – 12,4%⁹.

Główny Urząd Statystyczny (GUS) co roku bada warunki pracy w Polsce i poszczególnych województwach. Za 2024 rok pełne dane jeszcze nie są dostępne. W 2023 roku badaniem warunków pracy objęto 6,8 miliona osób, z czego 434,5 tysiąca pracowało w warunkach zagrożenia, co stanowiło 6,4% zatrudnionych; dla porównania w 2022 roku liczba ta wynosiła 442,3 tysiąca osób. W 2023 roku województwo

⁷ Krajowy Rejestr Nowotworów. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Krajowy Rejestr Nowotworów](#)

⁸ Mapy potrzeb zdrowotnych. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Epidemiologia \(GUS i NFZ\)](#)

⁹ Wojewódzki Urząd pracy w Krakowie, Wojewódzki Urząd pracy w Szczecinie (2024). *Barometr zawodów*. (data dostępu: 20.05.2025 r.) [Barometr zawodów 2025 – województwo zachodniopomorskie](#)

zachodniopomorskie wyróżniało się jednym z najwyższych wskaźników zatrudnionych pracujących w warunkach zagrożenia w Polsce. **Według danych Głównego Urzędu Statystycznego, na każdych 1000 zatrudnionych w zakładach objętych badaniem aż 82,4 osoby wykonywały pracę w warunkach narażenia na czynniki szkodliwe lub niebezpieczne (8,24%).** To drugi najwyższy wskaźnik w kraju – wyższy odnotowano jedynie w województwie śląskim (13,91%). Dla porównania, średnia krajowa wyniosła w tym okresie 64 na 1000 zatrudnionych. Najczęściej występującym zagrożeniem w zachodniopomorskim był hałas – w takich warunkach pracowało niemal 38 osób na 1000 zatrudnionych. To wynik znacznie powyżej średniej krajowej i wyraźnie wskazuje na dominację tego czynnika wśród zagrożeń środowiska pracy w regionie. Na drugim miejscu znalazły się zagrożenia związane z pyłami przemysłowymi (włóknistymi, rakotwórczymi i innymi), które dotyczyły ponad 7 osób na 1000 zatrudnionych – również powyżej średniej dla większości województw¹⁰.

Niezadbanie o ergonomię i właściwą organizację miejsca pracy prowadzi do poważnych konsekwencji zdrowotnych, takich jak **bóle pleców, karku i nadgarstków, zwiększone ryzyko urazów, obniżone samopoczucie oraz wzrost stresu**, co negatywnie wpływa na efektywność pracy i generuje koszty związane z absencjami chorobowymi. **Według danych ZUS, w 2022 roku dolegliwości ze strony układu ruchu były najczęstszą przyczyną zwolnień lekarskich, co podkreśla rosnący problem nieergonomicznych warunków pracy**¹¹.

W polskim systemie prawa związanego z obszarem zdrowia, istotnym narzędziem umożliwiającym wykrywanie i realizowanie określonych potrzeb zdrowotnych, mając na celu poprawę stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, są **programy polityki zdrowotnej, finansowane ze środków publicznych**. Programy dotyczące obszaru zdrowia to **zestawy zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, opracowanych, wdrażanych, realizowanych i finansowanych przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego**. Podstawą prawną realizacji ww. działań jest art. 48a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.). Programy te mogą być realizowane ze środków EFS, stosując przy tym przepisy ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020 (zawieszone 23.12.2020 r.).

¹⁰ Główny Urząd Statystyczny. *Warunki pracy w 2023 r.* (data dostępu: 20.05.2025 r.) [Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Rynek pracy / Warunki pracy. Wypadki przy pracy / Warunki pracy w 2023 roku](#)

¹¹ Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2023). *27 mln zwolnień lekarskich w 2022 r.* (dostęp: 20.05.2025 r.) [27 mln zwolnień lekarskich](#)

Wśród krajowych dokumentów strategicznych wspierających realizację programów polityki zdrowotnej, szczególne znaczenie ma **Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych (NPZChN)**, którego celem jest **zmniejszenie zachorowalności i umieralności na nowotwory złośliwe poprzez działania z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji i opieki paliatywnej**. Program stanowi istotny punkt odniesienia dla samorządów wojewódzkich przy planowaniu własnych interwencji zdrowotnych – zwłaszcza w kontekście wdrażania Regionalnych Programów Zdrowotnych (RPZ) finansowanych ze środków publicznych i funduszy unijnych (np. EFS). Regionalne inicjatywy dotyczące m.in. rehabilitacji onkologicznej, profilaktyki nowotworów czy edukacji zdrowotnej mogą i powinny być komplementarne wobec celów i działań NPZChN, wzmacniając krajowy system przeciwdziałania nowotworom.

W województwie zachodniopomorskim interwencja prozdrowotna w **RPO WZ 2014-2020** była realizowana w ramach dwóch działań:

- 6.8 Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych oraz przedsięwzięć zapobiegających istotnym problemom zdrowotnym regionu oraz dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy, umożliwiających wydłużenie aktywności zawodowej oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne,
- 7.7 Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością oraz przedsięwzięć związanych z walką i zapobieganiem COVID-19.

Realizacja omawianych działań projektowych wynikała ze zdiagnozowanych ówczesnie (w czasie opracowania ich założeń) problemów zdrowotnych w regionie i jest zbieżna z celami szczegółowymi określonymi w RPO WZ 2014-2020, przypisanymi do priorytetów inwestycyjnych (PI) 8vi Aktywne i zdrowe starzenie się oraz 9iv: Ułatwianie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych oraz wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym.

Warto nadmienić, iż w ramach wsparcia udzielanego w działaniu 6.8 RPO WZ, mogły być realizowane dwa typy projektów w ramach RPZ:

- Wdrożenie kompleksowych programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu,
- Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy na podstawie właściwego Regionalnego Programu Zdrowotnego.

Ponadto, w ramach działania 6.8 mogły być realizowane cztery typy projektów wspierających programy zdrowotne poza RPZ:

- Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego,

- Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy,
- Wdrożenie programów przekwalifikowania pracowników długotrwale pracujących w warunkach negatywnie wpływających na zdrowie, przygotowujące do kontynuowania pracy na innych stanowiskach o mniejszym obciążeniu dla zdrowia,
- Realizacja przedsięwzięć związanych z walką i skutkami COVID -19 na terenie województwa zachodniopomorskiego w oparciu o Zachodniopomorski Program Monitorowania i Prewencji Epidemii Coronawirusa SARS-CoV-2 i Choroby COVID-19.

Z kolei w działaniu 7.7 RPO WZ mógł być realizowany następujący typ projektów w ramach RPZ:

- Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością oraz programów profilaktycznych, w tym dotyczących:
 - zaburzeń komunikowania się,
 - zaburzeń psychicznych,
 - wad postawy,
- wdrożenia programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych, a także programów przyczyniających się do wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych innych, niż wymienione powyżej, w szczególności dotyczących układu krążenia u noworodków, niemowląt i małych dzieci,
- profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV).

W województwie zachodniopomorskim wdrożono cztery regionalne programy zdrowotne (RPZ), zrealizowane w ramach dwóch działań: 6.8 oraz 7.7.

W ramach działania 6.8 uruchomiono dwa programy (Każdy z tych programów został zrealizowany w postaci jednego projektu):

- Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022,
- Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022.

W ramach działania 7.7 zrealizowano dwa kolejne programy (Każdy z tych programów został zrealizowany w postaci czterech projektów):

- Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022,
- Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022.

Warto jednak zaznaczyć, że nie wszystkie zaplanowane regionalne programy zdrowotne udało się wdrożyć. W ramach działania 6.8 nie doszło do realizacji dwóch programów: dotyczącego rehabilitacji medycznej po udarze mózgu oraz programu profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów skóry. W obu przypadkach umowy zostały rozwiązane już na wczesnym etapie realizacji z uwagi na brak możliwości spełnienia

warunków określonych w dokumentacji programowej. Podobna sytuacja miała miejsce w działaniu 7.7, w którym również nie zrealizowano dwóch programów: jednego związanego z wczesnym wykrywaniem oraz rehabilitacją zaburzeń słuchu i mowy, a drugiego – z wczesnym wykrywaniem i rehabilitacją wad wzroku. Oba programy były adresowane do uczniów pierwszych klas szkół podstawowych i obejmowały lata 2019–2021, jednak w żadnym z przypadków nie doszło do zawarcia umów, co uniemożliwiło ich wdrożenie.

Oprócz powyższych regionalnych programów zdrowotnych, w ramach działania 6.8 realizowano także inne typy projektów. Jednym z kluczowych obszarów był rozwój profilaktyki nowotworowej – szczególnie w zakresie wykrywania raka piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego. W tym zakresie przeprowadzono łącznie 11 projektów. Znaczącą grupę stanowiły także działania ukierunkowane na eliminowanie czynników ryzyka zdrowotnego w miejscu pracy, zwłaszcza w obszarze ergonomii. W tym zakresie zrealizowano aż 51 projektów.

LOGIKA INTERWENCJI RPOWZ 2014-2020 W OBSZARZE WSPARCIA DLA REGIONALNYCH PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH I INNYCH PROGRAMÓW PROFILAKTYKI ZDROWOTNEJ

Niniejszy rozdział stanowi komponent konceptualny zastosowanego w ewaluacji podejścia opartego na teorii (ang. Theory-Based Evaluation) – odtwarza teorię Programu, tj. **logikę leżącą u podstaw interwencji zdrowotnych realizowanych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego**, zgodnie z którą interwencje te mają osiągać założone rezultaty oraz prowadzić do pozytywnych zmian w regionie.

Logika interwencji opiera się na założeniu, że przy zaangażowaniu określonych zasobów (finansowych, kadrowych, rzeczowych) do realizacji zaplanowanych działań osiągnięte zostaną precyzyjnie określone efekty, które przyczynią się do rozwiązania zdiagnozowanych na etapie planowania problemów. Można to zobrazować za pomocą schematów zawartych poniżej. **Wskazane w nich problemy, potrzeby oraz założenia interwencji zostały określone na etapie programowania Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020.**

W poniższych dwóch tabelach odtworzono szczegółową logikę interwencji dla dwóch działań realizowanych w ramach RPO WZ 2014-2020.

Działanie 6.8:

- Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022 (1 projekt),
- Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022 (1 projekt).
- Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego (11 projektów),

- Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy (51 projektów).

Działanie 7.7:

- Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022 (4 projekty),
- Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022 (4 projekty).

Każda tabela kompleksowo przedstawia diagnozę sytuacji wyjściowej, zastosowane działania, środki realizacji oraz oczekiwane efekty i zmiany.

Tabela 7. Schemat logiki interwencji OP VI Rynek pracy w zakresie Działania 6.8

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VI w zakresie Działania 6.8
W związku z tym, że podczas planowania interwencji w ramach RPO zdiagnozowano następujące problemy i potrzeby:	• Wskaźnik zatrudnienia osób w wieku 20-64 lat w województwie zachodniopomorskim wynosił w 2013 r. 61,6% i był znacznie niższy od wartości krajowej, wynoszącej 64,9%; • W województwie obserwuje się wzrost zachorowalności na choroby układu krążenia i nowotwory; • Najczęstszymi przyczynami niezdolności do pracy są: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, urazy kości, stawów i tkanek miękkich oraz choroby układu nerwowego; • Ponadto obserwowano inne problemy zdrowotne regionu, wynikające z badań w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych.
...i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:	Wszystkie realizowane przedsięwzięcia muszą odbywać się z poszanowaniem praw pacjentów, zgodnie z obowiązującym prawem krajowym i UE.
...to, jeżeli podejmiemy następujące działania:	Działanie 6.8 Wdrożenie kompleksowych programów zdrowotnych oraz przedsięwzięć zapobiegających istotnym problemom zdrowotnym regionu oraz dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, ułatwiających powroty do pracy, umożliwiające wydłużenie aktywności zawodowej oraz zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne. Cel szczegółowy: Wdrożenie programów zdrowotnych dla osób w wieku aktywności zawodowej.

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VI w zakresie Działania 6.8
	<i>Działanie obejmuje typy projektów, które stanowią przedmiot zainteresowania niniejszego raportu:</i> 1) Wdrożenie kompleksowych programów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu: • realizacja usług zdrowotnych niezbędnych do realizacji celów Regionalnego Programu Zdrowotnego, • zapewnienie dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca wykonania badania i z powrotem, • zapewnienie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, • działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki Regionalnego Programu Zdrowotnego, w tym edukacja prozdrowotna, skierowana do osób objętych wsparciem, • działania informacyjno-szkoleniowe, związane z wdrażaniem RPZ, skierowane do lekarzy i pielęgniarek POZ, • monitoring jakości i celowości podejmowanych działań, ewaluacja programu zdrowotnego, • zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji zadań wynikających z realizowanego Regionalnego Programu Zdrowotnego, • prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego. 2) Wdrożenie programów rehabilitacji medycznej ułatwiających powroty do pracy na podstawie właściwego Regionalnego Programu Zdrowotnego, w tym: • realizacja usług zdrowotnych niezbędnych do realizacji celów Regionalnego Programu Zdrowotnego, • realizacja turnusów rehabilitacyjnych, • prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego, • działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki RPZ, w tym edukacja prozdrowotna, skierowana do osób objętych wsparciem oraz osób z ich otoczenia, • działania informacyjno-szkoleniowe związane z wdrażaniem RPZ, skierowane w szczególności do podmiotów świadczących usługi rehabilitacyjne, kadr POZ oraz lekarzy orzeczników ZUS, • monitoring jakości i celowości podejmowanych działań, ewaluacja programu zdrowotnego,

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VI w zakresie Działania 6.8
	• zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji zadań wynikających z realizowanego Regionalnego Programu Zdrowotnego. 3) Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego. • realizacja usług zdrowotnych, • działania informacyjno-edukacyjne oraz dotyczące edukacji prozdrowotnej o charakterze lokalnym polegające na zachęcaniu do badań profilaktycznych, • działania edukacyjne z zakresu profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego kierowane do kadr POZ (tj. lekarzy POZ oraz osób współpracujących z placówką POZ lub osób pracujących na rzecz placówki POZ) lub kadr placówki medycyny pracy, • zapewnienie dojazdu z miejsca zamieszkania do miejsca wykonania badania i z powrotem, • zapewnienie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, którą opiekuje się osoba objęta wsparciem w ramach projektu, w czasie korzystania ze wsparcia, • zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji zadań wynikających z realizowanego programu (m.in. mammobus, cytobus, kolonoskop). 4) Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy.
...przy następującym wkładzie zasobów:	• Środki finansowe: 11 005 687 EUR dla całego działania; • Kadry, wiedza i zasoby beneficjentów: Jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne, podmioty lecznicze wykonujące działalność leczniczą, organizacje pozarządowe, których działalność statutowa dotyczy promocji i ochrony zdrowia, podmioty ekonomii społecznej, których założenia statutowe przewidują działania w zakresie leczenia lub promocji zdrowia, pracodawcy z wyłączeniem dużych przedsiębiorstw, Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie.
...i następujących preferencjach,	Preferencje uzyskują:

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VI w zakresie Działania 6.8
limitach i ograniczeniach (poza wskazanymi wprost w „Wytocznych...”):	• działania mające na celu utrzymanie aktywności zawodowej lub powrót do pracy po przerwie związanej z problemami zdrowotnymi; • projekty, w których realizatorem usług społecznych będą podmioty ekonomii społecznej (np. poprzez zastosowanie klauzul społecznych).
...to osiągniemy następujące efekty:	Produkty: • 37 800 osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS; • 50 000 osób objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19; • 3 390 443 EUR wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID 19; • 5 podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. Rezultaty: • 60% osób po opuszczeniu programu podjęło pracę lub kontynuowało zatrudnienie; • 60% osób dzięki interwencji EFS zgłosiło się na badanie profilaktyczne.
...w wyniku których nastąpi następująca zmiana:	• Wydłużenie czasu aktywności zawodowej osób w wieku produkcyjnym; • Ograniczenie wyłączenia osób z rynku pracy z powodów zdrowotnych; • Ułatwienie powrotu do pracy po przerwie zdrowotnej – poprzez rehabilitację leczniczą; • Zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne, m.in. w kierunku nowotworów jelita grubego, piersi i szyjki macicy; • Zmniejszenie skutków problemów zdrowotnych, które najczęściej powodują niezdolność do pracy (choroby układu krążenia, nowotwory, zaburzenia psychiczne, choroby kostno-stawowe, urazy) – w tym wydłużenie aktywności zawodowej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020* oraz *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020*.

Tabela 8. Schemat logiki interwencji OP VII Włączenie społeczne w zakresie Działania 7.7

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VII w zakresie Działania 7.7
W związku z tym, że podczas planowania interwencji w ramach RPO zdiagnozowano następujące problemy i potrzeby:	• Niepełnosprawność dotyczy zarówno osób starszych, jak i dzieci oraz niemowląt, u których dominującą przyczyną są wady rozwojowe (wrodzone i nabyte); • Opóźnienie w wykrywaniu wad rozwojowych u dzieci znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia trwałej niepełnosprawności; • Według danych GUS, ponad połowa zgonów niemowląt w Polsce wynika z chorób i stanów okresu okołoporodowego, a wrodzone wady rozwojowe stanowią jedną trzecią przyczyn śmierci niemowląt; • Wady nabyte, takie jak zaburzenia słuchu i wzroku, są równie istotnym zagrożeniem – w Polsce aż co piąte dziecko wymaga stałej lub okresowej specjalistycznej opieki audiologicznej, logopedycznej lub psychologicznej, natomiast co trzecie dziecko doświadcza problemów ze wzrokiem; • Zaburzenia słuchu prowadzą często do trudności w komunikacji, adaptacji szkolnej, mówieniu, czytaniu i pisaniu, co ogranicza zdolności edukacyjne dzieci; • Rodziny wychowujące dziecko z poważnymi wadami rozwojowymi lub zespołami wad rozwojowych zmagają się z poważnymi problemami społecznymi i ekonomicznymi, a niepełnosprawność dziecka znacząco ogranicza aktywność zawodową opiekunów; • W województwie zachodniopomorskim liczba osób wymagających wsparcia (dzieci z niepełnosprawnościami lub zagrożonych niepełnosprawnością, osoby starsze, osoby chorujące psychicznie, opuszczające zakłady penitencjarne, dzieci objęte pieczą zastępczą) jest znacząca – istnieje potrzeba zapewnienia im dostępu do kompleksowej, wielokierunkowej opieki medycznej oraz wysokiej jakości usług społecznych; • Szczególnie utrudniony dostęp do usług społecznych dotyczy mieszkańców obszarów wiejskich, peryferyjnych, w tym enklaw popegeerowskich, co sprzyja dziedziczeniu biedy i wykluczeniu społecznemu.
...i dodatkowo występuje następujący kontekst/założenia:	• Istnieje konieczność wdrażania działań profilaktycznych (wczesna diagnostyka i interwencja), które obejmują m.in. zaburzenia psychiczne, ruchowe oraz problemy komunikacyjne u dzieci i niemowląt; • W województwie zachodniopomorskim istotnym ograniczeniem skutecznej profilaktyki zdrowotnej i

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VII w zakresie Działania 7.7
	rehabilitacji dzieci są: zbyt mała populacja mieszkańców objętych badaniami profilaktycznymi, nierówności w dostępności usług zdrowotnych oraz nierównomierne rozmieszczenie placówek ambulatoryjnych; • Niezbędne jest podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępności usług społecznych i zdrowotnych, które zapobiegają trwałej marginalizacji społecznej rodzin znajdujących się w trudnej sytuacji życiowej – brak tych usług skutkuje trwałym pogorszeniem możliwości uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym, co prowadzi do zwiększenia ryzyka ubóstwa i dziedziczenia problemów społecznych przez kolejne pokolenia; • Ważnym elementem planowanych działań powinno być dążenie do zapewnienia trwałych, dostępnych cenowo i wysokiej jakości usług społecznych świadczonych w interesie publicznym, również na terenach oddalonych od dużych miast.
...to, jeżeli podejmiemy następujące działania:	Działanie 7.7 Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością. Cel szczegółowy: Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w szczególności dla osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym. Działanie obejmuje typy projektów: 1) Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością oraz programów profilaktycznych, w tym dotyczących: a) zaburzeń komunikowania się, tj.: • wdrożenie systemu badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy wykonywanych w pierwszej klasie szkoły podstawowej (system zarządzania programem, koordynacja działań podmiotów zaangażowanych, podział zadań i kompetencji), • wdrożenie systemu szkoleń pielęgniarek lub higienistek szkolnych w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy POZ, • zaangażowanie podmiotów POZ w opiekę nad dziećmi ze stwierdzonymi wadami lub zagrożonych ich wystąpieniem,

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VII w zakresie Działania 7.7
	• tworzenie i prowadzenie bazy danych wyników badań przesiewowych słuchu, wzroku i mowy, która posłuży m.in. do monitorowania rzeczywistej skali problemu zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci oraz do prowadzenia analiz i przygotowywania wytycznych mających na celu podnoszenie jakości i efektywności ekonomicznej proponowanych świadczeń, • podnoszenie świadomości społecznej w zakresie wiedzy na temat zaburzeń słuchu, wzroku i mowy u dzieci, następstw niezdiagnozowanych i nieleczonych dysfunkcji, możliwości terapii oraz kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych w tym obszarze, • realizacja świadczeń zdrowotnych, w tym działań terapeutycznych, rehabilitacji, zajęć korekcyjnych itp., • zapewnienie dojazdu niezbędnego do realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby oraz jej opiekuna z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania usługi zdrowotnej i z powrotem, • zapewnienie opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w czasie korzystania ze wsparcia przez uczestnika projektu, • monitoring jakości i celowości podejmowanych działań, ewaluacja programu zdrowotnego, • zakup aparatury i sprzętu medycznego oraz wykonanie innych inwestycji koniecznych do realizacji zadań wynikających z realizowanego Regionalnego Programu Zdrowotnego, • prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego b) zaburzeń psychicznych: • zwiększenie dostępności do wczesnej diagnozy umożliwiającej wdrożenie terapii i rehabilitacji oraz zapewnienie odpowiedniej terapii aż do dorosłości, • zwiększona liczba bezpłatnych godzin wysokospecjalistycznej terapii dla dzieci, • rozszerzenie oferty terapeutycznej dla dzieci z całościowymi zaburzeniami rozwoju, • szkolenia dla lekarzy POZ w zakresie wczesnego wykrywania wad rozwojowych dzieci, • zaangażowanie podmiotów POZ w opiekę nad dziećmi ze stwierdzonymi wadami lub zagrożonych ich wystąpieniem,

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VII w zakresie Działania 7.7
	• zapewnienie rodzicom edukacji i praktycznych umiejętności potrzebnych w postępowaniu z dziećmi dotkniętymi zaburzeniami psychicznymi. c) wad postawy poprzez realizację wsparcia m.in. w zakresie: • profilaktyki i korekcji wad postawy, • szkoleń dla personelu medycznego, • działań informacyjno-edukacyjnych dla uczniów i rodziców/opiekunów, • prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego, • zapewnienie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby oraz jej opiekuna z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania usługi zdrowotnej i z powrotem, • zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w czasie korzystania ze wsparcia przez uczestnika projektu, • zakup sprzętu medycznego oraz rehabilitacyjnego koniecznych do realizacji zadań wynikających z realizowanego Regionalnego Programu Zdrowotnego. d) wdrożenie programów rehabilitacji leczniczej dla dzieci zagrożonych niepełnosprawnością i niepełnosprawnych, a także programów przyczyniających się do wczesnego wykrywania i leczenia wad rozwojowych innych, niż wymienione powyżej, w szczególności dotyczących układu krążenia u noworodków, niemowląt i małych dzieci; e) profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) m.in. w zakresie: • prowadzenia działań informacyjno-promocyjnych mających na celu wdrożenie Regionalnego Programu Zdrowotnego, • konsultacji lekarskich dla dzieci i ich rodziców/opiekunów oraz przeprowadzenia szczepień dzieci, • działań informacyjno-edukacyjnych dla dzieci oraz ich rodziców/opiekunów, • monitorowanie i ewaluacja programu, • zapewnienia dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla danej osoby oraz jej opiekuna z miejsca zamieszkania do miejsca wykonywania • usługi zdrowotnej i z powrotem,

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VII w zakresie Działania 7.7
	• zapewnienia opieki nad osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w czasie korzystania ze wsparcia przez uczestnika projektu. ...a także, niestanowiąca przedmiotu badania: 2) Realizacja przedsięwzięć związanych z walką i skutkami COVID-19 na terenie województwa zachodniopomorskiego w zakresie wsparcia.
...przy następującym wkładzie zasobów:	• Środki finansowe: 20 509 305 EUR dla całego działania; • Kadry, wiedza i zasoby beneficjentów: jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne, organizacje pozarządowe i podmioty ekonomii społecznej prowadzące działalność statutową lub gospodarczą w obszarze usług użyteczności publicznej, podmioty lecznicze wymienione w ustawie o działalności leczniczej, podmioty wymienione w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i wolontariacie, statutowo świadczące usługi na rzecz osób zagrożonych ubóstwem i/lub wykluczeniem społecznym.
...i następujących preferencjach, limitach i ograniczeniach (poza wskazanymi wprost w „Wytocznych...”):	Preferencje uzyskują projekty: • Kompleksowe, zapewniające komplementarność usług poprzez integrację różnych służb publicznych oraz innych podmiotów działających na rzecz włączenia społecznego oraz przeciwdziałania ubóstwu; • Realizowane przy współudziale podmiotów ekonomii społecznej, w szczególności poprzez stosowanie klauzul społecznych.
...to osiągniemy następujące efekty:	Produkty: • 16 667 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie; • 14 040 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami społecznymi świadczonymi w interesie ogólnym w programie; • 2 627 osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie; • 20 177 078 EUR wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19; • Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19;

Punkty logiki interwencji	Odtworzona logika OP VII w zakresie Działania 7.7
	557 podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19. Rezultaty – 30 wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych istniejących po zakończeniu projektu.
...w wyniku których nastąpi następująca zmiana polegająca na:	Ograniczeniu nierówności w dostępie do usług zdrowotnych, co bezpośrednio przyczyni się do zmniejszenia ryzyka wykluczenia społecznego oraz poprawy jakości życia mieszkańców regionu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Szczegółowego Opisu Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020* oraz *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020*.

ANALIZA KONTEKSTOWA DZIAŁAŃ PODDANYCH EWALUACJI

Poniżej przedstawiono zestawienia kluczowych działań zrealizowanych w obu formułach – RPZ oraz projektów spoza RPZ – w podziale na grupy docelowe i zakres udzielonego wsparcia. Zestawienia te pozwalają uchwycić kontekst realizowanych interwencji zdrowotnych i stanowią punkt wyjścia do dalszej analizy.

Poniższa tabela przedstawia syntetyczne zestawienie działań zaplanowanych w czterech Regionalnych Programach Zdrowotnych wdrażanych w województwie zachodniopomorskim w latach 2020-2022. Zestawienie uwzględnia zarówno grupy docelowe, do których skierowano interwencje, jak i zakres udzielonego wsparcia w poszczególnych programach. Obejmuje ono działania w ramach wszystkich RPZ tj. **w obszarze prewencji chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych, rehabilitacji leczniczej osób z chorobami nowotworowymi, profilaktyki wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych oraz szczepień przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).**

Tabela 9. Kontekst założeń ewaluowanych RPZ

Grupa osób objęta działaniami w ramach RPZ	Działania diagnostyczno-terapeutyczne/informacyjno-edukacyjne oraz informacyjno-szkoleniowe planowane w ramach RPZ
Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	

Grupa osób objęta działaniami w ramach RPZ	Działania diagnostyczno-terapeutyczne/ informacyjno-edukacyjne oraz informacyjno-szkoleniowe planowane w ramach RPZ
Pacjenci: Mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej z rozpoznaniem nowotworu złośliwego, którzy: • są leczeni lub planowani do leczenia chemioterapią i/lub radioterapią o działaniu kardiotoksycznym, • należą do grupy wysokiego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych.	• Konsultacje lekarskie i badania, w tym pomiar ciśnienia krwi, EKG, echokardia, biomarkery sercowe, • Wizyty kardiologiczne co najmniej co 6 miesięcy, • Comiesięczne informacje o wyniku konsylium i dalszych zaleceniach, • Edukacja indywidualna podczas pierwszej i ostatniej wizyty, w tym otrzymanie broszury dot. profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych.
Pracownicy medyczni 150 lekarzy specjalistów z zakresu: • Kardiologii, • Onkologii, • Hematologii, • Chorób wewnętrznych, • Chirurgii.	• Konferencje, • Szkolenia.
Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	
Pacjenci: Mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej, będący pacjentami onkologicznymi: • w trakcie leczenia lub po zakończeniu radykalnego leczenia onkologicznego, • szczególnie narażeni na utratę zdolności do pracy z przyczyn zdrowotnych, ale rokujący powrót na rynek pracy dzięki świadczeniom rehabilitacyjnym.	• Konsultacje lekarskie i badania, • Rehabilitacja, • Konsultacje psychoonkologiczne, • Grupowe warsztaty umiejętności psychologicznych, • Edukacja na temat aktywności ruchowej, • Konsultacje dietetyczne, • Finansowanie dojazdu do miejsca realizacji świadczeń rehabilitacyjnych.
Pracownicy medyczni: Co najmniej 50 pracowników medycznych, realizujących świadczenia na rzecz pacjentów onkologicznych, m.in.: • lekarze POZ, rehabilitanci, fizjoterapeuci, psychologowie,	• Szkolenia

Grupa osób objęta działaniami w ramach RPZ	Działania diagnostyczno-terapeutyczne/ informacyjno-edukacyjne oraz informacyjno-szkoleniowe planowane w ramach RPZ
osoby bezpośrednio zaangażowane w realizację Programu w latach 2020-2022.	
Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022	
Pacjenci: Uczniowie klas V szkół podstawowych z terenu województwa zachodniopomorskiego (11-12 lat).	- Wstępne badanie diagnozujące (analiza dokumentacji medycznej, wywiad, badanie lekarskie), - Badanie dodatkowe, np. RTG kręgosłupa, - Zajęcia edukacyjne dla dzieci – grupowe, - Zajęcia edukacyjne dla dzieci – indywidualne instruktaże i porady fizjoterapeutyczne podczas zajęć kinezyterapii, - Zajęcia edukacyjne dla rodziców i opiekunów dzieci, 10 sesji fizjoterapeutycznych w grupach lub indywidualnie, - Badanie lekarskie na zakończenie zajęć korekcyjnych.
Pracownicy medyczni: - lekarze POZ, - pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, - higienistki szkolne.	Szkolenia.
Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022	
Pacjenci: Dziewczęta zamieszkujące województwo zachodniopomorskie, które rocznikowo osiągnęły wiek 12 lat w latach 2021-2022 (urodzone w latach 2009 i 2010).	- Wstępna konsultacja lekarska, - Edukacja dot. profilaktyki HPV i związanych z nim zagrożeń – dokonywana przez pielęgniarkę/pielęgniara, - Dwie dawki szczepionki w odpowiednim odstępie czasowym, - Przypomnienie SMS-owe lub mailowe o drugim terminie szczepienia, - Otrzymanie zaświadczenia o wykonaniu szczepienia,

Grupa osób objęta działaniami w ramach RPZ	Działania diagnostyczno-terapeutyczne/ informacyjno-edukacyjne oraz informacyjno-szkoleniowe planowane w ramach RPZ
	(Jeśli wystąpiły skutki uboczne) - Zapewnienie dalszego leczenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie RPZ.

Druga tabela zawiera podsumowanie projektów zdrowotnych realizowanych w województwie zachodniopomorskim w latach 2020-2022 poza formułą Regionalnych Programów Zdrowotnych. **Uwzględniono zarówno świadczenia dla pacjentów i pracowników, jak i działania wspierające personel medyczny oraz inwestycje w infrastrukturę.**

Tabela 10. Kontekst założeń ewaluowanych projektów spoza RPZ

Grupa osób objęta działaniami projektów spoza RPZ	Działania planowane w ramach projektów spoza RPZ
Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego	
Pacjenci	- Konsultacje lekarskie, - Bezpłatne badania profilaktyczne – kolonoskopia, - Bezpłatne badania profilaktyczne – cytologia, - Bezpłatne badania profilaktyczne – mammografia, - Znieczulenie podczas badań kolonoskopowych, - Badania przesiewowe dla osób w grupach ryzyka, - Zwrot kosztów dojazdu na badanie, - Zapewnienie opieki nad osobą zależną, - Warsztaty i spotkania edukacyjne dla pacjentów, - Indywidualne konsultacje dot. wyników badania, - Wsparcie psychologiczne.
Pracownicy medyczni	- Szkolenia obejmujące tematykę profilaktyki nowotworowej i wczesnego wykrywania nowotworów, - Szkolenia dot. roli lekarza i pracowników medycznych w edukacji pacjentów i kierowaniu na badania profilaktyczne, - Szkolenia z zakresu motywowania pacjentów do badań, - Spotkania edukacyjne, - Dostęp do materiałów edukacyjnych, - Zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego w placówce.
Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy	

Grupa osób objęta działaniami projektów spoza RPZ	Działania planowane w ramach projektów spoza RPZ
Pacjenci/ pracownicy	• Modernizacja i wyposażenie stanowisk pracy (np. zakup ergonomicznych mebli, oświetlenia, sprzętu biurowego i przemysłowego), • Szkolenia i warsztaty (dotyczące ergonomii pracy oraz zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu), • Świadczenia medyczne (np. badania profilaktyczne, konsultacje ze specjalistami, fizjoterapia), • Wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego (np. warsztaty antystresowe, konsultacje psychologiczne), • Aktywność fizyczna (np. karnety na siłownię, basen, zajęcia jogi), • Działania integracyjne (np. pikniki edukacyjno-zdrowotne).

Źródło: opracowanie własne na podstawie RPZ.

OCENA PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH REALIZOWANYCH W RAMACH RPO WZ 2014-2020

EFEKTY WDROŻENIA PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH W WOJEWÓDZTWIE ZACHODNIOPOMORSKIM

Ocena programów zdrowotnych realizowanych w ramach RPO WZ 2014–2020 umożliwia określenie, na ile zaplanowane interwencje przyczyniły się do poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu oraz wsparły rozwój systemu ochrony zdrowia w województwie. Analiza ta uwzględnia zarówno osiągnięte rezultaty, jak i sposób realizacji działań w kontekście celów i priorytetów regionalnej polityki zdrowotnej.

RPZ PREWENCJA CHOROÓB SERCOWO-NACZYNIOWYCH U PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH NA LATA 2020-2022 (6.8)

ZAKRES INTERWENCJI

Projekt pn. „Program prewencji chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2021-2022” współfinansowany był ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020. Projekt stanowił element Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego pn. „Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022” i **był realizowany w odpowiedzi na zidentyfikowaną potrzebę ograniczenia ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych w populacji pacjentów onkologicznych**. Był ukierunkowany na zwiększenie skuteczności profilaktyki i wczesnej diagnostyki kardiologicznej wśród pacjentów onkologicznych, szczególnie narażonych na powikłania sercowo-naczyniowe w związku z leczeniem chemio- i radioterapią. Głównym celem projektu było **zmniejszenie ryzyka wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych** poprzez wdrożenie zintegrowanych działań diagnostyczno-terapeutycznych, edukacyjnych oraz informacyjno-szkoleniowych. Dodatkowym celem było **podniesienie jakości życia uczestników projektu oraz zwiększenie ich szans na powrót do aktywności zawodowej**. Istotnym elementem projektu był również rozwój kompetencji kadry medycznej w zakresie kardioonkologii – nowej, interdyscyplinarnej dziedziny medycyny łączącej onkologię i kardiologię.

Projekt dotyczył prewencji chorób sercowo-naczyniowych u określonej grupy pacjentów, a mianowicie u pacjentów onkologicznych. Założenia były takie, że w związku z powikłaniami, częstymi powikłaniami sercowo-naczyniowymi związanymi z przebiegiem choroby onkologicznej i leczeniem, w tym zwłaszcza chemioradioterapią, wsparcie pacjentów kardiologicznych jest niezbędne, a w obecnym

systemie finansowania ze środków publicznych, niestety poradnie kardiologiczne – czas oczekiwania do poradni kardiologicznych jest wydłużony. W związku z powyższym wychodzącym z tym założeniem i tym potrzebom opracowano program prewencji chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów. (beneficjent, RPZ choroby sercowo-naczyniowe)

Grupę docelową projektu stanowili **mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej**, tj. osoby mające ukończone 18 lat, które były aktywne zawodowo lub deklarowały gotowość do podjęcia zatrudnienia. W przypadku górnej granicy wieku nie stosowano sztywnego limitu – decydujące było rzeczywiste lub deklarowane zaangażowanie w rynek pracy. Kwalifikacja do projektu odbywała się indywidualnie, z uwzględnieniem kryterium aktywności zawodowej lub chęci powrotu do pracy. W ramach programu zakładano dotarcie przede wszystkim do osób rokujących podjęcie zatrudnienia oraz znajdujących się najbliżej powrotu do pracy dzięki interwencjom przewidzianym w projekcie. Do udziału kwalifikowano pacjentów:

- z rozpoznaniem nowotworu złośliwego,
- leczonych lub planowanych do leczenia chemio- i/lub radioterapią o działaniu kardi toksycznym,
- będących w grupie podwyższonego ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych,
- a także – po wprowadzeniu zmian w maju 2023 r. – pacjentów po zakończonym leczeniu onkologicznym (chemioterapia i/lub radioterapia).

W trakcie realizacji projektu grupa docelowa została także rozszerzona o **lekarzy przed i w trakcie specjalizacji**, którzy zostali objęci działaniami informacyjno-szkoleniowymi.

Ostatecznie z interwencji skorzystało 646 pacjentów onkologicznych, w tym 68,5% kobiet. Średni wiek uczestników wyniósł 54 lata, a osoby powyżej 50. roku życia stanowiły 63% ogółu pacjentów. Blisko połowa uczestników była zameldowana na terenie miasta Szczecin – powiatu, na którego obszarze projekt był realizowany. Dominowali pacjenci z wykształceniem wyższym (47%) oraz ponadgimnazjalnym (36%). Wśród pacjentów korzystających z usług zdrowotnych w ramach projektu dominowały osoby z wykształceniem wyższym – stanowiły one **47% wszystkich uczestników**. Drugą co do liczebności grupę tworzyli pacjenci z wykształceniem ponadgimnazjalnym (**36%**). Udział osób z wykształceniem podstawowym wyniósł 5%, zaś z gimnazjalnym – jedynie 0,5%. Dane te sugerują, że projekt **przyciągnął w szczególności osoby o wyższym poziomie wykształcenia, co może być związane z większą świadomością zdrowotną oraz większą skłonnością do uczestnictwa w działaniach profilaktycznych.**

Pod względem miejsca zamieszkania **najliczniejszą grupę stanowili mieszkańcy Szczecina** – aż **50%** wszystkich pacjentów. Kolejne największe grupy rekrutowały się z powiatów ościennych: polickiego (12%), stargardzkiego (6%), gryfińskiego (5%) i goleniowskiego (3%). Z powiatów bardziej oddalonych zgłaszało się mniej uczestników –

najmniejszy udział odnotowano w przypadku powiatów stawieńskiego i wateckiego (po 0,15%). Terytorialna koncentracja uczestników wokół miejsca realizacji projektu (Szczecin) wskazuje na znaczenie dostępności przestrzennej w uczestnictwie w interwencjach zdrowotnych.

Należy zaznaczyć, że zainteresowanie programem było wysokie – **do udziału zgłosiło się łącznie 2 033 pacjentów**. Po analizie dokumentacji medycznej oraz ocenie ryzyka kardiologicznego i sytuacji zawodowej do projektu zakwalifikowano 646 osób, które spełniły kryteria udziału. Wśród nich **397 pacjentów miało zdiagnozowaną chorobę sercowo-naczyniową**. Najczęściej występujące rozpoznania obejmowały: **nadciśnienie tętnicze (201 przypadków), niewydolność serca (40 przypadków), przewlekłą chorobę niedokrwinną serca (36 przypadków)**, a także różne postacie zaburzeń rytmu serca – **migotanie przedsionków, częstoskurcze i inne arytmie** – w łącznej liczbie ponad 70 przypadków. Pacjenci byli kwalifikowani do programu na różnych etapach leczenia onkologicznego:

- 29% osób zostało włączonych do programu przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego,
- 63% w trakcie jego trwania,
- 8% już po zakończonym leczeniu.

Spośród wszystkich zgłoszonych pacjentów, 1 387 osób nie zostało zakwalifikowanych. Poniżej wskazano główne przyczyny.

Rysunek 2. Główne przyczyny niezakwalifikowania pacjentów do programu

Główne przyczyny WYKLUCZENIA obejmowały:

- 1 Brak spełnienia kryterium podwyższonego ryzyka sercowo-naczyniowego
- 2 Brak aktywności zawodowej lub gotowości do jej podjęcia
- 3 Posiadanie orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy
- 4 Brak samodzielności w funkcjonowaniu

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych.

W trakcie realizacji projektu łącznie 171 pacjentów (26% spośród zakwalifikowanych) przerwało udział. W zdecydowanej większości przypadków powodem były **przyczyny zdrowotne** – z programu wycofało się 165 osób, w tym:

- 98 z powodu pogorszenia stanu psychicznego lub fizycznego,
- 19 z uwagi na zakończenie leczenia onkologicznego,

- 1 osoba z powodu otrzymania orzeczenia o niepełnosprawności,
- 47 osób zmarło.

Jedynie 6 pacjentów zrezygnowało z udziału z własnej woli – przyczyną była zmiana miejsca zamieszkania (4 osoby), powrót do pracy (1 osoba) lub planowana ciąża (1 osoba).

Ponadto należy zauważyć, że **liczba pacjentów rejestrujących się do programu systematycznie rosła w kolejnych latach realizacji**. W 2021 roku przystąpiło do programu 34 pacjentów, w 2022 – 243 osoby, natomiast w 2023 – aż 369. Największy przyrost miał miejsce w I kwartale 2023 roku, gdy udział w programie rozpoczęło 142 nowych uczestników (22% wszystkich pacjentów). **Spadek liczby rejestracji w grudniu 2023 roku był związany z koniecznością zamknięcia działań projektowych i rozliczenia usług.**

W ramach projektu zrealizowano kompleksowy pakiet działań skierowanych do pacjentów onkologicznych, obejmujący zarówno **komponent edukacyjny**, jak i **kompleksową opiekę diagnostyczno-terapeutyczną w zakresie kardiologii**.

Działania informacyjno-edukacyjne

Działania edukacyjne miały na celu **podniesienie świadomości pacjentów w zakresie czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych**, ich możliwej prewencji oraz rozpoznawania objawów niewydolności serca. Zrealizowano je w trzech formach:

- **indywidualne porady edukacyjne** z lekarzem lub pielęgniarką – udzielane dwukrotnie, podczas pierwszej i ostatniej wizyty lekarskiej,
- materiały edukacyjne (m.in. broszury),
- **ogólnodostępna strona internetowa** zawierająca treści informacyjno-edukacyjne.

Działania diagnostyczno-terapeutyczne

W ramach programu zaplanowano **objęcie opieką 1200 pacjentów**. Ostatecznie do projektu zakwalifikowano **646 pacjentów** spełniających kryteria kwalifikacyjne, tj. osoby leczone onkologicznie z wysokim ryzykiem powikłań sercowo-naczyniowych. Każdy pacjent został objęty indywidualnym schematem postępowania, wybranym przez zespół kardiatoonkologiczny. Program obejmował cztery ścieżki postępowania różniące się liczbą wizyt i rodzajem badań – w tym wariant dla pacjentów po zakończonym leczeniu (ścieżka 4, wprowadzona w toku realizacji).

Zakres działań obejmował m.in.:

- **konsultacje kardiologiczne** (jednorazowe lub cykliczne, nawet do 5 wizyt),
- **badania diagnostyczne**: EKG, echo serca, testy TNT, NT-proBNP, badania obrazowe (rezonans serca, echo przezprętykowe, Holter EKG i RR, USG opłucnych, scyntygrafie, próby wysiłkowe, Angio KT),

- **monitorowanie efektów terapii** i dokumentowanie zmian w stanie zdrowia pacjenta.

W sumie **zrealizowano 7 970 badań**, co daje średnio **12,35 procedury diagnostyczne na jednego pacjenta**. Najczęściej wykonywanymi badaniami były: **pomiary ciśnienia tętniczego (1961), EKG (1785) oraz echo serca (1684)**.

Wyniki badania ilościowego wśród pacjentów wskazują na dominację dwóch rodzajów wsparcia, z największym odsetkiem osób, które skorzystały z konsultacji lekarskich i badań, takich jak pomiar ciśnienia krwi, EKG, echokardiografia oraz biomarkery sercowe. **Aż 84% respondentów uczestniczyło w tych badaniach**, co sugeruje, że podstawowe działania diagnostyczne miały kluczowe znaczenie w ramach projektu. Wizyta kardiologiczna, odbywająca się co najmniej co 6 miesięcy, była zapewniona dla 72% pacjentów. Istotnym wynikiem jest to, iż **aspekt edukacyjny**, który był jednym z kluczowych punktów realizacji wsparcia, **został zapewniony zaledwie 28% badanych**. Może to sugerować, że zastosowana forma edukacji mogła nie być wystarczająco intensywna lub przeoczona przez realizatorów działania (tym bardziej względem wyniku świadczącego o wysokiej skuteczności wśród tych osób, które zostały doinformowane). **Warto również dodać, że żaden pacjent nie wskazał braku wpływu otrzymanego wsparcia na poprawę jego stanu zdrowia i jakości życia.**

Tabela 11. Otrzymane rodzaje wsparcia¹² wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
Konsultacje lekarskie i badania, w tym pomiar ciśnienia krwi, EKG, echokardia, biomarkery sercowe	84%	0%	14%	86%
Wizyty kardiologiczne co najmniej co 6 miesięcy	72%	0%	6%	9%
Edukacja indywidualna podczas pierwszej i ostatniej wizyty, np. otrzymanie broszury dot.	28%	0%	0%	100%

¹² Zakładane rodzaje wsparcia zostały na rzecz niniejszego badania wyszczególnione w oparciu o zapisy RPZ.

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych				
Comiesięczne informacje o wyniku konsylium i dalszych zaleceniach	16%	0%	0%	100%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=25. „Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

Natomiast, według danych monitoringowych, w ramach komponentu edukacyjnego skierowanego do **personelu medycznego przeszkolono 150 lekarzy**, w tym osoby **będące przed lub w trakcie specjalizacji. Kobiety stanowiły ok. 70% tej grupy.** Średnia wieku uczestników szkoleń wyniosła **38 lat**, a wszyscy uczestnicy posiadali wykształcenie wyższe. Działania edukacyjne obejmowały zarówno **konferencje naukowe, jak i warsztaty praktyczne z zakresu diagnostyki i opieki kardiologicznej nad pacjentami onkologicznymi.** Celem działań informacyjno-szkoleniowych dla lekarzy było podniesienie kompetencji personelu medycznego w zakresie wykonywania i interpretacji badań diagnostycznych oraz wczesnej opieki i monitorowania kardiologicznego pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powikłań.

Szkolenia zrealizowano w dwóch formach:

- **Konferencje naukowe**, w których wzięło udział łącznie **93 lekarzy** (60 kobiet, 33 mężczyzn). Spotkania prowadzone były przez specjalistów kardiologii i onkologii przy współpracy z ekspertami Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego,
- **Praktyczne warsztaty szkoleniowe**, w których uczestniczyło **57 lekarzy** (44 kobiety, 13 mężczyzn), prowadzone przez specjalistów posiadających akredytację Sekcji Echokardiografii PTK oraz doświadczenie w diagnostyce obrazowej.

Wśród respondentów zaproszonych do badania **znalazło się zaledwie dwóch pracowników medycznych, którzy uczestniczyli w spotkaniu konferencyjnym.** Wskazali, iż zostały im przekazane informacje dot. **celowości wdrożenia wczesnej terapii kardiologicznej, szczególnie u pacjentów z bezobjawową niewydolnością lewej komory wykrywaną przy pomocy najnowszych technik obrazowania.** Wpływ tych treści na poprawę jakości ich pracy (a tym samym wsparcia prewencyjnego, dot. chorób sercowo-naczyniowych, udzielanego pacjentom onkologicznym w woj. zachodniopomorskim), został oceniony pozytywnie przez obie osoby. Zgodnie z zapisami Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego (tj. Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-

2022) zakres konferencji powinien obejmować także tematy dotyczące celowości wczesnej opieki oraz monitorowania kardiologicznego u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powikłań. Na tej podstawie można wnioskować, że konferencja nie objęła pełnego zakresu wymaganych treści. Należy jednakże uwzględnić, że niewielka liczba respondentów oceniających to wsparcie mogła wpłynąć na wyniki, zwłaszcza jeśli nie pamiętali oni wszystkich prezentowanych treści.

Przechodząc do tematyki szkoleniowej, udział w szkoleniu wzięło 8 na 10 badanych pracowników medycznych. Wyniki wskazują, że nie wszyscy uczestnicy zostali zapoznani z pełnym zakresem tematycznym szkoleń. Zaledwie 5 z 8 lekarzy zadeklarowało zapoznanie się z tematem doskonalenia umiejętności interpretacji wyniku badania echokardiograficznego, ale należy podkreślić, iż wszyscy ci, którzy zostali z tym zapoznani, ocenili szkolenie pozytywnie, wskazując na poprawę jakości swojej pracy. Podobnie, 4 osoby oceniły pozytywnie szkolenie z zakresu interpretacji rezonansu magnetycznego serca i innych badań diagnostycznych. Natomiast temat wczesnej opieki i monitorowania kardiologicznego pacjentów z wysokim ryzykiem powikłań onkologicznych został uznany za pokryty tylko przez 3 osoby. Sugeruje to, że nie wszyscy uczestnicy mieli dostęp do pełnej oferty szkoleń, a zakres ten mógł nie zostać odpowiednio omówiony w ramach programu, choć w przypadkach, w których ta część wsparcia została zapewniona, jej skuteczność jest oceniana na wysoką.

Tabela 12. Zakres tematyczny szkoleń wraz z oceną ich wpływu na poprawę jakości pracy kardy medycznej

Zakres tematyczny szkolenia	Medycy deklarujący zapoznanie z zakresem tematycznym	Stopień, w jakim zakres przyczynił się do poprawy jakości pracy		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
doskonalenie umiejętności praktycznej interpretacji wyniku badania echokardiograficznego	5	0	0	5
doskonalenie umiejętności praktycznej interpretacji wyniku rezonansu magnetycznego serca	4	0	0	4
doskonalenie umiejętności praktycznej interpretacji wyniku innych badań diagnostycznych	4	0	0	4

Zakres tematyczny szkolenia	Medycy deklarujący zapoznanie z zakresem tematycznym	Stopień, w jakim zakres przyczynił się do poprawy jakości pracy		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
wczesna opieka i monitorowania kardiologicznego pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powikłań onkologicznych	3	0	0	3
żadne z powyższych	1	Nd.	Nd.	Nd.

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=8.

„Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

EFEKTY I TRWAŁOŚĆ INTERWENCJI

Aby odpowiednio zrozumieć kontekst przeprowadzanych analiz, należy zapoznać się także ze stopniem realizacji mierników efektywności oraz wskaźników. Jednym ze szczegółowych celów, które przyświecały realizacji, było zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych wynikających z kardiotoxyczności leczenia onkologicznego poprzez zastosowanie wczesnej diagnostyki, profilaktyki i terapii kardiologicznej u uczestników.

Tabela 13. Stopień realizacji mierników efektywności

Miernik	Stopień osiągnięcia
Średni czas oczekiwania pacjenta na pierwszą wizytę kardiologiczną od dnia zakwalifikowania do Programu	13 dni ¹³
Odsetek osób, które ukończyły pełny cykl diagnostyczno-terapeutyczny	30% (193 os.)
Odsetek osób, u których zachowano ciągłość leczenia onkologicznego podczas przeprowadzonego cyklu działań diagnostyczno-terapeutycznych (ocena na podstawie karty badań pacjenta przed i po cyklu)	87% (562 os.)
Odsetek pacjentów uczestniczących w Programie, u których zmniejszono ryzyko zachorowania na choroby sercowo-	50% (323 os.)

¹³ Średni czas oczekiwania na pierwszą wizytę kardiologiczną wynosił 13 dni, przy czym odnotowano znaczne rozbieżności – od wizyty natychmiastowej (0 dni) do maksymalnie 176 dni oczekiwania.

Miernik	Stopień osiągnięcia
naczyniowe, poprzez zastosowanie wczesnej diagnostyki i profilaktyki	
Odsetek pacjentów uczestniczących w edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy dotyczący zdrowego stylu życia i profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych (ankieta oceny wiedzy przed i po edukacji)	100%
Odsetek uczestników szkoleń/konferencji dla personelu medycznego, u których uzyskano wzrost wiedzy z zakresu praktycznego przeprowadzania i interpretacji badań diagnostycznych, wczesnej opieki i monitorowania kardiologicznego pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powikłań (kwestionariusz ankiety przed i po szkoleniu)	59%
Odsetek uczestników twierdzących, że zaspokojono ich potrzeby zdrowotne (ankieta satysfakcji)	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raportu ewaluacyjnego po zakończeniu realizacji projektu*.

Cel zakładał, że **90% pacjentów uczestniczących w programie zminimalizuje ryzyko powikłań. Osiągnięcie 50% (323 osoby) jest znacznie poniżej założonego celu. Należy jednakże podkreślić, iż według subiektywnej opinii respondentów biorących udział w badaniu CAWI/CATI, aż 84% pacjentów uznało, że wsparcie zmniejszyło ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych po leczeniu onkologicznym, a 87% wciąż odczuwa ten efekt.** Widoczne więc są różnice w tym, jak postrzegany jest ten czynnik po upływie czasu.

Cel związany z zachowaniem ciągłości leczenia przewidywał, iż efekt ten dotknie 70% pacjentów. **Osiągnięcie 87% (562 osoby) jest znacznym sukcesem, przekraczającym założony cel.** To świadczy o wysokiej efektywności działań w zakresie zapewnienia ciągłości leczenia onkologicznego, co jest kluczowe w kontekście programów zdrowotnych, szczególnie przy pacjentach onkologicznych. Co ciekawe, w badaniu ilościowym wpływ udziału we wsparciu na **osiągnięcie tego efektu wskazało 80% respondentów**, przy czym 87% nadal, w roku 2025, odczuwa skutki.

Zwiększenie poziomu wiedzy wśród **pacjentów** było kolejnym z założonych celów. Dane monitoringowe wskazują na osiągnięcie **100% skuteczności**. Z kolei dane zebrane w grupie uczestników wsparcia podkreślają nieco niższą odczuwalną skuteczność w ramach tego miernika – **88% pacjentów** wskazało, że wsparcie przyczyniło się do **zwiększenia świadomości na temat profilaktyki chorób układu krążenia, a 96% nadal odczuwa korzyści w 2025 roku** (należy podkreślić, iż są to głównie osoby, które ukończyły udział we wsparciu w 2023 roku). Zwiększenie świadomości o **objawach niewydolności serca pomogło 84% pacjentów, z trwałym efektem u 87%**. Choć tu

należy zwrócić uwagę na to, że **w subiektywnej ocenie 4% badanych, nie udało się osiągnąć takiego efektu.**

Warto jednak podkreślić, iż **pełny cykl diagnostyczno-terapeutyczny został osiągnięty tylko w przypadku niecałych 30% uczestników**, wobec czego jest obszarem, który wymaga poprawy, aby zwiększyć efektywność programu w przyszłości.

Tabela 14. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Zwiększenie świadomości w kwestii znaczenia profilaktyki chorób układu krążenia oraz możliwości zapobiegania im	0%	12%	88%	96%
Zwiększenie świadomości w kwestii potencjalnych przyczyn oraz objawów choroby niewydolnościowej serca	4%	12%	80%	87%
Zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych po leczeniu onkologicznym	0%	8%	84%	87%
Zachowanie ciągłości leczenia onkologicznego	0%	16%	80%	87%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=25. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie. Nie ujęto w tabeli odpowiedzi „ten efekt mnie nie dotyczy”.

Omawiając kwestię uzyskanych efektów, należy również wziąć pod uwagę perspektywę pracowników medycznych. Cel związany z pracownikami medycznymi przewidywał 80% wzrostu wiedzy wśród personelu medycznego, co nie zostało w pełni osiągnięte. **Wynik 59% wskazuje, że szkolenia nie przyniosły oczekiwanych rezultatów w pełnym zakresie.** Może to oznaczać na przyszłość konieczność ulepszenia szkoleń, bardziej praktycznego podejścia do wiedzy oraz lepszej współpracy z uczestnikami szkoleń.

Podczas badania ilościowego, zarówno w zakresie **zwiększenia wiedzy na temat celowości wykonywania i interpretacji badań diagnostycznych**, jak i w zakresie **wczesnej opieki i monitorowania kardiologicznego pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powikłań**, większość uczestników uznała **wsparcie za skuteczne**. W obu

przypadkach **9 osób z 10 oceniło, że udział w projekcie miał pozytywny wpływ na ich wiedzę**, a tylko 1 osoba miała trudności z oceną efektów.

Należy zaznaczyć, że identyczna liczba respondentów oceniła, iż **zdobyta wiedza w trakcie szkoleń i konferencji nadal ma zastosowanie w pracy z pacjentami onkologicznymi**. Jedyne odstępstwo stanowi respondent, który nie odnotowuje już żadnych efektów wsparcia w swojej codziennej pracy, a jednocześnie jest tą samą osobą, która wskazała, że szkolenie, w którym uczestniczyła, nie obejmowało żadnego z oczekiwanych zakresów tematycznych.

Tabela 15. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat celowości wykonywania i interpretacji badań diagnostycznych	0	1	9
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat wczesnej opieki i monitorowania kardiologicznego u pacjentów z grupy wysokiego ryzyka powikłań	0	1	9

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=10. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

W zakresie oceny skuteczności i efektywności wdrażanej interwencji istotnym krokiem jest analiza osiągniętych wartości wskaźników powiązanych z ewaluowanym wsparciem Programu, w stosunku do założonych celów. **W przypadku Działania 6.8, tj. wsparcia dla pacjentów onkologicznych wymagających leczenia kardiologicznego, informacje na temat osiągniętych poziomów wartości wskaźników pozwalają określić stopień ich realizacji jako średni, choć jest to zależne od analizowanego zakresu.** Wskaźniki związane z liczbą osób objętych programem oraz z działaniami informacyjnymi i edukacyjnymi osiągnęły niższy stopień realizacji (około 54-59%). Zgodnie z opinią beneficjenta, taki wynik wynikał z **problemów z kwalifikowaniem uczestników**, szczególnie w kontekście kryteriów zdrowotnych oraz wymagań dotyczących aktywizacji zawodowej. Ostatecznie, mniejsza populacja uczestników wpłynęła na obniżenie liczby zrealizowanych usług, zarówno w aspekcie klinicznym, jak i szkoleniowym, co w efekcie utrudniło osiągnięcie założonego celu.

Z kolei **wskaźnik dotyczący uczestnictwa personelu medycznego w szkoleniach** osiągnął 100%, co wskazuje na wysoką skuteczność i efektywność w tym obszarze.

Tabela 16. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ¹⁴)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (P) [osoby]	Kluczowe	1 350,00	796,00	59%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (R) [osoby]	Kluczowe	1 200,00	646,00	54%
Liczba osób uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	1 200,00	646,00	54%
Liczba osób z personelu medycznego uczestniczących w działaniach informacyjno-szkoleniowych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	150,00	150,00	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego.

Ponadto beneficjent ocenił **trwałość osiągniętych rezultatów** jako **wysoką**, zwracając szczególną uwagę na **standard opieki zdrowotnej** wprowadzony przez projekt.

Podkreślono, iż **aspekt zdrowotny**, który obejmował zapewnienie opieki nad pacjentem onkologicznym, ma charakter trwały, ponieważ zespół realizujący wsparcie w dalszym ciągu stara się kontynuować te działania w ramach innych form finansowania.

Wprowadzony standard opieki jest kontynuowany poza ramami projektu, co świadczy o jego **trwałym wpływie na system opieki zdrowotnej**.

RPZ REHABILITACJA LECZNICZA PACJENTÓW ONKOLOGICZNYCH NA LATA 2020-2022 (6.8)

ZAKRES INTERWENCJI

Projekt pn. „**Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2021-2022**” stanowił element Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa

¹⁴ Wskaźnik rezultatu bezpośredniego oznaczono literą „R”, wskaźniki produktu natomiast literą „P”.

Zachodniopomorskiego pn. „Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych” na lata 2020-2022 i był odpowiedzią na **rosnące zapotrzebowanie na kompleksowe wsparcie pacjentów w okresie rekonwalescencji po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym**. W obliczu wzrastającej przeżywalności wśród osób z chorobami onkologicznymi, rehabilitacja lecznicza zyskała szczególne znaczenie jako **kluczowy element poprawy jakości życia oraz szansa na reintegrację społeczną i zawodową pacjentów**.

Głównym celem projektu było **przywrócenie możliwie najwyższej sprawności psychofizycznej pacjentów onkologicznych oraz zwiększenie ich szans na kontynuację lub podjęcie aktywności zawodowej**. Projekt zakładał, że minimum 60% uczestników projektu utrzyma zatrudnienie lub je podejmie po zakończeniu udziału w interwencji. Grupę docelową stanowili **mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej – kobiety w wieku 20-59 lat oraz mężczyźni w wieku 20-64 lat – którzy byli w trakcie lub po zakończonym radykalnym leczeniu przeciwnowotworowym, nie posiadali orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy, nie przebywali na rencie ani nie korzystali równolegle z innych form rehabilitacji finansowanej ze środków publicznych**.

Zakres działań realizowanych w ramach projektu był kompleksowy, zintegrowany i dostosowany do potrzeb pacjenta. Z założenia każdy uczestnik miał zostać objęty indywidualnym planem rehabilitacji, opracowanym na podstawie badania lekarskiego oraz oceny fizjoterapeutycznej. Rehabilitacja odbywała się w formie **dwóch 10-dniowych turnusów**: pierwszy realizowany był w trybie stacjonarnym w warunkach ambulatoryjnych, natomiast drugi w formie wyjazdowej, w specjalistycznym ośrodku rehabilitacyjnym. W ramach turnusów realizowano zabiegi fizjoterapeutyczne (m.in. kinezyterapię, fizykoterapię, masaże), a także sesje edukacyjne, konsultacje z dietetykiem oraz indywidualne i grupowe spotkania z psychologiem. Elementem uzupełniającym były **zajęcia z zakresu samodzielnej aktywności ruchowej oraz wsparcie motywacyjne** pomagające pacjentom w odbudowie sił i planowaniu dalszego funkcjonowania. Dodatkowym wsparciem dla uczestników było zapewnienie **noclegów, pełnego wyżywienia, transportu oraz zwrotów kosztów dojazdu**, co znacznie zwiększyło dostępność projektu dla osób zamieszkałych poza Szczecinem oraz tych w trudniejszej sytuacji ekonomicznej. Poniżej szerzej opisano każdy z komponentów projektu.

Pierwszym elementem realizacji projektu była **szeroko zakrojona kampania informacyjno-promocyjna**, której celem było dotarcie do potencjalnych uczestników i zapewnienie skutecznej rekrutacji do działań rehabilitacyjnych oraz edukacyjnych. W ramach kampanii zrealizowano szereg działań, m.in. opracowano i przestano informacje o projekcie, kryteriach kwalifikacji i zasadach rekrutacji do podmiotów leczniczych z województwa zachodniopomorskiego, przygotowano i wydrukowano **12 750 ulotek oraz 500 plakatów**, uruchomiono dedykowaną stronę internetową projektu, prowadzono

regularną komunikację na profilach mediów społecznościowych Zachodniopomorskiego Centrum Onkologii.

Działania informacyjne skierowane były przede wszystkim do **osób w wieku produkcyjnym będących w trakcie lub po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym, ale również pośrednio do ich rodzin i bliskich, którzy poszukiwali specjalistycznego wsparcia dla chorych**. Równocześnie prowadzono działania promujące projekt wśród personelu medycznego, w szczególności **lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarek środowiskowych**, co miało na celu zachęcenie ich do wzięcia udziału w szkoleniach podnoszących kompetencje w zakresie rehabilitacji onkologicznej.

Kolejnym istotnym etapem realizacji projektu było przeprowadzenie procesu kwalifikacji pacjentów do udziału w programie oraz organizacja specjalistycznych szkoleń dla personelu medycznego. **Proces kwalifikacji pacjentów do projektu** obejmował konsultację onkologiczną, której celem było ustalenie czy typ nowotworu, stopień jego zaawansowania oraz indywidualne uwarunkowania zdrowotne pacjenta pozwalają na bezpieczne przeprowadzenie zaplanowanych działań rehabilitacyjnych. W przypadkach uzasadnionych medycznie przeprowadzano dodatkowe konsultacje specjalistyczne, m.in. neurologiczne, ortopedyczne lub chirurgii naczyniowej. Wykonywano również badania obrazowe, w tym USG Doppler, w celu wykluczenia zmian chorobowych mogących stanowić przeciwwskazania do rehabilitacji, takich jak przerzuty do kręgosłupa. Ostatecznie, zgodnie z założeniami, do programu zakwalifikowano **500 pacjentów – 470 kobiet i 30 mężczyzn** – spełniających kryteria medyczne i formalne. Kwalifikacja uwzględniała także gotowość uczestników do udziału w turnusach rehabilitacyjnych i kontynuowania aktywności zawodowej.

Zdecydowanie najliczniejszą grupą pacjentów w projekcie byli mieszkańcy Szczecina (49,7%) tj. mieszkańcy powiatu, na terenie którego projekt był realizowany. Licznie do udziału w projekcie zgłaszali się również mieszkańcy powiatów ościennych tj. polickiego (11,6%), stargardzkiego (5,88%), gryfińskiego (4,64%), goleniowskiego (3,41%). Mieszkańcy najbardziej oddalonych powiatów zgłaszali się nielicznie. Najmniej liczną grupę uczestników projektu stanowili mieszkańcy powiatu sławieńskiego (0,15%) oraz waleckiego (0,15%).

Wiodącym komponentem projektu były działania rehabilitacyjne, których celem była poprawa sprawności psychofizycznej uczestników i zapobieganie trwałym następstwom leczenia onkologicznego. Rehabilitacja ukierunkowana była na **redukcję ubytków funkcjonalnych wynikających z leczenia operacyjnego, radioterapii i chemioterapii**, a w szczególności na:

- przywracanie prawidłowej ruchomości w stawach oraz siły mięśniowej,
- poprawę ogólnej sprawności i wydolności organizmu,
- zmniejszenie lub eliminację obrzęków limfatycznych,

- zapobieganie wadom postawy oraz korekcję nieprawidłowego ustawienia ciała,
- ograniczenie ryzyka wystąpienia objawów polineuropatii.

Według założeń, **każdy pacjent uczestniczył w trzech poradach rehabilitacyjnych:** przed rozpoczęciem rehabilitacji oraz po zakończeniu pierwszego i drugiego turnusu. Lekarz rehabilitacji przeprowadzał badanie fizykalne, oceniał stan psychoruchowy i dolegliwości funkcjonalne pacjenta, w tym m.in. pomiar zakresu ruchomości, wielkości obrzęku, dolegliwości bólowych (w skali NRS), sprawności (w skali Karnofsky’ego) oraz jakości życia z wykorzystaniem standaryzowanych kwestionariuszy. Na podstawie wyników pierwszej konsultacji tworzone **indywidualny plan rehabilitacji**, uwzględniający liczbę, rodzaj i intensywność świadczeń – zgodnie z zasadą dostosowania terapii do możliwości i potrzeb pacjenta. Zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej, czas trwania rehabilitacji wynosił **20 dni zabiegowych** w dwóch 10-dniowych turnusach, podczas których pacjenci korzystali z od 4 do 10 zabiegów dziennie. Po każdym turnusie odbywała się kolejna konsultacja lekarska, służąca ocenie efektów oraz ewentualnej modyfikacji planu rehabilitacyjnego. **Pierwszy turnus realizowano w ZCO**, przy zakwaterowaniu uczestników w pobliskim domu parafialnym. **Drugi turnus odbywał się w ośrodku zewnętrznym (nadmorskim sanatorium)**, gdzie wykonywano także zabiegi niemożliwe do zrealizowania w warunkach szpitalnych (np. ćwiczenia w basenie). Uczestnikom zapewniono zwrot kosztów dojazdu. Ze świadczeń rehabilitacyjnych skorzystało łącznie **465 pacjentów** (437 kobiet i 28 mężczyzn). Część osób – z uwagi na czynniki zdrowotne, osobiste lub organizacyjne – nie uczestniczyła w drugim turnusie wyjazdowym.

Komplementarnym wsparciem dla uczestników programu była **pomoc psychologiczna**, realizowana zgodnie ze standardami Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych. Konsultacje psychoonkologiczne obejmowały **diagnostykę psychologiczną oraz dobór odpowiedniego rodzaju wsparcia** – indywidualnego lub grupowego – dostosowanego do aktualnego stanu emocjonalnego pacjenta oraz jego zdolności adaptacyjnych po zakończonym leczeniu. Pojedyncze spotkanie trwało około 45 minut i obejmowało ocenę potrzeb, wdrożenie działań psychoedukacyjnych, interwencyjnych lub terapeutycznych (np. poradnictwo kryzysowe, techniki radzenia sobie ze stresem, budowanie zasobów odporności psychicznej). Uzupełnieniem wsparcia indywidualnego były **warsztaty umiejętności psychologicznych**, prowadzone w kiluosobowych grupach. Ich celem było wzmocnienie kompetencji emocjonalnych, poprawa komunikacji i relacji społecznych, budowanie samoświadomości oraz rozwijanie strategii radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami. Każdy cykl warsztatowy składał się z 20 spotkań po 60 minut. W ramach projektu zrealizowano **942 godziny wsparcia indywidualnego oraz 29 cykli warsztatów grupowych**. Łącznie ze wsparcia psychologicznego skorzystało **475 pacjentów** – 448 kobiet i 27 mężczyzn.

Integralną część projektu stanowiła również **edukacja zdrowotna**, której celem było kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz wspieranie samodzielności pacjentów po zakończeniu cyklu rehabilitacji.

Rysunek 3. Elementy ujęte podczas działań edukacyjnych

Jakie elementy obejmowała EDUKACJA zastosowana podczas realizacji?

- 1 Zasady aktywności fizycznej i codziennego funkcjonowania po leczeniu onkologicznym
- 2 Nauka ćwiczeń domowych i automasażu
- 3 Profilaktyka obrzęków limfatycznych, upadków i powikłań ruchowych
- 4 Sposoby radzenia sobie ze zmęczeniem oraz bólem przewlekłym

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych.

Edukacja była prowadzona indywidualnie przez fizjoterapeutów w trakcie zajęć terapeutycznych oraz uzupełniana materiałami drukowanymi, które pacjenci otrzymywali do użytku domowego. Równolegle prowadzono również **indywidualne konsultacje dietetyczne**, które obejmowały dokładny wywiad zdrowotno-żywnościowy, analizę składu ciała (m.in. zawartość tkanki tłuszczowej, masy mięśniowej, nawodnienie, wiek metaboliczny), pomiary antropometryczne oraz opracowanie spersonalizowanych zaleceń żywieniowych. Każdy uczestnik otrzymał **kompletny raport żywieniowy oraz indywidualny plan dietetyczny**, a na kolejnym spotkaniu – siedmiodniowy jadłospis dostosowany do potrzeb i trybu życia. Spotkania realizowano z uwzględnieniem harmonogramu pozostałych działań rehabilitacyjnych. Z edukacji zdrowotnej i wsparcia dietetycznego skorzystało łącznie **456 pacjentów** (429 kobiet i 27 mężczyzn).

Na potrzeby realizacji projektu **zakupiono również nowoczesny sprzęt rehabilitacyjny**, w tym platformy balansowe, sprzęt do ćwiczeń oporowych, bieżnie, materace i inne urządzenia do kinezyterapii.

Do projektu łącznie zgłosiło się 562 osób, z których 550 zostało zakwalifikowanych do udziału (500 pacjentów, 50 medyków), a **445 pacjentów ukończyło pełny, dwuturnusowy cykl rehabilitacyjny**. Konsultacjami psychologicznymi objęto **475 osób** (95% zakwalifikowanych), z czego 144 (26%) uczestniczyły również w warsztatach grupowych. Co interesujące, według deklaracji respondentów biorących udział w badaniu ilościowym, **66% otrzymało konsultacje psychoonkologiczne**. Warto zwrócić uwagę na to, iż 11% pacjentów wskazało, iż ten rodzaj wsparcia **nie przyczynił się do**

poprawy jakości ich życia – wskazano na zbyt małą liczbę godzin spotkań oraz na fakt zapewniania pomocy w złym momencie choroby – dla **pacjentów konsultacje psychologiczne są ważne w czasie leczenia, a nie po paru latach od jego zakończenia. Z porad dietetycznych** skorzystało 456 pacjentów, podczas gdy w badaniu ilościowym odbiorcy tego rodzaju wsparcia stanowili 93% grupy, przy jednoczesnym wskazaniu **skuteczności konsultacji przez 88% pacjentów.**

Ponadto z założenia **każdy pacjent otrzymał także materiały edukacyjne wspierające kontynuację aktywności prozdrowotnej po zakończeniu turnusów** – w praktyce jedynie **45% badanych uczestników wskazało, że zostali objęci elementem edukacyjnym. Wskazuje to na pewne braki w oferowanych działaniach informacyjnych.** Z kolei analiza odpowiedzi udzielonych przez uczestników projektu w ankiecie monitoringowej wskazuje na wysoką skuteczność wielokanałowej strategii informacyjno-promocyjnej zastosowanej w ramach realizacji projektu.

Warto podkreślić, iż wszystkie formy wsparcia, które pacjenci otrzymali w ramach programu, **zostały ocenione jako skuteczne, szczególnie rehabilitacja lecznicza, konsultacje lekarskie i badania, a także warsztaty umiejętności psychologicznych.** Najniżej oceniono konsultacje psychoonkologiczne.

Tabela 17. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia			Uzasadnienie braku wpływu danego wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się	
Rehabilitacja	100%	0%	0%	100%	Nd.
Konsultacje dietetyczne	93%	4%	8%	88%	Wskazano na zbyt małą liczbę godzin.
Konsultacje lekarskie i badania	69%	5%	0%	95%	Respondent nie widzi związku między samym badaniem, a poprawą zdrowia.
Konsultacje psychoonkologiczne	66%	11%	0%	89%	Wskazano na zbyt małą liczbę godzin oraz na to, iż są one zapewniane w złym momencie choroby – dla pacjentów są one ważne w czasie leczenia, a nie po paru latach od jego zakończenia.
Grupowe warsztaty umiejętności psychologicznych	48%	7%	0%	93%	Jw., wskazano na potrzebę dostępu do nich podczas choroby, na jej początku, aby łatwiej radzić sobie z jej przebiegiem.
Edukacja na temat aktywności ruchowej	45%	8%	0%	92%	Respondent wskazał, że udział we wsparciu nie wniósł nowej wiedzy.
Finansowanie dojazdu do miejsca realizacji świadczeń rehabilitacyjnych	24%	0%	14%	86%	Nd.

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=29. „Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

Zdecydowana większość uczestników projektu oceniła swój udział jako **wolny od istotnych przeszkód organizacyjnych czy merytorycznych**. Na pytanie o ewentualne trudności, aż **98% respondentów** odpowiedziało przecząco, co należy uznać za **silny dowód na wysoką jakość zarządzania i wdrożenia projektu** w jego codziennej realizacji. Jedynie **10 osób spośród 446 uczestników** (2%) wskazało na konkretne trudności, z czego najczęściej powtarzały się cztery rodzaje uwag:

- Brakowało elementów terapii manualnej,
- Problemy z komunikacją, zamieszanie z turnusami,
- Indywidualna rehabilitacja powinna bardziej się skupić na pacjencie, nie na grupie,
- Pominięte zostały potrzeby pacjenta,
- Brak możliwości wyjazdu do sanatorium ze względu na dietę płynną.

Równolegle z realizacją działań skierowanych do pacjentów, w projekcie przewidziano również **komponent edukacyjny dedykowany personelowi medycznemu**. Celem tej części interwencji było podniesienie poziomu wiedzy i kompetencji praktycznych osób zaangażowanych w opiekę nad pacjentami onkologicznymi – zarówno w obszarze fizjoterapii, jak i wsparcia psychologicznego.

W szkoleniach z zakresu rehabilitacji onkologicznej, wsparcia psychologicznego oraz edukacji zdrowotnej wzięli udział przedstawiciele **personelu medycznego – lekarze, fizjoterapeuci oraz psycholodzy** pracujący na co dzień z pacjentami onkologicznymi. Szkolenia zostały zrealizowane w sierpniu 2023 roku i **objęły łącznie 50 osób, w tym 40 kobiet i 10 mężczyzn**. Średnia wieku uczestników wyniosła 42,6 lat, a najliczniejszą kategorię wiekową stanowili pracownicy w wieku 25-34 lata.

W projekcie zaplanowano dwa odrębne moduły szkoleniowe:

- szkolenie z zakresu fizjoterapii pacjentów onkologicznych, skierowane do lekarzy rehabilitacji, lekarzy POZ oraz fizjoterapeutów,
- szkolenie z zakresu psychoonkologii, dedykowane psychologom, fizjoterapeutom i lekarzom pracującym z pacjentami z chorobą nowotworową.

Pierwsze miały na celu pogłębienie wiedzy dot. postępowania fizjoterapeutycznego wśród pacjentów onkologicznych. Wśród respondentów zaproszonych do badania **znalazło się czterech pracowników medycznych, którzy uczestniczyli w ww. szkoleniu**. Wskazali, iż zostały im przekazane informacje dot. **diagnostyki oraz oceny funkcjonalna w rehabilitacji osób z chorobami nowotworowymi (n=2), zasad rehabilitacji pacjentów z obrzękiem limfatycznym (n=4) oraz zasad prowadzenia zajęć rekreacyjnych z osobami po zakończonym leczeniu onkologicznym (n=1)**. Co więcej, każdy respondent wskazał, że ten **zakres tematyczny przyczynił się do poprawy jakości wsparcia** udzielanego pacjentom onkologicznym.

Zgodnie z zapisami Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego, zakres szkoleń powinien obejmować także tematy dotyczące

bezpieczeństwa i skuteczności metod fizjoterapeutycznych stosowanych w rehabilitacji pacjentów onkologicznych, a także zasad doboru różnych form aktywności ruchowej względem pacjentów onkologicznych. Należy jednakże uwzględnić, że niewielka liczba respondentów oceniających to wsparcie mogła wpłynąć na wyniki, zwłaszcza jeśli nie pamiętali oni wszystkich prezentowanych treści.

Przechodząc do tematyki kolejnego szkolenia, **udział w nim wzięło także 4 na 6 badanych pracowników medycznych**¹⁵. Jego celem było pogłębienie wiedzy dot. udzielania wsparcia psychologicznego pacjentom onkologicznym, a także przeciwdziałania zespołowi wypalenia zawodowego u personelu medycznego zajmującego się pacjentem onkologicznym. Wyniki wskazują, że nie wszyscy uczestnicy zostali zapoznani z pełnym zakresem tematycznym.

Tematami, które nie zostały dostatecznie uwzględnione w ramach szkoleń lub były zapewnione w sposób marginalny, są **zaburzenia seksualne oraz problemy w relacjach z partnerem**. Te kwestie są szczególnie istotne dla pacjentów onkologicznych, ponieważ leczenie nowotworowe często wpływa na życie seksualne, co może mieć znaczący wpływ na jakość życia i relacje interpersonalne. Dodatkowo, **wsparcie rodzinne i społeczne** stanowi ważny element w procesie leczenia i rehabilitacji, jednak **nie było wystarczająco uwzględnione w ramach programu**. Kolejną ważną kwestią, która nie została w pełni zaspokojona, jest **terapia indywidualna i grupowa zarówno dla pacjentów, jak i ich rodzin**, która mogłaby wspierać ich w radzeniu sobie z emocjonalnymi i psychologicznymi trudnościami związanymi z chorobą nowotworową. Włączenie tych obszarów wsparcia do programu mogłoby znacząco poprawić kompleksową pomoc udzielaną pacjentom onkologicznym oraz ich bliskim, zwłaszcza biorąc pod uwagę to, że w przypadkach, w których ta część wsparcia została zapewniona, jej **skuteczność jest oceniana na wysoką**.

Z kolei według danych monitoringowych uczestnicy szkoleń wysoko ocenili zarówno wartość merytoryczną zajęć, jak i ich przydatność w codziennej praktyce klinicznej. Uczestnicy obu szkoleń wyrażali bardzo wysoką ocenę zarówno **organizacji zajęć**, jak i **przydatności przekazywanej wiedzy** w kontekście codziennej praktyki zawodowej. Średnia ocena zadowolenia ze sposobu organizacji zajęć wyniosła 3,76 (w skali 1-4), przy czym **uczestnicy szkolenia z psychoonkologii** ocenili organizację wyraźnie lepiej (średnia 3,96) niż fizjoterapeuci (średnia 3,56).

Zdecydowana większość uczestników uznała, że **szkolenia były prowadzone zgodnie z harmonogramem** oraz że wiedza była przekazywana w sposób jasny i przystępny. Aż 98% respondentów potwierdziło, że **zajęcia odbywały się w wyznaczonym terminie i godzinie**, a średnia ocen terminowości wyniosła 3,98. Równie wysoka była ocena

¹⁵ Należy zwrócić uwagę na to, iż wg. założeń jeden pracownik mógł wziąć udział tylko w jednym rodzaju szkolenia, wobec czego możliwe jest, że podczas realizacji uczestnicy mogli jednak uzyskać dostęp do zakresu drugiego z realizowanych szkoleń.

przejrzystości materiału – średnia 3,80. Równie pozytywnie oceniono **adekwatność treści szkoleń względem oczekiwań uczestników**. Uczestnicy obu grup w zdecydowanej większości potwierdzili, że **udział w projekcie przyczynił się do wzrostu ich wiedzy i umiejętności zawodowych**.

Bardzo silnym wskaźnikiem **ogólnego poziomu zadowolenia była gotowość uczestników do polecenia szkolenia innym** – w przypadku **psychoonkologii 100%** osób zadeklarowało taką chęć, natomiast wśród **fizjoterapeutów – 96%**, co znalazło odzwierciedlenie w średnich ocenach wynoszących odpowiednio 3,96 i 3,67.

Tabela 18. Zakres tematyczny szkoleń wraz z oceną ich wpływu na poprawę jakości pracy kardy medycznej

Zakres tematyczny szkolenia	Medycy deklarujący zapoznanie z zakresem tematycznym	Stopień, w jakim zakres przyczynił się do poprawy jakości pracy		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
Kryzys psychiczny wywołany chorobą nowotworową	3	0	0	3
Strategie radzenia sobie ze stresem	3	0	0	3
Strategie radzenia sobie z traumą psychiczną i fizyczną w reakcji na zachorowanie i konieczność leczenia	2	0	0	2
Efektywność komunikacji pomiędzy pacjentem onkologicznym i jego bliskimi a lekarzem	2	0	0	2
Przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu członków zespołu terapeutycznego	2	0	0	2
Zaburzenia seksualne i problemy w relacjach z partnerem	1	0	0	1
Wsparcie rodzinne i społeczne	1	0	0	1
Terapia indywidualna i grupowa pacjenta z	1	0	0	1

Zakres tematyczny szkolenia	Medycy deklarujący zapoznanie z zakresem tematycznym	Stopień, w jakim zakres przyczynił się do poprawy jakości pracy		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
chorobą nowotworową i jego rodziny				

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=4.

„Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

Pomimo opisanych trudności i konieczności modyfikacji harmonogramu, **jakość świadczeń realizowanych dla pacjentów oraz jakość szkoleń dla personelu medycznego nie uległa pogorszeniu**. Według dostarczonych danych monitoringowych, projekt został zrealizowany zgodnie z zakładanym zakresem merytorycznym, a działania zaradcze wdrażane na bieżąco zapewniły skuteczność i efektywność realizacji celów. Należy podkreślić, że **monitoring projektu wykazał bardzo wysoki poziom satysfakcji zarówno wśród pacjentów, jak i personelu medycznego**. Z ankiet monitoringowych wynika, że **99% pacjentów zadeklarowało chęć ponownego udziału w podobnym programie, a 100% poleciłoby go innym osobom znajdującym się w podobnej sytuacji zdrowotnej**. Uczestnicy zwracali uwagę na wysoką jakość opieki, profesjonalizm zespołu, efektywność prowadzonych zabiegów oraz istotne korzyści psychiczne wynikające z udziału w projekcie. Również personel medyczny ocenił program jako przydatny i zgodny z potrzebami zawodowymi. Zdobyta wiedza i doświadczenia zostały uznane za wartościowe w pracy z pacjentami onkologicznymi w okresie po zakończeniu leczenia.

EFEKTY I TRWAŁOŚĆ INTERWENCJI

Aby podsumować zakres przedstawionych danych monitoringowych, warto odnieść się bezpośrednio do zakresu celów i mierników efektywności realizacji programu oraz do wskaźników (zarówno wskaźników produktu, jak i rezultatu). **Mierniki wskazują na bardzo wysokie wyniki, świadczące o znacznej efektywności podejmowanych działań**. Wśród celów szczegółowych, w ramach których odnotowano osiągnięcie zakładanego stopnia realizacji, wyróżniamy:

- 1) Zwiększenie **dostępu do rehabilitacji** leczniczej dla co najmniej 500 mieszkańców województwa zachodniopomorskiego uczestniczących w Programie w latach 2020-2022 (**550 os.**) – efekt potwierdzony także badaniem ilościowym.
- 2) Zmniejszenie częstości występowania **bólu i wybranych zaburzeń czynności** (tj. ograniczona ruchomość w stawach, obrzęk chłonny) **u co najmniej 30% uczestników Programu** z wymienionymi dysfunkcjami w latach 2020-2022 (**70% uczestników**) – **co interesujące, skutek ten odczuwalny jest nadal przez 83%**

respondentów, którzy w badaniu CAWI/CATI wskazali osiągnięcie tego efektu.

- 3) Poprawa sprawności u co najmniej 30% uczestników Programu w latach 2020-2022 (poprawa nastąpiła u 80% – skala Karnofsky’ego) – wśród uczestników badania ilościowego wynik ten był wyższy o 9 p.p.
- 4) **Poprawa jakości życia** u co najmniej 30% uczestników Programu w latach 2020-2022 (80%).

Podsumowując, oferowane wsparcie rehabilitacyjne **przyczyniło się do osiągnięcia pozytywnych efektów zdrowotnych, a pacjenci w dużej mierze nadal odczuwają korzyści z rehabilitacji. Wysoka trwałość tych efektów**, szczególnie w obszarach związanych z poprawą sprawności psychofizycznej oraz zmniejszeniem ryzyka powikłań i wad postawy, **świadczy o skuteczności działań w ramach programu.**

Tabela 19. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Przywrócenie prawidłowej ruchomości w stawach i siły mięśniowej	0%	0%	93%	81%
Poprawa sprawności i wydolności psychofizycznej	4%	4%	89%	85%
Zapobieganie wadom postawy lub korekcja nieprawidłowej postawy ciała	3%	7%	62%	83%
Zmniejszanie ryzyka objawów polineuropatii (choroba nerwów obwodowych, objawiająca się zespołem objawów, takich jak zaburzenia czucia, uszkodzenie nerwów i inne dolegliwości)	0%	10%	62%	83%
Redukcja obrzęków chłonnych	0%	3%	59%	71%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=29. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie. Nie ujęto w tabeli odpowiedzi „ten efekt mnie nie dotyczy”.

Istotna jest także perspektywa efektów osiągniętych w grupie personelu medycznego. Według danych monitoringowych wzrost poziomu **wiedzy i umiejętności** nastąpił u 96% **personelu medycznego** uczestniczącego w różnych formach szkolenia w zakresie rehabilitacji, fizjoterapii i wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom

onkologicznym, realizowanych w ramach Programu w latach 2020-2022 (**wobec zakładanych 80%**).

Należy zaznaczyć, że wszyscy pracownicy medyczni biorący udział w badaniu ilościowym ocenili, iż **zdobyta wiedza w trakcie szkoleń nadal ma zastosowanie w pracy z pacjentami onkologicznymi, ich bliskimi i kadrą medyczną**.

Tabela 20. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat rehabilitacji i fizjoterapii dedykowanych pacjentom onkologicznym	0	0	5
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat wsparcia psychologicznego dedykowanego pacjentom onkologicznym	0	0	4
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat wsparcia psychologicznego dedykowanego personelowi medycznemu pracującemu z pacjentami onkologicznymi	0	0	4

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=6. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

Wskaźniki związane z realizacją interwencji w projekcie rehabilitacji pacjentów onkologicznych wykazują bardzo wysoką efektywność, z kilkoma celami zrealizowanymi **w pełni (w tym jednym przekroczonym)**, a w pozostałych przypadkach realizacja osiągnęła **poziom bardzo bliski zamierzonym celom**. W szczególności:

- **Sukces w zakresie liczby objętych programem osób**; liczby osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę oraz liczby pracowników medycznych, którzy wzięli udział w działaniach edukacyjnych,
- **Niewielkie niedobory w zakresie wsparcia psychologicznego** i działań informacyjno-edukacyjnych, a także uczestników rehabilitacji, które mogą wynikać z czynników organizacyjnych lub dostępności.

Aspekt efektywności udzielnego wsparcia został poruszony także podczas wywiadu z beneficjentem. Uzyskane efekty zostały przez niego ocenione **bardzo pozytywnie, podkreślając, że wszystkie cele zostały osiągnięte zgodnie z założeniami**. Głównym efektem, który wskazano, jest to, że **osoby objęte projektem powróciły na rynek pracy lub utrzymały swoje zatrudnienie, co odpowiadało zakładanym wskaźnikom**. Beneficjent zaznaczył, że spełnienie tych założeń stanowi kluczowy sukces projektu.

Jeśli chodzi o efekty uzyskane w **zakresie wsparcia zapewnionego wśród kadry medycznej**, beneficjent również wskazuje **na bardzo wysoką ocenę szkoleń przeprowadzonych dla personelu medycznego, szczególnie w zakresie:**

- fizjoterapii,
- obrzęku limfatycznego,
- psychoonkologii.

Co więcej, beneficjent podkreślił, iż uznaje uzyskane efekty za wyjątkowo trwałe.

Zwrócono również uwagę na to, iż pacjenci podejmując z beneficjentem kontakt w sprawie możliwości ponownego udziału w podobnej inicjatywie, co podkreśla **zasadność zastosowanej interwencji.**

*Zdecydowanie efekty są trwałe. Pacjenci kontynuują zatrudnienie, tak naprawdę powrócili na ten rynek pracy. Dzwonią do nas, pytają się, czy będą jeszcze realizowane takie działania dla nich. Personal medyczny również jest zainteresowany udziałem w kolejnych szkoleniach, także jak najbardziej uważamy, że efekty są trwałe i osiągnięte na poziomie.
(beneficjent, RPZ rehabilitacja)*

Ogólnie rzecz biorąc, **projekt wykazuje wysoką skuteczność i osiąga znaczące efekty, zgodne z założeniami, w zakresie rehabilitacji medycznej, wsparcia psychologicznego, a także edukacji zdrowotnej**, co stanowi istotny wkład w poprawę zdrowia pacjentów onkologicznych.

Warto jednak zwrócić uwagę na to, że dane monitoringowe zawarte w raporcie końcowym dostarczonym przez beneficjenta **różnią się w pewnym zakresie od tych, które zostały przekazane przez Zamawiającego w bazach danych.** Takie rozbieżności mogą wskazywać na niewielkie niedociągnięcia w zakresie sprawozdawczości i jakości dostarczanej dokumentacji. Istotne jest, aby proces gromadzenia i raportowania danych był szczegółowo kontrolowany, aby zapewnić pełną spójność pomiędzy raportami a danymi dostarczanyymi w bazach. Tego rodzaju usprawnienia pozwolą na jeszcze **dokładniejsze śledzenie postępów w realizacji projektów oraz na zapewnienie większej przejrzystości w zakresie monitorowania ich wyników.**

Tabela 21. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ¹⁶)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (P) [osoby]	Kluczowe	550	550	100%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (R) [osoby]	Kluczowe	300	316 ¹⁷	105%
Liczba osób, które otrzymały wsparcie psychologiczne (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	500	477 ¹⁸	95%
Liczba osób uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	500	442 ¹⁹	88%
Liczba osób uczestniczących w rehabilitacji medycznej (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	500	475 ²⁰	95%
Liczba osób z personelu medycznego uczestniczących w działaniach informacyjno-szkoleniowych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	50	50	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego.

¹⁶ Wskaźnik rezultatu bezpośredniego oznaczono literą „R”, wskaźniki produktu natomiast literą „P”.

¹⁷ Według dostarczonych przez beneficjentów raportów końcowych, wynik ten był niższy o 6 osób.

¹⁸ Według dostarczonych przez beneficjentów raportów końcowych, wynik ten był niższy o 2 osoby.

¹⁹ Według dostarczonych przez beneficjentów raportów końcowych, wynik ten był niższy o 14 osób.

²⁰ Według dostarczonych przez beneficjentów raportów końcowych, wynik ten był niższy o 10 osób.

RPZ PROFILAKTYKA WAD POSTAWY WŚRÓD UCZNIÓW SZKÓŁ PODSTAWOWYCH NA LATA 2020-2022 (7.7)

ZAKRES INTERWENCJI

W ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego pn. „Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022” zrealizowane zostały cztery projekty:

- „Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego – profilaktyka wad postawy” (RPZP.07.07.00-32-K018/21-01)
- „Lepiej zapobiegać niż leczyć – profilaktyka wad postawy wśród uczniów klas V szkół podstawowych w subregionie koszalińskim” (RPZP.07.07.00-32-K015/21-00)
- „Niwelowanie wad postawy u dzieci z terenu subregionu stargardzkiego” (RPZP.07.07.00-32-K017/21-00)
- „Profilaktyka wad postawy w subregionie szczecińskim” (RPZP.07.07.00-32-K012/21-00)

Należy zaznaczyć, że spośród nich, na moment prowadzenia ewaluacji, końcowe raporty zostały przekazane jedynie dla dwóch projektów. Mimo to, na podstawie dostępnych danych możliwe było dokonanie częściowej analizy efektów interwencji.

Wszystkie projekty wpisywały się w ogólny cel RPZ, jakim było **zwiększenie dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy u dzieci w wieku szkolnym**. Projekty zakładały osiągnięcie następujących **celów głównych**:

- poprawę dostępu do usług zdrowotnych dla dzieci ze zdiagnozowanymi zniekształceniami kręgosłupa,
- zmniejszenie stopnia zaawansowania wad postawy u uczestników,
- poprawę stanu zdrowia i sprawności fizycznej dzieci,
- zwiększenie świadomości zdrowotnej w zakresie profilaktyki wad postawy zarówno wśród uczniów, jak i ich opiekunów.

W zależności od projektu, realizacja ww. celów miała odbywać się poprzez:

- przeprowadzenie badań kwalifikacyjnych i końcowych (ocena postawy ciała),
- organizację indywidualnych i grupowych zajęć korekcyjnych,
- działania edukacyjne i informacyjne skierowane do uczniów i rodziców/opiekunów,
- szkolenia dla personelu medycznego (lekarzy POZ, pielęgniarek, higienistek szkolnych),
- upowszechnianie wiedzy na temat wad postawy i metod ich korekcji.

W przypadku projektu realizowanego w subregionie szczecińskim, cele zostały dodatkowo zoperacjonalizowane w sposób szczegółowy – określono procentowe

wskaźniki poprawy (np. redukcja stopnia wady u co najmniej 30% dzieci, wzrost wiedzy u 50% uczniów i rodziców, wzrost kompetencji u 80% personelu medycznego).

W ramach czterech projektów zrealizowanych na terenie województwa zachodniopomorskiego przeprowadzono kwalifikację łącznie wśród **3 554 dzieci** uczęszczających do klas V szkół podstawowych. Proces kwalifikacyjny pozwolił na zakwalifikowanie do dalszych działań terapeutycznych **3 378 dzieci**. **Należy podkreślić, że jest to niższy wynik niż docelowy** tj. 4 188 dzieci objętych działaniami terapeutycznymi. Dane pokazują jednak przede wszystkim bardzo wysoki poziom zaangażowania uczestników. W dwóch projektach miernik ten osiągnął poziom **100%**, **co oznacza, że wszystkie zakwalifikowane dzieci uczestniczyły we wszystkich przewidzianych etapach programu terapeutycznego**. W pozostałych dwóch przypadkach odsetek ten wyniósł odpowiednio **98% i 92%**, **co również świadczy o wysokiej skuteczności utrzymania uczestników w projekcie**.

Tabela 22. Realizacja pełnego cyklu zajęć a poszczególne projekty

Projekt	Liczba dzieci, które przystąpiły do kwalifikacji	Liczba dzieci zakwalifikowanych do działań terapeutycznych	Odsetek dzieci, które ukończyły pełny cykl zajęć korekcyjnych
„Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego – profilaktyka wad postawy”	641	566	92%
„Niwelowanie wad postawy u dzieci z terenu subregionu stargardzkiego”	856	851	98%
„Profilaktyka wad postawy w subregionie szczecińskim”	1150	1 071	100%
„Lepiej zapobiegać niż leczyć - profilaktyka wad postawy wśród uczniów klas V szkół podstawowych w subregionie koszalińskim”	907	890	100%
Suma	3554	3 378	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych.

Analiza dokumentacji z realizacji projektów pozwala na zidentyfikowanie głównych wyzwań i trudności związanych z rekrutacją uczestników, a także przyczyn braku kwalifikacji dzieci do udziału w programach zdrowotnych. We wszystkich czterech analizowanych projektach **głównym powodem niezakwalifikowania dzieci do udziału w działaniach terapeutycznych był brak rozpoznania wady postawy podczas badania kwalifikacyjnego**. Dzieci te, mimo zgłoszenia do programu, po przeprowadzeniu badania przez lekarza specjalistę (ortopedę lub rehabilitanta), nie spełniały kryteriów medycznych. W zależności od projektu, **odsetek dzieci niezakwalifikowanych z powodów zdrowotnych wahał się od 1% do 12% zgłoszonych uczestników**. Najczęściej wskazywaną przyczyną była prawidłowa postawa ciała oceniona podczas badania wstępnego – dzieci nie posiadały deformacji lub asymetrii wymagających interwencji terapeutycznej. W jednym z projektów dokładnie wskazano, że wszystkie 79 przypadków wykluczenia wynikały z **braku podstaw do objęcia dziecka wsparciem** – nie stwierdzono nieprawidłowości układu ruchu.

W ramach projektów przeprowadzono także szeroko **zakrojone działania edukacyjne i szkoleniowe** skierowane do trzech grup odbiorców: **dzieci, ich rodziców lub opiekunów prawnych oraz personelu medycznego**. Zebrane dane liczbowe wskazują, że łącznie:

- 3 087 dzieci uczestniczyło w edukacji zdrowotnej na temat profilaktyki wad postawy,
- 2 384 rodziców lub opiekunów prawnych wzięło udział w spotkaniach edukacyjnych,
- **137 pracowników medycznych uczestniczyło w szkoleniach** z zakresu profilaktyki, diagnozowania i leczenia wad postawy u dzieci²¹.

Tabela 23. Zakres uczestników edukacji zdrowotnej w poszczególnych realizowanych projektach

Projekt	Liczba dzieci ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej na temat profilaktyki wad postawy	Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki wad postawy	Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach na temat profilaktyki wad postawy u dzieci
„Dbamy o zdrowie dzieci z	674	478	0

²¹ W przypadku dwóch projektów beneficjenci nie wykazali uczestnictwa żadnego z pracowników medycznych w szkoleniach na temat profilaktyki wad postawy u dzieci.

Projekt	Liczba dzieci ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej na temat profilaktyki wad postawy	Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w edukacji zdrowotnej dotyczącej profilaktyki wad postawy	Liczba pracowników medycznych uczestniczących w szkoleniach na temat profilaktyki wad postawy u dzieci
subregionu szczecineckiego – profilaktyka wad postawy”			
„Niwelowanie wad postawy u dzieci z terenu subregionu stargardzkiego”	435	281	0
„Profilaktyka wad postawy w subregionie szczecińskim”	907	475	42
„Lepiej zapobiegać niż leczyć - profilaktyka wad postawy wśród uczniów klas V szkół podstawowych w subregionie koszalińskim”	1071	1150	15
Suma	3 087	2 384	57

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych.

Działania edukacyjne dla uczniów obejmowały m.in. spotkania grupowe prowadzone w szkołach oraz indywidualne instruktaże fizjoterapeutyczne, przekazujące wiedzę o przyczynach i skutkach wad postawy, zasadach prawidłowego siedzenia, noszenia tornistrów, higieny życia codziennego oraz znaczeniu aktywności fizycznej. W niektórych projektach udostępniono także materiały multimedialne (np. filmy edukacyjno-instruktażowe zamieszczone na platformach internetowych), a dzieci i ich opiekunowie otrzymywali broszury i ulotki informacyjne. **Spotkania z rodzicami służyły zwiększeniu ich świadomości** w zakresie

konieczności wczesnej diagnozy i profilaktyki oraz budowania wśród dzieci nawyków sprzyjających zdrowemu rozwojowi układu ruchu.

Warto jednak zestawić te informacje z danymi zebranymi podczas badań ilościowych, w których respondenci oceniali przebieg otrzymanego wsparcia. Jak wspomniano, w ramach omawianego Regionalnego Programu Zdrowotnego pacjenci (uczniowie i ich rodzice/opiekunowie) otrzymali różne formy wsparcia zdrowotnego. **10 sesji fizjoterapeutycznych w grupach lub indywidualnie** były najczęściej udzielaną formą wsparcia, z której skorzystało 62% badanych. Jest to stosunkowo duży odsetek, co może świadczyć o wysokiej dostępności tej formy wsparcia w ramach programu. Jednocześnie należy podkreślić, iż według **71% badanych sesje te pozytywnie wpłynęły na poprawę zdrowia i jakości życia uczniów.**

Interesujące jest to, że **zaledwie 45% respondentów wskazało**, iż ich dzieci, przed przystąpieniem do wsparcia, **zostały poddane badaniu diagnozującemu**, które pozwoliło ocenić jego zapotrzebowanie rehabilitacyjne. Może to sugerować, że nie wszyscy pacjenci otrzymali pełną ocenę swoich potrzeb rehabilitacyjnych na początku procesu wsparcia, co mogło wpłynąć na jakość dostosowanego leczenia i efektywność rehabilitacji. Zwiększenie dostępności i systematyczności takich badań diagnostycznych mogłoby zapewnić lepsze dopasowanie wsparcia do rzeczywistych potrzeb pacjentów.

Ponownie, kwestia zapewniania uczestnikom odpowiedniej, zaplanowanej edukacji, nie została pokryta w odpowiedni sposób. **Grupowe zajęcia edukacyjne dla dzieci** były dostępne dla 52% biorących udział w badaniu pacjentów, **indywidualne instruktaże dla dzieci** dla 24%, a **edukacja rodziców i opiekunów** zapewniona została jedynie 17% z nich.

Badanie lekarskie na zakończenie zajęć korekcyjnych również miało miejsce tylko u 7% pacjentów. Choć połowa z tych pacjentów uznała je za pomocne, niski odsetek uczestników sugeruje, że **dostępność tej formy wsparcia była bardzo ograniczona, a w związku z tym rzetelna ocena efektów udzielonego wsparcia została uniemożliwiona dla części jego odbiorców.**

Podsumowując, oferowane wsparcie rehabilitacyjne, takie jak fizjoterapia, zajęcia indywidualne czy grupowe, przyniosło pozytywne efekty w poprawie zdrowia i jakości życia pacjentów, choć dostępność niektórych form wsparcia była ograniczona lub nierównomierna. Najskuteczniejsze były sesje fizjoterapeutyczne, które pomogły 71% pacjentów, ale również w tym przypadku opiekunowie wskazali na potrzebę zwiększenia liczby godzin zajęć. Zauważalnym problemem jest **ograniczona dostępność niektórych form wsparcia**, jak np. edukacja, czy też badania lekarskie na zakończenie zajęć korekcyjnych, które dotyczyły tylko małej grupy pacjentów, co mogło ograniczać ich wpływ na ocenę skuteczności całego programu.

Tabela 24. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia			
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się	Uzasadnienie braku wpływu danego wsparcia na poprawę zdrowia i jakości życia
10 sesji fizjoterapeutycznych w grupach lub indywidualnie	62%	6%	24%	71%	Wskazano za małą liczbę godzin zajęć.
Zajęcia edukacyjne dla dzieci – grupowe	52%	7%	33%	60%	Wskazano za małą liczbę godzin zajęć.
Wstępne badanie diagnozujące (analiza dokumentacji medycznej, wywiad, badanie lekarskie)	45%	0%	46%	54%	Nd.
Zajęcia edukacyjne dla dzieci – indywidualne instruktaże i porady fizjoterapeutyczne podczas zajęć kinezyterapii	24%	14%	43%	43%	Wskazano za małą liczbę godzin zajęć.
Zajęcia edukacyjne dla rodziców i opiekunów dzieci	17%	0%	20%	80%	Nd.
Badanie dodatkowe, np. RTG kręgosłupa	7%	0%	0%	100%	Nd.
Badanie lekarskie na zakończenie zajęć korekcyjnych	7%	0%	50%	50%	Nd.

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=29. „Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

Co ciekawe, z danych zebranych w ramach ewaluacji wynika, że tuż po zakończeniu udziału we wsparciu poziom zadowolenia z udziału w działaniach edukacyjnych i szkoleniowych był **bardzo wysoki**, wskazując tym samym na zadowalający **stopień użyteczności realizowanych działań**. Uczestnicy oceniali go wtedy pozytywnie – zarówno sposób prowadzenia zajęć, jak i przydatność przekazywanej wiedzy. Przykładowo, w jednym z projektów aż **92% dzieci** oceniło spotkania jako „bardzo dobre” lub „dobre”, a **100%** przeszkolonych pracowników medycznych potwierdziło, że ich oczekiwania zostały spełnione. **Szczególnie dobrze oceniano uprzejmość i kompetencje osób prowadzących zajęcia, dokładność badań i porad, a także użyteczność otrzymanych materiałów informacyjnych**. W dwóch projektach zrealizowanych w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego przeprowadzono badania monitoringowe wśród uczestników. W obu przypadkach wyniki ankiet potwierdziły bardzo pozytywny odbiór działań:

- W jednym z projektów **92% uczestników oceniło udział w programie jako przydatny**, a niemal połowa badanych uznała jakość usług za bardzo wysoką. Najlepiej oceniano **kompetencje i uprzejmość personelu medycznego**, a najniżej – choć nadal w większości pozytywnie – warunki lokalowe w miejscach realizacji świadczeń.
- W drugim przypadku **89% uczestników określiło program jako „bardzo dobry”**, a 92% uznało zdobytą wiedzę za użyteczną. Wysoko oceniono także organizację rejestracji oraz sposób przekazywania informacji przez personel.

W przypadku dwóch pozostałych projektów nie dostarczono formalnych badań ankietowych, jednak wysoki odsetek uczestników, którzy ukończyli pełny cykl zajęć korekcyjnych (92%, 98%), może również świadczyć o pozytywnym odbiorze działań. Wskaźniki frekwencji oraz liczba osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych i informacyjnych były wysokie, co potwierdza zaangażowanie zarówno dzieci, jak i ich rodziców lub opiekunów.

Z kolei szkolenia dla pracowników medycznych – w zależności od projektu – kierowane były **do lekarzy POZ, fizjoterapeutów, pielęgniarek środowiska nauczania i higienistek szkolnych**. Obejmowały one zarówno wykłady teoretyczne, jak i warsztaty praktyczne, których celem było podniesienie kompetencji w zakresie rozpoznawania wad postawy i prowadzenia działań korekcyjnych oraz edukacyjnych. Tematyka szkoleń obejmowała m.in. anatomię postawy ciała, metody przesiewowych badań ortopedycznych, planowanie terapii korekcyjno-kompensacyjnej, a także zagadnienia z zakresu żywienia dzieci z problemami posturalnymi.

Wśród respondentów zaproszonych do badania **znalazło się pięciu pracowników medycznych, którzy uczestniczyli w ww. szkoleniu**. Wskazali, iż zostały im przekazane informacje dot. **badania przesiewowych w kierunku wykrywania wad postawy (n=1)** oraz **realizacji rehabilitacji po wykryciu wad postawy (n=4)**. Co więcej, każdy respondent wskazał, że ten **zakres tematyczny przyczynił się do poprawy jakości wsparcia** udzielanego młodzieży zmagającej się z wadami postawy.

Zgodnie z zapisami Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego, **zakres szkoleń powinien obejmować także realizację dalszych badań diagnostycznych**. Należy jednakże uwzględnić, że niewielka liczba respondentów oceniających to wsparcie mogła wpłynąć na wyniki, zwłaszcza jeśli nie pamiętali oni wszystkich prezentowanych treści.

EFEKTY I TRWAŁOŚĆ INTERWENCJI

Aby podsumować zakres przedstawionych danych monitoringowych, warto odnieść się bezpośrednio do zakresu celów i wskaźników (zarówno wskaźników produktu, jak i rezultatu). Jednym z celów szczegółowych, postawionych w ramach ewaluowanego RPZ, był **wzrost wiedzy na temat profilaktyki i korekcji wad postawy u rodziców/opiekunów** uczniów uczestniczących w Programie w latach 2020-2022. Zakładano osiągnięcie efektu wśród co najmniej 50% opiekunów. **Bazując na otrzymanych danych należy podkreślić, iż założenie to nie zostało spełnione, gdyż końcowym wynikiem stopnia realizacji jest 49%. Jeśli chodzi o dane zebrane podczas badania ilościowego, wzrost wiedzy rodziców o profilaktyce wad postawy przyniósł pozytywne efekty u 76% rodziców, ale 10% nie zauważyło poprawy, co potwierdza niepełną skuteczność edukacji.**

Ponadto wyniki badania CAWI/CATI potwierdzają, że większość pacjentów, którzy otrzymali wsparcie rehabilitacyjne, **odczuła pozytywne efekty**, ale dostępność i dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb były różne. **Zapoznanie z ćwiczeniami na zatrzymanie postępu wad postawy** zostało osiągnięte w przypadku 97% pacjentów, a 100% z nich nadal odczuwa korzyści w 2025 roku. **Wykształcenie potrzeby aktywności fizycznej i zdrowego stylu życia** pojawiło się u **90% dzieci**.

Jednakże tylko 52% opiekunów wskazało, iż ich otrzymane wsparcie pomogło ich dzieciom w **skorygowaniu zniekształceń kręgosłupa**, podczas gdy jednocześnie aż **28% nie zauważyło poprawy**, co sugeruje niewystarczające dopasowanie wsparcia w tym zakresie. Wnioski te podkreślają potrzebę lepszego dopasowania i zwiększenia dostępności wsparcia rehabilitacyjnego, szczególnie w zakresie skorygowania wad postawy i edukacji rodziców.

Tabela 25. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Zapoznanie z ćwiczeniami, które pozwolą zatrzymać postęp wad postawy	0%	3%	97%	100%

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Wykształcenie w dziecku potrzeby podejmowania aktywności fizycznej i prowadzenia zdrowego stylu życia	3%	7%	90%	100%
Skorygowanie zniekształceń kręgosłupa u dziecka	28%	21%	52%	100%
Wzrost wiedzy rodzica/opiekuna nt. profilaktyki i wady postawy	10%	14%	76%	100%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=29. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

Z kolei w przypadku celu **wzrost wiedzy z zakresu profilaktyki, diagnozowania i leczenia wad postawy u pracowników medycznych POZ** uczestniczących w szkoleniach podczas realizacji Programu w latach 2020-2022, zakładano wynik co najmniej 80%. **Dane monitoringowe wykazane przez beneficjentów wskazują na poziom 21%, co zdecydowanie nie jest wynikiem satysfakcjonującym, a ponadto świadczy o niskim stopniu efektywności i skuteczności wsparcia w tym zakresie.** Należy jednak mieć na uwadze fakt, iż dwa z czterech projektów nie zostały sprawozdane w pełni, wobec czego część dostarczonych danych może być nieaktualna, zaniżając wynik końcowy.

Przechodząc do analizy ilościowej efektów uzyskanych w grupie pracowników medycznych, również można wskazać kilka kluczowych wniosków. Zarówno w zakresie **zwiększenia poziomu wiedzy na temat profilaktyki, jak i diagnozowania i leczenia wad postawy**, większość badanych uczestników uznała **wsparcie za skuteczne**. Należy zaznaczyć, że wszyscy pracownicy medyczni ocenili, iż **zdobyta wiedza w trakcie szkoleń nadal ma zastosowanie w pracy z pacjentami z wadą postawy oraz ich opiekunami** (pamiętając o niskiej liczebności grupy).

Tabela 26. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki wad postawy	1	0	5
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat diagnozowania wad postawy	1	0	5

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat leczenia wad postawy	1	0	5

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=6. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

Warto uwzględnić perspektywę **beneficjentów** realizowanego wsparcia, gdyż ich opinie stanowią kluczowy element do pełniejszego zrozumienia efektów programu. Zderzenie tych wyników z opiniami uczestników pozwala uzyskać pełniejszy obraz skuteczności i użyteczności działań projektowych. Beneficjenci, będący realizatorami programu, mają unikalną perspektywę na przebieg działań, ich organizację oraz wpływ na uczestników.

W ramach omawianego RPZ zrealizowano 2 ankiety, których wyniki zostaną przedstawione w formie opisowej w dalszej części działu.

Rysunek 4. Efekty osiągnięte w wyniku wsparcia – perspektywa beneficjentów



Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI/CATI z beneficjentami.

W przypadku beneficjentów, **wszystkie efekty programu zostały ocenione na najwyższą możliwą ocenę**, co świadczy o pełnym zadowoleniu z rezultatów

realizowanych działań. Beneficjenci wskazali, że program skutecznie zapoznał dzieci z ćwiczeniami mającymi na celu **zatrzymanie postępu wad postawy, a także wykształcił w nich potrzebę podejmowania aktywności fizycznej** i prowadzenia zdrowego stylu życia. Osiągnięto również zamierzony cel w zakresie **korekty zniekształceń kręgosłupa u dzieci**, a rodzice oraz opiekunowie zyskali nową wiedzę na temat profilaktyki i wad postawy. Ponadto pracownicy medyczni podnieśli swoje kompetencje w zakresie diagnozowania oraz leczenia wad postawy. **Co istotne, beneficjenci zadeklarowali, iż obecnie nadal odnotowują uzyskane efekty, co świadczy o wysokiej trwałości.**

Ponadto jeden z beneficjentów wskazał, że **w trakcie realizacji programu wystąpiły nieoczekiwane efekty, które nie były wcześniej zakładane.** Zauważono, że dziecko, którego kręgosłup miał wady spowodowane nadmierną masą ciała, zaczęło tracić na wadze w wyniku wprowadzenia zaleconych ćwiczeń rehabilitacyjnych i poprawy ogólnej aktywności fizycznej. Świadczy to o **dodatkowych korzyściach zdrowotnych programu, które wykraczały poza pierwotne cele związane z korekcją postawy, a mogły mieć wpływ na ogólny stan zdrowia dziecka.**

Zderzając wyniki beneficjentów z opiniami uczestników programu, pojawiają się interesujące spostrzeżenia, które pozwalają na pełniejsze zrozumienie efektywności realizowanego wsparcia. Beneficjenci, którzy byli realizatorami programu, oceniają efekty jako w pełni osiągnięte. Jednakże, z perspektywy pacjentów, w przypadku skorygowania zniekształceń kręgosłupa, **tylko 52% opiekunów wskazało na zauważalne efekty, a aż 28% nie zauważyło poprawy, co sugeruje, że nie wszystkie dzieci otrzymały wsparcie dostosowane do ich indywidualnych potrzeb.** Ponadto 10% rodziców **nie zauważyło wzrostu wiedzy o profilaktyce wad postawy, co wskazuje na konieczność poprawy skuteczności edukacji w tej kwestii.**

Z tych danych wynika, że **choć program osiągnął pozytywne efekty, w niektórych obszarach, takich jak skorygowanie wad postawy czy edukacja rodziców, należy poprawić dostępność oraz dopasowanie wsparcia do indywidualnych potrzeb uczestników.**

Ponadto, wskaźnikowa ocena poziomu realizacji pozostałych dwóch celów szczegółowych, tj. *Skorygowanie zniekształceń kręgosłupa u co najmniej 30% dzieci uczestniczących w zajęciach korekcyjnych realizowanych w Programie w latach 2020-2022 oraz Wzrost poziomu świadomości w zakresie profilaktyki wad postawy u co najmniej 50% uczniów uczestniczących w zajęciach korekcyjnych i edukacyjnych w okresie realizacji Programu w latach 2020-2022* **nie była możliwa z uwagi na brak odpowiednich danych. Szczegóły znajdują się w poniższej tabeli.**

Tabela 27. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Profilaktyka wad postawy wśród uczniów

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ²²)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie (P) [osoby]	Kluczowe	4 188	3 457	83%
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu (R) [szt.]	Kluczowe	30	30	100%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie (P) [osoby]	Specyficzne dla programu	4 045	4 092	101%
Liczba dzieci ze stwierdzonymi zniekształceniami kręgosłupa, u których wzrósł dostęp do usług zdrowotnych w zakresie niwelowania wad postawy (R) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 2 projektów) ²³	1 598	1 417	89%
Liczba dzieci objętych działaniami terapeutycznymi (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 4 projektów)	4 188	3 457 ²⁴	83%

²² Wskaźnik rezultatu bezpośredniego oznaczono literą „R”, wskaźniki produktu natomiast literą „P”.

²³ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźników, wartość wskaźnika dla obu projektów przepisana została z wartości dostępnych mierników efektywności realizacji Programu.

²⁴ Liczba podana w źródłach otrzymanych od Zamawiającego (3 457) nie jest zbieżna z liczbą podaną w ramach danych monitoringowych sprawozdanych w raportach końcowych (3 378).

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ²²)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba dzieci, które wzięły udział w działaniach edukacyjnych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 2 projektów) ²⁵	1 989	1 109	56%
Liczba dzieci, która zwiększyła swoją wiedzę w zakresie profilaktyki wad postawy (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	683	b.d.	– ²⁶
Liczba osób z kadry medycznej, która zwiększyła swoją wiedzę w zakresie profilaktyki wad postawy/ objętych wsparciem/ wzięła udział w szkoleniach (P) [osoby] ²⁷	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 4 projektów)	272	57	21% ²⁸

²⁵ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźników, wartość wskaźnika dla obu projektów przepisana została z wartości dostępnych mierników efektywności realizacji Programu.

²⁶ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźnika, a także braku odpowiadającego wskaźnikowi zakresem miernika efektywności realizacji Programu – niemożliwe jest ustalenie poziomu realizacji wskaźnika.

²⁷ Dane wskazują sumaryczne wyniki dla następujących wskaźników specyficznych dla projektu: Liczba osób biorących udział w Zadaniu nr 2 - Działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego – MODUŁ II; Liczba osób z kadry medycznej, która wzięła udział w szkoleniach; Liczba pracowników medycznych objętych wsparciem w Projekcie

²⁸ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźników, wartość wskaźnika dla dwóch projektów przepisana została z wartości dostępnych mierników efektywności realizacji Programu. Wartość miernika dla obu projektów wynosiła 0, co wyjaśnić może niski poziom realizacji przedmiotowego wskaźnika.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ²²)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób z kadry medycznej, która zwiększyła swoją wiedzę w zakresie profilaktyki wad postawy (R) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 2 projektów)	112	b.d.	_ ²⁹
Liczba rodziców/opiekunów prawnych, która zwiększyła swoją wiedzę w zakresie profilaktyki wad postawy / wzięła udział w działaniach edukacyjnych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 2 projektów)	2 859	1 388	49% ³⁰
Liczba rodziców/opiekunów prawnych, która zwiększyła swoją wiedzę w zakresie profilaktyki wad postawy (R) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 3 projektów)	1 598	b.d.	_ ³¹
Liczba osób biorących udział w Zadaniu nr 1 - Działania edukacyjne w szkołach – MODUŁ I	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	2 134	1 150	54%
Liczba osób biorących udział w Zadaniu nr 3 - Kwalifikacja uczestników do Programu – MODUŁ III	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	2 134	1 150	54%

²⁹ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźników, a także braku odpowiadającego wskaźnikowi zakresem miernika efektywności realizacji Programu (dla obu projektów) – niemożliwe jest ustalenie poziomu realizacji wskaźnika.

³⁰ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźników, wartość wskaźnika dla dwóch projektów przepisana została z wartości dostępnych mierników efektywności realizacji Programu.

³¹ Z powodu braku przedstawienia przez Beneficjenta raportu końcowego, a w tym wartości wskaźników, a także braku odpowiadającego wskaźnikowi zakresem miernika efektywności realizacji Programu (dla obu projektów) – niemożliwe jest ustalenie poziomu realizacji wskaźnika.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ²²⁾)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób biorących udział w Zadaniu nr 4 - Działania informacyjno-edukacyjne dla uczniów i ich rodziców/opiekunów – MODUŁ IV	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	4 268	1 150	27%
Liczba osób biorących udział w Zadaniu nr 5 - Działania terapeutyczne – MODUŁ V	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	1 707	1 071	63%
Liczba osób biorących udział w Zadaniu nr 6 - Badania końcowe – MODUŁ VI	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	1707	1 071	63%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego.

RPZ PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) NA LATA 2021-2022 (7.7)

ZAKRES INTERWENCJI

W ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego Województwa Zachodniopomorskiego pn. „Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022”

zrealizowane zostały cztery projekty:

- „Stop HPV w subregionie koszalińskim”,
- „Stop HPV w subregionie stargardzkim”,
- „Stop HPV w subregionie szczecineckim”,
- „Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień HPV dla 2228 dziewcząt z obszaru subregionu szczecińskiego oraz wzrost wiedzy na temat profilaktyki i zagrożeń wynikających z zakażeń wirusem HPV”.

Wszystkie projekty miały wspólny cel: **ograniczenie zagrożenia zachorowalności na zakażenia HPV wśród dziewcząt w wieku 11-14 lat** (urodzonych w latach 2008-2011) **z terenu województwa zachodniopomorskiego**, poprzez bezpłatne wykonanie pełnego schematu szczepienia oraz prowadzenie działań edukacyjnych i informacyjnych skierowanych do dzieci i ich rodziców/opiekunów. Cele operacyjne koncentrowały się na:

- zwiększeniu dostępności do usług zdrowotnych związanych z profilaktyką nowotworową,
- poprawie wskaźników wyszczepialności wśród populacji dziewcząt w wieku szkolnym,
- podniesieniu poziomu wiedzy w zakresie profilaktyki zakażeń HPV i związanych z nimi chorób nowotworowych,
- zwiększeniu świadomości zdrowotnej rodziców i opiekunów dziewcząt z grupy docelowej.

Działania obejmowały przede wszystkim:

- działania informacyjno-promocyjne,
- kwalifikację uczestniczek,
- działania edukacyjne,
- przeprowadzenie szczepień.

Każdy z projektów obejmował swym zasięgiem **wszystkie szkoły podstawowe znajdujące się na terenie danego subregionu**, co miało na celu zapewnienie **pełnej dostępności dla potencjalnych uczestniczek programu**. Projekty spełniały również kryteria premiujące, w tym zapewnienie dostępności usług w godzinach popołudniowych, wieczornych oraz w soboty, co miało na celu ułatwienie udziału w szczepieniach zarówno dziewczętom, jak i ich opiekunom.

W ramach czterech projektów realizowanych na terenie województwa zachodniopomorskiego w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) objęto programem łącznie 4 889 dziewcząt z roczników 2008-2011.

Kluczowym wskaźnikiem **skuteczności interwencji** było przeprowadzenie pełnego schematu szczepienia (dwie dawki), co udało się zrealizować na bardzo wysokim poziomie:

- 100% uczestniczek ukończyło pełny cykl szczepień w trzech z czterech projektów,
- Tylko w jednym przypadku zaszczepiono 99% uczestniczek – z projektu wyłączono jedynie 21 dziewcząt, najczęściej z powodu infekcji dziewcząt, które uniemożliwiały wykonanie szczepień w ustalonych terminach lub które nierzadko przyczyniały się do całkowitej rezygnacji rodziców dziecka z udziału w projekcie.

Tabela 28. Poziom populacji objętej pełnym schematem szczepienia

Projekt	Liczba dziewcząt objętych Programem	Liczba zaszczepionych dziewcząt pełnym schematem szczepienia	Odsetek dziewcząt z populacji objętej pełnym schematem szczepienia	Liczba dziewcząt, która rozpoczęła cykl szczepień i z różnych powodów go nie ukończyła
„Stop HPV w subregionie koszalińskim”	1095	1095	100%	0
„Stop HPV w subregionie stargardzkim”	706	706	100%	0
„Stop HPV w subregionie szczecineckim”	860	860	100%	0
„Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień HPV dla 2228 dziewcząt z obszaru subregionu szczecińskiego oraz wzrost wiedzy na temat profilaktyki i zagrożeń wynikających z zakażeń wirusem HPV”	2 228	2207	99%	21
Suma	4 889	4 868	-	21

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych.

W ramach wszystkich czterech projektów realizowanych w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie województwa zachodniopomorskiego przeprowadzono spójne i szeroko zakrojone działania informacyjno-promocyjne, ukierunkowane zarówno na uczennice z grupy docelowej, jak i ich rodziców/opiekunów prawnych, a także na szkoły i placówki medyczne. Podsumowując cztery projekty, zakres działań informacyjno-promocyjnych obejmował:

- **Kampanię edukacyjną i informacyjną**, realizowaną od połowy 2021 roku do końca 2022 roku, opartą na zróżnicowanych kanałach dotarcia, takich jak dedykowane strony internetowe, mailing do szkół i placówek POZ oraz bezpośrednie kontakty z placówkami oświatowymi,
- **Dystrybucję materiałów edukacyjnych** – w każdym z projektów przygotowano i rozpowszechniono komplet materiałów (plakaty, broszury, ulotki), opracowanych z wykorzystaniem aktualnej wiedzy medycznej i przygotowanych przez specjalistów (lekarzy, grafików, redaktorów merytorycznych). Broszury zostały wydrukowane w dużych nakładach (np. 1200-1800 sztuk) i przekazane do szkół podstawowych oraz placówek medycznych,
- **Zaangażowanie szkół i POZ** – działania promocyjne skierowane były do wszystkich szkół podstawowych w danym subregionie (łącznie ponad 400 placówek w całym województwie) oraz do ośrodków zdrowia, szpitali i indywidualnych praktyk lekarskich, w celu budowania świadomości oraz zachęcania do udziału w programie,
- **Bezpośrednią prezentację założeń projektów** – np. podczas godzin wychowawczych w szkołach lub wizyt w placówkach POZ. Materiały informacyjne zawierały m.in. opis programu, wskazanie grupy docelowej, miejsce wykonywania szczepień, informacje o bezpieczeństwie i skuteczności szczepień oraz dane kontaktowe do realizatorów,
- **Dywersyfikację godzin działań** – aby zapewnić maksymalną dostępność, działania informacyjno-promocyjne i konsultacje realizowano także popołudniami (po godz. 16:00), wieczorami oraz w soboty.

Co interesujące, z założenia we wszystkich projektach przed szczepieniem powinny być przeprowadzone **indywidualne konsultacje lekarskie**, których celem była ocena stanu zdrowia dziecka i wykluczenie przeciwwskazań do szczepienia. Z kolei podczas badania ilościowego zaledwie 40% ankietowanych rodziców wskazało, że konsultacja z lekarzem ta się istotnie odbyła.

Aby lepiej ocenić jakość zapewnionego wsparcia, zapytano respondentów także o to, jakie treści zostały im przekazane podczas etapu **wstępnej konsultacji lekarskiej**. Chociaż **91% pacjentów** otrzymało informacje na temat **skuteczności i bezpieczeństwa szczepionki** oraz **konieczności dokonania pełnego, dwudawkowego schematu szczepienia**, co świadczy o właściwym przekazaniu kluczowych kwestii związanych z samym szczepieniem, to inne aspekty wymagają uwagi.

Łącznie **70% pacjentów** zostało poinformowanych o **sposobie postępowania w razie wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego**, co oznacza, że **30% pacjentów nie otrzymało ważnych informacji na ten temat**. To poważny problem, ponieważ w razie reakcji poszczepiennych pacjenci i ich opiekunowie mogą nie wiedzieć, jak prawidłowo zareagować. Podobnie, **74% pacjentów** dowiedziało się o **możliwych powikłaniach i reakcjach organizmu na podaną szczepionkę**, co oznacza, że aż **26% pacjentów** nie zostało poinformowanych o potencjalnych ryzykach związanych z szczepieniem. Brak takich informacji może prowadzić do nieporozumień lub nieprzygotowania pacjentów na ewentualne skutki uboczne.

Podsumowując, chociaż pacjenci otrzymali istotne informacje dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności szczepionki, braki w edukacji na temat reakcji poszczepiennych oraz możliwych powikłań stanowią poważny problem.

Wykres 2. Treści przekazane pacjentkom i ich opiekunom podczas wstępnej konsultacji lekarskiej



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=23.

We wszystkich czterech projektach realizacja szczepień przebiegała według zbliżonego schematu, zgodnego z obowiązującymi zaleceniami producentów i standardami Programu. Szczepienia zostały zorganizowane zgodnie z obowiązującym schematem dwudawkowym – druga dawka była podawana po 6 miesiącach od pierwszej. Obie dawki były wykonywane przez wykwalifikowane pielęgniarki, a przed podaniem każdej z nich przeprowadzano konsultację lekarską. Dla zwiększenia dostępności szczepienia odbywały się w różnych lokalizacjach (szkoły, przychodnie, inne punkty medyczne) oraz w elastycznych godzinach – również popołudniami i w weekendy. Z założenia rodzice i opiekunowie byli informowani o terminach telefonicznie, mailowo lub SMS-em (**choć podczas badania CAWI/CATI tylko 48% wskazało, że otrzymało informację przypominającą o szczepieniu**). Po zakończeniu cyklu uczestniczki powinny otrzymać zaświadczenia o szczepieniu, zawierające wszystkie wymagane dane medyczne (również – **zaledwie 40% ankietowanych wykazało, że zaświadczenie to zostało im wydane**). W przypadku ewentualnych działań niepożądanych zapewniono ścieżkę dalszej opieki medycznej w ramach świadczeń gwarantowanych. Wszystkie działania realizowano zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami sanitarnymi. **Użyto wyłącznie**

szczepionek dopuszczonych do obrotu na terenie Polski, wybranych przez WN w oparciu o zalecenia producentów. Udział w projekcie był dobrowolny – możliwa była rezygnacja na każdym etapie po złożeniu pisemnej deklaracji. Na zakończenie uczestnicy zostali poproszeni o wypełnienie ankiety monitoringowej.

Istotnym elementem analizy jest ponownie **edukacja, w tym przypadku na temat profilaktyki HPV i związanych z nią zagrożeń.** Według deklaracji, została ona zapewniona **36% pacjentów.** Pomimo tego, iż aż 81% z nich uznało, że ta edukacja przyczyniła się do poprawy ich wiedzy i sytuacji zdrowotnej, **należy pamiętać, że aż 64% badanych nie otrzymało tego etapu wsparcia lub było ono dla nich na tyle znikome, by nie odczuć jego skutków i nie zapamiętać faktu uzyskania pomocy edukacyjnej/informacyjnej.**

Tabela 29. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
Dwie dawki szczepionki w odpowiednim odstępie czasowym	98%	0%	19%	81%
Przypomnienie SMS-owe lub mailowe o drugim terminie szczepienia	48%	Nd.	Nd.	Nd.
Wstępna konsultacja lekarska	40%	0%	35%	65%
Otrzymanie zaświadczenia o wykonaniu szczepienia	40%	0%	17%	83%
Edukacja dot. profilaktyki HPV i związanych z nim zagrożeniach – dokonywana przez pielęgniarkę/pielęgniara	36%	0%	19%	81%
<i>(Jeśli wystąpiły skutki uboczne)</i> Zapewnienie dalszego leczenia	2%	0%	100%	0%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=58. „Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

W przypadku jednego z projektów, dla którego dostępne były szczegółowe dane monitoringowe, **odsetek zgłaszalności do szczepień kształtował się na wysokim poziomie** – 91% uczestniczek otrzymało pierwszą dawkę szczepionki, a 87% zrealizowało pełny schemat szczepienia, przyjmując również drugą dawkę. Ponadto w żadnym z projektów **nie odnotowano niepożądanych odczynów poszczepiennych**³², co generalnie potwierdza bezpieczny przebieg całej interwencji zdrowotnej. Analiza wyników wypełnionych ankiet monitoringowych wskazuje na:

„Stop HPV w subregionie koszalińskim”:

- 47% ocen „bardzo dobrze”, 45% „dobrze”,
- Najlepiej oceniono uprzejmość lekarzy, szybkość rejestracji i czystość w poczekalni.

„Stop HPV w subregionie szczecińskim”:

- 65% ocen „bardzo dobrze”, 31% „dobrze”,
- Wysoko oceniono jakość konsultacji lekarskiej i organizację zapisów na wizyty.

„Stop HPV w subregionie stargardzkim”:

- 50% ocen „bardzo dobrze”, 44% „dobrze”,
- Podobnie jak w innych projektach – wysoko oceniono sposób umawiania oraz same konsultacje.

„Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień HPV dla 2228 dziewcząt z obszaru subregionu szczecińskiego oraz wzrost wiedzy na temat profilaktyki i zagrożeń wynikających z zakażeń wirusem HPV”:

- 98% respondentów oceniło udział w programie jako „bardzo dobry”,
- W komentarzach podkreślano sprawną organizację i potrzebę kontynuacji podobnych działań.

EFEKTY I TRWAŁOŚĆ INTERWENCJI

W ramach analizy rezultatów zapewnianego pacjentkom wsparcia, należy odnieść się nie tylko do rodzajów podejmowanych działań, ale również ich skuteczności, tj. otrzymanych efektów. Warto jednak mieć na uwadze to, iż ocena długotrwałych efektów w przypadku zastosowania szczepień na HPV, nie jest możliwa na chwilę obecną, wobec czego kwestia ta rozpatrywana jest pod względem subiektywnej oceny respondentów (zwłaszcza w przypadku efektu „zmniejszenie ryzyka zakażenia HPV u dziecka”).

Bardzo trudno ocenić właśnie trwałość efektów, bo tak jak już powiedziałam, w szczepieniach HPV te efekty będą po kilku latach

³² Choć jeden respondent wskazywał na nie w badaniu ilościowym – były one powodem wycofania dziecka ze wsparcia.

możliwe do identyfikacji. To też nie ma takich narzędzi, żebyśmy my to zrobili, ale te osoby, które były szczepione, mogą to stwierdzić po kilku latach. (przedstawiciel IZ)

W celu podsumowania powyższych zapisów, warto zapoznać się z zestawieniem wskazań poziomu osiągnięcia wskaźników oraz celów szczegółowych. Należy podkreślić, iż **program osiągnął 90% wartości docelowej w zakresie liczby osób objętych usługami zdrowotnymi w programie**, co wskazuje na dobry postęp w realizacji tego wskaźnika. Choć wynik nie osiągnął pełnej wartości docelowej, to jest bliski założonemu celowi. Również w przypadku **liczby dziewcząt objętych szczepieniami projekt osiągnął 90% wartości docelowej**. Wartość ta sugeruje, że większość zakładanych dot. liczby osób objętych szczepieniami została zrealizowana, **co jest istotnym wskaźnikiem w kontekście celu pierwszego projektu (zwiększenie liczby zaszczepionych dziewcząt o 30%)**.

Tabela 30. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Profilaktyka zakażeń wirusem HPV

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³³)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie (P) [osoby]	Kluczowe	5 427	4 889	90%
Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług społecznych istniejących po zakończeniu projektu (R) [szt.]	Kluczowe	30	30	100%
Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych wsparciem w programie (P) [osoby]	Specyficzne dla programu	10 854	9 625	89%

³³ Wskaźnik rezultatu bezpośredniego oznaczono literą „R”, wskaźniki produktu natomiast literą „P”.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³³)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba dziewcząt objętych szczepieniami (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 4 projektów)	5 427	4 868	90%
Wzrost wiedzy i świadomości społecznej nt. wirusa HPV wśród dziewcząt urodzonych w latach 2009-2011 i ich rodziców/ opiekunów prawnych z obszaru subregionu szczecińskiego (R) [%]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	80	89	111%
Wzrost wyszczepialności dziewcząt urodzonych w latach 2009-2011 z subregionu szczecińskiego (R) [%]	Specyficzne dla projektu (właściwy dla 1 projektu)	30	22	73%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego.

W ramach czterech projektów realizowanych w zakresie profilaktyki zakażeń wirusem HPV, łącznie u **7 440 dziewcząt oraz ich rodziców/opiekunów prawnych** odnotowano **wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki i zagrożeń zdrowotnych związanych z zakażeniem wirusem HPV. Wzrost wiedzy o 60% na temat profilaktyki i zagrożeń wynikających z zakażeń wirusem HPV (cel 2) został przekroczony, osiągając 111% wartości docelowej.** To bardzo pozytywny wynik, który świadczy o **efektywności działań edukacyjnych skierowanych do dziewcząt 12-letnich oraz ich rodziców i opiekunów prawnych.**

Tabela 31. Poziom wzrost poziomu wiedzy rodziców i dzieci w poszczególnych projektach

Projekt	Liczba dziewcząt, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki i zagrożeń zdrowotnych wynikających z zakażenia wirusem HPV	Liczba rodziców/opiekunów prawnych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy nt. profilaktyki i zagrożeń zdrowotnych wynikających z zakażenia wirusem HPV
„Stop HPV w subregionie koszalińskim”	1095	1052
„Stop HPV w subregionie stargardzkim”	706	686
„Stop HPV w subregionie szczecineckim”	860	834
„Zwiększenie dostępności do bezpłatnych szczepień HPV dla 2228 dziewcząt z obszaru subregionu szczecińskiego oraz wzrost wiedzy na temat profilaktyki i zagrożeń wynikających z zakażeń wirusem HPV”	2 207	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych monitoringowych.

Co interesujące, wyniki badania ilościowego potwierdzają, że **większość pacjentów, którzy otrzymali wsparcie, odczuła pozytywne efekty. Zwiększenie świadomości opiekunów w kwestii zagrożeń związanych z HPV** zostało osiągnięte przez **88% respondentów**, co świadczy o skuteczności działań w tym zakresie. Ponadto, **wśród 84% dzieci również odnotowano wzrost świadomości na temat zagrożeń związanych z HPV**. Również **84% opiekunów wskazało na zauważalne zwiększenie świadomości dotyczącej znaczenia profilaktyki zakażeń HPV**. Potwierdzono ten rezultat także wśród 83% dzieci. Dodatkowo, aż **88% respondentów zadeklarowało poczucie zmniejszenia ryzyka zakażenia HPV**. Wyniki te podkreślają **efektywność działań**, które przyczyniły się do zwiększenia wiedzy na temat HPV oraz **wzmocnienia poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego u uczestników programu**.

Tabela 32. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Zwiększenie Pana/i świadomości w kwestii zagrożeń związanych z HPV	2%	7%	88%	100%
Zmniejszenie ryzyka zakażenia HPV u dziecka	2%	9%	88%	100%
Zwiększenie świadomości dziecka w kwestii znaczenia profilaktyki zakażeń HPV	2%	9%	84%	98%
Zwiększenie świadomości dziecka w kwestii zagrożeń związanych z HPV	2%	9%	84%	100%
Zwiększenie Pana/i świadomości w kwestii znaczenia profilaktyki zakażeń HPV	2%	10%	83%	100%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=58. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

Podczas wywiadów jakościowych jeden z beneficjentów zwrócił także uwagę na **efekt edukacyjny**, wskazując na **pozytywne reakcje ze strony dyrektorów szkół i nauczycieli**, którzy docenili przygotowany przez organizatora film edukacyjny. Choć film został sfinansowany z **funduszy poza projektowych**, jego oddziaływanie na zwiększenie świadomości o HPV miało również charakter długofalowy.

My zrobiliśmy specjalny film dla tych dzieciaków, który po prostu dostała każda szkoła w subregionach, po to, żeby móc pokazać na lekcjach czy to wychowawczych, czy na biologii, co to jest to HPV i dlaczego jest groźne. (beneficjent 1, RPZ HPV)

ROZWÓJ PROFILAKTYKI NOWOTWOROWEJ W KIERUNKU WYKRYWANIA RAKA PIERSI, SZYJKI MACICY I RAKA JELITA GRUBEGO (6.8)

Zakres analizy danych zastanych przeprowadzony na rzecz wnioskowania w niniejszym dziale różnił się względem powyższych z uwagi na to, że był to projekt realizowany poza ramami Regionalnych Programów Zdrowotnych.

W ramach ewaluacji projektu „**Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego**” szczegółowej analizie poddane zostało pięć projektów, wymienionych poniżej. Celem analizy była **weryfikacja**

zgodności realizowanych interwencji z logiką interwencji Programu Regionalnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, a konkretnie działania 6.8.

Ocena została przeprowadzona w trzech etapach:

- zbadano, w jakim stopniu cele poszczególnych projektów pokrywają się z celami programu, zarówno ogólnymi, jak i szczegółowymi,
- sprawdzono, czy typy realizowanych działań wpisują się w katalog interwencji przewidzianych w dokumentach programowych oraz czy ich charakterystyka odpowiada zaplanowanemu zakresowi wsparcia,
- **przeanalizowano wskaźniki realizacji projektów** – zarówno pod kątem ich spójności z ramą wskaźnikową programu, jak i stopnia osiągnięcia zaplanowanych wartości – analiza została podzielona na dwa uzupełniające się moduły: ocenę trafności i spójności wskaźników projektowych oraz analizę poziomu osiągnięcia wskaźników kluczowych z poziomu programu.

ZAKRES INTERWENCJI

Dokumenty programowe definiują cel szczegółowy działania 6.8 jako **wdrażanie programów zdrowotnych dla osób w wieku aktywności zawodowej dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy**. Równocześnie wskazuje się, że interwencje w ramach działania powinny zmierzać do **zwiększenia zgłaszalności na badania profilaktyczne, a także zapobiegania chorobom wpływającym na rynek pracy oraz wspierania wydłużenia aktywności zawodowej**.

Analiza zapisów projektowych potwierdza ich zgodność z tym celem – we wszystkich wnioskach cele odnosiły się zarówno do aspektów zdrowotnych (profilaktyka, wczesna diagnostyka), jak i do wpływu działań na zdolność do pracy. Różnice dotyczyły głównie stopnia ekspozycji aspektu zawodowego – w części projektów był on centralny („Dbam o zdrowie”, „WIEM, BADAM SIĘ, ZAPOBIEGAM”), w innych pełnił rolę uzupełniającą („Moja Mammografia – Moje Życie”).

Po ocenie zgodności celów kolejnym krokiem jest analiza **czy typy i zakresy rzeczowe interwencji projektowych są zgodne z przewidzianymi w dokumentach programowych założeniami**. Oceniono, czy działania przewidziane w poszczególnych projektach mieszczą się w wyszczególnionym katalogu działań kwalifikowalnych oraz czy ich realizacja prowadzi do osiągnięcia zamierzonych efektów w zakresie profilaktyki nowotworowej. **Podstawą analizy były opisy zakresów rzeczowych zawarte we wnioskach o dofinansowanie**.

Podsumowując, **wszystkie analizowane projekty cechuje kompleksowe podejście do profilaktyki nowotworowej**, ukierunkowane na wykrywanie raka piersi, raka szyjki macicy i raka jelita grubego. **Projekty skutecznie łączyły różnorodne formy interwencji** – od działań diagnostycznych, przez intensywną edukację zdrowotną i promocję badań profilaktycznych, po wsparcie organizacyjne i zakup specjalistycznego sprzętu medycznego.

We wszystkich przypadkach zrealizowane zostały:

- **usługi zdrowotne** w postaci badań kolonoskopowych, cytologicznych oraz mammograficznych, często wykraczające poza limity NFZ, z zapewnieniem kompleksowej obsługi medycznej,
- **działania informacyjno-edukacyjne** obejmujące kampanie medialne, spotkania lokalne, konferencje, prelekcje, festyny i warsztaty o zdrowym stylu życia,
- **edukacja kadr medycznych**, w tym lekarzy POZ i personelu pielęgniarskiego, poprzez szkolenia, seminaria i dystrybucję materiałów naukowych,
- **wsparcie logistyczne i organizacyjne**, tj. zapewnienie transportu, opieki nad osobami zależnymi oraz prowadzenie infolinii wspierającej zapisy na badania,
- **zakup i doposażenie placówek medycznych** w sprzęt do diagnostyki raka (m.in. mammobusy, kolonoskopie, myjki endoskopowe, aparatura komputerowa), co znacząco zwiększyło dostępność i jakość świadczonych usług.

Wyniki szczegółowej analizy przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 33. Szczegółowa analiza stopnia pokrycia celów projektu z celami Programu oraz stopnia zgodności projektów z zakresem rzeczowym interwencji – profilaktyka nowotworowa

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego w Szpitalu w Barlinku	Cel projektu: zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne w kierunku wykrywania chorób negatywnie wpływających na rynek pracy, wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego. Podkreślono znaczenie wczesnej diagnostyki dla ograniczania absencji zawodowej i wzmacniania konkurencyjności pracowników. Ocena zgodności: bardzo wysoka	Projekt realizował kompleksową profilaktykę raka szyjki macicy i jelita grubego wśród mieszkańców województwa zachodniopomorskiego w wieku aktywności zawodowej. Obejmował badania przesiewowe (cytologia, kolonoskopia), działania edukacyjne (festyny, konferencje, spotkania z lekarzami, kampania informacyjna) oraz doposażenie placówek medycznych (m.in. kolonoskop, fotel ginekologiczny, diatermia). Zapewniono także wsparcie organizacyjne – opiekę nad osobami niesamodzielnymi, zwrot kosztów dojazdu i poczęstunek. Ocena: Zakres rzeczowy projektu w pełni zgodny z typem interwencji; uwzględniono wszystkie kwalifikowalne działania (a-f).
Zbadaj się, wygraj zdrowie! – program badań profilaktycznych w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi i raka jelita grubego w wybranych powiatach województwa zachodniopomorskiego	Cel projektu: zwiększenie wiedzy i świadomości zdrowotnej oraz zgłaszalności na badania profilaktyczne (mammografia i kolonoskopia). We wniosku wykazano związek między chorobami objętymi interwencją a wpływem na zdolność do pracy. Wprost zadeklarowano, że projekt przyczynia się do realizacji celu szczegółowego działania 6.8 i że grupę docelową stanowią osoby w wieku	Projekt obejmował kompleksową profilaktykę raka jelita grubego i piersi, łącząc edukację, badania przesiewowe, wsparcie organizacyjne i szkolenia kadr medycznych. Działania realizowano w sześciu powiatach, w tym czterech z ograniczonym dostępem do świadczeń („białe plamy”). Przeprowadzono kampanię informacyjną, przeszkolono 26 lekarzy i personel medyczny, wykonano 400 kolonoskopii i 2700 badań mammograficznych (NFZ), zapewniono zwroty kosztów dojazdu i zakupiono sprzęt endoskopowy.

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
	aktywności zawodowej. Ocena zgodności: bardzo wysoka	Ocena: Projekt w pełni zgodny z typem interwencji – obejmował usługi zdrowotne (a), działania edukacyjne (b, c), wsparcie organizacyjne (d) i inwestycje sprzętowe (f).
Dbam o zdrowie	Celem projektu było bezpośrednio „wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców” poprzez działania edukacyjne i diagnostyczne w zakresie raka szyjki macicy i jelita grubego. Grupa docelowa została jednoznacznie określona jako osoby w wieku produkcyjnym, a interwencja objęła działania zwiększające zgłaszalność na badania oraz niwelujące nierówności w dostępie do świadczeń. Ocena zgodności: bardzo wysoka	Projekt skupiał się na zwiększeniu świadomości zdrowotnej mieszkańców powiatów myśliborskiego i gryfińskiego w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy i jelita grubego. Zrealizowano szeroką kampanię medialną, dystrybucję materiałów drukowanych, spotkania edukacyjne oraz 6-godzinne programy edukacyjne. Wykonano 864 badania cytologiczne i 864 kolonoskopie, a dzięki zakupowi nowoczesnego sprzętu medycznego (wideokolonoskopy, myjnie, kardiomonitor) utworzono dwa nowe stanowiska diagnostyczne. Ocena: Projekt kompleksowo realizował typ interwencji – obejmował działania w zakresie: usług zdrowotnych (a), edukacji (b, c), organizacji dostępu (d, e) oraz inwestycji sprzętowych (f).
Moja Mammografia – Moje Życie	Projekt ukierunkowany był na poprawę wskaźników umieralności i jakości życia kobiet w wieku 50–69 lat w związku z nowotworem piersi. Wskazano, że grupę docelową stanowią również kobiety aktywne zawodowo, a wcześniejsze wykrycie choroby sprzyja utrzymaniu aktywności społecznej i zawodowej. Choć	Projekt realizowany w województwie zachodniopomorskim skupiał się na poprawie wykrywalności raka piersi i zwiększeniu zgłaszalności kobiet w wieku 50-69 lat na mammografię. Wykonano 33 000 badań, koncentrując się na obszarach o utrudnionym dostępie („białe plamy”), a dostępność zwiększono dzięki zakupowi dwóch mammobusów. Przeprowadzono 30 seminariów dla kobiet, 42 spotkania z personelem medycznym i dystrybucję

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
	projekt koncentruje się głównie na celu zdrowotnym, odniesienie do celu szczegółowego działania 6.8 zostało zawarte w sposób explicite i spójny z logiką interwencji. Ocena zgodności: wysoka (aspekt zatrudnienia mniej wyeksponowany, ale obecny i adekwatny).	materiałów do 290 placówek POZ. Kampanię informacyjną wspierały ulotki, call center, rozmowy pielęgniarek oraz baza uczestniczek. Ocena: Projekt zgodny z typem interwencji – obejmował działania zdrowotne (a), informacyjno-edukacyjne (b), edukację kadr POZ (c) oraz inwestycje sprzętowe (f).
WIEM, BADAM SIĘ, ZAPOBIEGAM – badania dla mieszkańców powiatu koszalińskiego w kierunku wykrywania raka jelita grubego	We wniosku jasno wykazano związek między nowotworem jelita grubego a ryzykiem wykluczenia z rynku pracy. Interwencja była skierowana do osób w wieku aktywności zawodowej i obejmowała działania edukacyjne dla społeczności lokalnej i personelu medycznego. Wskazano konkretne grupy ryzyka, bariery dostępu oraz uzasadnienie oparte na lokalnych danych epidemiologicznych i gospodarczych, co podnosi trafność interwencji. Ocena zgodności: bardzo wysoka	Projekt obejmował kompleksową profilaktykę raka jelita grubego wśród osób w wieku 55-64 lata i z obciążeniem genetycznym. Wykonano badania kolonoskopowe (również ze znieczuleniem i usuwaniem polipów), zapewniono transport, zwroty kosztów dojazdu i opiekę nad osobami zależnymi. Zrealizowano szerokie działania edukacyjne: 48 spotkań otwartych, 40 wydarzeń z mobilnym punktem („biały namiot”), warsztaty w 8 gminach, kampanię promującą badania, działania informacyjne w POZ oraz publikację nt. zdrowego odżywiania. Zakupiono pełne wyposażenie do kolonoskopii i przeszkolono personel z 20 placówek POZ. Ocena: Projekt w pełni wpisuje się w typ interwencji – realizował działania z zakresu: usług zdrowotnych (a), edukacji (b, c), organizacji dostępu (d, e) oraz zakupu sprzętu medycznego (f).

Źródło: analiza własna na podstawie danych dostarczonych przez Zamawiającego i Instytucję Pośredniczącą.

Jak wskazano, w ramach ewaluowanego projektu **pacjenci** otrzymali różne formy wsparcia zdrowotnego. Zgodnie z wynikami badania ilościowego, najczęściej deklarowaną formą wsparcia były bezpłatne badania profilaktyczne – **mammografia (56%), kolonoskopia (36%) oraz cytologia (15%)**. Wysoka dostępność tych usług diagnostycznych wskazuje na **istotną rolę podstawowej profilaktyki onkologicznej w realizowanym projekcie**. Co szczególnie ważne, niemal wszyscy pacjenci, którzy skorzystali z tych badań, ocenili je jako korzystnie wpływające na ich zdrowie i jakość życia (odpowiednio: 98% w przypadku mammografii i cytologii oraz 92% w przypadku kolonoskopii).

Co interesujące, bardzo **mały odsetek respondentów wskazał wsparcie w formy znieczulenia podczas kolonoskopii** (podczas gdy analiza danych monitoringowych wykazała, że odsetek ten plasuje się na poziomie 92%). Jest to istotna informacja, ponieważ brak zastosowania znieczulenia podczas kolonoskopii **może działać zniechęcająco na pacjentów**, ograniczając ich gotowość do udziału w badaniach profilaktycznych – zwłaszcza że procedura ta bywa **postrzegana jako nieprzyjemna i bolesna**.

Warto również zwrócić uwagę na stosunkowo **niski odsetek pacjentów, którzy skorzystali z konsultacji lekarskich** – zarówno ogólnych (11%), jak i indywidualnych dotyczących wyników przeprowadzonych badań (10%). Biorąc pod uwagę kluczowe znaczenie interpretacji wyników oraz rozmowy z lekarzem w kontekście dalszego postępowania zdrowotnego, **tak niski poziom wykorzystania tej formy wsparcia może budzić pewne obawy**. Konsultacje lekarskie stanowią nieodzowny element procesu diagnostycznego i profilaktycznego – pozwalają pacjentowi zrozumieć, co dzieje się z jego organizmem, jaką wagę mają wykryte nieprawidłowości oraz jakie kroki należy podjąć w celu poprawy stanu zdrowia lub dalszej diagnostyki. Tym bardziej istotny jest fakt, że wśród osób, które miały dostęp do konsultacji, niemal wszyscy uznali je za istotne i korzystne – odpowiednio 94% i 97% respondentów zadeklarowało, że wsparcie to przyczyniło się do poprawy ich zdrowia i jakości życia.

Tabela 34. Otrzymane rodzaje wsparcia³⁴ wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
Bezpłatne badania profilaktyczne – mammografia	56%	0%	2%	98%
Bezpłatne badania profilaktyczne – kolonoskopia	36%	1%	7%	92%
Bezpłatne badania profilaktyczne – cytologia	15%	0%	2%	98%
Znieczulenie podczas badań kolonoskopowych	14%	0%	23%	77%
Konsultacje lekarskie	11%	0%	6%	94%
Indywidualne konsultacje dot. wyników badania	10%	0%	3%	97%
Badania przesiewowe dla osób w grupach ryzyka	4%	0%	0%	100%
Warsztaty i spotkania edukacyjne dla pacjentów	1%	0%	0%	100%
Zwrot kosztów dojazdu na badanie	0% (1 os.)	0%	0%	100%
Zapewnienie opieki nad osobą zależną	0% (1 os.)	0%	0%	100%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=292. „Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

Ponadto dokonano oceny poszczególnych elementów wsparcia z perspektywy pacjentów. Wskazuje ona na bardzo wysoką jakość realizacji większości działań w projekcie. Prawie wszyscy badani zgodzili się ze stwierdzeniem, że **personel medyczny był odpowiednio przygotowany do przeprowadzania badań** (98%) oraz do **przekazywania wiedzy na temat chorób nowotworowych** (97%). Równie wysoka była **ocena przygotowania informacyjnego** – aż 98% pacjentów zadeklarowało, że **przed rozpoczęciem badania zostali odpowiednio poinformowani o jego przebiegu**, a

³⁴ Zakładane rodzaje wsparcia zostały na rzecz niniejszego badania wyszczególnione w oparciu o opisy projektów.

także uznali kampanie informacyjne (broszury, ulotki, strony internetowe) za łatwo dostępne i zrozumiałe.

W pełni pozytywnie oceniono również **organizację procesu diagnostycznego** – 100% respondentów wskazało, że **badania odbywały się w dogodnych terminach**. Dobrze oceniono również **dostosowanie infrastruktury placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami** (95%), co potwierdza dbałość o inkluzywność działań, jednakże aspekt ten otrzymał **najwięcej ocen negatywnych, co należy uwzględnić podczas wdrażania kolejnych podobnych projektów**.

Nieco niższe, choć nadal pozytywne oceny uzyskała kwestia **nastawienia personelu medycznego do pacjentów** – **76% badanych oceniło je jako pozytywne**, natomiast aż 22% miało trudność z jednoznaczną oceną. Może to sugerować zróżnicowane doświadczenia pacjentów w kontakcie z personelem, co warto uwzględnić w dalszym doskonaleniu jakości obsługi.

Podsumowując, z perspektywy pacjentów projekt został zrealizowany w sposób **profesjonalny i przyjazny**, szczególnie w zakresie **przygotowania merytorycznego, organizacyjnego i informacyjnego**. Jedynym obszarem wymagającym uwagi pozostaje **postawa interpersonalna części personelu medycznego**, która dla części uczestników była trudna do oceny lub niewystarczająco pozytywna.

Tabela 35. Ocena poszczególnych elementów wsparcia

Stwierdzenie	Nie zgadzam się	Trudno stwierdzić	Zgadzam się
Personel medyczny był odpowiednio przygotowany do przeprowadzanych badań	1%	1%	98%
Personel medyczny był odpowiednio przygotowany do przekazywania wiedzy nt. chorób nowotworowych	1%	2%	97%
Personel medyczny był pozytywnie nastawiony do pacjentów	1%	22%	76%
Badania odbywały się w dogodnych terminach	0%	0%	100%
Infrastruktura placówki dostosowana była do potrzeb osób z niepełnosprawnościami	3%	2%	95%
Byłem/am odpowiednio przygotowana na przebieg badania – wszystko wyjaśniono mi przed rozpoczęciem badania	1%	1%	98%

Stwierdzenie	Nie zgadzam się	Trudno stwierdzić	Zgadzam się
Organizowane kampanie informacyjne i edukacyjne (broszury, ulotki, strony internetowe) były łatwo dostępne i zrozumiałe	1%	1%	98%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=292. „Zgadzam się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie zgadzam się” należy analizować tabelę analogicznie.

W odniesieniu do personelu medycznego uczestniczącego w projekcie, analizie poddano różne formy wsparcia oferowane w celu podniesienia jakości ich pracy, w szczególności poprzez działania szkoleniowe i edukacyjne. Największy odsetek pracowników medycznych **wziął udział w szkoleniach obejmujących tematykę profilaktyki nowotworowej i wczesnego wykrywania nowotworów** – udział w tej formie wsparcia zadeklarowało aż 95% respondentów. Co istotne, wszyscy uczestnicy ocenili te szkolenia jako **przyczyniające się do poprawy jakości ich pracy**, co potwierdza wysoką skuteczność tej formy interwencji. **Szkolenia dotyczące edukacji pacjentów, motywowania do badań oraz spotkania edukacyjne zostały wysoko ocenione przez kadrę medyczną** – ponad 90% uczestników uznało je za przydatne w poprawie jakości pracy. Choć nieco mniej osób wzięło udział w spotkaniach edukacyjnych (86%), także one zostały ocenione pozytywnie (88%). Wsparcie to trafnie odpowiadało na potrzeby personelu, rozwijając zarówno wiedzę merytoryczną, jak i kompetencje komunikacyjne.

Tabela 36. Zakres wsparcia wraz z oceną ich wpływu na poprawę jakości pracy kardy medycznej

Zakres wsparcia	Medycy deklarujący otrzymanie danego rodzaju wsparcia	Stopień, w jakim zakres przyczynił się do poprawy jakości pracy		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
Szkolenia obejmujące tematykę profilaktyki nowotworowej i wczesnego wykrywania nowotworów	95%	0%	0%	100%
Szkolenia dot. roli lekarza i pracowników medycznych w edukacji	90%	6%	0%	94%

Zakres wsparcia	Medycy deklarujący otrzymanie danego rodzaju wsparcia	Stopień, w jakim zakres przyczynił się do poprawy jakości pracy		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
pacjentów i kierowaniu na badania profilaktyczne				
Szkolenia z zakresu motywowania pacjentów do badań	90%	6%	0%	94%
Spotkania edukacyjne	80%	6%	6%	88%
Dostęp do materiałów edukacyjnych	80%	6%	6%	88%
Zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego w placówce	80%	0%	12%	88%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=20.

„Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

EFEKTY I TRWAŁOŚĆ INTERWENCJI

Kolejnym etapem analizy ww. interwencji jest ocena trafności i spójności wskaźników projektowych. Analizowane projekty stosowały **szeroki zakres wskaźników produktowych i rezultatów**, których struktura potwierdza **trafność i spójność z logiką interwencji** przewidzianą dla działania 6.8 RPO WZ 2014-2020. Wskaźniki te można podzielić na pięć głównych kategorii:

- Dotarcie do grup szczególnego ryzyka – wskaźniki dotyczyły osób z małych miejscowości i „białych plam”, co wspiera eliminację nierówności w zdrowiu,
- Zakres realizacji badań profilaktycznych – liczba wykonanych badań (cytologia, mammografia, kolonoskopia) pozwala ocenić efektywność działań,
- Działania informacyjno-edukacyjne – liczba uczestników spotkań i przeszkolonych lekarzy obrazowała działania zwiększające zgłaszalność na badania,
- Organizacja i logistyka interwencji – np. liczba zaproszeń, doposażenie, zabiegi ze znieczuleniem – wspierały ocenę jakości i dostępności usług,
- Efekty bezpośrednie (rezultaty) – np. liczba osób, które zgłosiły się na badania dzięki projektowi, co umożliwia ocenę skuteczności.

Analiza wykazała, że wszystkie badane projekty posługiwały się wskaźnikami dobrze zakotwiczonymi w logice interwencji. Cechą charakterystyczną zestawu wskaźników projektowych było:

- silne **ukierunkowanie na rezultaty bezpośrednie** (np. liczba badań, liczba uczestników działań edukacyjnych),
- obecność **wskaźników strukturalnych i dostępnościowych**, odnoszących się do wyrównywania różnic terytorialnych (np. „białe plamy”, małe miejscowości),
- ujęcie **grup defaworyzowanych** (np. kobiety nigdy wcześniej nieobjęte badaniami),
- brak **wskaźników ogólnych** niepowiązanych z typem projektu, co świadczy o trafnej konstrukcji narzędzi pomiaru.

Pomimo zbliżonego charakteru interwencji, analizowane projekty posługiwały się różnymi zestawami wskaźników, zarówno na poziomie produktu, jak i rezultatu.

Wskaźniki te nie były wzajemnie porównywalne ani w pełni spójne pod względem zakresu tematycznego, definicji ani sposobu pomiaru. **W efekcie utrudniona jest możliwość zestawienia wyników dla celów zbiorczej analizy, porównania skuteczności modeli wdrożeniowych lub oceny efektów działań w ujęciu przekrojowym.** Należy zaznaczyć, że dobór wskaźników projektowych mieści się w granicach dopuszczalnej elastyczności, jaką mają wnioskodawcy.

Istotna jest także analiza poziomu osiągnięcia wskaźników kluczowych z poziomu programu, stanowiąca drugą część oceny projektów. Warto skupić się na tym, w jakim stopniu badane projekty przyczyniają się do realizacji **wskaźników kluczowych przypisanych działaniu 6.8** na poziomie programu. Zgodnie z zapisami dokumentów programowych, dla działania 6.8 przewidziano trzy wskaźniki:

- liczba **osób objętych programem** zdrowotnym dzięki EFS (wartość docelowa: 37 800 osób) – w analizowanych projektach: 45 349 osób (przy zakładanej wartości 43 232) – **wynik powyżej celu programowego,**
- odsetek osób, które **po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie** (wartość docelowa: 60%) – wskaźnik nie był stosowany w analizowanych projektach (**brak pomiaru w tym zakresie**),
- odsetek osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (wartość docelowa: 60%) – w analizowanych projektach: 44 080 osób (przy założeniu 42 060 – **realizacja na poziomie 105%**).

Należy zauważyć, że **przedstawione dane dotyczą wyłącznie projektów wybranych do analizy, a zatem nie obejmują pełnego zakresu interwencji realizowanych w ramach działania 6.8.** Wyniki te mogą jednak stanowić istotny sygnał o **znaczącym wkładzie analizowanych projektów w realizację celów programowych. Analizowane projekty z zakresu profilaktyki nowotworowej były zgodne z logiką interwencji działania 6.8** – zarówno pod względem typu działań, jak i celów: profilaktyki chorób wpływających na rynek pracy, zwiększania zgłaszalności na badania oraz wydłużania aktywności zawodowej. Wskaźniki projektowe były trafne i spójne z zakresem interwencji, często ukierunkowane na grupy defaworyzowane (np. osoby z „białych plam”, kobiety nigdy wcześniej nieobjęte badaniami). Pomimo różnic w doborze wskaźników między projektami, ich treść odzwierciedlała główne cele działania. Projekty nie tylko skutecznie realizowały założenia działania 6.8, ale także przyczyniły się do poprawy dostępności i skuteczności działań profilaktycznych w regionie.

Tabela 37. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Działanie 6.8 Typ projektu 1 (profilaktyka nowotworowa)

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³⁵)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS (P) [osoby]	Kluczowe	54 335	52 273	96%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne (R) [osoby]	Kluczowe	47 563	47 654	100%
Liczba podmiotów objętych wsparciem w zakresie zwalczania lub przeciwdziałania skutkom pandemii COVID-19 (P) [szt.]	Kluczowe	2	2	100%
Wartość wydatków kwalifikowalnych przeznaczonych na działania związane z pandemią COVID-19 (P) [PLN]	Kluczowe	14 990,36	14 990,36	100%
Liczba osób uczestniczących w działaniach informacyjno-edukacyjnych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	9 542	8 804	92%
Liczba osób z personelu medycznego uczestniczących w działaniach edukacyjnych (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	76	76	100%
Liczba zakupionych nowych środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych (P) [szt.]	Specyficzne dla projektu	11	11	100%

³⁵ Wskaźnik rezultatu bezpośredniego oznaczono literą „R”, wskaźniki produktu natomiast literą „P”.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³⁵)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób z grupy docelowej zamieszkujących w miejscowościach poniżej 20 tys. mieszkańców (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	810	1 121	138%
Procent osób z grupy docelowej zamieszkujących w miejscowościach poniżej 20 000 mieszkańców (P) [%]	Specyficzne dla projektu	Dla projektu: 76,00 Dla projektu: 75,00 Dla projektu: 54,00 ³⁶	Dla projektu: 99,55 Dla projektu: 100,00 Dla projektu: 64,38	Dla projektu: 131% Dla projektu: 133% Dla projektu: 119%
Liczba uczestników projektu objętych znieczuleniem (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	1 103	1 016	92%
Liczba kobiet, do których wysłano imienne zaproszenia (rak szyjki macicy) (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	1 000	1 000	100%
Liczba osób objętych wsparciem w projekcie w ramach profilaktyki raka piersi z terenu białych plam (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	810	417	51%
Liczba osób, do których wysłano imienne zaproszenia (rak jelita grubego) (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	1 000	1 000	100%
Ilość przeprowadzonych badań cytologicznych (P) [szt.]	Specyficzne dla projektu	830	839	101%
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie cytologiczne (R) [osoby]	Specyficzne dla projektu	864	685	79%

³⁶ Wskaźnik zastosowano dla kilku projektów (3), a z racji jego formy procentowej nie jest możliwe zsumowanie wartości.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³⁵)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie kolonoskopowe (R) [osoby]	Specyficzne dla projektu	864	298	34%
Liczba przeprowadzonych badań kolonoskopowych (P) [szt.]	Specyficzne dla projektu	297	297	100%
Liczba uczestników projektu objętych badaniem przesiewowym raka jelita grubego (kolonoskopia przesiewowa) (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	2 698	2 659	99%
Liczba uczestników projektu objętych badaniem przesiewowym raka piersi (mammografia) (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	2 700	2 704	100%
Procent osób z grupy docelowej kierowanych na badania profilaktyczne z zakresu raka jelita grubego, zamieszkujących i/lub pracujących na obszarach "białych plam" w zakresie profilaktyki raka jelita grubego wskazanych przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (P) [%]	Specyficzne dla projektu	Dla projektu: 30,18 Dla projektu: 51,00 Dla projektu: 100,00 ³⁷	Dla projektu: 100,00 Dla projektu: 51,00 Dla projektu: 100,00	Dla projektu: 331% Dla projektu: 100% Dla projektu: 100%
Procent osób z grupy docelowej kierowanych na badania profilaktyczne z zakresu raka piersi, zamieszkujących i/lub pracujących na	Specyficzne dla projektu	56	56,15	100%

³⁷ Wskaźnik zastosowano dla kilku projektów (3), a z racji jego formy procentowej nie jest możliwe zsumowanie wartości.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³⁵)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
obszarach białych plam w zakresie profilaktyki raka piersi wskazanych przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (P) [%]				
Procent osób z grupy docelowej kierowanych na badania profilaktyczne z zakresu raka szyjki macicy zamieszkujących i/lub pracujących na obszarach "białych plam" w zakresie profilaktyki raka szyjki wskazanych przez Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie (P) [%]	Specyficzne dla projektu	30	16,81	56%
Liczba kobiet, które na podstawie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki nigdy nie wykonały badań profilaktycznych w kierunku wykrycia raka piersi objętych wsparciem w programie (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	541	181	33%
Liczba kobiet, które na podstawie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku wykrycia raka piersi objętych wsparciem w programie (P) [%]	Specyficzne dla projektu	Dla projektu: 20,00	Dla projektu: 20,81	Dla projektu: 104%

Liczba kobiet, które na podstawie Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki nigdy nie wykonywały badań profilaktycznych w kierunku wykrycia raka szyjki macicy objętych wsparciem w programie (P) [%]	Specyficzne dla projektu	Dla projektu: 20,00 Dla projektu: 20,00 ³⁸	Dla projektu: 51,85 Dla projektu: 30,22	Dla projektu: 259% Dla projektu: 151%
--	--------------------------	--	--	--

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego.

³⁸ Wskaźnik zastosowano dla kilku projektów (2), a z racji jego formy procentowej nie jest możliwe zsumowanie wartości.

W ramach analizy rezultatów zapewnianego pacjentom wsparcia, należy odnieść się nie tylko do rodzajów podejmowanych działań, czy też danych monitoringowych, ale również do ich skuteczności ocenianej przez uczestników i beneficjentów z perspektywy upływu czasu.

Należy odnotować **wysoką skuteczność podejmowanych działań w zakresie zwiększania świadomości onkologicznej, szczególnie w kontekście profilaktyki nowotworowej piersi. Aż 98% respondentów uznało, że wsparcie przyczyniło się do wzrostu ich świadomości na temat znaczenia profilaktyki raka piersi**, a 70% nadal odczuwa ten efekt w 2025 roku, co wskazuje na znaczną trwałość rezultatu. Podobnie wysoki poziom skuteczności (97%) odnotowano w przypadku zwiększenia świadomości zagrożeń związanych z tym nowotworem (68% deklaruje trwałość efektu).

Nieco niższe, lecz nadal bardzo dobre wyniki osiągnięto w **zakresie profilaktyki raka jelita grubego i szyjki macicy – po 93% pacjentów uznało, że wsparcie im pomogło**, jednak **trwałość efektu jest wyraźnie niższa** (odpowiednio 47% i 29%). Również w przypadku świadomości zagrożeń nowotworowych tych narządów trwały efekt odczuwa mniej niż połowa pacjentów (46% dla raka jelita grubego, 29% dla raka szyjki macicy), mimo że w ocenie większości uczestników działania te były pomocne. Należy podkreślić, że odsetek pacjentów wskazujących, iż wsparcie nie pomogło, jest bardzo niski (od 1% do 4%), a trudność w ocenie skutków deklarowało zaledwie od 1% do 4% badanych.

Tabela 38. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Zwiększenie świadomości w kwestii znaczenia profilaktyki nowotworowej raka piersi	1%	1%	98%	70%
Zwiększenie świadomości w kwestii znaczenia profilaktyki nowotworowej raka jelita grubego	4%	3%	93%	47%
Zwiększenie świadomości w kwestii znaczenia profilaktyki nowotworowej raka szyjki macicy	4%	3%	93%	29%

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Zwiększenie świadomości dot. zagrożeń związanych z rakiem piersi	2%	1%	97%	68%
Zwiększenie świadomości dot. zagrożeń związanych z rakiem jelita grubego	3%	2%	95%	46%
Zwiększenie świadomości dot. zagrożeń związanych z rakiem szyjki macicy	4%	4%	92%	29%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=292. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie. Nie ujęto w tabeli odpowiedzi „ten efekt mnie nie dotyczy”.

Omawiając uzyskane efekty z perspektywy pracowników medycznych, należy podkreślić **wyjątkowo wysoką skuteczność wsparcia oferowanego w projekcie**. Wszystkie osoby biorące udział w działaniach zadeklarowały, że **udział pomógł im zwiększyć poziom wiedzy na temat profilaktyki nowotworowej oraz wczesnego wykrywania nowotworów**, a także w zakresie **motywowania pacjentów do badań** – w obu przypadkach 100% respondentów potwierdziło pozytywny wpływ. W nieco innym świetle jawi się temat roli lekarza POZ w edukacji i kierowaniu pacjentów na badania profilaktyczne – choć i tutaj aż 95% badanych oceniło wsparcie jako skuteczne, 5% miało trudność z jednoznaczną oceną wpływu. Brak wskazań, że wsparcie nie pomogło, potwierdza **trafność doboru zakresu tematycznego szkoleń i ich użyteczność w codziennej praktyce klinicznej**. Ponadto **95% medyków nadal, w roku 2025, odnotowuje uzyskane efekty** i wykorzystuje je podczas wykonywania obowiązków zawodowych.

Tabela 39. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat profilaktyki nowotworowej i wczesnego wykrywania nowotworów	0%	0%	100%
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat roli lekarza POZ w edukacji pacjentów i kierowaniu na badania profilaktyczne	0%	5%	95%

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat motywowania pacjentów do badań	0%	0%	100%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pracownicy medyczni, n=20. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

Z perspektywy beneficjentów, a więc podmiotów realizujących działania w ramach projektu, najsilniej dostrzegalnymi i najlepiej osiągniętymi efektami były te związane z profilaktyką nowotworową raka jelita grubego oraz z podnoszeniem kompetencji kadry medycznej. W szczególności wskazywano na **zwiększenie świadomości pacjentów w zakresie znaczenia profilaktyki raka jelita grubego**, jak również **wzrost ich wiedzy o zagrożeniach związanych z tym nowotworem**. Beneficjenci podkreślali również, że wśród personelu medycznego zauważalny był **istotny wzrost poziomu wiedzy dotyczącej roli lekarza POZ w edukowaniu pacjentów i kierowaniu ich na badania profilaktyczne**. Osiągnięcie tych rezultatów wskazuje na skuteczne połączenie działań edukacyjnych i organizacyjnych oraz ich dopasowanie do realnych potrzeb grup docelowych.

Wśród zgłoszonych przez beneficjentów rezultatów pojawiły się również **efekty nieoczekiwane**, które wykraczały poza bezpośrednie cele projektów, a jednocześnie miały istotne znaczenie dla organizacji realizujących wsparcie. Wskazano przede wszystkim na **zdobycie nowych doświadczeń przez kadrę projektową**, co przełożyło się na rozwój kompetencji zespołów i ich lepsze przygotowanie do realizacji podobnych działań w przyszłości. Drugim ważnym efektem było **wprowadzenie lub udoskonalenie wewnętrznych regulacji i procedur**, co wpłynęło na poprawę funkcjonowania instytucji wdrażających projekty także poza kontekstem samej interwencji. Tego typu rezultaty, choć nieplanowane, wzmacniają trwałość efektów projektów i przyczyniają się do budowy zdolności instytucjonalnej beneficjentów.

Ponadto jeden z beneficjentów zauważył także, że obciążenie pracowni diagnostycznej utrzymuje się na wysokim poziomie nawet po zakończeniu projektu, co interpretuje jako **dowód na wzrost świadomości społecznej i trwałą zmianę postaw pacjentów**.

Obciążenie tej pracowni tak jak było, tak jest do tej pory, teraz jest jeszcze większe, bo jednak to minęło trochę lat, ta świadomość tego społeczeństwa się zwiększyła i ludzie są świadomi tego, że to badanie jest istotne, mimo swoich niedogodności. (beneficjent 1, profilaktyka nowotworowa)

W ocenie realizatorów wsparcia efekty w dużej mierze były trwałe – 5 na 6 respondentów zadeklarowało, że **w roku 2025 nadal dostrzegają wpływ podjętych działań**. Jedynie jeden beneficjent wskazał, że efektów już nie odczuwa, co tłumaczył

brakiem konieczności i mechanizmu utrzymywania kontaktu z pacjentami po wykonanych badaniach (np. kolonoskopii) – **brak systemowego monitoringu osłabił możliwość dalszego wzmacniania osiągniętych rezultatów.**

Warto podkreślić to, że efekty zrealizowanych projektów zostały ocenione jako **trwałe także podczas wywiadów jakościowych**, również przez wzgląd na **zakupiony sprzęt medyczny, który nadal jest wykorzystywany**. To realnie przekłada się na zwiększenie efektywności pracy zespołów medycznych. Jeden z realizatorów szczegółowo opisał ten efekt.

Tak, [red. sprzęt] nadal jest wykorzystywany, nadal na nim lekarze pracują. To jest jeden z kilku sprzętów. Po prostu im więcej jest tych sprzętów, tym więcej pacjentów można [red. obsłużyć]. Po każdym badaniu myje się w taki (niezrozumiale) i cykl tego prania czy mycia jest kilkugodzinny, więc jak się ma za mało tego sprzętu, to są po prostu bardzo duże przerwy między przyjęciem jednego, a drugiego pacjenta, bo trzeba czekać aż się ten sprzęt przygotuje do badania. W związku z tym każdy taki sprzęt sprawiał, że dzięki temu w tej chwili możemy po prostu zwiększyć ilość tych badań, bo każdy dodatkowy sprzęt sprawia, że jesteśmy bardziej wydajni. W tym czasie i ci lekarze są też bardziej wykorzystani, bo nikt nie czeka na aparat, bo jedne się myją, z drugich się korzysta. (...) Na pewno to bardzo ułatwiło pracę i zwiększyło możliwości nasze przerobowe przy niestety niezmienniej ilości personelu medycznego. Bo personel się w tamtych czasach nie zmienił, wręcz chyba jeden lekarz ubył, a ilość tych badań nadal pozostaje na praktycznie niezmiennym poziomie. (beneficjent 1, profilaktyka nowotworowa)

Trwałość efektów generalnie wzmacniana była przez kilka kluczowych czynników. Po pierwsze, **beneficjenci zaobserwowali utrzymujące się wysokie zainteresowanie tematyką profilaktyki, a także aktywne dzielenie się przez pacjentów pozytywnymi doświadczeniami i wiedzą** z innymi osobami, co naturalnie zwiększało zasięg i utrwalanie postaw prozdrowotnych. Ponadto, jak zostało to wspomniane wyżej, ważną rolę odegrały **inwestycje infrastrukturalne – zakup sprzętu medycznego, poprawa warunków lokalowych. Podkreślono również wprowadzenie rozliczeń w oparciu o stawki jednostkowe**. Co więcej, **równoczesny wzrost świadomości wśród pacjentów i personelu medycznego stworzył korzystne warunki do dalszego rozwoju działań profilaktycznych**, także po zakończeniu formalnego wsparcia w ramach projektu.

WDROŻENIE PROGRAMÓW ZDROWOTNYCH UKIERUNKOWANYCH NA ELIMINOWANIE ZDROWOTNYCH CZYNNIKÓW RYZYKA W MIEJSCU PRACY, W TYM Z ZAKRESU ERGONOMII PRACY (6.8)

Zakres analizy danych zastanych przeprowadzony na rzecz wnioskowania w niniejszym dziale różnił się względem powyższych z uwagi na to, że był to projekt realizowany poza ramami Regionalnych Programów Zdrowotnych.

W ramach ewaluacji szczegółowej analizie poddane zostało 10 projektów wymienionych poniżej. Celem analizy była weryfikacja zgodności realizowanych interwencji z logiką interwencji Programu Regionalnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, a konkretnie działania 6.8. Ocena, podobnie jak wcześniej, została przeprowadzona w trzech etapach.

ZAKRES INTERWENCJI

Logika interwencji została dobrze zdefiniowana i jest zgodna z założeniami programowymi, co świadczy o wysokim poziomie dopasowania koncepcji projektowych do intencji działania 6.8. Projekty **jednoznacznie odwołują się do potrzeby utrzymania zdolności do pracy i przeciwdziałania jej przedwczesnej utracie**, koncentrują się na osobach w wieku produkcyjnym oraz zawierają działania adresujące konkretne zagrożenia zdrowotne wynikające z charakteru pracy – m.in. schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, chroniczny stres, wypalenie zawodowe, czy skutki długotrwałej pracy siedzącej. W wielu przypadkach interwencje obejmują również wsparcie psychologiczne oraz działania proaktywne w zakresie zdrowia pracowników.

Co więcej, w analizowanych projektach zidentyfikowano **szeroki wachlarz działań, które wpisują się w ramy programu**. W szczególności obejmowały one m.in.:

- przeprowadzanie **badania profilaktycznych i diagnostycznych** (np. ocena ryzyka ergonomicznego, badania układu mięśniowo-szkieletowego, pomiary stresu),
- **szkolenia i warsztaty** z zakresu ergonomii pracy, zarządzania stresem, aktywności fizycznej, higieny pracy,
- **interwencje psychologiczne i coachingowe** w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu,
- **doposażenie miejsc pracy** (np. ergonomiczne krzesła, biurka, sprzęt wspomagający),
- opracowanie i wdrożenie **indywidualnych planów zdrowotnych** lub planów poprawy warunków pracy dla pracowników szczególnie narażonych,
- kampanie **informacyjne i materiały edukacyjne** skierowane do pracodawców i pracowników.

Wszystkie analizowane projekty realizowały działania **w bezpośrednim kontekście zawodowym, adresując zidentyfikowane zagrożenia zdrowotne oraz podejmując działania prewencyjne w środowisku pracy**. Tym samym należy uznać, że zakresy rzeczowe interwencji **są zgodne z ogólnie określonym typem projektu nr 2**, nawet przy braku precyzyjnego katalogu działań kwalifikowanych w dokumentach programowych.

Tabela 40. Szczegółowa analiza stopnia pokrycia celów projektu z celami Programu oraz stopnia zgodności projektów z zakresem rzeczowym interwencji – ergonomia w miejscu pracy

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
Zdrowy Pracownik Silny Biznes – program prozdrowotny dla pracowników ZPSB	Celem projektu było „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników uczelni poprzez działania ograniczające skutki pracy siedzącej, stresu i chorób zawodowych. Grupa docelowa to osoby zatrudnione na umowę o pracę w wieku produkcyjnym. Interwencja obejmowała modernizację stanowisk, pakiety medyczne, wsparcie psychologiczne i warsztaty. Ocena zgodności: bardzo wysoka.	Projekt obejmował działania profilaktyczne i organizacyjne na rzecz zdrowia pracowników ZPSB – m.in. poszerzenie pakietu badań, warsztaty z zakresu zdrowia psychicznego, poprawę ergonomii stanowisk oraz zakup sprzętu dla kadry dydaktycznej. Uzupełnieniem były szkolenia promujące zdrowy styl życia. Projekt wspierał tworzenie zdrowego i bezpiecznego środowiska pracy. Ocena: zgodny z typem interwencji
Ergonomia na stanowiskach pracy drogą rozwoju firmy	Projekt miał na celu ograniczenie ryzyk zdrowotnych w pracy poprzez modernizację stanowisk i edukację. Skierowany był do osób aktywnych zawodowo – zarówno pracowników fizycznych, jak i biurowych. Obejmował diagnozę ryzyk, ergonomizację oraz szkolenia. Ocena zgodności: bardzo wysoka	W projekcie doposażono stanowiska pracy w ergonomiczny sprzęt (biurka, fotele, oświetlenie) dostosowany do pracy biurowej i fizycznej. Przeprowadzono szkolenia z ergonomii, zwiększające świadomość zdrowotną pracowników i umożliwiające wdrażanie zasad ergonomii na co dzień. Celem działań była redukcja obciążeń układu ruchu, ochrona wzroku i profilaktyka chorób zawodowych. Ocena: zgodny z typem interwencji
DPS Myślibórz stawia na pracowników	Celem projektu było „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników DPS, zwłaszcza osób 50+, poprzez działania ergonomiczne i wsparcie zdrowotne. Poprzedzono je analizą ryzyk, a	W ramach projektu zmodernizowano stanowiska pracy poprzez zakup łóżek i wdrożenie systemu podnośników sufitowych, ograniczających obciążenia fizyczne kadry. Przeprowadzono też działania redukujące stres oraz

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
	interwencja objęła modernizację stanowisk, warsztaty oraz wsparcie fizyczne i psychiczne. Ocena zgodności: bardzo wysoka	kompleksowy program ergonomizacji oparty na diagnozie ryzyk. Interwencja poprawiła stan zdrowia pracowników i umożliwiła kontynuację zatrudnienia przez 90% uczestniczek. Ocena: zgodny z typem interwencji
Realizacja kompleksowego programu zdrowotnego oraz działań zapobiegających istotnym problemom zdrowotnym w administracji publicznej w ramach niwelowania negatywnych wpływów na rynek pracy	Celem projektu było „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników JST poprzez kompleksowy program zdrowotny. Obejmował on poszerzoną diagnostykę, działania profilaktyczne i naprawcze, ukierunkowane na problemy zdrowotne wpływające na rynek pracy (m.in. choroby układu ruchu, zaburzenia psychiczne) oraz zwiększenie zgłaszalności na badania. Ocena zgodności: bardzo wysoka	Projekt objął 6-osobową grupę docelową i obejmował: zakup sprzętu dostosowanego do indywidualnych potrzeb (w tym osób z niepełnosprawnością), badania profilaktyczne oraz wdrożenie programu zdrowotnego opartego na analizie potrzeb i wynikach badań. Ocena: zgodny z typem interwencji
"Pro Vitae" – poprawa warunków pracy oraz wydłużenie aktywności zawodowej pracowników Starostwa Powiatowego w Pyrzycach	Celem projektu było „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników starostwa poprzez poprawę ergonomii, profilaktykę zdrowotną i dostęp do usług rehabilitacyjnych. Wskazano problemy układu mięśniowo-szkieletowego i psychosomatyczne jako główne czynniki ryzyka	Projekt objął 58 pracowników Starostwa Powiatowego w Pyrzycach i koncentrował się na poprawie ergonomii pracy oraz zdrowia. Dopuszczono stanowiska biurowe i pomocnicze w ergonomiczny sprzęt i specjalistyczne narzędzia. Zapewniono dostęp do diagnostyki, rehabilitacji oraz warsztaty z zakresu profilaktyki stresu i wypalenia zawodowego. Działania odpowiadały na zidentyfikowane problemy zdrowotne: przeciążenia

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
	absencji i odejścia z rynku pracy. Działania zwiększały komfort pracy i dostęp do badań.	układu ruchu, stres i ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej.
	Ocena zgodności: bardzo wysoka	Ocena: zgodny z typem interwencji
Wdrożenie kompleksowego programu zdrowotnych dla pracowników Fundacji Nauka dla Środowiska	Celem projektu było „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników fundacji poprzez poprawę warunków pracy i zdrowia. Skierowano go do osób w wieku produkcyjnym narażonych na stres, przeciążenia i wypalenie. Interwencja obejmowała działania ergonomiczne oraz pakiety zdrowotne i sportowe.	W projekcie wdrożono program zdrowotny eliminujący czynniki ryzyka w pracy. 19 pracowników objęto indywidualnymi pakietami obejmującymi opiekę medyczną i aktywność fizyczną z fizjoterapeutą. Wprowadzono także rozwiązania ergonomiczne. Program poprawił kondycję, zwiększył świadomość zdrowotną, ograniczył wypalenie i absencję chorobową.
	Ocena zgodności: bardzo wysoka	Ocena: zgodny z typem interwencji
Wdrożenie profilaktyki zdrowotnej w Powiatowym Centrum Pomocy Rodzinie w Choszczynie	Celem projektu była poprawa zdrowia i „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników PCPR poprzez modernizację stanowisk, profilaktykę i przeciwdziałanie wypaleniu. Skierowany był do osób w wieku aktywności zawodowej, z uwzględnieniem chorób układu nerwowego i kręgosłupa oraz ograniczonej dostępności badań i specjalistów.	Projekt objął pracowników pakietami medycznymi (konsultacje, badania), wsparciem aktywności fizycznej (karnety na basen/siłownię), szkoleniami oraz poprawą ergonomii stanowisk (krzesła, biurka, oświetlenie). Celem było zwiększenie satysfakcji zawodowej i poprawa kondycji psychofizycznej.
	Ocena zgodności: bardzo wysoka	Ocena: zgodny z typem interwencji
Ergonomia szansą na utrzymanie zatrudnienia	Celem projektu było „utrzymanie i wydłużenie zatrudnienia” 15 pracowników poprzez eliminację czynników ryzyka zdrowotnego	W projekcie zakupiono urządzenia poprawiające ergonomię pracy (platformy jezdne, urządzenie parowe, formierka), zmodernizowano stanowiska

Nazwa projektu	Ocena zgodności celów projektów	Zakres działań przewidziany w projekcie
	zidentyfikowanych w analizie BHP. Obejmował działania ergonomiczne, rehabilitacyjne i wspierające aktywność fizyczną, ukierunkowane na przeciążenia fizyczne i stres. Ocena zgodności: bardzo wysoka	biurowe oraz zapewniono dostęp do rehabilitacji i aktywności fizycznej dostosowanej do indywidualnych potrzeb. Działania odpowiadały na zdiagnozowane problemy zdrowotne i organizacyjne pracowników. Ocena: zgodny z typem interwencji
GOPS Sławno dba o zdrowie pracowników	Projekt miał na celu „wydłużenie aktywności zawodowej” pracowników GOPS, szczególnie osób 50+. Obejmował działania z zakresu ergonomii, profilaktyki, wsparcia psychologicznego i aktywności fizycznej, przeciwdziałając skutkom pracy siedzącej i stresowi. Ocena zgodności: bardzo wysoka	W projekcie poprawiono ergonomię i zdrowie pracowników GOPS w Sławnie. Zakupiono medyczne krzesła, monitory, półki pod klawiaturę i podkładki żelowe. Zapewniono konsultacje psychologiczne, badania profilaktyczne oraz dostęp do basenu, siłowni i fitnessu. Działania odpowiadały na potrzeby zidentyfikowane w badaniach i konsultacjach. Ocena: zgodny z typem interwencji
Z ergonomią za pan brat!	Celem projektu było „wydłużenie aktywności zawodowej” 38 pracowników produkcyjnych (spawaczy i monterów) poprzez eliminację zagrożeń zdrowotnych. Przewidziano zakup ergonomicznego sprzętu i wsparcie zdrowotne, ukierunkowane na zapobieganie chorobom zawodowym, poprawę warunków pracy i ograniczenie absencji. Ocena zgodności: bardzo wysoka	W projekcie poprawiono ergonomię pracy i ograniczono zagrożenia zdrowotne u 20 monterów i 18 spawaczy. Zakupiono narzędzia zmniejszające przeciążenia układu ruchu oraz nowoczesne przyłbice i traktory spawalnicze chroniące przed czynnikami szkodliwymi. Uczestnicy objęci byli także fizjoterapią redukującą dolegliwości bólowe. Działania odpowiadały na potrzeby zidentyfikowane w analizie BHP. Ocena: zgodny z typem interwencji

Źródło: analiza własna na podstawie danych dostarczonych przez Zamawiającego i Instytucję Pośredniczącą.

Warto zwrócić uwagę także na perspektywę uczestników, którzy otrzymali **różne formy wsparcia zdrowotnego i środowiskowego, ukierunkowane na ograniczanie czynników ryzyka w miejscu pracy**. Najczęściej deklarowaną podczas badania ilościową formą wsparcia była **modernizacja i doposażenie stanowisk pracy** (np. zakup ergonomicznych mebli, oświetlenia, sprzętu biurowego i przemysłowego), którą otrzymało 64% respondentów. W zdecydowanej większości przypadków (96%) uznano, że interwencja ta realnie przyczyniła się do poprawy zdrowia i jakości życia. Drugą najczęściej zapewnianą formą wsparcia były **szkolenia i warsztaty z zakresu ergonomii pracy oraz zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu**, które objęły 61% pacjentów. W ocenie 95% z nich, działanie to miało pozytywny wpływ na stan zdrowia i komfort pracy. Jednocześnie 5% badanych miało trudność z oceną wpływu tej formy wsparcia, a nikt nie stwierdził braku efektów zdrowotnych.

Świadczenia medyczne, obejmujące m.in. badania profilaktyczne, konsultacje specjalistyczne czy fizjoterapię, **otrzymało 42% uczestników**. Była to jedyna forma wsparcia, którą 100% respondentów jednoznacznie uznało za skuteczną – **wszyscy deklarowali poprawę zdrowia i jakości życia**.

Wśród mniej powszechnych form wsparcia znalazły się także **działania z zakresu aktywności fizycznej** (np. karnety na siłownię, basen, zajęcia jogi), z których skorzystało 31% pacjentów. **18% z nich uznało, że nie mają pewności czy interwencja ta wpłynęła na poprawę ich zdrowia**, a 68% zadeklarowało pozytywny wpływ.

Najrzadziej deklarowaną formą interwencji było wsparcie **w zakresie zdrowia psychicznego**, obejmujące warsztaty antystresowe, konsultacje psychologiczne czy psychoterapię. Z tej grupy **88% potwierdziło pozytywny wpływ działań na swoje zdrowie psychiczne**, a 13% miało trudność z jednoznaczną oceną efektów.

Tabela 41. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
Modernizacja i doposażenie stanowisk pracy (np. zakup ergonomicznych mebli, oświetlenia, sprzętu biurowego i przemysłowego)	64%	0%	4%	96%
Szkolenia i warsztaty (dotyczące ergonomii)	61%	0%	5%	95%

Zapewniane rodzaje wsparcia	Pacjenci deklarujący otrzymanie wsparcia	Stopień, w jakim wsparcie przyczyniło się do poprawy zdrowia i jakości życia		
		Nie przyczyniło się	Trudno stwierdzić	Przyczyniło się
pracy oraz zasad bezpiecznego użytkowania sprzętu)				
Świadczenia medyczne (np. badania profilaktyczne, konsultacje ze specjalistami, fizjoterapia)	42%	0%	0%	100%
Wsparcie w zakresie zdrowia psychicznego (np. warsztaty antystresowe, konsultacje psychologiczne)	22%	0%	13%	88%
Aktywność fizyczna (np. karnety na siłownię, basen, zajęcia jogi)	31%	0%	18%	82%
Działania integracyjne (np. pikniki edukacyjno-zdrowotne)	25%	0%	33%	67%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=36. „Przyczyniło się” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „nie przyczyniło się” należy analizować tabelę analogicznie.

Program przyniósł **realne i wieloaspektowe korzyści zdrowotne**. Działania infrastrukturalne, edukacyjne i diagnostyczne okazały się skuteczne i powinny być traktowane jako wzajemnie uzupełniające się elementy kompleksowej interwencji prozdrowotnej w środowisku pracy. Zgromadzone dane wskazują, że najpełniejsze efekty można osiągnąć poprzez **łączenie działań fizycznych, psychicznych, edukacyjnych i środowiskowych**, dostosowanych do specyfiki danej grupy zawodowej i warunków lokalnych.

EFEKTY I TRWAŁOŚĆ INTERWENCJI

Kolejnym etapem analizy jest **ocena trafności i spójności wskaźników projektowych**. Analizowane projekty stosowały **szeroki zestaw wskaźników produktowych i rezultatów**. Struktura tych wskaźników potwierdza ich **spójność z logiką interwencji przewidzianą dla działania 6.8 RPO WZ 2014-2020**, w szczególności z celem

wdrożenie programów zdrowotnych dla osób w wieku aktywności zawodowej dotyczących chorób negatywnie wpływających na rynek pracy. Wskaźniki te można podzielić na cztery główne kategorie:

- **Uczestnictwo w programie**
Wskaźnik: „liczba osób pracujących objętych wsparciem...” był powszechnie stosowany jako nadrzędny miernik zasięgu interwencji i potwierdzał zgodność projektów z celem utrzymania aktywności zawodowej.
- **Ukierunkowanie na eliminację zdrowotnych czynników ryzyka**
Często wykorzystywany wskaźnik: „liczba osób objętych wsparciem ukierunkowanym na eliminację czynników ryzyka...” – precyzyjnie oddawał typ interwencji i umożliwiał ocenę działań profilaktycznych.
- **Działania wspierające i uzupełniające**
Wskaźniki dotyczyły m.in. udziału w warsztatach, korzystania z opieki psychologicznej/fizjoterapeutycznej, liczby zmodernizowanych stanowisk, co dobrze odzwierciedlało kompleksowy charakter wsparcia.
- **Infrastruktura i sprzęt**
Obejmowały wskaźniki liczby zakupionych urządzeń (np. łóżka rehabilitacyjne, podnośniki, sprzęt biurowy). Choć część z nich została oznaczona jako anulowane, ich wcześniejsza obecność w dokumentacji świadczy o planowanej integralności działań infrastrukturalnych z celami projektów.

W analizie odnotowano obecność wskaźników anulowanych (np. liczba budynków z montażem oświetlenia, liczba oddziałów objętych zakupami), które ostatecznie nie zostały ujęte w realizacji – brak jednak informacji o przyczynach rezygnacji. Mimo to wskazują one na intencję wdrażania kompleksowych rozwiązań.

Podsumowując można stwierdzić, że wskaźniki zastosowane w projektach z zakresu ergonomii były trafne, spójne z typem interwencji i dobrze osadzone w celu szczegółowym działania 6.8. Obecność wskaźników infrastrukturalnych, behawioralnych i dotyczących kompetencji świadczy o kompleksowym podejściu do ergonomii pracy. Poza tym projekty wykorzystywały powtarzalne formy wskaźników (m.in. liczba osób objętych wsparciem), co ułatwia porównywanie efektów między projektami, w przeciwieństwie do większego rozproszenia wskaźników w projektach dotyczących profilaktyki nowotworowej. Warto jednak wspomnieć, że **zidentyfikowano pewne niespójności terminologiczne w nazwach podobnych wskaźników we wnioskach – np. błędy językowe, co może utrudniać zagregowaną analizę bez dodatkowego kodowania i ujednolicenia.**

Istotna jest także analiza poziomu osiągnięcia wskaźników kluczowych z poziomu programu. Warto więc skupić się na tym, w jakim stopniu badane projekty przyczyniają się do realizacji **wskaźników kluczowych przypisanych działaniu 6.8** na poziomie programu. Jak już wskazano wcześniej dla działania 6.8 przewidziano trzy wskaźniki, w tym wskaźnik „odsetek osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”, gdzie **wartość docelowa** ustanowiona została w dokumentach programowych na **poziomie 60%. Wobec tego wartość docelowa w**

ramach analizowanych projektów plasowała się na poziomie 293 osób, natomiast osiągnięta 325 osób (111%).

Zgromadzone dane wskazują, że **analizowane projekty przyczyniły się do realizacji celu programowego związanego z utrzymaniem aktywności zawodowej uczestników**. Osiągnięta wartość **przekroczyła zakładany poziom**, co świadczy o skuteczności wdrażanych działań w zakresie wspierania osób zagrożonych wykluczeniem z rynku pracy z powodów zdrowotnych. **Choć dane nie obejmują wszystkich projektów, mogą być interpretowane jako sygnał pozytywnego wpływu interwencji na jeden z kluczowych celów działania 6.8**, jakim jest utrzymanie zatrudnienia lub powrót do pracy po przerwie zdrowotnej.

W większości przypadków **zaplanowane efekty zostały osiągnięte lub przekroczone**, a realizowane projekty miały istotny wpływ na poprawę zdrowia pracowników, zwiększenie dostępności usług profilaktycznych i podniesienie jakości środowiska pracy. Ich wdrożenie można uznać za przykład dobrej praktyki w zakresie programowania i realizacji działań zdrowotnych współfinansowanych ze środków EFS.

Tabela 42. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Działanie 6.8 Typ projektu 2 (eliminacja czynników ryzyka w miejscu pracy)

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³⁹)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	Kluczowe	508	543	107%
Liczba osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie (R) [osoby]	Kluczowe	1 481	1 757	119%
Liczba osób korzystających ze wsparcia indywidualnego psychologa/ fizjoterapeuty/ karnetów na zajęcia ruchowe (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	831	871	105%
Liczba osób objętych wsparciem ukierunkowanym na eliminację zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	1 573	1 655	105%
Liczba osób pracujących, łącznie z prowadzącymi działalność na własny rachunek, objętych wsparciem w programie (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	1 658	1 741	105%
Liczba osób uczestniczących w warsztatach (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	746	760	102%

³⁹ Wskaźnik rezultatu bezpośredniego oznaczono literą „R”, wskaźniki produktu natomiast literą „P”.

Nazwa wskaźnika (rodzaj wskaźnika ³⁹)	Grupa wskaźnika	Wartość docelowa na poziomie projektów	Aktualna realizacja wskaźnika	Stopień osiągnięcia wartości docelowej na poziomie projektów
Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	14	31	221%
Liczba osób, które wykorzystują w pracy zakupione sprzęty/ Liczba zmodernizowanych miejsc pracy (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	705	711	101%
Liczba osób, dla których przeprowadzono audyt zdrowotny (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	106	108	102%
Liczba osób objętych inicjatywami dotyczącymi tematyki prozdrowotnej (P) [osoby]	Specyficzne dla projektu	57	59	104%
Liczba nabytych środków trwałych (P) [szt.]	Specyficzne dla projektu	845	847	100%
Liczba utworzonych siłowni (P) [szt.]	Specyficzne dla projektu	1	1	100%
Liczba zorganizowanych pikników (P) [szt.]	Specyficzne dla projektu	10	10	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez Zamawiającego.

W ramach analizy rezultatów zapewnianego pracownikom wsparcia, należy odnieść się nie tylko do rodzajów podejmowanych działań, czy wyników analizy danych monitoringowych, ale również do ich skuteczności ocenianej przez samych odbiorców i realizatorów. Najwyższy poziom skuteczności odnotowano w obszarze **zwiększenia komfortu i jakości pracy** – 92% respondentów zadeklarowało, że wsparcie przyniosło pozytywny efekt w tym zakresie. Co istotne, **100% uczestników potwierdza odczuwanie tego efektu również w roku 2025**, co świadczy o jego pełnej trwałości i długofalowym oddziaływaniu.

Bardzo wysokie efekty uzyskano także w zakresie **zwiększenia świadomości w kwestii znaczenia zdrowia i ergonomii w miejscu pracy** – 94% badanych wskazało, że wsparcie przyczyniło się do wzrostu ich wiedzy i świadomości. Trwałość tego rezultatu również została potwierdzona – **97% respondentów deklaruje, że efekt ten jest dla nich nadal zauważalny**. Nieco niższy, choć nadal wysoki, odsetek pozytywnych ocen dotyczył **wydłużenia aktywności zawodowej**. W tym przypadku 79% uczestników zadeklarowało poprawę, **natomiast 21% miało trudność z jednoznaczną oceną wpływu**.

Tabela 43. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości

Efekt	Udział nie pomógł	Trudno ocenić	Udział pomógł	Odczuwanie wskazanego skutku obecnie (2025 r.)
Zwiększenie świadomości w kwestii znaczenia zdrowia i ergonomii w miejscu pracy	0%	6%	94%	97%
Wydłużenie aktywności zawodowej	0%	21%	79%	72%
Zwiększenie komfortu i jakości pracy	0%	8%	92%	100%

Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, pacjenci, n=36. „Udział pomógł” to suma ocen pozytywnych i raczej pozytywnych, przy opcji „udział nie pomógł” należy analizować tabelę analogicznie.

Warto uwzględnić perspektywę **beneficjentów** realizowanego wsparcia, gdyż ich opinie stanowią kluczowy element do pełniejszego zrozumienia efektów projektu. Zderzenie tych wyników z opiniami uczestników pozwala uzyskać pełniejszy obraz skuteczności i użyteczności działań projektowych. Beneficjenci, będący realizatorami programu, mają unikalną perspektywę na przebieg działań, ich organizację oraz wpływ na uczestników.

Najwyższą ocenę uzyskał efekt związany ze **zwiększeniem świadomości pracowników w zakresie znaczenia zdrowia i ergonomii w miejscu pracy**, który oceniono na poziomie **4,7**. Wynik ten świadczy o bardzo wysokim stopniu realizacji celu, co może

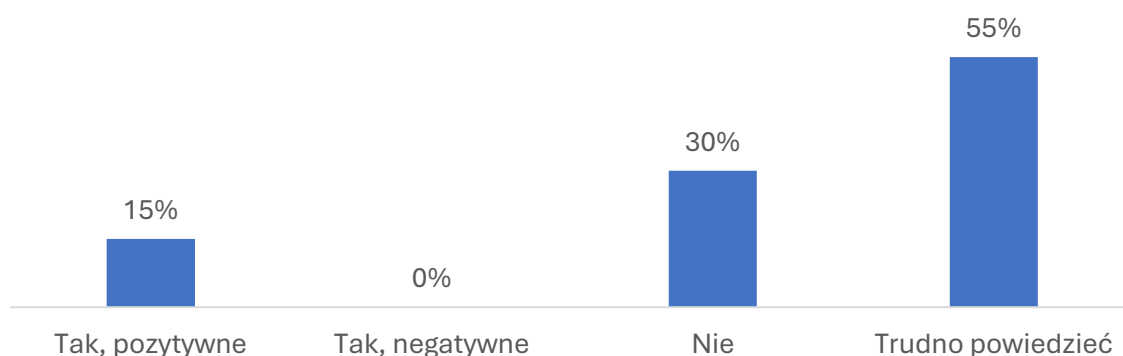
być efektem skutecznych działań edukacyjnych, szkoleń oraz praktycznych interwencji wdrażanych w środowisku pracy. Wysoko oceniono również **zwiększenie komfortu i jakości pracy pracowników** – średnia ocena **4,6** potwierdza, że działania w tym zakresie (np. doposażenie stanowisk, poprawa warunków środowiskowych, poprawa ergonomii) **były trafnie dobrane i skutecznie wdrożone**. Realizatorzy projektu zauważyli wyraźny wpływ tych zmian na codzienne funkcjonowanie personelu, co w perspektywie długoterminowej może prowadzić również do poprawy kondycji psychofizycznej pracowników.

No tak jak mówię, efekty to oczyszczone powietrze, pracownicy zadowoleni z biurek, z krzesel, wielkich monitorów podwójnych. Dokupiliśmy, mamy podwójne monitory, więc fajnie się pracuje, szczególnie ekspedycja na przykład. W ogóle biurowe są jeszcze bardzo pozytywnie odbierane, także fajnie, bo przechodzą na przykład jacyś goście do nas czy coś i patrzą, że ludzie sobie stoją na przykład przy biurkach czy coś. (beneficjent 6, ergonomia w miejscu pracy)

Nieco niższą, choć wciąż pozytywną ocenę uzyskał **wpływ programu na wydłużenie aktywności zawodowej pracowników**, który oceniono na poziomie **4,3**. Wynik ten sugeruje, że choć projekt przyczynił się do poprawy warunków sprzyjających dłuższej obecności na rynku pracy, to efekt ten może być bardziej rozłożony w czasie i zależny od dodatkowych czynników – np. stanu zdrowia, wieku czy specyfiki zatrudnienia poszczególnych pracowników.

Ponadto zgodnie z deklaracjami beneficjentów, w **15% przypadków realizacja projektu doprowadziła do pojawienia się efektów niezaplanowanych** na etapie projektowania działań, **lecz ocenianych jednoznacznie pozytywnie**.

Wykres 3. Fakt wystąpienia nieoczekiwanych efektów realizowanych działań – perspektywa beneficjentów



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród beneficjentów, n=47.

Zapewnienie wsparcia w ramach projektu, szczególnie w postaci **świadczeń medycznych i sportowych**, nie tylko przyniosło **bezpośrednie korzyści zdrowotne**, ale miało również **efekt motywacyjny i edukacyjny** dla pracowników. Projekt stał się

impulsem do zmiany postaw – **zniwelował bariery finansowe** oraz **zwiększył dostępność usług, z których pracownicy wcześniej nie korzystali** ze względu na ich kosztowność lub brak nawyku korzystania. Projekt pomógł **przełamać stereotypy i nieufność**, np. wobec korzystania z pomocy psychologicznej – początkowy dystans został zastąpiony **aktywnym uczestnictwem i uznaniem skuteczności wsparcia**.

Jeżeli chodzi o takie świadczenia medyczne, świadczenia sportowe, no to są jednak duże koszty dla ludzi, które ich obciążają i wielu osób na to nie stać, żeby sobie tak samemu wszystko finansować systematycznie. A takie zapewnienie przez pracodawcę to powoduje, że rzeczywiście każdy się mobilizował, uczestniczył czy chodził na różne badania. Każdy się głównie przebadał, bo poszli do każdego lekarza, czy to do kardiologa, czy do innych, do których tak profilaktycznie nie chodzili wcześniej. No też docenili tę pomoc psychologiczną, bo rzeczywiście na początku były jakieś tam drobne opory, niektórzy poszli od razu, niektórzy, którzy nie mieli doświadczenia, to niekoniecznie, ale później okazało się, że to się cieszyło dużym zainteresowaniem, bo każdy dostrzegł, że to jednak działa, pomaga. (beneficjent 4, ergonomia w miejscu pracy)

Co więcej, jednym z kluczowych efektów była również **poprawa relacji interpersonalnych w miejscu pracy oraz zmiana atmosfery w zespołach**.

Realizowane w ramach projektu **warsztaty psychologiczne odegrały znaczącą rolę w budowaniu pozytywnych postaw**, wzajemnego zaufania i lepszej komunikacji. Wzrosła **otwartość pracowników na współpracę i rozmowę**, co przyczyniło się do większej spójności zespołów oraz wzmocnienia integracji.

Kolejnym ważnym skutkiem, który nie był bezpośrednio planowany, ale został zaobserwowany w praktyce, **był wzrost efektywności i wydajności pracowników**. Poprawa komfortu pracy, wynikająca m.in. z doposażenia ergonomicznego stanowisk, **przełożyła się na realne korzyści w zakresie jakości i tempa wykonywania zadań zawodowych**.

Uczestnicy doświadczyli nie tylko **trwałej poprawy komfortu pracy, ale i stanu zdrowia fizycznego**, co znalazło odzwierciedlenie w zmniejszeniu dolegliwości bólowych oraz redukcji absencji chorobowej. Choć nie prowadzono systematycznego monitoringu długofalowych zmian zdrowotnych, **respondenci dostrzegli zauważalną poprawę w codziennym funkcjonowaniu pracowników**.

Oczywiście myślę, że mniej bólów kręgosłupa i takich zwolnień lekarskich, typu tego, że kogoś coś wykręciło, bo źle siedział na przykład te 8 godzin w jednej pozycji czy, myślę, że to też tak jest. (beneficjent 6, ergonomia w miejscu pracy)

Zgodnie z deklaracjami, **100% beneficjentów wskazało, że w 2025 roku nadal odczuwają pozytywne skutki wsparcia zrealizowanego w ramach projektu**. Tak jednoznaczna ocena potwierdza trwałość efektów oraz skuteczność przyjętej koncepcji interwencji. Realizatorzy wskazują, że **rezultaty projektu są nie tylko nadal widoczne, ale również realnie wpływają na codzienne funkcjonowanie miejsc pracy i ich użytkowników**.

Podczas wywiadów jakościowych rezultaty projektów także w przeważającej większości oceniane były jako **trwałe**, szczególnie w wymiarze **materialnym oraz świadomościowym**. Pracownicy wciąż korzystają z doposażenia stanowisk pracy – nowych biurek, foteli czy monitorów – co przełożyło się nie tylko na większy komfort, ale i na **wzrost wydajności i poprawę ergonomii pracy**.

No, myślę, że tak, że przede wszystkim ta materialna część tutaj spełniła efekt taki, jak chcieliśmy, czyli ta ergonomia w miejscu pracy jest lepsza. (beneficjent 3, ergonomia w miejscu pracy)

Równie ważna była **zmiana postaw zdrowotnych pracowników**, w tym zwiększona świadomość znaczenia badań profilaktycznych i aktywności fizycznej. Nawet jeżeli finansowanie świadczeń sportowo-zdrowotnych się zakończyło, wielu uczestników kontynuowało działania samodzielnie – **choć nie wszyscy byli w stanie, z uwagi na bariery ekonomiczne**. Jak podkreślił przedstawiciel jednego z podmiotów realizujących wsparcie w swojej placówce, efekty związane z pakietami medycznymi i sportowymi, nie są aż tak trwałe, jak zakładano. Choć ich wdrożenie na etapie realizacji spotkało się z pozytywnym odbiorem ze strony pracowników, to efekty te okazały się krótkoterminowe. **Po wygaśnięciu dostępu do świadczeń (po roku), nie odnotowano kontynuacji aktywności zdrowotnych czy sportowych przez pracowników ani utrwalenia zdrowotnych nawyków**.

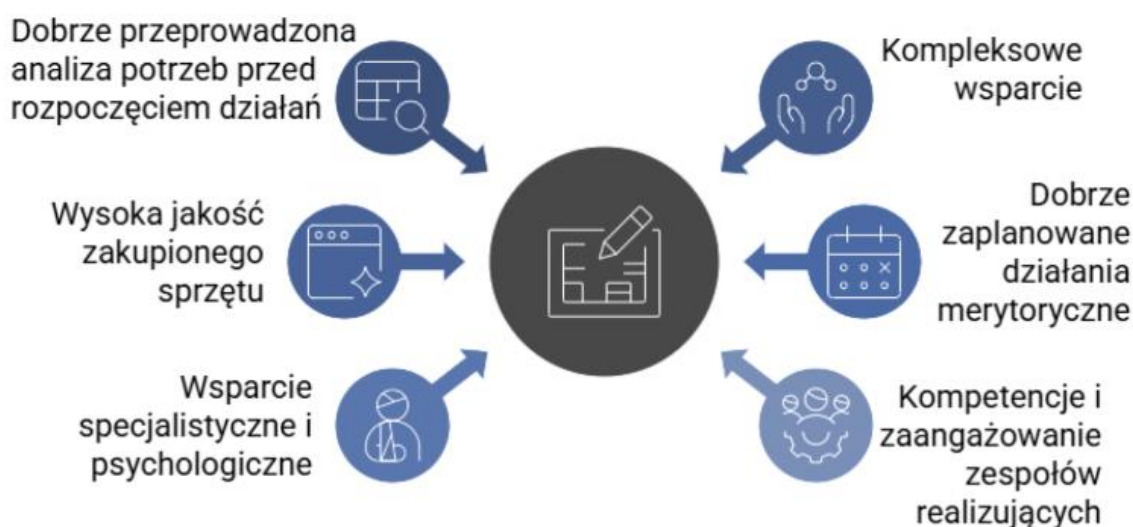
Te pakiety medyczne? To tak naprawdę po roku już nic z tego nie mamy. (realizator wsparcia 3)

W praktyce oznacza to, że **komponenty niematerialne projektu** – mimo dobrych intencji – nie zawsze wpływały trwale na zachowania odbiorców.

Za główne **czynniki wpływające na utrzymanie efektów uznano przede wszystkim materialny charakter wsparcia** – w szczególności **doposażenie ergonomicznych stanowisk pracy**, obejmujące m.in. krzesła, biurka, oświetlenie, monitory, sprzęt specjalistyczny i windy dekarские. Elementy te są nadal wykorzystywane przez pracowników i – jak podkreślano – znacząco wpłynęły na poprawę warunków pracy. Ważnym aspektem trwałości efektów był również **wzrost świadomości pracowników w zakresie zdrowia, ergonomii oraz potrzeby kontynuowania działań prozdrowotnych**, takich jak badania profilaktyczne czy aktywność fizyczna.

Na trwałość efektów **wpłynęły również czynniki organizacyjne i projektowe**, takie jak wymienione poniżej.

Rysunek 5. Czynniki wpływające na trwałość efektów – perspektywa beneficjentów
Czynniki wpływające na trwałość efektów



Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI oraz IDI/TDI wśród beneficjentów.

KLUCZOWE WNIOSKI DOTYCZĄCE UZYSKANYCH EFEKTÓW

SKUTECZNOŚĆ

Realizowana w województwie zachodniopomorskim interwencja zdrowotna charakteryzowała się **średnią do wysokiej skutecznością**, przy czym poziom skuteczności był **silnie zróżnicowany w zależności od rodzaju wsparcia, formuły projektu i warunków realizacji**.

W projektach wymagających **ściśle określonych kryteriów kwalifikacji**, jak program prewencji chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych, odnotowano ograniczoną skalę oddziaływania – **objęto wsparciem jedynie 59% zakładanej liczby uczestników, a 54% ostatecznie zgłosiło się na badania profilaktyczne**. Problemy wynikały m.in. z zawężonej grupy docelowej oraz trudności w spełnieniu jednocześnie warunków zdrowotnych i zawodowych.

Z kolei w działaniach populacyjnych, szczególnie **profilaktycznych lub adresowanych do dzieci**, skuteczność bywała ograniczana przez **czynniki społeczne i środowiskowe** – np. działania antyszczepionkowe wpływające na niższą zgłaszalność w projektach HPV, czy niska zgoda rodziców na udział dzieci w działaniach edukacyjnych i diagnostycznych dotyczących wad postawy.

W wielu komponentach wsparcia odnotowano jednak **pełną lub bardzo wysoką realizację wskaźników produktowych i rezultatów, co potwierdza ich wysoką skuteczność operacyjną i merytoryczną** – zgodną z celami logiki interwencji RPO WZ 2014-2020 (wydłużenie aktywności zawodowej, zwiększenie dostępności usług, poprawa stanu zdrowia). Najwyraźniej widoczne było to w następujących obszarach:

Poprawa dostępu do przystępnych, trwałych i wysokiej jakości usług zdrowotnych

- 100% zakładanych miejsc świadczenia usług zdrowotnych i społecznych funkcjonowało po zakończeniu projektów w obszarach wad postawy i HPV,
- osoby zagrożone ubóstwem i wykluczeniem społecznym objęto wsparciem w 83% (wady postawy) i 90% (HPV), co wskazuje na bardzo dobrą realizację wskaźników w grupach wrażliwych,
- w projektach profilaktyki nowotworowej osiągnięto 96% realizacji wskaźnika liczby osób objętych programem, a wszystkie osoby zakwalifikowane zgłosiły się na badania (100%),
- wskaźniki edukacji personelu medycznego zrealizowano w 100% np. w rehabilitacji leczniczej pacjentów onkologicznych.

Zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyczne i podejmowanie zachowań prozdrowotnych

- 100% zgłaszalności na badania profilaktyczne w projektach nowotworowych (rak piersi, szyjki macicy, jelita grubego),
- 73% wzrostu wyszczepialności przeciw HPV u dziewcząt w subregionie szczecińskim – to wyraźny efekt działań lokalnych mimo utrudnień wynikających z postaw antyszczepionkowych,
- w komponentach informacyjno-edukacyjnych projektów profilaktycznych 98% uczestników zadeklarowało wzrost wiedzy o profilaktyce nowotworowej.

Wydłużenie aktywności zawodowej i ułatwienie powrotu do pracy osób z problemami zdrowotnymi

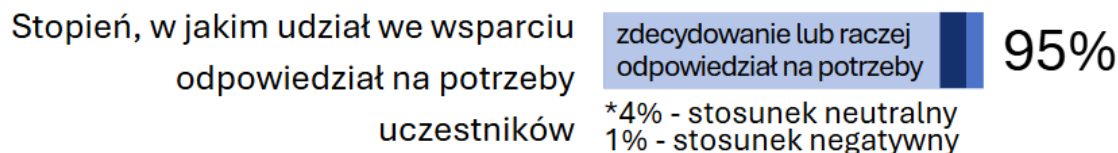
- 105% uczestników programu rehabilitacji onkologicznej po jego zakończeniu kontynuowało zatrudnienie lub podjęło pracę – to bezpośrednia realizacja celu reintegracji zawodowej,
- 119% wskaźnika zatrudnieniowego osiągnięto również w projektach z zakresu ergonomii pracy,
- 107% uczestników w wieku 50+ oraz 221% osób z niepełnosprawnościami objęto wsparciem w ramach programów ergonomicznych – wskazuje trafne dotarcie do grup zagrożonych dezaktywizacją,
- 95% uczestników programu rehabilitacji onkologicznej ukończyło proces rehabilitacji, a 100% zadeklarowało poprawę stanu zdrowia i zdolności do pracy.

UŻYTECZNOŚĆ

Z perspektywy uczestników programy zdrowotne w przeważającej mierze odpowiadały na ich potrzeby – aż **95% badanych uznało, że udział w projekcie „zdecydowanie” lub „raczej” był zgodny z ich oczekiwaniami**. Jednocześnie należy zauważyć, że

użyteczność rozumiana jako praktyczna wartość i znaczenie działań w kontekście konkretnych celów zdrowotnych i życiowych uczestników nie zawsze osiągała pełną intensywność.

Rysunek 6. Stopień dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników



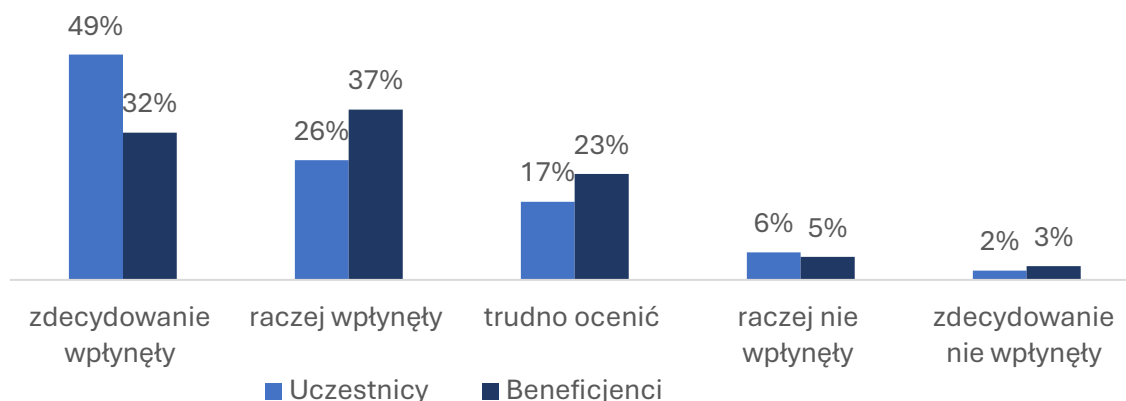
Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, n=511.

Pozytywnym aspektem użyteczności realizowanych interwencji zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim jest ich **realna wartość w codziennym funkcjonowaniu uczestników** – zarówno w wymiarze zdrowotnym, jak i psychospołecznym. Wskazuje na to szereg wskaźników deklaracyjnych, które pokazują, że dla wielu osób wsparcie było nie tylko trafione, ale też skutecznie zaspokajało konkretne potrzeby. **Aż 88% uczestników** programów dotyczących chorób układu krążenia zadeklarowało wzrost świadomości na temat znaczenia profilaktyki i możliwości zapobiegania tym schorzeniom, co świadczy o użyteczności informacyjnej i edukacyjnej interwencji. W przypadku programów rehabilitacyjnych dla pacjentów onkologicznych **93% badanych wskazało na przywrócenie prawidłowej ruchomości w stawach i siły mięśniowej**, a **89% na poprawę wydolności psychofizycznej**.

Wysoka była także użyteczność w działaniach profilaktycznych – **98% uczestniczek programów nowotworowych** wskazało, że dzięki udziałowi zwiększyły swoją świadomość na temat profilaktyki raka piersi, a **88% rodziców** dziewcząt objętych szczepieniami HPV oceniło działania jako zwiększające ich wiedzę i poczucie bezpieczeństwa. Również w projektach związanych z ergonomią pracy **92% uczestników** zauważyło wzrost komfortu i jakości codziennej pracy, co wskazuje na istotny wpływ projektów na poprawę warunków życia i pracy.

Dane te potwierdzają też kolejne wyniki – **75% uczestników (suma odpowiedzi „zdecydowanie” i „raczej”) uważa, że działania wpłynęły na zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych**. Wskazuje to, że interwencje były nie tylko dobrze zaplanowane, ale również ocenione przez uczestników jako realnie przydatne i osadzone w ich codzienności.

Wykres 4. Stopień, w jakim programy wsparte w ramach RPO WZ wpłynęły na zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim



Źródło: badanie CAWI/CATI wśród uczestników, n=511 i beneficjentów n=56.

Pomimo ogólnej pozytywnej oceny, efekty wsparcia w niektórych przypadkach były ograniczone lub mniej odczuwalne. Na przykład tylko **52% opiekunów dzieci z wadami postawy** uznało, że wsparcie rzeczywiście przyczyniło się do skorygowania zniekształceń. Z kolei w grupie pracowników objętych wsparciem związanym z ergonomią miejsca pracy, **72% pracowników** zadeklarowało realne poczucie wydłużenia aktywności zawodowej po udziale w projektach ergonomicznych.

Dodatkowe ograniczenia użyteczności pojawiały się w komponentach **edukacyjnych**, zarówno w zakresie wsparcia personelu medycznego, jak i działań skierowanych do pacjentów. Choć wskaźniki liczby przeszkolonych medyków zostały zrealizowane w pełni, to ich faktyczny wpływ na zmianę praktyki był zróżnicowany.

Pewne rozbieżności widoczne są także w działaniach edukacyjnych kierowanych do pacjentów. W wielu przypadkach – mimo że zgodnie z dokumentacją realizacyjną komponenty te były obecne – **uczestnicy nie byli świadomi ich realizacji lub wskazywali na ich znikomą intensywność**, co znacząco ograniczało ich użyteczność. Przykładowo:

- tylko **28% pacjentów onkologicznych** otrzymało edukację zdrowotną podczas wizyty lekarskiej, mimo że ci, którzy ją otrzymali, **w 100% ocenili ją pozytywnie**,
- **w projektach dotyczących wad postawy** zaledwie **17% rodziców dzieci** objęto działaniami edukacyjnymi – co mogło ograniczyć efektywność wsparcia w codziennym funkcjonowaniu domowym,
- **edukacja na temat HPV, realizowana przez pielęgniarkę/pielęgniarza, dotarła tylko do 36% uczestników**, mimo że właśnie ta forma edukacji była wskazywana jako bardzo potrzebna – miała za zadanie uświadomić o ewentualnych skutkach ubocznych.

Kolejnym ograniczeniem użyteczności była kwestia **rekrutacji** – zapisy projektowe, szczególnie w działaniach skierowanych do pacjentów onkologicznych, wprowadzały

szereg warunków kwalifikacyjnych, przez co **część osób realnie potrzebujących wsparcia nie mogła wziąć udziału w projekcie.**

TRWAŁOŚĆ

Co więcej, analiza trwałości efektów w 2025 roku pokazuje, że **użyteczność wsparcia nie miała charakteru chwilowego, lecz w wielu przypadkach przekształciła się w trwały efekt zdrowotny lub organizacyjny.** Przykładowo, **87% pacjentów onkologicznych** nadal deklaruje poprawę zdrowia i jakości życia w zakresie prewencji kardiologicznej, a **83-85% rehabilitowanych osób**, które zadeklarowały osiągnięcie efektów w trakcie trwania interwencji, wciąż odczuwa poprawę sprawności, redukcję bólu i lepsze funkcjonowanie. Również **100% rodziców dzieci objętych programami korekcji wad postawy**, którzy wskazywali osiągnięcie efektów tuż po zakończeniu działań, nadal odczuwa je po upływie ponad roku. Świadczy to o tym, że w przypadku dobrze zaprojektowanych i intensywnie realizowanych działań terapeutyczno-rehabilitacyjnych, wsparcie nie tylko przyniosło doraźne korzyści, ale **utrzymało się w doświadczeniu uczestników i poprawiło ich długofalowe funkcjonowanie zdrowotne.**

Trwałość wsparcia potwierdzali także **beneficjenci**, którzy zwracali uwagę, że zakupiony w ramach projektów sprzęt medyczny czy rehabilitacyjny nadal jest wykorzystywany i służy kolejnym pacjentom. Dla wielu z nich trwałość oznaczała nie tylko zachowanie infrastruktury, ale też kontynuację wypracowanych modeli pracy – np. zintegrowanego podejścia do opieki nad pacjentem onkologicznym. **Personel medyczny również deklarował dalsze wykorzystywanie zdobytej wiedzy i narzędzi w codziennej praktyce**, co wskazuje na instytucjonalne zakorzenienie interwencji oraz ich rzeczywisty wpływ na standardy postępowania.

Jednocześnie jednak analiza efektów długofalowych odśladania również pewne ograniczenia w trwałości użyteczności – zwłaszcza w projektach o **bardziej informacyjnym niż terapeutycznym charakterze.** Przykładowo, w **działaniach dotyczących raka szyjki macicy**, mimo że aż **93% uczestniczek odnotowało wzrost świadomości profilaktycznej i zagrożeniowej**, to **jedynie 29% z nich deklarowało w 2025 roku, że efekt ten się utrzymał.** Podobnie w przypadku programów profilaktyki raka jelita grubego – choć deklaratywne wskaźniki wzrostu świadomości wynosiły **93-95%**, to nawet **nie połowa uczestników** nadal odczuwała wpływ tej wiedzy po roku. Może to świadczyć o **niskiej intensywności działań edukacyjnych**, ich zbyt jednostkowym charakterze lub o braku mechanizmów podtrzymujących efekt.

REGIONALNA POLITYKA OCHRONY ZDROWIA WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO

Regionalna polityka ochrony zdrowia województwa zachodniopomorskiego, przyjęta w sierpniu 2021 roku, stanowi dokument ramowy określający priorytety i kierunki działań

samorządu województwa w obszarze zdrowia publicznego oraz organizacji i dostępności opieki zdrowotnej w regionie. Cele główne i kierunkowe polityki obejmują:

Cel główny 1. Dostosowanie opieki zdrowotnej do uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych.

- Cel kierunkowy 1.1. *Uzupełnianie istniejących niedoborów, podnoszenie jakości i ulepszanie warunków świadczenia usług zdrowotnych* – planowane działania obejmują modernizację, rozbudowę i budowę nowej infrastruktury medycznej wraz z odpowiednim wyposażeniem oraz dostosowaniem jej do aktualnych potrzeb technologicznych i systemowych. Równocześnie przewiduje się wdrażanie nowych technologii medycznych, innowacyjnych terapii oraz rozwiązań organizacyjnych służących poprawie jakości i dostępności usług zdrowotnych.
- Cel kierunkowy 1.2. *Optymalizacja systemu ratownictwa medycznego* – planowane działania obejmują dalszą optymalizację systemu ratownictwa medycznego poprzez rozwój infrastruktury stacjonarnej zespołów ratownictwa, w tym budowę i wyposażenie miejsc postoju karetek oraz zaplecza administracyjno-technicznego. Kluczowe znaczenie ma zapewnienie wykwalifikowanego personelu medycznego oraz stworzenie warunków umożliwiających szybką i dobrze zorganizowaną interwencję w sytuacjach nagłego zagrożenia zdrowotnego.
- Cel kierunkowy 1.3. *Rozwijanie e-usług w ochronie zdrowia* – rozwój e-usług zdrowotnych poprzez wdrażanie regionalnych platform informatycznych, elektronicznej dokumentacji medycznej oraz zapewnienie interoperacyjności z krajowym systemem SIM. Kluczowe będzie także wprowadzanie usług zdalnych z wykorzystaniem telemedycyny i teleopieki oraz usprawnienie współpracy między podmiotami leczniczymi, personelem i pacjentami przy użyciu nowoczesnych narzędzi cyfrowych.

Cel główny 2. Promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń zdrowotnych.

- Cel kierunkowy 2.1. *Wzmacnianie zdrowia publicznego w obszarach priorytetowych problemów zdrowotnych* – planowane działania obejmują wdrażanie szeroko zakrojonej profilaktyki zdrowotnej i promocji zdrowego stylu życia, w tym szczepień ochronnych, badań przesiewowych, wczesnego rozpoznawania chorób i wspierania terapii oraz rehabilitacji. Równocześnie podejmowane będą interwencje eliminujące szkodliwe zachowania zdrowotne oraz działania skierowane do młodych kobiet i osób starszych w celu zwiększenia liczby lat przeżytych w zdrowiu.
- Cel kierunkowy 2.2. *Rozwijanie samorządowych programów polityki zdrowotnej w zakresie istotnych problemów zdrowotnych mieszkańców regionu* – planowane działania obejmują systematyczne opracowywanie i wdrażanie programów polityki zdrowotnej skoncentrowanych na priorytetowych problemach zdrowotnych mieszkańców regionu. Szczególny nacisk ma być położony na choroby nowotworowe, sercowo-naczyniowe, metaboliczne, układu ruchu, oddechowego, psychiczne, choroby zakaźne oraz problemy wieku rozwojowego i niepłodność.

- Cel kierunkowy 2.3. *Zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej osobom w wieku aktywności zawodowej* – planowane działania obejmują rozwój profilaktyki zdrowotnej osób pracujących poprzez identyfikację zagrożeń związanych z warunkami pracy, wczesną diagnostykę chorób zawodowych oraz rehabilitację leczniczą. Równocześnie zakłada się realizację programów prozdrowotnych w zakładach pracy, mających na celu przeciwdziałanie czynnikom ryzyka i wspieranie dłuższej aktywności zawodowej.

Cel główny 3. Wzmocnienie zasobów kadrowych ochrony zdrowia.

- Cel kierunkowy 3.1. *Optymalizacja liczebności i rozmieszczenia kadr medycznych* – planowane działania obejmują dostosowanie kształcenia kadr medycznych do zidentyfikowanych potrzeb zdrowotnych, w tym szczególnie w zakresie opieki nad matką, dzieckiem i osobami starszymi. Równolegle zakłada się promowanie zawodów medycznych, zwłaszcza pielęgniarstwa i położnictwa, poprzez współpracę z uczelniami i budowanie ich pozytywnego wizerunku w społeczeństwie.
- Cel kierunkowy 3.2. *Doskonalenie kompetencji pracowników ochrony zdrowia* – planowane działania obejmują rozwój kompetencji pracowników ochrony zdrowia poprzez specjalistyczne szkolenia, kursy kwalifikacyjne oraz wsparcie deficytowych specjalizacji, takich jak psychiatria dziecięca. Równocześnie przewiduje się organizację i finansowanie staży podyplomowych oraz podnoszenie kwalifikacji kadry zarządzającej jednostkami leczniczymi w zakresie audytu, analiz i programowania rozwoju.

Przewidywane efekty realizacji polityki zdrowotnej obejmują:

1. **Poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa** (m.in. poprzez: działania profilaktyczne, promocję zdrowego stylu życia, szybkie diagnozowanie i leczenie chorób, a także wsparcie rehabilitacyjne)
2. **Ulepszenie warunków świadczenia usług zdrowotnych** (m.in. poprzez: modernizację i rozbudowę placówek, inwestycje w sprzęt, technologie medyczne i organizację pracy)
3. **Zwiększenie gotowości placówek do reagowania w sytuacjach kryzysowych** (w tym: optymalizacja systemu ratownictwa medycznego, lepsze warunki dla zespołów wyjazdowych oraz infrastruktura miejsc stacjonarnych – np. zaplecze dla karettek)
4. **Zwiększenie dostępności opieki długoterminowej** (planowane działania zakładają rozwój zakładów opiekuńczo-leczniczych i opieki paliatywnej, szczególnie w pobliżu miejsca zamieszkania pacjentów)
5. **Usprawnienie warunków ratownictwa medycznego** (doposażenie stacji ratownictwa, zapewnienie zaplecza technicznego i administracyjnego oraz rozwój kadr medycznych)
6. **Lepszy dostęp do opieki psychiatrycznej** (podejmowane będą działania w zakresie rozwoju środowiskowego modelu psychiatrii, tworzenia centrów zdrowia psychicznego i poprawy dostępności opieki – zarówno dla dorosłych, jak i dzieci)
7. **Szersze wykorzystanie innowacyjnych technologii** (planuje się wdrażanie nowoczesnych technologii medycznych, procedur diagnostycznych i

terapeutycznych, a także szkolenia kadr w zakresie innowacji i zarządzania systemem ochrony zdrowia)

8. **Upowszechnienie e-usług zdrowotnych** (kontynuacja budowy regionalnej platformy e-zdrowia, wdrażanie EDM, telemedycyny i teleopieki oraz rozwój współpracy cyfrowej między podmiotami leczniczymi)
9. **Ustabilizowanie kadr w placówkach ochrony zdrowia** (dostosowanie systemu kształcenia do potrzeb zdrowotnych, promocja zawodów medycznych i organizacja staży oraz szkoleń)

W kontekście powyższych założeń kluczowe znaczenie ma ocena, **w jakim stopniu programy zdrowotne realizowane w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego 2014-2020 przyczyniły się do osiągnięcia celów głównych i kierunkowych Polityki**, a także do uzyskania oczekiwanych efektów w obszarze zdrowia publicznego, dostępności świadczeń, profilaktyki i rozwoju infrastruktury zdrowotnej w regionie.

Istotne **było poprawienie stanu zdrowia i bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców**, a także zmniejszenie nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych. Zrealizowane projekty **skutecznie wspierały ten kierunek rozwoju** – szczególnie poprzez działania ukierunkowane na profilaktykę chorób cywilizacyjnych (np. nowotworów i chorób układu krążenia), rehabilitację osób z chorobami przewlekłymi oraz edukację zdrowotną. Wysokie wskaźniki deklarowanego wpływu projektów na poprawę jakości życia (np. 84% pacjentów wskazujących zmniejszenie ryzyka powikłań sercowo-naczyniowych, 89% poprawę sprawności, 98% wzrost świadomości profilaktycznej w raku piersi) **świadczą o realnym przełożeniu interwencji na poprawę zdrowia publicznego**.

Cel główny 1: Dostosowanie opieki zdrowotnej do uwarunkowań demograficznych, epidemiologicznych i ekonomicznych

Interwencje nie dotyczyły bezpośrednio restrukturyzacji szpitalnictwa ani optymalizacji systemu ratownictwa medycznego, jednak przyczyniły się do **odciążenia systemu opieki specjalistycznej** poprzez lokalne, ambulatoryjne formy wsparcia (rehabilitacja, badania przesiewowe, edukacja i interwencje profilaktyczne), zgodnie z postulatem przesunięcia części świadczeń na poziom lokalny. Część działań była **realizowana w środowisku pacjenta** (np. komponenty mobilne, lokalna fizjoterapia), co wpisuje się w podejście **zdecentralizowane i zindywidualizowane**, w tym związane z rozwijaniem e-usług (cel kierunkowy 1.3).

Choć projekty nie koncentrowały się wprost na rozwoju telemedycyny, **w wielu z nich dokonano zakupu nowoczesnej aparatury medycznej i rehabilitacyjnej**, co przełożyło się na wzrost jakości świadczonych usług. Beneficjenci zwracali uwagę, że sprzęt zakupiony w ramach projektów nadal jest użytkowany i służy pacjentom, co dodatkowo wzmacnia trwałość efektów i **użyteczność infrastrukturalną** interwencji.

Cel główny 2: Promocja zdrowia i profilaktyka zagrożeń zdrowotnych

To obszar, który projekty zdrowotne **najpełniej realizowały** – działania profilaktyczne i edukacyjne adresowane były do dzieci, młodzieży, dorosłych i seniorów, a ich celem było wczesne wykrywanie, zapobieganie i zmiana zachowań zdrowotnych. Osiągnięcia obejmują m.in.:

- **100% zgłaszalności na badania** w projektach profilaktyki nowotworowej (jelita grubego, piersi, szyjki macicy),
- **wzrost świadomości profilaktycznej** w zakresie raka szyjki macicy (93%) i jelita grubego (95%), choć niestety w 2025 roku tylko 29% nadal odczuwało efekt edukacyjny w tym zakresie,
- **88% wzrostu świadomości** w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia,
- programy szczepień HPV – wzrost wyszczepialności do 73% w regionie szczecińskim.

Należy jednak zaznaczyć, że mimo deklarowanego wzrostu wiedzy i świadomości, **efekty edukacyjne okazały się nietrwałe**, szczególnie tam, gdzie działania miały charakter jednorazowy i informacyjny, co ograniczało ich wpływ na długofalowe postawy zdrowotne.

Cel główny 3: Wzmocnienie zasobów kadrowych ochrony zdrowia

Programy zrealizowały **pełne wskaźniki liczby przeszkolonych pracowników medycznych (100%)**, a w wielu przypadkach (np. rehabilitacja onkologiczna) deklarowano także realne wykorzystanie zdobytej wiedzy. Jednak, jak pokazują dane, efekty były nierównomierne – w jednym z projektów tylko 59% medyków odczuło realny przyrost wiedzy, a część istotnych tematów (np. opieka psychologiczna) była pominięta. **Nie udało się również w pełni odpowiedzieć na problem nierównomiernego rozmieszczenia kadr ani zwiększenia liczby specjalistów (cel kierunkowy 3.1)**, choć projekty przyczyniły się do zwiększenia ich kompetencji i gotowości do świadczenia usług w nowych modelach opieki (cel kierunkowy 3.2).

Podsumowując, projekty zdrowotne realizowane w ramach RPO WZ 2014-2020 **były w zdecydowanej większości zgodne z celami i kierunkami regionalnej polityki ochrony zdrowia**. Szczególnie silne powiązania występowały w obszarach profilaktyki i promocji zdrowia, zwiększenia dostępności lokalnych usług, poprawy jakości życia osób z chorobami przewlekłymi oraz wyposażenia placówek w nowoczesny sprzęt. Ograniczenia dotyczyły głównie **nietrwałości efektów edukacyjnych, trudności rekrutacyjnych wynikających z kwalifikowalności oraz braku wpływu na strukturalne aspekty systemu ochrony zdrowia**, takie jak rozmieszczenie kadr czy restrukturyzacja lecznictwa. Pomimo tego, interwencje realnie wsparty realizację strategicznych i operacyjnych celów regionu, a ich długofalowy wpływ – w niektórych obszarach – przekraczał założony czas trwania projektów.

CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NA REALIZACJĘ INTERWENCJI WRAZ Z ZAKRESEM TRUDNOŚCI I BARIER

Realizacja projektów w ramach Regionalnych Programów Zdrowotnych oraz pozostałych projektów profilaktyki zdrowotnej była możliwa dzięki wielu czynnikom, które konsekwentnie przewijały się w analizowanych przypadkach. Czynniki te miały istotny wpływ na sprawność realizacji działań, skuteczność osiągania rezultatów oraz ogólne zadowolenie beneficjentów. **Najczęściej wskazywane obszary wsparcia, które zostały wymienione poniżej, można uznać za fundament powodzenia analizowanych interwencji.**

Bez względu na skalę i tematykę projektu, beneficjenci często wskazywali, że największym atutem były **wysokie kompetencje i zaangażowanie zespołów projektowych** – zarówno pod względem merytorycznym, jak i organizacyjnym. Odpowiednie kompetencje, doświadczenie w realizacji podobnych przedsięwzięć oraz zaangażowanie poszczególnych członków zespołu stanowiły podstawę efektywnej pracy. Co istotne, nawet w sytuacjach braku bieżącego wsparcia ze strony instytucji zarządzających, zespoły potrafiły poradzić sobie z wyzwaniami projektowymi.

Kolejnym czynnikiem było wsparcie i elastyczność Instytucji Pośredniczącej (WUP). Beneficjenci wysoko ocenili jakość współpracy z Wojewódzkim Urzędem Pracy, który pełnił funkcję Instytucji Pośredniczącej. Wyróżniano przede wszystkim **elastyczność, responsywność oraz profesjonalizm pracowników**, a także ich **otwartość na bieżące potrzeby i problemy realizatorów**. Często wspomniano o dużej roli opiekunów projektów, którzy znali kontekst działań i potrafili zapobiegać potencjalnym błędom na etapie realizacji i rozliczania projektów.

Mieliśmy fantastyczną panią opiekun do wszystkich projektów, która była szalenie pomocna i dzięki niej tak naprawdę bardzo dużo mogliśmy zrobić wspólnie. Znała wszystkie problemy i nie zostawiała nas samych sobie, więc dla pani opiekun tak naprawdę olbrzymie słowa uznania i podziękowania. (beneficjent, RPZ HPV)

Takie relacje instytucjonalne nie tylko ułatwiały realizację działań, ale wzmacniały również poczucie bezpieczeństwa po stronie beneficjenta, a także **nierzadko ułatwiały bieżące reagowanie na problemy.**

Generalnie tę współpracę możemy ocenić dobrze czy bardzo dobrze. Szczególnie bardzo dobrze oceniam to, że jak zgłosiliśmy, że już nasza promocja sięgnęła maksimum (...) to pozwolono nam dołączyć jeszcze jeden rocznik urodzenia. I to był wielki plus, dlatego że gdyby nie zareagowano, to byśmy nie wykorzystali pełnych środków. (beneficjent, RPZ HPV)

Wpływ na realizację projektów miała również **współpraca z zewnętrznymi dostawcami usług i sprzętu**. Wybór partnerów zewnętrznych, takich jak dostawcy usług zdrowotnych, sportowych czy ergonomicznego wyposażenia, powinien być odpowiednio przemyślany. Beneficjenci najczęściej przeprowadzali analizę rynku, porównując oferty pod kątem ceny i zakresu świadczeń. Wskazywano na to, że w przypadku, w którym firmy te wykazywały się wysokim profesjonalizmem, **zastosowanie czynnika współpracy okazywało się ogromnym ułatwieniem realizacji interwencji**.

Zrobiliśmy sobie taką analizę rynku, zobaczyliśmy jakie są ceny, jakie są oferty i po prostu wybraliśmy też najtańszą i najbardziej odpowiednią dla nas. Nie było problemów, wszystko super. Mieliśmy firmę Luxmed i Multisport, także jedne z największych firm w Polsce. Współpraca super. (beneficjent 2, ergonomia w miejscu pracy)

Aspektem, który pozytywnie wpłynął na przebieg wdrażania wsparcia, była odpowiednio zorganizowana komunikacja z uczestnikami. W projektach, w których duży nacisk kładziono na bezpośredni kontakt z uczestnikami (np. projekty profilaktyczne), skuteczna komunikacja była kluczowa (często determinowała to, w jaki sposób przebiegała nie tylko realizacja, ale i sama rekrutacja). Stworzenie dedykowanych kanałów informacyjnych: stron internetowych, adresów e-mail i infolinii usprawniało proces rekrutacji i informowania o działaniach.

Na potrzeby projektu założyliśmy stronę internetową. Wydzieliliśmy oddzielny numer i adres mailowy. Wszystkie informacje dotyczące projektu wychodziły z tego adresu. Dodatkowo codziennie od godziny 8 do 16 był aktywny numer telefonu... Wszystkie dokumenty rekrutacyjne były też zamieszczone na stronie. To bardzo dużo czasu nam zaoszczędziło. (beneficjent, RPZ wady postawy)

Rysunek 7. Kluczowe czynniki wpływające na realizację interwencji



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych jakościowych – IDI z beneficjentami, IP oraz IZ.

Choć realizacja projektów zdrowotnych w ramach RPZ przebiegała w wielu przypadkach sprawnie, a beneficjenci wskazali szereg czynników, które w istotny sposób wspierały przebieg interwencji, to jednak równie ważne – z punktu widzenia oceny skuteczności i możliwości doskonalenia systemu – jest **zidentyfikowanie barier i trudności napotkanych podczas realizacji działań**. To właśnie analiza tych ograniczeń pozwala lepiej zrozumieć, gdzie interwencje wymagały większego wysiłku organizacyjnego, gdzie potrzebne było dodatkowe wsparcie, a także jakie mechanizmy zawiodły lub okazały się niewystarczająco elastyczne w zmieniających się warunkach.

Poniższa tabela szczegółowo podsumowuje bariery napotkane przez beneficjentów, charakterystyczne dla specyfiki prowadzonych przez nich projektów.

Tabela 44. Bariery specyficzne dla ewaluowanych projektów/programów

Program/projekt	Napotkane bariery
RPZ Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	Niższy niż planowany poziom rekrutacji pacjentów (646 zamiast 1200) wynikał z kilku czynników, tj. opóźnień organizacyjnych (brak gotowości infrastrukturalnej Szpitala), pandemii COVID-19 (obostrzenia sanitarne i okresowe lockdowny), trudności formalnych związanych z naborem personelu lekarskiego, ograniczeń wynikających z zapisów RPZ WZ (pierwotne kryteria włączenia do projektu przewidywały udział wyłącznie pacjentów będących przed lub w trakcie chemioterapii/radioterapii, co wykluczało wielu potencjalnych uczestników już po zakończonym leczeniu onkologicznym. Przez większą część realizacji projektu nie było możliwości kwalifikowania pacjentów po leczeniu, mimo że stanowili znaczną grupę zainteresowanych), stanu zdrowia i sytuacji życiowej pacjentów (często związane z terapią onkologiczną). <i>Pod koniec realizacji projektu [red. beneficjent] zwrócił się do nas z prośbą o rozszerzenie tej grupy docelowej. Otrzymał na to zgodę, ale to już była praktycznie końcówka realizacji projektu, która nie pozwoliła nadrobić tego czasu. (przedstawiciel IP)</i>
	Pojawiły się także pewne obawy pacjentów przed konsekwencjami uczestnictwa w programie. Chociaż uczestnictwo w programie niosło ze sobą wiele korzyści, w tym szybki dostęp do świadczeń medycznych, to niektórzy pacjenci obawiali się, że zadeklarowanie gotowości do aktywizacji zawodowej będzie wiązało się z koniecznością spełnienia tego obowiązku. <i>Należy mieć świadomość, że ten proces świeżego rozpoznania onkologicznego jest bardzo trudnym dla pacjentów momentem i część z nich nie była w stanie, z uwagi na stan kliniczny, stan psychiczny, zadeklarować tej gotowości, a część z nich posiadała po prostu orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy lub była zupełnie niesamodzielna, co jakby z góry wskazywało, że nie będą oni gotowi do tej aktywizacji zawodowej. (beneficjent, RPZ choroby sercowo-naczyniowe)</i>

Program/projekt	Napotkane bariery
RPZ Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych na lata 2020-2022	Wstrzymanie działań na etapie początkowym w wyniku zakwestionowania procedury wyboru specjalistów. Choć ostatecznie potwierdzono zgodność działań z przepisami, czas potrzebny na weryfikację wpłynął negatywnie na harmonogram.
	Problemy z postępowaniami zakupowymi, m.in. mała liczba ofert w odpowiedzi na zapytania dotyczące sprzętu i wyrobów medycznych oraz opóźnienia w wyłanianiu wykonawców konsultacji onkologicznych i działań edukacyjnych.
	Ograniczenia organizacyjne po stronie wykonawcy turnusów rehabilitacyjnych – brak możliwości zakwaterowania wszystkich pacjentów w jednym ośrodku skutkowało koniecznością zmiany lokalizacji i aneksowania umowy.
RPZ Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych na lata 2020-2022	Niechęć rodziców i dzieci do udziału – rezygnacje z udziału z powodu przekonania o braku potrzeby, przeciążenia zajęciami, braku motywacji dzieci (szczególnie starszych klas).
	Wielokrotnie pojawiała się bariera ograniczonego zaangażowania szkół – szczególnie dyrektorów – w realizację działań. W niektórych placówkach odmówiono realizacji programu na terenie szkoły, a część wykazywała postawę bierną wobec inicjatyw beneficjentów. Istotne były także obawy związane z wpuszczaniem do szkół podmiotów zewnętrznych, szczególnie w kontekście debaty publicznej dotyczącej obecności organizacji trzecich w placówkach oświatowych. <i>Na początkowym etapie projektu, za zgodą Wojewódzkiego Urzędu Pracy, napisaliśmy prośbę do Kuratorium Oświaty, Wojewódzkiego Kuratorium Oświaty w Szczecinie z informacją, że jest taki projekt i czy byłoby w stanie zamieścić taką [red. notkę] na stronie z informacją, z zapisem, że zachęcają do współpracy. Dlatego że część szkół – ze względu na to, co się dzieje w przestrzeni publicznej i zakaz wprowadzenia podmiotów trzecich do szkół – niechętnie patrzyła na to, albo z obawą patrzyła na to, co się stanie, jeżeli ktoś im później zarzuci, że wpuścili osobę, podmiot trzeci, do szkoły do realizacji zadań niekoniecznie związanych z edukacją szkolną. (beneficjent, RPZ wady postawy)</i>

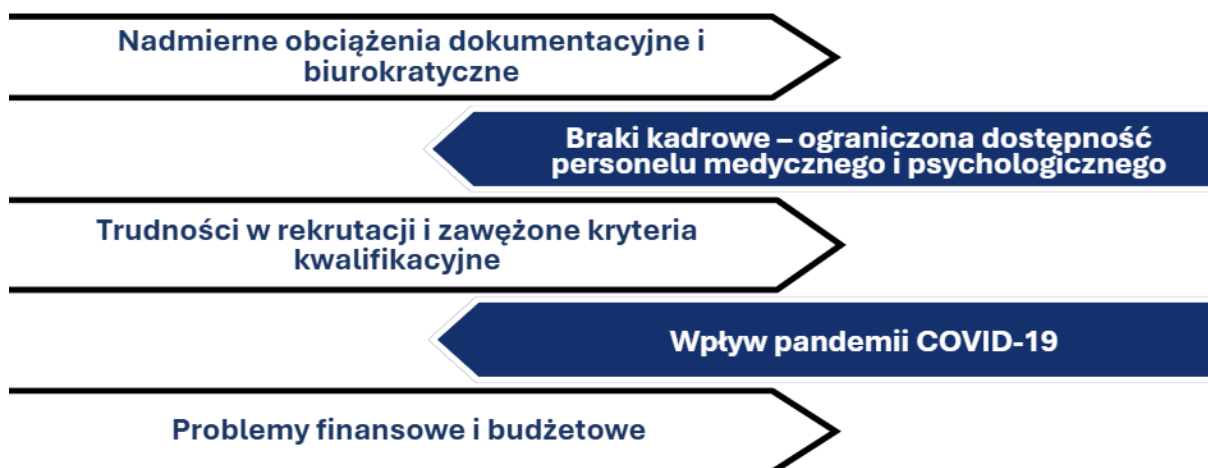
Program/projekt	Napotkane bariery
	Realizacja zajęć poza miejscem zamieszkania była utrudniona w przypadku uczniów z mniejszych miejscowości. Beneficjent zauważył, że dzieci z tzw. „białych plam” – terenów o słabej dostępności komunikacyjnej – miały trudność z dojazdem, co wpływało na ich mniejsze uczestnictwo.
RPZ Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2021-2022	Jedną z kluczowych barier była obecność silnych ruchów antyszczepionkowych, szczególnie w niektórych regionach. Medialne doniesienia podważające zasadność szczepień wzbudzały nieufność wśród rodziców i społeczności szkolnych, co utrudniało prowadzenie działań edukacyjnych i rekrutacyjnych. Kluczowa dla sukcesu projektu była otwartość szkół, jednak nie wszyscy dyrektorzy byli chętni do współpracy. W niektórych przypadkach placówki całkowicie odmawiały udziału w projekcie, co uniemożliwiało dotarcie do potencjalnych uczestników. <i>Można mieć najfantastyczniejszy projekt, ale w sytuacji, kiedy dyrekcja nie będzie chciała współpracować, to nic nie zrobimy (...). Powiedziała, że nie wchodzi w projekty unijne i tyle. (beneficjent 1, RPZ HPV)</i> Bardzo istotnym problemem była inflacja – gwałtowny wzrost ceny szczepionek – z zakładanych 270 zł do nawet 500 zł za dawkę. Ponieważ budżet projektu nie przewidywał takiej zmiany, beneficjenci nie byli w stanie zakontraktować tylu świadczeń, ile pierwotnie planowano. Wzrost kosztów szczepionek i brak środków na podwyższenie wynagrodzeń dla personelu medycznego sprawiły, że niektóre podmioty (przychodnie, placówki medyczne) wycofały się ze współpracy. Początkowo zakładano szeroką sieć realizatorów, jednak w praktyce ich liczba okazała się ograniczona.
Rozwój profilaktyki nowotworowej w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego	Największym wyzwaniem była niska gotowość uczestników do udziału w inwazyjnych badaniach, takich jak kolonoskopia. Badanie to było przez pacjentów postrzegane jako bolesne, wstydlive i powodujące znaczny dyskomfort fizyczny i psychiczny. Dodatkowo, procedura wymagała ścisłego reżimu przygotowawczego – diety i zażywania środków przeczyszczających – co wiązało się z koniecznością wyłączenia z życia codziennego na co najmniej dobę. Kolejną barierą była niska responsywność mieszkańców obszarów wiejskich oraz społeczności o niekorzystnej strukturze demograficznej. Pomimo różnorodnych działań promocyjnych – takich jak kolportaż materiałów,

Program/projekt	Napotkane bariery
	kontakt osobisty czy współpraca z parafiami – pozyskanie odpowiedniej liczby uczestników okazywało się czasochłonne i wymagało intensywnej pracy organizacyjnej. <i>Dotarcie do tych rzeszy osób wymagało naprawdę dużych nakładów czasu i pracy. Nawet po plebaniach chodziliśmy z prośbami do proboszczów, żeby podczas niedzielnych mszy ogłaszali spotkania. (beneficjent 1, profilaktyka nowotworowa)</i>
Wdrożenie programów zdrowotnych ukierunkowanych na eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy	W miejscach, gdzie realizowano działania poza dużymi ośrodkami, dostępność infrastruktury i usług (np. psychologów, basenów, placówek medycznych) była ograniczona. Uczestnicy musieli dojeżdżać nawet kilkadziesiąt kilometrów, co zniechęcało część z nich do korzystania z oferowanego wsparcia. Niektóre osoby początkowo niechętnie podchodziły do udziału w konsultacjach psychologicznych, postrzegając je jako formę pomocy przeznaczoną wyłącznie dla osób z poważnymi problemami. Taka postawa wynikała z niskiej świadomości roli psychologa oraz obaw przed stygmatyzacją. Złożoność komponentu zakupowego również generowała poważne wyzwania. Realizatorzy musieli współpracować z wieloma zewnętrznymi firmami, które różniły się pod względem standardów działania i gotowości do spełniania formalnych wymogów projektowych. Konieczność prowadzenia indywidualnych ustaleń z każdym dostawcą znacząco obciążała zespół organizacyjnie.

Źródło: opracowanie na podstawie holistycznej analizy zebranych danych w ramach wszystkich technik.

Analiza zebranych danych, obejmująca zarówno wypowiedzi beneficjentów, jak i zestawienia syntetyczne, pozwala wyróżnić pięć barier, które w sposób powtarzalny i znaczący wpływały na przebieg i efektywność realizacji projektów zdrowotnych. Co istotne, były one wskazywane niezależnie od tematyki projektu, co potwierdza ich przekrojowy charakter.

Rysunek 8. Kluczowe bariery występujące podczas realizacji ewaluowanej interwencji



Źródło: opracowanie na podstawie holistycznej analizy zebranych danych w ramach wszystkich technik obejmujących perspektywę beneficjentów.

1. Nadmierne obciążenia dokumentacyjne i biurowe

Wskazywano na złożoność procedur, konieczność wielokrotnego wypełniania i aktualizowania dokumentów oraz brak jasnych instrukcji wdrożeniowych. Nadmierna biurokracja była obciążeniem zarówno dla personelu, jak i uczestników – zniechęcała do udziału, wydłużała procesy i angażowała zasoby kosztem działań merytorycznych.

*Tak, bo tam były przy rejestracji pacjenta raz [red. spisywane dane].
Przy każdym szkoleniu [red. co najmniej drugi raz]. Było tego „klepania
z ręki”, że tak powiem, tak dużo. (beneficjent 3, profilaktyka
nowotworowa)*

2. Braki kadrowe – ograniczona dostępność personelu medycznego i psychologicznego

W wielu projektach zgłaszano trudności z pozyskaniem lub utrzymaniem specjalistów niezbędnych do realizacji działań – m.in. lekarzy, fizjoterapeutów, psychologów. Wskazywano na przeładowanie grafików, brak lokalnych zasobów, a także ograniczoną motywację do pracy projektowej w warunkach sztywnego budżetu i krótkich terminów.

*Cieężko było znaleźć ogólnie tych psychologów, którzy byliby chętni
objąć opieką grupę ludzi (...) nie mieli takich mocy przerobowych, na
tyle wolnych terminów, żeby zmieścić się w okresie realizacji projektu.
(beneficjent 3, ergonomia w miejscu pracy)*

3. Trudności w rekrutacji i zawężone kryteria kwalifikacyjne

Problematyczna okazywała się zarówno rekrutacja uczestników, jak i spełnianie szczegółowych kryteriów wstępnych. Projekty często były planowane bez uwzględnienia lokalnej specyfiki demograficznej (np. niska liczba osób 50+ na danym obszarze), co prowadziło do trudności z realizacją wskaźników. Wymagania formalne i kwalifikacyjne – np. w kontekście danych osobowych – również skutecznie ograniczały liczbę zakwalifikowanych osób.

4. Wpływ pandemii COVID-19

Pandemia była barierą o charakterze systemowym. Wskazywano na konieczność zawieszenia działań, ograniczenie dostępności usług medycznych, strach uczestników przed zakażeniem oraz wzrost kosztów realizacyjnych. Pomimo wdrażania działań adaptacyjnych, wiele projektów wymagało przesunięcia terminów lub reorganizacji zakresu wsparcia.

5. Problemy finansowe i budżetowe

Beneficjenci wielokrotnie sygnalizowali niedoszacowanie kosztów we wnioskach projektowych, brak elastyczności budżetowej i trudności w dostosowywaniu działań do rosnących cen (np. szczepionek, usług medycznych, sprzętu). Próby renegotjacji zakresów wsparcia czy liczby uczestników napotykały na ograniczenia proceduralne, co zmuszało realizatorów do angażowania własnych środków lub ograniczania skali projektu.

Przechodząc do perspektywy uczestników, należy podkreślić, iż – **choć zdecydowana większość uczestników oceniła udział w projekcie pozytywnie i nie zgłaszała trudności – zebrane wskazania pozwalają zidentyfikować kilka powtarzających się barier.**

Rysunek 9. Bariery napotkane przez uczestników wsparcia

Bariery wskazywane przez uczestników

Źródło: opracowanie własne na podstawie CAWI/CATI z uczestnikami.

Najczęściej zgłaszano **problemy z dojazdem na miejsce świadczenia usług** – szczególnie istotne w przypadku osób starszych lub mieszkających w mniejszych miejscowościach. Pojawiały się także głosy dotyczące tego, że **wsparcie było zbyt krótkie lub obejmowało zbyt wąski zakres działań**, co może sugerować potrzebę szerszego lub dłuższego wsparcia.

Część uczestników zwracała uwagę na **niewystarczające przygotowanie lub zaangażowanie personelu medycznego** – dotyczyło to głównie jakości kontaktu i komunikacji. Inne wskazania – takie jak **zbyt długi czas oczekiwania na świadczenia, trudności w uzyskaniu informacji czy niezrozumiałość materiałów** – pojawiały się rzadziej, jednak także one pokazują obszary, w których warto zadbać o większą przejrzystość, sprawność operacyjną i lepsze wsparcie informacyjne.

Choć sygnały krytyczne dotyczyły niewielkiego odsetka respondentów, wskazują one na konkretne, powtarzające się wyzwania organizacyjne. Ich identyfikacja nie świadczy o słabości projektu, lecz daje szansę na jego dalsze udoskonalenie i lepsze dopasowanie do potrzeb uczestników – zwłaszcza w zakresie **dostępności, zakresu wsparcia, komunikacji oraz jakości kontaktu z personelem**.

Podsumowując, realizacja projektów zdrowotnych przyniosła szereg pozytywnych efektów – beneficjenci podkreślali **wysokie zaangażowanie zespołów, elastyczne wsparcie instytucji oraz realny wpływ działań na poprawę dostępności i jakości świadczeń**. Jednocześnie ujawniono liczne bariery, w tym **nadmierne obciążenia biurokratyczne, braki kadrowe, trudności rekrutacyjne oraz ograniczenia**

budżetowe, które w wielu przypadkach wymagały dodatkowego zaangażowania i dostosowań organizacyjnych. Balans między sukcesami a trudnościami pokazuje, że mimo wysokiej efektywności projektów, ich realizacja wymagała dużej elastyczności i odporności operacyjnej ze strony realizatorów.

DOBRE PRAKTYKI

Na podstawie analizy zgromadzonych danych można wskazać szereg **kluczowych dobrych praktyk, które mogą stanowić wartościowe wytyczne dla realizatorów przyszłych interwencji zdrowotnych**. Praktyki te zostały wypracowane w toku realizacji projektów i zostały pozytywnie zweryfikowane w praktyce. W wielu przypadkach zostały również poparte doświadczeniami i opiniami respondentów, których wypowiedzi zostały przytoczone w niniejszej analizie.

Rysunek 10. Dobre praktyki w realizacji programów profilaktyki zdrowotnej



Źródło: opracowanie na podstawie holistycznej analizy zebranych danych w ramach wszystkich technik.

Budowanie i wzmacnianie partnerstw jako fundament skutecznej realizacji projektów zdrowotnych

Jedną z najistotniejszych dobrych praktyk, konsekwentnie przewijającą się w analizowanych projektach, było **strategiczne podejście do współpracy – zarówno w wymiarze instytucjonalnym, lokalnym, jak i ponadregionalnym**. Współpraca partnerska, oparta na wzajemnym zaufaniu, wymianie zasobów i otwartym dialogu, okazywała się kluczowa na każdym etapie realizacji działań zdrowotnych.

Przykłady międzynarodowych partnerstw – np. pomiędzy instytucjami z Węgier i Rumunii – unaocznily, że **wymiana doświadczeń i wiedzy nie tylko przyspiesza wdrożenie skutecznych rozwiązań, ale też pozwala uniknąć błędów popełnianych wcześniej w innych kontekstach**. Jak podkreślono, projektowanie interwencji z udziałem bardziej doświadczonych partnerów zwiększa trafność przyjętych założeń i usprawnia realizację.

Z drugiej strony, w kontekście projektów realizowanych na poziomie lokalnym i regionalnym, niezwykle istotne było **partnerstwo operacyjne – obejmujące szkoły, urzędy, placówki medyczne czy pracodawców**. Współpraca ta umożliwiała nie tylko dotarcie do grup o utrudnionym dostępie do świadczeń, ale także zapewniała **wsparcie organizacyjne i budowała pozytywny klimat wokół interwencji**.

Ponadto wyniki studium przypadku opisywanego na podstawie projektu realizowanego w Czechach wskazują, że elementem zwiększającym gotowość do szybkiego startu jest także uprzednie **zmapowanie dostępnych zasobów infrastrukturalnych** (np. ośrodków kolonoskopowych, lekarzy POZ) oraz stworzenie sieci partnerstw, która pozwala na sprawne i skuteczne uruchomienie działań operacyjnych. Kwestia ta sprawdzała się także w podejściu regionalnym – **tam, gdzie brakowało kompetencji lub infrastruktury, dobrą praktyką było szukanie dopełniających się kompetencji u innych – lokalnych lub zewnętrznych – podmiotów**. Partnerstwo w projektach zdrowotnych nie jest więc tylko kwestią zasobów, ale również postawy.

Jeżeli oczywiście są zdolności do realizacji, a jeżeli nie, no to warto nawiązywać współpracę z innymi podmiotami i realizować projekt wspólnie z partnerami. (beneficjent, RPZ rehabilitacja)

Dodatkowym elementem wzmacniającym partnerstwa – szczególnie w środowisku szkolnym – okazało się **wdrażanie drobnych form uznania za zaangażowanie**. Przykład przekazywania sprzętu sportowego małym szkołom wiejskim pokazał, że **nawet symboliczne wsparcie może znacząco wzmocnić relacje i zwiększyć motywację do współpracy**. Takie działania, realizowane w ramach kosztów pośrednich, miały nie tylko charakter organizacyjny, ale też społeczny – wpływały na poczucie wspólnoty wokół celów projektu.

Dla tych dużych szkół to jest nieduża pomoc, ale dla tych małych wiejskich szkół, gdzie oni borykają się z każdą złotówką tak naprawdę, to jak dostali od nas dwa materace, dziesięć skakanek i pięć piłek, to oni byli nam bardzo wdzięczni. (beneficjent, RPZ wady postawy)

Zgromadzone doświadczenia pokazują, że to właśnie współpraca – oparta na dialogu, zaufaniu i wzajemnym wspieraniu się – buduje trwałe fundamenty skutecznych interwencji zdrowotnych. Niezależnie od skali projektu, to jakość relacji między podmiotami decyduje o płynności, efektywności i realnym oddziaływaniu działań.

Doświadczenie zespołu projektowego i kompetencje merytoryczne zwiększają efektywność realizacji

Dobrze przygotowany i kompetentny zespół projektowy – posiadający wiedzę zarówno z zakresu tematycznego projektu, jak i znajomość zasad formalnych – to jedna z najczęściej wskazywanych przewag organizacyjnych. Respondenci podkreślali, że **udział pracowników z doświadczeniem projektowym lub dostęp do zewnętrznych ekspertów** (np. firm przygotowujących wnioski) był kluczowy dla prawidłowego przygotowania i późniejszego rozliczenia projektu. Zespół, który zna realne potrzeby instytucji i potrafi je przekuć na spójną i uzasadnioną logikę projektu, minimalizuje ryzyko błędów i pozwala sięgać po większe środki, a także później sprawnie realizować plany.

Usprawnienia administracyjne i zarządzanie dokumentacją jako klucz do efektywności operacyjnej projektów zdrowotnych

Jedną z kluczowych barier realizacyjnych wskazywanych przez beneficjentów były **złożone procedury administracyjne oraz czasochłonne zarządzanie dokumentacją**. W odpowiedzi na te wyzwania, praktyka pokazuje, że **uproszczenie mechanizmów budżetowo-administracyjnych oraz wdrożenie cyfrowych narzędzi do obsługi dokumentacji** może znacząco zwiększyć efektywność operacyjną projektów.

W szczególności wskazywano na potrzebę większej elastyczności finansowej – m.in. poprzez wyższe ryczałty przypisane do liczby pacjentów – co pozwalałoby beneficjentom lepiej reagować na dynamiczne zmiany rynkowe (takie jak nagły wzrost cen szczepionek) i elastycznie zarządzać środkami bez ryzyka utraty płynności lub niewykonania założeń.

Chodzi tutaj o sprawozdawczość tą finansową. (...) Sprawozdawczość ze zrealizowanych świadczeń odbywała się po szczegółowym zestawieniu finansowym na podstawie złożonych faktur zakupowych, co jest dość niespójne generalnie z systemem finansowania świadczeń, bowiem my w opłatach z płatnikiem publicznym, z NFZ-em, bazujemy na opłatach ryczałtowych za zrealizowane świadczenia. Czyli na grupach jednorodnych wskazujących na ryczałtowe rozliczenie pacjentów z podobnym problemem zdrowotnym lub wykonanymi procedurami. Natomiast tutaj [red. musieliśmy] szczegółowo sprawozdawać koszty związane z płynem do dezynfekcji, rękawiczkami, podkładami, żelem do USG. Także tutaj opracowanie tej metodologii zajęło nam również temat. (...) Dużym ułatwieniem byłaby możliwość rozliczania świadczeń w formie ryczałtowej za zrealizowaną procedurę. Czyli tych jednorodnych grup, tak jak ma to miejsce w przypadku umów z NFZ-em. Natomiast z tego co wiem, regulamin nie

dopuszczał takiej możliwości. (beneficjent, RPZ choroby sercowo-naczyniowe)

Równolegle, przy dużej liczbie uczestników i wymagających komponentach medycznych, ogromnym obciążeniem staje się **prowadzenie i przechowywanie dokumentacji projektowej**. Dobra praktyka polegała na wdrażaniu rozwiązań cyfrowych – **pozwalających zautomatyzować wprowadzanie danych, usprawnić komunikację oraz zminimalizować ryzyko błędów i chaosu archiwizacyjnego**. W sytuacjach przeciążenia organizacyjnego, korzystanie z firm zewnętrznych do obsługi administracyjnej stanowiło racjonalne uzupełnienie działań realizatorów.

Ale myślę, że przy dużej ilości pacjentów, przy dużym jakby obciążeniu administracyjnym, samo prowadzenie tej dokumentacji, wpisywanie jej do systemu, no to jest czas, tak? Jeśli beneficjent nie ma na to kadry, która by się tym zajęła, no to w tym momencie ma koszty pośrednie, z których może zatrudnić sobie firmę. (przedstawiciel IP)

Jednak cyfryzacja i elastyczność nie mogą całkowicie zastąpić podstawowej zasady skutecznego zarządzania projektem, jaką jest systematyczność. Wypowiedzi beneficjentów wyraźnie podkreślają, że nawet przy nowoczesnych narzędziach kluczowe pozostaje regularne, rzetelne prowadzenie dokumentacji – zwłaszcza w projektach zawierających komponenty zakupowe czy świadczenia zdrowotne.

[red. Można sobie z dokumentami poradzić] systematyczną pracą, ponieważ to jest ogromna ilość dokumentów. Jest ich dużo. Te wszystkie badania, przynajmniej tutaj te szpitalne, wiążą się z przeróżnymi zakupami – od apteki, przez właśnie te środki dezynfekujące, środki znieczulające i przeróżne inne. Akurat w tym badaniu jest tego multum, więc brak takiej systematyczności powoduje totalne zagubienie w tym wszystkim. Myślę, że te narzędzia, które my mieliśmy, były wystarczające, [red. pod warunkiem systematyczności]. (beneficjent 1, profilaktyka nowotworowa)

Zarówno wnioski płynące z projektów realizowanych w Polsce, jak i rekomendacje z projektów międzynarodowych wskazują, że inwestycja w uproszczenia proceduralne, cyfryzację dokumentacji i organizację pracy administracyjnej nie tylko podnosi efektywność operacyjną, ale też zwiększa szanse na prawidłowe rozliczenie, uniknięcie błędów formalnych i realne skoncentrowanie się na celach zdrowotnych projektu.

Realistyczne planowanie, trafna diagnoza potrzeb i dostosowanie zasad kwalifikowalności jako fundamenty skutecznych interwencji

Skuteczność projektów zdrowotnych w dużej mierze zależy od **jakości planowania już na etapie przygotowania wniosku**. Jedną z najczęściej wskazywanych dobrych praktyk jest **realistyczne podejście do wyznaczania liczby uczestników i wskaźników**.

Przeszacowanie liczby uczestników lub nieuwzględnienie możliwej rotacji pracowników może skutkować niemożnością realizacji założeń, a w efekcie – utratą dofinansowania.

To jedyna taka rada to byłaby, żeby dobrze zweryfikować ilość uczestników, żeby później w razie jakiejś rotacji pracowników nie okazało się, że nie wykaże wskaźnika, ponieważ był to projekt ryczałtowy, a ryczałt wiąże się tam z pewnymi ograniczeniami i trzeba wykazać po prostu wskaźnik, bo inaczej to finansowanie będzie nie procentowo obcinane, tylko po prostu całkowicie. (beneficjent 3, ergonomia w miejscu pracy)

W opinii realizatorów, **projekty powinny wynikać z rzeczywistych potrzeb instytucji i odbiorców, a nie z prób maksymalnego wykorzystania dostępnych środków**. Takie podejście nie tylko **zwiększa efektywność interwencji, ale minimalizuje ryzyko niepowodzenia i lepiej wpisuje się w lokalne konteksty**. Przykładem może być projekt w województwie pomorskim, gdzie działania w obszarze ergonomii poprzedziła **pogłębiona diagnoza** – obejmująca indywidualne analizy stanowisk pracy oraz konsultacje z pracownikami. **Dzięki temu wdrożone wsparcie było precyzyjne i odpowiadało realnym wyzwaniom zdrowotnym uczestników**.

Z punktu widzenia systemowego, jednym z obszarów wymagających zmiany są również **zasady kwalifikowalności**. Obecne regulacje, takie jak minimalna liczba zatrudnionych czy zakaz uczestnictwa w kolejnych edycjach, **ograniczają możliwość udziału mniejszych, ale skutecznych organizacji**. Beneficjenci wskazują, że takie podejście może prowadzić do niewykorzystania potencjału tych podmiotów, które mają doświadczenie i gotowość do dalszego działania.

Zintegrowanie realistycznego planowania, trafnej diagnozy i elastycznych zasad kwalifikacji pozwala nie tylko na skuteczne przygotowanie wniosku, ale także na większą trwałość i spójność interwencji zdrowotnych – zarówno na poziomie lokalnym, jak i systemowym.

Skuteczne działania edukacyjne jako warunek powodzenia realizacji interwencji zdrowotnych

Działania edukacyjne, choć często traktowane jako komponent uzupełniający projektów zdrowotnych, w rzeczywistości **stanowią jeden z najistotniejszych czynników warunkujących ich skuteczność**. Analiza projektów realizowanych w różnych obszarach tematycznych – od profilaktyki nowotworowej, przez szczepienia HPV, po korekcję wad postawy – pokazuje, że **poziom wiedzy, świadomości i zaufania społecznego bezpośrednio przekłada się na poziom uczestnictwa i efekty interwencji**. Kluczowe znaczenie ma tu nie tylko sama obecność działań informacyjnych, ale ich jakość, spójność z celem projektu oraz dostosowanie do realnych potrzeb i barier odbiorców.

W licznych przypadkach to właśnie niedostateczna wiedza była główną przyczyną niskiej frekwencji – mimo że same świadczenia były bezpłatne i organizacyjnie

dostępne. Przykładem może być projekt przesiewowych badań cytologicznych realizowany w Rumunii, gdzie brak zrozumienia celu interwencji, lęk przed diagnozą oraz nieufność wobec procedur medycznych skutkowały bardzo ograniczonym zainteresowaniem. **Podobny mechanizm występował w Polsce, w projektach szczepień przeciwko HPV, gdzie realizatorzy musieli mierzyć się z negatywnym wpływem medialnych treści rozpowszechnianych przez środowiska antyszczepionkowe.** W efekcie konieczne było podejmowanie dodatkowych działań edukacyjnych i komunikacyjnych – nie tylko skierowanych do rodziców i młodzieży, ale także do dyrektorów szkół czy przedstawicieli samorządów.

Równie ważna jest **odpowiednia forma i sposób prowadzenia działań edukacyjnych.** Skuteczna edukacja nie może być jednorazowa – wymaga ona **kontekstu, powtarzalności i osadzenia w codziennym życiu uczestników.** Beneficjenci zwracali uwagę, że warto wplatać treści edukacyjne przy każdej możliwej okazji, np. podczas wizyt u lekarza POZ, a nie wyłącznie w dedykowanych wydarzeniach. To podejście sprzyja naturalnemu przyswajaniu wiedzy i pomaga przełamywać opór, zwłaszcza w grupach o niższym poziomie świadomości zdrowotnej. **Z kolei zbyt ogólne lub techniczne materiały edukacyjne – niedostosowane do konkretnej grupy – nie przynoszą oczekiwanych efektów, a czasem wręcz wzmacniają niepewność i lęk.**

Dodatkowym elementem wymagającym uwagi **jest edukacja samych realizatorów projektów.** W szczególności mniejsze, niedoświadczone podmioty wskazywały na **brak prostych i przejrzystych materiałów, które krok po kroku tłumaczyłyby, jak zrealizować i rozliczyć projekt.** Dobrym rozwiązaniem – postulowanym przez wielu respondentów – byłyby **krótkie filmy instruktażowe, webinaria czy wzorcowe dokumenty, które pozwalałyby zrozumieć, jakie działania i dokumenty będą wymagane już na etapie końcowym.** Takie wsparcie organizacyjno-edukacyjne mogłoby znacząco ułatwić wejście nowych beneficjentów do systemu i poprawić jakość realizowanych projektów.

Wnioski płynące z analizy są jednoznaczne: **działania edukacyjne nie mogą być traktowane jako dodatkowy element interwencji zdrowotnej, ale jako jej niezbędny fundament.** To właśnie edukacja – dobrze zaprojektowana, adekwatna do odbiorców i prowadzona systematycznie – warunkuje poziom zaangażowania, przełamywanie barier psychologicznych i trwałość efektów zdrowotnych. Jej znaczenie dotyczy zarówno uczestników, jak i realizatorów – i tylko wtedy, gdy obejmuje oba te poziomy, może skutecznie wspierać realizację polityki zdrowotnej w regionie.

Mobilne i zdalne formy świadczeń jako skuteczna odpowiedź na nierówności w dostępie do usług zdrowotnych

Jedną z najczęściej wskazywanych i potwierdzonych w praktyce dobrych praktyk jest **wykorzystanie mobilnych oraz zdalnych form świadczeń zdrowotnych jako narzędzia eliminowania barier dostępności** – zwłaszcza w regionach wiejskich, peryferyjnych i defaworyzowanych. Zastosowanie rozwiązań takich jak **mammobusy, mobilne punkty pobrań, gabinety specjalistyczne „na kołach” czy tymczasowe**

przychodnie umożliwia realizację świadczeń profilaktycznych w miejscach, gdzie infrastruktura medyczna jest niewystarczająca lub całkowicie nieobecna.

Doświadczenia projektów realizowanych w województwie pomorskim potwierdzają, że **mobilne jednostki, w połączeniu z odpowiednim wsparciem organizacyjnym i logistycznym, skutecznie zwiększają udział mieszkańców w badaniach przesiewowych**. Istotnym elementem jest tu również możliwość organizacji transportu oraz zapewnienie opieki osobom niesamodzielnym – co jeszcze bardziej poszerza dostępność działań.

Komplementarnym rozwiązaniem – uzupełniającym ofertę mobilną – są **komponenty zdalne**: teleporady, e-konsultacje, zdalna kwalifikacja medyczna czy edukacja zdrowotna w formule online. Tego rodzaju działania umożliwiają kontakt ze specjalistami bez konieczności fizycznej obecności w placówce, co znacząco odciąża system i jednocześnie zwiększa komfort uczestników.

Warto jednak podkreślić, że skuteczność podejścia mobilno-zdalnego zależy nie tylko od dostępności sprzętu i personelu, ale także **od wcześniejszego przygotowania społeczności lokalnej**. Kampanie informacyjne, zaangażowanie lokalnych liderów i przedstawicieli społeczności oraz zbudowanie zaufania do interwencji są niezbędnymi warunkami uzyskania wysokiej frekwencji. Działania informacyjne powinny mieć charakter spersonalizowany i wieloetapowy – tak, by realnie dotrzeć do odbiorców i przezwyciężyć opór lub bierność informacyjną.

Model mobilno-zdalny, wdrażany w sposób kompleksowy i zintegrowany z lokalnym kontekstem społecznym, okazuje się nie tylko efektywnym rozwiązaniem operacyjnym, ale także narzędziem wyrównywania szans zdrowotnych i zwiększania partycypacji w profilaktyce zdrowotnej.

Holistyczne podejście do zdrowia i wsparcia uczestników projektów

Jednym z kluczowych wniosków z realizowanych projektów zdrowotnych – zarówno krajowych, jak i zagranicznych – jest **skuteczność podejścia holistycznego, zakładającego kompleksowe wsparcie uczestników na wielu poziomach**. Dotyczy to zarówno rehabilitacji osób po leczeniu onkologicznym, jak i działań skierowanych do pracowników.

W projektach rehabilitacji onkologicznej dobrze oceniano **połączenie fizjoterapii, wsparcia psychologicznego i społecznego**. Taka formuła **poprawiała jakość życia pacjentów i zwiększała ich gotowość do powrotu do pracy i aktywności społecznej**. Wnioski z tych działań potwierdzają zasadność kontynuowania kompleksowego podejścia w przyszłych interwencjach.

Podobne podejście zastosowano w modelu fińskim dla kierowców zawodowych. Program opierał się na **spersonalizowanych planach zdrowotnych, które obejmowały aspekty fizyczne, psychiczne i styl życia**. Uczestnicy otrzymywali wsparcie ekspertów (fizjoterapeutów, dietetyków, psychologów), a działania były

włączone w system szkoleń zawodowych. Istotne było także zaangażowanie pracodawców, którzy wdrażali zmiany organizacyjne poprawiające warunki pracy.

Elementy zbieżne z tym modelem skutecznie wdrożono również w Polsce – m.in. w województwie pomorskim, gdzie **pracownicy opieki objęci zostali zintegrowanym wsparciem zdrowotnym, dostosowanym do ich potrzeb zawodowych.**

Doświadczenia te pokazują, że holistyczne podejście – **łączące opiekę fizyczną, psychiczną i społeczną** – przynosi trwałe efekty i powinno być standardem, szczególnie w działaniach kierowanych do grup zawodowych, osób przewlekle chorych czy zagrożonych wykluczeniem zdrowotnym.

Skoncentrowanie się na zadowoleniu i korzyściach dla pacjentów

Ostatnią, choć jedną z kluczowych dobrych praktyk wskazanych przez beneficjentów jest **koncentracja na zadowoleniu pacjentów i dostarczaniu im realnych korzyści.** Beneficjenci podkreślali, że **najważniejszym wyznacznikiem sukcesu interwencji zdrowotnych powinna być satysfakcja uczestników oraz poprawa ich stanu zdrowia.** Skupienie się na pacjencie nie tylko zwiększa skuteczność wdrażanych działań, ale również ułatwia ich realizację, minimalizując potencjalne trudności organizacyjne.

Skuteczność projektów zdrowotnych zależy od całościowego podejścia: silnych partnerstw, uproszczonej administracji, cyfryzacji dokumentacji i realistycznego planowania. Kluczowe są także trafna diagnoza potrzeb, elastyczne zasady kwalifikacji oraz dobrze zaprojektowana edukacja, która buduje zaufanie i zaangażowanie. Mobilne i zdalne formy świadczeń zwiększają dostępność, a holistyczne wsparcie – fizyczne, psychiczne i społeczne – przekłada się na trwałe efekty i zadowolenie pacjentów.

ZAPOTRZEBOWANIE NA DALSZE WSPARCIE

Zgromadzone dane jednoznacznie pokazują, że **pomimo skuteczności zrealizowanych działań, uczestnicy badania wskazują na szereg konkretnych obszarów, które wymagają dalszego rozwoju lub uzupełnienia.** Zapotrzebowanie to dotyczy zarówno kontynuacji istniejących form wsparcia, jak i wprowadzenia nowych komponentów, dostosowanych do realnych, lokalnych potrzeb zdrowotnych.

Rysunek 11. Zapotrzebowanie na interwencje w zakresie wsparcia zdrowotnego w regionie



Źródło: opracowanie na podstawie holistycznej analizy zebranych danych w ramach wszystkich technik.

Onkologia – rozbudowa zakresu wsparcia i jej elastyczność

Silnie akcentowanym obszarem jest **kontynuacja i rozbudowa wsparcia dla pacjentów onkologicznych**, obejmującego **rehabilitację** (szczególnie fizjoterapię), **wsparcie psychologiczne oraz dietetyczne**. Wskazywano na potrzebę większej **elastyczności** w planowaniu wizyt oraz włączenia elementów **rehabilitacji kardiologicznej** do programów kardio-onkologicznych. Podkreślano, że potrzeby pacjentów w tym zakresie są zróżnicowane i wymagają indywidualnego podejścia – obecne, sztywne modele wsparcia nie zawsze odpowiadają ich możliwościom i stanowi zdrowia.

Obok potrzeb pacjentów, zauważono również rosnące **zapotrzebowanie na rozwój kompetencji personelu medycznego** – szczególnie w zakresie fizjoterapii onkologicznej i wsparcia psychologicznego. Podkreślano, że obecne szkolenia były zbyt krótkie i jednorazowe, co nie wystarcza w kontekście dużego zainteresowania oraz potrzeby pogłębionej, cyklicznej edukacji. Zaznaczano, że także personel zgłasza chęć dalszego rozwoju i przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu.

Wskazywano również na wagę **współpracy między ośrodkami onkologicznymi**, zarówno w zakresie wymiany informacji o projektach, jak i wzajemnego wspierania się w dotarciu do pacjentów. Takie podejście sprzyjałoby budowaniu systemowych rozwiązań o szerszym zasięgu.

Na przykład fajnie byłoby współpracować z innymi podmiotami, które mają pacjentów onkologicznych, którzy mogą też wesprzeć swoich pacjentów, mówiąc, że taki projekt jest realizowany. (beneficjent, RPZ rehabilitacja)

Kompleksowość badań przesiewowych i profilaktycznych

W zakresie działań profilaktycznych pojawił się silny postulat **kompleksowości badań przesiewowych**. Respondenci wskazywali, że pojedyncze badania, takie jak kolonoskopia, nie są wystarczające – z jednej strony nie są motywujące dla pacjentów, a z drugiej strony nie dają odpowiedniego wglądu w ewentualne zmiany chorobowe, które możliwe byłyby do wykrycia w zestawieniu z innymi analizami i usługami. Znacznie większą skuteczność miałyby podejście, które umożliwia wykonanie pakietu badań w jednym miejscu i czasie.

Jeżeli ma być to profilaktyka... Jeżeli miałyby być to rzeczywiście usprawnienie tego rynku pracy, to sama kolonoskopia... Znaczący ja wiem, że to była biała plama, ja wiem, że wtedy rak jelita grubego i coś tam, ale ja bym to zrobił tak. Jeżeli ja bym miał pacjenta zachęcić, to ja bym zrobił to bardziej kompleksowo, czyli taki pacjent, jak przychodzi na badanie, to dostaje badanie krwi od razu, na przykład gratis. I on ma pełen kompleks, cały jest przebadany, bo [red. jeżeli pacjent] jest chory na co innego, to jeden [red. pobrany] wycinek nam nic nie da. (beneficjent 3, profilaktyka nowotworowa)

Zasady kwalifikowalności pacjentów

Podnoszono także potrzebę **obniżenia wieku kwalifikującego do udziału w programach profilaktycznych** – obecne progi wiekowe są zbyt wysokie. Z perspektywy realizatorów, rozpoczynanie badań dopiero około 50. roku życia oznacza opóźnienie w wykrywaniu chorób nowotworowych, które w tym wieku są już często zaawansowane. Wczesna interwencja diagnostyczna zwiększa szanse na skuteczne leczenie, a zatem obniżenie progu wiekowego powinno zostać uznane za priorytet.

Przed wszystkim według mnie rozpoczęcie tej profilaktyki nie po 50. roku życia, ale po 40. roku życia. To wyeliminowałoby całą masę ludzi, którzy w wieku 50 lat trafiają już tutaj z takim znacznym zaawansowaniem chorób. Gdzieś brakuje u nas też profilaktyki między 30. a 40. rokiem życia. [red. Brakuje] tych badań, które by na tym wstępnym etapie wykrywały jakieś takie choroby, które dają szansę na

wyleczenie we wczesnym stadium. Tutaj ten wiek jest chyba takim kluczowym elementem, bo u nas przyjęto, że się bada jak się jest blisko emerytury, [red. to już jest] zdecydowanie za późno. (beneficjent 1, profilaktyka nowotworowa)

Profilaktyka zdrowotna mężczyzn

Na znaczeniu zyskuje także obszar **profilaktyki zdrowotnej kierowanej do mężczyzn, zwłaszcza w zakresie chorób układu moczowo-płciowego oraz sercowo-naczyniowego**. Zwracano uwagę, że choć działania profilaktyczne dla kobiet, takie jak cytologia czy mammografia, są dobrze rozwinięte i szeroko dostępne, to w przypadku mężczyzn potrzebna jest silniejsza mobilizacja oraz lepiej dopasowana oferta, która skutecznie zachęci ich do udziału w badaniach przesiewowych.

Potrzeby interwencji zdrowotnej wśród dzieci i młodzieży

W odniesieniu do dzieci i młodzieży, respondenci stanowczo wskazywali na **potrzebę wzmocnienia wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego**, szczególnie w kontekście skutków pandemii, zjawiska hejtu oraz przeciążenia systemu opieki psychicznej. Obok pomocy bezpośredniej postulowano **intensyfikację działań edukacyjnych** i kampanii przeciwdziałających stygmatyzacji. Dodatkowo zgłaszano potrzebę działań w zakresie **cyberbezpieczeństwa dzieci i młodzieży**, obejmujących edukację cyfrową i przeciwdziałanie uzależnieniom od mediów elektronicznych.

Wsparcie zdrowotne na poziomie pracowniczym

Kolejnym istotnym obszarem jest **wsparcie zdrowotne pracowników**. Zgłaszano potrzebę **poszerzenia dotychczasowych działań o doposażenie stanowisk pracy, dostęp do fizjoterapii, profilaktyki psychicznej i ergonomii**. Szczególnie istotne okazały się potrzeby pracowników wykonujących **obciążającą emocjonalnie pracę**, dla których ważne byłoby wsparcie w radzeniu sobie ze **stresem i wypaleniem zawodowym**.

To jest jedno, ale na pewno te warsztaty [red. dotyczące] wypalenia, tutaj pracujemy i z osobami wykluczonymi społecznie, w sumie wszyscy, i z rodzinami zastępczymi, i z rodzinami w kryzysie. Więc takie warsztaty odnośnie do radzenia sobie z sytuacjami trudnymi w pracy, też by było fajną rzeczą. (...) Bo po prostu to wiadomo, że każda się mierzy z tym, że z rodziny są odbierane dzieci. Koleżanki mają projekt odnośnie do osób starszych i bardzo dużo im, może nie dużo, ale kilka osób już i umarło. Więc wydaje mi się, że takie warsztaty, które pomogły poradzić sobie z emocjami, które się pojawiały w pracy. (beneficjent 5, ergonomia w miejscu pracy)

Działania edukacyjne i informacyjne jako faktor determinujący powodzenie interwencji

W kontekście pojawiających się w przestrzeni internetowej głosów na temat negatywnych skutków szczepionek na HPV, które mogą budzić wątpliwości i obawy wśród rodziców i opiekunów, kluczowe staje się podjęcie szerokiej i intensywnej kampanii edukacyjnej. Należy skoncentrować się na dostarczaniu rzetelnych informacji o bezpieczeństwie i skuteczności szczepionek, które będą rozwiewać mity i dezinformację. Długofalowa praca nad zwiększeniem świadomości może pomóc w przełamaniu obaw i wzmocnić zaufanie do programu szczepień, co przełoży się na większą liczbę osób chętnych do podjęcia tego rodzaju profilaktyki.

Zasygnalizowano także szereg **innych potrzeb**, które powinny być uwzględniane w przyszłych planach rozwojowych. Należą do nich m.in.:

- **Zwiększenie dostępności diagnostyki kardiologicznej (np. holtery, echo serca)** – zbyt długi czas oczekiwania na badania ogranicza skuteczność profilaktyki i wczesnej interwencji, szczególnie w regionach z wysokim wskaźnikiem chorób sercowo-naczyniowych,
- **Rozwój wsparcia dla osób po udarze i z chorobami otępiennymi (np. Alzheimer)** – potrzebne są kompleksowe działania rehabilitacyjne i opiekuńcze – zarówno dla pacjentów, jak i ich opiekunów, których rola w systemie wsparcia pozostaje często niedostrzegana,
- **Rozszerzenie programów HPV na chłopców** – zmiana rekomendacji medycznych wskazuje na zasadność szczepienia także chłopców, co zwiększy populacyjne bezpieczeństwo i wyrówna dostęp do profilaktyki,
- **Wzmocnienie ratownictwa medycznego – zakup sprzętu, rozwój infrastruktury, szkolenia** – beneficjenci podkreślali, że ratownictwo pozostaje niedoinwestowane w porównaniu do szpitali, tj. brakuje nowoczesnych ambulansów, odpowiednich warunków lokalowych i systematycznych szkoleń dla personelu,
- **Doposażenie lokalnych placówek medycznych w nowoczesny sprzęt diagnostyczny** – małe jednostki mają ograniczone możliwości inwestycyjne, co przekłada się na nierówny dostęp do diagnostyki i niższą jakość usług zdrowotnych w mniejszych miejscowościach,
- Zapewnienie trwałości działań zdrowotnych, w tym przekazywania sprzętu i kontynuacji działań po zakończeniu finansowania projektowego – jednorazowe projekty bez kontynuacji nie przynoszą długofalowych efektów – potrzebne są modele wsparcia, które będą funkcjonować także po zakończeniu dofinansowania.

KLUCZOWE WNIOSKI I REKOMENDACJE

Niniejszy rozdział zawiera syntetyczne podsumowanie kluczowych wniosków płynących z raportu oraz przedstawia rekomendacje dotyczące zalecanych zmian. Celem tego rozdziału jest wypracowanie podstaw do dalszej analizy oraz wskazanie kierunków działań, które mogą przyczynić się do efektywniejszego wdrożenia proponowanych rozwiązań.

Warto podkreślić, iż dla zachowania czytelności prezentowanych rekomendacji, przedstawiono je w formie osobnych tabel z podziałem dla każdego głównego wniosku. Tabela ujmująca wspólnie wszystkie elementy została przygotowana w formie osobnego pliku, stanowiącego załącznik nr 2.

Tabela 45. Wnioski i rekomendacje – wniosek 1

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Potrzeba szybszej organizacji ewaluacji po zakończeniu realizacji wsparcia
Uzasadnienie	W trakcie badania odnotowano, że znaczna część realizatorów miała trudności z przypomnieniem sobie szczegółów realizacji wsparcia, co utrudniało zarówno proces rekrutacji, jak i analizy wyników. Część respondentów nie pamiętała nawet, że realizowała dane działania lub nie była w stanie wskazać konkretnych szczegółów przebiegu interwencji (co dotyczy również respondentów).
Rekomendacja	Zaleca się, aby ewaluacje programowe były przeprowadzane w możliwie najkrótszym czasie po ich zakończeniu, najlepiej w ciągu maksymalnie 10-12 miesięcy. Pozwoli to na zapewnienie większej trafności i kompletności zbieranych danych oraz ograniczenie ryzyka błędów wynikających z zawodnej pamięci respondentów. Zmniejszy to również ryzyko utraty aktualności danych kontaktowych do uczestników i beneficjentów.
Proponowany sposób wdrażania	Zaleca się, aby IZ w dokumentacji programowej wskazała maksymalny dopuszczalny odstęp czasowy pomiędzy zakończeniem projektu a rozpoczęciem badania ewaluacyjnego – nie dłuższy niż 10-12 miesięcy. Dodatkowo, projekty powinny być zobowiązane do gromadzenia aktualnych danych kontaktowych uczestników i personelu realizującego działania (za ich zgodą), co umożliwi sprawną realizację wywiadów w krótkim czasie po zakończeniu interwencji.
Adresaci	IZ, IP
Termin wdrożenia	I kwartał 2026 r.

Zakres	Szczegóły
Klasa rekomendacji	Programowa
Obszar tematyczny	Zdrowie, Inne (metodologia)

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 46. Wnioski i rekomendacje – wniosek 2

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Niezbędność poprawy jakości procesu sprawozdawczości
Uzasadnienie	W trakcie analizy dokumentacji projektowej odnotowano rozbieżności pomiędzy wartościami wskaźników realizacji wykazywanymi w raportach końcowych beneficjentów a danymi z baz monitoringu prowadzonych przez Zamawiającego. Nieścisłości te dotyczyły m.in. liczby uczestników objętych wsparciem, poziomu realizacji działań edukacyjnych oraz odsetka osób kończących pełne cykle terapeutyczne. Ponadto dostarczone przez beneficjentów raporty sprawozdawcze zawierały różne informacje, były osadzone w odbiegającym od siebie nawzajem standardzie. Takie rozbieżności utrudniają rzetelną ocenę realizacji projektów, a także mogą obniżać wiarygodność wyników ewaluacji.
Rekomendacja	W szczególności rekomenduje się wprowadzenie systemowych procedur weryfikacji zgodności wskaźników na etapie zatwierdzania raportów końcowych, ujednolicenie standardu formatu treści zawieranych w raportach końcowych, organizację szkoleń dla beneficjentów w zakresie jednolitych zasad sprawozdawczości. Działania te zwiększą przejrzystość, rzetelność i wiarygodność procesu sprawozdawczego oraz zapewnią wyższą jakość danych wykorzystywanych do oceny skuteczności wsparcia.
Proponowany sposób wdrażania	Należy opracować i wdrożyć standardowy wzór raportu końcowego (w tym arkusze wskaźników), który będzie obowiązkowy dla wszystkich beneficjentów (oczywiście w miarę możliwości zakresu wsparcia). Równolegle należy wprowadzić procedurę weryfikacji zgodności danych sprawozdawczych z systemem monitoringu przed zatwierdzeniem raportu. Dla zapewnienia poprawnego stosowania nowych zasad, rekomenduje się organizację szkoleń i konsultacji dla beneficjentów z zakresu raportowania oraz interpretacji wskaźników.
Adresaci	IZ, IP, beneficjenci programów zdrowotnych
Termin wdrożenia	I kwartał 2026 r.

Zakres	Szczegóły
Klasa rekomendacji	Programowa, operacyjna
Obszar tematyczny	Zdrowie

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 47. Wnioski i rekomendacje – wniosek 3

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Potrzeba rozwoju komunikacji, współpracy z partnerami lokalnymi oraz pola do wymiany doświadczeń między realizatorami
Uzasadnienie	Brak systemowej wymiany doświadczeń między realizatorami ewaluowanych projektów zdrowotnych skutkowało powtarzalnością problemów – zwłaszcza w obszarach rekrutacji, współpracy ze szkołami i działań promocyjnych. Przykłady zagraniczne (Rumunia, Węgry, Czechy) wskazują, że partnerska współpraca i regularna wymiana dobrych praktyk między realizatorami, a także strategiczne relacje z lokalnymi instytucjami (m.in. szkoły, NGO, samorządy, pracodawcy, jak również systemowo – np. NFZ), przyczyniają się do sprawniejszej organizacji działań i skuteczniejszego docierania do grup trudniej osiągalnych. Tworzenie trwałych mechanizmów współpracy i komunikacji istotnie zwiększa efektywność wdrażania interwencji zdrowotnych i może ograniczać ryzyko powielania tych samych barier w kolejnych projektach.
Rekomendacja	Dla zwiększenia efektywności i trwałości interwencji zdrowotnych realizowanych w regionie rekomenduje się wdrożenie rozwiązań systemowych sprzyjających współpracy między beneficjentami oraz z lokalnymi partnerami instytucjonalnymi. Proponuje się stworzenie ram organizacyjnych i narzędzi wspierających wymianę doświadczeń między realizatorami projektów – m.in. poprzez organizację cyklicznych forów, warsztatów i webinarów, udostępnianie dobrych praktyk w formie raportów i przewodników, a także umożliwienie mentoringu i konsultacji między bardziej i mniej doświadczonymi podmiotami.
Proponowany sposób wdrażania	Zaleca się wzmocnienie komponentu współpracy lokalnej na poziomie kryteriów wyboru projektów zdrowotnych – m.in. poprzez: • premiowanie we wnioskach projektowych wcześniejszego zmapowania lokalnych partnerów (np. POZ, szkoły, OPS, instytucje diagnostyczne),

Zakres	Szczegóły
	• preferencje dla projektów tworzonych w formule lokalnych koalicji zdrowotnych ukierunkowanych na wspólny cel profilaktyczny lub diagnostyczny, • punktowanie rozwiązań opartych na sieciach współpracy (np. dzielenie zasobów, wspólna rekrutacja, wspólne działania informacyjne), • włączenie elementów oceny jakości i trwałości współpracy do systemu monitorowania i ewaluacji projektów. Wdrożenie powyższych mechanizmów pozwoli ograniczyć powielanie błędów, wzmocni efektywność operacyjną projektów i zapewni wyższą jakość oraz większy zasięg działań zdrowotnych w regionie.
Adresaci	IZ, IP, beneficjenci programów zdrowotnych (docelowo obejmują również potencjalnych lokalnych partnerów)
Termin wdrożenia	IV kwartał 2025 r.
Klasa rekomendacji	Programowa, operacyjna
Obszar tematyczny	Zdrowie, rynek pracy

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 48. Wnioski i rekomendacje – wniosek 4

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Konieczność poprawy działań edukacyjnych skierowanych do odbiorców wsparcia
Uzasadnienie	Analiza wyników badań wskazuje, że działania edukacyjne realizowane w ramach programów były niewystarczające lub niewystarczająco zapamiętane przez uczestników. Zarówno dane monitoringowe, jak i pierwotne podkreślają potrzebę pracy nad kwestiami edukacji. Przykładowo, zaledwie 28% pacjentów onkologiczno-kardiologicznych po dwóch/trzech latach po zakończeniu wsparcia pamiętało o otrzymanej edukacji zdrowotnej (lub istotnie jej nie otrzymało), a w programie dotyczącym wad postawy tylko część rodziców wskazała na wzrost wiedzy (49%). Odnotowywane są również przypadki braku informowania pacjentów i ich opiekunów o możliwych skutkach ubocznych szczepień, co jest istotnym zaniedbaniem edukacyjnym ze strony kadry medycznej odpowiedzialnej za realizację wsparcia. Działania uświadamiające są istotne również przez wzgląd na wskazane bariery związane z działaniami antyszczepionkowymi i niewiedzą

Zakres	Szczegóły
	rodziców, którzy rezygnowali ze wsparcia pomimo zapotrzebowania na nie widocznego u ich dzieci.
Rekomendacja	Zaleca się wprowadzenie rozbudowanego i wieloetapowego komponentu edukacyjnego jako integralnej części projektów zdrowotnych. Edukacja nie powinna być działaniem jednorazowym ani traktowanym marginalnie – powinna towarzyszyć uczestnikowi na wszystkich etapach ścieżki wsparcia oraz być projektowana z takim samym priorytetem, jak działania medyczne. Jej celem powinno być nie tylko przekazywanie wiedzy, ale również zmniejszanie barier psychologicznych, takich jak lęk przed diagnozą, niepewność czy brak zaufania do procedur medycznych. Rekomenduje się, by działania edukacyjne były dostosowane do specyfiki grup docelowych (wiek, wykształcenie, wcześniejsze doświadczenia zdrowotne), obejmowały różnorodne kanały i formy przekazu (online/offline), integrowały elementy komunikacji empatycznej i wsparcia psychologicznego, angażowały osoby zaufania społecznego (np. lekarzy POZ, psychologów, pielęgniarki środowiskowe). Rekomenduje się również, aby edukacja nie była postrzegana jako formalny dodatek, lecz jako kluczowy element wpływający na efektywność interwencji. Należy opracować jasne wytyczne dla projektodawców oraz wzmocnić nadzór nad realizacją komponentu edukacyjnego – tak, aby uniknąć jego symbolicznego traktowania.
Proponowany sposób wdrażania	Wdrażanie powyższej rekomendacji powinno opierać się na promowaniu przez IZ włączenia komponentu edukacyjnego do konstrukcji projektów zdrowotnych oraz na odpowiednim ukształtowaniu tego zakresu programu przez beneficjentów. Proponuje się następujące rozwiązania: 1. Projektowanie (i, jeśli dotyczy, premiowanie) programów uwzględniających wieloetapową edukację – obejmującą np. trzy etapy cyklu wsparcia informacyjnego (np. badania wstępne, faza leczenia/interwencji, zakończenie udziału) oraz działania przypominające po zakończeniu projektu, 2. Projektowanie (i, jeśli dotyczy, premiowanie) projektów uwzględniających działania zmniejszające bariery psychologiczne – np. poprzez planowane warsztaty, materiały empatyczne, elementy storytellingu, kontakt z osobami z doświadczeniem choroby, dostęp do konsultacji psychologicznych,

Zakres	Szczegóły
	3. Dostosowanie narzędzi edukacyjnych do grup docelowych – poprzez zróżnicowanie przekazu względem wieku, poziomu wiedzy zdrowotnej, środowiska zamieszkania (np. wieś/miasto), itp., 4. Przedstawienie na etapie wnioskowania przykładowych narzędzi edukacyjnych (np. filmy, broszury, podcasty, infolinie, grupy wsparcia), których jakość i dostępność będą uwzględniane w ocenie merytorycznej/lub wymóg ich przedkładania podczas sprawozdania okresowego, kiedy to IZ mogłaby dokonać oceny (jeśli dotyczy, wg. charakterystyki planowanego wsparcia w ramach danego RPZ), 5. Weryfikacja jakości działań edukacyjnych – może opierać się na połączeniu informacji zwrotnej od uczestników z bieżącym nadzorem merytorycznym. Taki sposób wdrażania sprzyja zwiększeniu skuteczności przekazu edukacyjnego, podnosi szanse na utrwalenie wiedzy i jednocześnie przyczynia się do ograniczenia barier partycypacyjnych, co w konsekwencji może poprawić zasięg i trwałość efektów interwencji zdrowotnych.
Adresaci	IZ, IP, beneficjenci projektów zdrowotnych (w tym zespoły projektowe odpowiedzialne za edukację i komunikację z uczestnikami)
Termin wdrożenia	IV kwartał 2025 r.
Klasa rekomendacji	Programowa, operacyjna
Obszar tematyczny	Zdrowie, włączenie społeczne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 49. Wnioski i rekomendacje – wniosek 5

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Potrzeba systemowego wsparcia edukacyjnego i organizacyjnego dla beneficjentów w zakresie przygotowania i realizacji projektów zdrowotnych
Uzasadnienie	Wyniki badania wskazują, że mniej doświadczone podmioty – zwłaszcza mniejsze instytucje – napotykają liczne trudności na etapie przygotowania wniosku, planowania działań oraz prowadzenia dokumentacji i sprawozdawczości. Istotnym sygnałem jest fakt, iż pomimo działań Instytucji Organizującej Nabór, która zapewnia przed naborami spotkania

Zakres	Szczegóły
	konsultacyjne (podczas których omawiane są m.in. kryteria, powtarzalne błędy, wątpliwości beneficjentów), a ponadto organizuje różnego rodzaju szkolenia, beneficjenci podkreślali, iż brakuje im dostępu do przystępnych, praktycznych materiałów instruktażowych, które krok po kroku wyjaśniałyby, jak realizować projekt zgodnie z wymaganiami formalnymi. Wypowiedzi respondentów jednoznacznie wskazują, że w przypadku braku możliwości skorzystania z pomocy firmy zewnętrznej lub doświadczonego konsultanta, ryzyko popełnienia błędów proceduralnych jest wysokie. Dodatkowym utrudnieniem jest złożoność przepisów i formularzy, które często są nieczytelne dla osób niemających wcześniejszego kontaktu z projektami finansowanymi ze środków europejskich. Beneficjenci podkreślali, że stres i niepewność związane z formalnościami mogą zniechęcać mniej zaawansowane podmioty do ubiegania się o środki, co ogranicza inkluzywność programu i potencjalny zasięg działań. Aspekt ten jest szczególnie istotny z perspektywy zapewnianego Beneficjentom w tym zakresie wsparcia – sugeruje to więc, iż nie jest ono odpowiednio dopasowane do ich potrzeb lub wiedza o możliwości odbycia takich konsultacji nie trafia do wszystkich Beneficjentów/potencjalnych Beneficjentów.
Rekomendacja	Zaleca się wzmocnienie już istniejącego wsparcia edukacyjnego i rozbudowanie go, zwłaszcza dla nowych i mniej doświadczonych beneficjentów. Ułatwienie dostępu do przystępnych materiałów informacyjnych i narzędzi praktycznych może przyczynić się do poprawy jakości przygotowania i realizacji projektów oraz ograniczyć liczbę błędów proceduralnych. Dodatkowo, większa klarowność wymagań formalnych może zachęcić mniejsze podmioty do aplikowania, zwiększając zasięg i inkluzywność programu.
Proponowany sposób wdrażania	Zaleca się, bazując na doświadczeniach ION, opracowanie kompleksowego wsparcia edukacyjnego skierowanego do nowych i mniej doświadczonych beneficjentów. W skład takiego pakietu mogą wchodzić: 1. Opracowanie i publikacja przystępnych materiałów edukacyjnych w różnych formatach – m.in. krótkich filmów instruktażowych, infografik i broszur – które krok po kroku wyjaśniają proces realizacji projektów (od przygotowania wniosku po rozliczenie). Materiały te powinny być dostępne w jednym

Zakres	Szczegóły
	miejsu – np. w zakładce dla wnioskodawców/beneficjentów na stronie IZ lub IP. 2. Stworzenie zestawu praktycznych narzędzi projektowych, takich jak wzory dokumentów (np. planów działań, harmonogramów, zestawień wskaźników), checklisty do samodzielnej kontroli poprawności formalnej, szablony sprawozdań z przykładowym uzupełnieniem. 3. Organizacja cyklicznych szkoleń i webinarów (na żywo i w formie nagrań) prowadzonych przez ekspertów IZ lub osoby z doświadczeniem w realizacji projektów. Tematyka powinna obejmować zarówno kwestie formalne (np. błędy we wnioskach, zasady sprawozdawczości), jak i praktyczne aspekty zarządzania projektami zdrowotnymi (w tym przypadku należy zwrócić uwagę na to, iż podobne działania są już podejmowane – wobec czego należy wzmocnić również proces promocji i informowania o nich Beneficjentów, gdyż niewiedza o nich także może powodować ww. trudności). 4. Udostępnienie prostego mechanizmu kontaktu z doradcą IZ lub IP, np. w formie formularza kontaktowego, telefonicznych dyżurów konsultacyjnych lub konsultacji online. Wprowadzenie takiego systemowego wsparcia może zwiększyć jakość realizacji projektów, ograniczyć błędy formalne, a także zwiększyć udział mniejszych i lokalnych podmiotów w programach zdrowotnych.
Adresaci	IZ, IP
Termin wdrożenia	I kwartał 2026 r.
Klasa rekomendacji	Operacyjna
Obszar tematyczny	Zdrowie, rynek pracy, włączenie społeczne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 50. Wnioski i rekomendacje – wniosek 6

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Potrzeba rozbudowy i elastycznego dostosowania interwencji zdrowotnych do zróżnicowanych potrzeb mieszkańców
Uzasadnienie	Zgromadzone dane wskazują na konieczność kontynuacji i poszerzenia zakresu działań zdrowotnych w regionie – zarówno tematycznie, jak i organizacyjnie. Szczególnie silnie akcentowano

Zakres	Szczegóły
	potrzebę dalszego wsparcia pacjentów onkologicznych w zakresie rehabilitacji (w tym kardiologicznej), opieki psychologicznej i dietetycznej. Podkreślano również braki w przygotowaniu kadry – szkolenia są zbyt krótkie i sporadyczne, mimo zgłaszanego przez personel zapotrzebowania na pogłębioną edukację i przeciwdziałanie wypaleniu. Respondenci postulowali wprowadzenie kompleksowych pakietów badań profilaktycznych, umożliwiających wykonanie kilku analiz jednocześnie. W tym kontekście wskazywano także na konieczność obniżenia wieku kwalifikacyjnego do programów profilaktycznych – aktualne progi (zwykle 50+) są zbyt wysokie, przez co interwencja następuje zbyt późno, często przy zaawansowanym stadium choroby. Wskazano także na rosnące znaczenie profilaktyki zdrowotnej mężczyzn (zwłaszcza urologicznej i kardiologicznej) oraz pilną potrzebę wzmocnienia opieki psychologiczno-psychiatrycznej dzieci i młodzieży. Dodatkowo podkreślano potrzebę działań prozdrowotnych dla pracowników (w tym wsparcia w radzeniu sobie ze stresem, fizjoterapii i ergonomii pracy), konieczność szerokich działań informacyjnych i edukacyjnych, potrzebę rozwoju diagnostyki kardiologicznej, wsparcia dla osób po udarach i z chorobami otępiennymi, a także doposażenia lokalnych placówek medycznych i ratownictwa medycznego. Zidentyfikowane potrzeby wskazują na konieczność rozwijania interwencji zdrowotnych w sposób kompleksowy, elastyczny i systemowy – z uwzględnieniem zarówno różnorodnych grup docelowych, jak i aspektów organizacyjnych, edukacyjnych i infrastrukturalnych.
Rekomendacja	W celu adekwatnego reagowania na zróżnicowane potrzeby zdrowotne mieszkańców regionu oraz zapewnienia trwałości efektów dotychczasowych interwencji, rekomenduje się: 1. Kontynuację i rozwój kompleksowego wsparcia dla pacjentów onkologicznych Grupa docelowa: osoby z chorobami nowotworowymi, szczególnie w trakcie i po zakończeniu leczenia. Rodzaje wsparcia: rehabilitacja (w tym fizjoterapia i rehabilitacja kardiologiczna w programach kardio-onkologicznych), wsparcie psychologiczne i dietetyczne. Rekomenduje się wprowadzenie elastycznego systemu organizacji wizyt, dostosowanego do stanu zdrowia i możliwości pacjenta.

Zakres	Szczegóły
	2. Wzmocnienie profilaktyki i diagnostyki chorób cywilizacyjnych u mężczyzn Grupa docelowa: mężczyźni w wieku 30-60 lat. Rodzaje wsparcia: badania przesiewowe ukierunkowane na choroby urologiczne i sercowo-naczyniowe, wsparte kampaniami edukacyjnymi zwiększającymi frekwencję. 3. Rozszerzenie programów profilaktycznych i przesiewowych Grupa docelowa: osoby dorosłe w wieku 30+, z naciskiem na wczesne wykrywanie chorób. Rekomendowane działania to obniżenie progu wiekowego w programach przesiewowych (np. z 50+ do 40+ lub 30+), wprowadzanie pakietowych form badań (np. kolonoskopia + morfologia + USG), rozszerzenie szczepień HPV na chłopców. 4. Wzmocnienie wsparcia psychicznego i psychiatrycznego dzieci i młodzieży (rekomendacja zgodna z zapisami <i>Polityki Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego</i> – efekt 6, tj. <i>Poprawa dostępności do opieki psychiatrycznej dla dorosłych, dzieci i młodzieży</i>) Grupa docelowa: dzieci i młodzież szkolna. Rodzaje działań: programy wsparcia psychologicznego w szkołach, kampanie przeciwdziałające stygmatyzacji. 5. Wsparcie zdrowotne dla pracowników Grupa docelowa: osoby aktywne zawodowo, w szczególności przedstawiciele zawodów wysokiego ryzyka psychicznego (np. opieka społeczna, edukacja, zdrowie). Rodzaje działań: warsztaty przeciwdziałające wypaleni, ergonomizacja stanowisk pracy, dostęp do fizjoterapii i wsparcia psychicznego. 6. Rozwój infrastruktury ratowniczej i diagnostycznej Grupa docelowa: jednostki medyczne działające w regionach o utrudnionym dostępie do specjalistycznych świadczeń. Rodzaje działań: zakup nowoczesnego sprzętu do placówek lokalnych, wsparcie dla ratownictwa medycznego (ambulansy, szkolenia, warunki lokalowe – co istotne, ma to bezpośrednie potwierdzenie w zapisach <i>Polityki Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego</i>, gdzie Cel kierunkowy 1.2. podkreśla potrzebę optymalizacji systemu ratownictwa medycznego).
Proponowany sposób wdrażania	Sposób wdrażania rekomendacji powinien koncentrować się na trwałym włączeniu zróżnicowanych form wsparcia zdrowotnego do konstrukcji projektów, z jednoczesnym dopasowaniem ich do

Zakres	Szczegóły
	potrzeb konkretnych grup docelowych. Proponuje się następujące rozwiązania: 1. Premiowanie projektów oferujących kompleksowe podejście do zdrowia W ocenie merytorycznej można punktować projekty, które: • łączą różne formy wsparcia w ramach jednej ścieżki (np. badania, konsultacje specjalistyczne, wsparcie psychologiczne), • zakładają kompleksowe pakiety badań przesiewowych (np. kolonoskopię uzupełnioną o morfologię i USG), • integrują wsparcie z różnych dziedzin (np. fizyczne i psychiczne zdrowie pacjenta), • przewidują współpracę interdyscyplinarną w zespole realizującym działania (np. lekarz, psycholog, dietetyk, fizjoterapeuta). 2. Obowiązkowy komponent trwałości działań Projekty realizacji wsparcia powinny zawierać: • plan kontynuacji wsparcia po zakończeniu finansowania (np. poprzez włączenie do standardu usług danej placówki, dalsze wykorzystanie sprzętu, współpracy), • opis, jak zapewniona będzie dalsza dostępność dla uczestników programu (np. poprzez szkolenie personelu, pozostawienie przeszkolonej kadry). 3. Kryteria promujące działania skierowane do grup priorytetowych W ramach oceny wniosków można premiować projekty skierowane do: • mężczyzn w wieku 30-60 lat w zakresie profilaktyki chorób cywilizacyjnych (np. sercowo-naczyniowych, urologicznych), • osób w wieku 30+ – by działania profilaktyczne zapobiegały szybciej, • dzieci i młodzieży – zwłaszcza w obszarze wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, • osób aktywnych zawodowo wykonujących pracę obciążającą psychicznie (np. nauczyciele, personel medyczny, pracownicy opieki społecznej), • mieszkańców mniejszych miejscowości i obszarów deficytowych pod względem dostępu do usług. 4. Uwzględnienie komponentu infrastrukturalnego Dodatkowe punkty mogą otrzymywać projekty: • przewidujące zakupy nowoczesnego sprzętu diagnostycznego lub ratowniczego,

Zakres	Szczegóły
	- realizowane na terenach o ograniczonym dostępie do świadczeń zdrowotnych (np. małe miejscowości, regiony o niskim nasyceniu kadrowo-sprzętowym). 5. Promowanie elastyczności i dostosowania interwencji do potrzeb grup docelowych Projekty mogą być oceniane wyżej, jeśli: - uwzględniają elastyczną organizację świadczeń (np. możliwość indywidualnego harmonogramu wizyt, różne formy realizacji: stacjonarnie, mobilnie, online), - dostosowują komunikację i ofertę do potrzeb grupy docelowej (np. język kampanii informacyjnej do mężczyzn, treści dla młodzieży w formie cyfrowej), - przewidują działania edukacyjne i informacyjne uwzględniające poziom wiedzy zdrowotnej i możliwe bariery (np. dezinformację dotyczącą szczepień HPV). 6. Zachęcanie do partnerstw lokalnych i międzysektorowych Punktowane mogą być projekty, które: - angażują szkoły, zakłady pracy, organizacje pozarządowe i samorządy w realizację działań, - budują lokalne sieci wsparcia (np. w zakresie rekrutacji, działań edukacyjnych, zapewnienia trwałości usług), - przewidują wspólne działania edukacyjne, promocyjne lub organizacyjne z partnerami.
Adresaci	IZ, IP, beneficjenci programów zdrowotnych
Termin wdrożenia	I kwartał 2026 r.
Klasa rekomendacji	Strategiczna
Obszar tematyczny	Zdrowie, rynek pracy, włączenie społeczne

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 51. Wnioski i rekomendacje – wniosek 7

Zakres	Szczegóły
Wniosek	Reagowanie na zmieniające się warunki rynkowe (w tym koszty realizacji) i uproszczenie (cyfryzacja) procesów administracyjnych
Uzasadnienie	W trakcie realizacji programów zdrowotnych, zwłaszcza w zakresie szczepień przeciwko HPV, odnotowano znaczący wzrost kosztów jednostkowych świadczeń – przykładowo cena szczepionek wzrosła z około 270 zł do ponad 500 zł za dawkę. Brak elastyczności

Zakres	Szczegóły
	budżetowej uniemożliwił beneficjentom dostosowanie realizacji projektów do nowych warunków rynkowych, skutkując ograniczeniem liczby dostępnych świadczeń, a w konsekwencji – zmniejszeniem zasięgu interwencji. Wskazano również na znaczące trudności związane z obciążeniem administracyjnym, zwłaszcza koniecznością ręcznego wprowadzania dużej liczby danych do systemu. Czasochłonność tego procesu odciągała zasoby kadrowe od merytorycznej realizacji wsparcia dla pacjentów. W skali projektów obejmujących kilka tysięcy uczestników, wypełnianie szczegółowych baz danych stało się jednym z głównych problemów logistycznych i organizacyjnych, wpływając negatywnie na komfort pracy realizatorów i jakość prowadzonych działań.
Rekomendacja	W kolejnych edycjach programów zdrowotnych należy uwzględnić w konstrukcji budżetów odpowiednie mechanizmy elastycznego zarządzania środkami finansowymi. Jednym z rozwiązań mogłoby być ustalenie odrębnej pozycji w budżecie na nieprzewidziane wzrosty cen kluczowych świadczeń lub produktów medycznych. Ponadto w celu poprawy efektywności realizacji projektów zdrowotnych zaleca się ograniczenie zakresu obowiązkowych danych – zbieranie wyłącznie informacji niezbędnych do monitorowania rezultatów i rozliczania wsparcia, a rezygnacja z nadmiarowych danych nieprzekładających się na ocenę efektywności programów. Warto wprowadzić również większy zakres danych zbieranych cyfrowo, jednocześnie zmniejszając ilość dokumentacji papierowej, będącej wyzwaniem podczas archiwizacji.
Proponowany sposób wdrażania	Proponuje się: 1. Wprowadzenie mechanizmów elastyczności budżetowej – w dokumentacji konkursowej oraz zasadach kwalifikowalności kosztów można przewidzieć możliwość tworzenia rezerwy budżetowej (np. w formie dodatkowej pozycji) na wypadek wzrostu cen kluczowych produktów lub świadczeń – takich jak szczepionki, środki medyczne czy specjalistyczne usługi. W przypadku znacznych wahań rynkowych możliwe byłoby również uproszczone aneksowanie budżetu. 2. Ograniczenie nadmiernego obciążenia sprawozdawczego – przy aktualizacji wzorów sprawozdań i systemów monitoringu zaleca się ograniczenie zakresu danych do informacji niezbędnych z punktu widzenia oceny skuteczności, efektywności i zgodności realizacji.

Zakres	Szczegóły
	3. Redukcja dokumentacji papierowej – możliwość prowadzenia wybranych elementów dokumentacji wyłącznie w formie elektronicznej oraz zmniejszenia liczby wymaganych dokumentów drukowanych do celów archiwizacji.
Adresaci	IZ, IP, beneficjenci programów zdrowotnych
Termin wdrożenia	I kwartał 2026 r.
Klasa rekomendacji	Programowa
Obszar tematyczny	Zdrowie, sprawność administracji

Źródło: opracowanie własne.

BIBLIOGRAFIA

Biuletyny Statystyczne Ministerstwa Zdrowia za lata 2014-2024. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Biuletyn Statystyczny](#)

Csongrád-Csanád County Health Care Center – Hódmezővásárhely-Makó (2023). *Development and Testing of Efficient Screening and Prevention Programs – Final Publication*, Interreg V-A Romania–Hungary Programme, ROHU-450, Hódmezővásárhely.

Główny Urząd Statystyczny. *Bank Danych Lokalnych*. (data dostępu: 20.03.2025 r.) [GUS BDL](#)

Główny Urząd Statystyczny. *Warunki pracy w 2023 r.* (data dostępu: 20.05.2025 r.) [Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Rynek pracy / Warunki pracy. Wypadki przy pracy / Warunki pracy w 2023 roku](#)

Informator Pomorza (2019). *Wsparcie dla niosących pomoc*. (data dostępu: 16.05.2025 r.) [Informator Pomorza](#)

Interreg V-A Romania-Hungary (2023). *Full Application Form – ROHU-450: Development and Testing of Efficient Screening and Prevention Programs*. (data dostępu: 15.03.2025 r.) [Application Form](#)

Kohesio (2021). *Increasing the effectiveness of citizens' direct invitations to screening colon and rectum cancer, breast and cervical cancer*. (data dostępu: 20.05.2025 r.) [Kohesio – Czechy](#)

Kohesio (2023). *Promoting the well-being of heavy-duty drivers (VIREEKSI)*. (data dostępu: 15.05.2025 r.) [Kohesio – Finlandia](#)

Komisja Europejska. *Włączenie pierwotnych badań przesiewowych HPV do krajowego programu badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (SMIS 120798)*. Kohesio – Projekty polityki spójności UE. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Komisja Europejska HPV](#)

Krajowy Rejestr Nowotworów. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Krajowy Rejestr Nowotworów](#)

Mapy potrzeb zdrowotnych. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Epidemiologia \(GUS i NFZ\)](#)

Ministerstwo Funduszy i Projektów Europejskich (MFE) Rumunii (2022). *Șansă la viață sănătoasă: screening pentru depistarea HPV din fonduri europene*. (data dostępu: 03.03.2025 r.) [Ministerstwo Funduszy Rumunia](#)

Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019). *Screening zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku zachraňuje tisíce lidských životů*. (data dostępu: 19.05.2025 r.) [Ministerstvo zdravotnictví České republiky](#)

Savonia (2022). *Merkityksellistä työtä ammattikulttuurin parhaaksi*. (data dostępu: 14.05.2025 r.) [Savonia](#)

Urząd Marszałkowski Województwa Podlaskiego (2023). Raport końcowy z badania „Ocena efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim”. (data dostępu: 25.03.2025 r.) [Raport końcowy](#)

Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego (2023). *Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020*. (data dostępu: 15.05.2025 r.) [Ocena efektów wsparcia](#)

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego (2021). *Polityka Ochrony Zdrowia Województwa Zachodniopomorskiego*. (data dostępu: 29.07.2025 r.) [Polityka ochrony zdrowia](#)

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego. *Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020, Perspektywa 2020*. (data dostępu: 25.04.2025 r.) [RPO WZ](#)

Urząd Marszałkowski Województwa Zachodniopomorskiego. *Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego 2014-2020*, wersja 78.0. (data dostępu: 25.04.2025 r.) [Szczegółowy Opis OP](#)

Urząd Statystyczny w Szczecinie (2024). *Stan i ruch ludności w województwie zachodniopomorskim w 2023 r.* (dostęp: 08.04.2025 r.) [Stan i ruch ludności](#)

Wojewódzki Urząd Pracy w Krakowie, Wojewódzki Urząd Pracy w Szczecinie (2024). *Barometr zawodów*. (data dostępu: 20.05.2025 r.) [Barometr zawodów 2025 – województwo zachodniopomorskie](#)

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2023). *27 mln zwolnień lekarskich w 2022 r.* (dostęp: 20.05.2025 r.) [27 mln zwolnień lekarskich](#)

SPIIS TABEL

Tabela 1. Wykaz skrótów użytych w raporcie	5
Tabela 2. Dobór próby – beneficjenci	19
Tabela 3. Dobór próby – CAWI/CATI z uczestnikami projektów i ich opiekunami.....	21
Tabela 4. Przeciętne dalsze trwanie życia w województwie Zachodniopomorskim w latach 2014-2023 [lata]	24
Tabela 5. Liczba zarejestrowanych bezrobotnych w województwie zachodniopomorskim w latach 2014-2023	25
Tabela 6. Liczba zachorowań na nowotwory złośliwe w województwie Zachodniopomorskim w latach 2014-2021 [osoby].....	25
Tabela 7. Schemat logiki interwencji OP VI Rynek pracy w zakresie Działania 6.8	31
Tabela 8. Schemat logiki interwencji OP VII Włączenie społeczne w zakresie Działania 7.7.....	35
Tabela 9. Kontekst założeń ewaluowanych RPZ	40
Tabela 10. Kontekst założeń ewaluowanych projektów spoza RPZ	43
Tabela 11. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów	49
Tabela 12. Zakres tematyczny szkoleń wraz z oceną ich wpływu na poprawę jakości pracy kardy medycznej	51
Tabela 13. Stopień realizacji mierników efektywności	52
Tabela 14. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci	54
Tabela 15. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni	55
Tabela 16. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Prewencja chorób sercowo-naczyniowych u pacjentów onkologicznych	56
Tabela 17. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów	62
Tabela 18. Zakres tematyczny szkoleń wraz z oceną ich wpływu na poprawę jakości pracy kardy medycznej	65
Tabela 19. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci	67
Tabela 20. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni	68
Tabela 21. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Rehabilitacja lecznicza pacjentów onkologicznych.....	70
Tabela 22. Realizacja pełnego cyklu zajęć a poszczególne projekty	72
Tabela 23. Zakres uczestników edukacji zdrowotnej w poszczególnych realizowanych projektach	73

Tabela 24. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów	76
Tabela 25. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci	78
Tabela 26. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni	79
Tabela 27. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Profilaktyka wad postawy wśród uczniów	82
Tabela 28. Poziom populacji objętej pełnym schematem szczepienia	88
Tabela 29. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów	91
Tabela 30. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Profilaktyka zakażeń wirusem HPV	93
Tabela 31. Poziom wzrostu poziomu wiedzy rodziców i dzieci w poszczególnych projektach	95
Tabela 32. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości	96
Tabela 33. Szczegółowa analiza stopnia pokrycia celów projektu z celami Programu oraz stopnia zgodności projektów z zakresem rzeczowym interwencji – profilaktyka nowotworowa	99
Tabela 34. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów	103
Tabela 35. Ocena poszczególnych elementów wsparcia	104
Tabela 36. Zakres wsparcia wraz z oceną ich wpływu na poprawę jakości pracy kardy medycznej	105
Tabela 37. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Działanie 6.8 Typ projektu 1 (profilaktyka nowotworowa)	108
Tabela 38. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości – pacjenci	113
Tabela 39. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów – pracownicy medyczni	114
Tabela 40. Szczegółowa analiza stopnia pokrycia celów projektu z celami Programu oraz stopnia zgodności projektów z zakresem rzeczowym interwencji – ergonomia w miejscu pracy	118
Tabela 41. Otrzymane rodzaje wsparcia wraz z oceną ich wpływu na sytuację pacjentów	122
Tabela 42. Wskaźniki powiązane z ewaluowaną interwencją – Działanie 6.8 Typ projektu 2 (eliminacja czynników ryzyka w miejscu pracy)	126
Tabela 43. Ocena stopnia wpływu wsparcia na osiągnięcie poszczególnych zakładanych efektów wraz z oceną jego trwałości	128
Tabela 44. Bariery specyficzne dla ewaluowanych projektów/programów	144

Tabela 45. Wnioski i rekomendacje – wniosek 1	163
Tabela 46. Wnioski i rekomendacje – wniosek 2	164
Tabela 47. Wnioski i rekomendacje – wniosek 3	165
Tabela 48. Wnioski i rekomendacje – wniosek 4	166
Tabela 49. Wnioski i rekomendacje – wniosek 5	168
Tabela 50. Wnioski i rekomendacje – wniosek 6	170
Tabela 51. Wnioski i rekomendacje – wniosek 7	174
Tabela 46. Case Study – program ukierunkowany na rozwój i testowanie badań przesiewowych i profilaktycznych dot. chorób sercowo-naczyniowych oraz onkologicznych	183
Tabela 47. Case Study – program ukierunkowany na rehabilitację osób dotkniętych chorobą onkologiczną	186
Tabela 48. Case Study – program ukierunkowany na rehabilitację dzieci dotkniętych wadami postawy	189
Tabela 49. Case Study – program ukierunkowany na profilaktykę zakażeń HPV	193
Tabela 50. Case Study – program ukierunkowany na zwiększenie skuteczności bezpośredniego zapraszania obywateli na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy, raka piersi oraz raka szyjki macicy	198
Tabela 51. Case Study – program ukierunkowany na działania dążące do rozwoju profilaktyki wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego	201
Tabela 52. Case Study – program ukierunkowany na wspieranie dobrostanu kierowców pojazdów ciężarowych	205
Tabela 53. Case Study – program ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zawodowego i zdrowotnego pracowników działających na rzecz mieszkańców Gdyni	209

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Ludność województwa Zachodniopomorskiego w podziale na ekonomiczne grupy wieku w okresie 2014-2023	23
Wykres 2. Treści przekazane pacjentkom i ich opiekunom podczas wstępnej konsultacji lekarskiej	90
Wykres 3. Fakt wystąpienia nieoczekiwanych efektów realizowanych działań – perspektywa beneficjentów	129
Wykres 4. Stopień, w jakim programy wsparte w ramach RPO WZ wpłynęły na zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych w województwie zachodniopomorskim	135

SPIS GRAFIK

Rysunek 1. Wykaz zastosowanych metod i technik gromadzenia danych	17
Rysunek 2. Główne przyczyny niezakwalifikowania pacjentów do programu	47
Rysunek 3. Elementy ujęte podczas działań edukacyjnych	60
Rysunek 4. Efekty osiągnięte w wyniku wsparcia – perspektywa beneficjentów	80
Rysunek 5. Czynniki wpływające na trwałość efektów – perspektywa beneficjentów ..	132
Rysunek 6. Stopień dopasowania wsparcia do potrzeb uczestników	134
Rysunek 7. Kluczowe czynniki wpływające na realizację interwencji	142
Rysunek 8. Kluczowe bariery występujące podczas realizacji ewaluowanej interwencji	148
Rysunek 9. Bariery napotkane przez uczestników wsparcia	150
Rysunek 10. Dobre praktyki w realizacji programów profilaktyki zdrowotnej	151
Rysunek 11. Zapotrzebowanie na interwencje w zakresie wsparcia zdrowotnego w regionie	159

ANEKS

ZAŁĄCZNIK NR 1. NARZĘDZIA BADAWCZE

Narzędzia badawcze, będące załącznikiem nr 1 do niniejszej raportu, stanowią osobny plik.

ZAŁĄCZNIK NR 2. TABELA REKOMENDACJI

Tabela rekomendacji, będąca załącznikiem nr 2 do niniejszego raportu, stanowi osobny plik.

ZAŁĄCZNIK NR 3. WYNIKI ANALIZY CASE STUDY

Poniżej znajdują się szczegółowe opisy case studies przeprowadzonych na rzecz niniejszej ewaluacji, których główne wyniki posłużyły do pogłębienia ww. wnioskowania. Analiza ta pozwoliła na zapoznanie się z przebiegiem projektów o podobnym obszarze interwencji, co dało możliwość wyciągnięcia cennych wniosków, które mogą zostać wykorzystane do optymalizacji przyszłych działań w ramach projektów rehabilitacyjnych i zdrowotnych⁴⁰.

Tabela 52. Case Study – program ukierunkowany na rozwój i testowanie badań przesiewowych i profilaktycznych dot. chorób sercowo-naczyniowych oraz onkologicznych

Informacje podstawowe o projekcie

Nazwa programu: **Interreg V-A Romania–Hungary (Europejska Współpraca Terytorialna)**

Priorytet: Oś priorytetowa: 4 – Poprawa usług zdrowotnych (Improving health care services)

Cel inwestycyjny: 9/a – Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszają nierówności w zakresie stanu zdrowia, promują włączenie społeczne poprzez poprawę dostępu do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych oraz przejście z usług instytucjonalnych do środowiskowych

Obszar tematyczny: **Prewencja chorób sercowo-naczyniowych oraz onkologicznych**

Kraj / region: Rumunia i Węgry

Okres realizacji: 1 sierpnia 2019 do 31 lipca 2022

⁴⁰ Brak wskazania rekomendacji w części przedstawionych poniżej tabel wynika z braku takich zapisów w oficjalnej dokumentacji programowej.

Wartość ogółem: 9 266 172, 56 EUR (dofinansowanie UE: 7 876 246,67 EUR)

Beneficjent: **Centrum Opieki Zdrowotnej Powiatu Csongrád – Hódmezővásárhely–Makó (Węgry)**

Partner: **Stowarzyszenie Sióstr Miłosierdzia św. Wincentego à Paulo (Rumunia)**

Nazwy projektu: **Rozwój i testowanie skutecznych programów badań przesiewowych i profilaktycznych** (Development and Testing of Efficient Screening and Prevention Programs), kod: ROHU 450

Opis

Głównym celem projektu „Rozwój i testowanie skutecznych programów badań przesiewowych i profilaktycznych” (DESP) jest zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności z powodu nowotworów i chorób układu krążenia. Projekt zakłada **zwiększenie skuteczności badań przesiewowych oraz wzmocnienie profilaktyki zdrowotnej i świadomości zdrowotnej w regionie.**

Efektywne programy przesiewowe umożliwiają wczesną diagnozę i odpowiednie leczenie różnych typów nowotworów, co może realnie przyczynić się do zmniejszenia wskaźników śmiertelności. Projekt ma także na celu **zmniejszenie nierówności w infrastrukturze zdrowotnej i społecznej poprzez poprawę dostępu do usług**, ze szczególnym uwzględnieniem osób zagrożonych ubóstwem i mieszkańców uboższych regionów.

Planowane działania inwestycyjne w CSMEK Hódmezővásárhely–Makó:

1. Rozwój infrastruktury zdrowotnej:

- Dobudowa dwóch pięter szpitala w Hódmezővásárhely z przeznaczeniem na oddziały chorób wewnętrznych i pediatrii;
- Zakończenie inwestycji budowlanej i uruchomienie funkcjonowania nowej infrastruktury.

2. Zakup sprzętu medycznego:

- 15 oddziałów medycznych (8 w CSCSMEK i 6 w János Hám Centre i Blessed János Scheffler Centre) wyposażonych w nowoczesny sprzęt diagnostyczny;
- Zakup i wdrożenie mobilnej jednostki do mammografii, włączonej do krajowego programu badań przesiewowych raka piersi w Rumunii.

3. Programy badań przesiewowych:

- Realizacja 9 programów badań przesiewowych w 6 obszarach medycznych (m.in. dermatologia, choroby serca, pulmonologia, gastroenterologia, onkologia);
- Objęcie badaniami wcześniaków – nowatorskie rozszerzenie działań profilaktycznych.

4. Szkolenia i działania edukacyjne:

- Przeprowadzenie 21 szkoleń i warsztatów dla personelu medycznego;
- 52 wydarzenia informacyjne i uświadamiające skierowane do lokalnych społeczności, w tym warsztaty dla lekarzy rodzinnych i działania skierowane do rodziców wcześniaków.

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim:

Transfer wiedzy i metodologii

Przedsięwzięcie wyróżnia się nowatorskim podejściem do profilaktyki zdrowotnej oraz diagnostyki, łącząc doświadczenie i know-how renomowanego partnera węgierskiego (CSMEK) z potrzebami partnera rumuńskiego (AVSC). Wiedza i praktyki wypracowane przez CSMEK, niedostępne dotąd w innych placówkach zdrowotnych na Węgrzech i w Rumunii, umożliwiają partnerowi rumuńskiemu zaprojektowanie i wdrożenie własnych programów badań przesiewowych przy wsparciu doświadczonego ośrodka.

Zastosowanie różnorodnych form badań przesiewowych

Zastosowanie różnorodnych form badań przesiewowych po obu stronach granicy z uwzględnieniem mobilnych jednostek diagnostycznych (tzw. autobusy przesiewowe) oraz współpracy z lokalnymi lekarzami i instytucjami w obszarach wiejskich. Istotnym atutem jest objęcie wsparciem także najmłodszych pacjentów – wcześniaków – we współpracy z lokalnymi szpitalami. Projekt wprowadza również specjalistyczne metody terapeutyczne, takie jak Metoda Dévényi (DSGM) oraz Terapia Sensoryczno-Motoryczna (PSMT), zwiększając zakres i jakość oferowanych działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych.

Równoczesne inwestycje w infrastrukturę i kompetencje

Po stronie węgierskiej zrealizowano rozbudowę szpitala i zakupiono nowoczesny sprzęt diagnostyczny, natomiast w Rumunii wdrożono mobilne jednostki badań przesiewowych i przeprowadzono szeroko zakrojone szkolenia.

Wpływ na politykę zdrowotną

Opracowanie i testowanie zintegrowanego systemu monitorowania i oceny programów przesiewowych stwarza podstawy do dalszego rozwoju polityki zdrowotnej w regionie.

Kluczowe dobre praktyki

Przykład współpracy między partnerami z różnych krajów (Węgry i Rumunia) pokazuje znaczenie wymiany doświadczeń i wiedzy. Partnerstwo pozwoliło na wykorzystanie najlepszych praktyk, które były niedostępne wcześniej w regionie rumuńskim. Z kolei, możliwość zaprojektowania programów przesiewowych przy wsparciu bardziej doświadczonych instytucji mogła przyczynić się do **skuteczniejszego wdrażania takich działań.**

Zastosowanie różnych form badań przesiewowych, w tym mobilnych jednostek diagnostycznych (autobusów przesiewowych), jest bardzo skutecznym rozwiązaniem, szczególnie w regionach o ograniczonym dostępie do specjalistycznych usług medycznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie – *Interreg V-A Romania-Hungary. (2023). Full Application Form – ROHU-450: Development and Testing of Efficient Screening and Prevention Programs; Csongrád-Csanád County Health Care Center – Hódmezővásárhely-Makó, Development and Testing of Efficient Screening and*

Prevention Programs – Final Publication, Interreg V-A Romania–Hungary Programme, ROHU-450, Hódmezővásárhely.

Tabela 53. Case Study – program ukierunkowany na rehabilitację osób dotkniętych chorobą onkologiczną

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na rehabilitację ułatwiającą powroty do pracy osób z chorobą onkologiczną Działanie: RPOWP 2014–2020, Działanie 2.5 Aktywne i zdrowe starzenie się Obszar tematyczny: Rehabilitacja pacjentów onkologicznych Kraj/region: Polska, woj. podlaskie Okres realizacji: 01.12.2017 do 31.12.2022 Wartość ogółem: 10 250 000 zł (w tym 6 395 866,5 zł dofinansowania) Beneficjent: Białostockie Centrum Onkologii im. M. Skłodowskiej-Curie w Białymstoku (BCO) Partnerzy: Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckim i Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Nazwa projektu: „Program rehabilitacji osób z chorobą onkologiczną ułatwiający powrót do pracy”
Opis
Projekt realizowany w ramach Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego stanowił odpowiedź na zidentyfikowany w regionie problem niskiej dostępności rehabilitacji onkologicznej oraz brak kompleksowego wsparcia dla osób po zakończonym leczeniu onkologicznym, które chciałyby wrócić do aktywnego życia zawodowego i społecznego. Wobec rosnącej liczby pacjentów onkologicznych, a także ograniczonych możliwości systemu ochrony zdrowia w tym zakresie, projekt ten miał na celu nie tylko poprawę stanu zdrowia fizycznego, ale również dobrostanu psychicznego uczestników, ich aktywizację społeczną oraz przygotowanie do powrotu na rynek pracy. Cele projektu: • Poprawa stanu zdrowia i jakości życia osób po leczeniu onkologicznym; • Zwiększenie dostępności rehabilitacji, psychoonkologii i rehabilitacji społecznej; • Ułatwienie powrotu do pracy; • Aktywizacja organizacji pozarządowych. Zakres działań: • Utworzenie Onkologicznego Centrum Rehabilitacji; • Konsultacje lekarskie; • Szkolenia dla personelu medycznego i NGO; • Rehabilitacja (stacjonarna, ambulatoryjna, społeczna).

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim:

Kompleksowość podejścia do rehabilitacji onkologicznej

Projekt łączył elementy rehabilitacji fizycznej, psychicznej i społecznej, co pozwoliło objąć uczestników wsparciem wielowymiarowym. Taka formuła zwiększała szansę na realną poprawę jakości życia i lepsze przygotowanie do powrotu do aktywności zawodowej.

Wysoki poziom satysfakcji uczestników

Uczestnicy projektu bardzo wysoko ocenili zgodność udzielonego wsparcia z własnymi oczekiwaniami (średnia ocen 9/10), a 86% zadeklarowało poprawę jakości życia w wyniku udziału w Programie. Wskazuje to na trafność doboru form pomocy i adekwatność interwencji do potrzeb beneficjentów.

Silny komponent edukacyjny

W ramach Programu oferowano działania edukacyjne i psychoedukacyjne, które pozwoliły uczestnikom zdobyć wiedzę na temat profilaktyki i samopomocy zdrowotnej. U 95% badanych wzrosła świadomość nt. działań, które można podejmować w celu poprawy zdrowia po chorobie nowotworowej.

Zaangażowanie lokalnych instytucji i organizacji

Program oparto na współpracy z lokalnymi podmiotami – zarówno publicznymi, jak i pozarządowymi. Zaangażowanie 34 psychologów i 4 organizacji pozarządowych stanowiło przykład efektywnego włączenia sektora społecznego w działania zdrowotne, co zwiększyło dostępność i lokalne zakorzenienie wsparcia.

Dobre przygotowanie kadry i narzędzi realizacyjnych

Zrealizowano liczne szkolenia dla personelu medycznego i przedstawicieli NGO, co pozwoliło ujednolicić i podnieść jakość oferowanych usług.

Zróżnicowanie form rehabilitacji

Uczestnicy mogli korzystać z różnych form wsparcia: ambulatoryjnej, stacjonarnej i społecznej. Największym zainteresowaniem cieszyła się rehabilitacja stacjonarna.

Wysoka efektywność działań promocyjnych w środowisku medycznym

Najsukuteczniejszym kanałem rekrutacyjnym okazały się bezpośrednie rekomendacje lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i organizacji pacjenckich.

Realna zmiana zachowań prozdrowotnych

U 97,9% uczestników zaobserwowano trwałą zmianę stylu życia (m.in. regularne wizyty kontrolne, badania przesiewowe, zdrowe odżywianie, aktywność fizyczna).

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

Pomimo ambitnej i społecznie potrzebnej koncepcji, realizacja projektu napotkała na szereg istotnych wyzwań, które wpłynęły na zakres oraz sposób osiągania jego celów. Wyzwania te wynikały zarówno z uwarunkowań zewnętrznych, jak i ograniczeń formalnych związanych z zapisami Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej (RPPZ).

Zbyt ambitne założenia dotyczące populacji docelowej i pandemia COVID-19

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). W wielu przypadkach choroba nowotworowa miała nawracający przebieg, a część pacjentów zmarła przed zakończeniem turnusu. Inni rezygnowali z udziału ze względu na pogorszenie stanu zdrowia lub niewystarczające siły, by uczestniczyć w oferowanych formach wsparcia. Zjawisko rezygnacji po pierwszej konsultacji w Punktach Konsultacyjnych Rehabilitacji sięgało 19%.

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.

Ograniczenia formalne i zbyt restrykcyjne założenia RPPZ

Drugim istotnym źródłem trudności były sztywne i zbyt restrykcyjne zapisy Regionalnego Programu Polityki Zdrowotnej, które ograniczały elastyczność działań. W szczególności problematyczne okazały się dwa kryteria kwalifikacji uczestników:

- wiek do 64 roku życia – osoby powyżej tego progu, mimo potrzeby rehabilitacji, nie mogły zostać włączone do Programu,
- okres zachorowania na nowotwór zawężony do lat 2016–2020 – co istotnie utrudniło rekrutację w latach 2021–2022, kiedy znaczna część potencjalnych pacjentów nie spełniała tego warunku formalnego.

W efekcie konieczne było odmawianie udziału wielu osobom, które kwalifikowałyby się do rehabilitacji ze względu na stan zdrowia, ale nie spełniały formalnych kryteriów naboru.

Brak możliwości indywidualizacji wsparcia

Kolejnym ograniczeniem, wskazywanym zarówno przez beneficjenta, jak i uczestników, był brak możliwości dostosowania zakresu wsparcia do indywidualnych potrzeb pacjenta. Program zakładał głównie działania grupowe i nie przewidywał elastycznego planu rehabilitacji czy indywidualnych ścieżek wsparcia. Uczestnicy zwracali uwagę, że taka forma nie zawsze odpowiadała ich sytuacji zdrowotnej i oczekiwaniom.

Wskazane w dokumentacji programowej wnioski i rekomendacje

Poniżej przedstawiono wybrane rekomendacje, których wdrożenie mogłoby przyczynić się do skuteczniejszego i bardziej użytecznego wsparcia osób powracających do zdrowia i aktywności zawodowej po leczeniu onkologicznym:

- Zniesienie wymogu okresu zachorowalności na rzecz umożliwienia udziału w Programie osobom, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy;
- Zwiększenie nacisku na indywidualne dostosowanie zakresu rehabilitacji do historii choroby i potrzeb każdego pacjenta;
- Zapewnienie środków na pokrycie kosztów dojazdów dla uczestników projektu;
- Zmniejszenie poziomu szczegółowości zapisów RPPZ, pozostawienie marginesu dowolności, elastyczności dla realizatora;

- Zaangażowanie koordynatorów onkologicznych w promocję analogicznego Programu w przyszłości.

Kluczowe dobre praktyki

Program charakteryzował się **kompleksowym podejściem do rehabilitacji onkologicznej**, łącznie rehabilitację fizyczną, psychologiczną i społeczną. Takie holistyczne wsparcie miało duży wpływ na poprawę jakości życia uczestników, co pozwoliło na lepsze przygotowanie ich do powrotu do aktywności zawodowej i społecznej – podobne wnioski przyniosła zresztą ewaluowana w niniejszym badaniu interwencja. Ponadto **skuteczne zaangażowanie sektora publicznego i NGO** w realizację projektu zwiększyło dostępność i **zakorzenienie wsparcia w lokalnych społecznościach**.

Co więcej, program opierał się głównie na **działaniach grupowych, co nie zawsze odpowiadało indywidualnym potrzebom uczestników**. Warto więc wprowadzić większy nacisk na możliwość wyboru ścieżek rehabilitacyjnych, co pozwoli dostosować wsparcie do specyficznych potrzeb pacjentów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Raport końcowy z badania „Ocena efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim” 2023 rok.

Tabela 54. Case Study – program ukierunkowany na rehabilitację dzieci dotkniętych wadami postawy

Informacje podstawowe o projekcie

Nazwa programu: **Program profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat z terenu województwa podlaskiego**

Poddziałanie: **RPOWP 2014–2020, Działanie 7.2.1 Rozwój usług społecznych i zdrowotnych na rzecz osób zagrożonych wykluczeniem społecznym**

Obszar tematyczny: **Profilaktyka wad postawy wśród uczniów szkół podstawowych**

Kraj / region: Polska, woj. podlaskie

Okres realizacji: 01.06.2019 do 31.12.2023

Wartość ogółem: 6 659 270, 20 zł

Beneficjent: **Łomżyńskie Forum Samorządowe oraz NZOZ Zakład Fizykoterapii i Rehabilitacji Leczniczej Krzysztof Szarejko**

Projekty: W ramach programu zrealizowano i poddano ewaluacji **12 projektów z zakresu profilaktyki wad postawy i kompleksowej profilaktyki zdrowotnej dzieci w wieku 5–14 lat, obejmujących powiaty: grajewski, kolneński, łomżyński, zambrowski, hajnowski, siemiatycki, bielski, białostocki, sokólski, Miasto Łomża, Miasto Białystok oraz powiat augustowski.**

Opis

Projekty stanowiły odpowiedź na zidentyfikowany w regionie problem **ograniczonej dostępności do działań z zakresu profilaktyki i wczesnej diagnostyki wad postawy**

wśród dzieci. W związku z obserwowanym wzrostem liczby przypadków zaburzeń rozwojowych narządu ruchu wśród uczniów szkół podstawowych – zwłaszcza na terenach o utrudnionym dostępie do specjalistycznych usług zdrowotnych – projekt miał na celu przeciwdziałanie pogłębianiu się wad postawy i związanym z tym ryzykom zdrowotnym oraz społecznym.

Cele projektów:

- Zwiększenie dostępności do działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych w zakresie wad postawy wśród dzieci w wieku 5–14 lat;
- Wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie postawy ciała i funkcjonowania układu ruchu;
- Zapobieganie pogłębianiu się wad i minimalizowanie ryzyka długofalowych konsekwencji zdrowotnych;
- Zwiększenie świadomości zdrowotnej wśród dzieci, rodziców i opiekunów;
- Włączenie szkół i środowisk lokalnych w działania prozdrowotne.

Zakres działań:

- Przeprowadzenie badań przesiewowych wśród dzieci uczęszczających do przedszkoli i szkół podstawowych;
- Dwukrotne badanie przez lekarza specjalistę dzieci z wadami postawy, przed rozpoczęciem leczenia i rehabilitacji z wykorzystaniem Specyficznych Metod Fizjoterapeutycznych i ćwiczeń korekcyjno-kompensacyjnych (w tym na basenie);
- Organizacja działań edukacyjnych dla uczniów klas I, IV i VI szkoły podstawowej i rodziców.

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektów to przede wszystkim:

Kompleksowość działań profilaktyczno-terapeutycznych

Projekt obejmował wszystkie kluczowe etapy interwencji – od diagnozy, przez terapię, po edukację i działania profilaktyczne – co umożliwiło skuteczne przeciwdziałanie postępującym wadom postawy.

Szeroki zasięg terytorialny i dostępność dla dzieci z różnych środowisk

Projekty realizowano w 12 powiatach województwa podlaskiego, docierając także do dzieci z mniejszych miejscowości i terenów wiejskich, gdzie dostęp do rehabilitacji jest ograniczony.

Wysoka skuteczność wykrywania problemów postawy

W wyniku przesiewowych badań profilaktycznych wykryto znaczący odsetek przypadków wymagających interwencji terapeutycznej. W wielu przypadkach możliwe było szybkie wdrożenie ćwiczeń korekcyjnych.

Pozytywna ocena działań przez uczestników i ich rodziców

Rodzice doceniali dostępność bezpłatnych konsultacji, możliwość skorzystania z terapii blisko miejsca zamieszkania oraz zaangażowanie kadry medycznej i edukacyjnej.

Silny komponent edukacyjny

Działania edukacyjne zwiększyły wiedzę dzieci i ich opiekunów na temat dbania o prawidłową postawę, znaczenia aktywności fizycznej i ergonomii codziennego funkcjonowania (np. sposób noszenia tornistra, ustawienie stanowiska pracy).

Zaangażowanie lokalnych instytucji

W realizację działań zaangażowano placówki oświatowe, lokalnych specjalistów i samorządy, co zwiększyło zakorzenienie projektu w społecznościach lokalnych i sprzyjało jego akceptacji.

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

W oparciu o analizę dokumentacji projektowej, wywiadów z beneficjentami oraz wywiadu indywidualnego z ekspertem, zidentyfikowano szereg trudności i barier, które towarzyszyły realizacji projektów w ramach Programu profilaktyki nabytych wad postawy skierowanego do dzieci w wieku 5-14 lat w województwie podlaskim.

Nierównomierny poziom zaangażowania szkół i pandemia COVID-19

Niektóre placówki w ograniczonym zakresie włączały się w działania edukacyjne lub organizacyjne, co utrudniało skuteczną rekrutację i realizację działań w części lokalizacji. Ponadto okres realizacji projektów przypadł częściowo na czas pandemii, co skutkowało ograniczeniami w bezpośrednim kontakcie z dyrektorami szkół i rodzicami oraz przerwami w realizacji wsparcia (zamknięcie szkół i basenów). Utrudnienia te negatywnie wpłynęły na rekrutację uczestników oraz wydłużyły czas realizacji projektów.

Wąska grupa wiekowa dzieci objęta wsparciem

Wbrew tytułowi Programu, który sugerował objęcie dzieci w wieku 5–14 lat, w praktyce wsparcie kierowano wyłącznie do uczniów klas I, IV i VI. Rodzice dzieci z innych roczników zgłaszali niezadowolenie i brak zrozumienia zasad kwalifikacji, co powodowało trudności komunikacyjne dla beneficjentów.

Brak aktualizacji budżetów projektowych

Beneficjenci napotkali na trudności finansowe wynikające z nieadekwatnych stawek określonych w RPPZ, które nie uwzględniały wzrostu kosztów (m.in. środków ochrony osobistej) ani inflacji. Brak możliwości zwiększenia budżetu wymusił ograniczenia wydatków i konieczność negocjacji wynagrodzeń z personelem.

Brak możliwości pokrycia kosztów transportu dzieci

W przypadku zajęć prowadzonych poza szkołą (np. na basenie), część rodziców rezygnowała z udziału dziecka w Programie ze względu na konieczność samodzielnego organizowania i finansowania dojazdu.

Obawy rodziców przed badaniami RTG

Część rodziców wyraziła niepokój związany z koniecznością dwukrotnego wykonywania zdjęcia RTG u dziecka. W jednym z projektów problem rozwiązano dzięki zakupowi bezinwazyjnego skanera do diagnostyki wad postawy, ale pierwotnie sytuacja ta mogła ograniczać zainteresowanie Programem.

Niezadowolenie z braku wsparcia dla dzieci w działaniach kierowanych do rodziców

W projektach, w których rodzice byli obejmowani wyłącznie edukacją, bez możliwości objęcia ich dziecka równoległym wsparciem, obserwowano spadek zainteresowania uczestnictwem. Miało to wpływ na osiągnięcie wskaźnika liczby rodziców objętych działaniami edukacyjnymi.

Ograniczenia lokalowe i kadrowe

W niektórych powiatach występowały trudności z dostępem do odpowiednio wyposażonych sal i wystarczającej liczby specjalistów fizjoterapeutów.

Zróżnicowany poziom świadomości rodziców

Nie wszyscy rodzice rozumieli potrzebę natychmiastowej interwencji po wykryciu wady postawy – niektóre dzieci nie kontynuowały zaleconej terapii, mimo uzyskanej diagnozy.

Wskazane w dokumentacji programowej wnioski i rekomendacje

Poniżej przedstawiono wybrane rekomendacje, których wdrożenie mogłoby przyczynić się do skuteczniejszego i bardziej użytecznego wsparcia osób powracających do zdrowia i aktywności zawodowej po leczeniu onkologicznym:

- 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);
- Indywidualizowanie 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;
- Pokrycie kosztów dowozu dzieci na zajęcia.

Kluczowe dobre praktyki

Projekt miał charakter **kompleksowy** – łączył **diagnozę, leczenie i działania edukacyjne, co pozwoliło nie tylko wykryć wady postawy, ale też zapobiegać ich pogłębianiu**. Realizacja w wielu powiatach, w tym na terenach wiejskich, **zwiększyła dostępność rehabilitacji w miejscach, gdzie wcześniej była ona ograniczona**.

Jednocześnie wskazano, że brak **transportu dla dzieci stanowił barierę udziału** – w przyszłości warto zadbać o pełną **dostępność usług także dla rodzin z mniejszych miejscowości**, by wyrównywać szanse.

W projektach, gdzie rodzice objęci byli wyłącznie wsparciem edukacyjnym, bez równoległego zaangażowania w innych wymiarach, **zaobserwowano spadek zaangażowania i trudności w osiąganiu zakładanych wskaźników**. Kompleksowe podejście – uwzględniające wspólny udział dziecka i rodzica – zwiększa efektywność i motywację do kontynuowania działań.

Kolejną barierą była niska **świadomość części rodziców co do potrzeby szybkiej interwencji**. Nawet po otrzymaniu diagnozy niektórzy rezygnowali z terapii. Dlatego w przyszłych działaniach zaleca się **dodatkowe elementy edukacyjne** – dostosowane

do poziomu wiedzy rodziców – które pomogą im lepiej zrozumieć wagę wczesnego reagowania i wpłyną na większą skuteczność programu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Raport końcowy z badania „Ocena efektów wsparcia regionalnych programów polityki zdrowotnej wdrażanych w województwie podlaskim” 2023 rok.*

Tabela 55. Case Study – program ukierunkowany na profilaktykę zakażeń HPV

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2014–2020 Oś priorytetowa: 4 – Włączenie społeczne i walka z ubóstwem Priorytet inwestycyjny: Zwiększenie dostępu do przystępnych cenowo, trwałych i wysokiej jakości usług, w tym opieki zdrowotnej i usług socjalnych świadczonych w interesie ogólnym Obszar tematyczny: Profilaktyka zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) Kraj/region: Rumunia Okres realizacji: 14.05.2018 do 31.12.2023 Wartość ogółem: 4 562 245,60 EUR (dofinansowanie UE 3 852 147,60 EUR) Beneficjent: Instytut Onkologii im. prof. dr. I. Chiricuły w Klużu-Napoce Partner: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego Nazwy projektu: „Włączenie pierwotnych badań przesiewowych w kierunku HPV do krajowego programu badań przesiewowych raka szyjki macicy” (Integration of HPV primary screening into the national cervical cancer screening programme), kod SMIS projektu: 120798
Opis
Głównym celem tego projektu jest zwiększenie liczby osób korzystających z programów i usług zdrowotnych ukierunkowanych na profilaktykę, wczesne wykrywanie (badania przesiewowe), diagnostykę oraz wczesne leczenie głównych schorzeń. W tym celu założono rozwój kompetencji zawodowych w obszarze onkologii, w szczególności poprzez podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności personelu medycznego zaangażowanego w działania w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania (badań przesiewowych), diagnostyki i leczenia zmian przednowotworowych szyjki macicy (HPV/Babes Papanicolaou). Działania te przyczynić się miały do poprawy poziomu kompetencji specjalistów uczestniczących w realizacji działań związanych z profilaktyką, wczesnym wykrywaniem, diagnostyką oraz leczeniem zmian przednowotworowych szyjki macicy, a także do podniesienia jakości usług świadczonych pacjentkom. Cele szczegółowe: • Zapewnienie jednolitego standardu badań przesiewowych na szczeblu krajowym poprzez opracowanie metodologii profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnozowania i wczesnego leczenia raka szyjki macicy;

- **Podniesienie poziomu umiejętności 440 osób** zaangażowanych w programy profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnozowania i wczesnego leczenia raka szyjki macicy;
- **Informowanie, edukowanie, podnoszenie świadomości** ogółu społeczeństwa i grup wrażliwych, w szczególności w zakresie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy.

Grupa docelowa projektu: **440 osób zajmujących się świadczeniem usług w zakresie profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia zmian przedrakowych szyjki macicy** (m.in. lekarze, biolodzy, laboranci, rejestratorki medyczne, pielęgniarki, pielęgniarki środowiskowe, mediatorzy zdrowia, psycholodzy zajmujący się świadczeniem usług wsparcia/wsparcia, pozostali personel medyczny) zatrudnione w **publicznej placówce świadczącej usługi profilaktyczne, wczesne wykrywanie, diagnozowanie i leczenie zmian przedrakowych szyjki macicy** (np. szpital publiczny, organ zdrowia publicznego, instytut lub instytucja medyczna itp.).

Zaplanowane działania:

Opracowanie metodyki profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i wczesnego leczenia raka szyjki macicy (rozmaż HPV/Cyt) z następującymi poddziałaniami

- Opracowanie ram metodycznych niezbędnych do realizacji programów profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i wczesnego leczenia raka szyjki macicy (HPV/wymaz cytologa);
- Działania komputeryzacyjne wspierają bazy danych badań przesiewowych (rozmaż HPV/Pap) zintegrowane z systemami informatycznymi programu krajowego, z dostępem online do haseł wszystkich świadczeniodawców w celu identyfikacji CNP kobiet badanych w obu programach;
- Monitorowanie na szczeblu krajowym w celu kontroli realizacji programów profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnozowania i leczenia raka szyjki macicy;
- Analizowanie na szczeblu krajowym danych uzyskanych z badań przesiewowych za pomocą określonych metod statystycznych oraz opracowywanie raportów, badań, informacji na temat ich wyników i propozycji polityk publicznych w dziedzinie raka szyjki macicy.

Zapewnienie specjalnych szkoleń zawodowych/programów szkoleniowych dla specjalistów zajmujących się realizacją programów profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnozowania i leczenia zmian przedrakowych szyjki macicy z następującymi poddziałaniami

- Opracowanie programu szkolenia w oparciu o opracowaną metodykę i jego akredytacja zgodnie z obowiązującymi normami;
- Prowadzenie szkoleń/programów szkoleniowych dla specjalistów zajmujących się realizacją programów profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia zmian przedrakowych szyjki macicy.

Działania informacyjne, edukacyjne i uświadamiające grupy docelowej usług w zakresie badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy

W ramach przygotowanego studium przypadku analizie poddano **Etap I projektu integracji pierwotnych badań przesiewowych HPV z krajowym programem profilaktyki raka szyjki macicy**. Etap ten stanowił **fundament dla dalszego wdrażania** kompleksowych działań profilaktycznych, obejmujących w szczególności **rozwój kompetencji kadry medycznej oraz wdrożenie pierwotnych badań przesiewowych** opartych na wykrywaniu wirusa HPV jako metody przesiewowej pierwszego wyboru.

Natomiast Etap II, realizowany pod nazwą „Bądź odpowiedzialny za swoje zdrowie – regionalne programy profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnozowania i wczesnego leczenia raka szyjki macicy – etap II – regiony rozwoju: północno-zachodni, zachodni” (kod SMIS: 140501), **obejmował rozszerzenie skali działań w wybranych regionach i nie jest objęty niniejszą analizą.**

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim:

Innowacyjne podejście do szkoleń specjalistycznych i tworzenia metodologii

Projekt charakteryzuje się wysokim poziomem innowacyjności, zarówno w zakresie podejścia systemowego, jak i zastosowanych rozwiązań technologicznych oraz organizacyjnych. Wśród kluczowych elementów innowacyjnych należy wymienić przede wszystkim włączenie testów HPV jako pierwotnej metody badań przesiewowych do krajowego programu profilaktyki raka szyjki macicy – zgodnie z aktualnymi zaleceniami instytucji europejskich i międzynarodowych. Zmiana ta stanowi istotny krok w kierunku poprawy efektywności wykrywania zmian przedrakowych i raka szyjki macicy we wczesnym stadium. Na uwagę zasługuje również interdyscyplinarne podejście do opracowywania metodyk i programów szkoleniowych, angażujące przedstawicieli różnych środowisk zawodowych (w tym lekarzy, położne, analityków danych i decydentów), co sprzyja tworzeniu rozwiązań praktycznych i dobrze dopasowanych do realiów wdrożeniowych.

Trwałość, dzięki integracji z publicznym systemem opieki

Integracja wypracowanego w ramach projektu programu badań przesiewowych z publicznym systemem opieki zdrowotnej zapewnia jego trwałość i możliwość dalszego rozwijania w ramach polityki zdrowotnej państwa.

Zaangażowanie kluczowych specjalistów

Istotnym wyróżnikiem projektu jest aktywne zaangażowanie przyszłych beneficjentów – m.in. personelu medycznego – w proces współtworzenia metodyk i materiałów edukacyjnych, co zwiększa ich adekwatność i użyteczność. Ponadto zwiększona uwaga została zwrócona na szkolenie specjalistów pracujących na obszarach zmarginalizowanych.

Tworzenie przyszłościowych baz danych

Na poziomie systemowym projekt przewiduje rozwój baz danych zintegrowanych z istniejącymi systemami informatycznymi w ochronie zdrowia, co pozwala na lepsze

monitorowanie procesu badań przesiewowych, a także tworzenie spójnych i wiarygodnych statystyk.

Zorientowanie na osoby wykluczone

Projekt kieruje swoje działania w szczególności do grup społecznych znajdujących się w trudniejszej sytuacji – interwencje profilaktyczne są dostosowane do potrzeb osób o niższym statusie społeczno-ekonomicznym, co wzmacnia aspekt inkluzywności i równości w dostępie do opieki zdrowotnej.

Mobilne jednostki diagnostyczne

Skuteczne wykorzystanie mobilnych gabinetów medycznych do docierania do kobiet z obszarów wiejskich i defaworyzowanych, gdzie dostęp do specjalistycznych usług medycznych jest ograniczony.

Dostosowanie do lokalnego kontekstu społeczno-kulturowego

Zastosowano indywidualne podejście do każdej społeczności, uwzględniając lokalne uwarunkowania społeczne, religijne i kulturowe – np. angażowanie chóru kobiet czy obecność podczas świąt religijnych.

Zintegrowane kampanie informacyjne

Projekt podkreśla znaczenie **kompleksowej kampanii edukacyjno-informacyjnej** poprzedzającej działania przesiewowe. Wykorzystano różnorodne kanały dotarcia (mediatorzy zdrowotni, liderki lokalnych wspólnot, wydarzenia religijne), co zwiększyło zaangażowanie i zaufanie społeczności.

Systematyczność i zgodność z wytycznymi UE

Projekt wprowadza jednolity standard badań przesiewowych, opracowany zgodnie z wytycznymi europejskimi, co wzmacnia jego spójność z systemem ochrony zdrowia i zapewnia wysoką jakość interwencji profilaktycznych. Projekt zakładał m.in. cykliczne, bezpłatne badania co 5 lat dla określonej populacji kobiet (30–64 lata dla testów HPV).

Skalowalność i trwałość

Projekt przewiduje, że opracowane programy i materiały szkoleniowe będą wykorzystywane w całym kraju, co zwiększa jego wpływ systemowy i potencjał replikacyjny.

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

W oparciu o analizę dokumentacji projektowej, wyszczególniono pewne wyzwania, które utrudniły realizację zaplanowanych działań.

Nieskuteczność działań bez uprzedniej mobilizacji społecznej

Początkowe działania polegające na kierowaniu mobilnych jednostek medycznych do społeczności wiejskich i defaworyzowanych bez wcześniejszej kampanii informacyjnej i zaangażowania lokalnych liderów okazały się nieskuteczne. Zespoły medyczne, mimo gotowości do przeprowadzania badań przesiewowych, spotykały się z bardzo niskim odzewem ze strony kobiet.

Doświadczenia zespołu z Instytutu Onkologii w Klużu wykazały, że obecność mobilnego gabinetu nie wystarcza, by zaktywizować mieszkanki obszarów wiejskich

do wykonania testów HPV czy cytologii. Dopiero wdrożenie lokalnych kampanii informacyjnych, prowadzonych m.in. przez mediatorów zdrowotnych, liderki wspólnot religijnych, członków chóru parafialnego, a także działania door-to-door z ulotkami i rozmową, umożliwiło realne dotarcie do grupy docelowej. Skuteczne okazało się także planowanie badań w okolicach lokalnych świąt i wydarzeń społecznych, co pozwoliło lepiej zintegrować działania zdrowotne z życiem lokalnej społeczności.

Dopiero po takich przygotowaniach – sporządzeniu list chętnych i uprzednim budowaniu zaufania – możliwe było efektywne wykorzystanie mobilnych jednostek medycznych i przeprowadzenie badań w sposób zgodny z założeniami projektu.

Niski poziom świadomości i opór przed badaniami wśród kobiet z grup defaworyzowanych

Na podstawie doświadczeń zespołów realizujących badania przesiewowe w terenie wynika, że największą trudność stanowiło przekonanie kobiet ze społeczności znajdujących się w niekorzystnej sytuacji do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku HPV. Mimo że testy były bezpłatne, wiele osób odmawiało konsultacji, ponieważ nie rozumiały potrzeby tych badań.

Kluczowe dobre praktyki

Przed wdrożeniem działań medycznych, takich jak mobilne jednostki diagnostyczne, **kluczowe jest przeprowadzenie szerokiej kampanii informacyjnej, angażującej lokalnych liderów i przedstawicieli społeczności.** Wstępna mobilizacja społeczna – szczególnie w obszarach wiejskich i defaworyzowanych – **jest niezbędna do uzyskania wysokiej frekwencji i zaangażowania.**

W kontekście **skuteczności programów profilaktycznych szczególną uwagę należy zwrócić na potrzeby edukacyjne i świadomościowe** grup defaworyzowanych. Niski poziom świadomości o konieczności diagnostyki, w tym przypadku wykonywania testów HPV, mimo że były one bezpłatne, stanowił istotną barierę. W związku z tym warto, aby interwencje skupiały się na długoterminowym procesie edukacyjnym, który nie tylko wyjaśni zalety profilaktyki, ale również odpowie na obawy społeczne i kulturowe.

Kolejnym kluczowym elementem, który pozytywnie wpłynął na efektywność programu, było **interdyscyplinarne podejście do tworzenia metodologii i szkoleń.** Angażowanie różnych grup zawodowych, takich jak lekarze, położne, analitycy danych czy decydenci, **pozwoło na opracowanie kompleksowych i dopasowanych do realiów wdrożeniowych rozwiązań.** Ponadto projekt wykazał się innowacyjnym podejściem, poprzez włączenie testów HPV jako pierwotnej metody badań przesiewowych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie – Komisja Europejska. Włączenie pierwotnych badań przesiewowych HPV do krajowego programu badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (SMIS 120798). Kohesio – Projekty polityki spójności UE;

Ministerstwo Funduszy i Projektów Europejskich (MFE) Rumunii. Șansă la viață sănătoasă: screening pentru depistarea HPV din fonduri europene.

Tabela 56. Case Study – program ukierunkowany na zwiększenie skuteczności bezpośredniego zapraszania obywateli na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy, raka piersi oraz raka szyjki macicy

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Program Operacyjny Zatrudnienie (Operační program Zaměstnanost) na lata 2014-2021 finansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS) i Inicjatywy na rzecz zatrudnienia młodych (YEI) Obszar tematyczny: Profilaktyka nowotworowa w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego Kraj/region: Czechy Okres realizacji: 01.05.2018 do 30.11.2021 Wartość ogółem: 326 636,66 EUR (w tym 253 347,56 EUR dofinansowania) Beneficjent: Instytut Informacji i Statystyki Zdrowotnej Republiki Czeskiej (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) Nazwa projektu: Zwiększenie skuteczności bezpośredniego zapraszania obywateli na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy, raka piersi oraz raka szyjki macicy (Increasing the effectiveness of citizens' direct invitations to screening colon and rectum cancer, breast and cervical cancer)
Opis
Przedmiotem projektu było opracowanie, stworzenie oraz praktyczna weryfikacja metodologii, które miały na celu zwiększenie skuteczności adresowego zapraszania na badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego i odbytnicy, raka piersi oraz raka szyjki macicy. Projekt obejmował wszystkie realizowane zgodnie ze sztuką medyczną programy badań przesiewowych nowotworów i umożliwił porównanie skuteczności zaproponowanych metodologii pomiędzy nimi. Dokumenty metodologiczne stanowiły filar oraz podstawowy materiał odniesienia przy planowaniu i wdrażaniu systemu adresowego zapraszania na badania przesiewowe przez kasy chorych w Republice Czeskiej. Projekt realizowany w latach 2018-2021 stanowił kontynuację wcześniejszych działań rozpoczętych w 2014 roku, polegających na adresowym zapraszaniu obywateli do udziału w badaniach przesiewowych w kierunku raka piersi, raka szyjki macicy oraz raka jelita grubego i odbytnicy. W latach 2014-2018 zrealizowano masową wysyłkę zaproszeń do udziału w badaniach przesiewowych – wysłano łącznie 4,6 miliona listów. Adresowe zaproszenia były kierowane do osób, które nie uczestniczyły w badaniach profilaktycznych. Jeśli obywatel nie odpowiedział na pierwsze zaproszenie, ubezpieczalnie ponawiały wezwania, jednak ze spadkiem skuteczności – na pierwsze zaproszenie odpowiadało około 22% osób, na drugie około 15%, a na trzecie już tylko około 9%.

Należy podkreślić **wysoką skuteczność programu od początku jego realizacji**. W ciągu 13 lat **usunięto ponad 113 000 zmian przedrakowych** (polipów gruczolakowych), co stanowi aż **36% wszystkich wykonanych kolonoskopii**. U **ponad 9 500 osób nowotwór został wykryty na wczesnym etapie rozwoju**, co istotnie zwiększa szanse na skuteczne leczenie. Dane populacyjne potwierdzają, że **program realnie przyczynia się do ograniczania problemu raka jelita grubego** – w ciągu ostatnich dziesięciu lat liczba nowych zachorowań spadła o 17%, a śmiertelność z powodu tej choroby zmniejszyła się o ponad 30%. Program nie tylko poprawia wykrywalność nowotworów, ale dzięki wczesnej interwencji skutecznie im zapobiega i ratuje ludzkie życie.

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim:

Personalizacja zaproszeń

Zamiast ogólnych kampanii, zastosowano **indywidualne zaproszenia**, co zwiększa poczucie odpowiedzialności i zaangażowania odbiorcy oraz jest zgodne z dobrymi praktykami międzynarodowymi, które promują indywidualne podejście do pacjenta.

Eliminacja bariery finansowej

Badania są **bezpłatne dla pacjenta**, ponieważ „towarzystwa ubezpieczeniowe refundują wszystkie niezbędne badania związane z programami badań przesiewowych”. To eliminuje barierę finansową i zwiększa dostępność programu.

Projekt stanowił kontynuację działań

Projekt stanowił **kontynuację działań zapoczątkowanych w 2014 roku**, co świadczy o jego **długofalowym charakterze i konsekwentnym wdrażaniu strategii** zwiększania udziału obywateli w profilaktyce nowotworowej.

Indywidualizacja i wieloetapowość zaproszeń

Zamiast ogólnych kampanii, **zastosowano indywidualne zaproszenia, co zwiększa poczucie odpowiedzialności i zaangażowania odbiorcy oraz jest zgodne z dobrymi praktykami międzynarodowymi**, które promują indywidualne podejście do pacjenta. W ramach tzw. *adresnego zvaní* zaproszenia wysyłane są **imiennie do osób, które nie uczestniczą w badaniach profilaktycznych**. Jeśli pacjent nie odpowie, system przewiduje kolejne przypomnienia – **nawet do czterech wysyłek**. Do 2018 roku rozesłano łącznie 4,6 miliona zaproszeń, co czyni z programu jedną z największych interwencji zdrowotnych w historii czeskiego systemu ochrony zdrowia.

Wysokie pokrycie populacyjne

Program charakteryzuje się dobrym pokryciem populacyjnym oraz szeroką dostępnością. Łączne uczestnictwo – z uwzględnieniem zarówno testów na krew utajoną w kale (FOBT), jak i kolonoskopii – **przekracza 50% populacji docelowej**. W realizację programu zaangażowanych jest 6 000 lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz 1 750 ginekologów, a także 191 certyfikowanych i kontrolowanych ośrodków wykonujących kolonoskopię, co gwarantuje pacjentom łatwy dostęp do badań niezależnie od miejsca zamieszkania.

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

Zidentyfikowane trudności to przede wszystkim:

Niska odpowiedź na zaproszenia

Jednym z najpoważniejszych wyzwań programu była **niska odpowiedź na wysyłane zaproszenia** – na pierwszą wysyłkę reagowało jedynie około 22% zaproszonych, a skuteczność kolejnych przypomnień systematycznie spadała: do 15% przy trzecim zaproszeniu i zaledwie 9% przy czwartym. Pokazuje to, że **nawet dobrze zaprojektowany system indywidualnych zaproszeń nie gwarantuje wysokiej zgłaszalności**, jeśli nie zostanie uzupełniony o **działania wspierające motywację uczestników oraz budujące ich świadomość zdrowotną**.

Brak reakcji mimo wieloetapowości

Mimo systematycznych przypomnień, znaczna część adresatów całkowicie ignoruje zaproszenia, co prowadzi do niewykorzystania potencjału programu i ryzyka późnej diagnozy.

Bariera psychologiczna

W przypadkach pozytywnego wyniku testu na krew utajoną (FOBT), zdarzały się sytuacje, w których **pacjent nie poddawał się zalecanej kolonoskopii, co bezpośrednio zagrażało jego życiu**. Ponadto w materiałach zwraca się także uwagę na konieczność **apelowania do obywateli**, aby nie lekceważyli zaproszeń. Może to być sygnał, że opór emocjonalny, lęk przed diagnozą, brak poczucia zagrożenia lub niska motywacja wciąż stanowią istotne bariery udziału. Zatem wykluczenie bariery finansowej nie będzie w pełni skuteczne, jeśli nie zadba się także o zminimalizowanie bariery psychologicznej.

Kluczowe dobre praktyki

Warto podkreślić **kompleksowość podejścia** przyjętego w czeskim projekcie. Oparto go na indywidualnym, systemowym zapraszaniu obywateli na badania przesiewowe – działania te zostały nie tylko zaprojektowane, ale również poddane ewaluacji i systematycznej optymalizacji. Kluczową rolę odegrała **personalizacja zaproszeń oraz ich wieloetapowość**, co znacząco odróżniało ten model od klasycznych kampanii informacyjnych.

Na uwagę zasługuje także **szerokie zaangażowanie systemu ochrony zdrowia** – udział tysięcy lekarzy POZ i ginekologów oraz ponad 190 certyfikowanych ośrodków kolonoskopowych pozwolił na zagwarantowanie dostępu do badań w całym kraju. Jednocześnie analiza wskazuje na **istotne wyzwania**, które należy wziąć pod uwagę przy planowaniu przyszłych interwencji. Problemem była m.in. **bariera psychologiczna** – niektórzy pacjenci, mimo pozytywnego wyniku testu FOBT, nie zgłaszali się na zalecaną kolonoskopię. Jak wskazano, lęk przed diagnozą lub zbyt niska motywacja stanowią istotne przeszkody, które nie są niwelowane samym faktem bezpłatności świadczeń. Dlatego **rekomenduje się**, aby przyszłe programy były **wzbogacane o działania komunikacyjne i edukacyjne** – podnoszące

świadomość zdrowotną, redukującą lęk i pokazującą korzyści wynikające z wczesnego wykrycia choroby.

Źródło: opracowanie własne na podstawie – Kohesio (2021). *Increasing the effectiveness of citizens' direct invitations to screening colon and rectum cancer, breast and cervical cancer*; Ministerstvo zdravotnictví České republiky (2019).

Screening zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku zachraňuje tisíce lidských životů.

Tabela 57. Case Study – program ukierunkowany na działania dążące do rozwoju profilaktyki wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 Działanie: Działanie 5.4., Zdrowie na rynku pracy Obszar tematyczny: Profilaktyka nowotworowa w kierunku wykrywania raka piersi, szyjki macicy i raka jelita grubego Kraj/region: Polska, województwo pomorskie Wartość ogółem: 2 039 027,28 zł (profilaktyka raka piersi), 4 993 199,81zł (profilaktyka raka szyjki macicy), 6 023 930,46 (profilaktyka raka jelita grubego) Beneficjenci: Geneva Trust Polska Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, COPERNICUS Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. Nazwa projektów: Działania ukierunkowane na rozwój profilaktyki wykrywania raka piersi, szyjki macicy i jelita grubego obejmujące trzy projekty: Moja Mammografia – Idę Bo Warto Żyć, Profilaktyka raka szyjki macicy szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego, Profilaktyka raka jelita grubego szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego.
Opis
Opis projektu: Moja Mammografia – Idę Bo Warto Żyć Projekt realizowany przez Geneva Trust Polska Sp. z o.o. został dofinansowany decyzją Samorządu Województwa Pomorskiego ze środków Funduszy Europejskich i obejmował zakup czterech nowoczesnych, w pełni wyposażonych mammobusów przeznaczonych do mobilnych badań mammograficznych. Celem projektu było zwiększenie dostępności profilaktyki raka piersi w regionie, w szczególności na obszarach o utrudnionym dostępie do stacjonarnych placówek diagnostycznych. Opis projektu: Profilaktyka raka szyjki macicy szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego Celem przedsięwzięcia jest zwiększenie uczestnictwa mieszkank województwa pomorskiego w programie profilaktyki raka szyjki macicy – choroby, która mimo dostępności skutecznych narzędzi diagnostycznych, wciąż zbyt często wykrywana jest zbyt późno, stanowiąc poważną barierę w utrzymaniu aktywności zawodowej kobiet. Projekt zakładał objęcie wsparciem 7 056 kobiet w wieku od 25 do 59 lat, które

nie korzystały z badań cytologicznych w ramach programu przesiewowego finansowanego przez NFZ w ciągu ostatnich trzech lat. Realizacja projektu polegała **na połączeniu działań edukacyjno-informacyjnych z ofertą bezpłatnych badań cytologicznych, wykonywanych w ramach działań mobilnych i stacjonarnych.** W ramach kampanii informacyjnej, prowadzonej pod hasłem „Rzeczywistość zaskakuje. Nie daj się zaskoczyć – zrób cytologię”, **organizowano indywidualne spotkania z mieszkankami regionu**, których celem było nie tylko zachęcenie do udziału w badaniach, ale też rozwianie obaw, wyjaśnienie znaczenia wczesnego wykrywania zmian oraz budowanie świadomości zdrowotnej w zakresie chorób onkologicznych. Opis projektu: **Profilaktyka raka jelita grubego szansą na wydłużenie aktywności zawodowej mieszkańców województwa pomorskiego**

To projekt realizowany przez Copernicus PL Sp. z o.o., współfinansowany ze środków UE w ramach RPO WP 2014–2020 (Działanie 5.4.2). Jego celem było **zwiększenie udziału mieszkańców regionu w badaniach kolonoskopowych**, szczególnie osób aktywnych zawodowo z grup ryzyka. Projekt objął wsparcie **merytoryczne kadry medycznej spoza aglomeracji trójmiejskiej**, kampanię edukacyjną **promującą profilaktykę oraz realizację bezpłatnych kolonoskopii** dla minimum 1782 osób, ze szczególnym uwzględnieniem **mieszkańców obszarów wiejskich i osób z niepełnosprawnościami**. W sumie z działań skorzystało 3450 osób. Dzięki projektowi zwiększono dostępność badań, poprawiono wczesną wykrywalność raka jelita grubego i wzmocniono świadomość zdrowotną mieszkańców regionu.

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim:

Znaczna skala i zasięg udzielonego wsparcia

Realizacja projektów w ramach Działania 5.4 RPO WP objęła łącznie **ponad 58 tys. osób, co stanowi znaczący wkład w poprawę profilaktyki onkologicznej w regionie**. Najwięcej uczestników odnotowano w zakresie profilaktyki raka piersi (ok. 39,6 tys. osób), następnie raka szyjki macicy (11,4 tys.) oraz raka jelita grubego (7 tys.). Taka skala działania odpowiada zakresowi ogólnokrajowych programów realizowanych przez NFZ i wskazuje na istotną wartość dodaną projektów współfinansowanych ze środków UE.

Wysoka dostępność świadczeń i sprawna organizacja

Świadczenia realizowano sprawnie – **czas oczekiwania na badanie w większości przypadków nie przekraczał trzech tygodni, a prawie 20% uczestników miało dostęp do świadczeń w ciągu tygodnia**. Zarówno beneficjenci, jak i uczestnicy, wskazywali na brak poważnych barier w dostępie do usług. Wsparcie obejmowało również **transport i opiekę nad osobami niesamodzielnymi**, co znacząco zwiększało dostępność badań dla osób starszych i wykluczonych komunikacyjnie.

Aktywne dotarcie i komunikacja z uczestnikami

Zastosowano zróżnicowane i efektywne **kanały kontaktu**: telefon, media społecznościowe, e-mail oraz osobisty kontakt w biurze projektu. Dodatkowym

czynnikiem zwiększającym zainteresowanie była **indywidualizacja działań** – np. **imienne zaproszenia czy współpraca z pracodawcami i dużymi zakładami pracy**. Realizatorzy aktywnie poszukiwali uczestników, korzystając ze swoich baz danych i kontaktów lokalnych.

Komplementarność z programami NFZ

Działania projektowe **nie stanowiły konkurencji dla świadczeń NFZ, lecz uzupełniały je** i wspierały poprzez zwiększenie zgłaszalności oraz edukację uczestników. Wskazano, że celem interwencji RPO WP było wzmocnienie partycypacji w populacyjnych programach profilaktycznych – co potwierdza zasadność przyjętego modelu interwencji.

Wysoka jakość technologiczna i mobilność badań

Wysoką jakość realizacji projektu profilaktyki raka piersi potwierdza **nowoczesne zaplecze diagnostyczne zapewnione przez zakup czterech w pełni wyposażonych mammobusów**. Kluczową zaletą wykorzystanych mammografów cyfrowych było to, że emitują one co najmniej **30% mniej promieniowania rentgenowskiego niż konwencjonalne urządzenia oraz posiadają specjalistyczne oprogramowanie zmniejszające niepotrzebny ucisk piersi podczas badania**, co znacząco podnosi komfort pacjentek. Dzięki mobilnemu charakterowi mammobusów możliwe było **dotarcie do kobiet w regionach z ograniczonym dostępem do stacjonarnych placówek diagnostycznych**. Wczesne wykrycie zmian nowotworowych umożliwione przez tę technologię przekłada się bezpośrednio na szybsze rozpoczęcie leczenia i poprawę jakości życia kobiet, a także podnosi skuteczność całego systemu profilaktyki raka piersi.

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

Zidentyfikowane trudności to przede wszystkim:

Nierównomierne pokrycie terytorialne i nadreprezentacja dużych miast

Jednym z kluczowych wyzwań okazała się **nadreprezentacja mieszkańców dużych miast**, zwłaszcza Gdańska, wśród uczestników projektów – szczególnie w profilaktyce raka jelita grubego i raka szyjki macicy. Mimo że powiaty uznane za tzw. „białe plamy” również były objęte działaniami, to nie wszędzie udało się osiągnąć odpowiednią skalę. W niektórych powiatach (np. człuchowskim, sztumskim, kwidzyńskim, bytowskim) udział uczestników był wyraźnie niższy niż ich udział w populacji regionu, co może świadczyć o trudności w dotarciu do mieszkańców obszarów peryferyjnych, z ograniczonym dostępem do świadczeń zdrowotnych.

Niewielki udział mieszkańców terenów wiejskich w profilaktyce raka jelita grubego

W profilaktyce raka jelita grubego szczególnie widoczny był **niski udział mieszkańców wsi, mimo że badania te są zalecane całej populacji 50+**. Bariery te mogą wynikać z niższego poziomu świadomości zdrowotnej, wyższych obaw związanych z inwazyjnym charakterem badania (kolonoskopia), a także ograniczonej mobilności. Taka sytuacja rodzi ryzyko pogłębiania nierówności zdrowotnych i

wskazuje na konieczność wdrożenia bardziej precyzyjnych, ukierunkowanych działań rekrutacyjnych i edukacyjnych.

Braki w ofercie diagnostycznej z punktu widzenia uczestników

Część uczestników wskazała, że **w projektach zabrakło dodatkowych badań i konsultacji, które mogłyby zwiększyć skuteczność diagnostyczną**. Przykładowo, przy profilaktyce raka piersi pojawiały się postulaty o możliwość **wykonania USG, cytologii czy konsultacji onkologicznej**, a przy raku jelita grubego – o możliwość wykonania **kolonoskopii w znieczuleniu oraz zapewnienia cykliczności badań i przypomnień**. Takie uwagi sugerują, że zakres oferowanych świadczeń, choć istotny, mógł być miejscami zbyt wąski względem oczekiwań odbiorców.

Trudności organizacyjne i logistyczne (choć incydentalne)

Z perspektywy uczestników wskazano również na nieliczne **problemy logistyczne, takie jak trudności w dotarciu do miejsc realizacji badań** (zwłaszcza do mammobusów), **zbyt długi czas oczekiwania, brak dogodnych terminów badań, czy ograniczona możliwość korzystania ze wsparcia w formie zdalnej**. Chociaż te trudności dotyczyły raczej **marginalnej grupy**, to ich występowanie sygnalizuje potrzebę dalszego udoskonalania organizacji świadczeń, w tym wprowadzenia bardziej elastycznych rozwiązań (np. mobilne punkty badań, możliwość rejestracji online).

Ograniczenia systemowe ujawnione w czasie pandemii COVID-19

Pandemia COVID-19 wpłynęła na ograniczenie dostępności badań i zahamowanie aktywności promocyjnych w okresie 2020-2021. Szczególnym problemem była obawa uczestników przed kontaktem z placówkami medycznymi, co w praktyce przekładało się na niższą zgłaszalność. W odpowiedzi wdrożono środki ochrony indywidualnej oraz zmieniono sposób organizacji działań, jednak sytuacja ta pokazała brak pełnej odporności projektów na sytuacje kryzysowe.

Niewielka obecność form zdalnego wsparcia i e-edukacji

Zaledwie jeden z trzech projektów oferował wsparcie w formule zdalnej, co ograniczało możliwość dotarcia do osób preferujących kontakt bez fizycznej obecności (np. teleporady, e-learning, spotkania online). Pandemia uwidoczniła, że **komponent zdalny powinien być standardem w działaniach informacyjno-edukacyjnych**, aby zapewnić ciągłość świadczeń w warunkach kryzysowych lub dla grup z ograniczoną mobilnością.

Potrzeba rozszerzenia działań o elementy wsparcia psychologicznego i behawioralnego

Zidentyfikowano potencjał **do wzmocnienia projektów o komponent zmiany postaw i zachowań prozdrowotnych**. Chociaż część uczestników zadeklarowała zwiększoną aktywność fizyczną czy zmianę nawyków żywieniowych, to były to efekty występujące rzadziej niż oczekiwane. Tym samym zasadne wydaje się uzupełnienie działań o warsztaty lub konsultacje psychologiczne, dietetyczne czy prozdrowotne, które wzmocniłyby efekt długofalowy interwencji.

Postulaty beneficjentów dotyczące ulepszeń systemowych

Z perspektywy realizatorów projektów pojawiły się postulaty, aby **umożliwić wykonywanie mobilnych badań profilaktycznych oraz angażować większą liczbę partnerów**, takich jak organizacje pracodawców czy duże firmy, co mogłoby zwiększyć skalę rekrutacji i dotrzeć do grup bardziej biernych zdrowotnie. Tego rodzaju zmiany mogłyby przyczynić się do jeszcze lepszego pokrycia i zwiększenia zgłaszalności.

Kluczowe dobre praktyki

Do kluczowych dobrych praktyk należy zaliczyć **zastosowanie mobilnych form diagnostyki, w szczególności nowoczesnych mammobusów, co pozwoliło dotrzeć do kobiet z terenów o ograniczonym dostępie do placówek medycznych**. Warto podkreślić również wartość zastosowania **zróżnicowanych kanałów kontaktu, współpracę z lokalnymi pracodawcami oraz kampanie informacyjne i edukacyjne** – dodatkowo wspierały one proces rekrutacji. Istotnym elementem sukcesu była także **komplementarność działań względem programów realizowanych przez NFZ** – projekty nie dublowały świadczeń, lecz je uzupełniały, zwiększając ich efektywność.

Wystąpiła również potrzeba **rozszerzenia zakresu świadczenia o elementy uzupełniające, takie jak USG czy możliwość kolonoskopii w znieczuleniu**. Zauważalna była także ograniczona obecność **form zdalnych i komponentu e-edukacyjnego** – co uwidoczniło się zwłaszcza w okresie pandemii COVID-19, utrudniającej kontakt osobisty z placówkami medycznymi.

Źródło: opracowanie własne na podstawie – *Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego (2023). Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020.*

Tabela 58. Case Study – program ukierunkowany na wspieranie dobrostanu kierowców pojazdów ciężarowych

Informacje podstawowe o projekcie

Nazwa programu: **Sustainable Growth and Jobs 2014-2020 – Finland's Structural Funds Programme (Zrównoważony wzrost i zatrudnienie 2014-2020 – Program Funduszy Strukturalnych Finlandii)**

Obszar tematyczny: **eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy**

Kraj/region: Finlandia

Okres realizacji: 01.02.2020 do 31.01.2023

Wartość ogółem: 932 317,00 EUR (w tym 372 927,00 EUR dofinansowania)

Beneficjent: Savonia – Uniwersytet Nauk Stosowanych Sp. z o.o. (Savonia-ammattikorkeakoulu Oy)

Partnerzy: Savonia University of Applied Sciences (Savonia AMK) oraz Savo Consortium for Education (Sakky)

Nazwa projektów: **Promoting the well-being of heavy-duty drivers (VIREEKSI)**
(Wspieranie dobrostanu kierowców pojazdów ciężarowych)

Opis

Celem projektu była **poprawa dobrostanu i zdolności do pracy kierowców w sektorze transportu poprzez wykorzystanie istniejących metod pomiaru i obserwacji**. Szczególny nacisk w projekcie położono na **wykorzystanie wiedzy z zakresu obciążenia i regeneracji organizmu, ergonomii pracy, żywienia oraz aktywności fizycznej poprzez ich adaptację i wdrażanie w codziennym życiu kierowców**. Efektem pośrednim zwiększenia dobrostanu i zdolności do pracy kierowców miała być **poprawa efektywności pracy, wzrost poczucia sensu pracy, wydłużenie okresu aktywności zawodowej oraz zwiększenie produktywności przedsiębiorstw transportowych**. Zakładano, iż zmotywowany i dbający o dobrostan kierowca stanowi wizytówkę zarówno firmy, jak i całej branży transportowej. Grupą docelową projektu byli **profesjonaliści branży transportowej reprezentujący różne grupy zawodowe**: kierowcy transportu pasażerskiego (lokalnego, liniowego oraz wycieczkowego), kierowcy transportu drewna, kierowcy przewozów ładunków ogólnych, transportu drogowego w zakresie utrzymania infrastruktury oraz kierowcy pojazdów dostawczych. **Założeniem było objęcie działaniami około 200 kierowców reprezentujących różne sektory transportu**.

Konkretne działania projektu objęły:

- **Analizę kultury organizacyjnej** przedsiębiorstw transportowych z perspektywy dobrostanu i zdolności do pracy;
- **Mappings stylu życia i warunków pracy kierowców** oraz opracowanie **indywidualnych planów dobrostanu** w celu poprawy ich samodzielnej zdolności do pracy i dobrostanu;
- Opracowanie **pakiету szkoleniowego dotyczącego dobrostanu** kierowców działających w różnych obszarach transportu oraz **pilotaż jego wdrożenia** w trakcie trwania projektu;
- Rozwój **zarządzania przedsiębiorstwami transportowymi** w zakresie zarządzania zdolnością do pracy.

Efektem realizacji projektu miało być zidentyfikowanie czynników wpływających na dobrostan i zdolność do pracy kierowców w różnych sektorach działalności.

Zakładano, że kierowcy będą **potrafili rozpoznawać obciążenia zawodowe oraz zapewniać sobie odpowiednią regenerację** jako element zarządzania własną zdolnością do pracy. W trakcie projektu opracowano i przetestowano **pakiety szkoleniowe włączane do systemu szkoleń ustawicznych kierowców**.

Przedsiębiorstwa i menedżerowie z sektora transportu dostrzegli **powiązanie pomiędzy promocją dobrostanu w miejscu pracy a rentownością działalności, wizerunkiem pracodawcy, atrakcyjnością branży oraz utrzymywaniem pracowników w sektorze**.

Aż 89% uczestników uznało, że otrzymało potrzebne wsparcie i pomoc w zakresie radzenia sobie w pracy i poprawy samopoczucia, co potwierdza skuteczność działań

projektowych. Bezpośrednie, pozytywne relacje uczestników (takie jak historia Mauriego Koistinena [Kuusikymppinen Mauri teki elämäntaparemontin: „Keho voi paremmin ja silloin mielikin voi paremmin” – Savonia-AMK](#)) pokazują realną wartość projektu i mogą być wykorzystane jako studia przypadków, przykłady dobrych praktyk oraz narzędzia promujące skuteczność podobnych inicjatyw w przyszłości.

Zidentyfikowane mocne strony

Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim:

Realny i praktyczny wpływ na grupę docelową

Projekt nie ograniczał się do tworzenia badań czy statystyk, ale **aktywnie wdrażał konkretne działania na rzecz kierowców**, obejmując **około 200 uczestników realnym wsparciem**. Zapewniona była pomoc **dietetyka i trenera personalnego** co umożliwiło wprowadzenie trwałych zmian w diecie, aktywności fizycznej i rytmie dnia wśród uczestników. Ponadto w projekcie zastosowano indywidualne podejście, ponieważ dopasowanie planu do potrzeb uczestnika jest kluczowe.

Elastyczność i odporność na kryzysy (np. pandemia COVID-19)

Dzięki szybkiemu dostosowaniu działań **projekt utrzymał ciągłość realizacji** mimo pandemii, organizując spotkania i wsparcie w sposób bezpieczny oraz efektywny.

Holistyczne podejście do dobrostanu kierowców

Projekt obejmował różne aspekty zdrowia: **aktywność fizyczną, regenerację, zdrowe odżywianie, profilaktykę uzależnień, wykorzystanie technologii do monitorowania samopoczucia**, co pozwalało na kompleksową poprawę dobrostanu. Uwzględnienie zarówno diety, aktywności fizycznej, jak i jakości snu pozwalało kompleksowo zadbać o zdrowie uczestników, a współpraca z laboratorium snu (UEF SmartSleep Lab) dostarczyła dodatkowych narzędzi do identyfikacji i poprawy nawyków zdrowotnych uczestników.

Bezpośredni kontakt i indywidualne wsparcie dla uczestników

Dzięki **rozmowom telefonicznym** kierowcy mieli dostęp do praktycznego wsparcia, które **uwzględniało ich codzienne wyzwania zawodowe**, zwłaszcza w czasie pandemii.

Aktywne zaangażowanie firm transportowych

W projekt zaangażowano **17 przedsiębiorstw transportowych**, co wzmocniło wpływ działań zarówno na poziomie indywidualnym, jak i organizacyjnym poprzez promowanie zarządzania zdrowiem w firmach.

Długofalowe podejście i promowanie trwałej zmiany

Projekt koncentrował się na wypracowaniu **trwałych zmian w stylu życia** i podejściu do zdrowia kierowców, a także przewidywał **działania wspierające zarządzanie zdolnością do pracy po stronie pracodawców**.

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

W oparciu o analizę dokumentacji projektowej, wyszczególniono pewne wyzwania, które utrudniły realizację zaplanowanych działań.

Trudności z zaangażowaniem kierowców ze względu na intensywny charakter ich pracy

W projekcie zderzono się z faktem, że praca kierowcy jest bardzo wymagająca czasowo i intensywna, co **utrudniało organizację spotkań** i uczestnictwo w działaniach projektowych (nawet w formie telefonicznej lub online).

Pandemia COVID-19 zakłóciła realizację zaplanowanych działań

Pandemia rozpoczęła się kilka tygodni po starcie projektu i miała istotny wpływ na ograniczenie tradycyjnych form pracy, takich jak odwołanie wizyt w miejscach pracy czy ograniczenie osobistych spotkań i działań grupowych. Z powodu pandemii **nie udało się zrealizować wielu cennych wizyt bezpośrednich** u pracodawców i kierowców, które były pierwotnie planowane.

Ryzyko zmniejszonej skuteczności wsparcia z powodu ograniczonego kontaktu osobistego

Choć projekt dostosował działania do sytuacji, ograniczenie osobistych kontaktów mogło w pewnym stopniu **obniżyć skuteczność interwencji i wsparcia emocjonalnego** (np. poprzez mniej efektywne dzielenie się emocjami, trudniejsze motywowanie).

Kluczowe dobre praktyki

Projekt ten to przykład **skutecznego i nowocześnie zaprojektowanego podejścia do promocji zdrowia w zawodach wysokiego ryzyka**. Zamiast skupiać się na jednorazowych działaniach informacyjnych, projekt postawił na **wdrażanie konkretnych zmian w codziennym funkcjonowaniu kierowców** – obejmujących zarówno styl życia, jak i organizację pracy. Kluczową dobrą praktyką było **holistyczne podejście**: uwzględniono nie tylko kwestie ergonomii, ale też regenerację, aktywność fizyczną, jakość snu i nawyki żywieniowe.

Na uwagę zasługuje **silne osadzenie projektu w realiach życia zawodowego uczestników**. Zamiast uniwersalnych szkoleń postawiono na **indywidualizację wsparcia** – uczestnicy otrzymywali spersonalizowane plany działania, a kontakt z ekspertami był bezpośredni i praktyczny. Równie istotne było zaangażowanie pracodawców, którzy nie tylko udostępniali pracowników do udziału w projekcie, ale też **byli adresatami rekomendacji dotyczących zarządzania zdrowiem w miejscu pracy**. To podejście pozwoliło połączyć perspektywę indywidualną i organizacyjną, zwiększając trwałość efektów.

Do kluczowych wniosków z projektu należy też **włączenie działań w zakres szkoleń ustawicznych kierowców** – co zapewnia ich kontynuację. **Projekt nie tylko zmieniał nawyki, ale też wpływał na sposób postrzegania zdrowia w całej branży**: jako elementu produktywności, wizerunku i przyciągania kadr.

Źródło: opracowanie własne na podstawie – Kohesio (2023). *Promoting the well-being of heavy-duty drivers (VIREEKSI)*; Savonia (2022). *Merkityksellistä työtä ammattikuljettajien parhaaksi*.

Tabela 59. Case Study – program ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zawodowego i zdrowotnego pracowników działających na rzecz mieszkańców Gdyni

Informacje podstawowe o projekcie
Nazwa programu: Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 Działanie: Działanie 5.4. Zdrowie na rynku pracy Obszar tematyczny: eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, w tym z zakresu ergonomii pracy Kraj/region: Polska, województwo pomorskie Okres realizacji: 01.06.2018 – 31.12.2020 Wartość ogółem: 1 544 400,00 zł Beneficjenci: Gmina Miasta Gdyni – Gdynia Miasto na Prawach Powiatu Nazwa projektów: Program wzmocnienia potencjału zawodowego i zdrowotnego pracowników działających na rzecz mieszkańców Gdyni
Opis
„Program wzmocnienia potencjału zawodowego i zdrowotnego pracowników działających na rzecz mieszkańców Gdyni” to projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Województwa Pomorskiego 2014-2020 o wartości ponad 1,5 mln zł. Obejmuje 297 pracowników instytucji opiekuńczych i zdrowotnych, którzy na co dzień mierzą się z dużym obciążeniem fizycznym i psychicznym, wynikającym z pracy z osobami chorymi i umierającymi. Na początku realizacji projektu przeprowadzono indywidualną analizę stanowiskową z udziałem specjalistów z zakresu fizjoterapii, BHP, psychologii i zdrowia publicznego. Dzięki niej opracowano indywidualne profile wsparcia, dostosowane do realnych potrzeb uczestników. W ramach działań zaplanowano m.in. wsparcie psychologiczne, leczenie traum, warsztaty grupowe, zajęcia aktywizujące fizycznie, zabiegi fizjoterapeutyczne oraz badania profilaktyczne. Celem jest nie tylko poprawa kondycji zdrowotnej uczestników, ale także wypracowanie trwałych nawyków prozdrowotnych, które będą podtrzymywane po zakończeniu projektu. Zakupiony sprzęt do placówek, takich jak hospicjum czy DPS, dodatkowo wspiera jakość opieki nad mieszkańcami. Projekt odpowiadał na konkretne wyzwania zawodowe tej grupy – zarówno w wymiarze fizycznym (przeciążenia, ból, ryzyko urazów), jak i psychicznym (stres, wypalenie). Dzięki holistycznemu podejściu umożliwił uczestnikom odzyskanie równowagi i dłuższe pozostawanie w aktywności zawodowej.
Zidentyfikowane mocne strony
Zidentyfikowane mocne strony projektu to przede wszystkim: Działania poprzedzone zostały dogłębną analizą potrzeb uczestników Przeprowadzono pogłębioną analizę stanowiskową, obejmującą indywidualne wywiady z uczestnikami, które pozwoliły zidentyfikować czynniki ryzyka w miejscu

pracy, takie jak stres pourazowy, obciążenia psychiczne i fizyczne oraz styl życia pracowników.

Indywidualne podejście

Na podstawie zebranych danych opracowano indywidualne profile wsparcia dla każdego uczestnika, obejmujące pomoc psychologiczną, fizjoterapeutyczną oraz zajęcia aktywizujące fizycznie. Indywidualne podejście do potrzeb każdego uczestnika pozwoliło na skuteczne dopasowanie form wsparcia.

Wypracowanie nawyków podstawą trwałości działań

Zorganizowano warsztaty grupowe, zabiegi fizjoterapeutyczne oraz badania profilaktyczne, mające na celu poprawę kondycji zdrowotnej uczestników i wypracowanie trwałych nawyków prozdrowotnych.

Doposażenie miejsc pracy

Zakupiono sprzęt ułatwiający opiekę nad mieszkańcami w placówkach takich jak hospicja i domy pomocy społecznej.

Zidentyfikowane wyzwania i trudności

W oparciu o analizę dokumentacji projektowej, wyszczególniono pewne wyzwania, które utrudniły realizację zaplanowanych działań.

Pojawiła się potrzeba wielokierunkowego wsparcia

Zidentyfikowano, że praca w instytucjach opiekuńczych wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym i fizycznym, co wymagało dostosowania form wsparcia do specyfiki tych zawodów.

Pogodzenie udziału w projekcie z pracą zawodową

Potrzeba wypracowania trwałych nawyków prozdrowotnych wśród uczestników, co stanowiło wyzwanie w kontekście ich codziennych obowiązków zawodowych.

Kluczowe dobre praktyki

Projekt ten stanowi przykład **trafnie zaprojektowanego wsparcia dla pracowników instytucji opiekuńczych i zdrowotnych**, narażonych na przeciążenia fizyczne i emocjonalne. Jego mocną stroną było **połączenie działań psychologicznych, fizjoterapeutycznych i ergonomicznych w spójny system**, odpowiadający realiom codziennej pracy w opiece.

Jedną z wyróżniających się dobrych praktyk była **dogłębna diagnoza potrzeb – oparta na indywidualnych analizach stanowisk i rozmowach z pracownikami**. Dzięki niej wsparcie miało charakter **precyzyjny i odpowiadało rzeczywistym ograniczeniom zdrowotnym uczestników**. Indywidualizacja pomocy – zarówno psychicznej, jak i fizycznej – przełożyła się na większą skuteczność interwencji.

Projekt unaoczniał też wyzwania, z którymi mierzą się tego typu inicjatywy. Udział w działaniach prozdrowotnych trzeba było pogodzić z codzienną pracą, która – w przypadku personelu opiekuńczego – jest nie tylko wymagająca, ale i nieprzewidywalna. Pokazuje to, że przyszłe interwencje powinny jeszcze bardziej elastycznie wpisywać się w rytm dnia zawodowego, np. **przez mikrointerwencje, wsparcie zdalne lub działania w godzinach pracy, uzgodnione z pracodawcą**.

Źródło: opracowanie własne na podstawie – *Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego (2023). Ocena efektów wsparcia realizowanego w ramach Działania 5.4 Zdrowie na rynku pracy Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020; Informator Pomorza (2019). Wsparcie dla niosących pomoc.*