



OŚRODEK BADAŃ
I ANALIZ SPOŁECZNYCH

BADANIE EWALUACYJNE GDAŃSKIEGO
PROGRAMU PROMOCJI ZDROWIA
I PRZECIWDZIAŁANIA CHOROZOM
CYWILIZACYJNYM NA LATA 2017-2020,
PROGRAMU WSPARCIA PROKREACJI DLA
MIESZKAŃCÓW GDAŃSKA W LATACH
2017-2020 ORAZ PROGRAMU PROFILAKTYKI
ZAKAŻEŃ WIRUSAMI BRODAWCZAKA
LUDZKIEGO (HPV) NA TERENIE GMINY
MIASTA GDAŃSKA NA LATA 2019-2021

RAPORT ZA LATA 2017-2019

Spis treści

Executive summary	3
Wprowadzenie	7
<i>Założenia badawcze</i>	<i>7</i>
<i>Metodologia badań.....</i>	<i>8</i>
<i>Struktura raportu</i>	<i>11</i>
Kontekst wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku	12
<i>Kontekst powstania i związek z innymi dokumentami strategicznymi.....</i>	<i>12</i>
<i>Struktura i charakterystyka Programów.....</i>	<i>14</i>
<i>Specyfika zarządzania Programami</i>	<i>24</i>
Charakterystyka realizacji Programów	27
<i>Syntetyczne podsumowanie działań prowadzonych w ramach Programów.....</i>	<i>27</i>
<i>Ocena realizacji celów.....</i>	<i>33</i>
<i>Szczegóły realizacji zadań</i>	<i>43</i>
Polityka w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Perspektywa decydentów i realizatorów	56
<i>Kontekst polityki promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.....</i>	<i>56</i>
<i>Organizacja ram funkcjonowania Programów</i>	<i>62</i>
<i>Realizatorzy i specyfika usług.....</i>	<i>70</i>
<i>Potrzeby i wyzwania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia</i>	<i>75</i>
<i>Diagnoza, monitoring, ewaluacja.....</i>	<i>82</i>
Korzystanie z oferty oraz ocena jakości i dostępności usług przez beneficjentów. Perspektywa ilościowa.....	86
<i>Profil socio-demograficzny respondentów</i>	<i>86</i>
<i>Znaczenie obszaru zdrowia</i>	<i>90</i>
<i>Ogólna ocena jakości i dostępności usług</i>	<i>95</i>
<i>Korzystanie z usług.....</i>	<i>103</i>
Styl życia, jakość usług i ocena uwarunkowań systemowych. Jakościowa perspektywa beneficjentów.....	114
<i>Ocena stanu zdrowia. Profilaktyka i styl życia.....</i>	<i>114</i>
<i>Ocena usług</i>	<i>120</i>
<i>System promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.....</i>	<i>124</i>
Analiza SWOT. Rekomendacje w podziale na wyróżnione obszary	129
<i>Analiza SWOT.....</i>	<i>129</i>
<i>Rekomendacje do dalszych działań</i>	<i>130</i>

Executive summary

- 1) Miejska polityka publiczna w obszarze promocji i ochrony zdrowia realizowana jest zgodnie z wytycznymi prawnymi i w oparciu o dokumenty strategiczne wyższego rzędu. Jest spójna z istniejącymi opracowaniami i wpisuje się w zdefiniowane w nich ramy. Zwiększa się liczba realizowanych w skali Miasta zadań i usług w badanym obszarze, jak również efektywność wydatkowania środków przeznaczonych na te cele. Istnieją trudności w ocenie skali realizacji celów zapisanych w Programach. Wynika to przede wszystkim z ich niewystarczająco precyzyjnej operacjonalizacji. Najlepiej ocenić należy skalę realizacji celów w przypadku działań edukacyjnych.
- 2) Gdańsk postrzegany jest jako ośrodek zaawansowany w kwestii polityki promocji i ochrony zdrowia, o wyróżniającej się w skali kraju jakości organizacji systemu zadań prowadzonych w obszarze zdrowia publicznego. Szczególnie pozytywnie ocenia się: (1) zmiany w jakości prowadzonej polityki w ostatnich latach, (2) zabezpieczenie przez Miasto środków na prowadzenie polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia oraz (3) spójność badanych Programów z założeniami zapisanymi w innych dokumentach strategicznych (na poziomie wojewódzkim i krajowym).
- 3) Tematyka promocji zdrowia i zdrowego stylu życia staje się coraz istotniejszym punktem w agendzie systemu ochrony zdrowia. Rośnie jednocześnie skala działań interdyscyplinarnych i włączania elementu zdrowia publicznego do polityk sektorowych w innych obszarach. W kolejnych latach duże znaczenie zyskiwać będą działania o charakterze profilaktycznym.
- 4) Wśród rozmówców (decydenci i realizatorzy) panuje przekonanie, że rosnąć będzie znaczenie stylu życia jako czynnika warunkującego jakość życia. Wzrośnie znaczenie przemian w sferze świadomości społecznej i zwiększenia osobistej odpowiedzialności za prowadzenie zdrowego stylu życia. Nowe wyzwania mogą wiązać się z konsekwencjami wynikającymi z rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19 oraz związanej z tym redefinicji roli agend państwowych w procesie dbałości o zdrowie publiczne, w tym przede wszystkim o zdrowy styl życia.
- 5) Podkreśla się relatywnie słabe umocowanie formalno-prawne realizacji GPPZiPCC oraz trudność w dokonaniu oceny, w jakiej skali udawało się w latach 2017-2019 realizować cele zapisane w Programie. Decydenci sygnalizują również potrzebę doprecyzowania wskaźników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych oraz przygotowania narzędzi do ich mierzenia. Kluczowa dla miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia jest skuteczna polityka komunikacyjna i trafnie celowany marketing.

- 6) W ramach sektora rośnie jakość sieciowania i gotowości na zwiększanie komplementarności oddziaływań w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Poprawia się jakość kadr i profesjonalnych organizatorów zdrowia publicznego. Za znaczący potencjał uważa się rozwój wyspecjalizowanych instytucji, takich jak Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień, a także wsparcie ze strony jednostek akademickich, mogących zaoferować naukowe know-how. Nie do końca wykorzystany potencjał tkwi w działaniach Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego.
- 7) Część podmiotów raportuje trudności w składaniu ofert konkursowych oraz realizacji i rozliczaniu zadania. Wnioskodawcy różnią się też poziomem motywacji związanym z uczestnictwem w Programach. Doceniają możliwość wieloletniego finansowania zadań oraz znaczenie czynnika merytorycznego jako głównego kryterium wyboru ofert. Równocześnie podkreślają problematyczny status przerw między okresami świadczenia usług.
- 8) Wielu realizatorów podkreśla, że jakość współpracy z Koordynatorem jest dobra. Pozytywnie oceniane jest precyzyjne formułowanie umów, elastyczność Koordynatora i przejrzysty charakter procedur związanych z realizacją projektów. Jednocześnie akcentuje się ograniczony okres realizacji zadań wynikający z późnego, w ocenie wnioskodawców, terminu ogłaszania konkursów.
- 9) Realizatorzy sygnalizują, że trudności sprawia im procedura rekrutacji uczestników do udziału w zadaniach. Za grupy wysoko zmotywowane do udziału uważa się seniorów, a także dzieci i młodzież. W tym kontekście postuluje się też na przykład bardziej ścisły charakter współpracy realizatorów z Koordynatorem i świadczenie im wsparcia, jeśli chodzi na przykład o dostęp do materiałów promocyjnych i edukacyjnych.
- 10) Wyzwaniem dla miejskiej polityki publicznej w badanym obszarze jest zbudowanie konsensusu w zakresie rodzaju finansowanych usług (chodzi przede wszystkim o status finansowania procedur medycznych) i populacyjnego charakteru oddziaływań. Ma to znaczenie także w kontekście ryzyka ograniczania finansowania zadań z obszaru promocji i ochrony zdrowia oraz społecznych konsekwencji pandemii COVID-19. Dodatkowe zagrożenia wiążą się z ewentualnie rosnącą skalą napięć i sporów wokół możliwości realizacji części zadań wchodzących w skład poszczególnych Programów (na przykład obszar edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego czy leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego).
- 11) Badani podkreślają rolę prowadzenia działań w ramach Programów w oparciu o adekwatne do problemu i kompleksowe diagnozy. Realizacja zadań może opierać się o rozwiązania stosowane w innych regionach / krajach bądź być poprzedzana wersjami pilotażowymi. W praktyce realizatorzy często posiadają i zbierają dane w ograniczony sposób pozwalające profilować charakter uczestników projektów. Część podmiotów traktuje prowadzenie sprawozdawczości nie tyle jako merytoryczne domknięcie procesu realizacji zadania, co raczej zewnętrzny, strukturalny przymus.

- 12) W badaniu kwestionariuszowym udział wzięło ponad 2000 osób. W próbie dominują kobiety (ponad 8 na 10 osób) oraz osoby zamieszkujące w dzielnicach południowych i zachodnich, a średnia wieku wynosi 42 lata. Większość badanych (ponad 8 na 10 osób) ocenia swój stan zdrowia jako dobry. Ponad 2/3 respondentów przywiązuje dużą wagę do tematyki zdrowia i profilaktyki zdrowotnej. Obszar zdrowia jest postrzegany jako bardziej istotny przez kobiety. Przekonaniom o znaczeniu kwestii zdrowotnych w ograniczonym stopniu towarzyszy codzienna praktyka.
- 13) Średni wynik oceny jakości usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku wynosi 3,49, zaś dostępności – 3,31 (na 5-stopniowej skali). Są to wyniki nieznacznie lepsze od wartości przeciętnych. Lepsze oceny formułują kobiety i osoby młodsze. Aby poprawić jakość i dostępność usług, zdaniem badanych wskazane jest przede wszystkim akcentowanie promocji zdrowego stylu życia, prowadzenie działań profilaktycznych oraz szerzej zakrojona promocja miejskich Programów. Wśród usług, których zdaniem mieszkańców brakuje, wskazuje się przede wszystkim szczepienia ochronne, cytologię i mammografię. Na charakter tego wyboru wpływ może mieć płeć badanych (w próbie wyraźnie dominują kobiety).
- 14) Ponad połowa badanych deklaruje korzystanie z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Większość mieszkańców oczekuje na możliwość skorzystania z usług krócej niż miesiąc. Głównym źródłem pozyskiwania informacji o świadczonych usługach jest szkoła lub praca. Ocena niemal wszystkich usług, z jakich korzystają gdańszczanki i gdańszczanie, jest przynajmniej raczej dobra. Lepiej oceniana jest ich ogólna jakość, jakość obsługi oraz sposób komunikacji, gorzej – dostępność oraz stan techniczny placówek.
- 15) W badaniach jakościowych rozmówcy podkreślają znaczenie korzystania z miejskich usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia dla ich samopoczucia i dobrostanu. Badani deklarują, że przywiązują dużą wagę do podejmowania aktywności fizycznej. Zmniejszanie skali aktywności rekreacyjnej wiąże się często ze zwiększeniem zakresu obowiązków rodzinnych. Mieszkańcy deklarują przywiązywanie dużej wagi do kwestii zasad zdrowego odżywiania. Częściej są one dla nich narzędziem profilaktyki niż elementem strategii radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Informacji na temat zasad zdrowego odżywiania poszukuje się często samodzielnie.
- 16) Większość badanych ma ograniczoną wiedzę na temat innych projektów z obszaru promocji i ochrony zdrowia niż ten, w którym sami uczestniczyli. Pomimo to generalna ocena oferty Miasta w tym zakresie jest pozytywna (także w porównaniu do innych dużych ośrodków miejskich). Podkreśla się też walory Gdańska jako miejsca sprzyjającego rekreacji, wskazując jednocześnie na deficyty infrastruktury w dzielnicach południowych.
- 17) Badani sugerują, by rozważyć możliwość prowadzenia na szerszą skalę kampanii społecznych dotyczących tematyki promocji i ochrony zdrowia. Rekomenduje się też



rozwiązanie w postaci organizacji pikników i festynów, których motywem byłby wątek dotyczący zdrowia publicznego czy akcji promujących kwestie zdrowego stylu życia, jak również wdrożenie systemu teleporad / informacji o świadczonych usługach medycznych lub usługach z obszaru promocji i ochrony zdrowia.

Wprowadzenie

Niniejsze opracowanie jest raportem podsumowującym projekt badania ewaluacyjnego Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020¹, Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020² oraz Programu profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021³. W kolejnych rozdziałach opracowania dla większej czytelności w tekście może pojawiać się odniesienie do „Programów” lub, w przypadku Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020, jego skrócona nazwa (GPPZiPCC).

Założenia badawcze

Ocena przedstawiona w raporcie dotyczy 3-letniego okresu (lata 2017, 2018 i 2019). Przedstawiona w raporcie analiza dostarcza specjalistycznej informacji na temat efektów realizacji Programów i może posłużyć jako element decyzji o wprowadzeniu ewentualnych modyfikacji w strategii ich wdrażania, szczególnie w odniesieniu do przyjętych w dokumentacji celów.

Szczegółowa ocena jakości i stopnia osiągniętych celów odnosi się do informacji o jakości działań prowadzonych w ramach Programów oraz do skali realizacji celów w odniesieniu do innych dokumentów strategicznych, przede wszystkim: Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, Gdańsk 2030 Plus Strategii Rozwoju Miasta oraz Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport. W analizie uwzględniono też kwestie trafności doboru prowadzonych w ramach Programów działań i poziom ich dostosowania do potrzeb mieszkańców. W opracowaniu znajdują się również odniesienia do skali dostępności usług.

W oparciu o zebrany materiał empiryczny przedstawione zostały opinie na temat efektów wdrażania i realizacji Programów w ocenie decydentów, realizatorów i beneficjentów. Dotyczą one między innymi takich zagadnień jak jakość i dostępność działań realizowanych w ramach Programów, przebieg realizacji zadań, wyzwania związane z ich prowadzeniem, a także kwestie

¹ Dokument przyjęty uchwałą Nr XXXIII/914/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 12 stycznia 2017 r.

² Dokument przyjęty uchwałą Nr XL/1117/17 Rady Miasta Gdańska z dnia 5 czerwca 2017 r.

³ Dokument przyjęty uchwałą Nr XII/217/19 Rady Miasta Gdańska z dnia 27 czerwca 2019 r.

zarządzania Programami oraz współpracy, do jakiej w ich ramach dochodzi. Dodatkowo opracowanie zawiera również informację na temat monitoringu i ewaluacji działań prowadzonych przez realizatorów.

Badanie ewaluacyjne realizowane było w okresie od lutego do maja 2020 roku zgodnie z wytycznymi sformułowanymi przez Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku. Projekt ewaluacji składał się z kilku części.

- 1) Analiza danych zastanych (desk research) dokumentacji dotyczącej Programów. Analizie poddany został szeroki korpus danych – dokumentów strategicznych, programów, protokołów i sprawozdań, uchwał i zarządzeń, tekstów branżowych i opracowań naukowych. Dzięki przeanalizowanym danym możliwe było rozpoznanie kontekstu realizacji Programów oraz stworzenie podstaw innych modułów w badaniu, przede wszystkim narzędzi badawczych do indywidualnych wywiadów pogłębionych oraz kwestionariusza ankiety dla mieszkańców.
- 2) Kwestionariuszowe badanie opinii (n=2179). Adresatami badania byli zarówno beneficjenci korzystający ze wsparcia w projektach realizowanych w latach 2017-2019 w ramach Programów, jak również mieszkańcy Gdańska, którzy w badanym okresie nie byli bezpośrednimi beneficjentami miejskiej oferty w zakresie promocji i ochrony zdrowia.
- 3) Wywiady indywidualne z beneficjentami usług realizowanych w ramach Programów (n=23). Rozmowy przeprowadzono z osobami, które korzystały z usług świadczonych w ramach zadań realizowanych w Programach. Badani byli rekrutowani dzięki wsparciu realizatorów, którzy udostępniili kontakty do rozmówców. Wywiady zostały przeprowadzone przede wszystkim w formie uzupełnienia w stosunku do danych pozyskanych za pośrednictwem badania kwestionariuszowego.
- 4) Wywiady indywidualne z decydentami i realizatorami (n=22). Istotnym elementem prowadzonej ewaluacji były rozmowy z osobami odpowiedzialnymi za prowadzenie działań w ramach Programów, czyli decydentami oraz realizatorami. Wywiady miały charakter ekspercki i dotyczyły kluczowych z punktu widzenia funkcjonowania Programów wątków.

Metodologia badań

BADANIA KWESTIONARIUSZOWE

W przebadanej populacji zdecydowaną większość (95%) stanowią badani, którzy skorzystali z zaproszenia do wzięcia udziału w badaniu bez pośrednictwa instytucji. Pozostała grupa (5%) została zrekrutowana do badania dzięki wsparciu podmiotów realizujących zadania w ramach

Programów. Pomocny w procesie prowadzenia badań był przede wszystkim zespół koordynujący zadanie „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” realizowany przy Uniwersyteckim Centrum Klinicznym. Dzięki tej współpracy możliwe było pozyskanie dodatkowej ilości danych.

Duża liczebność próby stanowi znaczący walor analityczny. Mimo ograniczeń w reprezentatywności zebranych danych pozyskany materiał empiryczny pozwala nie tylko na przyjrzenie się trendom w zakresie jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia, ale też porównywanie danych ze względu na kluczowe czynniki socjo-demograficzne. Do tej grupy zaliczone zostały: (1) płeć, (2) wiek oraz (3) miejsce zamieszkania na terenie Gdańska.

Badania prowadzone były drogą internetową. Osoby, które wzięły udział w badaniu, samodzielnie wypełniały ankietę zawierającą szereg pytań dotyczących tematyki promocji i ochrony zdrowia. Ankieta umożliwiała także podzielenie się szczegółowymi uwagami na temat konkretnych projektów realizowanych w ramach Programów (z naciskiem na okres 2017-2019).

Internetowa forma realizacji badań ma zarówno mocne, jak i słabe strony. Do mocnych stron zalicza się przede wszystkim możliwość dotarcia do szerokiej grupy mieszkańców oraz komfort i poczucie anonimowości, jakie wiążą się z samodzielnym braniem udziału w badaniach, bez kontaktu z ankieterem. Słabością badań prowadzonych online jest ograniczony wpływ na skład próby osób, które korzystają z zaproszenia do badania. Uniemożliwia to stosowanie losowego czy losowo-kwotowego doboru próby. W praktyce dobór próby oparty jest na dostępności badanych, przy zapewnieniu – dzięki wysłaniu zaproszenia do badania wieloma kanałami – szerokiego dotarcia do zróżnicowanych grup mieszkańców.

Wybór realizacji badania kanałem internetowym wynikał przede wszystkim z ograniczeń związanych z rozprzestrzenianiem się pandemii COVID-19. Spowodowały one utrudnienie, a niekiedy wręcz uniemożliwienie, bezpośredniego, fizycznego kontaktu z badanymi. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na decyzję o realizacji badań drogą internetową jest fakt ograniczonych możliwości przekazywania danych osobowych potencjalnych respondentów przez podmioty realizujące zadania w ramach Programów.

Czytając część raportu zawierającą wnioski z badania kwestionariuszowego, warto mieć na uwadze dwie kwestie. W analizie wykorzystywane są dane pozyskane z trzech różnych typów ankiet. Pierwszą z nich wypełniali mieszkańcy Gdańska, zapraszani do uczestnictwa w projekcie za pośrednictwem szeregu kanałów promocyjnych – w tym między innymi Gdańskiej Platformy Edukacyjnej, profili na Facebooku (Dla Gdańszczan, Łączy nas Gdańsk, Gdansk.pl) czy rad dzielnic. Druga i trzecia kierowane były do beneficjentów: odpowiednio zadania „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” oraz wszystkich innych zadań wchodzących w skład Programów.

Poszczególne ankiety różniły się od siebie w nieznacznym stopniu. Ankiety kierowane do beneficjentów Programów finansowanych z miejskich środków zawierały dodatkowe pytania dotyczące konkretnego podmiotu realizującego dane zadanie. Kwestionariusz realizowany wspólnie z Uniwersyteckim Centrum Klinicznym różnił się objętością – zawierał więcej pytań dedykowanych bezpośrednio zadaniu „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” (część tych pytań nie jest przedmiotem analizy w raporcie). Z uwagi na niewielką liczbę ankiet zebraną przy wsparciu podmiotów współpracujących przy realizacji badania kwestionariuszowego pytania dedykowane instytucjom realizującym zadania nie zostały poddane analizie w finalnej wersji raportu.

Przedstawione w tekście sumaryczne dane procentowe mogą nieznacznie odbiegać od wartości równej 100 i wynosić na przykład 99,9 czy 100,2. Wynika to z zaokrąglania wartości poszczególnych odsetków w toku analizy statystycznej. Oprócz danych liczbowych w wynikach badań prezentowane są wnioski z analizy pytań otwartych, czyli takich, w przypadku których respondenci proponowali własne odpowiedzi (nie wybierając wariantu z przygotowanej do wyboru listy). W przypadku pytań otwartych, z uwagi na specyfikę zagadnień i charakter zebranych odpowiedzi, w wielu przypadkach nie są przedstawiane zestawienia procentowe, a częstość występowania danej kategorii. Dla większej czytelności odpowiedzi zostały też pogrupowane w bardziej ogólne kategorie.

BADANIA JAKOŚCIOWE

W raporcie wnioski z badań jakościowych przedstawione zostały w dwóch osobnych rozdziałach. W jednym z nich zaprezentowano konkluzje, jakie płyną z wywiadów z decydentami i realizatorami, w drugim z kolei opisano, jakie wnioski sformułować można w oparciu o rozmowy z beneficjentami.

Wszystkie rozmowy, niezależnie od modułu badania, prowadzone były w oparciu o przygotowany scenariusz zawierający listę tematów. Zakres wywiadów różnił się jednak w zależności od specyfiki rozmówcy – kompetencji w danym obszarze i funkcji, jaką dana osoba pełni w ramach Programów (w przypadku wywiadów „eksperckich”), lub specyfiki usługi, z jakiej badany bądź badana korzystał(-a) (w wywiadach z beneficjentami usług świadczonych w ramach Programów).

W przypadku decydentów badania prowadzone były wśród członków Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, zaś do grona realizatorów należeli pracownicy Urzędu Miejskiego w Gdańsku, jednostek organizacyjnych Miasta, a także podmiotów realizujących zadania w ramach Programów.

W wywiadach realizowanych wśród beneficjentów korzystano ze wsparcia podmiotów dysponujących kontaktami do osób, które mogły zostać zaproszone do udziału w badaniu. Przeprowadzono kilka wywiadów z osobami, które mają doświadczenie bycia beneficjentami poniższych usług:

- 1) Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”
- 2) Szczepienia przeciwko grypie
- 3) Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat
- 4) Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego
- 5) Wsparcie dla kobiet karmiących piersią
- 6) Wsparcie psychologiczne dla osób zakażonych HIV
- 7) Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych „TAK warto żyć!”
- 8) Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy

Wnioski z badań jakościowych formułowane są na podstawie rekonstrukcji narracji badanych, zazwyczaj prezentujących ich subiektywną perspektywę dotyczącą Programów lub, szerzej, tematyki zdrowia publicznego. Cytaty z wywiadów, które ilustrują tezy zamieszczone w raporcie, pozbawione są oznaczeń, na przykład informacji o płci czy wieku rozmówcy, a także pełnionej przez niego funkcji czy reprezentowanej instytucji. Zabieg ten ma na celu zapewnienie wysokiego stopnia anonimowości wypowiedzi. Z tego względu niektóre cytaty zostały poddane zabiegom redakcyjnym, tzn. usunięto z nich fragmenty mogące ułatwiać identyfikację rozmówców.

Struktura raportu

Raport składa się z ośmiu części. Opracowanie otwiera executive summary, czyli syntetyczne podsumowanie ustaleń badawczych zgromadzonych w raporcie. Po nim w strukturze tekstu następuje niniejsze wprowadzenie. Zasadniczą część analizy otwiera rozdział poświęcony kontekstowi wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku, którego kontynuację stanowi opis charakterystyki realizacji Programów. To w tych dwóch częściach znajduje się najwięcej odniesień do powiązanej z Programami dokumentacji.

W dalszych częściach raportu akcent położony jest na rekonstrukcję głosów badanych. W pierwszej kolejności przedstawione zostały konkluzje z indywidualnych wywiadów pogłębionych prowadzonych w gronie decydentów i realizatorów. W ślad za nimi opisane są wnioski, jakie płyną z analizy danych ilościowych. Ich uzupełnieniem jest zestaw refleksji z rozmów z beneficjentami usług. Analizę kończy fragment zawierający analizę SWOT w kontekście realizacji Programów oraz zestaw rekomendacji do dalszych działań w podziale na wyróżnione obszary.

Kontekst wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku

Niniejszy rozdział stanowi merytoryczne wprowadzenie do całości raportu. Jego celem jest przedstawienie uwarunkowań wdrażania polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. W tym celu ten fragment opracowania podzielony został na trzy części. W pierwszej z nich opisany jest kontekst powstawania Programów oraz ich umocowanie w istniejącym porządku prawnym oraz odniesienie do istniejących dokumentów strategicznych. Zasadnicza część analizy poświęcona jest przedstawieniu specyfiki poszczególnych Programów. W ich charakterystyce nacisk położony został na zdefiniowane cele i sposoby ich osiągnięcia, bez dokonywania ich oceny. W zakończeniu przedstawiona jest krótka charakterystyka specyfiki zarządzania Programami.

Kontekst powstania i związek z innymi dokumentami strategicznymi

Genezą powstania poddawanych w opracowaniu analizie Programów były między innymi zmiany uwarunkowań prawnych i strategicznych na szczeblu ponadlokalnym. Szczególne znaczenie w tym kontekście miały zmiany w ustawie o zdrowiu publicznym⁴ oraz przyjęcie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020. Ten kontekst prawny w sposób istotny wpłynął na sposób formułowania polityk publicznych w obszarze promocji i ochrony zdrowia na szczeblu lokalnym. Dla charakteru przeprowadzonej ewaluacji istotne jest również to, że przygotowywane w Gdańsku programy polityki zdrowotnej stają się przedmiotem oceny powstałej w 2005 roku Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Programy objęte ewaluacją stanowią pochodną wielu dokumentów obowiązujących w skali kraju i regionu. W przypadku GPPZiPCC szczegółowe zestawienie zaprezentowane zostało w poniższej tabeli. Działania podejmowane przez Miasto w ramach objętych ewaluacją Programów stanowią odpowiedź na wyzwania zdefiniowane w wylistowanych dokumentach strategicznych.

⁴ J. Grudziąż-Sękowska, K. Sękowski, D. Cianciara (2016) Ustawa o zdrowiu publicznym – nowa jakość?, „Postępy Nauk Medycznych” 5, s. 337-343.

Tabela 1. Lista najważniejszych dokumentów strategicznych komplementarnych z Gdańskim Programem Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020

Poziom dokumentu strategicznego	Nazwa dokumentu strategicznego
Krajowy	Strategia Rozwoju Kraju do roku 2020
	Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020
	Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020
Regionalny	Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
	Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
	Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia – Zdrowie dla Pomorza 2020
Lokalny	Gdańsk 2030 Plus Strategia Rozwoju Miasta
	Strategia Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2030
	Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2020
	Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Istotna jest również korespondencja kierunków działań zdefiniowanych w Programach w relacji do zapisów określonych w dokumentach wyższego szczebla, przede wszystkim we wspomnianym Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020. Jego celem strategicznym jest „wydłużenie życia w zdrowiu, poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności społecznych w zdrowiu”, a wśród celów operacyjnych zdefiniowano:

- 1) poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa,
- 2) profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi,
- 3) profilaktykę problemów zdrowia psychicznego i poprawę dobrostanu psychicznego społeczeństwa⁵,
- 4) ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki,
- 5) promocję zdrowego i aktywnego starzenia się oraz
- 6) poprawę zdrowia prokreacyjnego.

Dokumentem stanowiącym wyraźną inspirację do tworzenia Programów będących przedmiotem ewaluacji jest Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia – Zdrowie dla Pomorza 2020. Określony w opracowaniu cel główny, czyli Poprawa stanu zdrowia mieszkańców województwa pomorskiego, został dopracowany w postaci celów szczegółowych. Cel szczegółowy 1, czyli Wysoki poziom kompetencji zdrowotnych ludności zawiera dwa

⁵ Należy w tym kontekście podkreślić, że uchwałą Nr XXIV/665/16 Rady Miasta Gdańska z dnia 31 maja 2016 r. przyjęto Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023. Program stanowi kompleksowe rozwiązanie w zakresie ochrony zdrowia psychicznego oraz radzenia sobie z zagrożeniami wynikającymi z kryzysów i chorób psychicznych.

priorytety: promocję zdrowia (1.1.) oraz programy zdrowotne (1.2.). W jego ramach zdiagnozowano, że niezadowolający stan zdrowia mieszkańców regionu wynika między innymi z niskiego poziomu świadomości i deficytu odpowiedzialności mieszkańców za stan własnego zdrowia oraz podejmowane zachowania prozdrowotne.

W skali Miasta Programy są komplementarne z Gdańsk 2030 Plus Strategią Rozwoju Miasta oraz Gdańską Strategią Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030. W kontekście prowadzonej analizy szczególne znaczenie ma Program Operacyjny Zdrowie Publiczne i Sport, który stanowi jedno z dziewięciu narzędzi służących wdrażaniu Strategii Rozwoju Miasta Gdańsk 2030 Plus. Obszar ten, niezależnie od swojej specyfiki, powiązany jest z innymi kluczowymi wymiarami funkcjonowania i rozwoju Miasta. Cele określone w dokumentach na szczeblu miejskiej mają służyć podnoszeniu poziomu jakości życia gdańszczanek i gdańszczan. Poddane ewaluacji Programy wpisują się w założenia zarówno obu wskazanych wyżej Strategii, jak i wybranego Programu Operacyjnego.

W Programie Operacyjnym Zdrowie Publiczne i Sport akcentowane jest znaczenie podejmowania działań mających na celu zachowywanie i umacnianie zdrowia wszystkich mieszkańców. Cel ten osiągnięty ma być poprzez wdrażanie projektów z zakresu edukacji zdrowotnej i tworzenia warunków sprzyjających zdrowiu. Jednocześnie podkreśla się, że na stan zdrowia w znaczący sposób wpływa styl i środowisko życia, a podejmowanie zachowań służących zdrowiu powinno zyskiwać na popularności. Wśród celów operacyjnych zdefiniowano:

- 1) zwiększenie wiedzy dotyczącej wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie,
- 2) zwiększenie udziału mieszkańców miasta w kulturze fizycznej,
- 3) podniesienie efektywności programów profilaktyki chorób i uzależnień,
- 4) podniesienie jakości opieki medycznej.

Struktura i charakterystyka Programów

W niniejszym fragmencie opisana jest struktura i specyfika trzech głównych Programów objętych ewaluacją. Funkcję dokumentu strategicznego, wyznaczającego szeroko kierunki zmian w polityce Miasta w obszarze promocji i ochrony zdrowia, w największym stopniu pełni GPPZiPCC. Dodatkowo to w ramach tego Programu funkcjonują odrębne programy polityki zdrowotnej (posiadające własne budżety), a także inne projekty mające na celu wzmocnienie miejskiej polityki w zakresie zdrowia publicznego. Część z nich jest kontynuacją działań prowadzonych we wcześniejszych okresach. Zestawienie podsumowujące listę ewaluowanych Programów obrazuje tabela.

W tej części opracowania przedstawiony jest także syntetyczny opis poszczególnych Programów, ze szczególnym uwzględnieniem specyfiki celów, jakie są w nich zawarte. Szczegółowa analiza poszczególnych Programów, uwzględniająca między innymi stopień realizacji przyjętych wskaźników, zamieszczona jest w dalszej części raportu.

Tabela 2. Struktura Programów objętych ewaluacją

Lp.	Nazwa Programu	Wyodrębnione programy polityki zdrowotnej
1.	Gdański Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020	Program profilaktyczny zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat (okres realizacji: 2017-2020; kontynuacja projektu realizowanego na populacji 1-3 lata)
		Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży (okres realizacji: 2017-2020; kontynuacja)
		„Zaszczep się przeciwko grypie, a będziesz cieszył się jesienią życia” (okres realizacji: 2017-2020; kontynuacja)
2.	Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020	
3.	Program profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021	

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

GDAŃSKI PROGRAM PROMOCJI ZDROWIA I PRZECIWDZIAŁANIA CHOROBOM CYWILIZACYJNYM NA LATA 2017-2020

Celem głównym GPPZiPCC jest wydłużenie życia w zdrowiu oraz ograniczenie skali zachorowań na choroby cywilizacyjne gdańszczan. Program zawiera cztery cele szczegółowe przypisane do poszczególnych obszarów, zgodnie ze wskazaniem w poniższej tabeli⁶. Definiując cel główny i cele szczegółowe w ramach wyróżnionych obszarów Miasto Gdańsk realizuje zadanie własne w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

⁶ Szczegółowa analiza efektów i mierników efektywności GPPZiPCC przedstawiona zostanie w kolejnym rozdziale raportu.

Tabela 3. Cele szczegółowe oraz kierunki działań zdefiniowane w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020

Obszar	Cel szczegółowy	Konkretyzacja celu
I. PROFILAKTYKA	Cel szczegółowy nr 1 Zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń	<i>Minimalizacja skutków bądź zapobieganie czynnikom chorobotwórczym poprzez unikanie czynników ryzyka, wykonywanie systematycznych badań i szybkie reagowanie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów</i>
II. PROMOCJA ZDROWIA	Cel szczegółowy nr 2 Zwiększanie wiedzy i umiejętności w zakresie wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie w tym promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej	<i>Proces kształtowania nawyku dbałości o zdrowie własne i innych ludzi oraz umiejętności tworzenia zdrowego środowiska, co daje możliwość nabycia kompetencji niezbędnych do odpowiedzialnego uczestnictwa w życiu społecznym</i>
III. EDUKACJA ZDROWOTNA	Cel szczegółowy nr 3 Rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym, zdrowy senior)	<i>Wzmocnienie kompetencji w zakresie identyfikacji wpływu różnorodnych determinantów na zdrowie, zdolność krytycznego ich oceniania, rozumienia tych zależności, a przede wszystkim do ich pozytywnej modyfikacji jako proces umożliwiający przejmowanie coraz większej kontroli nad własnym zdrowiem</i>
IV. KOORDYNACJA	Cel szczegółowy nr 4 Podniesienie efektywności i skuteczności programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym	<i>Zapewnienie promocji, właściwego procesu wdrażania, monitorowania i ewaluacji programu, zaangażowanie zespołu koordynującego działania i realizatorów i odpowiedzialnego za przygotowanie rekomendacji dla dalszych działań podejmowanych w obszarze zdrowia</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Diagnoza sformułowana w ramach Programu zawiera trafne uwagi na temat wyzwań, jakie wiążą się z ryzykiem występowania chorób cywilizacyjnych, a także znaczenia przypisywanego kwestii budowania postawy odpowiedzialności za własne zdrowie. Autorzy Programu celnie

wskazują, że jego realizacja będzie mogła przynosić pozytywne efekty w przypadku zacieśnienia współpracy między aktorami zaangażowanymi w prowadzenie polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Równolegle zaakcentowano potrzebę adekwatnie prowadzonych działań profilaktycznych, rozpoczynających się już w wieku dziecięcym.

Diagnozę przedstawioną w Programie podzielono na piętnaście obszarów. Są to, w kolejności:

- 1) demografia,
- 2) choroby cywilizacyjne,
- 3) choroba próchnicowa u dzieci,
- 4) zdrowie matki i dziecka we wczesnym okresie jego życia,
- 5) polityka Unii Europejskiej,
- 6) ewaluacja Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybrany Chorobom Społecznym w Gdańsku na Lata 2014-2016,
- 7) synteza wyników kontroli NIK,
- 8) ochrona zdrowia,
- 9) Program Operacyjny Zdrowie Publiczne i Sport,
- 10) pomoc społeczna
- 11) Programy Miasta Gdańska,
- 12) Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023,
- 13) Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska na rok 2017,
- 14) Powiatowy Program Działań na Rzecz Osób Niepełnosprawnych na lata 2015-2020 oraz
- 15) inne programy miejskie.

O ile obszary diagnozy należy uznać za trafne, nie zostały one uporządkowane w ramy spójnej struktury. Zastosowany układ graficzny opracowania należy ocenić jako nieoptymalny. Za zasadne należy natomiast uznać założenie Programu, że będzie on realizowany we współpracy szerokiej sieci podmiotów kompetentnych, by uczestniczyć w tworzeniu, wdrażaniu i monitorowaniu efektów polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Jako grupę docelową adresatów działań określonych w Programie określono mieszkańców Gdańska (niezależnie od czynników socjo-demograficznych, takich jak wiek, płeć, status społeczny czy czynniki środowiskowe). Konieczność realizacji Programu uzasadniono wskazując sześć przesłanek:

- 1) podniesienie poziomu jakości życia mieszkańców Gdańska,
- 2) potrzebę identyfikacji głównych problemów i zagrożeń zdrowotnych, oceny zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz konieczności wytyczenia optymalnych kierunków działania,
- 3) konieczność wytyczenia optymalnych kierunków przeciwdziałania skutkom chorób cywilizacyjnych i starzenia się społeczeństwa,
- 4) potrzebę kompleksowego i systemowego podejścia do problemu ochrony zdrowia publicznego,
- 5) obowiązek realizacji zadań własnych Gminy i Powiatu oraz
- 6) gwarancję zabezpieczenia odpowiednich środków w budżecie.

Jedną ze składowych GPPZiPCC jest Program profilaktyczny zapobiegania chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat. Program ten stanowi kontynuację działań realizowanych w latach 2014-2016 wśród dzieci w wieku 1-3 lat – podstawa merytoryczna Programu nie uległa zmianie w stosunku do wcześniejszego okresu. Objęcie wsparciem świadczonym w ramach Programu szerszej wiekowo grupy dzieci wynikało między innymi z wniosków płynących z ewaluacji działań we wcześniejszej edycji.

W uzasadnieniu potrzeby wdrożenia Programu napisano, że prowadzenie działań profilaktycznych w omawianym obszarze może przynosić dobre efekty w postaci obniżenia nakładów na opiekę zdrowotną. Długofalową konsekwencją Programu miałyby być ograniczenie rozwoju choroby próchnicowej u dzieci, a w efekcie długoterminowym także w grupie osób dorosłych. Jako główny cel określono ograniczenie o 25% rozwoju choroby próchnicowej w populacji gdańskiej poprzez działania profilaktyczne skierowane do dzieci. W kontynuacji Programu nie zmodyfikowano szczegółów zapisów związanych z populacją objętą wsparciem (zmiana z 1-3 lata na 1-6 lat). Z tego względu zarówno w przypadku celu głównego, jak i celów szczegółowych, oczekiwanych efektów i mierników efektywności nie sprecyzowany został wiek dzieci będących adresatami Programu.

Tabela 4. Cele szczegółowe, oczekiwane efekty oraz mierniki efektywności w Programie profilaktycznym zapobiegania chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat

Cele szczegółowe	Oczekiwane efekty	Mierniki efektywności
<ul style="list-style-type: none"> ■ Podniesienie świadomości zdrowotnej rodziców / opiekunów dzieci uczestniczących w Programie ■ Kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci ■ Ograniczenie lęku przed wizytami stomatologicznymi poprzez odpowiednią adaptację dzieci ■ Ograniczenie podatności szkliwa zębów na procesy próchnicowe poprzez profilaktykę fluorkową 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zmniejszenie częstości i intensywności choroby próchnicowej w populacji gdańskiej o 25% w perspektywie 10-letniej ■ Nabycie przez rodziców / opiekunów wiedzy w zakresie prawidłowych zachowań prozdrowotnych dotyczących jamy ustnej ich dzieci ■ Zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związanych z leczeniem stomatologicznym 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Przyrost częstości wizyt kontrolnych i profilaktycznych w badanej populacji (z jednej do dwóch) ■ Zmniejszenie o 20% w stosunku do populacji nieobjętej Programem przyrostu wartości liczby puw (p – liczba zębów z próchnicą + u – liczba zębów usuniętych + w – liczba zębów wypełnionych) w populacji dzieci objętych Programem ■ Wzrost świadomości zdrowotnej i wiedzy rodziców / opiekunów na tematy związane z profilaktyką choroby próchnicowej (badania ankietowe)

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

W planie Programu przyjęto (w oparciu o populację dzieci w wieku 1-3 lat), że wsparciem powinno zostać objętych 1500 dzieci w 1. i 2. roku funkcjonowania Programu (na łączną liczbę 13981 mieszkańców Gdańska w wieku 1-3 lat). W 3. roku zarekomendowano, by przeprowadzić badanie efektywności Programu oraz analizę uzyskanych wyników.

Kontynuacją jest również Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży, adresowany do mieszkańców Gdańska w wieku 6, 9-11 i 14 lat. W uzasadnieniu celowości realizacji Programu zapisano między innymi, że zmiana stylu życia i odżywiania ma znaczenie w kontekście ryzyka zapadalności na choroby cywilizacyjne. Podkreślono, że do ich rozwoju w znacznym stopniu przyczyniać może się narastająca fala nadwagi i otyłości. Zasygnalizowano przy tym, że to właśnie na terenie województwa pomorskiego w populacji 13-15-latków notuje się relatywnie wysokie wskaźniki nadmiaru ciała.

Tabela 5. Cele szczegółowe, oczekiwane efekty oraz mierniki efektywności w Programie zdrowotnym w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży

Cele szczegółowe	Oczekiwane efekty	Mierniki efektywności
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci i młodzieży z Gdańska ■ Redukcja masy ciała u dzieci objętych programem o 5% w stosunku do masy wyjściowej ■ Wczesna identyfikacja dzieci i młodzieży z chorobami metabolicznymi, nadciśnieniem tętniczym oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ ■ Podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i rodziców, uczestników programu interwencyjnego ■ Wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu ■ Przekazanie podstawowych kompetencji w zakresie prozdrowotnego stylu życia rodzicom dzieci ze szkół podstawowych i gimnazjalnych z terenu Gdańska 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Przeprowadzenie kompleksowego badania przesiewowego w populacji 6,9-11 i 14-latków z Gdańska w trzech kolejnych latach, przeprowadzenie interwencji przesiewowej i edukacyjnej u około 70% dzieci w wybranych rocznikach. Przekazanie dzieciom indywidualnego planu postępowania zdrowotnego z rekomendacjami dotyczącymi stylu życia w zakresie aktywności fizycznej, żywienia ■ Wyselekcjonowanie grupy około 7% dzieci z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych ■ Przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u min. 60% dzieci z otyłością ■ Redukcja masy ciała dzieci poddanych interwencji (w stosunku do należnych dla wieku i płci) o średnio 5% w czasie trwania interwencji ■ Utrzymanie pozytywnego efektu zdrowotnego po roku od zakończenia interwencji ■ Wzrost świadomości zdrowotnej wśród rodziców i dzieci z Gdańska 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ocena masy ciała i wzrostu, wyliczenie BMI oraz wartości centylowych uczestników Programu po zakończeniu interwencji oraz w rok po jej zakończeniu (u wybranych uczniów) ■ Zmiana zachowań zdrowotnych i żywieniowych rodziców oraz dzieci (badania ankietowe) ■ Wdrożenie leczenia u dzieci z wykrytymi chorobami ■ Liczba rodziców z podstawową wiedzą z zakresu zdrowego stylu życia

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Za cel główny uznano poprawę stanu zdrowia dzieci i młodzieży z Gdańska poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej w gronie dzieci z wykrytymi wybranymi czynnikami ryzyka wystąpienia chorób cywilizacyjnych. W poniższej

tabeli przedstawiono cele szczegółowe, oczekiwane efekty i mierniki efektywności w związku z realizowanym Programem.

W Programie zaplanowano, by objąć nim wszystkie dzieci w ramach danego rocznika, zakładając jednocześnie, że realne jest osiągnięcie uczestnictwa na poziomie 70%. Do programu interwencyjnego miano by zakwalifikować około 5% dzieci poddanych badaniom przesiewowym.

Innym kontynuowanym projektem jest Program „Zaszczep się przeciwko grypie, a będziesz cieszył się jesienią życia”. Argumentami za jego realizacją są: (1) zwiększająca się liczba zachorowań na grypę, (2) znaczenie ekonomiczne i epidemiologiczne realizowanego działania, (3) ograniczenia w refundacji szczepień ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia oraz (4) wysoka skuteczność szczepień.

Tabela 6. Cele szczegółowe, oczekiwane efekty oraz mierniki efektywności w Programie „Zaszczep się przeciwko grypie, a będziesz cieszył się jesienią życia”

Cele szczegółowe	Oczekiwane efekty	Mierniki efektywności
<ul style="list-style-type: none"> ■ Edukacja w zakresie zdrowego i higienicznego stylu życia ■ Edukacja w zakresie znaczenia szczepień ochronnych ■ Edukacja pod względem zagrożeń wynikających z braku szczepienia ■ Edukacja pod względem postępowania w przypadku wystąpienia NOP ■ Zapobieganie wystąpieniu grypy u osób po 65. roku życia ■ Zapobieganie występowaniu powikłań pogrypowych ■ Przebadanie pacjentów po 65. roku życia ze wskazań lekarskich ■ Zaszczepienie przeciwko grypie w przypadku braku przeciwwskazań ■ Poprawa kondycji fizycznej gdańszczan w okresie „złotej jesieni” ■ Poprawa zadowolenia gdańszczan z wdrożonych programów zdrowotnych 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Poprawa jakości życia ■ Zmniejszenie zachorowań na grypę w wybranej populacji ■ Zmniejszenie powikłań, do których mogłyby dojść na skutek zachorowań ■ Zmniejszenie kosztów hospitalizacji na skutek powikłań pogrypowych ■ Zmniejszenie ilości zgonów u osób po 65. roku życia na skutek powikłań pogrypowych 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prowadzenie listy uczestników Programu (monitoring w systemie elektronicznym)

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Celem głównym Programu jest zmniejszenie zachorowań na grypę kobiet i mężczyzn po 65. roku życia mieszkających w Gdańsku. Cele szczegółowe, oczekiwane efekty oraz mierniki efektywności zostały zaprezentowane w powyższej tabeli. Jako adresatów projektu

zdefiniowano mieszkańców Gdańska, którzy ukończyli 65. rok życia. Wskazano, że badani będą zapraszani do udziału w Programie w trakcie wizyt lekarskich, przez pielęgniarki w gabinecie zabiegowym i w domach pacjentów, przez personel pracujący w podmiotach medycznych oraz za pośrednictwem ogłoszeń w przychodniach.

PROGRAM WSPARCIA PROKREACJI DLA MIESZKAŃCÓW MIASTA GDAŃSKA W LATACH 2017-2020

Program wsparcia prokreacji złożony jest z trzech części: (1) założeń do programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży, (2) założeń do programu wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego oraz (3) dofinansowaniu do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gdańska.

W przypadku założeń do programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży wskazano, że celem programu jest zwiększenie świadomości, podniesienie poziomu wiedzy oraz promowanie zachowań prozdrowotnych w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Określono również metody realizacji zadania w postaci zajęć edukacyjnych dotyczących obszarów edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego i edukacji zdrowotnej w kontekście ryzykownych zachowań i chorób przenoszonych drogą płciową. Za grupę docelową projektu uznano uczniów pierwszych klas szkół ponadpodstawowych, planując objęcie działaniem nie mniej niż 30% uczniów.

W założeniach do programu wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego określono znaczenie pomocy świadczonej w tym obszarze w kontekście terapii niepłodności czy sytuacji w okresie okołoporodowym. Podkreśla się jednocześnie, że opieka psychologiczna w leczeniu niepłodności nie jest finansowana przez system powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych, a około 15-20% niepłodnych par odczuwa ujemne skutki terapii niepłodności, w konsekwencji wymagając opieki psychologicznej. W Programie przyjęto zindywidualizowany dobór form pomocy psychologicznej.

Osobną część Programu stanowi opis zasad dofinansowywania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gdańska. W opisie podkreślono, że w Polsce odsetek par dotkniętych niepłodnością sięga 1,2-1,3 mln par, a wielkość niepłodnej populacji Gdańska oszacowano na 7200 par. Za cel główny oddziaływania uznano leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w oparciu o obowiązujące standardy postępowania (10% szacowanej liczby 7200 niepłodnych par) oraz poprawę dostępu do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności dla mieszkańców Gdańska.

Szczegółową charakterystykę założeń drugiej i trzeciej części Programu przedstawiono w postaci syntetycznego zestawienia w poniższej tabeli. Z uwagi na różnice w opisach pomiędzy częściami zawierają one dane o odmiennej charakterystyce.

Tabela 7. Cele Programu, cele szczegółowe, oczekiwane efekty oraz mierniki efektywności w Programie wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020

Program wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego		
Cele Programu	Cele szczegółowe	Oczekiwane efekty
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zwiększenie dostępu dla mieszkańców Gdańska do opieki psychologicznej na każdym etapie leczenia niepłodności oraz po zakończeniu leczenia medycznego ■ Dostęp do wsparcia psychologicznego dla osób z utrudnioną prokreacją (po niepowodzeniach położniczych) ■ Dostęp do wsparcia psychologicznego w okresie okołoporodowym 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów ■ Prewencja zaburzeń psychicznych mogących wpływać na decyzje o rodzicielstwie ■ Prewencja zaburzeń psychicznych mogących wystąpić w trakcie diagnozy i leczenia niepłodności, jak i po zakończonym leczeniu ■ Profilaktyka problemów / zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eliminowanie lub ograniczenie psychicznych i społecznych skutków długoterminowej utrudnionej prokreacji ■ Poprawa jakości życia par czekających na dziecko
Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego		
Cele szczegółowe	Oczekiwane efekty	Mierniki efektywności
<ul style="list-style-type: none"> ■ Obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Miasta Gdańska ■ Zapewnienie najwyższego standardu leczenia pacjentom ■ Zwiększenie skuteczności leczenia par, u których stwierdzono niepłodność i wyczerpały się inne dostępne metody jej leczenia ■ Obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów ■ Zachowanie płodności u kobiet poddawanych leczeniu gonadotoksycznym ■ Osiągnięcie korzystnych trendów demograficznych oraz zachowań społecznych 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Eliminowanie bądź ograniczanie somatycznych, psychicznych i społecznych skutków niepłodności ■ Obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Gdańska 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Uzyskanie wyniku pozytywnego (ciąży) u co najmniej 30% par zakwalifikowanych do Programu

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

PROGRAM PROFILAKTYKI ZAKAŻEŃ WIRUSAMI BRODAWCZAKA LUDZKIEGO (HPV) NA TERENIE GMINY MIASTA GDAŃSKA NA LATA 2019-2021

W przygotowanym w marcu 2019 roku Programie na etapie diagnozy wskazano, że rak szyjki macicy jest 4. najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród kobiet na świecie.

W województwie pomorskim był 8. w kolejności przyczyną zachorowań i zgonów z powodu nowotworów w 2015 roku. W opisie Programu podkreślono, że w oparciu o wyniki badań naukowych zalecane jest wykonywanie rutynowych szczepień przeciwko HPV, a grupę docelową powinny stanowić osoby młode, które nie rozpoczęły inicjacji seksualnej.

Za cel główny Programu obrano zwiększenie odporności osobniczej na zakażenia wirusem HPV w populacji docelowej co najmniej 63% dziewcząt i chłopców w wieku 12-14 lat oraz zwiększenie poziomu wiedzy w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wywołanym przez wirusy brodawczaka ludzkiego u analogicznego odsetka populacji (w latach 2019-2021).

Tabela 8. Cele szczegółowe, cel długofalowy oraz mierniki efektywności w Programie profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021

Cele szczegółowe	Cel długofalowy (możliwy do osiągnięcia po zakończeniu okresu realizacji Programu)	Mierniki efektywności
<ul style="list-style-type: none"> ■ Zwiększenie liczby szczepionych dziewcząt i chłopców powyżej 63% populacji 12-latków ■ Wzrost akceptowalności (i wykonalności) szczepień przez rodziców dla populacji docelowej u co najmniej 63% 12-latków ■ Zwiększenie świadomości u 63% rodziców / opiekunów prawnych młodzieży w wieku 12 lat w zakresie ryzykownych zachowań i możliwej profilaktyki HPV ■ Zwiększenie świadomości u 63% rodziców / opiekunów prawnych młodzieży w wieku 12 lat o konieczności wykonywania badań przesiewowych w kierunku raka szyjki macicy (cytologia), zarówno u opiekunek / matek, jak i w przyszłości u dziewcząt poddanych szczepieniu 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Zmniejszenie umieralności na raka szyjki macicy wśród mieszkank Gdańska ■ Spadek lub utrzymanie wskaźników zachorowalności na choroby, których głównym czynnikiem jest HPV (m. in. rak szyjki macicy, sromu, pochwy, odbytu i brodawki narządów płciowych – kłykciny kończyste) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Liczba zaszczepionych dziewcząt i chłopców pełnym i niepełnym schematem szczepień ■ Poziom wiedzy wśród uczestników Programu w zakresie opisywanego problemu zdrowotnego (ankiety przed i po udziale w Programie) [dotyczy celów szczegółowych 2 i 4] ■ Odsetek zgód i odmów rodziców / opiekunów prawnych na szczepienie w porównaniu z liczbą osób w populacji docelowej ■ Liczba dziewcząt i chłopców niezaszczepionych z powodu przeciwwskazań lekarskich ■ Monitorowanie (wieloletnie) zachorowalności i umieralności na raka szyjki macicy

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

W planie Programu przyjęto, że wsparciem objęte będzie 23% populacji docelowej w 2019 roku, 62% – w 2020 roku oraz 64% – w 2021 roku. Założono jednocześnie kryteria ewaluacji Programu. Wskazano, że analiza powinna uwzględniać: (1) poziom wyszczepienia populacji docelowej pełnym schematem, (2) długofalową zmianę w liczbie zachorowań i zgonów wywołanych wirusem HPV oraz (3) poziom świadomości młodzieży i rodziców w zakresie zapobiegania chorobom nowotworowym i zakażeniom wywołanym przez wirusy brodawczaka

ludzkiego (przez weryfikację testów przeprowadzanych przed i po zakończeniu działań edukacyjnych).

W przypadku omawianego Programu należy podkreślić, że z uwagi na deficyt szczepionek na polskim rynku Program nie został uruchomiony⁷. Dedykowany tej usłudze konkurs ofert został unieważniony na mocy Zarządzenia nr 2055/19 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 27 grudnia 2019 roku⁸. Z tego względu w dalszej części analizy ten element miejskiej polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia nie jest analizowany pod względem skali realizacji zadania.

Specyfika zarządzania Programami

Liderem / Koordynatorem wdrażania Programów jest Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku. Wydział pełni też aktywną rolę współpracując z jednostkami, które merytorycznie prowadzą część zadań realizowaną w ramach Programów – przede wszystkim z Gdańskim Ośrodkiem Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień⁹.

W strukturze GPPZiPCC i poszczególnych programów istotną rolę odgrywają partnerzy i realizatorzy. Do grona partnerów zaliczyć należy, w kolejności, w jakiej zostali wymienieni w Programie, Gdańską Radę Zdrowia Publicznego, Urząd Marszałkowski Województwa Pomorskiego, Gdański Uniwersytet Medyczny, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Uniwersytet Gdański i wiele innych. Wśród realizatorów wymieniono, poza już wskazanymi aktorami instytucjonalnymi, podmioty lecznicze, poradnie POZ, Miejski Ośrodek Sportu i Rekreacji (aktualnie: Gdański Ośrodek Sportu), Gdański Ośrodek Kultury Fizycznej i Sportu (aktualnie: Gdański Zespół Schronisk i Sportu Szkolnego), Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, organizacje pozarządowe, wydziały Urzędu Miejskiego w Gdańsku i wiele innych.

Gdański Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 zakładał również powołanie Zespołu Wdrożeniowego koordynującego realizację

⁷ Zob. np.: W Gdańsku bez szczepień przeciwko groźnemu wirusowi HPV. Szczepionek nie ma w aptekach, <https://trojmiasto.wyborcza.pl/trojmiasto/7,35612,25593301,gdansk-nadal-bez-szczepien-przeciwko-hpv-rodzice-nadal-beda.html>. Dostęp: 20.04.2020.

⁸ Zarządzenie Nr 2055/19 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 27 grudnia 2019 r. w sprawie unieważnienia konkursu ofert na realizację w roku 2019 zadań z zakresu zdrowia publicznego w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020, <https://www.gdansk.pl/download/2019-12/141067.pdf>. Dostęp: 20.04.2020.

⁹ W okresie objętym ewaluacją podmiot działań jako „Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia” i do jego doświadczeń odwołują się badani. Ewaluacja dotyczy ponadto okresu 2017-2019. Z wymienionych powodów w całym raporcie używana będzie dawna nazwa organizacji.

Programu. Takie ciało jednak nie ukonstytuowało się w okresie objętym ewaluacją. W Programie przewidziano również, że realizacja działań, ich monitoring oraz ocena efektów wdrożeń odbywać się będą w modelu partycypacyjnym, przy współpracy z ciałami doradczymi Prezydenta Miasta Gdańska, interesariuszami Programu oraz Radą Miasta Gdańska. Założono jednocześnie, że Program finansowany będzie ze środków budżetowych Miasta Gdańska oraz środków pozabudżetowych pozyskiwanych z innych źródeł.

Istotne znaczenie w procesie koordynacji i zarządzania GPPZiPCC odgrywa Gdańska Rada Zdrowia Publicznego, powołana na mocy Zarządzenia Nr 1462/16 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 21 września 2016 roku¹⁰. W skład dwunastoosobowej Rady wchodzi eksperci zajmujący się tematyką zdrowia publicznego, w tym wiele osób reprezentujących środowisko akademickie. Rada działa przy Prezydencie Miasta Gdańska i jest organem opiniująco-doradczym. Do jej zadań należy:

- 1) rekomendowanie priorytetowych kierunków działania w zakresie edukacji zdrowotnej,
- 2) promocja zdrowia profilaktyki chorób oraz ograniczania szkód i zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego,
- 3) opiniowanie ramowych programów promocji zdrowia i przeciwdziałania wybranym chorobom społecznym, w tym zasadności realizacji programów profilaktycznych i zdrowotnych finansowanych z budżetu Miasta,
- 4) konsultowanie wszelkich innych działań Miasta związanych z obszarem zdrowia publicznego oraz
- 5) monitorowanie stanu zdrowia mieszkańców Gdańska, ocena jego zagrożeń oraz pomoc w wytyczeniu przyszłych kierunków działań programowych.

W okresie objętym ewaluacją odbyło się pięć posiedzeń Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego. W ich trakcie dyskutowano osiowe dla polityki w badanym obszarze problemy, między innymi kwestie: (1) sposobu promocji miejskich usług wśród mieszkańców, (2) ułatwień dla realizatorów związanych z realizacją zadań w ramach Programów, (3) budowania ścisłej współpracy międzysektorowej, (4) rekomendacji dla nowych programów polityki zdrowotnej, jakie miałyby być realizowane w Gdańsku, (5) pozyskiwania danych dotyczących świadczonych usług medycznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Na podstawie zgromadzonej dokumentacji (protokoły ze spotkań Rady) trudno jednoznacznie określić, czy liczba spotkań Rady w badanym okresie była wystarczająca. To pytanie jest zasadne w kontekście istniejącej luki w modelu zarządzania miejską polityką – braku ciała (którego rolę mógłby być może pełnić Zespół Wdrożeniowy), które podejmowałoby wiążące decyzje merytoryczne o faktycznych kierunkach wdrażanej w Gdańsku strategii w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

¹⁰ Zarządzenie Nr 1462/16 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 21 września 2016 roku w sprawie powołania Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, https://bip.gdansk.pl/subpages/akty_prawne/pliki/2016/PMG_2016_7_1462.pdf. Dostęp: 20.04.2020.

Zarządzeniem Nr 1729/16 Prezydenta Miasta Gdańska z dnia 10 listopada 2016 roku powołany został Zespół ds. opracowania założeń do programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska. Złożony z dwunastu osób (w tym wielu z doświadczeniem eksperckim) zespół jest organem pomocniczym Prezydenta Miasta Gdańska. Do zakresu jego zadań należy w szczególności:

- 1) zebranie i analiza informacji niezbędnych do opracowania założeń do projektu programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska oraz rekomendowanie priorytetowych kierunków działania,
- 2) identyfikacja lokalnych potrzeb w przedmiotowym zakresie, w tym określenie charakteru i wielkości grupy adresatów oraz czasu realizacji Programu,
- 3) określenie przewidywanych kosztów wdrożenia i realizacji Programu,
- 4) przedstawienie Prezydentowi Miasta Gdańska nie później niż do dnia 31 stycznia 2017 r. założeń do projektu programu polityki zdrowotnej w zakresie wsparcia prokreacji dla mieszkańców miasta Gdańska oraz
- 5) w przypadku podjęcia przez organ stanowiący uchwały w sprawie przyjęcia programu [co nastąpiło – przyp. aut.], monitorowanie stanu jego realizacji, w tym ocena osiągnięcia zakładanych wskaźników oraz konsultowanie wszelkich innych działań Miasta związanych z jego realizacją

W okresie objętym ewaluacją odbyły się dwa posiedzenia Zespołu (jedno w 2018 roku, a drugie w 2019 roku). W ich trakcie przedstawiono przede wszystkim działania Miasta w sprawie będącej przedmiotem prac Zespołu oraz szczegóły realizacji usług realizowanych w ramach Programu.

Dyskusje o kierunku zmian w zakresie prowadzonej w skali Miasta polityki odbywają się także na posiedzeniach Komisji Rodziny i Polityki Społecznej, w okresie dawnej kadencji Rady Miasta Gdańska działającej pod nazwą Komisji Spraw Społecznych i Ochrony Zdrowia. Z analizy protokołów z posiedzeń Komisji wynika, że jest ona ważnym miejscem debaty o specyfice miejskiej polityki w zakresie profilaktyki i ochrony zdrowia.

Charakterystyka realizacji Programów

Celem niniejszego rozdziału jest syntetyczna prezentacja charakterystyki realizacji Programów objętych ewaluacją. Przedstawione w tej części raportu dane są efektem pracy nad sprawozdaniami z realizacji zadań prowadzonych w ramach Programów. W rozdziale przedstawione zostały: (1) syntetyczne podsumowanie projektów realizowanych w ramach objętych ewaluacją Programów, (2) specyfika realizacji celów zdefiniowanych dla poszczególnych zadań oraz (3) wybrane informacje na temat przebiegu realizacji Programów w okresie 2017-2019.

Syntetyczne podsumowanie działań prowadzonych w ramach Programów

W poniższej tabeli znalazło się zestawienie wszystkich realizowanych w skali Miasta Gdańska, a przy tym objętych ewaluacją, zadań z lat 2017-2019. Z analizy wynika, że liczba realizowanych zadań rośnie wraz z kolejnym rokiem realizacji. O ile w 2017 roku prowadzonych było 16 zadań, rok później było ich 17, zaś w 2019 roku – już 21. Po roku 2017 nie były już realizowane zadania z zakresu wsparcia dla par w związku z przygotowaniem do porodu oraz usług świadczonych dla kobiet karmiących piersią. W roku 2019 Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole stał się elementem realizacji Programu Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”.

Po roku 2017 w puli miejskich projektów pojawiają się za to nowe zadania, takie jak Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”, Program Fit Klasa, Program #Zdrowie czy dodatkowe moduły Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020: edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego i wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Dodatkowo w roku 2019 realizowano również inne zadania: kampanię informacyjną nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć! oraz szkolenia z zakresu pierwszej pomocy.

W celu dokładniejszej charakterystyki miejskiej polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia dokonany został przegląd poszczególnych zadań realizowanych w latach 2017-2019. Z przeprowadzonej analizy wynika, że zadania w różny sposób powiązane są z zapisanymi w GPPZiPCC celami szczegółowymi. Najwięcej zadań wpisuje się w cel szczegółowy nr 3, czyli edukację zdrowotną (22), 18 zadań wpisuje się w założenie celu szczegółowego

nr 1, czyli profilaktyki, zaś najmniejsza liczba (13) – w cel szczegółowy nr 2, jakim jest promocja zdrowia. Żadne z zadań nie odnosi się wprost do celu szczegółowego nr 4, czyli koordynacji. Przygotowane zestawienie zostało sporządzone w oparciu o zapisy w konkursach ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego, a dodatkowo na podstawie oceny, w jakim stopniu w dokumencie programowym oraz sprawozdaniach realizatorów pojawiają się odniesienia umożliwiające przypisanie danego zadania do zdefiniowanego w Programie celu.

Tabela 9. Czas realizacji poszczególnych Programów w okresie objętym ewaluacją

Lp.	Program	Czas realizacji (rok)		
		2017	2018	2019
1.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	TAK	TAK	TAK
2.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	NIE	TAK	TAK
3.	Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	TAK	TAK	TAK
4.	Program Kierunek Zdrowie	TAK	TAK	TAK
5.	Program Gdańska Koperta Życia	TAK	TAK	TAK
6.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	TAK	TAK	TAK
7.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	TAK	TAK	TAK
8.	Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	TAK	TAK	TAK
9.	Program Zdrowy Uczeń	TAK	TAK	TAK
10.	Program Fit Klasa	NIE	NIE	TAK
11.	Program #Zdrowie	NIE	NIE	TAK
12.	Szczepienia przeciwko grypie	TAK	TAK	TAK
13.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	TAK	TAK	TAK
14.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	TAK	TAK	TAK
15.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	TAK	TAK
16.	Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	TAK	NIE	NIE
17.	Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	TAK	NIE	NIE
18.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	TAK	TAK
19.	Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	TAK	TAK	TAK
20.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	TAK	TAK	TAK
21.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	TAK	TAK	TAK
22.	Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	NIE	NIE	TAK
23.	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	NIE	NIE	TAK
RAZEM		16	17	21

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 10. Odniesienie poszczególnych zadań do celów szczegółowych Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020

Lp.	Program	Cel szczegółowy		
		C1	C2	C3
1.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	TAK	TAK	TAK
2.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	TAK	TAK	TAK
3.	Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	TAK	TAK	TAK
4.	Program Kierunek Zdrowie	TAK	TAK	TAK
5.	Program Gdańska Koperta Życia	TAK	TAK	TAK
6.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	TAK	TAK	TAK
7.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	TAK	TAK	TAK
8.	Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	TAK	TAK	TAK
9.	Program Zdrowy Uczeń	TAK	TAK	TAK
10.	Program Fit Klasa	TAK	TAK	TAK
11.	Program #Zdrowie	TAK	TAK	TAK
12.	Szczepienia przeciwko grypie	TAK	NIE	NIE
13.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	TAK	TAK	TAK
14.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	TAK	NIE	TAK
15.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	NIE	TAK
16.	Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	NIE	NIE	TAK
17.	Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	NIE	TAK	TAK
18.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	NIE	TAK
19.	Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	NIE	NIE	TAK
20.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	TAK	NIE	TAK
21.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	TAK	NIE	TAK
22.	Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	TAK	NIE	TAK
23.	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	TAK	NIE	TAK
RAZEM		18	13	22

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Poszczególne zadania zostały też poddane analizie pod kątem ich korespondencji z celami operacyjnymi Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020¹¹. Inaczej niż w przypadku poprzedniego zestawienia w przypadku powiązania z celami dokumentu strategicznego ze szczebla ogólnokrajowego każde zadanie wpisane jest w 1 lub więcej zdefiniowanych celów operacyjnych. Największa liczba zadań (12) wpisuje się w cel operacyjny nr 1, czyli poprawę sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej społeczeństwa. Do tej grupy należą przede wszystkim Programy prowadzone w Gdańskim Ośrodku Promocji Zdrowia. Sześć

¹¹ Warto podkreślić, że cele wskazane w Narodowym Programie Zdrowia 2016-2020 są realizowane także w ramach innych miejskich Programów.

zadań wpisuje się natomiast w cel operacyjny nr 4 (ograniczenie ryzyka zdrowotnego wynikającego z zagrożeń fizycznych, chemicznych i biologicznych w środowisku zewnętrznym, miejscu pracy, zamieszkania, rekreacji oraz nauki). W przypadku pozostałych celów liczba zadań z nimi powiązanych jest mniejsza (maksymalnie są to trzy zadania przypisane do jednego z czterech pozostałych celów).

Tabela 11. Odniesienie poszczególnych zadań do celów operacyjnych Narodowego Programu Zdrowia 2016-2020

Lp.	Program	Cel operacyjny					
		C1	C2	C3	C4	C5	C6
1.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
2.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
3.	Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
4.	Program Kierunek Zdrowie	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
5.	Program Gdańska Koperta Życia	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE
6.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	TAK	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE
7.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
8.	Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
9.	Program Zdrowy Uczeń	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
10.	Program Fit Klasa	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
11.	Program #Zdrowie	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE
12.	Szczepienia przeciwko grypie	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE
13.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE
14.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
15.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
16.	Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
17.	Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE
18.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK
19.	Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE	NIE
20.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE
21.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	NIE	TAK	NIE	TAK	NIE	NIE
22.	Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE
23.	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	NIE	NIE	NIE	NIE	TAK	NIE
RAZEM		12	2	1	6	3	3

Tabela 12. Budżet zaplanowany i zrealizowany poszczególnych zadań z lat 2017-2019 (kwoty w tys. zł)

Lp.	Program	Kwoty zaplanowane			Kwoty wydatkowane		
		2017	2018	2019	2017	2018	2019
1.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	750 000	750 000	750 000	662 192	625 846	649 416
2.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	---	110 400	250 000	---	88 328	187 066
3.	Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	117 874	110 000	110 000	117 874	110 000	110 000
4.	Program Kierunek Zdrowie	681 816	650 000	650 000	681 816	650 000	650 000
5.	Program Gdańska Koperta Życia	25 000	30 000	66 000	23 479	30 000	65 923
6.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	45 000	50 000	30 000	43 374	50 000	29 212
7.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	45 000	45 000	-	43 374	45 000	---
8.	Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	200 000	25 000	272 731	191 997	25 000	272 731
9.	Program Zdrowy Uczeń	250 000	280 000	162 692	247 162	280 000	162 692
10.	Program Fit Klasa	---	---	65 000	---	---	65 000
11.	Program #Zdrowie	---	---	14 100	---	---	14 100
12.	Szczepienia przeciwko grypie	142 119	168 747	167 323	100 603	168 319	167 323
13.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	30 000	35 040	35 020	22 771	31 400	22 380
14.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	500 000	1 000 000	1 000 000	251 600	951 789	1 053 856
15.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	---	18 700	90 000	---	8 619	60 750
16.	Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	80 000	---	---	57 665	---	---
17.	Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	117 000	---	---	116 181	---	---
18.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	---	49 747	79 885	---	45 260	62 948
19.	Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	20 000	20 000	28 575	18 822	20 000	28 575
20.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	27 000	27 000	30 000	24 861	27 000	30 000
21.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	7 500	7 500	10 000	7 305	7 500	10 000
22.	Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	---	---	100 000	---	---	100 000
23.	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	---	---	283 040	---	---	258 500
RAZEM		3 038 309	3 432 054	4 159 346	2 611 076	3 164 062	4 000 373

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Analizie poddana została skala zabudżetowania poszczególnych zadań w okresie objętym ewaluacją. Z przedstawionego zestawienia wynika, że największe finansowanie przypadło na takie zadania jak leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, prewencję i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” oraz powiązany projekt „Kierunek Zdrowie”. Wyraźnie widać też wzrost skali finansowania (zarówno na poziomie planu, jak i wykonania). Między 2017 a 2019 rokiem budżet zaplanowany wzrósł o 37%, zaś zrealizowany – aż o 53%. W 2019 roku wydatkowano łączną kwotę przekraczającą 4 miliony złotych.

Na podstawie zebranych danych można stwierdzić, że skala wydatkowania środków przeznaczonych na realizację zadań sukcesywnie się zwiększa. Między 2017 a 2019 rokiem wzrosła ona z 85,9% do 95,4%. Średnio w okresie objętym ewaluacją w ramach wszystkich zadań wydatkowano 91,7% przeznaczonych środków. Należy ten wynik uznać za wysoki. W pięciu projektach wykorzystano 100% przyznanych środków we wszystkich latach, w których projekty były prowadzone. Cztery z tych pięciu projektów prowadzone są przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia. Mniej niż 80% przyznanych środków wydatkowano w ramach czterech zadań. Są to: Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”, Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat, Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu oraz Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego. W przypadku tej ostatniej usługi wydano niewiele powyżej połowy alokowanych środków (56,8%).

Tabela 13. Odsetek wydatkowanych środków w stosunku do zaplanowanych budżetów poszczególnych działań (dane w %)

Lp.	Program	Rok realizacji			Średnia z lat 2017-2019
		2017	2018	2019	
1.	Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	100	100	100	100
2.	Program Kierunek Zdrowie	100	100	100	100
3.	Program Fit Klasa	---	---	100	100
4.	Program #Zdrowie	---	---	100	100
5.	Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	---	---	100	100
6.	Program Zdrowy Uczeń	98,9	100	100	99,6
7.	Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	99,3	---	---	99,3
8.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	97,4	100	100	99,1
9.	Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	96	100	100	98,7
10.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	96,4	100	---	98,2

Tabela 13 c.d. Odsetek wydatkowanych środków w stosunku do zaplanowanych budżetów poszczególnych działań (dane w %)

11.	Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	94,1	100	100	98
12.	Program Gdańska Koperta Życia	93,9	100	99,9	97,9
13.	Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	96,4	100	97,4	97,9
14.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV\AIDS w szkołach	92,1	100	100	97,4
15.	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	---	---	91,3	91,3
16.	Szczepienia przeciwko grypie	70,8	99,7	100	90,2
17.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	88,3	83,4	86,6	86,1
18.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	---	91	78,8	84,9
19.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	50,3	95,2	105,4	83,6
20.	Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	---	80	74,8	77,4
21.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	75,9	89,6	63,9	76,5
22.	Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	72,1	---	---	72,1
23.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	---	46,1	67,5	56,8
RAZEM		85,9	93,7	95,4	91,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Ocena realizacji celów

Specyfika zarówno samych Programów, jak i zebranego w toku procesu badawczego materiału empirycznego skłania do postawienia wniosku, że dokonanie jednoznacznej oceny realizacji celów Programów i jakości prowadzonych zadań jest zadaniem skomplikowanym. Wynika to z kilku zasadniczych czynników, przede wszystkim: (1) nie do końca precyzyjnego sposobu określenia wskaźników produktów i rezultatów w Programach, (2) zróżnicowanego przebiegu realizacji zadań, jakie wchodzą w ich skład oraz (3) jakości sprawozdawczości realizatorów.

Szczegółowej analizie warto poddać przede wszystkim zapisy w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020. Jego ogólny charakter umożliwi szacowanie skali realizacji poszczególnych celów szczegółowych. Należy jednak przy tym podkreślić, że przedstawiona poniżej ocena ma przede wszystkim charakter jakościowy.

Wynika to z faktu ograniczonej przystawalności wskaźników rezultatu zdefiniowanych do celów szczegółowych. Dla przykładu: dla zadań z zakresu profilaktyki nie określono wskaźników związanych ze skalą występowania choroby próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat. W efekcie pomiary ilościowe wskaźników są utrudnione. Ponadto w sprawozdaniach realizatorów znajdują się odniesienia do celów Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020, co również utrudnia prowadzenie „twardej” ewaluacji.

Należy jednak równolegle pamiętać, że wskaźniki rezultatu dla osiągnięcia zamierzonych celów są trudne do oceny w krótkim okresie, przede wszystkim za sprawą odłożonego w czasie efektu prowadzonych działań. Na rezultaty działań, jakie prowadzone były w latach 2017-2019, należy czekać w dłuższej perspektywie. O ile możliwe jest wskazanie ogólnych uwag na temat kierunku działań, część zadań, a co za tym idzie także celów szczegółowych, wymaga oceny po upływie dłuższego okresu.

W przypadku celu szczegółowego nr 1 [OBSZAR: PROFILAKTYKA] skalę jego realizacji należy uznać za umiarkowaną. Dwa zadania nie były realizowane w ramach Programów objętych ewaluacją (łącznie liczba zadań w ramach obszaru: 8). Zadania przypisane do celów mają charakter ogólny i nie były adresowane do wszystkich grup wiekowych. Ograniczona była też ich dostępność. Znaczącym osiągnięciem działań w obszarze profilaktyki jest oferowana kierowana do dzieci i młodzieży, w tym zadania nakierowane na (skuteczną) redukcję nadmiaru masy ciała w tej grupie.

Dla celu szczegółowego nr 2 [OBSZAR: PROMOCJA ZDROWIA] części zadań (łącznie liczba zadań w ramach obszaru: 16) nie realizowano (2) lub realizowano je poza Programami objętymi ewaluacją (4). Realizacja zadań w obszarze promocji zdrowia ma szczególne znaczenie, jeśli wziąć pod uwagę fakt, że generalną słabością miejskiej polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia jest marketing usług – odpowiednie zwiększanie ich widzialności w percepcji mieszkańców. Pozostałe zadania, które były realizowane, prowadzono często na wysokim poziomie.

Na podstawie wszystkich zebranych danych można stwierdzić, że cel szczegółowy nr 3 [OBSZAR: EDUKACJA ZDROWOTNA] jest realizowany w największym stopniu i z najlepszymi efektami. Obszar edukacji zdrowotnej jest mocną stroną miejskiej polityki w obszarze zdrowia publicznego – w okresie objętym ewaluacją nie realizowano tylko 1 z 25 zadań z tego zakresu. Warto przy tym podkreślić, że realizacja tego celu w największym stopniu powinna być określana w perspektywie długofalowej.

W przypadku celu szczegółowego nr 4 [OBSZAR: KOORDYNACJA] 6 z 13 zadań nie realizowano w ramach Programów objętych ewaluacją (przy czym 4 z nich prowadzone były lub są w ramach

innych działań Miasta). Wiele zadań jest prowadzonych, ale ich realizacja nie przybiera systematycznej formy. Jednocześnie warto podkreślić, że obszar koordynacji jest najbardziej ogólny, a jednocześnie relatywnie trudny w operacjonalizacji.

Tabela 14. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZIPCC. Analiza za okres 2017-2019¹²

ZADANIE	STATUS	KOMENTARZ
CEL SZCZEGÓŁOWY NR 1		
PROFILAKTYKA		
1.1. Wsparcie projektów badań przesiewowych dotyczących wykrywania behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych wśród różnych grup wiekowych		Zadanie nie było realizowane w populacji osób 30-65 lat. Ograniczona liczba badań wśród seniorów. Brak profilaktyki onkologicznej.
1.2. Realizacja lub wsparcie interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych w różnych grupach wiekowych		Zadanie nie było realizowane w populacji osób 30-65 lat. Ograniczona liczba badań wśród seniorów. Brak profilaktyki onkologicznej. Brak szczepień przeciwko HPV. Dobry program szczepień przeciwko grypie dla seniorów 65+.
1.3. Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii społecznych promujących profilaktykę chorób zakaźnych		Zadanie realizowane. Prowadzono kampanię szczepień przeciwko grypie. Prowadzono kampanię informacyjno-edukacyjną nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową.
1.4. Wsparcie organizacji pozarządowych budujących zintegrowaną wielospecjalistyczną pomoc dla środowiska w obszarze opieki zdrowotnej		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
1.5. Wsparcie osób z problemem otyłości poprzez tworzenie zespołów terapeutycznych, zapewniających profesjonalną pomoc dietetyczną, psychologiczną i medyczną		Zadanie realizowane w ramach programów „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” i „18+ dla Zdrowia”. Realizacja również w obszarze Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia (programów takich jak Gdańsk – Jemy Zdrowo).
1.6. Inicjowanie lub wsparcie zintegrowanej profilaktyki próchnicy u dzieci		Zadanie realizowane w ramach rozpisane go konkursu.
1.7. Realizacja badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej		Zadanie realizowane w ramach rozpisane go konkursu.

¹² Poszczególne zadania, poza komentarzami, oznaczone są też kolorami. Kolor NIEBIESKI oznacza, że zadanie było realizowane w ramach Programów objętych ewaluacją. Kolor ZIELONY oznacza, że zadanie było realizowane poza objętymi ewaluacją Programami. Kolor SZARY oznacza, że zadanie nie było realizowane w skali Miasta (w okresie objętym ewaluacją).

Tabela 14 c.d. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZiPCC. Analiza za okres 2017-2019

1.8. Wsparcie lub podejmowanie działań dotyczących tworzenia systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej i telemedycyny, w szczególności dla osób starszych niepełnosprawnych oraz niesamodzielných		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
CEL SZCZEGÓŁOWY NR 2		
PROMOCJA ZDROWIA		
2.1. Realizacja lub wsparcie projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących promocji zdrowia, kierowanych do różnych grup odbiorców		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.
2.2. Realizacja lub wsparcie współpracy z państwowymi instytucjami, służbami medycyny pracy oraz podmiotami realizującymi zadania statutowe w zakresie promocji zdrowia, kierowane do różnych grup odbiorców w celu realizacji powszechnych akcji informacyjno-edukacyjnych		Zadanie realizowane w ramach wielu projektów.
PROMOCJA ZDROWEGO ODŻYWIANIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ		
2.3. Wspieranie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze edukacji żywieniowej		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.
2.4. Promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia noworodka		Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018.
2.5. Zapewnienie dostępności do profesjonalnej pomocy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych		Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018.
2.6. Realizacja projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących zasad zdrowego żywienia, właściwych zachowań żywieniowych, kierowanych do różnych grup odbiorców		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.
2.7. Wspieranie warunków zabudowy miast w sposób sprzyjający ruchowi pieszemu, rowerowemu i aktywności fizycznej, uwzględniających potrzeby osób niepełnosprawnych		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
2.8. Zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.

Tabela 14 c.d. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZiPCC. Analiza za okres 2017-2019

PROMOCJA ZDROWEGO I AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ		
2.9. Wspieranie aktywności osób starszych		Zadanie realizowane na poziomie promowania aktywności. Brak projektu ściśle odnoszącego się do problemu aktywności fizycznej osób starszych.
2.10. Tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
2.11. Wspieranie koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
2.12. Wsparcie lub realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących procesu starzenia się organizmu i metod utrzymywania sprawności psychofizycznej w wieku podeszłym		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.
2.13. Popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów (w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym)		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.
2.14. Wsparcie lub prowadzenie działań ukierunkowanych na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.
2.15. Wsparcie organizacji usług i ośrodków geriatrycznych lub wprowadzania elementów geriatryi do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej		Zadanie nie było realizowane.
2.16. Wsparcie lub realizacja projektów i kampanii zapobiegania urazom, szczególnie u osób starszych, w tym profilaktyka osteoporozy		Zadanie nie było realizowane.
CEL SZCZEGÓŁOWY NR 3		
EDUKACJA ZDROWOTNA		
3.1. Wsparcie akcji informacyjnych zmierzających do wzrostu świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień ochronnych		Zadanie realizowane w ramach programu szczepień przeciwko grypie.

Tabela 14. c.d. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZIPCC. Analiza za okres 2017-2019

3.2.Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących przestrzegania zaleceń terapeutycznych		Zadanie częściowo realizowane w różnych programach. Brak systematycznej realizacji na przykład dla grupy osób seropozytywnych.
3.3.Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących zasad stosowania leków i suplementów diety, w tym: poszerzanie wiedzy dotyczącej interakcji leków		Zadanie realizowane tylko w projektach kierowanych do seniorów.
3.4. Realizacja projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących zasad zdrowego żywienia, właściwych zachowań żywieniowych, kierowanych do różnych grup odbiorców		Zadanie realizowane w ramach różnych projektów.
3.5.Realizacja lub wsparcie projektów edukacyjnych i kampanii dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową		Zadanie realizowane w edukacji i profilaktyce HIV/AIDS i w edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego.
3.6.Realizacja projektów edukacyjnych kierowanych do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących zdrowia seksualnego człowieka		Zadanie realizowane od 2018 roku.
3.7.Realizacja lub wsparcie projektów edukacyjnych z zakresu higieny życia kobiet ciężarnych oraz promujących karmienie piersią		Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018.
3.8.Realizacja projektów edukacyjnych dotyczących higieny osobistej, kierowanych w szczególności do dzieci		Zadanie realizowane tylko w odniesieniu do higieny jamy ustnej.
3.9.Realizacja projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących przeciwdziałania chorobom jamy ustnej		Zadanie realizowane w programie poświęconym zapobieganiu choroby próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat.
3.10.Działania edukacyjne w zakresie profilaktyki HIV/AIDS skierowane do dzieci, młodzieży i studentów		Zadanie realizowane wśród grupy docelowej.
KOMPETENCJE ZDROWOTNE		
3.11.Podejmowanie działań podnoszących świadomość istoty odpowiedzialności za stan własnego zdrowia		Zadanie realizowane w większości programów jako ich integralna część.
3.12.Promowanie i wspieranie akcji informujących o konieczności czytania informacji na etykietach umieszczonych na żywności w celu poznania składu poszczególnych składników odżywczych w żywności		Zadanie realizowano tylko w programie skierowanym do seniorów.

Tabela 14 c.d. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZiPCC. Analiza za okres 2017-2019

3.13.Prowadzenie kampanii upowszechniającej aktualną wiedzę w zakresie karmienia piersią		Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzesano realizacji od roku 2018.
3.14. Zapewnienie dostępności do profesjonalnej pomocy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych.		Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzesano realizacji od roku 2018
3.15.Realizacja bądź wsparcie działań dotyczących przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia		Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzesano realizacji od roku 2018.
3.16.Wsparcie akcji informacyjnych zmierzających do wzrostu świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień ochronnych		Zadanie realizowano w programie dotyczącym szczepień przeciwko grypie.
3.17.Realizacja lub wsparcie projektów uświadamiających znaczenie aktywności fizycznej w utrzymaniu zdrowia, skierowanych do osób z różnych grup wiekowych		Zadanie realizowano w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia. Np. powstał program Fit Klasa skierowany do uczniów szkół podstawowych.
3.18.Wspieranie lub prowadzenie projektów edukacyjnych na rzecz zachowania właściwej masy ciała		Zadanie realizowane między innymi w programach „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” i „18+ dla Zdrowia” oraz projektach Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia.
3.19.Popularyzacja wiedzy w zakresie konieczności utrzymywania higieny jamy ustnej		Zadanie realizowane w programie poświęconym zapobieganiu choroby próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat.
3.20.Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska medycznego w zakresie przeciwdziałania nadużywaniu leków i suplementów diety przez pacjentów		Zadanie nie było realizowane.
3.21.Realizacja lub wsparcie programów i warsztatów edukacyjnych dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, kierowanych do różnych grup odbiorców		Zadanie realizowane w 2019 roku.
3.22.Realizacja lub wsparcie działań sprzyjających poprawie zdrowia prokreacyjnego		Zadanie realizowane w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020.
3.23.Realizacja bądź wsparcie projektów edukacyjnych kierowanych do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących zdrowia seksualnego człowieka oraz pełnienia odpowiednich ról w rodzinie		Zadanie realizowane od 2018 roku.

Tabela 14 c.d. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZiPCC. Analiza za okres 2017-2019

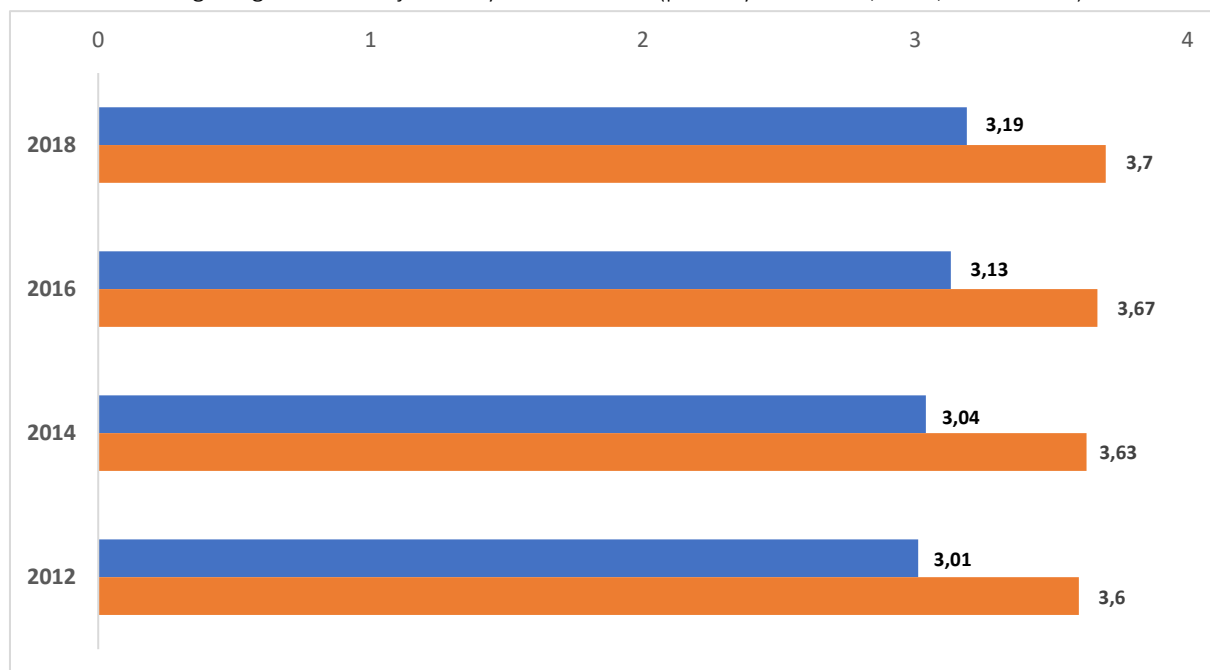
3.24. Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze promocji zdrowia wśród dzieci, młodzieży i ich rodzin oraz opiekunów		Zadanie realizowane w ramach wielu programów.
3.25. Działania wspierające funkcjonowanie osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich		Zadanie realizowane w ramach programu profilaktyki HIV/AIDS oraz wsparcia psychologicznego dla osób seropozytywnych.
CEL SZCZEGÓŁOWY NR 4		
KOORDYNACJA		
4.1. Powołanie Zespołu Wdrożeniowego, koordynującego realizację GPPZiPChC		Zadanie nie było realizowane.
4.2. Współpraca z Gdańską Radą Zdrowia Publicznego		Zadanie realizowane. W okresie objętym ewaluacją dochodziło do regularnych spotkań Rady.
4.3. Zapewnienie obsługi merytorycznej programu, poprawa kompetencji kadr, zlecenie ekspertyz lub analiz		Zadanie realizowane, ale nie w sposób systematyczny.
4.4. Budowanie sieci współpracy między podmiotami z obszarów: ochrony zdrowia, edukacji, pomocy społecznej, rynku pracy, aktywności obywatelskiej, mieszkalnictwa, decydentów, środowisk naukowych i innych		Zadanie realizowane, ale nie w sposób systematyczny.
4.5. Współpraca z radami i ciałami o charakterze konsultacyjno-doradczym		Zadanie było realizowane. Przykład: współpraca z Zespołem ds. opracowania założeń do programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Miasta Gdańska. Zakres działań w tym obszarze jest ograniczony.
4.6. Organizowanie konferencji, seminariów, szkoleń, spotkań przedstawicieli podmiotów działających w obszarze zdrowia publicznego		Zadanie nie było realizowane.
4.7. Badanie skuteczności realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym przez realizację programów pilotażowych		Zadanie realizowane częściowo. Badanie skuteczności realizacji projektów prowadzą realizatorzy, ale w niesystematycznej formie. Różna jest jakość diagnozy i monitoringu.
4.8. Prowadzenie analiz w zakresie bieżących potrzeb w obszarze ochrony zdrowia publicznego		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
4.9. Wsparcie działań naukowo-badawczych dotyczących problemu zdrowia publicznego		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.

Tabela 14 c.d. Komentarz do realizacji celów zapisanych w GPPZiPCC. Analiza za okres 2017-2019

4.10. Wsparcie kompetencji kadrowych, wsparcie finansowe i organizacyjne podmiotów (w tym organizacji pozarządowych) działających w obszarze zdrowia publicznego		Zadanie realizowane, ale nie w sposób systematyczny. Nie stworzono odrębnego działania mającego na celu wzrost poziomu kompetencji kadr w sektorze zdrowia publicznego.
4.11. Zlecenie realizacji oraz zapewnienie ciągłości finansowania zadań z zakresu ochrony zdrowia publicznego w ramach konkursów dla podmiotów leczniczych i konkursów dla organizacji pozarządowych		Zadanie systematycznie realizowane przez cały okres objęty ewaluacją.
4.12. Inicjowanie i wspieranie utworzenia bazy rekomendowanych programów edukacyjnych i profilaktycznych		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.
4.13. Włączenie służb medycyny pracy, jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych w działania w zakresie prowadzonej polityki zdrowotnej		Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Wykres 1. Średnia ocena zadowolenia z poziomu zdrowia i usług medycznych / ochrony zdrowia w porównaniu do ogólnego wskaźnika jakości życia w Gdańsku (pomiary z lat: 2012, 2014, 2016 i 2018)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Ciekawym kontekstem dla oceny realizacji celów w ramach prowadzonej ewaluacji mogą być wnioski, jakie płyną z regularnie gromadzonych danych dotyczących zadowolenia z poziomu zdrowia i ochrony zdrowia wśród mieszkańców Gdańska. Z prowadzonych regularnie w skali Miasta badań jakości życia wynika, że ocena zadowolenia z poziomu zdrowia i usług

medycznych / ochrony zdrowia ulega systematycznej poprawie. Między 2012 a 2018 rokiem średni wskaźnik oceny wzrósł z 3,01 do 3,19. Jest to zmiana o 0,18 punktu, czyli większa niż zmiana ogólnego wskaźnika jakości życia – o 0,1 w analogicznym okresie. Nadal jednak średnia ocena w obszarze szczegółowym jest wyraźnie niższa niż w przypadku oceny ogólnej. Skala ocen stosowana w badaniu zamyka się w przedziale od 1 do 6, gdzie 1 oznacza ocenę najgorszą, a 6 – najlepszą. Można przyjąć założenie, że działania prowadzone w ramach ewaluowanych Programów stanowią jeden z czynników przyczyniających się do zmniejszenia różnicy w średnich ocenach między obszarem zdrowia a ogólną oceną jakości życia.

Jednym z głównych elementów analizy desk research był szczegółowy przegląd sprawozdań realizatorów zadań prowadzonych w ramach Programów. Łącznie przeanalizowano ich prawie 100, badając je pod kątem ogólnej jakości, raportowania skali realizacji celów, wniosków płynących z realizacji zadania i refleksji o wyzwaniach wiążących się z prowadzeniem projektów konkursowych.

Sprawozdania wyraźnie różnią się między sobą, zarówno pod względem wyżej wymienionych kryteriów, jak i z uwagi na styl, w jakim zostały sporządzone. O ile część dokumentacji prowadzona jest w sposób detaliczny i pozwalający na zrozumienie logiki prowadzonego działania, inne są nieprecyzyjne, skrótowe i zawierają błędy (merytoryczne i metodologiczne, rachunkowe i językowe).

Główną słabością sprawozdań jest lakoniczna forma przedstawiania danych i wniosków, co w znaczący sposób utrudnia ocenę jakości wykonanych zadań, a w konsekwencji skalę osiągniętych celów w ramach Programów. W części sprawozdań brakuje refleksji na temat realizowanych zadań, w tym wniosków z ewaluacji, jaką prowadzą sami realizatorzy. Wyraźnie widoczny jest deficyt kompetencji merytorycznych wnioskodawców w obszarze bieżącego monitoringu i kompetentnie prowadzonych działań ewaluacyjnych.

Sprawozdawczość jest, mimo pewnych ram, jakie narzuca na przykład system Witkac.pl, w niewielki sposób ustrukturyzowana. Wartościowe byłoby też określanie w sprawozdaniach problemów, jakie wiązały się z realizacją projektów. Lakoniczny charakter części zebranej dokumentacji często sprowadza się do raportowania sukcesów i korzyści, przy jednoczesnym skrótowym (niekiedy jednozdaniowym) podsumowaniu realizowanego projektu.

Szczegóły realizacji zadań

Dla pogłębienia prezentowanej charakterystyki realizacji Programów w ostatniej części rozdziału przedstawione zostały syntetyczne podsumowania poszczególnych zadań, które zostały objęte ewaluacją. Są one przedstawione w kolejności, w jakiej są opisywane przez większą część opracowania. Poniższa synteza jest efektem analizy sprawozdawczości, jaka została sporządzona przez realizatorów. Z uwagi na charakter pozyskiwanych danych poszczególne tabele mogą różnić się między sobą szczegółami strukturalnymi. Nie wszystkie programy mają na przykład zdefiniowane mierniki czy efekty, a nawet cele szczegółowe. Opisy celów i efektów są fragmentami dokumentacji przygotowywanej przez samych realizatorów – koordynatorów poszczególnych projektów.

Tabela 15. Charakterystyka Programu Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”

PREWENCJA I WCZESNE WYKRYWANIE CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH U DZIECI I MŁODZIEŻY „6 – 10 – 14 DLA ZDROWIA”	
Realizator	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Cel główny	Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży z Gminy Miasta Gdańsk poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u dzieci z wykrytymi wybranymi czynnikami chorób cywilizacyjnych oraz stworzenie w środowisku szkolnym warunków sprzyjających właściwym nawykom żywieniowym oraz aktywności fizycznej jako elementów utrzymania i poprawy zdrowia.
Cele szczegółowe	Zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości u dzieci i młodzieży z Gdańska. Redukcja masy ciała u dzieci objętych programem o 5% w stosunku do masy wyjściowej zgodnie z należą dla wieku i płci. Wczesna identyfikacja dzieci i młodzieży z chorobami metabolicznymi, nadciśnieniem tętniczym oraz innymi chorobami wymagającymi leczenia w trybie pilnym w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Podniesienie świadomości zdrowotnej dzieci i rodziców, uczestników programu interwencyjnego. Wprowadzenie prawidłowych nawyków dotyczących diety, zachowań zdrowotnych, aktywności fizycznej w trakcie trwania programu oraz ich utrwalenie po zakończeniu programu. Przekazanie podstawowych kompetencji w zakresie prozdrowotnego stylu życia rodzicom dzieci ze szkół podstawowych i gimnazjalnych z terenu Gdańska.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Dzieci w wieku 6, 10 i 14 lat

Tabela 15 c.d. Charakterystyka Programu Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”

Efekt	Przeprowadzenie kompleksowego badania przesiewowego w populacji 6-, 9-, 11- i 14-latków z Gdańska w trzech kolejnych latach. Przeprowadzenie interwencji przesiewowej i edukacyjnej u około 70% dzieci w wybranych rocznikach. Przekazanie dzieciom indywidualnego planu postępowania zdrowotnego z rekomendacjami dotyczącymi stylu życia w zakresie aktywności fizycznej, żywienia. Wyselekcjonowanie grupy około 7% dzieci z czynnikami ryzyka chorób cywilizacyjnych. Przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej u min. 60% dzieci z otyłością. Redukcja masy ciała dzieci poddanych interwencji (w stosunku do należnych dla wieku i płci) o średnio 5% w czasie trwania interwencji. Utrzymanie pozytywnego efektu zdrowotnego po roku od zakończenia interwencji. Wzrost świadomości zdrowotnej wśród rodziców i dzieci z Gdańska.
Planowana liczba grupy docelowej	26000
Zrealizowana liczba grupy docelowej	24249
% skuteczności	93%
Liczba dzieci poddana dalszym badaniom	1976
Liczba dzieci na wizytach u specjalistów (dane za 2019 rok)	134 (2019)
Komentarz	Program realizowany w koordynacji z projektem „Kierunek Zdrowie”. Wysoka liczba dzieci zrekrutowanych. Program powinien być kontynuowany.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 16. Charakterystyka Programu Prewencja i wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”

PREWENCJA I WYKRYWANIE CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH U NASTOLATKÓW „18+ DLA ZDROWIA”	
Realizator	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
Lata realizacji	2018-2019
Grupa docelowa	młodzież 18+, wcześniejsi uczestnicy Programu 6-10-14
Efekt	Informacja dla objętych programem dotycząca ich stanu zdrowia
Planowana liczba grupy docelowej	2018 – 140 2019 – 2593
Zrealizowana liczba grupy docelowej	2018 – 114 2019 – 785
% skuteczności	2018 – 81% 2019 – 30%
Liczba nastolatków poddana dalszym badaniom	999
Komentarz	W 2018 roku program miał charakter pilotażowy. Po udanym pilotażu w 2019 roku przeprowadzono badanie, które było dobrowolne, stąd nie wszyscy objęci planem uczniowie wzięli w nim udział.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 17. Charakterystyka Programu Gdańsk – Jemy Zdrowo

PROGRAM GDAŃSK – JEMY ZDROWO	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cel główny	Poprawa jakości żywienia dzieci i młodzieży na terenie gdańskich placówek oświatowych oraz poprawa jakości komunikacji dotyczącej żywienia dzieci w przedszkolach i szkołach pomiędzy placówkami a rodzicami i opiekunami.
Lata realizacji	2017-2019
Miernik	Liczba szkoleń i liczba uczestników
Planowana liczba nowych placówek oświatowych	80
Zrealizowana liczba nowych placówek oświatowych	80
% skuteczności	100%
Planowana liczba uczestników szkoleń	400
Zrealizowana liczba uczestników szkoleń	417
% skuteczności	104%
Komentarz	Projekt jest realizowany od 2014 roku. W latach 2017-2019 prowadzono standard żywienia dla stołówek. Realizacja projektu jest wysoko oceniana przez realizatora.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 18. Charakterystyka Programu Kierunek Zdrowie

PROGRAM KIERUNEK ZDROWIE	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cel główny	Promocja zdrowego stylu życia oraz oceny stanu zdrowia, rozwoju psychofizycznego i identyfikacji zagrożeń dla zdrowia dziecka sześciolatniego ze wszystkich szkół podstawowych i przedszkoli miasta Gdańska.
Cele szczegółowe	Edukacja w zakresie zdrowego stylu życia. Identyfikacja czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych. Wykrywanie istotnych zaburzeń w kształtowaniu postawy ciała. Wykrywanie zaburzeń słuchu i nieprawidłowości ostrości widzenia u dzieci. Analiza żywieniowa oraz poradnictwo w zakresie żywienia dzieci. Określenie statusu aktywności fizycznej dziecka. Określenie poziomu sprawności i wydolności krążeniowo-oddechowej dziecka. Poradnictwo w zakresie psychoprophylaktyki rozwoju dziecka. Przesiewowe badanie kompetencji rozwoju psychoruchowego dziecka. Stworzenie indywidualnego Planu Postępowania Prozdrowotnego.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Dzieci w wieku 6 lat
Miernik	Wyniki badań diagnostycznych: masy ciała, słuchu, tkanki tłuszczowej, wad postawy ciała

Tabela 18. c.d. Charakterystyka Programu Kierunek Zdrowie

Efekty	Zwiększenie aktywności fizycznej wśród dzieci i ich rodziców. Wzrost świadomości zachowań sprzyjających zdrowiu. Umiejętność dokonywania prawidłowych wyborów żywieniowych. Umiejętność kierowania stresem. Zaprzestanie narażania dzieci i młodzieży na bierne palenie. Umiejętność utrzymywania prawidłowej masy ciała. Świadomość ważności utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich.
Planowana liczba grupy docelowej	B.d.
Zrealizowana liczba grupy docelowej	6463
% skuteczności	---
Komentarz	Program realizowany w kooperacji z Programem „6-10-14”. Mierniki wykorzystane są w raporcie o stanie zdrowia – na tej podstawie dzieci kierowane do dalszych badań specjalistycznych. Istotny program w miejskiej ofercie w zakresie zdrowia publicznego.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 19. Charakterystyka Programu Gdańska Koperta Życia

PROGRAM GDAŃSKA KOPERTA ŻYCIA	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cele szczegółowe	Trwała zmiana postaw społecznych dotyczących odpowiedzialności za własne zdrowie poprzez upowszechnienie wśród mieszkańców Gdańska idei Koperty Życia. Promocja prawidłowego gromadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej i informacji o zdrowiu. Promocja Gdańskiej Koperty Życia w lokalnym środowisku medycznym oraz współpraca z ratownictwem medycznym.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Mieszkańcy Gdańska
Efekty	Upowszechnienie wśród mieszkańców Gdańska idei Koperty Życia. Promocja prawidłowego gromadzenia i przechowywania informacji o zdrowiu. Promocja Karty Medycznej w telefonie oraz karty ICE. Zwiększenie poczucia bezpieczeństwa w przypadku nagłych zdarzeń zdrowotnych. Zwiększenie efektywności i komfortu pracy ratowników medycznych.
Miernik	Liczba rozdanych kopert oraz liczba uczestników szkoleń
Planowana liczba grupy docelowej	12830
Zrealizowana liczba grupy docelowej	12830
% skuteczności	100%
Liczba planowanych modułów edukacyjnych	75
Liczba wykonanych modułów edukacyjnych	85
% skuteczności	113%
Komentarz	Projekt o istotnym znaczeniu w ramach polityki publicznej w obszarze ochrony zdrowia. Wsparcie dla osób chorych, starszych i samotnych w ich życiu codziennym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 20. Charakterystyka Programu Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora

PROGRAM KOSZYK EDUKACYJNY – ZDROWIE SENIORA	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cel główny	Umacnianie potencjału zdrowotnego gdańskich seniorów poprzez promocję zdrowego stylu życia (edukacja – wykłady i warsztaty).
Cele szczegółowe	Zwiększenie kompetencji niezbędnych do poprawy jakości życia, sprawności poznawczej, odżywiania i aktywności fizycznej w celu świadomego dbania o zdrowie osób po 65. roku życia. Zwiększenie odpowiedzialności za zdrowie osób powyżej 65. roku życia. Zwiększenie motywacji do prowadzenia zdrowego stylu życia przez osoby powyżej 65. roku życia. Wsparcie psychologiczne osób po 65. roku życia. Promowanie „treningu pamięci/gimnastyki umysłu” u osób 65+. Uświadomienie konieczności przestrzegania prawidłowej diety dostosowanej do wieku powyżej 65. roku życia. Ograniczenie lub eliminacja błędnych zachowań żywieniowych w grupie osób po 65. roku życia. Uświadomienie konieczności aktywności fizycznej dostosowanej do wieku 65+. Promowanie aktywności ruchowej osób w wieku senioralnym.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Mieszkańcy Gdańska powyżej 65 roku życia
Miernik	Liczba osób na szkoleniach
Efekty	Lepsze funkcjonowanie poznawcze osób po 65 roku życia. Wzrost świadomości zachowań sprzyjających zachowaniu zdrowia u osób po 65 r.ż. Poprawa samopoczucia i sprawności ruchowej u osób powyżej 65 roku życia. Prawidłowe odżywianie się osób po 65 r.ż. dostosowane do potrzeb zmieniającego się organizmu osoby starszej. Zwiększenie motywacji seniorów do angażowania się w życie społeczne.
Planowana liczba grupy docelowej	1800
Zrealizowana liczba grupy docelowej	4409
% skuteczności	245%
Komentarz	Program cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem ze strony seniorów. Zakładane cele zostały wykonane znacznie ponad założoną normę – wskazana kontynuacja Programu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 21. Charakterystyka Programu Trzeci Wiek w Zdrowiu

PROGRAM TRZECI WIEK W ZDROWIU	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cele szczegółowe	Zmiana behawioralnego profilu zdrowotnego na zdrowy styl życia. Zwiększenie wiedzy dotyczącej procesu starzenia się organizmu oraz edukacja w zakresie metod utrzymywania sprawności psycho-fizycznej. Zwiększenie efektywności działań profilaktycznych i leczniczych poprzez tworzenie prawidłowych relacji pacjent-lekarz. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, stosowanie metod leczenia o udowodnionej skuteczności.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Mieszkańcy Gdańska po 65 r.ż.

Tabela 21 c.d. Charakterystyka Programu Trzeci Wiek w Zdrowiu

Miernik	Liczba osób, które biorą udział w edukacji i zajęciach z aktywności fizycznej
Planowana liczba grupy docelowej	1080
Zrealizowana liczba grupy docelowej	622
% skuteczności	58%
Komentarz	Program cieszący się powodzeniem wśród seniorów mieszkających w Gdańsku. Umożliwia zdobywania wiedzy o procesie starzenia i zachowaniach prospołecznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 22. Charakterystyka Programu Zdrowy Uczni

PROGRAM ZDROWY UCZNI	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cel główny	Promocja zdrowego stylu życia oraz ocena stanu zdrowia, rozwoju psychofizycznego i identyfikacja zagrożeń dla zdrowia dziecka sześciolatniego ze wszystkich szkół podstawowych miasta Gdańska
Cele szczegółowe	Przygotowanie dla każdego uczestniczącego w programie dziecka indywidualnego planu postępowania prozdrowotnego obejmującego określenie zachowań dotyczących zdrowego stylu życia oraz w razie konieczności zlecenie działań kompensacyjnych, korekcyjnych lub konieczności dalszej diagnostyki lub konsultacji specjalistycznej. Plan ten formułowany jest w oparciu o wyniki zestawu badań przesiewowych przeprowadzanych przez specjalistów z Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Uczniowie w wieku 9-11 lat
Miernik	Wyniki badań diagnostycznych: masy ciała, słuchu, tkanki tłuszczowej, wad postawy ciała
Efekty	Zwiększenie aktywności fizycznej wśród dzieci i ich rodziców. Wzrost świadomości zachowań sprzyjających zdrowiu. Umiejętność dokonywania prawidłowych wyborów żywieniowych. Umiejętność kierowania stresem. Zaprzestanie narażania dzieci i młodzieży na bierne palenie. Umiejętność utrzymywania prawidłowej masy ciała. Świadomość ważności utrzymywania prawidłowych relacji międzyludzkich.
Planowana liczba grupy docelowej	B.d.
Zrealizowana liczba grupy docelowej	7021
% skuteczności	---
Komentarz	Program pomaga określić, czy dzieci są gotowe do zmiany swojego stylu życia na zdrowy. Wysokie walory edukacyjne Programu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 23. Charakterystyka Programu Fit Klasa

PROGRAM FIT KLASA	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cele szczegółowe	Projekt Fit Klasa opracowano w formie autorskiego programu zmian dotyczących zajęć gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej realizowanych w gdańskich placówkach oświatowych. Wprowadzone zmiany dotyczą dostosowania formy, objętości i intensywności podejmowanych przez dzieci aktywności do potrzeb zdrowotnych pokolenia XXI wieku. Podstawowym celem zmiany jest zwiększenie u dzieci wysiłków o średniej i wysokiej intensywności, które kształtują sprawność krążeniowo-oddechową, a tym samym obniżają ryzyko chorób sercowo-naczyniowych.
Lata realizacji	2019
Grupa docelowa	Uczniowie szkół podstawowych
Miernik	Liczba nauczycieli oraz liczba dzieci biorących udział w programie
Planowana liczba grupy docelowej: dzieci	1871
Zrealizowana liczba grupy docelowej: dzieci	1757
% skuteczności	94%
Planowana liczba grupy docelowej: nauczyciele	33
Zrealizowana liczba grupy docelowej: nauczyciele	33
% skuteczności	100%
Komentarz	Pilotaż został uznany za udany. Przeprowadzono ankiety oceniające przydatność zajęć w szkole

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 24. Charakterystyka Programu #Zdrowie

PROGRAM #ZDROWIE	
Realizator	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia
Cel główny	Zwiększenie poziomu osobistej odpowiedzialności za zdrowie
Cele szczegółowe	Podniesienie poziomu wiedzy na temat organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zwiększenie umiejętności pozyskiwania wiarygodnych treści dotyczących zdrowia. Podniesienie poziomu wiedzy na temat praw pacjenta. Promocja prawidłowego gromadzenia i przechowywania informacji o swoim zdrowiu. Zwiększenie kompetencji w zakresie postępowania na wypadek konieczności wezwania pogotowia ratunkowego. Zwiększenie liczby osób posiadających ważne informacje o zdrowiu na wypadek nagłych zdarzeń zdrowotnych.
Lata realizacji	2019
Grupa docelowa	Młodzież 17,5-18,5-letnia ucząca się w gdańskich szkołach ponadpodstawowych i ponadgimnazjalnych

Tabela 24 c.d. Charakterystyka Programu #Zdrowie

Efekty	Edukacja dotycząca organizacji służby zdrowia w Polsce, wyszukiwania i korzystania z wiarygodnej, rzetelnej wiedzy (popartej EBM) dotyczącej zdrowia znajdującej w internecie, praw pacjenta, promocja prawidłowego gromadzenia i przechowywania informacji o zdrowiu (Koperta Życia, karta ICE, karta medyczna w telefonie, opasce sportowej). Organizowanie modułów edukacyjnych w postaci 45-minutowych interaktywnych zajęć połączonych z prezentacją multimedialną dla młodzieży ze szkół ponadpodstawowych. Ewaluacja działań za pomocą ankiet.
Miernik	Wyniki ankiety ewaluacyjnej
Planowany wynik ankiety ewaluacyjnej (skala 1-5)	3
Wynik ankiety ewaluacyjnej (skala 1-5)	4,6-4,9
Planowana liczba grupy docelowej	700
Zrealizowana liczba grupy docelowej	782
% skuteczności	112%
Komentarz	Program powiązany z innymi działaniami prowadzonymi na rzecz gdańskich nastolatków. O jego skuteczności świadczyć może wysoki wynik w badaniu ewaluacyjnym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 25. Charakterystyka Programu Szczepienia przeciwko grypie

SZCZEPIENIA PRZECIWKO GRYPIE	
Realizator	Gdańskie POZ wybrane w konkursie
Cel główny	Zmniejszenie zachorowań na grypę kobiet i mężczyzn po 65- tym roku życia mieszkańców Gminy Miasta Gdańska.
Cele szczegółowe	Edukować w zakresie zdrowego i higienicznego stylu życia. Edukować w zakresie znaczenia szczepień ochronnych (profilaktyka). Edukować pod względem zagrożeń wynikających z braku szczepienia. Edukować pod względem postępowania w przypadku wystąpienia NOP. Zapobiegać wystąpieniu grypy u osób po 65. roku życia. Zapobiegać występowaniu powikłań pogrypowych. Przebadać pacjentów po 65. roku życia ze wskazań lekarskich. Zaszczepić przeciwko grypie w przypadku braku przeciwwskazań. Poprawić kondycję fizyczną gdańszczan w okresie „złotej jesieni”. Poprawić zadowolenie gdańszczan z wdrożonych programów zdrowotnych przez UMG.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Osoby 65+
Efekt	Poprawa jakości życia. Zmniejszenie zachorowań na grypę w wybranej populacji. Zmniejszenie powikłań, do których mogłoby dojść na skutek zachorowań. Zmniejszenie kosztów hospitalizacji na skutek powikłań pogrypowych. Zmniejszenie ilości zgonów u osób po 65. roku życia na skutek powikłań pogrypowych.
Miernik	Prowadzenie Listy Uczestników Programu
Planowana liczba grupy docelowej	11453

Tabela 25 c.d. Charakterystyka Programu Szczepienia przeciwko grypie

Zrealizowana liczba grupy docelowej	10693
% skuteczności	93%
Komentarz	Program jest kontynuacją programu z lat 2014-2016. Liczba osób zaszczepionych mogłaby być większa, gdyby nie problemy z dostępnością do szczepionki oraz późnym rozpisanie konkursu. Rekrutacja do programu oraz działania edukacyjne były dobrze prowadzone. Brak możliwości jednoznacznej weryfikacji zmniejszenia kosztów hospitalizacji ani liczby zgonów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 26. Charakterystyka Programu Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat

ZAPOBIEGANIE CHOROBI PRÓCHNICOWEJ U DZIECI W WIEKU 1-6 LAT	
Realizator	4 podmioty z terenu Miasta Gdańska
Cel główny	Ograniczenie o 25% rozwoju choroby próchnicowej w populacji gdańskiej poprzez działania profilaktyczne skierowane do dzieci w wieku 1-6 lat.
Cele szczegółowe	Podniesienie świadomości zdrowotnej rodziców/opiekunów dzieci w wieku 1-3 lat uczestniczących w Programie. Kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci w wieku 1-6 lat. Ograniczenie lęku przed wizytami stomatologicznymi poprzez odpowiednią adaptację dzieci w wieku 1-6 lat. Ograniczenie podatności szkliwa zębów na procesy próchnicowe poprzez profilaktykę fluorkową.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Dzieci w wieku 1-6 lat
Efekt	Podniesienie świadomości zdrowotnej rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie. Kształtowanie postaw prozdrowotnych oraz rozwijanie prawidłowych nawyków higienicznych i żywieniowych wśród dzieci w wieku 1-6 lat. Ograniczenie lęku przed wizytami stomatologicznymi przez odpowiednią adaptację dzieci w wieku 1-6 lat. Ograniczenie podatności szkliwa zębów na procesy próchnicowe przez profilaktykę fluorkową.
Planowana liczba grupy docelowej	Dane TYLKO od 2 podmiotów; nie jest znana łączna liczba grupy docelowej
Zrealizowana liczba grupy docelowej	2003
% skuteczności	---
Komentarz	Program realizowany przez różne podmioty. Oczekiwane efekty powinny być lepsze. Brak danych dotyczących zwiększenia liczby wizyt profilaktycznych w populacji dzieci biorących udział w Programie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 27. Charakterystyka Programu Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego

LECZENIE NIEPŁODNOŚCI METODĄ ZAPŁODNIENIA POZAUSTROJOWEGO	
Realizator	3 podmioty – kliniki wyspecjalizowane w świadczeniu usługi
Cel główny	Leczenie niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego w oparciu o obowiązujące standardy postępowania i procedury medyczne. Poprawa dostępu mieszkańców Gdańska do usług medycznych w zakresie leczenia niepłodności.

Tabela 27 c.d. Charakterystyka Programu Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego

Cele szczegółowe	Obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji miasta Gdańska. Zapewnienie najwyższego standardu standardu leczenia pacjentom, zwiększenie skuteczności leczenia par, u których stwierdzono niepłodność i wyczerpały się inne dostępne metody jej leczenia. Obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów. Zachowanie płodności u kobiet poddawanych leczeniu gonadotoksycznemu. Osiągnięcie korzystnych trendów demograficznych oraz zachowań społecznych.
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Wszyscy mieszkańcy Gdańska z problemami prokreacyjnymi
Efekt	Eliminowanie bądź ograniczenie somatycznych, psychicznych i społecznych skutków niepłodności. Obniżenie odsetka par bezdzietnych w populacji Gdańska.
Planowana liczba grupy docelowej	925 par
Zrealizowana liczba grupy docelowej	583 pary
Liczba ciąż	251
Liczba urodzeń	170
Komentarz	Projekt realizowany zgodnie z wytycznymi. Trudne do określenia stwierdzenie faktu, w jakiej skali osiągnięto korzystne trendy demograficzne. Program realizowany w skali lokalnej między innymi z powodu zaprzestania realizacji na szczeblu ogólnokrajowym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 28. Charakterystyka Programu Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE W ZAKRESIE ZDROWIA PROKREACYJNEGO	
Realizator	2 podmioty z terenu Miasta Gdańska
Cel główny	Zwiększenie dostępu dla mieszkańców Gdańska do opieki psychologicznej na każdym etapie leczenia niepłodności oraz po zakończeniu leczenia medycznego. Dostęp do wsparcia psychologicznego dla osób z utrudnioną prokreacją (po niepowodzeniach położeń). Dostęp do wsparcia psychologicznego w okresie okołoporodowym.
Cele szczegółowe	Obniżenie kosztów ponoszonych przez pacjentów. Prewencja zaburzeń psychicznych, mogących wpływać na decyzje o rodzicielstwie (np. problemów mogących pojawić się po niepowodzeniach położeń). Prewencja zaburzeń psychicznych mogących wystąpić w trakcie diagnozy i leczenia niepłodności, jak i po zakończonym leczeniu (zarówno zakończonym sukcesem, jak i niepowodzeniem). Profilaktyka problemów / zaburzeń psychicznych w okresie okołoporodowym.
Lata realizacji	2018-2019
Grupa docelowa	Wszyscy mieszkańcy Gdańska z problemami prokreacyjnymi
Efekt	Eliminowanie lub ograniczenie psychicznych i społecznych skutków długoterminowej utrudnionej prokreacji. Poprawa jakości życia par długo czekających na dziecko.
Planowana liczba grupy docelowej	140
Zrealizowana liczba grupy docelowej	68
% skuteczności	49%
Komentarz	Program promowany w 2018 roku. Dotarcie do osób i zajęcia psychoterapii realizowane w 2019 roku. Zadanie jest składową programu wsparcia prokreacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 29. Charakterystyka Programu Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów przygotowujących się do porodu

SZKOŁA RODZENIA – ZAJĘCIA DLA KOBIEC CIĘŻARNYCH I ICH PARTNERÓW PRZYGOTOWUJĄCYCH DO PORODU	
Realizator	3 podmioty z terenu Miasta Gdańska
Lata realizacji	2017
Grupa docelowa	Osoby dorosłe (19-64 lata)
Planowana liczba grupy docelowej	Nie wszyscy realizatorzy podają planowaną liczebność grupy docelowej
Zrealizowana liczba grupy docelowej	Nie wszyscy realizatorzy podają zrealizowaną liczebność grupy docelowej
% skuteczności	Ok. 90%
Komentarz	Zadanie nie było realizowane po 2017 roku. Projekt o dużym znaczeniu dla populacji mieszkańców Gdańska – warto rozważyć możliwość jego dalszej realizacji.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 30. Charakterystyka Programu Wsparcie dla kobiet karmiących piersią

WSPARCIE DLA KOBIEC KARMIAJĄCYCH PIERSIĄ	
Realizator	2 podmioty z terenu Miasta Gdańska
Lata realizacji	2017
Grupa docelowa	Osoby dorosłe (19-64 lata)
Planowana liczba grupy docelowej	72
Zrealizowana liczba grupy docelowej	61
% skuteczności	85%
Komentarz	Istotny projekt w miejskiej puli. Dodatkowo realizowane działania edukacyjne. Warto rozważyć jego przywrócenie.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 31. Charakterystyka Programu Edukacja zdrowotna w zakresie zdrowia prokreacyjnego

EDUKACJA ZDROWOTNA W ZAKRESIE ZDROWIA PROKREACYJNEGO	
Realizator	Psyche&Soma&Polis Firma Szkoleniowo-Doradcza Anna Michalska
Cele szczegółowe	Zwiększenie świadomości, podniesienie poziomu wiedzy oraz promowanie zachowań prozdrowotnych młodzieży gdańskich szkół w zakresie zdrowia prokreacyjnego dotyczących m.in. planowania rodziny i metod antykoncepcji, budowania relacji w związku, ryzykownych zachowań seksualnych oraz chorób przenoszonych drogą płciową, przyczyn oraz metod leczenia niepłodności, a także niezbędnych zachowań zdrowotnych i badań przesiewowych.
Lata realizacji	2018-2019
Grupa docelowa	1. Uczniowie pierwszych klas szkół ponadgimnazjalnych (ponadpodstawowych) roczników 2017-2020 2. Uczniowie i uczennice gdańskich szkół ponadpodstawowych oraz rodzice uczniów i uczennic z niepełnosprawnościami

Tabela 31 c.d. Charakterystyka Programu Edukacja zdrowotna w zakresie zdrowia prokreacyjnego

Planowana liczba grupy docelowej	1. Planowane jest objęcie w każdym roczników szkolnych nie mniej niż 30% uczniów. 2. 60 uczniów / 100 rodziców.
Zrealizowana liczba grupy docelowej	1. W 2018 zrealizowano 100% założonego planu; w 2019 zrealizowano 23% planu. 2. Zrealizowano 25% założonego planu.
Komentarz	Ważny program edukacyjny, aktualnie spotyka się z dużą krytyką konserwatywnie zorientowanych przeciwników. Ten fakt negatywnie wpływa na rekrutację do udziału. Wysoki poziom merytoryczny realizatorki.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 32. Charakterystyka Programu Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych

WSPARCIE PSYCHOLOGICZNE DLA OSÓB SEROPOZYTYWNYCH	
Realizator	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Osoby dorosłe (19-64). Osoby powyżej 18. roku życia zakażone wirusem HIV będący mieszkańcami Gdańska.
Planowana liczba grupy docelowej	Liczebność grupy trudna do oszacowania – zmiana pomiędzy latami + różne formy wsparcia (indywidualne konsultacje, grupa wsparcia, turnus terapeutyczno-rehabilitacyjny)
Zrealizowana liczba grupy docelowej	J.w. Grupa osób objętych wsparciem wynosi średnio rocznie w danym działaniu od 5 do 21 osób.
% skuteczności	100%
Komentarz	Zadanie realizowane przez wyspecjalizowaną organizację pozarządową z dużym doświadczeniem. Dobry odbiór realizatora wśród beneficjentów.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 33. Charakterystyka Programu Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach

ZAJĘCIA EDUKACYJNO-PROFILAKTYCZNE NT. HIV/AIDS W SZKOŁACH	
Realizator	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Dzieci i młodzież (7-18), osoby dorosłe (19-64), uczniowie szkół średnich
Planowana liczba grupy docelowej	4100
Zrealizowana liczba grupy docelowej	2753
% skuteczności	67%
Komentarz	Szeroka populacja dzieci i młodzieży objęta zajęciami. Istnieje znacząca potrzeba realizacji działań o podobnym charakterze z uwagi na ryzyko zmniejszania się poziomu świadomości problemu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 34. Charakterystyka Programu Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową

KAMPANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA NT. HIV/AIDS I INNYCH CHOROÓB PRZENOSZONYCH DROGĄ PŁCIOWĄ	
Realizator	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
Lata realizacji	2017-2019
Grupa docelowa	Osoby dorosłe (19-64); studenci
Planowana liczba grupy docelowej	2300
Zrealizowana liczba grupy docelowej	2300
% skuteczności	100%
Komentarz	Potrzebny do realizacji Program. Sprawozdanie klarowne – jasne wskazanie charakteru i celów działań.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 35. Charakterystyka Programu Kampania informacyjno-edukacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!

KAMPANIA INFORMACYJNO-EDUKACYJNA NT. CHOROÓB CYWILIZACYJNYCH TAK WARTO ŻYĆ!	
Realizator	Fundacja EMANDI
Lata realizacji	2019
Grupa docelowa	Mieszkańcy Gdańska
Planowana liczba grupy docelowej	250000
Zrealizowana liczba grupy docelowej	254000
Komentarz	Popularna, profesjonalnie przeprowadzona kampania. Wysoki poziom kompetencji realizatorów, mimo krótkiego stażu.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 36. Charakterystyka Programu Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy

SZKOLENIA Z ZAKRESU PIERWSZEJ POMOCY	
Realizator	2 podmioty z terenu Miasta Gdańska
Lata realizacji	2019
Grupa docelowa	Dzieci od 13 lat, osoby dorosłe
Planowana liczba grupy docelowej	1400
Zrealizowana liczba grupy docelowej	947
% skuteczności	68%
Liczba szkoleń	71
Komentarz	Zadanie dobrze odebrane przez mieszkańców. Wysokie zapotrzebowanie na świadczenie usług z obszaru pierwszej pomocy.

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Polityka w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Perspektywa decydentów i realizatorów

W niniejszym rozdziale zaprezentowana została kompleksowa ocena perspektywy wdrażania Programów. Przedstawione w tej części opracowania wnioski zostały sformułowane w oparciu o indywidualne wywiady pogłębione z decydentami w dziedzinie zdrowia publicznego oraz realizatorami zadań, jakie mieszczą się w ramach Programów.

Konkluzje przedstawione są w podziale na kilka głównych obszarów analizy. W pierwszej kolejności opisany jest kontekst prowadzonych działań, strukturalne uwarunkowania tworzenia i wdrażania polityk w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Następnie charakteryzowana jest organizacja procesu realizacji Programów, a w konsekwencji także specyfika sektora realizatorów oraz charakter oferowanych w ramach Programów usług. Opis ten uzupełniony zostaje o charakterystykę potrzeb i wyzwań w obszarze, jaki jest przedmiotem badania ewaluacyjnego. W zakończeniu przedstawione zostają uwagi na temat jakości procesu, ze szczególnym naciskiem na wątki monitoringu i ewaluacji Programów.

Kontekst polityki promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku

Analizę materiału empirycznego poświęconego opiniom na temat perspektywy wdrażania Programów warto rozpocząć od zarysowania kontekstu prowadzonej polityki. Dotyczą one trzech obszarów: (1) Gdańska jako ośrodka na tle innych polskich miast, (2) przemian społecznych, które są paliwem ewolucji na polu tworzenia polityk oraz (3) działań strategicznych, jakie realizuje Miasto (także w ramach ewaluowanych Programów).

GDAŃSK I INNE OŚRODKI

W wypowiedziach części rozmówców bardzo wyraźnie akcentowana jest kwestia znacznego zaawansowania Gdańska w kwestii polityki promocji i ochrony zdrowia. O Gdańsku mówi się, że jest „wiodącym ośrodkiem”, którego program polityczny w badanym zakresie jest prowadzony w sposób kompleksowy i wieloaspektowy. Gdańska polityka postrzegana jest jako innowacyjna i dostosowana do szeregu potrzeb mieszkańców Miasta.

Gdańsk porównywany jest przede wszystkim do Warszawy i Krakowa, niekiedy też Poznania czy Wrocławia, jako ośrodek z elitarną jakością organizacji systemu zdrowia publicznego. To na bazie gdańskich propozycji inne ośrodki wdrażają analogiczne rozwiązania, oczekując podobnych efektów do tych, jakie zdołał osiągnąć Gdańsk. Gdańsk jest też, jak wynika z relacji decydentów, postrzegany jako ośrodek, któremu przyglądają się specjaliści z innych miast i regionów, próbując zaadaptować dobre praktyki na przykład związane z gotowością do zabezpieczania środków na prowadzenie polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

Można postawić zdecydowanie pozytywną ocenę Gdańskowi. To, jak ja porównuję z innymi miastami, czy gdzieś na konferencjach dyskutuję, to Gdańsk rzeczywiście, no wybija się pozytywnie. W tym sensie, że świadomość konieczności dbania o własne zdrowie i infrastruktury do tego potrzebnej, klimatu do tego stoją na wyższym poziomie. (...) W Gdańsku wydaje mi się, że udało się mieszkańcom przekonać, że rolą jednostki gminnej jest przede wszystkim stwarzanie warunków, w których my możemy... No być zdrowi, czyli dbać o to, żebyśmy mieli tereny zielone, dbać o te wszystkie przestrzenie miejskie, które dzięki temu nas zachęcają do jakiejś aktywności, dbać o to, jak jesteśmy żywieni w szkołach.

Jednocześnie podkreśla się, że bardzo dobra ocena, jaką badani wystawiliby Gdańskowi w badanej sferze, jest w istotnej mierze zasługą zmian, jakie zaszły w okresie ostatnich kilku lat. Znaczenie w tym kontekście ma coraz lepsza jakość myślenia strategicznego, skoncentrowanego na wypracowywaniu rozwiązań o niestandardowym charakterze, zmierzającego do przełamywania myślenia o charakterze sektorowym. Miasto postrzegane jest tym samym jako ośrodek rozwijający politykę w obszarze promocji i ochrony zdrowia, szukający potencjałów we współpracy i starający się znajdować odpowiedzi na zmapowane słabości w prowadzonej polityce.

Należy przy tym pamiętać, że ocena prowadzonej w Gdańsku polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia ma charakter kontekstowy. Miejska polityka jest postrzegana w relacji do polityk prowadzonych przez inne ośrodki, a jak wskazuje kilkoro badanych, jej relatywna siła nie powinna maskować istnienia faktycznych słabości czy występowania obszarów deficytowych. W ocenie jednego z badanych dojrzałość Gdańska na tle innych miast czy regionów nie niweluje konieczności dalszego rozwijania oferty w obszarze, jaki jest przedmiotem ewaluacji w niniejszym opracowaniu.

ZMIANA SPOŁECZNA

Prowadzenie polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia nie może nie uwzględniać kontekstu zmian społecznych, jakich doświadczają współczesne rozwinięte społeczeństwa. Tematyka promocji zdrowia czy zdrowego stylu życia staje się coraz ważniejszym punktem w agendzie systemu ochrony zdrowia. W ocenie badanych szczególnie ostatnie dekady

przyniosły w tym względzie duże zmiany, a ich efektem jest lepszy poziom zrozumienia dla tematyki zdrowia publicznego.

Konsekwencją tej ewolucji jest też wzrost skali działań interdyscyplinarnych i włączanie elementu zdrowia publicznego do polityk sektorowych w innych obszarach. W tym sensie działania, jakie podejmowane są w ramach Programów, mogą docelowo przełożyć się na intensyfikację starań, by zagadnienia zdrowego stylu życia czy odpowiedzialności za zdrowie uczynić bardziej niż dotąd znaczącymi.

Skala możliwości naszego działania (...) jest znacząco większa niż to było 10 lat temu. 10 lat temu to były działania pomijalne. Najważniejsze było budowanie mostów, tworzenie infrastruktury, te sprawy społeczne. A te związane ze zdrowiem były w ogóle marginesem. Traktowano to tak, że okej, zdrowie to wartość ważna, ale generalnie za nią odpowiada Minister Zdrowia, NFZ i sektor ochrony zdrowia. A ta zmiana, o której mówię, (...) polega na tym, że w końcu uznano, i to się przyjęło, ludzie zaczęli to rozumieć, że tworzenie ścieżek rowerowych wpływa na sposób funkcjonowania ludzi, na zwiększenie aktywności fizycznej, która będzie skutkowała w przyszłości niższym przyrostem chorób sercowo-naczyniowych. Czyli zaczęto łączyć pewne punkty.

Zdaniem badanych zajmujących się naukowo tematyką promocji i ochrony zdrowia rosnąć będzie znaczenie stylu życia jako czynnika warunkującego jakość życia. Panuje przekonanie, że ludzkie zachowania mają stać się kluczowym kryterium pozwalającym na wydłużenie średniej długości życia, w tym także lat przeżytych w zdrowiu. Ta zmiana wymaga jednak przede wszystkim rewolucji w sferze świadomości społecznej i zwiększenia odpowiedzialności za prowadzenie zdrowego stylu życia – podejmowania aktywności fizycznej czy też wypracowania odpowiednich zwyczajów żywieniowych oraz dbałości o odpowiednią ilość wypoczynku.

Z uwagi na specyficzny moment realizacji badania w trakcie rozmów sygnalizowano, że czynnikiem wpływającym na akcent w polityce zdrowotnej mogą być konsekwencje wynikające z rozprzestrzeniania się pandemii COVID-19. Wskazuje się tu na przykład na konieczność tworzenia programów mających na celu zwiększenie zakresu świadczeń w obszarze zdrowia psychicznego (z uwagi na wzrost skali problemów takich jak depresja czy wycofanie społeczne). Epidemia koronawirusa może stać się, jak wskazuje kilkoro badanych, punktem odniesienia dla uprawiania polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Miałyby bowiem przyczynić się do redefinicji roli agend państwowych w procesie dbałości o zdrowie publiczne, w tym przede wszystkim o zdrowy styl życia.

Wspomniany wyżej czynnik świadomości uważa się niemal powszechnie za kluczowy z punktu widzenia skutecznego programowania i wdrażania polityk w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Budowanie świadomości na temat wagi problemu zdrowego stylu życia traktowane jest jako klucz do poprawy jakości życia. Badani generalnie zgadzają się, że społeczna świadomość kwestii promocji i ochrony zdrowia ulega stopniowej poprawie, jednocześnie sygnalizując, że

zmiana ta nadal jest niewystarczająca, a do tego podkreślając, że w ślad za rosnącym poziomem świadomości w ograniczonym jedynie stopniu podąża praktyka wdrażania zmian do codziennego życia.

Myślę, że gdybyśmy to zbadali, to (...) 50% to by byli ludzie, którzy by byli zorientowani na świadomość w zakresie zdrowia publicznego. I to by było dużo, dużo wyżej niż jakieś 20 lat temu jeszcze. Część to będzie odsetek niski, który w ogóle nie przykłada do tego wagi. I będzie też oczywiście taki odsetek ludzi, którzy są skrajnie zorientowani. Ta waga też wynika pewnie z różnych osobistych, osobowościowych uwarunkowań, które powodują, że tak też ludzie reagują. Ale generalnie ta świadomość się podnosi. Ludzie więcej myślą, dbają więcej, wiedzą więcej, oczekują więcej, domagają się więcej. Mają większą świadomość też swoich praw, większe oczekiwania wobec rządzących.

Rzeczywiście w tej chwili mieszkaniec Gdańska jest osobą, która ma dużą większą świadomość, ale też dużo większe oczekiwania, jeśli chodzi o jakość świadczonych usług. Staramy się, żebyśmy spełniali oczekiwania mieszkańców, bo rzeczywiście no troszeczkę i świadomość, i oczekiwania się zwiększają. (...) Ale z takich ankiet, które są przeprowadzane u nas ewaluacyjnie, to mimo wszystko, mimo dostępu do różnych portali, edukacyjnych platform, to (...) rzeczywiście gdzieś tam się pojawiają obszary, w których okazuje się, że można dokonać zmian dotyczących stylu życia.

Ciekawe refleksje praktyczne dotyczące kwestii poziomu świadomości zdrowotnej mają realizatorzy prowadzonych w ramach Programów zadań. Z ich relacji wynika, że poziom świadomości problemów zdrowotnych wśród mieszkańców Gdańska jest bardzo zróżnicowany i w dużej mierze zależy od typu usługi, jaka jest świadczona. W przypadku szczepień przeciwko grypie zauważalny jest wysoki poziom zainteresowania oferowaną usługą wśród seniorów, co wydaje się być między innymi konsekwencją świadomości zagrożeń, z jakimi borykać się mogą osoby starsze, które zachorują na grypę. Budowanie potencjału wiedzy o prozdrowotnych korzyściach szczepień sukcesywnie się zwiększa, choć jednocześnie istnieje grupa mieszkańców, która stanowczo odmawia brania udziału w projekcie.

W przypadku działań mających na celu ograniczenie problemu nadmiernej masy ciała u dzieci rodzice bywają zaskoczeni przedstawianą im diagnozą. Jednocześnie jednak systematycznie maleje problem niezrozumienia potencjalnie negatywnych konsekwencji, jakie wiążą się na przykład z dziecięcą otyłością. Zróżnicowany jest poziom świadomości młodzieży na temat chorób przenoszonych drogą płciową. O ile rośnie on w przypadku zagrożenia zakażenia wirusem HIV, jest niski w przypadku innych jednostek chorobowych (na przykład kiły). Co więcej poziom praktycznej wiedzy młodych ludzi o bezpiecznych zachowaniach seksualnych również nie jest wysoki. Analogiczna sytuacja dotyczy skali świadomości w zakresie problemu udzielania pierwszej pomocy. Realizowane szkolenia pozwalają jednak w sposób znaczący, a przy tym w krótkim czasie, podnieść poziom wiedzy i umiejętności w tym obszarze.

DZIAŁANIA STRATEGICZNE

W ocenie rozmówców realizacja polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia powinna mieć charakter systemowy – nie być ograniczona do sfery określonego programu zdrowotnego czy pomysłów legislacyjnych. Kluczowe znaczenie ma jasno określony cel i wizja zmiany, w ramach której współistnieją, między innymi, gęsta sieć infrastrukturalna, sensownie rozplanowane działania edukacyjne, przemyślana polityka promocyjna i wiele innych elementów. Wszystkie one powinny, jak sugerują badani, podkreślać indywidualną rolę mieszkańców w kształtowaniu własnego zdrowia i zapraszać ich do aktywnego uczestnictwa w miejskiej ofercie. Działania te wymagają też stałej, regularnej profesjonalizacji, by efekty polityki były w miarę możliwości jak najszerze, a korzyści, jakie płyną z działań w obszarze promocji i ochrony zdrowia, odczuwać mogli wszyscy adresaci.

W takim rozumieniu miejskie Programy postrzegane są jako „miękką” część całościowej strategii Miasta Gdańska – ich wykonawczy element, forma zoperacjonalizowania zapisanych w miejskiej wizji strategii założeń. Na istnienie przemyślanych powiązań w sieci miejskich polityk wskazują też badani odwołując się do raportów z realizacji Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport. Ten rodzaj działań podawany jest jako przykład udanego przełamania myślenia silosowego i zwrotu w kierunku polityki akcentującej wymiary horyzontalny i interdyscyplinarny. Rozmówcy uważają też, że Programy są spójne z założeniami dokumentów strategicznych na poziomie wojewódzkim i krajowym.

Uważam, że w tej chwili polityka Miasta jest bardzo spójna. Każdy program ząbca się i można powiedzieć, że praktycznie cała populacja w tej chwili jest objęta tymi działaniami zdrowia publicznego. Od maluchów do seniorów. Płynnie przechodzą jeden program w drugi. (...) Wydaje mi się, że to są spójne działania, przeplatające się i rzeczywiście można powiedzieć, że wyczerpują zapotrzebowanie.

Elementem zmiany systemowej w całym obszarze zdrowia publicznego ma być, w opinii rozmówców, zwiększenie nacisku na prowadzenie działań o charakterze profilaktycznym. Gotowość do zapobiegania i przeciwdziałania występowaniu problemów zdrowotnych uważa się za bardzo istotną część całego systemu ochrony zdrowia na poziomie lokalnym, wykonanie „kroku w przód” ku lepszej jakości zdrowia publicznego.

Za mocny punkt gdańskiej polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia uważane jest także prowadzenie miejskich Programów zgodnie z obowiązującymi wytycznymi, przede wszystkim z uwzględnieniem opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Problematiczne jest jednak relatywnie słabe umocowanie formalno-prawne realizacji Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020, przede wszystkim, jeśli skalę tego umocowania porówna się na przykład z Wieloletnim Ramowym Programem Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska na lata 2017-2020. Badani podkreślają w tym kontekście

przede wszystkim dwie kwestie: (1) ograniczoną moc sprawczą Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego oraz (2) brak istnienia struktury zarządczej Programem.

W rozmowach z badanymi poruszany był także wątek skali realizacji celów szczegółowych GPPZiPCC. Rozmowa na ten temat nie pozwala na jednoznaczną ilościową charakterystykę faktycznej skali realizacji celów. Wnioski z rozmów umożliwiają natomiast przedstawienie ogólnych konkluzji, jakie płyną z wyrażanych w wywiadach ocen.

W przypadku obszaru profilaktyki (cel szczegółowy 1), czyli zmniejszenia ryzyka występowania schorzeń, rozmówcy podkreślają wagę wielości podmiotów, które mogą realizować w skali Miasta różne działania. Sygnalizują jednak równocześnie trudność w dokonaniu oceny, w jakiej skali ten cel udawało się w latach 2017-2019 realizować. Wątpliwości w odniesieniu do potencjalnej oceny wynikają też z tego, że z uwagi na skończoną pulę zasobów ograniczona jest również skala realizowanych działań. Inna z uwag dotyczy potrzeby doprecyzowania wskaźników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych oraz przygotowania narzędzi do ich mierzenia.

Robimy badania otyłości? Robimy. Robimy grype? Robimy. Te jednostki chorobowe gdzieś tam zaopatrujemy, a realnie pewnie więcej. No to się to przyczynia. Czy generalnie dla populacji ogólnej? No pewnie nie, bo środki i działania, które byśmy musieli podjąć są dużo większe, żeby to realnie zmieniło całość populacji.

W obszarze promocji zdrowia (cel szczegółowy 2), skoncentrowanym wokół zwiększania wiedzy i umiejętności w zakresie wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie, badani dostrzegają prowadzenie działań, których realizacja ma skutkować osiągnięciem założonego celu. Niektórzy z rozmówców podkreślają, że przedsięwzięcia z tego obszaru są powszechne, co z kolei miałyby docelowo świadczyć o skuteczności realizacji celu. Ponownie porównuje się tu działania prowadzone przez Gdańsk z tymi, jakie podejmowane są w innych ośrodkach, wskazując na przewagę Gdańska. Warto podkreślić, że działania w obszarze promocji zdrowia są związane z działaniami w obszarze edukacji zdrowotnej (cel szczegółowy 3), które dotyczą rozwijania kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach.

Obszar koordynacji (cel szczegółowy 4) akcentuje kwestie podnoszenia efektywności i skuteczności Programu. W tym kontekście podkreśla się znaczenie stopniowej zmiany (na lepsze) jakości koordynacji w ramach Programu. Akcentowany jest wzrost jakości sieciowania i gotowości na łączenie działań, zwiększanie komplementarności oddziaływań w zakresie promocji i ochrony zdrowia oraz poszukiwania partnerów do realizacji wspólnych projektów. Zmiana polega też na przechodzeniu z modelu konkurencji do modelu współpracy – działania w ramach „jednej drużyny” i rozszerzania działań (a nie ich powielania).

Organizacja ram funkcjonowania Programów

Dla jakości funkcjonowania polityk kluczowe znaczenie ma ich umocowanie strukturalne, ale też sam sposób ich organizacji. W tym obszarze szczególnie istotne znaczenie ma pięć obszarów. Są to: (1) uwarunkowania systemowe i strategia zarządzania polityką, (2) charakterystyka współpracy i logika działań interdyscyplinarnych, (3) dostępność usług, (4) specyfika procedur konkursowych oraz (5) ocena współpracy z Koordynatorem.

UWARUNKOWANIA SYSTEMOWE

Jedną z podstawowych zasad, jakie kierują organizacją Programów, jest oparcie realizacji zadań w istotnej mierze na możliwościach lokalnych podmiotów medycznych. To one bowiem są w stanie świadczyć usługi, które składają się obecnie na kształt Programów. Z tą sytuacją wiąże się jednak kilka zasadniczych trudności. Po pierwsze, podmioty medyczne mogą nie być przygotowane do realizacji zadań w takiej formie, jakiej oczekuje Miasto. Przyzwyczajone do innego trybu pracy mogą niechętnie adaptować się do oczekiwań, jakie formułuje się w stosunku do nich w przypadku projektów realizowanych ze środków, którymi dysponuje lokalny samorząd. Po drugie, Koordynatorowi może być trudno, z uwagi na specyfikę funkcjonowania podmiotów medycznych, kontrolować jakość wykonywanych świadczeń – monitorować skalę realizacji zadania czy weryfikować skuteczność rekrutacji do korzystania z danej usługi. Po trzecie, trudność wynikać może z ograniczonej motywacji podmiotów medycznych do angażowania w projekty o niewielkiej, jak na zakres ich działania, skali finansowania.

Dla większości podmiotów leczniczych to jest jedna z wielu rzeczy, które robią. To nie jest ich główna rzecz i one się na tym głównie nie skupiają. Jeśli mają robić szczepienia, to robią to przy okazji. Mają za to dodatkowych parę złotych. Ale jeśli jakkolwiek problem się pojawia, to będą z tego rezygnować, bo im się nie będzie chciało na tym skupiać. (...) Nawet jeśli mówimy o dużym programie, typu „6-10-14”, no to w skali UCK budżet programu rządu miliona złotych rocznie, to jest jakiś pomijalny budżet. Tym bardziej, że UCK nie ma z tego żadnego realnego zysku finansowego. Być może trochę poza prestiżem, może trochę rozpoznawalnością, dobrymi relacjami z Miastem. (...) I tak to jest też mniej więcej traktowane. Póki tego typu działania nie przynoszą problemu, to niech to sobie działa. Możemy raz na jakiś czas się tym pochwalić.

Instytucje niebędące podmiotami medycznymi stanowią mniejszość w gronie realizatorów. Z reguły są to też organizacje działające na niewielką skalę. One również mogą mieć trudność w byciu przygotowanym na realizację zadań w ramach Programów. Deficyt doświadczenia i wykwalifikowanej kadry generuje większe ryzyko niższej jakości przeprowadzenia zadania i świadczenia usługi.

Niezależnie od tych trudności w ocenie badanych kluczowe z punktu widzenia zapewnienia wysokiej jakości oferty w ramach Programów jest oparcie ich działania o profesjonalnych

organizatorów zdrowia publicznego. Ta rola należeć miałyby do ekspertów, doradców i planistów, gotowych z jednej strony sprawnie zarządzać projektami, z drugiej zaś – przewidywać trendy zmian w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Część rozmówców uważa, że jednostką w największym stopniu przygotowaną – zarówno merytorycznie, jak i organizacyjnie – do pełnienia roli faktycznego koordynatora GPPZiPCC jest Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.

Całe zaplecze intelektualne, od pomysłu, jak Program powinien wyglądać, po jego wdrożenie, bieżące monitorowanie i ewaluację powinno w mojej opinii wychodzić od jednostki dedykowanej, bo tak pokazują dobre praktyki, że to rzeczywiście gdzieś tam się sprawdza. Oczywiście można iść w drugą stronę, czyli tworzenie silnego ośrodka wśród urzędników, ale zawsze w jednostce samorządowej będzie łatwiej czy prościej zaangażować zewnętrznych ekspertów, którzy mają coś zrobić niż zrobić to bezpośrednio w strukturze urzędowej. (...) Strukturalnie najlepszym rozwiązaniem byłoby oparcie tego o zewnętrzną jednostkę, taką jak Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia, co mogłoby dać najlepsze efekty z perspektywy efektywności wydatkowania środków.

Sposób działania systemu promocji i ochrony zdrowia na szczeblu lokalnym poprawia się. Badani doceniają jego profesjonalizację (na przykład szybsze procedury konkursowe, działanie systemu Witkac.pl) i potencjał – zarówno instytucjonalny, jak i ludzki. Za mocną stroną uważane jest też wsparcie ze strony jednostek akademickich, mogących zaoferować naukowe know-how. Ten potencjał sprawia, że, jak sugeruje jeden z rozmówców, „jest na czym budować”, realizując politykę w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Nie do końca wykorzystanym potencjałem wydaje się natomiast działanie Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, czyli organu opiniująco-doradczego funkcjonującego przy Prezydencie Miasta Gdańska. Rada ma duże znaczenie w wyznaczaniu strategicznych kierunków polityki Miasta w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Pomaga na przykład we wskazywaniu ekspertów w dziedzinach, w których mają być projektowane nowe rodzaje usług. Pełni przy tym, jak sugeruje jeden z badanych, rolę superwizora dla projektów wchodzących w skład Programu. Jednocześnie sami członkowie Rady wyrażają pogląd, że mogłaby ona być ciałem bardziej aktywnie zaangażowanym na rzecz kształtu miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

Gdańska Rada Zdrowia Publicznego powinna być gdzieś tam konsultująco-nadzorującym ciałem, ale raczej często jest takim kółkiem wzajemnej opinii. (...) Są różnego rodzaju ciała, gdzie się rozmawia, komunikuje i ustala, tylko często decyzje ostateczne podejmowane są obok, albo tylko informując te ciała i organy doradcze. Żeby też było jasne, one, te organy też się raczej nie wyrwywiają z robotą same z siebie chętnie, no bo dla większości osób, które tam uczestniczą, to jest jakaś dodatkowa praca, dodatkowa robota, którą oni muszą robić. I oni oczywiście chętnie przyjdą i porozmawiają, natomiast w momencie, kiedy się wrzuca coś do zrobienia twardego, to już jest dużo trudniej uzyskać, że tak powiem, efekty końcowe. Bo to też wynika z tego, że to nie jest ich główny obowiązek.

Być może jest problem z rozpoznaniem, czemu Rada ma służyć. Mam takie troszeczkę wątpliwości. (...) Nie było takiego chyba miejsca rzeczywistego na słuchanie, co ta Rada ma do powiedzenia. (...) Wydaje mi się, że to wymaga przemyślenia jakiegoś, na nowo umocowania, zastanowienia się...

Bo można było mieć wątpliwości, po co my nieraz się spotykamy. W sumie nieraz jesteśmy jakimś gremium ad vocem, bo Miasto z czymś ma jakiś problem i do nas się zwróciło, ale z drugiej strony, jak Miasto coś planowało, w sensie chciało coś nowego zrobić, to z kolei nas nie pytano. (...) Z pół roku temu ostatnio chyba było spotkanie. Jakieś problemy z terminem, ktoś tam coś nie mógł, potem to było odwołane. No to się jakoś tak rozmywało koniec końców.

WSPÓŁPRACA MIĘDZYINSTYTUCJONALNA

Jakość polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w dużym stopniu zależy od charakteru, skali i efektywności współpracy. Znaczenie ma tu skuteczna koordynacja działań między różnymi aktorami zaangażowanymi w proces tworzenia polityki, do tego na różnych polach i w różnych obszarach.

Wagę kwestii współpracy dostrzega większość realizatorów zadań, jakie wchodzi w skład Programów. Pomaga to między innymi w budowaniu lepiej dopasowanych do potrzeb odbiorców usług, ale też ułatwia bieżącą koordynację realizacji zadania. W ten sposób możliwa jest na przykład wymiana uwag o trudnościach w prowadzeniu danego projektu czy ich potencjalnych rozwiązaniach. Współpraca nie ogranicza się przy tym do Gdańska – podmioty mogą funkcjonować w sieciach regionalnych czy ogólnopolskich, co znacząco ułatwia wymianę doświadczeń na szerszą niż tylko lokalną skalę. Istotne jest też, choć z pewnością także trudniejsze, by współpraca była podejmowana, gdy dwa podmioty teoretycznie mogą konkurować o zasoby (na przykład w procesie rekrutacji beneficjentów).

W opisywaniu charakterystyki współpracy wyróżnić można kilku jej głównych aktorów. Są to przede wszystkim Koordynator Programów, wybrane do realizacji podmioty oraz odbiorcy (zarówno rozumiani jako instytucje oraz osoby prywatne). Duże znaczenie ma budowanie warunków wzajemnej współpracy wraz z upływem czasu, „docieranie się” partnerów. Tak jest choćby we współpracy Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia i gdańskich placówek edukacyjnych. Grupą docelową wielu projektów są dzieci i młodzież, a żeby zrekrutować je do udziału w poszczególnych przedsięwzięciach, niezbędne jest zbudowanie dobrej relacji z instytucją, która może w tym procesie wziąć aktywny udział. Aby projekty zyskiwały walor populacyjny, niezbędne jest też zaplanowanie procesu współpracy ze szkołami na szeroką skalę, czyli przy współdziałaniu z dużą liczbą szkół.

W praktyce o przebiegu współpracy decydować będzie dobra relacja między koordynatorami (osobami odpowiedzialnymi za zarządzanie poszczególnymi projektami) a reprezentantem bądź reprezentantką szkoły, czyli osobą, od której w znacznej mierze zależy charakter, skuteczność i sprawność procesu. Pod tym względem realizatorzy zbierają różne doświadczenia.

Powiem szczerze, że ci koordynatorzy są naszymi albo najlepszymi sprzymierzeńcami, albo słabymi ogniwami. Widzimy ogromną różnicę po szkołach, jak może wyglądać frekwencja w danej szkole

w zależności od tego, jak jest zaangażowany nauczyciel, ten koordynujący (...) Szkoły, w których jest dobry koordynator, zaangażowany, ma fajny sposób pracy, to ta frekwencja jest bardzo dobra, a mamy szkoły, w których po kilka razy powtarzamy koordynatorowi, w której grupie ma rozdać ankiety, z kim ma rozmawiać, jak ma to zorganizować. (...) W tych szkołach, gdzie to działa gorzej, koordynator zawsze się powołuje na to, że to się nie da, że on już zrobił wszystko, że zapytał, że ma trudną młodzież, trudnych rodziców, którzy nie chcą. Ale my widzimy, że to tak nie działa, bo nagle, rok później, w tej samej szkole, która funkcjonuje mniej więcej w tym samym miejscu, bo nie przeniosła się w inne miejsce, to jest cały czas ta sama szkoła... Okej, roczniki się mogą różnić. Ale zmienił się koordynator i widzimy, że frekwencja jest diametralnie różna.

Niektóre zadania realizowane są w ścisłej współpracy dwóch lub więcej podmiotów, lub też ich zakresy są do siebie zbliżone. Taką korespondencję widać na przykładzie Programów: „Kierunek Zdrowie” i „Zdrowy Uczeń” (podmiot prowadzący: Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia) oraz Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” (podmiot prowadzący: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne). Diagnoza dzieci pod kątem występowania nadmiaru masy ciała w dwóch pierwszych zadaniach umożliwia, po wyrażeniu zgody przez rodziców, przekazanie danych jednostce, która prowadzi dedykowaną ścieżkę wsparcia dla wybranej grupy dzieci i młodzieży.

Wymiana doświadczeń, poszukiwanie nowych rozwiązań i planowanie działań w sieciach stanowi podstawę współpracy nakierowanej na interdyscyplinarność. Badani podkreślają, że w obszarze promocji i ochrony zdrowia kluczowe znaczenie należy przypisać działaniom podejmowanym w zespołach złożonych z ekspertów różnej specjalności – w tym lekarzy, psychologów i specjalistów ds. aktywności fizycznej. Istnienie ośrodków zapewniających takie zaplecze intelektualne i merytoryczne, jednocześnie stanowiących zaplecze dla innych realizatorów, uważane jest za fundament prowadzenia skutecznej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

DOSTĘPNOŚĆ USŁUG

Organizacja polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia musi uwzględniać kwestię dostępności usług. Jej poziom jest zróżnicowany w zależności od wielu czynników, przede wszystkim zakładanych środków na realizację danego celu, jakości pracy realizatorów czy popytu na daną usługę. Warto jednak przyjrzeć się, niezależnie od opinii beneficjentów, perspektywie osób w praktyce działających w celu zapewnienia dostępu do poszczególnych usług.

Wielu rozmówców stoi na stanowisku, że wprawdzie dostępność do usług poprawia się, ale zasadne byłoby konsekwentne zwiększanie skali oferty. „Jest dobrze, ale mogłoby być lepiej”, mówi jeden z badanych, sygnalizując, że w przypadku szeregu usług (szczepienia przeciwko grypie, zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci, wsparcie dla par spodziewających się dziecka) zasadne byłoby podejmowanie starań o zwiększenie zakresu dostępności do usługi.

W przypadku procedury zapłodnienia pozaustrojowego sugeruje się na przykład możliwość zwiększenia skali realizacji zadania o około 20% – o tyle większe miałyby być zainteresowanie usługą ze strony beneficjentów. Korzystne dla beneficjentów jest natomiast to, że do korzystania z usługi można zgłaszać się przez cały czas trwania Programu.

Problemy z dostępnością mogą wynikać z ograniczonej liczby konsultacji przeznaczonych na jednego beneficjenta. Wynika to ze specyfiki ograniczonego czasu, w jakim świadczona jest usługa. Jest tak między innymi w przypadku świadczenia wsparcia psychologicznego w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Realizatorki z tego obszaru starają się jednocześnie, by czas oczekiwania na możliwość korzystania z usługi był w miarę możliwości jak najkrótszy.

Na ten rok przewidziane jest ponad 100 godzin konsultacji. To się może wydawać dużo, ale w sytuacji, kiedy mamy zarezerwowane 10 godzin na pacjenta, no to to jest tak naprawdę kilkanaście osób, które mogą przejść pełen cykl. Jest tak, że nie wszyscy pacjenci korzystają z pełnego cyklu, niektórzy chcą przyjść na 3-4 konsultacje. Wtedy oczywiście skorzysta więcej osób.

Szkolenia z pierwszej pomocy są z kolei przykładem usługi, która, jak sygnalizuje jeden z rozmówców, adresowana jest do wszystkich mieszkańców, ale największą popularnością cieszy się wśród seniorów. Z tego względu to tę grupę gdańszczanek i gdańszczan można uważać za głównego adresata oferty w tym obszarze.

Istotne znaczenie w kontekście dostępności usług ma czynnik geograficzny. Część badanych uważa, że na poziom dostępności usług wpływa miejsce ich świadczenia. W efekcie w dzielnicach o słabszym nasyceniu instytucjami, które realizują zadania w ramach Programów, niższy jest też poziom dostępności usług. O ile niektóre zadania są realizowane w placówkach rozsianych na terenie całego Miasta (na przykład szczepienia przeciwko grypie), w przypadku innych takie możliwości są bardziej ograniczone. Wynika to przede wszystkim z uwarunkowań strukturalnych, czyli tego, jaki realizator (i w jakiej lokalizacji) koordynuje dane zadanie.

W przypadku wielu usług podkreśla się, że na ich dostępność wpływ ma czas ich świadczenia. Sygnalizuje się tu na przykład, by z oferty można było korzystać w godzinach późnopołudniowych czy w weekendy. W trakcie realizacji badania refleksje na temat skali dostępności do usług z obszaru promocji i ochrony zdrowia dotyczyły także ograniczeń związanych z rozprzestrzenianiem się pandemii COVID-19. Na ograniczoną dostępność do usług wpływ ma też przerwa między okresami trwania konkursów ofert na realizację poszczególnych zadań określonych w Programach.

PROCEDURY KONKURSOWE

W przypadku procedur konkursowych za szczególnie ważną uważana jest możliwość wieloletniego finansowania zadań. Dzięki temu realizatorzy mają większą łatwość planowania sposobu świadczenia usługi. Mogą przygotować ofertę na relatywnie długi okres, jednocześnie zachowując pewien poziom elastyczności w procesie zarządzania zadaniem. Wprowadzenie zmiany polegającej na wydłużeniu okresu jego trwania ocenia się jako istotny krok w kierunku profesjonalizacji polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Po stronie Koordynatora główne wątpliwości związane z oceną ofert, jakie wpływają do Miasta w ramach konkursów, dotyczą nieprecyzyjnych zapisów w składanych wnioskach. W efekcie komisje konkursowe mogą mieć wątpliwości, jaki jest zamysł wnioskodawcy na realizację danego zadania. Dotyczy to na przykład rekrutacji uczestników, niekiedy opisywanej lakonicznie, w sposób, który utrudnia ocenę tego punktu we wniosku.

Wśród kryteriów, jakie bierze się pod uwagę, podejmując decyzje o wyborze ofert do realizacji, znajdują się przede wszystkim: (1) poziom merytoryczny oferty, (2) spójność strukturalna proponowanego do realizacji działania, (3) poziom doświadczenia realizatora, (4) skala wcześniejszej współpracy oraz (5) innowacyjny charakter działania. Wszystkie te kryteria, w większym bądź mniejszym stopniu, podlegają arbitralnej ocenie. Celem jest wyłonienie takich ofert, które zagwarantują możliwie jak najwyższy poziom jakości realizacji zadania.

Indywidualny komentarz: Nie chodzi o to, żeby wybierać kogoś, kogo znamy i lubimy, tylko jak to wcześniej było prowadzone. Ale to nie jest też tak, że dyskwalifikujemy kogoś nowego na początku. Że nie chcemy, bo nie wiemy, jak się sprawdzi. (...) Możemy przyznać środki podmiotom, które są nowe, żeby dać im szansę i zobaczyć, jak się wykażą. Na pewno nie chcemy monopolu, że ktoś to bierze wszystko. (...) Im ciekawsza, bardziej rozbudowana oferta z bardziej innowacyjnymi sposobami, tym mam wrażenie, że dostaje więcej punktów i otrzymuje dofinansowanie. Liczy się też doświadczenie oferenta w przeprowadzaniu takich zadań wcześniej, no i czy to jest spójne i spełnia wymagania, które były postawione w zarządzeniu. (...) Oferenci czasami nie wnioskują o całą kwotę, bo zdają sobie sprawę, że nie mają takiej mocy przerobowych. Nie mają takiego doświadczenia i kadry, która pozwoliłaby im to zrobić.

Pytani o adekwatne kryteria wyboru ofert w konkursach realizatorzy zgadzają się co do zasady z przyjętymi i stosowanymi w tym obszarze rozwiązaniami. Podkreśla się przede wszystkim znaczenie czynnika merytorycznego jako głównego kryterium wyboru ofert. Znaczenie mają tu mieć kwalifikacje i doświadczenie osób realizujących zadanie (na przykład liczba przeprowadzonych szkoleń, otrzymane wcześniej referencje). Jednocześnie część realizatorów podkreśla, że ważne byłoby, by decydujące znaczenie w kontekście meritum miało nie tyle wypełnienie szczegółowych wytycznych konkursowych, co raczej przedstawienie własnej wizji realizacji pomysłu.

WSPÓŁPRACA Z KOORDYNATOREM

Stosunek realizatorów do procedur konkursowych jest ważnym, choć nie jedynym, kryterium oceny jakości współpracy z Koordynatorem Programów. Ocena ta dotyczy wielu wymiarów i jest zróżnicowana w zależności od usługi i doświadczeń, jakie poszczególni realizatorzy zebrali w trakcie prowadzenia własnych projektów w ramach Programów.

Przy ocenie jakości współpracy wielu realizatorów podkreśla, że była ona dobra, a koordynacja zadania we współdziałaniu z Koordynatorem przebiegała sprawnie. Docenia się między innymi to, że umowy jasno precyzują, jak dane zadanie ma być realizowane, a u Koordynatora docenia elastyczność i umiarkowaną skalę oczekiwań, jeśli chodzi o formalną sprawozdawczość. Pozytywnie oceniana jest kwestia procedur, jakich spełnienia oczekuje od realizatorów Koordynator, a także czas reakcji w związku z koniecznością rozwiązywania ewentualnych problemów, jakie mogą wiązać się z realizacją zadania.

Bardzo sprawnie to szło. Faktycznie Wydział Rozwoju Społecznego tutaj najczęściej się z nami, czy my z nimi, kontaktowaliśmy. (...) Działanie było bardzo otwarte, można było zawsze zadzwonić i zapytać, czy my dobrze rozumiemy, to co jest w mailu czy w Witkacu. Na etapie raportu również wielkie otwarcie ze strony urzędników.

To jest wsparcie techniczne, organizacyjne, informacyjne. Często wymieniamy się, jak jest taka potrzeba, jeśli są jakieś sytuacje, że coś zagraża realizacji danego programu albo widzimy, że są jakieś problemy, czy przewidujemy jakieś problemy, to oczywiście, kontaktujemy się. Też ze strony urzędu się z nami kontaktują, żeby w trakcie realizacji programu dowiedzieć się, jak to wygląda, czy są jakieś problemy, czy coś zagraża temu, że program nie zostanie zrealizowany.

W wywiadach badani – niezależnie od faktycznego stosunku do Koordynatora – formułowali uwagi, które mogą posłużyć do wprowadzenia ewentualnych modyfikacji istniejącego systemu komunikacji z realizatorami i świadczonego im wsparcia.

Najczęściej formułowana uwaga dotyczy czasu ogłaszania procedur konkursowych, a co za tym idzie, okresu, który pozostaje podmiotom na realizację zadań. Wielu realizatorów uważa, że decyzja o przyznaniu środków następuje późno w stosunku do okresu, jaki został przeznaczony na prowadzenie projektu. Część rozmówców sygnalizuje, że zrealizowanie zadania zgodnie z zapisami w złożonej ofercie stawało się albo bardzo trudne, albo niemożliwe. Ta druga sytuacja dotyczy przede wszystkim kwestii wypełnienia wskaźników ilościowych, czyli na przykład realizacji usługi wśród określonej liczby mieszkańców.

Istotne jest w tym kontekście także to, że takimi uwagami dzielą się realizatorzy różnych usług, podmioty różniące się skalą doświadczenia czy zasobów instytucjonalnych. Podkreśla się również konieczność przygotowania do świadczenia usługi. Czas, jaki jest na to potrzebny, dodatkowo ogranicza możliwości związane z wypełnieniem założeń realizacji w ramach danego zadania. Inna trudność wiąże się z finansowaniem zadań w trybie rocznym. W przypadku usług,

które są świadczone stale, lub na przykład w okresie zimowym (jak choćby szczepienia przeciwko grypie), brak środków na realizację usługi w pierwszych miesiącach kolejnego roku może przesądzać o ograniczeniu dostępności usługi.

Inna uwaga dotyczy, jak sygnalizuje jeden z realizatorów, chaotycznego sposobu zarządzania współpracą na linii Koordynator-realizator. Uwagi dotyczą tu takich kwestii jak konieczność utrzymywania przez realizatora kontaktu z różnymi osobami odpowiedzialnymi za rozliczanie efektów realizacji zadań oraz nieporozumienia komunikacyjne. Ten stan rzeczy może wywoływać u realizatorów poczucie frustracji i stres.

Na początku jedna osoba zajmuje się informowaniem co do warunków konkursu. Jak już wpłyną wnioski, to przekazywane są innej osobie, która nie zna wcześniejszych ustaleń. Jak przejdzie dalej, umowa się podpisuje, to kolejna osoba przyjmuje. I ona też nie zna wcześniejszych ustaleń. (...) Te osoby były kompetentne, tylko chodzi o to, że za szybko zmieniały się osoby, które obsługiwały ten jeden projekt. Powinna być jedna osoba od początku do końca. (...) Później jest problem z ocenianiem, kto co powiedział i kto jak zinterpretował.

Część realizatorów jest zdania, że osiągną przez nich poziom wynagrodzeń jest niski, przy jednoczesnym wysokim poziomie kosztów administracji zadania. Takie opinie wygłaszane są mimo tego, że wielu wnioskodawców ma świadomość, że może proponować oczekiwaną wysokość stawek za realizację poszczególnych zadań. Wydaje się, że opisywany problem wynikać może z przekonania o tym, że w projektach finansowanych ze środków publicznych stawki dla realizatorów zadań powinny być relatywnie niskie. Podkreśla się przy tym, że w przypadku projektów realizowanych od lat brak waloryzacji stawek dla specjalistów może skutkować niechęcią do kontynuowania współpracy lub ograniczeniem zasięgu realizacji zadania.

Rozwiązaniem, jakie widzą realizatorzy sygnalizujący słabości istniejącego modelu współpracy, jest poszerzenie zakresu konsultacji między podmiotami realizującymi zadania a Koordynatorem Programów. Formułowane jest też oczekiwanie, by po stronie Miasta istniała większa gotowość wspierania realizatorów, gdy borykają się oni z sytuacjami trudnymi, na przykład, gdy mieszkańcy wyrażają sprzeciw względem świadczenia określonych rodzajów usług w Gdańsku.

Myślę, że warto by było takie spotkanie z udziałem realizatorów Programu i organizatorów Programu jednak przygotować. My mamy swoje doświadczenia, urząd ma swoje doświadczenia. Razem, myślę, że bylibyśmy w stanie zrobić ten Program dużo bardziej sprawny i logiczny. Ale to jest kwestia przyszłości. Uważam, że Program powinien być tworzony zarówno przez realizatorów i zlecającego Program, czyli myślę, że takie forum do dyskusji po zakończeniu czy pod koniec tej edycji powinno się odbyć.

Realizatorzy i specyfika usług

Ocena perspektywy wdrażania Programów musi znajdować bezpośrednie odzwierciedlenie w specyfice działań podejmowanych przez realizatorów oraz świadczonych przez nich usługach. W tej części rozdziału uwaga skupiona jest na kluczowych z punktu widzenia prowadzenia polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku wątkach. Dotyczą one: (1) treningu kompetencji kadr w obszarze zdrowia publicznego, (2) potencjału i zasobów organizacyjnych realizatorów w związku z realizacją działań w obszarze promocji i ochrony zdrowia, (3) motywacji związanych z korzystaniem z usług po stronie beneficjentów oraz (4) potrzeby prowadzenia działań w obszarze szeroko rozumianej profilaktyki.

PORTFEL KOMPETENCJI

Sygnalizowane w tekście ograniczenia zasobów, z jakimi zmagają się podmioty realizujące zadania w ramach Programów, dotyczą także kwestii posiadanych kompetencji. Badani są zgodni co do tego, że aby jakość świadczonych usług była możliwie jak najwyższa, niezbędne jest prowadzenie działań w oparciu o wysoko wyspecjalizowane kadry. Jednocześnie panuje opinia, że ich jakość systematycznie się poprawia, czego przykładem jest pojawienie się w ofercie akademickiej kierunku studiów Zdrowie Publiczne na Gdańskim Uniwersytecie Medycznym. Oferta dla potencjalnych specjalistów w tej dziedzinie jest też pochodną odpowiednio przygotowanej kadry naukowej.

W tej chwili te osoby się kształcą. Problem polega na tym, że rynek nie do końca rozumie, że te osoby są przydatne. W związku z tym, aż tak wielkiego zainteresowania tym kierunkiem studiów nie ma, bo to jednak nie są lekarze, którzy znajdą swoje miejsce pracy, stomatolodzy czy farmaceuci. (...) Dlatego potrzeby w tym zakresie nie są tak duże. Ale te zasoby, krótko mówiąc, rosną i są na tyle wystarczające, że na obecną chwilę, jeżeli dobrze to odczytuję, (...) jesteśmy w stanie tworzyć pewne rozwiązania, które może nie na tak wielką skalę, jak mi by się marzyły, ale jednak przecierają szlaki wspierania i kształtowania tych kompetencji zdrowotnych.

O jakość kadr muszą dbać sami realizatorzy. Należy podkreślić, że nie ma w tym względzie jednego standardu. W przypadku prowadzenia szkoleń czy terapii psychologicznej znaczenie ma nie tylko posiadanie odpowiednich kwalifikacji, ale też na przykład stosowny certyfikat, który umiejętności i wiedzę eksperta potwierdza. Celem jest zapewnienie rzetelnej, możliwie jak najwyższej jakości usługi dla beneficjentów. Jak sugeruje część badanych, trudnością może być utrzymanie wysoko wykwalifikowanych specjalistów w ramach zadań realizowanych w programach finansowanych ze środków publicznych. Wynika to przede wszystkim z różnic w stawkach między ofertą w sektorze publicznym i prywatnym.

W przypadku niektórych typów usług lista podmiotów przygotowanych merytorycznie do świadczenia usług jest krótka. W ocenie części badanych pożądanym byłoby zagęszczenie

instytucjonalnej sieci realizatorów, co z jednej strony minimalizowałoby ryzyko braku możliwości wyboru podmiotu do prowadzenia zadania, z drugiej pozwalało organizacjom na wymianę doświadczeń i budowanie wspólnych projektów. W części obszarów, jakie adresują Programy, działają wyspecjalizowani realizatorzy z długim stażem, w innych z kolei podmioty mają relatywnie krótką historię instytucjonalną lub odczuwany jest ich deficyt. Ta druga sytuacja dotyczy na przykład działań w obszarze zdrowia psychicznego, edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego czy szeroko rozumianej profilaktyki zdrowotnej.

POTENCJAŁ REALIZATORÓW

Dla jakości realizacji zadań w ramach Programów decydujące znaczenie ma potencjał organizacyjny podmiotów świadczących usługi w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Rozmówcy różnią się co do oceny gęstości sieci podmiotów, które umożliwiłyby pokrycie faktycznej skali potrzeb określonych przez Koordynatora. Głosem części badanych, uważających, że sektor jest w wystarczającym stopniu wypełniony przez profesjonalnie przygotowane do realizacji usług podmioty, towarzyszą opinie o deficycie wyspecjalizowanych organizacji, które mogą realizować zadania. Jeden z badanych stawia w tym kontekście retoryczne pytanie o zasadność tworzenia na szczeblu lokalnym programów polityki zdrowotnej przy jednoczesnym ryzyku niewystarczającego pokrycia zapotrzebowania na ich faktyczną realizację.

Realizatorzy sygnalizują natomiast, że przed podjęciem decyzji o złożeniu dokumentacji w konkursie ofert analizują dostępne zasoby i szacują koszty, jakie będą wiązały się z zaangażowaniem się w dany projekt. Jest tak zarówno w przypadku podmiotów medycznych, jak i innych typów wnioskodawców. Pod uwagę brana jest przede wszystkim trudność realizacji zadania, w tym spełnienia szczegółowych wymogów (na przykład związanych z procedurą rekrutacji w ramach zadania). Część realizatorów duże znaczenie przywiązuje do wysokości wynagrodzenia związanego ze świadczeniem usługi dla mieszkańców, innych zaś przekonuje na przykład to, że udział w projekcie finansowanym ze środków miejskich jest nowym rodzajem doświadczenia zawodowego.

Zasadnicza różnica w sposobie realizacji zadań dotyczy skali podmiotu. O ile duże, zatrudniające wielu pracowników organizacje są w stanie prowadzić działania na szeroką skalę (między innymi dlatego, że dysponują zespołem kadrowym zatrudnionym na etatach), w mniejszych podmiotach te możliwości są znacznie bardziej ograniczone. Obciążenie, jakie znoszą realizatorzy działający w pojedynkę czy w małych zespołach, często jest przez nich odbierane jako nadmierne, potencjalnie też zniechęcające do dalszego prowadzenia zadań. Poza tym sama realizacja postrzegana bywa jako proces trudny – żmudny, wieloaspektowy i o niepewnym rezultacie.

Na pewno lepiej jest wtedy, jeśli to jest projekt zrealizowany... Gdzie kilku lekarzy bierze udział w tym. Bo jako indywidualna praktyka, to powiem Panu szczerze, że jest trudno. Tym bardziej, jak teraz mamy tę pandemię. (...) Trzeba włączyć więcej osób.

Jestem człowiekiem orkiestrą. Bo w pierwszej kolejności, można powiedzieć, jestem osobą od kwestii logistycznych, od kwestii zarządzania, to takie duże słowo, no ale od delegowania na przykład zadań współpracownikom. Od kontaktu z innymi jednostkami, od ustalania grafików, spotkania się z ludźmi, od kontaktów z urzędem, z WRS-em. W zasadzie wszystko. No i oczywiście od realizacji, potem od ewaluacji. Takiej wewnętrznej, swojej. Więc wszystko, co może być przedmiotem działania w ramach projektu, to robię ja.

W przypadku niskiego poziomu zainteresowania udziałem w konkursach ofert Miasto musi ich ogłaszanie powtarzać. Jeśli zaś udaje się wyłonić realizatora, nie zawsze dokonuje się to w procesie faktycznej selekcji. Gotowość do realizacji zadania może bowiem zgłosić niewielka liczba podmiotów. Innym problemem bywa decyzja realizatorów, by nie kontynuować swojego zaangażowania w działania w kolejnych edycjach zadania.

Warto dodać, że w ocenie Koordynatora część organizacji słabo radzi sobie z procesem składania ofert konkursowych. Deklarowana po stronie Koordynatora otwartość ma nie zawsze spotykać się z zainteresowaniem realizatorów, co skutkuje, szczególnie w przypadku podmiotów medycznych, przyzwyczajonych do logiki konkursów finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, trudnościami w sporządzeniu wniosku.

REKRUTACJA I MOTYWACJE UCZESTNIKÓW

Kluczowym elementem procesu realizacji zadań w ramach Programów jest procedura rekrutacji uczestników. Wiąże się ona bezpośrednio z kwestią motywacji potencjalnych beneficjentów do przystąpienia do poszczególnych projektów.

Dla wielu podmiotów kwestia rekrutacji uczestników jest procesem bardzo wymagającym. Procedury rekrutacyjne są skomplikowane – uwzględniają współpracę z różnymi ośrodkami, próby wielokanałowego docierania do beneficjentów oraz znaczną ilość czasu, jaką trzeba poświęcić na zarządzanie tym procesem. Realizatorzy muszą też uwzględniać ryzyka wiążące się z wycofaniem przez beneficjentów deklaracji dotyczących udziału w zadaniu.

Popularnymi formami rekrutacji beneficjentów są: wysyłka zaproszeń drogą mailową (na przykład za pośrednictwem szkół), publikowanie wiadomości w serwisach społecznościowych, pomoc ze strony innych podmiotów (na przykład rad dzielnic), ulotki i plakaty czy poczta pantoflowa. W oparciu o pozyskany materiał empiryczny można stwierdzić, że usługą, do której relatywnie łatwo jest zachęcać mieszkańców, są szczepienia przeciwko grypie.

My mamy dużo pacjentów i lekarze pierwszego kontaktu czy specjaliści sugerują pacjentom... Właściwie informują pacjentów, jak sobie nie przeczytają tego, co jest na ścianach, informują ich o możliwościach. Poza tym to są tak stali i zżyci pacjenci, że ten problem nie jest zbyt duży. (...) Oni o programie wiedzą i co roku wracają i jeszcze kogoś przyciągną.

Informacje o tym, kto może zaszczepić się, kto może być zakwalifikowany do szczepienia, zostały umieszczone na terenie siedziby naszej placówki. (...) Lekarze rodzinni, którzy na co dzień przyjmują swoich pacjentów, znają ich, znają ich obciążenia zdrowotne i również informowali ich, że taki bezpłatny program szczepień realizujemy. Podobnie pielęgniarki środowiskowo-rodzinne i położne środowiskowo-rodzinne. Do takich działań zostali też włączeni lekarze medycy pracy i pielęgniarki medycy pracy, ponieważ wiemy, że jest znaczna grupa osób 65+, która jest czynna zawodowo. (...) Są pacjenci, mieszkańcy Gdańska, którzy sami są świadomi, że szczepienie chroni ich przed zachorowaniem na grypę i po prostu przychodzą. Zapisują się do nas, my ich umawiamy na wizytę do lekarza.

Charakter i poziom motywacji do brania udziału w zadaniach w ramach Programów są bardzo zróżnicowane. Zależą one przede wszystkim od tego, na jakie potrzeby beneficjenta dana usługa odpowiada i jaki jest jej charakter. Różne są motywacje osób korzystających z możliwości szczepienia ochronnego przeciwko grypie, szkolenia z zakresu pierwszej pomocy czy profilaktyki w zakresie chorób przenoszonych drogą płciową. Wydaje się, że na poziom motywacji wpływa fakt, czy ktoś samodzielnie podjął decyzję o tym, by skorzystać z określonej usługi. W przypadku, gdy do uczestnictwa potrzebne jest pośrednictwo, zachęta ze strony innej osoby czy instytucji, poziom motywacji może być niższy. Motywacja może mieć też charakter bardziej bądź mniej instrumentalny, to znaczy w większym bądź mniejszym stopniu wiązać się z chęcią osiągnięcia pewnego celu (na przykład zyskania certyfikatu uczestnictwa). Poziom motywacji do korzystania z usługi w trakcie jej trwania (na przykład podczas szkolenia) jest już przede wszystkim pochodną jakości pracy realizatora.

Często za grupę wysoko zmotywowaną uważa się seniorów, między innymi z uwagi na fakt, że w kontekście rozwoju różnych czynników chorobowych są oni grupą ryzyka. Realizatorzy raczej pozytywnie postrzegają też poziom motywacji do udziału w projektach wśród dzieci i młodzieży, szczególnie wówczas, gdy oferta realizowana jest w szkole, a młodzież interesuje się tematyką, jaka jest przedmiotem świadczonej usługi.

Na poziom motywacji uczestników pozytywnie wpływa dobra informacja zwrotna. W przypadku, gdy ktoś korzysta z usługi i deklaruje zadowolenie z bycia beneficjentem, może informować kolejne osoby o możliwości skorzystania z ciekawej oferty. W przypadku grup rodziców w szkołach działa podobny mechanizm, to znaczy jeden z rodziców może rekomendować udział w projekcie po zdobyciu własnych pozytywnych doświadczeń. Mechanizm ten działa w obie strony – źle odbierana jakość usługi będzie działała w perspektywie niekorzystnie na potencjał rekrutowania kolejnych fal uczestników.

DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

Mówiąc o realizacji zadań w ramach Programów wielu rozmówców zwraca uwagę na istotność szeroko rozumianych działań profilaktycznych w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Podkreśla się wagę tego problemu, znaczenie dbałości o własne zdrowie i bodźców zachęcających do prowadzenia zdrowego stylu życia.

Akcentowanie roli profilaktyki zdrowotnej wynika przede wszystkim z przekonania, że należy te działania rozwijać, a programy promocji i ochrony zdrowia powinny być kontynuowane, zaś ich zakresy – poszerzane. Ten stan rzeczy dostrzegają sami realizatorzy, próbujący odpowiedzieć na zapotrzebowanie na usługi z badanego obszaru. Jeden z badanych zauważa, że w trakcie korzystania z oferty w ramach Programu beneficjenci czerpią korzyści nie tylko ze wsparcia ściśle określonego w ramach danego zadania. W ocenie rozmówcy istnieje pilna potrzeba zwiększania szeroko rozumianej świadomości problemów z obszaru promocji i ochrony zdrowia.

Trzeba mówić o tym, gdzie pacjent może się zgłosić, gdzie w obrębie Gdańska powinien szukać adekwatnej pomocy. Widać po tych naszych pacjentach, że źle trafiają. (...) Duża rzesza ludzi w podeszłym wieku choruje na nadciśnienie. To jest choroba cywilizacyjna i ona prowadzi do innych powikłań. Ale z naszych obserwacji wynika, że doktor zapisuje leki, a one nie działają. Tak naprawdę ci ludzie się już nie leczą. (...) To jest duża taka nieświadomość. A nielezione albo źle leczone nadciśnienie prowadzi do innych powikłań. My staramy się ludziom pokazywać, na tych prostych przykładach... Niby to jest wąski zakres usługi, a to takie wieloaspektowe było.

Inna z osób, które wzięły udział w badaniu, podkreśla nie tylko fakt, że działania profilaktyczne powinny rozpoczynać się od wczesnych lat szkolnych. Dodaje bowiem, że z jej doświadczenia wynika, że placówki edukacyjne wymagają wsparcia, jeśli chodzi o budowanie dobrego klimatu funkcjonowania w szkołach – umiejętności komunikowania się, szacunku dla osób o innych poglądach, tolerancji dla odmienności. Kształtowanie odpowiednich postaw w tych obszarach ma kluczowe znaczenie dla profilaktyki zdrowia psychicznego, tworzenia bezpiecznych warunków dojrzewania dzieci i młodzieży oraz ich indywidualnego dobrostanu.

Przykładem potrzeby, ale też skuteczności działań profilaktycznych, jakie prowadzone są w Gdańsku, są wszystkie te oddziaływania, które mają na celu zapobieżenie negatywnym konsekwencjom nadmiaru masy ciała u dzieci i młodzieży. Za flagowe działanie w tym obszarze uważany jest program prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”, który badani doceniają za kompleksowość, spójność z ponadlokalnymi strategiami w zakresie zdrowia publicznego oraz skuteczność realizowanych w jego ramach oddziaływań.

Potrzeby i wyzwania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia

Istotnym elementem miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia jest mierzenie się z szeregiem potrzeb i wyzwań, jakie dotyczą kwestii zdrowia publicznego. Do pewnego stopnia wątki te przedstawione są także we wcześniejszych fragmentach tego rozdziału. W tym miejscu zostały one przedstawione w syntetycznej formie, jako wątki do przemyślenia w kontekście przyszłych okresów programowania gdańskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Analiza w tej części raportu zogniskowana jest wokół czterech głównych wątków. Są to: (1) przyszłość miejskiej strategii w zakresie poddanej ewaluacji, (2) założenia polityki komunikacyjnej Miasta i działań promocyjnych związanych z obszarem promocji i ochrony zdrowia, (3) pomysły i propozycje nowych obszarów, w które Miasto może inwestować rozwijając prowadzoną politykę oraz (4) zagrożenia, jakie wiążą się z realizacją miejskiej polityki na okres najbliższych lat.

PRZYSZŁOŚĆ MIEJSKIEJ STRATEGII

Kluczowe znaczenie dla kształtu przyszłej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku mieć będzie jakość miejskiej strategii w tym zakresie. W ocenie badanych niezbędne jest przemyślenie priorytetów, wokół których należałoby budować gdańską wizję promocji i ochrony zdrowia. Nie musi być ona znacząco różna od tej, którą Miasto kieruje się w aktualnie prowadzonych działaniach, ale powinna być na bieżąco aktualizowana i dostosowywana do zmieniających się realiów, w tym do nowych warunków życia codziennego powodowanych pandemią COVID-19.

Naczelną ideą, jaka przyświeca części rozmówców, jest uczynienie z miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia narzędzia do dbania o kompetencje zdrowotne, a przez to też o wysoki poziom jakości życia mieszkańców.

O ile rolę systemu opieki zdrowotnej, co zresztą się dzieje i tak to rozumiemy, jest raczej odpowiedź na choroby i leczenie chorób, o tyle Miasto ma narzędzia do tego, żeby umacniać zdrowie i pomnażać zdrowie. W tym sensie szukanie rozwiązań, które będą kształtowały kompetencje zdrowotne, a można ich całą listę przedstawić, od zachowań żywieniowych, uzależnień, snu, badań profilaktycznych, budowania właściwych relacji pacjent-lekarz, zgłaszania niepożądanego działania leku, właściwego informowania lekarza o przyjmowanych lekach... Tych kompetencji jest bardzo dużo. (...) Już nie mówiąc o tym, że Miasto ma olbrzymi wpływ na zdrowie w ogóle, budując jakość życia, bo infrastruktura, przyciąganie inwestorów... To powoduje, że ludzie mogą mieć lepsze warunki życia w pracy, większe pieniądze, a to się przekłada także na zachowania zdrowotne. Budowanie zdrowotnej polityki publicznej nie polega tylko na edukacji zdrowotnej. (...) To jest także ta zmiana myślenia na temat zdrowia. Być może przejeżdżając koło Urzędu Miejskiego w Gdańsku przejeżdżamy koło instytucji, która ma o wiele większy wpływ na nasze zdrowie niż szpital, tylko trzeba to zrozumieć, połączyć te powiązania.

Inny rozmówca dodaje, że impuls rozwojowy w gdańskim pomyśle na zarządzanie obszarem promocji i ochrony zdrowia będzie pochodną dochodzenia do głosu nowego pokolenia ekspertów, specjalistów zajmujących się tematyką zdrowia publicznego, badaczy, menedżerów i praktyków doświadczonych w prowadzeniu działań w tym obszarze. To między innymi ich działania mają prowadzić do stopniowego zwiększania poziomu świadomości społecznej na temat zagadnień promocji i ochrony zdrowia. Szerokie spojrzenie na tematykę zdrowia, uwzględniające elementy społeczne, kulturowe i ekonomiczne, uważane jest za przyszłość polityk zdrowia publicznego.

Interdyscyplinarna polityka publiczna dotycząca promocji i ochrony zdrowia wymaga komplementarności zadań, jakie się na nią składają. W ocenie badanych w przyszłości kluczowe więc będzie dalsze budowanie powiązań między usługami i obejmowanie nimi wszystkich mieszkańców. Już prowadzone pod tym kątem działania powinny więc być kontynuowane. Koordynacja programów i istnienie między nimi połączeń ma przynosić korzystne efekty przede wszystkim w długiej perspektywie, ponieważ rezultaty działań prowadzonych dziś mogą być zdecydowanie przesunięte w czasie.

Najgorsze, co by mogło być, to takie działania, które by miały charakter eventowy, czyli że robimy coś raz, a potem do tego nie wracamy. (...) My widzimy bardzo dużą potrzebę działań właśnie związanych z edukacją zdrowotną, chętnych mamy znacznie więcej niż naszych możliwości. (...) Żeby zachować efektywność, to też nie może być wykład w auli, w której siedzi 100 osób i nie ma możliwości zadania pytania do prowadzącego. (...) Na pewno tych działań edukacyjnych, takich skoordynowanych, powinno być znacznie więcej.

Przyszłość polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia będzie też wymagała zwiększenia poziomu usieciowienia, czyli łączenia aktorów z różnych pól i wzajemnego bazowania na swoich potencjałach. Rozmówcy sygnalizują, że brakuje na przykład – nie tylko na poziomie lokalnym – częstszej wymiany myśli na temat strategicznych uwarunkowań budowania polityk w obszarze zdrowia publicznego, wykraczającej poza dyskusji o konkretnym problemie (na przykład nadmiarze masy ciała u dzieci czy uzależnieniu od substancji psychoaktywnych).

Realizatorzy sygnalizują potrzebę tego, by usługi były świadczone w trybie stałym. Postulują, by zadania programowane były w sposób, który uwzględniał będzie ciągły dopływ beneficjentów, regularnie zgłaszane zapotrzebowanie na uczestnictwo w poszczególnych projektach. Innym rozwiązaniem mogłoby być świadczenie usług w innym trybie – zamiast organizacji wielogodzinnych szkoleń, skrócenie tego okresu, przy jednoczesnej możliwości skorzystania z usługi więcej niż na przykład jeden raz. Oferta świadczona częściej, ale w krótszych odcinkach przechodziłaby więc tym sposobem w tryb cykliczny. Równoległe postulatem jest praca nad zwiększaniem możliwości finansowania badanego obszaru, umożliwiającą poszerzenie zakresu usług (w wymiarze ilościowym i jakościowym), a jeśli nie jest to możliwe – utrzymanie realizacji danego zadania.

KOMUNIKACJA I PROMOCJA

W wielu rozmowach wątkiem budzącym duże zainteresowanie jest polityka komunikacyjna w obszarze zdrowia publicznego, a także powiązane z nią działania o charakterze promocyjnym. W obu tych obszarach rozmówcy podkreślają, że zagadnienia te stanowią istotne wyzwanie dla Miasta w kontekście przyszłych okresów programowania polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Skuteczna polityka komunikacyjna czy trafnie celowany marketing w sektorze zdrowia publicznego mogą pozwalać, jak sugerują badani, lepiej wykorzystywać istniejące już zasoby. Przykładem pozytywnej konsekwencji oddziaływań w kampaniach społecznych czy akcjach promocyjnych byłaby tu większa gotowość gdańszczanek i gdańszczan do korzystania z istniejącej infrastruktury obiektów sportowych (w tym miejskich pływalni).

Aby była ona lepiej wykorzystywana, niezbędne jest stworzenie ku temu odpowiednich narzędzi. Niewystarczające okazują się w tym kontekście dotychczasowe działania mające na celu podniesienie poziomu świadomości mieszkańców i zwiększenie ich skłonności do podejmowania aktywności fizycznej. Problematyczny jest też fakt braku czytelnych wskaźników, które mówiłyby o skuteczności dotychczas podejmowanych oddziaływań komunikacyjnych. Trudno bowiem szacować, w jakim zakresie to właśnie działania z tego obszaru wpłynęły na przykład na efektywność działań na polu ograniczania nadmiaru masy u dzieci i młodzieży.

Być może nie dorośliśmy do końca do tego. Wiadomo, że taki naprawdę skuteczny marketing społeczny jest bardzo kosztowny. Poza tym brakuje specjalistów do tego, żeby to dobrze komunikować. (...) Trzeba to ubrać umiejętnie w komunikat, który zostanie społecznie przyjęty i wywoła pewną reakcję, żeby nie wyrzucić pieniędzy. (...) Mi się wydaje, że to jest dopiero przed nami, uczymy się dopiero tego. (...) Tutaj ani urzędnik, ani specjalista od zdrowia publicznego niewiele może. To znaczy może wiele, bo może powiedzieć, co ma być komunikowane, ale jak skutecznie to zrobić, to niestety tej wiedzy nie posiada.

Myśmy uruchomili programy profilaktyczne, ale też mieliśmy nadzieję, że ludzie zareagują na nie tak samo, jak zareagują na darmowe wizyty u lekarza kardiologa. I to już w założeniu jest błąd. (...) To wynika z psychologii ludzkiej, że my się specjalnie nie troszczymy o nasze zdrowie, dopóki ono się nie popsuje. (...) Część, pewnie mały procent, zdeterminowanych, to tak, to się zainteresuje, natomiast duża część... No trzeba ich przekonać, aktywnie zachęcić do udziału. (...) Musimy aktywnie tych ludzi wyłapać z tłumu i zmotywować ich działaniami komunikacyjnymi, czy jakimiś zachętami do tego, żeby skorzystali z tej oferty, która im pomoże.

Kiedyś to może się wydawało, że damy komuś ulotkę, to ktoś przyjdzie. Tak jak były poradnie antynikotynowe i też było takie przekonanie niektórych lekarzy, że damy ulotkę i na pewno pacjent przyjdzie. To tak nie działa. (...) My powinniśmy uruchamiać tego typu myślenie, jakie uruchamiają firmy, które chcą namówić do zakupu jakiegoś produktu. Jakaś firma chce żebyśmy kupili taki telefon, a nie inny, to wykorzystuje nowoczesne narzędzie komunikacji. I tak samo jest w profilaktyce i promocji zdrowia. Być może musimy nauczyć się tego po prostu od firm komercyjnych.

W codziennej praktyce działań dotarcie do beneficjentów ostatecznych, jak zasugerowano we wcześniejszym podrozdziale, zależy od skutecznej strategii rekrutacyjnej. W łatwiejszej sytuacji będą podmioty współpracujące ze szkołami, a trudniejsze zadanie czeka tych realizatorów, którzy takiego wsparcia nie otrzymają. W wielu przypadkach zasadne wydaje się łączenie kanałów promowania oferty, czyli jednocześnie zachęcanie do uczestnictwa w wersji tradycyjnej i zapośredniczonej przez nowe media.

Badani wierzą przy tym w skuteczność promowania oferty poprzez akcentowanie pozytywnego aspektu korzystania z niej, na przykład wskazywania, że pomimo choroby możliwe jest, by doświadczać wysokiej jakości życia. Przykładem takiego działania jest kampania informacyjna na temat chorób cywilizacyjnych „TAK warto żyć!”, której elementami były kalendarz, kampania filmowa i broszury informacyjne. Organizatorka kampanii podkreśliła, że w trakcie jej przygotowań dołożono starań, by materiał nie budził u odbiorców wrażenia lęku, a jednocześnie nie miał sztamkowego charakteru.

To nie są czasy, żeby produkować plakaty i wieszać je na tablicach ogłoszeń w szkołach, czy w aptekach, czy w przychodniach. Gdziekolwiek. (...) Myślę, że mamy tak dużo nowych technologii, które możemy wykorzystywać, takiego kontaktu wprost do informacji, że to by mogło odnieść efekt. (...) Media mówiły o tym dosyć szeroko, więc ja uważam, że ta kampania nam wyszła. I uważam, że przez to też ta kampania pokazała, jak wielka jest potrzeba właśnie mówienia takim językiem do ludzi. (...) Takim prostym, ładnym obrazem, a nie jakimś takim straszącym, że rak przyjdzie i cię zabije albo zje. Że to jest takie straszne. Nie, na spokojnie. Zobacz, jest człowiek, był chory, wyzdrowiał, jest uśmiechnięty. Spoko, tak warto żyć.

Bariery przed szeroko zakrojoną promocją badani upatrują w niewielkiej skali realizowanych działań. Podkreślają, że zakres zadania, w połączeniu z niewielkimi zasobami finansowymi, utrudnia proces prowadzenia działań promocyjnych. Na podstawie relacji badanych można jednak przypuszczać, że istnieje korelacja między intensywnością działań promocyjnych a skutecznością rekrutacji uczestników do udziału w projektach.

Gdy realizatorzy starają się prowadzić promocję wieloma kanałami i poświęcają na te działania więcej czasu, opisują też różne „małe sukcesy” związane z zachęcaniem mieszkańców do skorzystania z oferty. Inne strategie nakierowane są z kolei na adresowanie oferty do młodych gdańszczanek i gdańszczan. Ta logika działań nie tylko obliczona jest na skuteczne dotarcie do beneficjentów, ale też wiąże się z przekonaniem, że młodszych mieszkańców łatwiej jest zachęcić do zaangażowania w działania mające na celu prowadzenie zdrowego stylu życia.

Ważnym graczem, jeśli chodzi o tworzenie polityki komunikacyjnej i zrębów działań promocyjnych jest Koordynator Programów, a szerzej: całe Miasto Gdańsk. Przykładem mocy sprawczej Miasta jest bardzo szeroki oddźwięk na zaproszenie do wzięcia udziału w badaniu kwestionariuszowym realizowanym w ramach niniejszej ewaluacji. W przeciągu doby

kwestionariusz wypełniło ponad 1000 osób, z czego zdecydowaną większość stanowili mieszkańcy Gdańska. Potencjalnym rozwiązaniem dla Miasta w przyszłości jest bardziej ścisła współpraca z realizatorami i świadczenie im wsparcia, jeśli chodzi na przykład o dostęp do materiałów promocyjnych i edukacyjnych. W celach promocyjnych wykorzystać można by również, jak sugeruje jedna z badanych, Kartę Mieszkańca, z której część gdańszczanek i gdańszczan chętnie korzysta.

Nowe, dla części realizatorów niespodziewane wyzwania związane z docieraniem do beneficjentów wynikają z regulacji w zakresie ochrony danych osobowych. Inni badani sygnalizują rosnące trudności w przekonywaniu przedstawicieli szkół (dyrekcji, nauczycieli, koordynatorów szkolnych) o wadze i znaczeniu oferty profilaktycznej kierowanej do dzieci i młodzieży.

W szkole jedna klasa na 32 uczniów ma 28 osób uczęszczających na warsztaty, a z inną wychowawczynią na 30 uczniów w klasie są 4 osoby. (...) Pani Dyrektor powiedziała: „nie, tutaj pani wychowawczyni jest przeciwna”. (...) W szkole jest dużo miejsca na wdrażanie różnorodnych projektów, takich rozwojowych dla nauczycieli.

KIERUNEK: ZMIANA?

Badani wskazują kilka obszarów z zakresu zdrowia publicznego, które, w ich ocenie, wymagałyby wzmocnienia, na przykład poprzez przekazanie większej ilości środków na realizację działań. Jednym z tych obszarów jest zdrowie psychiczne. W opinii wielu rozmówców zasadne byłoby oferowanie wsparcia w tym zakresie w większej niż dotąd skali (także dla dzieci i młodzieży). Rosnąca świadomość problemów zdrowia psychicznego, ale też wysoki koszt usług ekspertów stanowią główne powody, dla których badani dostrzegają potrzebę inwestycji w ten obszar. Wsparcie psychologiczne i psychiatryczne postrzegane jest jako jeden z filarów sprawnie funkcjonującego systemu promocji i ochrony zdrowia.

Innym obszarem, jaki wymagałby, w ocenie badanych, uwzględnienia jako ważny element polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia, są oddziaływania profilaktyczne w obszarze chorób cywilizacyjnych, takich jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy hipercholesterolemia. Jako trafny oceniony jest właśnie wybór cukrzycy jako przedmiotu oddziaływania polityki miejskiej (w ramach Programu na lata 2019-2023)¹³.

¹³ Informacja na temat programu „Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy – program polityki zdrowotnej dotyczącej prewencji cukrzycy typu 2 u osób w wieku aktywności zawodowej na terenie Miasta Gdańska i Gminy Stegna” finansowanego ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego dla Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020. Zob.: <http://opz.gdansk.pl/gdanski-program-profilaktyki-cukrzycy/>. Dostęp: 20.04.2020.

Trzeci obszar, jaki wskazywano w rozmowach, to profilaktyka antynikotynowa. Jej lokalna wersja może znajdować inspirację w polityce na szczeblu ogólnokrajowym, w tym w wielokrotnie nowelizowanej Ustawie z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

Część badanych wyraża nadzieję, że mimo dotychczasowych trudności wynikających z niedostępności szczepionek, uda się w niedalekiej przyszłości zrealizować założenia Programu profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021.

W rozmowach pojawia się także wątek strukturalnego problemu typów działań, jakie powinny być wspierane ze środków publicznych w ramach lokalnej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Argumentacja części badanych zasadza się na przekonaniu, że Miasto nie powinno finansować procedur leczniczych, całość zarezerwowanych środków przeznaczając na działania z obszaru promocji i ochrony zdrowia.

W mojej opinii Miasto ma za zadanie przede wszystkim edukować, stwarzać warunki do dbania o swoje zdrowie. I ja w ogóle bym wyrzucał ze strony samorządu mocną medykalizację procesów, nawet dbania o zdrowie. Szczepienia w mojej opinii też nie powinny być finansowe z jednostek miejskich. Miasta to robią dlatego, że dbają o swoje społeczeństwo, a nie robi tego płatnik publiczny, czyli trochę samorząd wchodzi w rolę zastępującego. (...) Z perspektywy populacyjnej program prokreacji z pewnością nie jest kluczowym problemem czy kluczową potrzebą. Jego też koszty versus efekty są relatywnie duże albo bardzo duże, no bo nie da się tego powiedzieć inaczej. To jednak jest kilka czy kilkanaście tysięcy złotych przeznaczonych na jedną osobę. To też była chyba trochę odpowiedź Miasta na sytuację ogólnopolską, czyli po prostu wycofanie się płatnika publicznego z finansowania tego typu procedur. (...) Priorytetem Miasta powinna być ta część, która odnosi się z pewnością do edukacji seksualnej. (...) Każda forma edukacji zdrowotnej, każda forma wczesnej profilaktyki. (...) Miasto musi bardzo mocno niemedycznie działać na zdrowie, czyli budować te swoje sfery, które może. Budować infrastrukturę zieloną, tereny, gdzie można uprawiać aktywność fizyczną. Tak konstruować nowe ulice w mieście, żeby to rowerzyści i piesi byli najważniejsi.

Inna znacząca wątpliwość odnośnie charakteru miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia dotyczy kwestii populacyjności działań. W tym przypadku również część badanych stoi na stanowisku, że należy promować taki kierunek polityki, który będzie akcentował właśnie działania prowadzone na dużych populacjach, nie zaś projekty celowane do niedużych grup, mające niekiedy charakter akcyjny. Jako przykłady działań, które nie przynoszą efektu populacyjnego, a przez to też uznaje się je za takie, które nie powinny być finansowane z budżetu lokalnego samorządu, wymienia się profilaktykę próchnicy wśród najmłodszych czy szczepienia ochronne.

Jeśli popatrzymy w sprawozdania, no to widzimy, że to są skąpe działania, skąpo realizowane. One mają taki charakter bardziej incydentalny. To jest jakaś taka słabość. (...) Mamy problem na przykład walki z próchnicą, gdański program i objęte chyba 160 dzieci... Z perspektywy zdrowia publicznego, to by można było to nazwać akcją. I na tym skończyć. Natomiast to funkcjonuje jako program

w Gdańsku, jest sprawozdawany całorocznie i tak dalej. (...) Powinniśmy po pierwsze zastanowić się, ile takich dzieci mamy w Gdańsku z tym problemem i starać się do większości z nich dotrzeć. Nawet jeżeli to jest jeden rocznik dzieci, to jest kilka tysięcy, chyba 4 tysiące dzieci w jednym roczniku mamy w Gdańsku. No to 160 osób to jest jakiś mały ułamek, nie? I stąd jest ten problem, że takie programy kończą się tym, że jakieś wybrane jednostki, czy wybrane być może przedszkola korzystają, jacyś wybrani rodzice. (...) No okej, możemy sobie powiedzieć, że na przykład nie cały rocznik, ale te dzieci najuboższe. Tylko że z tego co wiem, to nie ma w tych programach takiej klauzuli, że ten program jest ściśle skierowany do dzieci z rodzin najuboższych i te rodziny wyszukujemy poprzez na przykład opiekę socjalną, i tym dzieciom pomagamy.

ZAGROŻENIA DLA MIEJSKIEJ POLITYKI

W zakończeniu tego fragmentu warto przyjrzeć się katalogowi zagrożeń, jakie badania dostrzegają w kontekście prowadzenia lokalnej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

Pierwszym, najpoważniejszym z nich są ograniczenia finansowania polityki publicznej. W kontekście konieczności zarządzania ograniczoną pulą środków decydenci rekomendują, by w czołówce miejskich priorytetów umieszczać właśnie realizację zadań z obszaru promocji i ochrony zdrowia, jednocześnie prowadząc dyskusję, jakie działania można sfinansować, dysponując budżetem pozwalającym na realizację nieznaczącej części wszystkich zadań, jakie w skali Miasta można by uznać za istotne.

Na te trudności nałoży się, zdaniem części decydentów, cały wachlarz gospodarczych turbulencji, będących konsekwencją epidemii koronawirusa. W związku z tym istnieje obawa, że trudno może być walczyć o większe środki na realizację polityki w omawianym obszarze. Z drugiej strony wyzwania, jakie generuje pandemia COVID-19, mogą stać się zachętą do wypracowywania nowych, skutecznych rozwiązań w zakresie profilaktyki zdrowia publicznego.

Poza kwestią finansowania działań istotne znaczenie ma to, w jaki sposób będą one wykorzystane, a także to, z jakim odzewem spotka się przygotowana lokalnie oferta, oraz kto będzie ją przygotowywał.

Myślę, że to nie jest kwestia wzrostu czy spadku. To nie jest kwestia środków finansowych. (...) Problemem są raczej ludzie, programy. To jest naprawdę... pieniądze tutaj są... nie, nie. Za chwilę możemy mieć masę pieniędzy, prawda? Okaże się, że pieniądze mamy, ale nie jesteśmy w stanie ich skonsumować. (...) Bardziej tutaj myślę o takich osobach kompetentnych, które jednak mają doświadczenie, wykształcenie. Jest dużo takich osób, tylko to jest kwestia ich odnalezienia i zaproszenia do współpracy.

Sufit związany jest z realnymi potrzebami odbiorców. Proszę zobaczyć, że jak ludzie mają problem z własnym zdrowiem, to drzwiami i oknami idą do systemu ochrony zdrowia. Zalewają ten system, stają w kolejkach, natomiast wtedy, kiedy chcemy działać profilaktycznie, to są olbrzymie problemy przyciągnięcia ludzi. Czasami obserwujemy osoby z problemami, które mają gigantyczną wiedzę na temat swojego problemu, (...) natomiast nie ma żadnej akcji w tym względzie. (...) Nie ma efektów z tego względu, że nie ma działania.

Zagrożeniem dla realizacji elementów polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia są napięcia i spory wokół możliwości realizacji części zadań wchodzących w skład Programów. Kontrowersje budzi przede wszystkim finansowanie działań z obszaru edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego i procedury leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. Szczególnie w tym pierwszym przypadku zauważalny był z jednej strony silny sprzeciw środowisk konserwatywnych w Gdańsku (związanych głównie z działaniami inicjatyw Odpowiedzialny Gdańsk i Ordo Iuris), z drugiej zaś – wynikające z niego obawy o realizację tego zadania w szkołach.

Wśród innych zagrożeń, jakie sygnalizowali w rozmowach badani, warto wymienić jeszcze deficyt współpracy podmiotów działających na szczeblu lokalnym z Narodowym Funduszem Zdrowia. Podkreśla się w tym kontekście przede wszystkim brak przepływu informacji między podmiotami.

Diagnoza, monitoring, ewaluacja

Ostatni fragment rozdziału poświęconego rekonstrukcji głosów decydentów i realizatorów dotyczy kwestii polityki opartej na danych. W tej części znajduje się podsumowanie uwag i refleksji na temat kwestii takich jak: (1) specyfika i trudności w ewaluacji Programów, (2) potrzeba adekwatnej diagnozy i charakter danych zbieranych przez realizatorów oraz (3) jakość sprawozdawczości prowadzonej w ramach Programów.

JAKA EWALUACJA?

W opinii badanych zainteresowanych kwestią jakości monitoringu i ewaluacji prowadzenie tych działań w ramach Programów jest zadaniem wymagającym. Dotyczy to zarówno bieżąco prowadzonego monitoringu na poziomie operacyjnym, przede wszystkim w codziennej praktyce realizacji usług, jak i modelu ewaluacji Programów jako całości.

Główną trudnością w prowadzeniu tego rodzaju działań jest problem w określeniu wskaźników efektywności, czyli tego, czy realizowane zadania pozwalają na ocenę realizacji zaplanowanych celów (celu głównego i celów szczegółowych). O ile w przypadku części zadań weryfikacja stopnia osiągnięcia celu jest względnie łatwo możliwa, przede wszystkim dlatego, że jest mierzalna, w przypadku innych zadań sytuacja ta jest bardziej skomplikowana, a określenie wskaźników, które mogłyby stanowić kryterium powodzenia realizacji zadania, następuje dużych trudności. Sytuację dodatkowo komplikuje fakt, że wskaźniki ilościowe w ograniczony sposób

przekładają się na skuteczność określonych działań. I tak na przykład w ślad za liczbą uczestników powinna iść wiedza o tym, jaki ich odsetek poprawił stan zdrowia.

Część tych danych nie da się w sposób łatwy ewaluować, no bo to nie są programy z cyklu „wybuduj żłobek i liczba żłobków, które uda się wybudować jako punkt końcowy”, tylko tutaj rzeczywiście dosyć mocno trzeba patrzeć na długofalowe efekty. (...) Merytorycznie jest to trochę za mało kontrolowane. (...) Być może brakuje kompetencji do realnej oceny wyników i efektów. (...) Nie ma kogoś kto jest w stanie powiedzieć, czy to jest dobrze, czy to jest źle robione.

Deficyt danych, dotyczący na przykład grup docelowych w poszczególnych zadaniach, utrudnia też, w opinii rozmówców, udzielenie odpowiedzi o skalę realizacji celów Programów. Dane z realizacji Programów mogą nie wystarczyć do tego, by ocenić osiągnięty efekt. Trudno bowiem szacować na przykład, jaki skutek ma przeprowadzenie określonej liczby szkoleń czy godzin konsultacji. Pomimo trudności w kwantyfikowaniu skali osiągania celów w ocenie rozmówców działania realizowane w ramach Programów przyczyniają się docelowo do podnoszenia jakości życia oraz dobrostanu gdańszczanek i gdańszczan.

Postuluje się jednak przy tym opracowanie w gronie ekspertów: (1) zasad weryfikacji celów, jakie zostały zapisane w Programach, (2) specyfikacji wskaźników do poszczególnych zadań oraz (3) narzędzi monitorowania i ewaluacji realizacji celów w każdym z zadań.

ZNACZENIE DIAGNOZY

Jakość monitoringu i ewaluacji jest bardzo ważna. Równie istotne jest jednak to, by prowadzone w ramach Programów działania oparte były o adekwatne do problemu i kompleksowe diagnozy. Mają one bowiem kluczowe znaczenie z punktu widzenia programowania poszczególnych zadań i układania ich w możliwie spójny katalog.

My przechodzimy z tej fazy wrózenia z fusów, jeżeli chodzi o interwencje zdrowotne, w obszar, który jest oparty na faktach, na dowodach naukowych. To oznacza, że szukamy w pewnych działaniach indywidualnych, w procesie leczenia danego pacjenta, ale też w procesach społecznych, interwencji, tych, które rzeczywiście są skuteczne. Je się bada, je się monitoruje i na podstawie pilotażowych rozwiązań przenosi się na całe populacje. (...) Proszę zauważyć, że jeszcze 20-30 lat temu nie robiło się diagnoz. To wszystko było, że nam się wydaje, to zrobimy w takim razie to. Dzisiaj (...) coraz bardziej zbliżamy się tymi rozwiązaniami do tego, co tak naprawdę jest potrzebne społecznie. Dobrze skonstruowane polityki muszą wychodzić od diagnozy, a więc identyfikowania konkretnego problemu. (...) Myślę, że to się będzie dalej rozwijało i zmieniało.

Wprawdzie rozmówcy dostrzegają wyraźną zmianę, jeśli chodzi o gotowość do prowadzenia diagnoz i sięgania po ich wyniki, postuluje się też, by tego rodzaju działania zintensyfikować, a do danych odwoływać się w projektowaniu wszystkich zadań, jakie składają się na Programy. W jednym z wywiadów pojawił się też postulat wykorzystania narzędzi Big Data do pozyskiwania danych na przykład o czynnikach ryzyka występowania chorób, a w konsekwencji możliwości

kierowania mieszkańców na specjalistyczne badania. Takimi źródłami mogłyby być dane, jakimi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia czy informacje pozyskane za pośrednictwem mediów społecznościowych.

Diagnoza może też opierać się na monitorowaniu rozwiązań stosowanych w innych regionach / krajach i implementowaniu ich, po odpowiednim zaadoptowaniu, jako dobrych praktyk. Przykładem takiego działania jest wzorowany na rozwiązaniu szkockim program Ekstra FAN, którego 8. edycja odbyła się w 2019 roku¹⁴.

Realizatorzy części zadań w ramach Programów nie prowadzą ich w oparciu o kompleksową diagnozę. Często zresztą nie mają jej w ogóle przed startem zadania, dane zbierając w toku jego realizacji czy też na jego zakończenie. Pozyskiwany materiał może, między innymi, (1) mieć charakter porównawczego pomiaru na początku i na końcu projektu, (2) zawierać informację zwrotną na temat poziomu satysfakcji z uczestnictwa w zadaniu, (3) stanowić wskazówkę na temat poziomu motywacji do uczestnictwa wśród uczestników, (4) określać poziom ich indywidualnego dobrostanu czy (5) informować o skuteczności oddziaływania. W tym też sensie katalogi danych pozyskiwanych przez realizatorów są nieprzystawalne i trudne do porównania.

Duże ośrodki, takie jak Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia czy Uniwersyteckie Centrum Kliniczne, prowadzą pilotażowe wersje projektów przed wdrożeniem ich pełnych wersji. Pilotaż pozwala na dostosowanie oferty do potrzeb uczestników i usunięcie błędów w pierwotnej wersji planu realizacji zadania. Bieżący monitoring w projektach realizowanych cyklicznie umożliwia śledzenie poziomu zainteresowania zadaniem, a w efekcie elastycznego dopasowywania oferty do potrzeb potencjalnych beneficjentów. Ułatwia też szacowanie kosztów, jakie wiążą się z prowadzeniem działań na większą skalę. Budując narzędzia do monitoringu i ewaluacji podmioty mogą również bazować na już istniejących rozwiązaniach, na przykład adaptując kwestionariusze wykorzystywane do pomiarów w innych projektach (także za granicą).

Realizatorzy gromadzą też dane pozwalające określić profil beneficjenta danej usługi, przede wszystkim charakterystykę socjo-demograficzną. Jednocześnie często są to dane wybiórcze, w ograniczony sposób poszerzające wiedzę o faktycznych cechach uczestników ze względu na ich pochodzenie społeczne. Spostrzeżenia na temat profilu beneficjentów są też niekiedy w większym stopniu wynikiem intuicyjnych obserwacji niż „twardych” danych zebranych w procesie badań kwestionariuszowych. Jednym z argumentów na ogólny charakter pozyskiwanych informacji są ograniczenia związane z zasadami przetwarzania ochrony danych osobowych.

¹⁴ Rusza rekrutacja do kolejnych edycji Ekstra FAN i Ekstra FAN Ladies!, <https://stadionenergia.pl/aktualnosci/rusza-rekrutacja-do-kolejnych-edycji-ekstra-fan-i-ekstra-fan-ladies,a,4611>. Dostęp: 20.04.2020.

Natomiast profil pacjentów jest taki, jak profil mieszkańców Gdańska. My nawet nie zbieramy takich informacji, czy pacjent ma wyższe wykształcenie czy nie. Mamy na pewno w naszych dokumentach, jaki zawód wykonuje, bo to jest przez nas kontrolowane.

No kto się zgłosił, kto zapisał się na listę. I stolarz, i elektryk, i księgowy... Było tylko założenie, że ma być to mieszkaniec Gdańska. (...) Wykształcenia nie badaliśmy, (...) ale raczej to była klasa średnia. Dość ludzie świadomi. (...) Raczej to byli pracownicy biurowi, ale tego nie badaliśmy. Zawodu, statusu społecznego, zarobków. Wydaje mi się, że więcej było kobiet. A średnia wieku to najwięcej było 30+.

Nie robiliśmy takich statystyk, bo nie do końca mogliśmy to zrobić, z jakich dzielnic. (...) Procentowo nie potrafię powiedzieć, czy z jakiejś dzielnicy więcej, z jakiejś mniej. Jest to taka ograniczona ewaluacja, bo nie mamy pełnego dostępu do danych. (...) Jest RODO.

Pojedynczy realizatorzy wprost przyznają, że nie przywiązują wagi do zbierania danych o uczestnikach biorących udział w prowadzonych przez nich projektach. Wychodzą z założenia, że beneficjenci doceniają fakt, że usługi są świadczone nieodpłatnie, w związku z czym nie ma potrzeby pytania ich o szczegółowe aspekty korzystania z oferty.

SPRAWOZDAWCZOŚĆ

Wątek sprawozdawczości realizatorów pojawia się w tle we wcześniejszych fragmentach analizy. Warto jednak na zakończenie tego rozdziału podkreślić, że dla wielu podmiotów sprawozdawczość jest procesem wymagającym pewnego poziomu kompetencji, a niekiedy także znacznej ilości czasu. Dla podmiotów medycznych zdawanie relacji z przebiegu realizacji zadania jest trudne, jeśli porównać tę sprawozdawczość z jej odpowiednikami z konkursów finansowanych z innych środków. Różnice dotyczą przede wszystkim szczegółowości sprawozdań. W ocenie realizatorów miejska wersja sprawozdawczości obejmuje relatywnie dużo danych, a przez to jej sporządzenie jest bardziej skomplikowane i czasochłonne.

Inni realizatorzy podkreślają konieczność dbałości o szczegóły na różnych etapach projektu, po to by efekt końcowy w postaci sprawozdania spełniał oczekiwania, jakie względem realizatorów formułuje Koordynator. Trudności wynikają też z faktu, że sprawozdawczość wymaga „odkrycia” słabych stron realizowanych zadań, w tym na przykład problemów w osiągnięciu wskaźników rezultatu (na przykład liczby uczestników czy godzin udzielonych świadczeń).

Niekiedy trudność w sporządzaniu sprawozdań, przy jednoczesnym formułowaniu uwag i komentarzy ze strony Koordynatora, generuje irytację po stronie realizatorów, zmuszonych do nanoszenia poprawek do pierwszych wersji przekazywanej w ramach realizacji zadania dokumentacji. W tym sensie zasadne wydaje się postawienie wniosku, że obok organizacji rozumiejących logikę pracy projektowej, część podmiotów traktuje prowadzenie sprawozdawczości nie tyle jako merytoryczne domknięcie procesu realizacji zadania, co raczej zewnętrzny, strukturalny przymus.

Korzystanie z oferty oraz ocena jakości i dostępności usług przez beneficjentów. Perspektywa ilościowa

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały główne wnioski z badania kwestionariuszowego realizowanego wśród mieszkańców Gdańska, w tym osób, które do wypełnienia ankiety zostały zaproszone za pośrednictwem podmiotów realizujących zadania w ramach Programów.

Ten fragment raportu składa się z czterech części. W pierwszej przedstawiony został szczegółowy profil socjo-demograficzny respondenta. Ma on kluczowe znaczenie z punktu widzenia analizy danych w dalszych częściach opracowania. Następnie opisano specyfikę znaczenia, jakie przypisywane jest przez respondentów obszarowi zdrowia. Syntetyczną miarą charakteryzującą ten obszar jest Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej (IZTZ). W rozdziale przedstawione zostały również konkluzje na temat ogólnej oceny jakości i dostępności usług z perspektywy badanych, jak również ich doświadczenia związane z korzystaniem z usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.

Profil socjo-demograficzny respondentów

W badanej grupie mieszkańców zdecydowanie dominują kobiety. O ile mężczyzn w próbie jest 14,2%, kobiet aż 85,8%. Wynikać to może z kilku czynników, przede wszystkim z: (1) większego zainteresowania kobiet tematyką promocji i ochrony zdrowia, (2) większego zaangażowania kobiet w korzystanie z kanałów komunikacji z Miastem / instytucjami (np. szkoły), za pośrednictwem których wysyłane było zaproszenie do udziału w projekcie oraz (3) większej skłonności kobiet do angażowania się w badania społeczne, także te prowadzone za pośrednictwem internetu.

Zarówno średnia, jak i mediana (wartość przeciętna) wieku badanych wynosi 42 lata. Najmłodsza badana osoba ma 18 lat, najstarsza zaś – 94. W podziale na wiek dominują osoby w przedziale wiekowym 40-49 lat (40%), najmniej jest zaś najmłodszych respondentów, czyli osób, które nie ukończyły 29. roku życia (9,9%). Osób, które nie przekroczyły jeszcze 40. roku życia, jest w próbie 38,6%, zaś osób starszych – 61,4%. Dla większej czytelności w dalszej części analizy posługiwać się będziemy podziałem dwukategorialnym (do 39 lat oraz 40 lat i więcej).

Tabela 37. Dane socjo-demograficzne respondentów – płeć, wiek, zamieszkiwanie w Gdańsku

Płeć	n	%
Kobieta	1869	85,8
Mężczyzna	310	14,2
Wiek	n	%
18-29 lat	210	9,9
30-39 lat	612	28,8
40-49 lat	852	40
50 lat i więcej	454	21,3
Zamieszkiwanie w Gdańsku	n	%
Tak	2063	94,7
Nie	116	5,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Zdecydowana większość badanych mieszka w Gdańsku. Taką deklarację składa 94,7% ankietowanych. Pozostali uczestnicy badania pochodzą zazwyczaj z miejscowości sąsiadujących z Gdańskiem lub położonych w niedalekiej odległości od Gdańska. Poniżej przedstawione jest zestawienie miejscowości, z których rekrutują się ankietowani niemieszkający w Gdańsku.

Tabela 38. Miejscowość pochodzenia – ankietowani spoza Gdańska

13
Pruszcz Gdański
10
Gdynia
8
Banino
6
Sopot
5
Chwaszczyno / Kolbudy
4
Otomin
3
Borkowo / Rumia / Żukowo
2
Bąkowo / Borkowo / Kowale / Leżno / Rębiechowo / Rotmanka / Straszyn / Sulmin / Wiślina
1
Bobowo / Bytów / Ciepłowo / Golubie / Jagatowo / Jankowo Gdańskie / Jantar / Jastarnia / Juskowo / Kartuzy / Kczewo / Kęsowo / Kościerzyna / Krynica Morska / Łęgowo / Lillehammer / Lipusz / Lublewo Gdańskie / Malbork / Miszewko / Pierwoszytno / Pręgowo / Przejazdowo / Pszczółki / Szemud / Tczew / Trutnowy / Wocławki / Żarnowiec / Żukowo / Żuławy

Wśród badanych dominują osoby mieszkające w południowych i zachodnich dzielnicach Gdańska. Największa liczba respondentów pochodzi z Ujeściska-Łostowic (9,3%), Osowej (8,9%), Chełmu (6,6%), Orunii Górnej-Gdańsku Południe (6,3%) i Jasienia (6,2%).

Tabela 39. Zamieszkiwana dzielnica

Dzielnica	n	%
Ujeścisko-Łostowice	191	9,3
Osowa	183	8,9
Chełm	137	6,6
Orunia Górna-Gdańsk Południe	130	6,3
Jasień	128	6,2
Przymorze Wielkie	114	5,5
Wrzeszcz Dolny	100	4,8
Piecki-Migowo	98	4,7
Wrzeszcz Górny	97	4,7
Oliwa	77	3,7
Przymorze Małe	72	3,5
Siedlce	71	3,4
Śródmieście	68	3,3
Stogi	67	3,2
Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	67	3,2
Suchanino	57	2,8
Matarnia	43	2,1
Brzeźno	39	1,9
Kokoszki	40	1,9
Aniołki	37	1,8
Zaspa-Młyniec	37	1,8
Zaspa-Rozstaje	36	1,7
Orunia-Św. Wojciech-Lipce	33	1,6
Nowy Port	24	1,2
Brętowo	23	1,1
Przeróbka	22	1,1
Strzyża	21	1
Wyspa Sobieszewska	17	0,8
VII Dwór	12	0,6
Letnica	8	0,4
Młyniska	5	0,2
Wzgórze Mickiewicza	4	0,2
Krakowiec-Gorki Zachodnie	2	0,1
Olszynka	2	0,1
Rudniki	2	0,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

W dalszej części analizy do porównań międzydzielnicowych wykorzystywane będzie zestawienie fragmentów Miasta w 13 lub 3 strefy. Ten pierwszy podział nawiązuje do sposobu grupowania dzielnic stosowanego w prowadzonych w Gdańsku badaniach jakości życia (realizator: Pracownia Realizacji Badań Socjologicznych działająca na Uniwersytecie Gdańskim)¹⁵. Druga typologia nawiązuje do sposobu prezentacji danych w raporcie z badania ewaluacyjnego Szczegółowych Programów Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów

¹⁵ Dodatkowo wyodrębniona została kategoria dla dzielnicy Orunia Górna-Gdańsk Południe.

Alkoholowych oraz Przeciwdziałaniu Narkomanii za lata 2017-2018 (realizator: Ośrodek Badań i Analiz Społecznych).

Z podziału Gdańska na 3 strefy wynika, że największa grupa badanych zamieszkuje dzielnice południowe i zachodnie (47,1%), a nieznacznie mniej – dzielnice centralne i nadmorskie (42,5%). Znacznie mniejsza liczba uczestników pochodzi z dzielnic wschodnich oraz Śródmieścia (10,3%).

Tabela 40. Zamieszkiwana dzielnica – podział na 13 stref Miasta

Dzielnica	n	%
Chełm, Jasień, Ujeścisko-Łostowice	456	22,1
Osowa, Kokoszkki, Matarnia	266	12,9
Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	253	12,3
Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	218	10,6
Siedlce, Suchanino, Wzgórze Mickiewicza	132	6,4
Orunia Górna-Gdańsk Południe	130	6,3
Piecki-Migowo, Brętowo	121	5,9
Stogi, Przeróbka, Krakowiec-Górki Zachodnie, Rudniki, Wyspa Sobieszewska	110	5,3
Śródmieście, Aniołki	105	5,1
Oliwa, VII Dwór	89	4,3
Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska	76	3,7
Zaspa Młyniec, Zaspa Rozstaje	73	3,5
Orunia-Św. Wojciech-Lipce, Olszynka	35	1,7

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 41. Zamieszkiwana dzielnica – podział na 3 strefy Miasta

Dzielnica	n	%
Dzielnice centralne i nadmorskie	878	42,5
Dzielnice południowe i zachodnie	973	47,1
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	213	10,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Udział liczbowy w próbie badanych pochodzących z różnych części Miasta zależy od liczby mieszkańców w danej dzielnicy¹⁶. W tym celu liczba osób, które wzięły udział w badaniu, została przyrównana do liczby mieszkańców na terenie danej dzielnicy. Na tej podstawie wyliczony został udział procentowy osób, które wypełniły kwestionariusz. Z analizy wynika, że zdecydowanie największą popularnością badanie cieszyło się wśród mieszkańców dzielnicy Osowa. Tu bowiem ankietę wypełniło 1,14% mieszkańców. Wysokie wskaźniki zauważalne są też w takich dzielnicach jak: Aniołki (0,82%), Matarnia (0,72%) i Ujeścisko (0,69%). Na drugim biegunie znajdują się części Miasta, w których udział w badaniu spotkał się z relatywnie

¹⁶ Analiza w oparciu o dane dostępne w portalu Gdańsk w liczbach. Zob.: <https://www.gdansk.pl/pobierz/147541/04-1-2-d-stan-ludnosci-mieszkancy-dzielnic-gdanska-wg-plci-i-wieku>. Dostęp: 27.04.2020.

najmniejszym zainteresowaniem. Do tych dzielnic należą: Rudniki (0,18%), Wzgórze Mickiewicza (0,16%), Krakowiec-Górki Zachodnie (0,11%) oraz Olszynka (0,07%).

Tabela 42. Procentowy udział mieszkańców w badaniu kwestionariuszowym

Dzielnica	Liczba badanych	Liczba mieszkańców	Udział procentowy
Osowa	183	16 114	1,14%
Aniołki	37	4 516	0,82%
Matarnia	43	5 947	0,72%
Ujeścisko-Łostowice	191	27 731	0,69%
Stogi	67	10 439	0,64%
Jasień	128	20 100	0,64%
Orunia Górna-Gdańsk Południe	130	20 488	0,63%
Siedlce	71	12 754	0,56%
Przeróbka	22	3 978	0,55%
Suchanino	57	10 323	0,55%
Letnica	8	1 462	0,55%
Wyspa Sobieszewska	17	3 341	0,51%
Oliwa	77	15 215	0,51%
Przymorze Małe	72	15 251	0,47%
Wrzeszcz Dolny	100	22 635	0,44%
Wrzeszcz Górny	97	22 014	0,44%
Chełm	137	32 099	0,43%
Przymorze Wielkie	114	27 015	0,42%
Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	67	16 075	0,42%
Kokoszki	40	9 827	0,41%
Strzyża	21	5 478	0,38%
Piecki-Migowo	98	27 495	0,36%
Brzeźno	39	11 944	0,33%
Brętowo	23	7 579	0,30%
VII Dwór	12	4 155	0,29%
Zaspa Młyniec	37	13 136	0,28%
Zaspa Rozstaje	36	13 068	0,28%
Śródmieście	68	25 127	0,27%
Nowy Port	24	9 389	0,26%
Orunia-Św. Wojciech-Lipce	33	13 889	0,24%
Młyniska	5	2 636	0,19%
Rudniki	2	1 108	0,18%
Wzgórze Mickiewicza	4	2 497	0,16%
Krakowiec-Górki Zachodnie	2	1 824	0,11%
Olszynka	2	3 023	0,07%

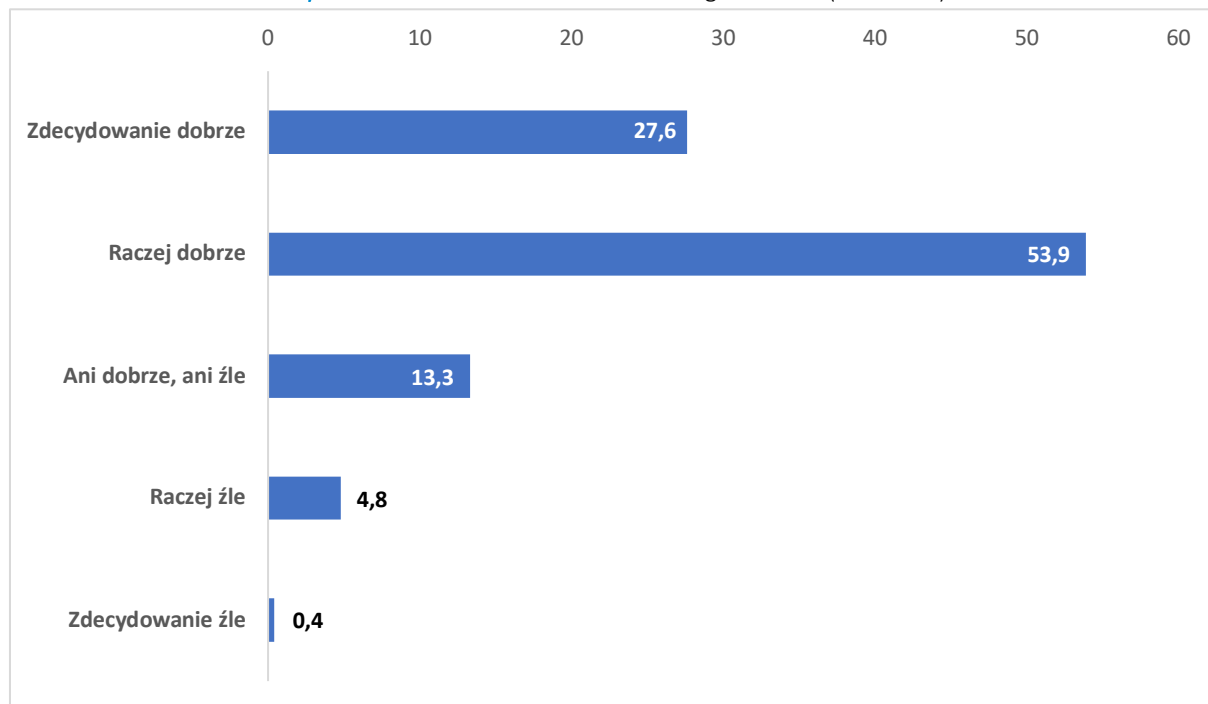
Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Znaczenie obszaru zdrowia

Istotnym elementem badania kwestionariuszowego były pytanie dotyczące znaczenia kwestii związanych ze zdrowiem w indywidualnym doświadczeniu badanych. Z zebranych danych

wynika, że ogólna ocena stanu własnego zdrowia jest dobra – twierdzi tak ponad 8 na 10 badanych, zaś jedynie 5,2% ocenia stan własnego zdrowia jako zły.

Wykres 2. Aktualna ocena stanu własnego zdrowia (dane w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Badani pytani byli o kwestie dotyczące wagi tematu zdrowia w ich życiu, przede wszystkim kwestii związanych z wyobrażeniami o zdrowym stylu życia i promocją profilaktyki zdrowotnej. W kwestionariuszu znalazło się pięć pytań, na podstawie których stworzony został syntetyczny Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej (IZTZ). Został on opracowany w oparciu o odpowiedzi udzielane na pięć pytań:

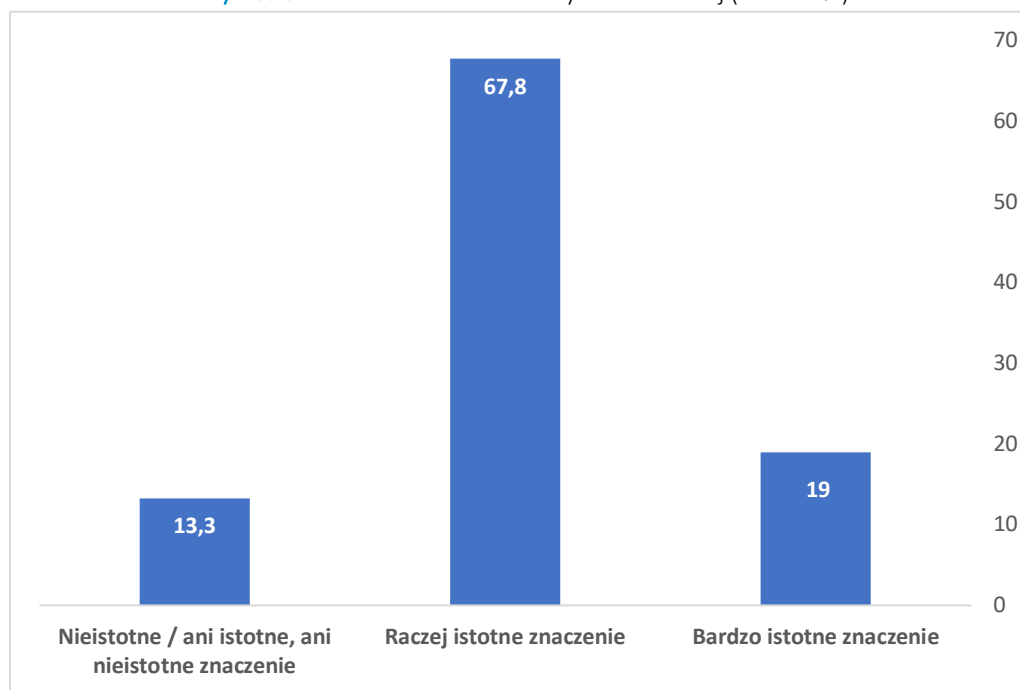
- 1) W jakim stopniu temat zdrowia jest dla Pana(-i) ważny? (skala: od „zdecydowanie niskim” do „zdecydowanie wysokim”)
- 2) Czy, w Pana(-i) ocenie, jest Pan(-i) osoba aktywna fizycznie? (skala: od „zdecydowanie nie” do „zdecydowanie tak”)
- 3) Jak oceniłby(-aby) Pan(-i) poziom swojej wiedzy na temat zdrowia i zdrowego stylu życia? (skala: od „zdecydowanie niski” do „zdecydowanie wysoki”)
- 4) W jakim stopniu stosuje się Pan(-i) do zaleceń dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia? (skala: od „zdecydowanie niskim” do „zdecydowanie wysokim”)
- 5) Jaka jest Pana(-i) opinia na temat działań podejmowanych na rzecz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowia? (skala: od „są one zdecydowanie nieważne” do „są one zdecydowanie ważne”)

Wszystkie pytania wchodzące w skład indeksu mierzone są na skalach o wartościach 1-5. Dzięki temu możliwe było stworzenie zmiennej o takiej samej skali, na której „1” oznacza bardzo niski

poziom istotności tematyki zdrowotnej dla osoby badanej, zaś „5” – że do tematyki zdrowotnej przywiązuje się bardzo dużą wagę.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że ponad 2/3 badanych przywiązuje raczej wysoką wagę do tematyki zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, zaś prawie co piąty ankietowany uważa, że są to zagadnienia bardzo ważne. Dla mniejszego odsetka respondentów (13,3%) kwestie dotyczące zdrowia nie mają istotnego znaczenia, przy czym tylko 0,6% badanych osiąga wyniki wskazujące na niski poziom zainteresowania tematyką zdrowia i profilaktyki (pozostałe osoby przypisane są do wariantu odpowiedzi „ani istotne, ani nieistotne”). Średni wynik dla całej populacji (na skali 1-5) wynosi 4,06. Oznacza to, że generalnie badani przywiązują raczej istotną wagę do tematyki zdrowotnej.

Wykres 3. Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej (dane w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Znaczenie tematyki zdrowotnej zależy przede wszystkim od płci. Wśród mężczyzn jest więcej osób, dla których tematyka zdrowia i profilaktyki nie jest istotna – takich osób jest 18,1%, czyli o 5,6 p.p. więcej niż w przypadku kobiet. Co ciekawe odsetki badanych, dla których ten obszar życia jest bardzo ważny, są niemal takie same (minimalna przewaga w grupie mężczyzn). Wiek i dzielnica zamieszkania nie różnicują znacząco poziomu znaczenia przypisywanego zagadnieniom związanym ze zdrowiem. Gdańszczanie z Piecek-Migowa i Brętowa najczęściej przywiązują istotną wagę do tematyki zdrowotnej (25,6% badanych), tam też jest największa przewaga między grupą badanych najbardziej i najmniej zainteresowanych opisywaną

tematyką (+18 p.p.). Dla odmiany na Siedlcach, Suchaninie i Wzgórzu Mickiewicza odsetek osób bardzo zaangażowanych w problematykę zdrowia jest najniższy w skali całego Miasta (10,6%), a jednocześnie o 3 p.p. mniejszy niż grupa tych, którzy deklarują co najwyżej przeciętne zainteresowanie zagadnieniami z obszaru zdrowia i profilaktyki zdrowotnej.

Tabela 43. Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Znaczenie tematyki zdrowotnej		
	Nieistotne / ani istotne, ani nieistotne	Raczej istotne	Bardzo istotne
Płeć			
Kobieta	233 12,5%	1282 68,6%	354 18,9%
Mężczyzna	56 18,1%	195 62,9%	59 19%
Wiek			
Do 39 lat	122 14,8%	559 68%	141 17,2%
40 lat i więcej	160 12,3%	892 68,3%	254 19,4%
Dzielnica			
Dzielnice centralne i nadmorskie	116 13,2%	601 68,5%	161 18,3%
Dzielnice południowe i zachodnie	122 12,5%	660 67,8%	191 19,6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	33 15,5%	143 67,1%	37 17,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 44. Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej w podziale na dzielnice (13 stref)

Zmienna niezależna	Znaczenie tematyki zdrowotnej		
	Nieistotne / ani istotne, ani nieistotne	Raczej istotne	Bardzo istotne
Płeć			
Śródmieście, Aniołki	14 13,3%	72 68,6%	19 18,1%
Orunia-Św. Wojciech-Lipce, Olszynka	3 8,6%	27 77,1%	5 14,3%
Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	34 15,6%	147 67,4%	37 17%
Piecki-Migowo, Brętowo	9 7,4%	81 66,9%	31 25,6%
Chełm, Jasień, Ujeścisko-Łostowice	62 13,6%	311 68,2%	83 18,2%
Osowa, Kokoszki, Matarnia	34 12,8%	176 66,2%	56 21,1%

Tabela 44 c.d. Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej w podziale na dzielnice (13 stref)

Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	28 11,1%	170 67,2%	55 21,7%
Zaspa Młyniec, Zaspa Rozstaje	9 12,3%	47 64,4%	17 23,3%
Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska	12 15,8%	50 65,8%	14 18,4%
Stogi, Przeróbka, Krakowiec-Górki Zachodnie, Rudniki, Wyspa Sobieszewska	19 17,3%	70 63,6%	21 19,1%
Orunia Górna-Gdańsk Południe	17 13,1%	92 70,8%	21 16,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Warto poddać analizie składowe Indeksu Znaczenia Tematyki Zdrowotnej, czyli pytania, na podstawie których wartość indeksu została wyliczona. Dla większej czytelności wyniki dla poszczególnych pytań przedstawione zostały w jednej tabeli, przy czym należy pamiętać, że dokładne brzmienie wariantów odpowiedzi nieznacznie różniło się między pytaniami. W efekcie nazwy poszczególnych wariantów mają ogólny charakter, wskazujący znaczenie danej odpowiedzi przy konkretnym pytaniu.

Tabela 45. Składowe Indeksu Znaczenia Tematyki Zdrowotnej

Pytanie	Zdecydowanie niski poziom		Raczej niski poziom		Ani wysoki, ani niski poziom		Raczej wysoki poziom		Zdecydowanie wysoki poziom		ŚREDNIA
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
W jakim stopniu temat zdrowia jest dla Pana(-i) ważny?	0	0	6	0,3	79	3,6	690	31,7	1404	64,4	<u>4,6</u>
Jaka jest Pana(-i) opinia na temat działań podejmowanych na rzecz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowia?	12	0,6	43	2	106	4,9	758	34,8	1260	57,8	<u>4,47</u>
Jak oceniłby(-aby) Pan(-i) poziom swojej wiedzy na temat zdrowia i zdrowego stylu życia?	7	0,3	33	1,5	403	18,5	1269	58,2	467	21,4	<u>3,99</u>
W jakim stopniu stosuje się Pan(-i) do zaleceń dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia?	13	0,6	135	6,2	721	33,1	1040	47,7	270	12,4	<u>3,65</u>
Czy, w Pana(-i) ocenie, jest Pan(-i) osoba aktywna fizycznie?	43	2	279	12,8	584	26,8	886	40,7	387	17,8	<u>3,59</u>

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

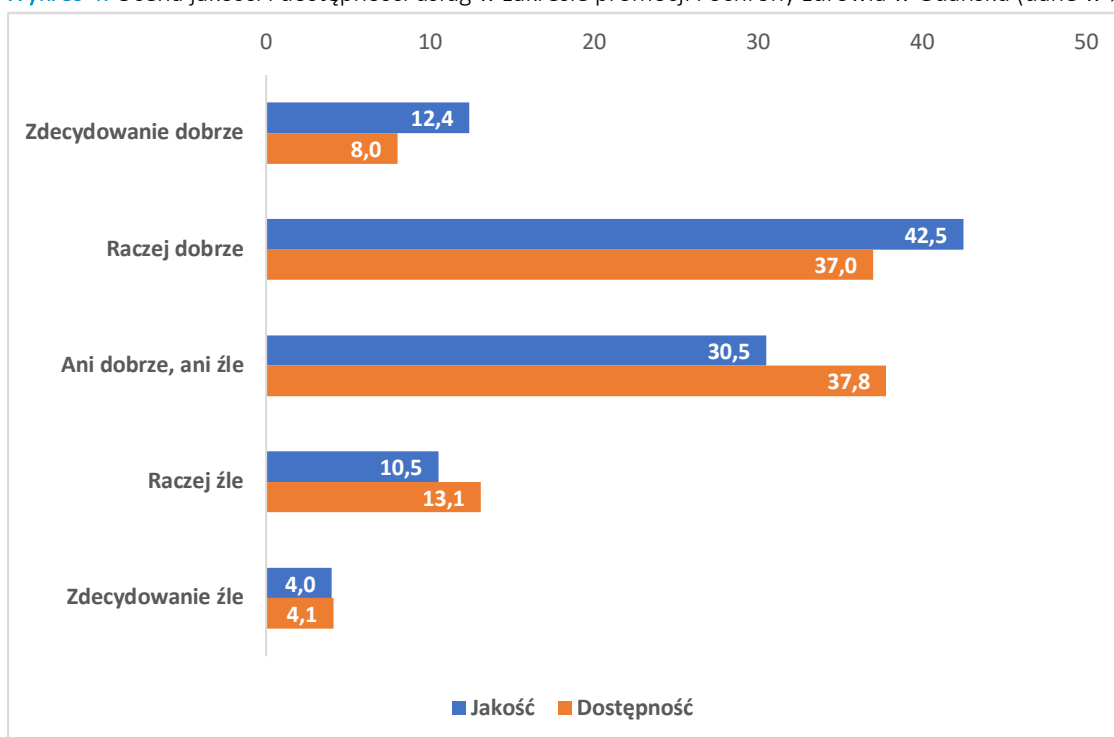
Z analizy zebranych danych wynika, że badani uważają za istotny zarówno sam temat zdrowia, jak i działań podejmowanych na rzecz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej. W obu przypadkach średnie wartości wskazań oscylują wokół 4,5. Słabiej oceniany jest poziom własnej wiedzy na temat zdrowia i zdrowego stylu życia (średnia nie przekracza 4), a najniżej działania, jakie podejmuje się, by cieszyć się dobrym zdrowiem. Dotyczy to zarówno podejmowania aktywności fizycznej, jak i stosowania się do zaleceń dotyczących zdrowego stylu życia (obie odpowiedzi nieznacznie przekraczają wartość 3,5). Wydaje się więc, że w parze

z wartościami uznawanymi („jak być powinno”) nie idą wartości realizowane („jak jest”, „co robię”).

Ogólna ocena jakości i dostępności usług

Respondenci proszeni byli o określenie swojej opinii na temat jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Podobnie jak przy wcześniejszych pytaniach, ankietowani mogli wybrać wariant na skali 1-5. W obu przypadkach wyniki znajdują się w przedziale między wartością równą 3, czyli „ani dobrze, ani źle” a wartością równą 4 („raczej dobrze”). Średni wynik oceny jakości usług wynosi 3,49, natomiast średni wynik oceny dostępności usług jest niższy (3,31). Szczegółowy rozkład odpowiedzi znajduje się na poniższym wykresie. Być może na wynik wpływ ma fakt, że respondenci oceniają nie tyle faktyczne usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia, jakie oferuje Miasto Gdańsk, co cały system ochrony zdrowia.

Wykres 4. Ocena jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku (dane w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 46. Ocena jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Ocena jakości usług		
	Źłe	Ani dobrze, ani źle Płeć	Dobrze
Kobieta	239	567	1063
	12,8%	30,3%	56,9%
Mężczyzna	78	97	135
	25,2%	31,3%	43,5%
Wiek			
Do 39 lat	112	240	470
	13,6%	29,2%	57,2%
40 lat i więcej	202	408	696
	15,5%	31,2%	53,3%
Dzielnica			
Dzielnice centralne i nadmorskie	137	274	467
	15,6%	31,2%	53,2%
Dzielnice południowe i zachodnie	135	288	550
	13,9%	29,6%	56,5%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	34	60	119
	16%	28,2%	55,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Tabela 47. Ocena dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Ocena dostępności usług		
	Źłe	Ani dobrze, ani źle Płeć	Dobrze
Kobieta	296	717	856
	15,8%	38,4%	45,8%
Mężczyzna	79	106	125
	25,5%	34,2%	40,3%
Wiek			
Do 39 lat	116	309	397
	14,1%	37,6%	48,3%
40 lat i więcej	253	502	551
	19,4%	38,4%	42,2%
Dzielnica			
Dzielnice centralne i nadmorskie	149	335	394
	17%	38,2%	44,9%
Dzielnice południowe i zachodnie	171	368	434
	17,6%	37,8%	44,6%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	42	72	99
	19,7%	33,8%	46,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

W podziale na płeć widać wyraźną różnicę w ocenie jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Wśród kobiet jest znacznie więcej badanych skłonnych deklarować, że ocena jakości usług jest dobra – twierdzi tak 56,9% kobiet i 43,5% mężczyzn. Nieznacznie lepiej jakość usług oceniają też osoby młodsze. Największy odsetek dobrych ocen jakości usług odnotowano w dzielnicach: Orunia-Św. Wojciech Lipce i Olszynka (62,9%)¹⁷. Najwięcej krytycznych ocen wystawiają natomiast respondenci ze Śródmieścia i Aniołków (21,9%). Nie ma natomiast wyraźnych różnic w ocenach między częściami Miasta w podziale na 3 strefy.

Analogiczne tendencje zauważalne są w przypadku stosunku do dostępności usług. Częściej dobrze oceniają ją kobiety i osoby młodsze oraz mieszkańcy dzielnic Orunia-Św. Wojciech Lipce i Olszynka.

Tabela 48. Ocena jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku w podziale na dzielnice (13 stref)

Zmienna niezależna	Ocena jakości usług		
	Źłe	Ani dobrze, ani źle	Dobrze
	Płeć		
Śródmieście, Aniołki	23 21,9%	20 19%	62 59%
Orunia-Św. Wojciech-Lipce, Olszynka	3 8,6%	10 28,6%	22 62,9%
Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	36 16,5%	79 36,2%	103 47,2%
Oliwa, VII Dwór	15 16,9%	26 29,2%	48 53,9%
Siedlce, Suchanino, Wzgórze Mickiewicza	19 14,4%	41 31,1%	72 54,5%
Piecki-Migowo, Brętowo	14 11,6%	42 34,7%	65 53,7%
Chełm, Jasień, Ujeścisko-Łostowice	70 15,4%	123 27%	263 57,7%
Osowa, Kokoszkki, Matarnia	39 14,7%	81 30,5%	146 54,9%
Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	36 14,2%	82 32,4%	135 53,4%
Zaspa Młyniec, Zaspa Rozstaje	13 17,8%	23 31,5%	37 50,7%
Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska	11 14,5%	19 25%	46 60,5%
Stogi, Przeróbka, Krakowiec-Górki Zachodnie, Rudniki, Wyspa Sobieszewska	15 13,6%	34 30,9%	61 55,5%
Orunia Górna-Gdańsk Południe	12 9,2%	42 32,3%	76 58,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

¹⁷ Należy jednak pamiętać, że łączna liczebność próby w tej części Miasta (dwie dzielnice) jest niska (n=35).

Tabela 49. Ocena dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku w podziale na dzielnice (13 stref)

Zmienna niezależna	Ocena dostępności usług		
	Źle Płeć	Ani dobrze, ani źle	Dobrze
Śródmieście, Aniołki	22 21%	38 36,2%	45 42,9%
Orunia-Św. Wojciech-Lipce, Olszynka	6 17,1%	9 25,7%	20 57,1%
Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	34 15,6%	94 43,1%	90 41,3%
Oliwa, VII Dwór	17 19,1%	29 32,6%	43 48,3%
Siedlce, Suchanino, Wzgórze Mickiewicza	26 19,7%	45 34,1%	61 46,2%
Piecki-Migowo, Brętowo	22 18,2%	55 45,5%	44 36,4%
Chełm, Jasień, Ujeścisko-Łostowice	77 16,9%	156 34,2%	223 48,9%
Osowa, Kokoszki, Matarnia	52 19,5%	110 41,4%	104 39,1%
Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	39 15,4%	98 38,7%	116 45,8%
Zaspa Młyniec, Zaspa Rozstaje	15 20,5%	26 35,6%	32 43,8%
Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska	11 14,5%	30 39,5%	35 46,1%
Stogi, Przeróbka, Krakowiec-Górki Zachodnie, Rudniki, Wyspa Sobieszewska	21 19,1%	38 34,5%	51 46,4%
Orunia Górna-Gdańsk Południe	20 15,4%	47 36,2%	63 48,5%

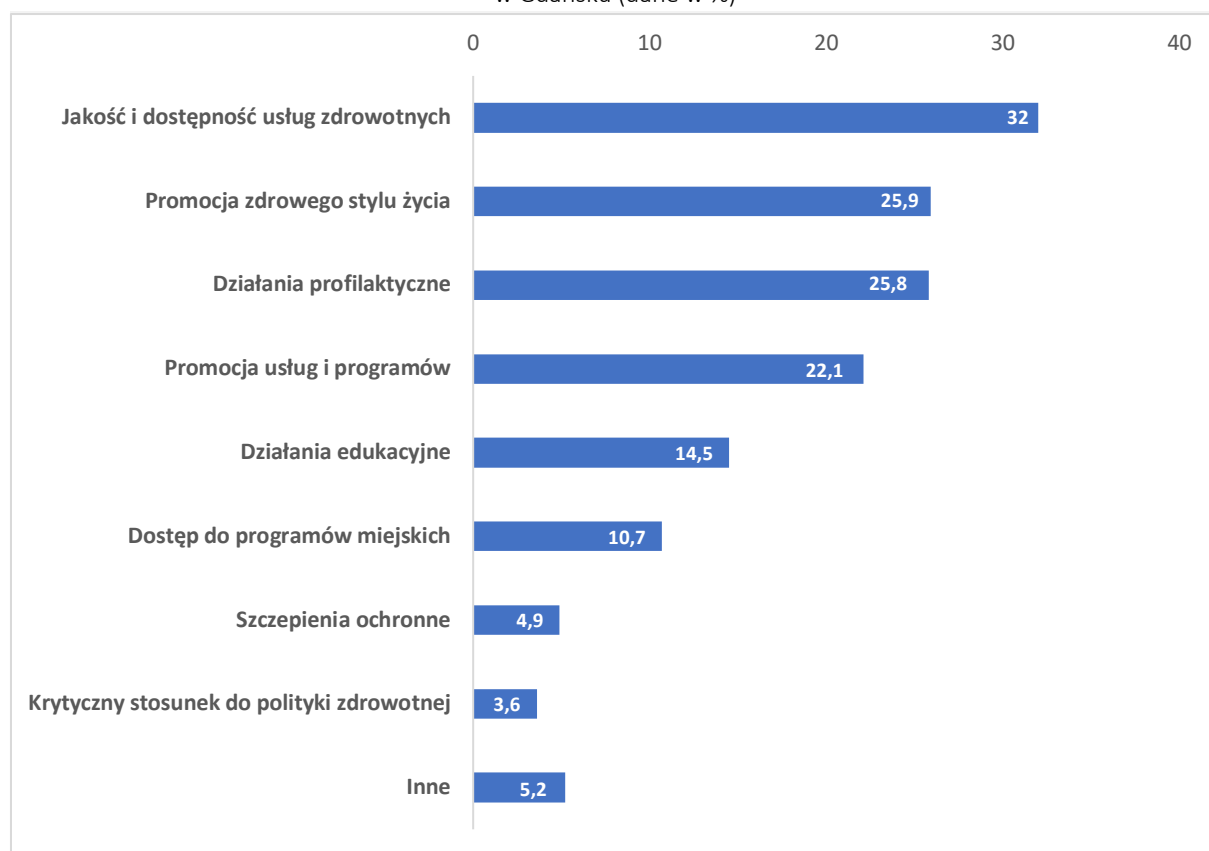
Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Badani, którzy nie oceniają dobrze jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku, zostali poproszeni o udzielenie odpowiedzi o preferowany kierunek zmian w tym zakresie. Duża liczba otrzymanych propozycji umożliwiła zbudowanie zestawienia z danymi procentowymi. Wśród wszystkich osób, które nie oceniły jakości usług dobrze, dominują wskazania na to, by poprawić zarówno ich jakość, jak i dostępność (32%). Wprawdzie wątek dostępności usług analizowany był osobno, badani często odnosili się do tych wątków równolegle (stąd takie połączenie w przygotowanym zestawieniu). Rekomendowano przede wszystkim poprawę dostępu do specjalistów i zwiększenie nakładów na system ochrony zdrowia. Te wskazania można odczytać jako potraktowanie pytania o usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowane ze środków Miasta Gdańska znacznie szerzej, praktycznie utożsamiając wąski zakres usług, których organizowanie leży w gestii Miasta z całym katalogiem usług, często finansowanych z innych źródeł.

Badani duży nacisk kładą na podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowego stylu życia (25,9%). Tu najczęściej wskazuje się podejmowanie takich kroków jak zwiększanie nacisku na podejmowanie aktywności fizycznej (w tym bezpłatnych akcji z tego obszaru), poprawy jakości infrastruktury sportowej i promocji zdrowego odżywiania. Badani za istotne uważają też kładzenie nacisku na rozwijanie terenów zielonych i ochronę środowiska. Równolegle respondenci oczekują, że rozwijane będą działania o charakterze profilaktycznym – poszerzenie katalogu badań profilaktycznych i akcje społeczne (25,8%).

Za istotne uważane jest prowadzenie działań edukacyjnych, adresowanych zarówno do dzieci i młodzieży, jak osób dorosłych, dotyczących między innymi zagadnień z obszaru zdrowego trybu życia czy zasad zdrowego żywienia (14,5%). Badani oczekują także, że promocja usług i programów realizowanych przez Miasto będzie lepsza (22,1%), co w konsekwencji mogłoby znaleźć przełożenie na ich większą dostępność (10,7%). Wśród szczegółowych propozycji rekomenduje się na przykład promowanie programów i usług w przestrzeni miejskiej oraz poszerzanie grup odbiorców (na przykład na osoby w średnim wieku).

Wykres 5. Opinie na temat kierunku zmian dotyczących jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku (dane w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

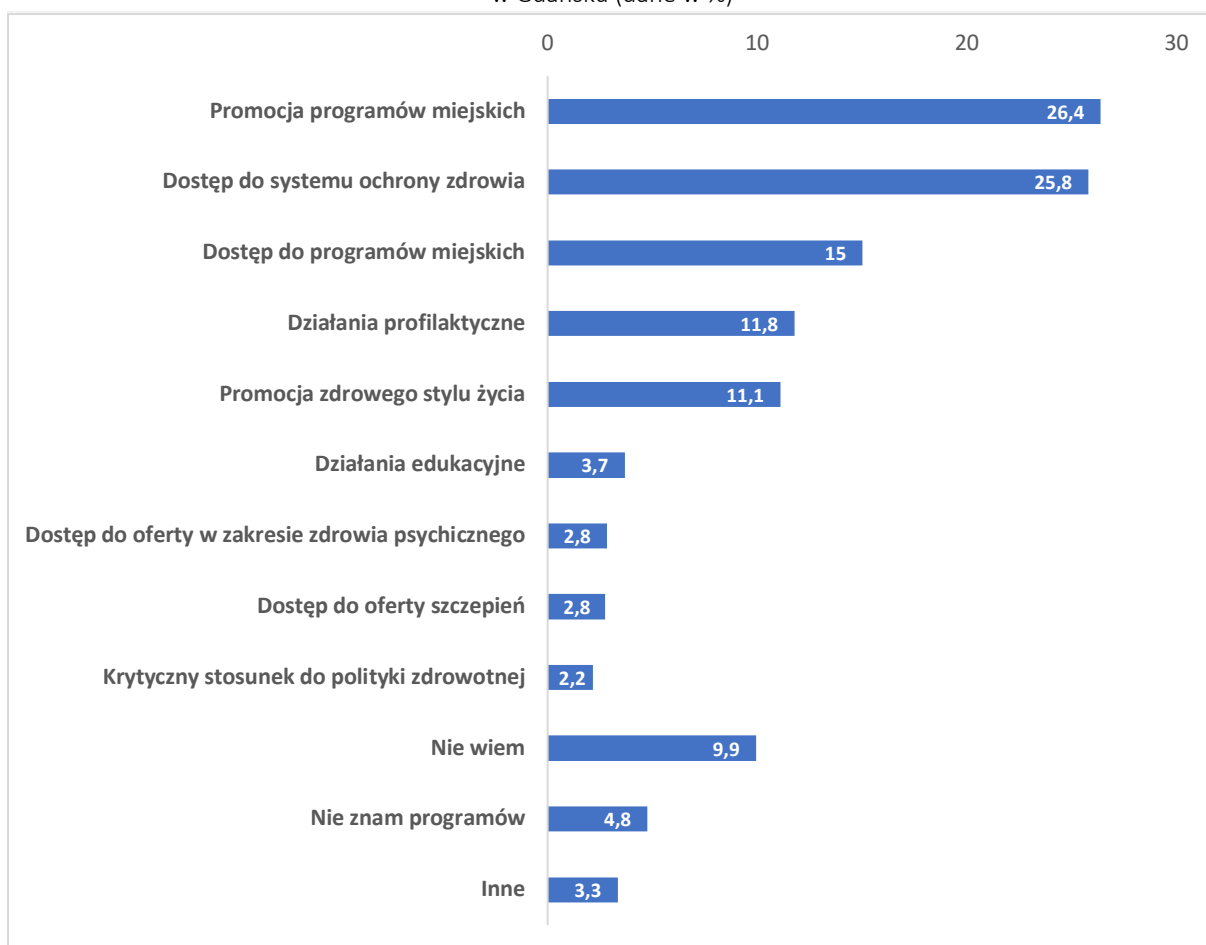
4,9% badanych akcentuje potrzebę prowadzenia aktywnej polityki w zakresie szczepień ochronnych, polegającą przede wszystkim na większym zakresie finansowania szczepień oraz wprowadzeniu szczepienia przeciwko HPV. 3,6% ankietowanych wyraża krytyczną opinię na temat polityki zdrowotnej – zarówno w skali lokalnej, jak i ogólnokrajowej. Argumentem w tej kwestii jest przede wszystkim niechęć do finansowania procedury leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego, realizacji programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego i obowiązku szczepień ochronnych.

Analogiczną procedurę skutkującą sporządzeniem zestawienia procentowego na podstawie odpowiedzi udzielonych w pytaniu otwartym przeprowadzono dla kwestii dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Jak zasygnalizowano powyżej, wątki jakości i dostępności usług są przez respondentów często widziane w połączeniu. W efekcie dane dotyczące dostępności przypominają częściowo układ odpowiedzi widoczny w pytaniu o jakość.

Na pierwszym miejscu badani wskazują wagę problemu lepszej promocji programów miejskich (26,4%). Tego rodzaju działania miałyby w sposób istotny podnosić poziom świadomości wagi problemu zdrowia publicznego. Respondentom brakuje nie tylko wskazywanej powyżej promocji działań Miasta w przestrzeni publicznej, ale też w mediach, ze szczególnym naciskiem na internet. Proponuje się też, by Miasto zaoferowało możliwość korzystania z platformy internetowej zawierającej informacje o miejskich programach i usługach w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Badani oczekują również poprawy dostępu do systemu ochrony zdrowia (25,8%), przy czym tu ponownie należy podkreślić, że można domniemać, że przynajmniej część badanych formułuje oceny i oczekiwania wykraczające poza zakres kompetencji Miasta. Jednocześnie formułowane są oczekiwania odnośnie lepszej dostępności do programów i usług miejskich (15%) oraz działań o charakterze profilaktycznym (11,8%). W obszarze promocji zdrowego stylu życia istotne są w szczególności kwestie dotyczące szeroko rozumianej aktywności fizycznej (np. gimnastyka, jazda na rowerze), organizacji bezpłatnych zajęć sportowych dla dzieci, dofinansowań do karnetów na basen czy siłownię oraz zwiększenia liczby miejsc, w których można zaopatrzyć się w zdrową żywność (11,1%).

Wykres 6. Opinie na temat kierunku zmian dotyczących dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku (dane w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

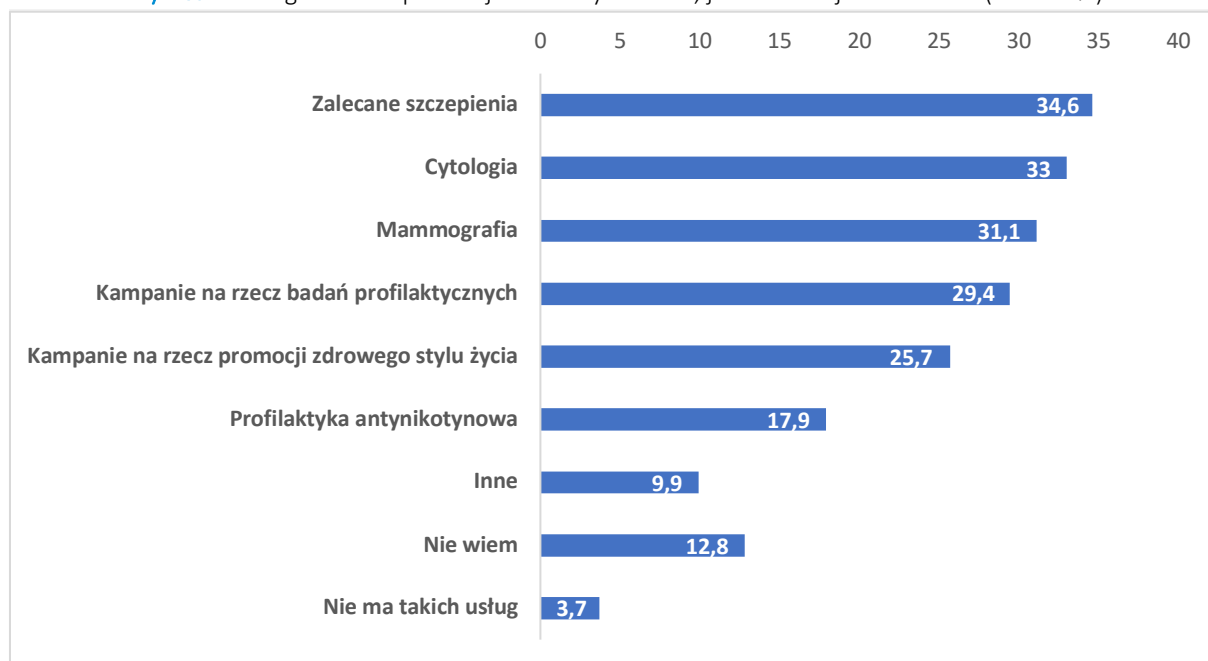
Wśród mniej popularnych kierunków zmian dotyczących dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku wymienia się przede wszystkim działania edukacyjne o różnym charakterze – dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych, z zakresu dietetyki czy kwestii związanych z seksualnością człowieka (3,7%). Badani liczą też na lepszy dostęp do oferty w zakresie zdrowia psychicznego (2,8%) i szczepień ochronnych (2,8%). Niejako w kontrze do tych sugestii pojawiają się, sygnalizowane już powyżej w związku z oceną jakości usług, zagadnienia dobrowolności szczepień i sprzeciwu względem finansowania procedury leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego. W pojedynczych wypowiedziach pojawiają się też krytyczne głosy na temat polityki równościowej prowadzonej w Gdańsku, a nawet sugestia, by nie montować anten 5G (2,2%).

W kontekście analizowanych danych warto podkreślić, że średnio 1 na 10 badanych nie wie, co należałoby zmienić, by poprawić dostępność usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia

w Gdańsku (9,9%), a 1 na 20 nie zna miejskich programów na tyle dobrze, by rekomendować zmiany do istniejącego systemu (4,8%).

Badani zostali poproszeni o wybór maksymalnie 3 z listy przedstawionych w kwestionariuszu usług na rzecz promocji i ochrony zdrowia, jakich, w ich ocenie, brakuje w Gdańsku. Największy odsetek badanych wybrał zalecane szczepienia (34,6%), ale kolejne pod względem częstości wyboru wskazania były wybierane z niewiele mniejszą częstotliwością. Relatywnie najrzadziej wybierany wariant profilaktyki antynikotynowej został wskazany przez 17,9% respondentów. Średnio co 10 respondent zaproponował, że w Gdańsku brakuje innej niż zaproponowana na liście wariantów usługi. 12,8% badanych nie potrafiło wskazać, jakich usług brakuje, a 3,7% stwierdziło, że takich usług nie ma.

Wykres 7. Usługi na rzecz promocji i ochrony zdrowia, jakich brakuje w Gdańsku (dane w %)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Wśród innych usług, jakie w ocenie badanych warto oferować mieszkańcom, znalazły się przede wszystkim wskazania na: (1) badania profilaktyczne (badania ultrasonograficzne, profilaktyka onkologiczna, oferta stomatologiczna) [100 wskazań], (2) działania promujące zdrowy styl życia, w tym zasady zdrowego odżywiania [46], (3) świadczenie usług w zakresie zdrowia psychicznego (z naciskiem na oddziaływanie lecznicze, na przykład w stosunku do depresji) [46], (4) szczepienia ochronne [15] oraz (5) edukację psychoseksualną [13].

Na ogólny układ propozycji brakujących usług na rzecz promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku wpływ ma kryterium płci. Kobiety znacznie częściej niż mężczyźni wskazują na cytologię

i mammografię jako usługi, których w Gdańsku brakuje. Mężczyźni natomiast wyraźnie chętniej wskazują na takie usługi jak kampanie na rzecz promocji zdrowego stylu życia oraz profilaktykę antynikotynową. Inne kryteria nie różnicują w sposób istotny wskazań na typ usług na rzecz promocji i ochrony zdrowia, jakich brakuje, w opinii respondentów, w Gdańsku.

Tabela 50. Usługi na rzecz promocji i ochrony zdrowia, jakich brakuje w Gdańsku

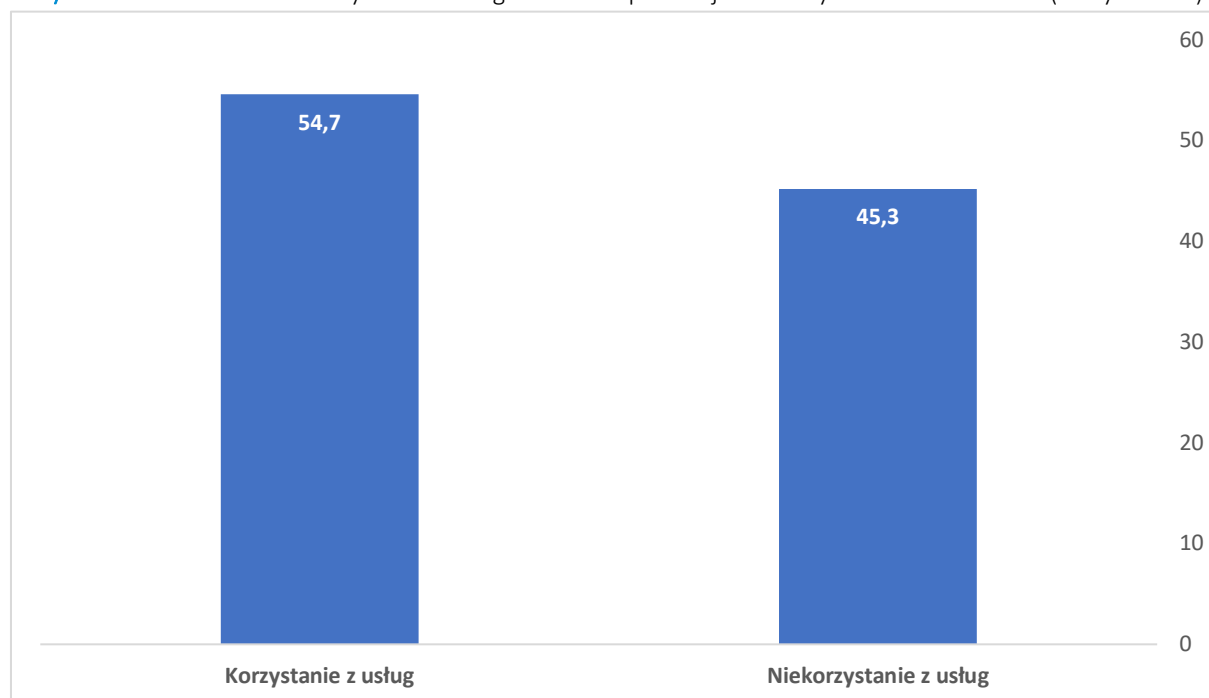
Usługa	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
Zalecane szczepienia	649	34,7	104	33,5
Cytologia	673	36	46	14,8
Mammografia	618	33,1	60	19,4
Kampanie na rzecz badań profilaktycznych	540	28,9	100	32,3
Kampanie na rzecz promocji zdrowego stylu życia	456	24,4	104	33,5
Profilaktyka antynikotynowa	315	16,9	76	24,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Korzystanie z usług

Wśród wszystkich ankietowanych ponad połowa (54,7%) deklaruje, że korzystała kiedykolwiek przynajmniej z jednej usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.

Wykres 8. Doświadczenie korzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku (kiedykolwiek)



Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Osoby, które korzystały z miejskich usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk, były proszone o określenie, czy i z jakich usług korzystały w okresie objętym badaniem, czyli w latach 2017-2019. W poniższej tabeli znajduje się szczegółowe zestawienie katalogu usług w podziale na 3 kategorie: (1) usługi, z których badani skorzystali kiedykolwiek, (2) usługi, z których badani skorzystali w latach 2017-2019 oraz (3) usługi, z których korzystali bliscy badanych. Katalog usług ułożony jest według częstotliwości wskazań za aktywność w latach 2017-2019.

Tabela 51. Korzystanie z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

Usługa	Kiedykolwiek		2017-2019		Bliscy	
	n	%	n	%	n	%
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	486	22,3	340	28,6	299	13,7
Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	433	19,9	314	26,3	170	7,8
Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	361	16,6	247	20,7	203	9,3
Program Fit Klasa	178	8,2	132	11,1	118	5,4
Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	239	11	108	9,1	102	4,7
Program Zdrowy Uczeń	164	7,5	89	7,5	139	6,4
Szczepienia przeciwko grypie	132	6,1	64	5,4	130	6
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	91	4,2	38	3,2	52	2,4
Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV\AIDS w szkołach	76	3,5	36	3	23	1,1
Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	235	10,8	29	2,4	66	3
Program Gdańska Koperta Życia	32	1,5	28	2,4	30	1,4
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	44	2	26	2,2	31	1,4
Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	32	1,5	23	1,9	17	0,8
Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV\AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	38	1,7	22	1,9	14	0,6
Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	75	3,4	16	1,3	29	1,3
Edukacja psychoseksualna	23	1,1	15	1,3	17	0,8
Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	15	0,7	14	1,2	23	1,1
Program Kierunek Zdrowie	34	1,6	13	1,1	23	1,1
Program #Zdrowie	30	1,4	10	0,8	19	0,9
Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	16	0,7	10	0,8	10	0,5
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	6	0,3	4	0,3	21	1
Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	8	0,4	2	0,2	27	1,2
Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	2	0,1	1	0,1	2	0,1
Inne	65	3	59	5	21	1
Nie wiem	128	5,9	---	---	500	22,9
Nie korzystałem(-am) / bliscy nie korzystali z żadnej z wymienionych usług	925	42,5	---	---	856	39,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że najpopularniejsze wśród mieszkańców były następujące programy: Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” (28,6%), Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy (26,3%)

oraz Program Gdańsk – Jemy Zdrowo (20,7%). Podstawą procentowania w przypadku danych za lata 2017-2019 jest populacja osób, która w tym okresie korzystała z oferowanych przez Miasto usług.

W kontekście prezentowanych danych należy podkreślić dwie uwagi metodologiczne. Po pierwsze, częstotliwość korzystania z danej usługi deklarowana w badaniu nie odzwierciedla wprost skali i proporcji faktycznej liczby beneficjentów w poszczególnych miejskich programach. Przykładem może być niska reprezentacja w badanej próbie programów adresowanych do seniorów. Po drugie, istnieje możliwość, że badani nietrafnie stwierdzali, że byli beneficjentami danego rodzaju usługi, tzn. usługi realizowanej w ramach programu finansowanego przez Miasto. Taką tezę uprawdopodobniają wnioski z badań jakościowych realizowanych wśród mieszkańców Gdańska. Wynika z nich, że część mieszkańców nietrafnie przypisuje rodzaj usługi w obszarze promocji i ochrony zdrowia do działań finansowanych ze środków miejskich (na przykład wsparcie terapeutyczne finansowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia).

Tabela 52. Korzystanie z wybranych usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk w podziale na zmienne niezależne

Zmienna niezależna	Rodzaj usługi				
	„6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	Program Fit Klasa	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat
Płeć					
Kobieta	315 29,8%	275 27,4%	229 22,8%	118 11,7%	215 11,5%
Mężczyzna	25 19,2%	39 31,7%	18 14,6%	14 11,4%	24 7,7%
Wiek					
Do 39 lat	101 24,8%	78 20,2%	87 22,4%	56 14,4%	105 12,8%
40 lat i więcej	233 30,8%	227 31,6%	154 21,4%	75 10,5%	127 9,7%
Dzielnica					
Dzielnice centralne i nadmorskie	136 27,3%	129 27%	123 25,7%	69 14,4%	97 11%
Dzielnice południowe i zachodnie	165 30,7%	134 26,3%	93 18,2%	55 10,8%	109 11,2%
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	28 28,3%	29 30,9%	17 18,3%	3 3,2%	24 11,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Szczegółowej analizie ze względu na czynniki porównawcze poddane zostały usługi, z których korzystało przynajmniej 100 osób (n=100) w okresie 2017-2019. Na przykładzie 5 usług, które spełniają kryterium wystarczającej liczebności, widać, że bardziej aktywnymi

„użytkowniczkami” miejskiej oferty są kobiety. Można to zaobserwować na przykładzie usług Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” (10,6 p.p. więcej niż w przypadku mężczyzn) oraz Program Gdańsk – Jemy Zdrowo (8,2 p.p. więcej). Mężczyźni są natomiast częściej odbiorcami usługi Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy (4,3 p.p. więcej). W przypadku Programu „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” przewaga kobiet wynika z faktu, że to one częściej uczestniczą w nim jako opiekunki dzieci.

Jeśli chodzi o wiek, usługi Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia” oraz Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy są częściej doświadczaniem osób powyżej 40. roku życia. Program Gdańsk – Jemy Zdrowo, Program Fit Klasa oraz Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat są natomiast częściej wybierane przez osoby młodsze. Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy są przykładem usługi, która cieszy się znacząco większą popularnością wśród osób starszych (11,4 p.p. więcej).

W przypadku podziału ze względu na dzielnice wyraźnie widać, że Program Gdańsk – Jemy Zdrowo cieszy się największą popularnością w dzielnicach centralnych i nadmorskich. Podobnie jest w przypadku usługi Program Fit Klasa. W tym miejscu warto podkreślić, że jest to program w bardzo ograniczonym stopniu rozpowszechniony wśród badanych z dzielnic wschodnich i Śródmieścia.

Badani zostali poproszeni o określenie czasu oczekiwania na możliwość skorzystania z wybranych usług. W poniższej tabeli przedstawione jest syntetyczne zestawienie czasu oczekiwania dla wszystkich usług. Należy podkreślić, że generalnie czas oczekiwania na możliwość skorzystania z danej usługi jest raczej krótki. Rzadkością jest, w przypadku zdecydowanej większości usług, że czas oczekiwania przekracza 2 miesiące. Zdecydowana większość badanych oczekuje na możliwość skorzystania z usługi krócej. W przypadku niektórych usług niski odsetek korzystających utrudnia wnioskowanie dotyczące faktycznego czasu potrzebnego do tego, by móc rozpocząć korzystanie z usługi.

W przypadku usług, z których korzysta nie mniej niż 50 osób (n=50), relatywnie najkrótszy jest czas oczekiwania na skorzystanie z takich świadczeń jak Program Gdańsk – Jemy Zdrowo, Program Fit Klasa oraz szczepienia przeciwko grypie. Relatywnie najdłuższy jest natomiast czas oczekiwania na skorzystanie ze wsparcia w ramach programu Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”.

Tabela 53. Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

Usługa	Do 1 tygodnia		Powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca		Powyżej 1 miesiąca	
	n	%	n	%	n	%
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	44	12,9	170	50	126	37
Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	103	32,8	118	37,6	93	29,6
Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	112	45,3	90	36,4	45	18,1
Program Fit Klasa	77	58,3	40	30,3	15	11,3
Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	35	32,4	44	40,7	29	26,9
Program Zdrowy Uczeń	29	32,6	34	38,2	26	29,2
Szczepienia przeciwko grypie	29	45,3	26	40,6	9	14
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	23	39	22	37,3	14	23,8
Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	11	28,9	17	44,7	10	26,3
Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	14	38,9	6	16,7	16	44,5
Program Gdańska Koperta Życia	13	44,8	10	34,5	6	20,6
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	16	57,1	6	21,4	6	21,5
Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	4	15,4	13	50	9	34,6
Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	9	39,1	7	30,4	7	30,3
Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	7	31,8	11	50	4	18,2
Edukacja psychoseksualna	11	68,8	5	31,3	0	0
Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	5	33	5	33,3	5	33,4
Program Kierunek Zdrowie	2	14,3	4	28,6	8	57,1
Program #Zdrowie	4	30,8	8	61,5	1	7,7
Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	2	20	5	50	3	30
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	2	20	3	30	5	50
Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	1	25	1	25	2	50
Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	0	0	1	50	1	50
Inne	23	39	22	37,3	14	23,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Respondenci wskazywali, z jakiego źródła dowiedzieli się o usłudze, z której korzystali. Najczęściej źródłem informacji o możliwym wsparciu jest szkoła lub praca. W przypadku niektórych usług (np. Program Fit Klasa, Program Zdrowy Uczeń) niemal wszyscy badani dowiadują się o niej z tego źródła. Zapewne w zdecydowanej większości przypadków jest to środowisko szkolne (nie miejsce pracy). O decydującym wpływie szkół (i przedszkoli) wnioskować można także na podstawie wariantu odpowiedzi „inne”. W przypadku wielu usług to właśnie placówka edukacyjna wskazywana jest jako miejsce, w którym można dowiedzieć się szczegółowych informacji o świadczeniu danej usługi.

Tabela 54. Źródło, z którego badani dowiadują się o usługach w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

Usługa	Od rodziny / znajomych		Z mediów (prasa, radio, TV, internet)		Ze szkoły / pracy		Od specjalisty		Od urzędnika z instytucji miejskiej		Z innego źródła	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	17	5	12	3,5	287	84,4	49	14,4	10	2,9	12	3,5
Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	19	6,1	36	11,5	271	86,3	10	3,2	10	3,2	9	2,9
Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	8	3,2	29	11,7	214	86,6	11	4,5	9	3,6	8	3,2
Program Fit Klasa	3	2,3	1	0,8	127	96,2	2	1,5	4	3	0	0
Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	12	11,1	9	8,3	70	64,8	25	23,1	0	0	7	6,5
Program Zdrowy Uczeń	1	1,1	6	6,7	85	95,5	2	2,2	3	3,4	0	0
Szczepienia przeciwko grypie	16	25	20	31,3	12	18,8	30	46,9	1	1,6	4	6,3
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	11	18,6	28	47,5	15	25,4	7	11,9	2	3,4	11	18,6
Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	0	0	1	2,6	36	94,7	1	2,6	3	7,9	0	0
Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	0	0	3	8,3	34	94,4	4	11,1	3	8,3	1	2,8
Program Gdańska Koperta Życia	13	44,8	8	27,6	0	0	9	31	0	0	5	17,2
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	4	14,3	4	14,3	5	17,9	3	10,7	5	17,9	12	42,9
Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	1	3,8	1	3,8	21	80,8	3	11,5	1	3,8	1	3,8
Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	3	13	12	52,2	12	52,2	2	8,7	1	4,3	0	0
Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	1	4,5	7	31,8	17	77,3	3	13,6	1	4,5	0	0
Edukacja psychoseksualna	3	18,8	2	12,5	0	0	11	68,8	0	0	2	12,5
Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	1	6,7	1	6,7	9	60	3	20	1	6,7	1	6,7
Program Kierunek Zdrowie	2	14,3	5	35,7	0	0	8	57,1	0	0	1	7,1
Program #Zdrowie	2	15,4	2	15,4	10	76,9	0	0	0	0	1	7,7
Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	4	40	0	0	7	70	1	10	0	0	0	0
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	3	30	2	20	2	20	4	40	0	0	0	0
Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	1	25	0	0	1	25	1	25	2	50	0	0
Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	2	100	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Istotnym źródłem informacji o usługach są też rodzina i znajomi. Program Gdańska Koperta Życia jest dobrym przykładem tego, że informacja od bliskich ma znaczenie z punktu widzenia możliwości skorzystania z usługi. Specjaliści (lekarze, psychologowie, pedagodzy) są ważnym

źródłem informowania między innymi o szczepieniach przeciwko grypie czy ofercie w zakresie edukacji psychoseksualnej, natomiast media odgrywają dużą rolę w zgłoszeniach do usług takich jak Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole czy Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową. Warto jednak, ponownie należy to podkreślić, pamiętać, że niewielkie odsetki korzystających mogą utrudniać adekwatne wnioskowanie o faktycznym charakterze źródła informacji o danej usłudze.

W wariancie odpowiedzi „inne” badani sugerują także, że o usługach dowiadują się między innymi: na szkoleniach, na dniu otwartym Urzędu Miejskiego w Gdańsku, miejskich piknikach, za pośrednictwem rad dzielnic oraz przy okazji krwiodawstwa czy w ramach „własnych poszukiwań”.

Badani mieli możliwość dokonania oceny usług, z jakich korzystają w pięciu różnych wymiarach: ogólnej jakości, dostępności, jakości obsługi, sposobu komunikacji oraz standardu podmiotu świadczącego usługę. Z zebranego materiału empirycznego płynie jednoznaczny wniosek, że ocena niemal wszystkich usług jest przynajmniej raczej dobra (ocena 4 na skali 1-5, gdzie 1 oznacza ocenę „zdecydowanie złą”, a 5 – „zdecydowanie dobrą”). Średnio wszystkie usługi oceniono na 4,3, przy czym lepiej ocenione są ogólna jakość, jakość obsługi i sposób komunikacji (4,4), nieznacznie słabiej zaś – dostępność usługi i stan techniczny placówki, w której z usługi można korzystać.

Usługi w tabeli zostały ułożone w rankingu – od najlepiej do najgorzej ocenionych. Trzy usługi otrzymały ocenę powyżej 4,5. Są to: Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych, Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu oraz Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy. Oceny poniżej 4 otrzymały: Program Gdańska Koperta Życia oraz Program Trzeci Wiek w Zdrowiu. Ponownie trzeba jednak podkreślić, że wyliczone wartości średnie są podatne na wielkość sub-populacji osób korzystających z danej usługi – w przypadku usług Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych oraz Program Trzeci Wiek w Zdrowiu są to odpowiednio 1 i 2 osoby. Dane należy więc interpretować z należytą ostrożnością. Im większa jest liczba beneficjentów korzystających z danej usługi, tym bardziej wiarygodny jest średni wskaźnik jej oceny.

Tabela 55. Wielowymiarowa ocena usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk (wartości średnie)

Usługa	n	ŚREDNIA	Ogólna jakość usługi	Dostępność usługi	Jakość obsługi klienta / pacjenta	Sposób komunikacji z klientem / pacjentem	Stan techniczny / standard podmiotu / placówki
Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	1	5	5	5	5	5	5
Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	29	4,68	4,79	4,55	4,83	4,72	4,52
Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	314	4,57	4,64	4,51	4,6	4,6	4,5
Edukacja psychoseksualna	15	4,49	4,47	4,4	4,6	4,53	4,47
Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV\AIDS w szkołach	36	4,41	4,56	4,25	4,5	4,53	4,22
Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	14	4,4	4,43	4,14	4,5	4,29	4,64
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	4	4,4	4,5	4,5	4,5	4,5	4
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	38	4,4	4,47	4,37	4,34	4,37	4,45
Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	16	4,4	4,5	4,19	4,63	4,56	4,13
Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	10	4,4	4,3	4,3	4,5	4,6	4,3
Program Kierunek Zdrowie	13	4,38	4,54	4,46	4,38	4,46	4,08
Szczepienia przeciwko grypie	64	4,36	4,48	4,19	4,39	4,36	4,38
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	26	4,34	4,31	4,35	4,35	4,42	4,27
Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV\AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	22	4,33	4,5	4,23	4,36	4,36	4,18
Program Fit Klasa	132	4,33	4,37	4,39	4,32	4,28	4,27
Program #Zdrowie	10	4,32	4,5	4	4,5	4,4	4,2
Program Gdańsk – Jemy Zdrowo	247	4,24	4,3	4,33	4,2	4,2	4,18
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”	340	4,2	4,24	4,23	4,33	4,31	3,9
Program Zdrowy Uczeń	89	4,2	4,28	4,22	4,21	4,19	4,07
Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	23	4,19	4,26	4,13	4,26	4,22	4,09
Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	108	4,16	4,15	4,09	4,22	4,19	4,18
Program Gdańska Koperta Życia	28	3,93	4,25	3,68	4,07	3,96	3,68
Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	2	3,8	4,5	3	4	4	3,5
PODSUMOWANIE		4,3	4,4	4,2	4,4	4,4	4,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Badani mogli wskazać, czy w przeszłości korzystali z innych niż wymienione usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk. Wskazano tu przede

wszystkim na działania realizowane od 2013 roku przez Gdański Ośrodek Sportu w ramach programu „Aktywuj się w Gdańsku” (10 wskazań) oraz projekty Ekstra FAN i Ekstra FAN Ladies (7), których organizatorem są Stadion Energa Gdańsk i Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia. 5 osób wskazało na kampanię Rowerowy Maj promującą zdrowy tryb życia i zrównoważoną mobilność. Ponadto wskazywano na korzystanie z różnych usług, niekoniecznie bezpośrednio finansowanych ze środków miejskich lub takich, w przypadku których nie można mieć pewności, jakie było ich źródło finansowania. Wśród wymienianych usług znalazły się ponadto między innymi badania profilaktyczne, takie jak cytologia i mammografia, a także oferta stomatologiczna.

Na zakończenie tej części badań przedstawiona została szczegółowa tabela zawierająca rekomendacje badanych dotyczące potencjalnych zmian w obszarze usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk. Zestawienie to powstało w oparciu o analizę pytań otwartych dla wszystkich oferowanych w ramach badanych Programów usług. Badani dzielili się spostrzeżeniami w zakresie tych usług, z których korzystali w latach 2017-2019. Dla każdej z usług przedstawione zostały pogrupowane kategorie odpowiedzi (na przykład „poprawa dostępności” czy „lepsza promocja”), w przypadku których, jeśli pozwalają na to zebrane odpowiedzi, znajduje się dodatkowe wyjaśnienie, jakie szczegółowe sugestie w danym obszarze mieli badani.

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że generalnie, niezależnie od rodzaju konkretnej usługi, najbardziej palącymi potrzebami są poprawa dostępności i zakresu usług oraz ich lepsza promocja. Wiele usług zostało jednak dość szczegółowo scharakteryzowanych pod kątem dostrzeganych słabości czy niedoborów i w tym sensie wnioski z analizy mogą być przydatne dla organizatorów poszczególnych programów. Jednocześnie należy podkreślić, że rekomendacje dla danej usługi mogą być wzajemnie sprzeczne (na przykład na liście znajduje się zarówno sugestia zwiększenia, jak i zmniejszenia liczby organizowanych spotkań). Rekomendacje nie są też w tym miejscu analizowane pod kątem oceny ich zasadności czy adekwatności z perspektywy realizacji danego zadania.

Tabela 56. Rekomendacje badanych dotyczące potencjalnych zmian w obszarze usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

Usługa	Rekomendacje
<p>Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”</p>	<p>Poprawa dostępności (obowiązkowy charakter Programu, zwiększenie częstości kontroli i spotkań oraz liczby badań, poprawa czasu dostępu do specjalistów, krótszy czas oczekiwania na debaty, wprowadzenie zajęć do przedszkoli) [78] /// Poprawa jakości oferty (lepsza komunikacja z lekarzami, wyższy poziom kultury osobistej lekarzy, bardziej szczegółowe omawianie wyników badań, podniesienie poziomu jakości konsultacji, większe skupienie uwagi na dziecku) [48] /// Organizacja zajęć sportowych (zajęcia ruchowe, basen; włączenie klubów sportowych do realizacji Programu) [21] /// Poprawa warunków lokalowych [14] /// Wsparcie dla rodziców w dalszych działaniach po konsultacjach z ekspertami (wskazanie poradni / lekarzy) [12] /// Zwiększenie zakresu konsultacji z dietetykiem i poprawa jej jakości [12] /// Lepsza promocja (także w szkołach) [11] /// Zwiększenie zakresu opieki psychologicznej i poprawa jej jakości [11] /// Zwiększenie zakresu badań i wprowadzenie nowych obszarów zajęć [10] /// Bardziej elastyczne godziny zajęć [7] /// Edukacja dzieci w zakresie zasad zdrowego odżywiania [6] /// Zwiększenie liczby zajęć dla rodziców [6] /// Większy poziom wyrozumiałości i empatii w stosunku do dzieci [5] /// Poprawa jakości kadry [3] /// Możliwość kierowania do Programu przez lekarzy-pediatrów [2] /// Organizacja wspólnych zajęć dla dzieci i rodziców [2] /// Zmniejszenie liczby spotkań [1] /// Dostępność wyników badań w systemie online [1]</p>
<p>Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy</p>	<p>Zwiększenie częstotliwości i powtarzalności usługi (zwiększenie liczby szkoleń, obowiązkowy charakter szkoleń np. w szkołach, dofinansowanie do szkoleń w miejscu pracy) [85] /// Organizacja zajęć w formule praktycznej (prowadzenie zajęć warsztatowych, w mniejszych grupach, przez praktykujących ratowników medycznych) [28] /// Większa ilość sprzętu (dostęp do fantomów) [12] /// Lepsza promocja [10] /// Poprawa jakości prowadzenia szkoleń [6]</p>
<p>Program Gdańsk – Jemy Zdrowo</p>	<p>Poprawa jakości oferty kulinarnej (zmniejszenie porcji żywieniowych, zmniejszenie ilości mięsa, zwiększenie ilości warzyw i owoców, urozmaicenie posiłków, kontrola stołówek i sklepików szkolnych pod kątem oferty, podawanie kaloryczności posiłków, unikanie opakowań plastikowych) [25] /// Lepsza promocja (kampanie przeciwko e-używkowi) [23] /// Poprawa dostępności (większa liczba szkół i przedszkoli [w tym placówek niepublicznych], zwiększenie liczby szkoleń) [22] /// Prowadzenie działań edukacyjnych o zdrowym żywieniu (organizacja warsztatów kulinarnych) [8] /// Poprawa jakości komunikacji (aktualizowanie informacji, połączenie z e-dziennikiem) [7] /// Zwiększenie poziomu zaangażowania rodziców [3] /// Zwiększenie skali wsparcia i koncentracja na dzieciach [3] /// Podniesienie jakości kadry [2] /// Poprawa jakości sprzętu [1] /// Świadczenie pomocy placówkom oświatowym [1]</p>
<p>Program Fit Klasa</p>	<p>Poprawa dostępności (zwiększenie liczby zajęć w szkołach, obowiązkowy charakter Programu, zmniejszenie liczby grup) [29] /// Podniesienie jakości oferty (poprawa sposobu komunikowania idei Programu, poprawa czytelności kalendarzy, zmniejszenie wymogów względem uczestników, poprawa jakości miejsca realizacji zajęć) [9] /// Wprowadzenie zajęć pokazowych dla rodziców [3] /// Większy wybór realizowanych zajęć [3] /// Zakup sprzętu [3] /// Większa liczba specjalistów prowadzących zajęcia [2] /// Zwiększenie nacisku na realizację zajęć gimnastycznych [2] /// Zwiększenie skali informacji o Programie [2] /// Poprawa kontaktu z prowadzącymi [1] /// Realizacja badań profilaktycznych [1] /// Realizacja zajęć z jogi [1] /// Wprowadzenie medali dla uczestników na zakończenie Programu [1] /// Wprowadzenie możliwości realizacji Programu samodzielnie przez dzieci w domu [1]</p>
<p>Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat</p>	<p>Poprawa dostępności (obecność stomatologów w szkołach, większa liczba punktów realizacji usługi, elastyczne godziny świadczenia usługi, kierowanie Programu do dzieci powyżej 6. roku życia, krótki czas oczekiwania na usługę) [23] /// Prowadzenie działań profilaktycznych (bezpłatne leczenie i przeglądy stomatologiczne, promocja zdrowej diety) [23] /// Lepsza promocja Programu (w szkołach i przedszkolach) [11] /// Lepsza jakość usługi (stosunek do pacjenta, jakość sprzętu) [3] /// Organizacja warsztatów [2] /// Świadczenie usług z zakresu ortodoncji [1] /// Udostępnianie szczoteczek jednorazowych [1] /// Włączenie do Programu rodziców [1]</p>
<p>Program Zdrowy Uczeń</p>	<p>Poprawa dostępności (zwiększenie dotarcia do przedszkoli i szkół) [10] /// Lepsza promocja i informacja o Programie [7] /// Podniesienie poziomu świadomości wagi problemu [7] /// Kontynuacja trwania Programu [1] /// Opracowanie ścieżki dalszych kroków dla pacjenta po zakończeniu trwania cyklu Programu [1] /// Organizacja konsultacji z rodzicami [1] /// Wprowadzenie ciepłego posiłku w szkołach ponadpodstawowych [1] /// Zakup nowego sprzętu [1]</p>
<p>Szczepienia przeciwko grypie</p>	<p>Poprawa dostępności (zwiększenie liczby osób objętych szczepieniami, zapewnienie bezpłatnego charakteru usługi, skrócenie czasu oczekiwania na szczepienie, zwiększenie liczby placówek realizujących Program) [29] /// Lepsza promocja / więcej informacji o Programie [8] /// Poprawa komunikacji na linii pielęgniarka-pacjent [2]</p>
<p>Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole</p>	<p>Lepsza promocja Programu [4] /// Poprawa dostępności (skrócenie czasu oczekiwania na możliwość skorzystania z usługi) [2] /// Poprawa jakości posiłków [2] /// Eliminacja plastikowych opakowań [1] /// Kontynuacja trwania Programu [1] /// Zróżnicowanie oferty produktowej [1]</p>

Tabela 56 c.d. Rekomendacje badanych dotyczące potencjalnych zmian w obszarze usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	Poprawa dostępności (cykliczna organizacja zajęć, większa liczba spotkań ze specjalistami, organizacja obowiązkowych zajęć w szkołach ponadpodstawowych, bardziej elastyczne godziny zajęć) [9] /// Lepsza promocja [2] /// Wyższa jakość [2] /// Położenie nacisku na profilaktykę [1] /// Podniesienie świadomości rodziców [1]
Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	Podniesienie jakości oferty (lepsza jakość lokalu i sprzętu, więcej zajęć praktycznych) [7] /// Lepsza informacja o Programie / od lekarzy [3] /// Poprawa dostępności i zakresu usług (większy zakres współpracy z ekspertami ds. laktacji i psychologami, realizacja świadczeń w formie konsultacji online) [3]
Program Gdańska Koperta Życia	Lepsza promocja (m. in. w przychodniach, kościołach; zwiększenie skali kolportażu kart) [8] /// Poprawa dostępności (zaangażowanie organizacji pozarządowych [5] /// Organizacja spotkań w zakładach pracy [1]
Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u nastolatków „18+ dla Zdrowia”	Podniesienie jakości oferty (wyższy poziom anonimowości, koncentracja na pacjencie) [6] /// Poprawa dostępności (większa częstotliwość badań) [2] /// Lepsza promocja [1] /// Wprowadzenie zajęć sportowych [1]
Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	Zwiększenie zasięgu kampanii / lepsza promocja [9] /// Bardziej atrakcyjna forma zajęć [1]
Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	Lepsza promocja [4] /// Ponawianie kampanii [1]
Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	Poprawa dostępności [3] /// Organizacja wizyt domowych [2] /// Wyższe wynagrodzenie dla położnych [1]
Edukacja psychoseksualna	Rozszerzenie działalności i poprawa dostępności [4] /// Lepsza promocja [2]
Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	Zwiększenie kwoty dofinansowania [3] /// Większy poziom empatii w stosunku do pacjenta [2]
Program Kierunek Zdrowie	Lepsze oznakowanie i dostępność miejsca [2] /// Skrócenie kolejek i wydłużenie czasu kontaktu ze specjalistami [2]
Program #Zdrowie	Lepsza promocja [2] /// Organizacja szkoleń z zakresu pierwszej pomocy dla młodzieży [1]
Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	Lepsza promocja [1] /// Większy poziom empatii w stosunku do pacjenta [1]
Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	Większa liczba spotkań [2]
Program Trzeci Wiek w Zdrowiu	Organizacja wyjazdów sanatoryjnych [1] /// Organizacja zajęć sportowych na wysokim poziomie [1]
Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych	---

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Styl życia, jakość usług i ocena uwarunkowań systemowych. Jakościowa perspektywa beneficjentów

Ta część raportu stanowi podsumowanie wniosków z wywiadów indywidualnych przeprowadzonych wśród beneficjentów usług realizowanych w ramach Programów. Zebrany materiał może służyć jako istotne uzupełnienie danych ilościowych – przede wszystkim wzbogaca je o kontekst, ale jest też interesujący jako materiał porównawczy. Z rozmów, jakie przeprowadzono, można wyprowadzić wnioski w znacznej mierze zbieżne z rozpoznaniem z badania ankietowego. Rozdział podzielony jest na trzy części. W pierwszej rekonstruowana jest subiektywna perspektywa na kwestie profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia. W dalszej części przedstawione są przede wszystkim wnioski z oceny usług, z jakich beneficjenci korzystali w latach 2017-2019, a rozdział wieńczy fragment poświęcony potencjalnym zmianom, jakie można by, w opinii badanych, wprowadzić do systemu promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.

Ocena stanu zdrowia. Profilaktyka i styl życia

W kwestiach związanych ze stylem życia ważne są przede wszystkim trzy obszary: (1) ocena własnego stanu zdrowia, (2) dbałość o aktywność fizyczną oraz (3) zasady zdrowego odżywiania. Tych aspektów dotyczyły rozmowy z mieszkańcami Gdańska w części poświęconej kwestiom związanym z profilaktyką.

STAN ZDROWIA

Pytani o ocenę własnego stanu zdrowia badani częściej wskazują, że jest on raczej dobry niż zły. Ocena ta ma charakter subiektywny i należy patrzeć na nią przez pryzmat indywidualnej sytuacji, czyli czynników takich jak wiek czy wcześniej przebyte choroby. Ocena własnego stanu zdrowia jest istotna przede wszystkim w kontekście prowadzonego stylu życia oraz doświadczeń związanych z korzystaniem z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia (z naciskiem na Gdańsk). Badani, którzy wzięli udział w wywiadach indywidualnych, są też zazwyczaj świadomi swojego stanu zdrowia i starają się je w różny sposób i z różnym skutkiem kontrolować. W narracjach dominuje optymistyczna perspektywa nie tylko oceny własnego

zdrowia, ale też godzenia się z historią własnych chorób, niezależnie od faktycznego stanu zdrowia.

Ja ogólnie jestem zdrowa, tylko miałam ostatnio udar, więc nie wiem, czy to jest normalne w moim wieku. Chyba nie... I mam migotanie przedsionków, ale ogólnie czuje się dobrze.

Oczywiście nie jestem w 100% zdrowa, tak bym powiedziała, bo jestem alergikiem i astmatykiem, ale generalnie jestem leczona i czuję się na co dzień bardzo dobrze. Nie potrzebuję na co dzień lekarza, tylko w momencie, kiedy pojawia się jakiś problem.

Przekonanie o dobrej kondycji jest badanym potrzebne do tego, by móc prowadzić „normalne życie” – odczuwać radość z codzienności, oddawać się lubianym aktywnościom i realizować pasje. Własne dolegliwości bywają przy tym bagatelizowane, jak w przypadku mężczyzny w średnim wieku, który aktywnie uprawia sport wyczynowy, a jednocześnie uważa, że nadciśnienie, na które choruje, jest dolegliwością niemal powszechną, a przez to też taką, której występowanie uważa się za coś naturalnego. Inny rozmówca wskazuje, że nie chce mieć poczucia bycia przytłoczonym własnym stanem zdrowia, choć odczuwa dolegliwości, jakie są konsekwencją przebytego udaru mózgu.

Dbałość o zdrowie bywa uznawana za kluczowy element wpływający na jakość życia. Doświadczenie choroby może być natomiast pretekstem do znacznego pogorszenia samopoczucia i czynnikiem ograniczającym poczucie wpływu na własne życie. Jest to szczególnie ważne dla osób młodych, często stojących przed koniecznością podejmowania kluczowych decyzji, w tym tych dotyczących zdrowia prokreacyjnego. W tym kontekście podkreśla się też z jednej strony nierozzerwalność związku między zdrowiem fizycznym i psychicznym, z drugiej zaś wagę umiejętnego radzenia sobie z trudnościami i stresami codzienności.

W kontekście prowadzonej ewaluacji kluczowe znaczenie ma fakt, że część badanych podkreśla, że to właśnie korzystanie ze świadczonych w Gdańsku usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w sposób istotny wpłynęło na ich stan zdrowia, a co za tym idzie także indywidualny dobrostan. W gronie badanych znajdują się też osoby, które starają się korzystać z wielu możliwości z katalogu miejskich usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia – aktywnie poszukują informacji o dostępnej ofercie i poszukują atrakcyjnych dla siebie w tym względzie propozycji.

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA

Ważnym elementem dbałości o zdrowie jest podejmowanie aktywności fizycznej. Z tą tezą zgadzają się co do zasady wszyscy badani, wskazując, jakie jest ich własne odczucie w zakresie tego, czy i w jakim zakresie angażują się w tego rodzaju działania. Z zebranego materiału

empirycznego płyną bardzo ciekawe wnioski. W wywiadach badani opowiadają, jak dużą wagę przykładają do podejmowania aktywności fizycznej i w jaki sposób jest (lub nie jest) ona częścią ich codziennego życia. Wydaje się, że postawy i zachowania przedstawicieli badanej grupy nie są reprezentatywne dla ogółu populacji – zarówno w skali lokalnej (gdańszczanie), jak i krajowej (Polacy). Mamy tu bowiem do czynienia z relacjami wskazującymi na bardzo wysoki poziom zarówno zainteresowania tematyką aktywności fizycznej, jak i jej faktycznego podejmowania.

Może to wynikać między innymi z faktu, że bardziej skłonni do brania udziału w badaniach poświęconych tematyce usług z zakresu promocji i ochrony zdrowia (a w szczególności wywiadach indywidualnych) będą osoby, dla których ten temat jest istotny. Poza tym należy pamiętać, że osoby były rekrutowane do badania za pośrednictwem podmiotów realizujących zadania w ramach Programów. Już sam ten fakt można uznać za czynnik wskazujący na wagę, jaką indywidualnie przykładają się do kwestii zdrowia i zdrowego stylu życia. Dodatkowo można przypuszczać, że w rozmowach dotyczących zdrowia i aktywności fizycznej badani będą akcentować ten rodzaj podejmowanych działań.

W wywiadach dominuje narracja o tym, że warto być osobą aktywną fizycznie (choćby podejmując takie formy aktywności jak spacerowanie), a badani sami dążą do tego, by ten wzór realizować. Opowiadają więc o podejmowanych przez siebie staraniach, by podejmować aktywność – tak samodzielnie, jak i z najbliższymi. Za bardzo istotne uważane są rodzinne formy sportu i rekreacji. Podejmowanie aktywności wspólnie z innymi widziane jest z jednej strony jako silny czynnik integrujący, z drugiej zaś – motywator do bycia osobą aktywną.

Ogólnie jesteśmy rodziną, które spędza aktywnie czas. Mamy rowery i jeździmy. No teraz przez zimę, to wiadomo, że troszkę mniej było. (...) Ale staramy się w każdy weekend... Czy jeździmy gdzieś na spacer, czy jeździmy na rowery. Co drugi dzień ja z mężem zawsze byłam na siłowni. Więc dzieci też. Syn pływa, córka kiedyś też chodziła na basen.

Nawet w ciąży jeszcze spacerowałam. Raczej tak codziennie. A taka aktywność sportowa, no to w zależności od takiej możliwości czasowej. (...) Chodziliśmy z mężem na przykład raz w tygodniu na siatkówkę. W sensie my graliśmy. Albo na taki fitness, „zdrowy kręgosłup”. Raz w tygodniu. Albo na basen. Także gdzieś jeden czy dwa razy w tygodniu staraliśmy się zorganizować sobie taki wysiłek oprócz spacerów. W zależności oczywiście, jak to praca tam pozwalała.

Część badanych jest na polu sportu i rekreacji wręcz hiperaktywna. Rozmówcy jednocześnie jeżdżą konno i na rowerze, biegają na długich dystansach i uprawiają jogę oraz fitness, spacerują i ćwiczą aerobik, pływają i spędzają czas na aktywności fizycznej w lesie, chodzą na basen i wykonują ćwiczenia na kręgosłup. Jednocześnie dbają o to, by podejmować aktywność regularnie i z dużą częstotliwością – niektórzy ćwiczą pięć lub więcej razy w tygodniu. Co ciekawe narracje osób aktywnych na różnych polach rzadko otwarcie motywowane są powodami zdrowotnymi. Tylko jedna z rozmówczyń wprost stwierdziła, że jest aktywna po to, by utrzymać relatywnie dobry stan zdrowia. Znacznie częściej silne zaangażowanie w aktywność

sportową ma być przede wszystkim hobby i pasją, elementem tożsamości badanych. Wątek zachowania zdrowia, jaki jest pochodną podejmowanej aktywności, nie jest wskazywany jako motywator do tego rodzaju działań, choć z pewnością wielu badanych ma wysoki poziom świadomości związku na linii aktywność fizyczna – stan zdrowia.

Niemal wszyscy badani, choć częściej osoby bardziej aktywne, podkreślają, że wyłom w codzienności spowodowany pandemią COVID-19 ma znaczący wpływ na podejmowaną w momencie badania aktywność fizyczną. Dla wielu osób zasady społecznej izolacji są poważnym czynnikiem utrudniającym podejmowanie aktywności. Alternatywą jest ćwiczenie w warunkach domowych, niekiedy z pomocą instruktorów prowadzących zajęcia w telewizji czy internecie lub z wykorzystaniem aplikacji do treningu zainstalowanych w smartfonie.

Z relacji, jakimi dzielili się badani, wynika, że głównym czynnikiem mającym wpływ na ograniczenie własnej aktywności są obowiązki domowe. Rodzina jest więc z jednej strony motywatorem do tego, by być osobą aktywną, ale jednocześnie liczne zadania, jakie trzeba realizować, przede wszystkim wówczas, gdy opieki wymagają dzieci, sprawia, że aktywni dotychczas sportowo mieszkańcy są zmuszeni inaczej organizować swoją codzienność, a co za tym idzie, także ograniczać skalę zaangażowania w aktywność fizyczną.

Biegałem przez kilka lat. Może 2-3 lata tak intensywnie biegałem. Przebiegłem półmaraton chyba w 2016 roku, trochę na siłownię też uczęszczałem. Powiedzmy, że raz w tygodniu. Natomiast od jakichś 2-3 lat, odkąd się mój pierwszy syn urodził, no to niestety natłok obowiązków zawodowych i domowych jest zbyt duży, żebym jeszcze znalazł czas na czynne uprawianie sportu.

Przed dziećmi to jeździłam często na rowerze, ale teraz z punktu tego, że jestem po porodzie i mam jeszcze synka małego, to słabo z czasem. A jeszcze karmić piersią, to teraz w ogóle jestem uwiązana, dopóki nie przestanę karmić. A to tak szybko nie nadejdzie.

Mniejsza skala aktywności – motywowana różnymi czynnikami, także innymi niż obowiązki rodzinne – jest zjawiskiem, które z jednej strony badanych martwi, z drugiej zaś odkrywa silne poczucie powinności. Rozmówcy okazują nie tylko niezadowolenie z faktu, że nie są tak aktywni fizycznie jak dawniej, ale też próbują wytłumaczyć ten fakt, wyjaśnić, że mają ku temu istotne powody. Wydaje się, że dziś uprawianie sportu postrzegane jest, przynajmniej wśród przedstawicieli wielkomięskiej klasy średniej, jako kluczowy element codzienności. Badani mówią więc o tym, że się „starają”, „chcieliby” podejmować aktywność, a przy tym pocieszają, że pomimo ograniczonej skali aktywności nadal są bardziej aktywni niż ich sąsiedzi czy znajomi z pracy. Jednocześnie wyraża się oczekiwanie, że możliwe będzie powrócenie do stanu, w którym skala aktywności, jaką podejmowali badani, była większa.

ZDROWE ODŻYWIANIE

Analogicznie jak w przypadku aktywności fizycznej, badani podkreślają, że dużą wagę przywiązują do kwestii zasad zdrowego odżywiania. Większość rozmówców jest zdania, że ma zarówno wysoki poziom wiedzy na temat tego, czym jest zdrowe odżywianie, jak i motywacji do tego, by taki styl życia prowadzić. Jednocześnie badani podkreślają, że starają się stosować do tych zasad. Mówią więc, że odżywiają się „regularnie”, „świadomie”, „rozmaicie”, „naturalnie” i „zdrowo”. Jednocześnie zazwyczaj nie przestrzega się przy tym szczegółowych wskazań dietetycznych. Badani preferują, jak wynika z deklaracji, sprawdzanie składu produktów, „unikanie chemii” i przygotowywanie posiłków we własnym zakresie.

Przede wszystkim pilnuję pór posiłków. Nie za często, nie za rzadko. Nawet jak nie ma czasu, to żeby chociaż coś tam przekąsić, żeby to nie były zbyt długie przerwy. Żeby nie jeść w nocy, wiadomo. Gdzieś tam dbać, żeby było w diecie dużo warzyw, owoców. Słodczy nie jem w ogóle już od wielu lat. No i nawodnienie. Też dbam o to, żeby zawsze gdzieś tam w torbie była butelka wody chociaż czy herbata ziołowa.

No myślę, że zdrowo się odżywiamy. Może nie jakoś przesadnie, że nie dajemy w ogóle dzieciom słodczy, zero cukru i jest to w ogóle zakazane... Więc to też nie jest tak, że jesteśmy jakimiś super, mega fanatykami. Ale staramy się jeść właśnie takie regularne posiłki. W miarę możliwości przygotowujemy wszystko w domu ze świeżych produktów, nie kupować jakiejś przetworzonej żywności. No i też staramy się jeść dużo warzyw i owoców. Myślę, że w ten sposób.

Dąży się przede wszystkim do tego, by skład posiłków był zbilansowany, a codzienna dieta dostarczała odpowiednich proporcji wszystkich składników odżywczych. W takim modelu możliwe jest także spożywanie produktów uznawanych za niezdrowe, takich jak słodczy czy posiłki w restauracjach typu fast food, ale mają to być raczej wyjątki od reguły. Na poziomie narracji faktyczny sposób odżywiania badanych nie odbiega w sposób istotny od zasad sformułowanej przez Instytut Żywności i Żywienia w Warszawie Piramidy Żywienia¹⁸.

Wśród badanych znajdują się osoby, które stosują szczególne strategie, by zdrowo się odżywiać. Rozmówcy podkreślają na przykład, że przestrzegają diety o niskim indeksie glikemicznym czy też stosują do zasad diety wegetariańskiej. Te konkretne sposoby na to, w jaki sposób się odżywiać, wiąże się z wysokim poziomem świadomości w zakresie zdrowego stylu życia. Nabycie wiedzy na przykład o tym, jak przygotowujemy posiłki nie korzystając z produktów odzwierzęcych, ma pomagać w zdobywaniu kompetencji na temat zasad zdrowego odżywiania, w tym umiejętności bilansowania posiłków w taki sposób, by dostarczały wszystkich niezbędnych składników odżywczych.

Zasady zdrowego stylu odżywiania mają pełnić przede wszystkim funkcję profilaktyczną. Rzadziej stanowią element strategii radzenia sobie z problemami zdrowotnymi. Niezależnie od przyczyn stosowania zasad zdrowego odżywiania badani starają się pilnować wypracowanych

¹⁸ <http://www.izz.waw.pl/zasady-prawidowego-ywienia>. Dostęp: 20.04.2020.

nawyków, a także wpajać je dzieciom. Elementem takiej domowej polityki jest unikanie konsumowania żywności wysokoprzetworzonej oraz wspomnianych wyżej wizyt w restauracjach typu fast food. Badani liczą, że racjonalne decyzje w sprawach odżywiania przełożą się na lepsze samopoczucie i lepszą odporność na choroby.

Wśród wszystkich badanych znajduje się też grupa, która uważa swój styl odżywiania za „zwyyczajny”, „przeciętny” czy „normalny”, jednocześnie dystansując się od uważania swoich zwyczajów i praktyk jedzeniowych za „zdrowe”. To ta grupa wydaje się być bardziej reprezentatywna dla faktycznego modelu odżywiania, jaki preferuje większość Polaków, opartego na przywiązaniu do tradycyjnej kuchni, w Polsce utożsamianej z daniami takimi jak zupa pomidorowa czy kotlet schabowy z ziemniakami¹⁹. Co ciekawe zauważalny bywa tu rozdziewiek między świadomością tego, czym są zasady zdrowego odżywiania a faktycznymi praktykami w tym obszarze.

Jakąś tam świadomość tego zdrowego odżywiania mam. Ale do końca, czy się zdrowo odżywiam, to nie mogę powiedzieć. Chociaż staram się od jakiegoś czasu już unikać jakichś napojów typu napoje energetyczne, przesłodzona coca-cola i tak dalej. Ale nie jest tak, że się odżywiam zdrowo. To nie.

Część badanych dzieli się refleksją o tym, że poszukuje informacji na temat zasad zdrowego odżywiania, na przykład w ramach współpracy z dietetykiem czy samodzielnie, przede wszystkim korzystając z książek oraz ze źródeł zamieszczonych w internecie (na przykład na forach dyskusyjnych). Zdobywanie wiedzy pozwala też „przestawić się” na zdrowy styl odżywiania i zmienić przyzwyczajenia tak, aby w większym stopniu dbać o jakość spożywanych produktów, ich regularność czy też odpowiednią podaż kaloryczną.

Badanych „poszukujących wiedzy” można podzielić na dwie grupy ze względu na poziom świadomości problemu zdrowego odżywiania. Z jednej strony osoby o niskim poziomie wiedzy pozyskują informacje na przykład o szkodliwości spożywania nadmiernej ilości cukrów czy nasyconych kwasów tłuszczowych. Z drugiej strony część badanych już ma wysoki poziom wiedzy o zasadach zdrowego odżywiania i buduje swój portfel kompetencji w szczegółowych obszarach, często w związku z doświadczanymi dolegliwościami zdrowotnymi (na przykład uczuleniem na laktozę czy insulinoopornością). Jeszcze inni z kolei są zdania, że wiedzą już na tyle dużo, że nie czują potrzeby poszerzania zakresu własnej wiedzy.

¹⁹ J. Straczuk i in. (red.) (2016) Wzory jedzenia a struktura społeczna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Ocena usług

Badani proszeni byli o ustosunkowanie się do usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia, z jakich korzystali w Gdańsku w latach 2017-2019. Przedstawione wnioski z rozmów nie mają waloru reprezentatywności statystycznej, są natomiast ciekawym uzupełnieniem danych zebranych w ramach badania kwestionariuszowego. W trakcie wywiadów mieszkańcy pytani byli o szereg kwestii, przede wszystkim o: (1) genezę ich uczestnictwa w poszczególnych Programach (staż korzystania, źródła wiedzy o danym Programie), (2) ocenę i poziom zadowolenia z usług oraz (3) wiedzę o innych aspektach miejskiej oferty w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

GENEZA UDZIAŁU

Historia korzystania z poszczególnych usług wchodzących w skład Programów jest zróżnicowana. Zależy ona przede wszystkim od specyfiki danej usługi. W badaniach wzięty udział zarówno osoby, które korzystają z usług regularnie i przez długi okres, jak i te, które skorzystały ze wsparcia niedawno i jednokrotnie.

Przykładem długotrwałego korzystania z miejskich programów są oferta szczepień przeciwko grypie czy turnusy terapeutyczno-rehabilitacyjne dla osób seropozytywnych i ich bliskich. Z większości usług korzysta się jednak w krótkim okresie, w zależności od dostępności i indywidualnych potrzeb. Już wiosną 2020 roku, gdy prowadzone były badania, rozmówcy wskazywali, że ciągłość korzystania z usługi została przerwana z uwagi na pandemię COVID-19. Część usług wymaga jednorazowego wsparcia, co sprawia, że badani raczej nie poddają szczegółowej refleksji genezy swojego udziału w danym zadaniu.

Niekiedy uczestnicy we współpracy z osobą koordynującą dane zadanie decydują, czy kontynuowanie udziału w nim jest merytorycznie uzasadnione. W innych przypadkach żałują, że projekt nie przewiduje długofalowego uczestnictwa i zaplanowany jest jedynie w formie jednorazowego spotkania czy akcji. Logikę i charakter uczestnictwa wyznaczać natomiast może instrukcja ze strony instytucji, która wskazuje, w jaki sposób beneficjenci mają brać udział w Programie.

Relacje na temat tego, skąd badani czerpią wiedzę o Programach, w dużej mierze pokrywają się z rozpoznaniem z badania ilościowego. Jednym ze źródeł dowiadywania się o miejskich usługach w zakresie promocji i ochrony zdrowia jest szkoła. Jest tak na przykład w przypadku usługi Prewencja i wczesne wykrywanie chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6 – 10 – 14 dla Zdrowia”, w przypadku której szkolne badania profilaktyczne są wskazaniem do kierowania dzieci do udziału w Programie.

Istotnym źródłem dowiadywania się o ofercie są też osoby bliskie, przyjaciele i znajomi. Tu ponownie ten czynnik okazuje się mieć istotne znaczenie w przypadku wsparcia świadczonego osobom seropozytywnym, ale także uczestnikom kampanii informacyjnej na temat chorób cywilizacyjnych „TAK warto żyć!”.

Do Programu zaprosił mnie znajomy, który jest współzarządzającym tą fundacją. On znał moją historię związaną z przejściem przez chorobę. I uznał, że jest ta historia na tyle ciekawa, i też zakończona pozytywnym skutkiem, efektem, że mógłbym być taką osobą, która by mogła dawać jakiś rodzaj przykładu – w jaki sposób sobie z takim przejściem poradzić i pokazać innym, że jest to jak najbardziej do przejścia i do wygrania. I zapytał mnie, czy bym nie chciał wziąć udziału właśnie jako uczestnik, jako model, powiedzmy, czy też beneficjent w jakimś sensie. I udzielić swojego wizerunku i swojej historii do tego kalendarza.

Możliwość skorzystania z usług jest też konsekwencją dostępu do informacji w placówkach medycznych. Szczepienia przeciwko grypie są popularne dzięki akcjom informacyjnym (plakaty, ulotki) prowadzonym w przychodniach, a o działaniach z zakresu profilaktyki stomatologicznej można dowiedzieć się już bezpośrednio w gabinecie, czy to na wizycie lekarskiej, czy pozyskując informacje z plakatu, jaki zawieszony jest na drzwiach gabinetu. Źródłem wiedzy o miejskiej ofercie są też bezpośrednio specjaliści pracujący na przykład w szpitalu, gotowi kierować do innej instytucji świadczącej usługę, z jakiej pacjent mógłby skorzystać.

Popularnością, jeśli chodzi o pozyskiwanie informacji o Programach, cieszą się też kanały medialne, przede wszystkim internetowe (z Facebookiem na czele). Wiadomości o miejskich usługach są znajdowane w miejscach, których badani nie są w stanie dokładnie sprecyzować. Pamiętają jednak, że pozyskali je za pośrednictwem konkretnego kanału, na przykład danego serwisu społecznościowego, lub że był to materiał sponsorowany, na który trafili, w swoim odczuciu, przypadkowo.

Jeszcze inną możliwością rozpoczęcia korzystania z usługi będzie znajomość instytucji, które świadczą wsparcie określonego typu. W takiej sytuacji badani samodzielnie poszukują informacji o interesującym ich obszarze usług. Pomocna jest też bliskość geograficzna, czyli możliwość skorzystania z usługi w najbliższym otoczeniu miejsca zamieszkania.

OCENA USŁUG

Z zebranego materiału empirycznego wynika, że badani generalnie dobrze oceniają usługi, z których korzystali. W rozmowach padają więc określenia, że oferta świadczona była w sposób profesjonalny, a całość zadania była dobrze zorganizowana. Dla badanych ważne jest przede wszystkim to, że w ogóle mają możliwość korzystania z miejskiej oferty w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Niekiedy jest to wsparcie, które pozwala, cytując jedną z rozmówczyń,

„stanać na nogi”. Poczucie zadowolenia związane z korzystaniem z oferty wynika z przekonania, że jest ona zorganizowana w sposób kompleksowy, a świadczona pomoc jest adekwatna do faktycznych potrzeb.

Dla uczestników projektów, jakie realizowane były w latach 2017-2019 w ramach objętych ewaluacją Programów, szczególne znaczenie ma „właściwe podejście” osób, które zarządzają Programami – lekarzy wykonujących usługi, ekspertów, którzy konsultują określone problemy zdrowotne, koordynatorów oferujących potrzebne w danym projekcie wsparcie. Istotne jest również to, by korzystanie z usługi nie wiązało się z poczuciem dyskomfortu – dotyczy to zarówno samych badanych, jak ich dzieci, gdy to one są docelowymi beneficjentami danej usługi.

Nie bez znaczenia jest także fakt, że część usług zawiera ofertę realizacji badań profilaktycznych, co postrzega się jako ważny element usługi i cenną wiedzę, jaką wynosi się z uczestnictwa w konkretnych przedsięwzięciach. „Wiemy, na czym stoimy”, mówi jedna z badanych, sygnalizując, że jest w stanie wykorzystać pozyskaną wiedzę do lepszej dbałości o kondycję zdrowotną (w tym przypadku stan zdrowia dziecka). Wartościowe jest też szeroko świadczone wsparcie. Im większy jest zakres, tym bardziej badani są w stanie ten fakt docenić.

Jest spotkanie z psychologami, jest spotkanie z lekarką. Z lekarką jest naprawdę fajne, bo na wizycie u lekarza nie ma możliwości dowiadywania się o nowych badaniach, bo nie ma na to czasu. A tutaj jest na to czas. Lekarka opowie nowinki, opowie o zagrożeniach związanych z leczeniem, o różnych chorobach współistniejących. Ja to bardzo na plus oceniam.

Niekiedy badani sygnalizują, że nie spodziewali się tak pozytywnych doświadczeń związanych z korzystaniem z określonych usług, w tym nowych perspektyw, jakie zdobywają uczestnicząc w Programach. Bywają one też postrzegane jako narzędzia destygmatyzacji, tzn. dzięki udziałowi w określonym projekcie czy promocji jego wyników możliwe jest zdjęcie negatywnych stereotypów wiążących się z określoną dolegliwością czy stanem zdrowia. Docelowo może to też mieć pozytywne przełożenie na upowszechnianie idei badań profilaktycznych. W tym kontekście podkreśla się też wagę kontynuacji Programów, które nie są przewidziane do realizacji w kolejnych edycjach.

Wśród innych czynników, które sprawiają, że miejska oferta w obszarze promocji i ochrony zdrowia postrzegana jest jako atrakcyjna, jest fakt, że może być ona świadczona nieodpłatnie. Wiele usług wymaga wkładu finansowego, którego beneficjenci nie mogliby bądź nie chcieliby ponieść. Dodatkowo po stronie plusów oferty Gdańska wskazuje się wynikającą z Programu możliwość kontaktu z innymi osobami, często borykającymi się z podobnymi dolegliwościami zdrowotnymi czy trudnościami życiowymi. Jest przy tym udział w projektach rodzajem

„odskoczni” od codzienności, pozostawieniem na boku problemów, z jakimi badani zmagają się na co dzień.

Podkreśla się przy tym, że jakość Programów stanowi wskazówkę do tego, by poszerzać ich zakres, przy jednoczesnej poprawie jakości ich promocji. Badani świadomi wagi problematyki zdrowotnej podkreślają, że chętnie skorzystaliby z oferty miejskiej w większym zakresie, gdyby tylko mieli taką sposobność. Pojedyncze głosy wskazują natomiast na rozczarowanie badanych ofertą, z której skorzystali. Sygnalizuje się wówczas, że udział w Programie nie dostarczył oczekiwanej wiedzy i nie spowodował zmiany w zachowaniu uczestników.

INNE PROGRAMY I PROJEKTY

Większość badanych nie ma wiedzy na temat innych projektów z obszaru promocji i ochrony zdrowia niż ten, w którym sami uczestniczyli. Pojedyncze osoby rozpoznają niektóre miejskie Programy i mają wiedzę, że są one realizowane, a także na czym polegają i do kogo są adresowane. Ta grupa osób jest jednak niewielka, nawet biorąc pod uwagę skalę liczebności próby w module jakościowym badania beneficjentów. Wiedzę o Programach czerpie się zazwyczaj z plakatów w przestrzeni miejskiej, bywa ona też efektem generalnego zainteresowania rozmówców tematyką promocji i ochrony zdrowia. Okazjonalnie korzystanie z dodatkowych usług idzie w parze z wiedzą o tym, że taka oferta jest do mieszkańców i mieszkańek Gdańska kierowana.

Dla jednej z badanych osób źródłem pozyskania wiedzy o usługach w zakresie promocji i ochrony zdrowia, jakie oferuje Miasto Gdańsk, był udział w badaniu kwestionariuszowym realizowanym w ramach prowadzonej ewaluacji. Wypełnienie ankiety pozwoliło rozmówczyni na zapoznanie się z listą oferowanych usług. Można zakładać, że podobny efekt wystąpił także w przypadku innych osób, które zechciały wziąć udział w badaniu.

Inna z rozmówczyń wiekiem (badana jest emerytką) tłumaczy słabnący poziom zainteresowania tematyką promocji i ochrony zdrowia, jednocześnie podkreślając, że w jej ocenie oferta miejska w omawianym zakresie jest relatywnie szeroka. Badana sygnalizuje też, że jest skupiona przede wszystkim na życiu w swojej najbliższej okolicy, co również zmniejsza prawdopodobieństwo korzystania z szerokiego wachlarza miejskich usług.

Kilkoro uczestników wywiadów podkreśla, że dla nich kluczowe znaczenie miał fakt możliwości skorzystania z konkretnej usługi. W efekcie ich poziom zainteresowania innymi propozycjami z katalogu dostępnych usług był znacznie mniejszy. Badani intensywnie poszukiwali informacji o programach, z których chcieli korzystać, co jednak nie przełożyło się na chęć czy motywację do poszukiwań wykraczających poza pierwotną potrzebę. Brak czy niski poziom wiedzy o ofercie

Miasta, jeśli chodzi o usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia wynika również z samodzielnego programowania przez badanych ich uczestnictwa w aktywności fizycznej czy rekreacji.

Jednocześnie badani, pomimo braku faktycznej wiedzy, w pewnym sensie zgadują, że miejska oferta w zakresie promocji i ochrony zdrowia musi być szeroka. O jej słabej rozpoznawalności świadczyć ma natomiast przede wszystkim niewystarczający poziom promocji. Niektórzy rozmówcy wiedzą o określonych formach wsparcia, ale deklarują, że nie kwalifikują się, by być ich adresatami (na przykład procedura leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego). Jeden z badanych stwierdził, że z uwagi na złe doświadczenia korzystania z usług systemu ochrony zdrowia w Polsce nie chce korzystać z oferty w zakresie promocji i ochrony zdrowia także na szczeblu lokalnym.

System promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku

W wywiadach indywidualnych badani pytani byli nie tylko o ocenę usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia, z jakich korzystali w latach 2017-2019. Interesujące były tu również dwa dodatkowe wątki: (1) opinie na temat propozycji zmian, jakie w ocenie rozmówców można byłoby wprowadzić, by poprawić zakres i jakość miejskiej oferty oraz (2) kontekst miejsca, jakim jest Gdańsk pod kątem sprzyjania zdrowemu stylowi życia. Dodatkowo, choć jest to z pozoru wątek wykraczający poza zakres ewaluacji, w tej części raportu przedstawione zostały (3) refleksje badanych o systemie opieki zdrowotnej w Polsce i różnych typach działań w zakresie zdrowia publicznego finansowanych spoza środków miejskich. Wydaje się, że mają one znaczenie także z punktu widzenia percepcji usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

OBSZARY ZMIAN

Generalna ocena oferty Miasta, jeśli chodzi o usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia jest pozytywna. Co więcej, Gdańsk porównywany jest, przede wszystkim przez badanych, którzy mają perspektywę porównawczą (wynikającą na przykład z mieszkania w innej części kraju), z innymi miastami. Pod tym kątem uważa się go za ośrodek działający w omawianym obszarze prężnie, którego oferta wyróżnia się w skali kraju. Głosy badanych mogą jednak posłużyć także jako temat do dyskusji i stanowić refleksję przy programowaniu polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia na kolejne okresy.

Katalog propozycji i rekomendacji, jaki udało się zgromadzić dzięki rozmowom z mieszkańcami, jest szeroki i znajdują się w nim propozycje o różnym charakterze. Pojawia się między innymi

sygnalizowana już wcześniej uwaga, aby miejska oferta była lepiej promowana, a informacja o niej była szerzej niż dotąd dostępna. Jedną z propozycji jest organizacja na większą skalę kampanii społecznych dotyczących tematyki promocji i ochrony zdrowia. Jedna z badanych proponuje, by dotyczyły one profilaktyki antynikotynowej. Inna sugestia dotyczy wprowadzenia do miejskiej oferty pikników i festynów, których motywem byłby wątek dotyczący zdrowia publicznego czy akcji promujących kwestie zdrowego stylu życia.

Jakieś właśnie banery, informujące w newralgicznych miejscach, że na przykład jesz mniej cukru, to dłużej pożyjesz, czy coś w ten deseń. Albo czym może to zagrozić, że spożywanie zbyt dużej ilości cukru może grozić cukrzycą. Jakieś takie slogany, hasła, porozrzucone chociażby przy ścieżkach rowerowych przy głównej arterii Trójmiasta. Tego typu akcje, takie mega aktywne... Jakieś festyny. Na tych festynach mógłby być osobny punkt o zdrowiu właśnie, aktywnym trybie życia i takie tam. Pomysłów mam tak naprawdę sporo. (...) Trzeba bardzo mocno to propagować, ale nie w taki nudny sposób, tylko tak, żeby też zachęcić do poszukiwania informacji.

Organizacja dużych wydarzeń, takich jak pikniki czy festyny mogłaby też być okazją do stworzenia publicznego forum, w trakcie którego mieszkańcy mieliby szansę porozmawiać z ekspertami czy skonsultować w sprawach związanych ze zdrowiem czy zdrowym stylem życia. Jeden z badanych proponuje, by Miasto rozważyło wdrożenie systemu informacji o usługach medycznych, tak by mieszkańcy mieli możliwość lepszej orientacji w zakresie sposobu funkcjonowania placówek oferujących usługi z zakresu zdrowia publicznego, w tym promocji i ochrony zdrowia. Pomysł ten warunkowany jest faktem, że badani mają trudność w rozszyfrowaniu specyfiki świadczonych dla nich usług. Z takimi problemami w szczególności sposób borykają się gdańscy seniorzy.

Ja to tak błędę. Gdzieś tu złapię jakąś informację, gdzieś tam złapię. A nie ma tak, że można by było dowiedzieć się, co na przykład seniorzy potrzebują. (...) Moglibyśmy mieć takie programy. Były jakieś wykłady na temat cukrzycy, na temat udarów, nadciśnienia. To są takie rzeczy, że ja każdy tydzień powinnam mieć taki wykład.

Badani rekomendują, by Miasto inwestowało w rozbudowę oferty pod kątem badań profilaktycznych. Z jednej strony proponują, by były to konkretne typy badań, na przykład w zakresie profilaktyki raka piersi (mammografia) czy też pod kątem ryzyka wystąpienia cukrzycy i hipercholesterolemii. Z drugiej zaś padają sugestie, by zorganizować możliwość korzystania z pakietów badań, na przykład „zdrowa kobieta” czy „zdrowy mężczyzna”, wskazując przy tym na świadomość trudności finansowania tego rodzaju usługi w szeroko zdefiniowanej populacji gdańszczanek i gdańszczan.

Wśród propozycji padają również takie, by organizować ofertę z uwzględnieniem różnych grup wiekowych. Inni badani oczekują natomiast dalszego rozwijania oferty dla dzieci i młodzieży, na przykład warsztatów o zdrowiu dla najmłodszych czy tworzenia przestrzeni publicznych

z uwzględnieniem potrzeb nastolatków. Za istotne uważane jest też organizowanie wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego.

GDAŃSK JAKO PRZYJAZNE MIEJSCE DO PROWADZENIA ZDROWEGO STYLU ŻYCIA

Niemal jednogłośnie badani zgadzają się, że mieszkanie w Gdańsku sprzyja prowadzeniu zdrowego stylu życia. Taka ocena wynika przede wszystkim z faktu, że Miasto postrzegane jest jako bardzo atrakcyjny ośrodek do życia, którego mocną stroną jest między innymi wysoka jakość przestrzeni rekreacyjnych oraz dostęp do terenów zielonych. Dzięki temu możliwe jest spędzanie czasu na świeżym powietrzu i podejmowanie różnych form aktywności fizycznej.

Mamy plażę, mamy lasy. (...) Ja jestem zakochana w naszym mieście, ponieważ jak dla mnie jest tu dużo zieleni, mieszkam przy lesie w zasadzie. Także pod tym względem tak, jak najbardziej, Gdańsk jest bardzo przyjazny.

Na pewno mamy dużo parków, gdzie możemy chodzić na spacer. No mamy lasy, morze, więc pod tym względem myślę, że mamy tę możliwość, żeby aktywność uprawiać.

Jest wiele miejsc, żeby sobie można pojechać, odpocząć. Nad morze podjechać czy na Wyspę Sobieszewską pospacerować. No jest kilka takich miejsc, że można sobie odpocząć.

Gdańsk postrzegany jest jako „miasto rowerowe”. Gęsta sieć miejskich ścieżek umożliwia mieszkańcom korzystanie z tej infrastruktury zarówno w zastępstwie innych środków komunikacji, jak i w celach rekreacyjnych. W tym miejscu ponownie Gdańsk zostaje porównany do innych ośrodków miejskich w Polsce, w tym do Warszawy, i przedstawiony jako atrakcyjne miejsce umożliwiające swobodną rekreację. Za słabość uważany jest natomiast brak aktualnej możliwości korzystania z oferty roweru miejskiego.

Pojawiają się również, mimo znacznego zwiększenia oferty w tym względzie, wskazania o słabej dostępności miejskich pływalni. Jeden z badanych sformułował też krytyczne uwagi względem oferty siłowni do ćwiczenia na świeżym powietrzu.

Dużo ludzi z tego nie korzysta tak naprawdę. U nas na osiedlu one są w takich miejscach, że ktoś, kto by chciał iść poćwiczyć, to trochę potrzebuje też odosobnienia, a nie na samym środku osiedla, gdzie wszyscy chodzą na zakupy. Czasami są w słabych miejscach po prostu te siłownie poustawiane.

Jeden z badanych zwrócił uwagę na deficyty dostępu do infrastruktury w zakresie rekreacji, przede wszystkim w dzielnicach zlokalizowanych w południowej części Gdańska. Mieszkańcom doskwiera konieczność przemieszczania się w celu możliwości skorzystania z oferty obiektów sportowych. Inna rozmówczyni podkreśla natomiast słabości mieszkania na Wyspie Sobieszewskiej, mające przełożenie na mniejszy poziom indywidualnego zaangażowania, także w aktywności o charakterze rekreacyjnym.

SYSTEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

W zakończeniu rekonstrukcji opinii badanych na temat specyfiki usług Miasta Gdańsk w zakresie promocji i ochrony zdrowia warto dokonać krótkiego przeglądu opinii na temat tego, co mieszkańcy sądzą o systemie opieki zdrowotnej w ogóle. Wiele tych opinii nie ma bezpośredniego związku ze specyfiką świadczonych na terenie Miasta usług. Jednocześnie jednak są one ciekawym kontekstem, który pozwala do pewnego stopnia zrozumieć motywacje i potrzeby rozmówców, jakie wiążą się z perspektywą korzystania z usług w zakresie zdrowia publicznego.

Badani mają co do zasady krytyczną opinię o polskim systemie opieki zdrowotnej. Jest tak również wówczas, gdy oni sami wykonują zawód medyczny. Panuje zgoda co do tego, że system ochrony zdrowia ma, z uwagi na niewystarczającą skalę finansowania, ograniczoną wydolność. Konsekwencją tego stanu rzeczy ma być również, jak zauważają sami badani, trudność w finansowaniu usług z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Z tego też względu docenia się starania podejmowane na poziomie lokalnym, by świadczyć usługi, na które jest szczególne społeczne zapotrzebowanie.

Rozmówcy rozumieją ograniczenia w dostępności do usług medycznych czy deficyty w liczebności kadry medycznej, jednocześnie odczuwając z tego tytułu złość i frustrację. Być może z tego właśnie względu starają się podkreślać znaczenie dobrego informowania o dostępnych usługach i budowy systemu, który pozwoliłby na możliwość sprawnego korzystania z przedłożonej mieszkańcom oferty. Podkreśla się przy tym kluczowe znaczenie relacji na linii specjalista-pacjent, które jest istotne także w przypadku usług świadczonych w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

Przede wszystkim osoba, która właśnie chce słuchać mnie jako pacjentkę, która zadaje mi pytania, która faktycznie zagłębia się w to, jaki jest dokładnie ten mój stan zdrowia, jakie mam problemy... Po prostu poświęca na to trochę czasu. Nie traktuje może wszystkiego szablonowo, tylko ma świadomość, że istnieją też choroby rzadkie, które po prostu trzeba diagnozować. Także przede wszystkim wiedza merytoryczna i chęć słuchania pacjenta.

Mam wrażenie, że to dużo zależy tak naprawdę od tego, na kogo trafimy. Czy trafimy na lekarza, który faktycznie będzie chciał poświęcić trochę więcej czasu niż gdzieś jest tam w grafiku przewidziane na pacjenta i zagłębić się faktycznie w jego problemy, jeżeli takie są. Czy też trafimy na taką osobę, dla której nie jest to powołanie, a praca.

Część badanych mówi o tym, że w ograniczonym stopniu korzysta z oferty państwowego systemu ochrony zdrowia. Możliwość korzystania na przykład ze (współ)finansowanych przez pracodawcę pakietów medycznych jest wyraźnym przykładem tendencji do prywatyzacji

korzystania z usług zdrowotnych w Polsce²⁰. Być może trend ten ma przełożenie na poziom zainteresowania usługami z obszaru promocji i ochrony zdrowia. Przeświadczeni o niskim poziomie jakości usług finansowanych ze środków publicznych Polacy mogą przejawiać dystans czy brak zaufania do programów oferowanych na przykład przez lokalne samorządy. Analogiczny mechanizm można zaobserwować na przykładzie popularności szkół językowych. Uczestnictwo w organizowanych w nich zajęciach jest płatne, a często finansuje się w nich udział równoległe na przykład do oferty szkolnej.

Za pozytywne uważane są wszystkie starania, by poprawiać jakość procedur związanych ze świadczeniem usług zdrowotnych. Każdy taki rodzaj działania postrzegany jest jako taki, który może poprawić dostępność do danej usługi, ale też generalnie wpływa pozytywnie na sposób odbioru oferty. Dobre zarządzanie usługami przekłada się na sposób jej odbioru i niewątpliwie tę uwagę również można przenieść na grunt miejskiej oferty w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

²⁰ Zob. np.: Już 2,6 mln Polaków z prywatną polisą na zdrowie. Aż 23 proc. więcej niż rok wcześniej, <https://www.politykazdrowotna.com/43454,juz-26-mln-polakow-z-prywatna-polisa-na-zdrowie-az-23-proc-wiecej-niz-rok-wczesniej>. Dostęp: 20.04.2020.

Analiza SWOT. Rekomendacje w podziale na wyróżnione obszary

Analiza SWOT

W ramach podsumowania działań ewaluacyjnych przeprowadzona została analiza SWOT objętych ewaluacją Programów. W jej ramach zidentyfikowane zostały zarówno mocne strony oraz szanse rozwoju Programów, jak i ich słabe strony oraz zagrożenia wiążące się z ich dalszą realizacją. Poniższe zestawienie powstało w oparciu o analizę całości zebranego materiału badawczego: specyfiki dokumentacji prowadzonej w związku z Programami, wywiadów indywidualnych z decydentami i realizatorami oraz beneficjentami usług, jak również kwestionariusza ankiety wypełnianego przez mieszkańców.

Tabela 58. Analiza SWOT Programów objętych ewaluacją

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Jasno określona wizja zmiany w obszarze objętym ewaluacją ▪ Zabezpieczanie środków na prowadzenie polityki na szczeblu lokalnym ▪ Dobra jakość współpracy na linii Koordynator-realizatorzy ▪ Dostępność profesjonalnej kadry (eksperti, badacze, menedżerowie) zajmującej się tematyką zdrowia publicznego ▪ Akcentowanie zwrotu w polityce w kierunku horyzontalnym i ku interdyscyplinarności ▪ Podejmowanie licznych działań, które przełamują myślenie silosowe ▪ Prowadzenie części miejskich zadań z uwzględnieniem opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji ▪ Znaczący odsetek mieszkańców Gdańska przywiązujący dużą wagę do tematyki profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia ▪ Relatywnie wysokie zainteresowanie gdańszczanek i gdańszczan aktywnością rekreacyjną ▪ Wysoka jakość miejskiej infrastruktury rekreacyjnej (np. ścieżki rowerowe, tereny zielone) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Niewystarczająco precyzyjny charakter wskaźników w kontekście oceny efektywności prowadzonej polityki ▪ Deficyt danych umożliwiający ocenę skali realizacji celów Programów ▪ Relatywnie słabe umocowanie formalno-prawne realizacji GPPZiPCC ▪ Deficyt oferty dla mieszkańców w przedziale 30-65 lat ▪ Deficyt działań w obszarze promocji i marketingu usług w ramach Programów ▪ Harmonogram ogłaszania konkursów wymuszający krótki czas na przygotowanie i realizację projektu ▪ Niski poziom zainteresowania realizacją zadań po stronie podmiotów w niektórych obszarach merytorycznych Programów ▪ Niski poziom jakości sprawozdawczości części realizatorów ▪ Deficyt współpracy w koordynacji polityki na szczeblu lokalnym z Narodowym Funduszem Zdrowia

Tabela 58 c.d. Analiza SWOT Programów objętych ewaluacją

SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontynuacja i rozwinięcie prowadzenia działań w oparciu o profesjonalnie prowadzone diagnozy ▪ Dalszy wzrost potencjału podmiotów prowadzących działania w ramach Programów (w tym Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia [po połączeniu z Gdańskim Centrum Profilaktyki Uzależnień]) ▪ Wzrost znaczenia czynnika zdrowego stylu życia jako kryterium warunkującego jakość życia ▪ Włączanie elementu zdrowia publicznego do polityk sektorowych w innych obszarach ▪ Rosnący poziom usieciowienia sektora promocji i ochrony zdrowia ▪ Potencjał Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego jako ciała doradczego i współtworzącego strategię rozwoju polityki w obszarze objętym ewaluacją ▪ Traktowanie zasad zdrowego odżywiania jako elementu profilaktyki (nie tylko radzenia sobie z problemami zdrowotnymi) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deficyt realizatorów zadań w obszarze profilaktyki zdrowia publicznego w skali lokalnej ▪ Brak przemyślanej strategii w obszarze polityki komunikacyjnej w zakresie zdrowia publicznego ▪ Ryzyko zmian legislacyjnych na szczeblu ponadlokalnym, które wymuszają dopasowanie do nowych regulacji (na przykład rekonstrukcja założeń w ramach Narodowego Programu Zdrowia) ▪ Turbulencje związane z konsekwencjami długiego trwania pandemii COVID-19 ▪ Rosnący odsetek mieszkańców Gdańska negatywnie nastawionych do elementów polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia (edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego, metoda zapłodnienia pozaustrojowego) ▪ Obawy przed udostępnianiem danych osobowych w procesie rekrutacji uczestników do projektów oraz w procedurze ewaluacyjnej przewidzianej w Programach ▪ Niski poziom zainteresowania ofertą miejską wśród osób o niskim poziomie kapitału społecznego (klasa ludowa)

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

Rekomendacje do dalszych działań

Rekomendacje do dalszego prowadzenia działań w ramach Programów zostały przedstawione w formie syntetycznej tabeli. W każdej z jej trzech głównych części znajdują się rekomendacje, które warto wziąć pod uwagę przy projektowaniu kolejnych odsłon Programów. Rekomendacje dotyczą obszarów: (1) koordynacji, wdrażania i polityki komunikacyjnej, (2) diagnozy, monitoringu i wskaźnikowania oraz (3) specyfiki realizatorów, sieciowania i współpracy

I. KOORDYNACJA – WDRAŻANIE – POLITYKA KOMUNIKACYJNA	
I.1	<p>Należy utrzymać zasadniczy kierunek prowadzonej polityki. Dotyczy to zarówno celu ogólnego i celów szczegółowych zdefiniowanych w ramach Programów. Analizy w gronie osób zarządzających działaniami strategicznymi wymagają dwie kwestie: (1) tego, jaki akcent w projektowaniu kolejnych odsłon GPPZiPCC kłaść na działania o charakterze medycznym (przede wszystkim tego, czy je finansować, a jeśli tak, to w jakiej skali) oraz (2) w jakim zakresie oczekiwać efektu populacyjnego od działań podejmowanych w ramach Programów. Należy przy tym dążyć do utrzymywania spójności Programów z dokumentami ze szczebla ponadlokalnego, przede wszystkim Narodowym Programem Zdrowia.</p>

I.2	<p>Należy rozważyć rolę kluczowych aktorów w procesie zarządzania i koordynacji w ramach Programów. Dotyczy to przede wszystkim Wydziału Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku oraz Gdańskiego Ośrodka Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień. Zasadne byłoby precyzyjne określenie funkcji i zakresu obowiązków liderów prowadzonej w Mieście polityki w kontekście wyznaczania strategii krótko- i długookresowej oraz bieżącego prowadzenia działań w ramach Programów. Warto przy tym przemyśleć formułę Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, by w większym stopniu wykorzystać potencjał merytoryczny i koncepcyjny jej przedstawicieli, oraz powołania Zespołu Wdrożeniowego prowadzącego zarządzanie Programami w skali Miasta.</p>
I.3	<p>Należy kłaść nacisk na działania edukacyjne, które będą skutkować przemianami w sferze świadomości i przyczynią się do zwiększenia odpowiedzialności mieszkańców za prowadzenie zdrowego stylu życia. Warto rozważyć adresowanie większej liczby zadań do mężczyzn, którzy, jak wynika z badań, mają mniejszy poziom zainteresowania problematyką objętą ewaluacją, a jednocześnie gorzej oceniają jakość i dostępność usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia.</p>
I.4	<p>Należy podjąć intensywne starania mające na celu dopracowanie polityki komunikacyjnej i działań promocyjnych w obszarze objętym ewaluacją. Warto podjąć działania zmierzające do wzmocnienia jakości marketingu i promocji zadań realizowanych w ramach Programów, dbając jednocześnie o spójny charakter strategii w tym zakresie. Zasadne wydaje się rozważenie zwiększenia nakładów na prowadzenie kampanii społecznych dotyczących tematyki promocji i ochrony zdrowia, jak również prowadzenie akcji promocyjnych, na przykład w postaci festynów i pikników miejskich, których motywem byłby wątek dotyczący zdrowia publicznego i zdrowego stylu życia.</p>
I.5	<p>Należy czynić starania w celu poszerzenia bazy zadań realizowanych w dłuższych okresach, kontynuując prowadzenie sprawozdawczości za pośrednictwem portalu Witkac.pl. Warto też rozważyć jednomodułowy charakter konkursów – niełącznie w jednym zarządzeniu konkursów ofert na realizację zadań o różnorodnym charakterze.</p>

I.6	<p>Należy rozważyć możliwość wprowadzenia nowych rodzajów usług i projektów. Należą do nich:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ wdrożenie systemu teleporad / informacji o świadczonych usługach medycznych (lub usługach z obszaru promocji i ochrony zdrowia), ○ szerszy zakres oferty dla osób dorosłych, w tym „młodych rodzin”, ○ opracowanie programu dedykowanego w całości idei promocji zdrowia i aktywności fizycznej, ○ kontynuowanie starań w celu realizacji zadań promujących szeroko rozumianą profilaktykę zdrowia publicznego.
II. DIAGNOZA – MONITORING – WSKAŹNIKOWANIE	
II.1	<p>Należy kontynuować prace w celu realizacji diagnoz zwiększających wiedzę o kontekście działań prowadzonych w ramach Programu. Aktywność ta powinna być prowadzona we współpracy szerokiego grona ekspertów zaangażowanych w koordynację i realizację polityki w obszarze zdrowia publicznego w Gdańsku.</p>
II.2	<p>Należy rozważyć powołanie miejskiego obserwatorium badawczego skoncentrowanego na prowadzeniu lokalnie zorientowanych analiz w obszarze zdrowia publicznego. Interesującą alternatywą byłaby również możliwość korzystania z narzędzi Big Data jako nowej platformy pozyskiwania danych niezbędnych do realizacji Programów.</p>
II.3	<p>Należy położyć nacisk na dopracowanie w gronie ekspertów zasad weryfikacji celów, jakie zostały zapisane w Programach, specyfiki wskaźników do poszczególnych zadań oraz narzędzi monitorowania i ewaluacji realizacji celów w każdym z zadań. Istnieje potrzeba doprecyzowania wskaźników, przede wszystkim w ramach GPPZiPCC, i zbudowania lepszej korespondencji celów szczegółowych z przypisanymi im wskaźnikami. Obecnie istnieje trudność w określeniu wskaźników efektywności, czyli ustalenia, w jakim stopniu prowadzone zadania pozwalają na ocenę realizacji zaplanowanych w Programach celów. Taki stan rzeczy wynika z faktu, że część wskaźników ma charakter szacunkowy i jest trudna do zmierzenia.</p>

II.4	<p>Należy wypracować nowy model monitoringu i ewaluacji działań prowadzonych bezpośrednio przez realizatorów. Aktualnie prowadzone działania w tym obszarze są niedoskonałe, a wielu realizatorom brakuje kompetencji, by sprawnie ten proces prowadzić. Zasadne wydaje się na przykład rozważenie przygotowania podręcznika metodologicznego z wytycznymi prowadzenia działań monitorująco-ewaluacyjnych oraz szkoleń dla koordynatorów poszczególnych zadań w zakresie sprawozdawczości i raportowania sposobu realizacji zadań.</p>
III. REALIZATORZY – SIECIOWANIE – WSPÓŁPRACA	
III.1	<p>Należy kontynuować działania mające na celu zagęszczanie sieci współpracy między kluczowymi aktorami (osobami i instytucjami) polityki publicznej w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Takie działanie ma na celu budowanie lepszych powiązań między podmiotami, a docelowo formułowanie lepiej dopasowanej do potrzeb szerokiego grona mieszkańców oferty zadań. Zasadne byłoby zwiększenie zasięgu współpracy regionalnej.</p>
III.2	<p>Należy rozważyć stworzenie w ramach Programów platformy komunikacyjnej umożliwiającej regularne spotkania i kontakt między podmiotami zarządzającymi polityką publiczną w obszarze objętym ewaluacją a realizatorami działań w obrębie Programów. Wymiana pomysłów i doświadczeń mogłaby skutkować podniesieniem jakości zarówno koordynacji Programów, jak i poszczególnych zadań wchodzących w ich skład. Pozwalałaby też na minimalizowanie napięć i nieporozumień pojawiających się w toku realizacji Programów ze strony realizatorów.</p>
III.3	<p>Należy przemyśleć możliwość zaangażowania się liderów procesu prowadzonej w Gdańsku polityki w organizację wydarzenia (lub cyklicznej serii wydarzeń) mającego na celu wymianę doświadczeń na temat strategicznych uwarunkowań budowania polityk w obszarze zdrowia publicznego. Taka debata miałaby jednocześnie wykraczać poza spektrum dyskusji o konkretnie zdefiniowanym problemie, procesie czy projekcie. Jej celem byłoby zbieranie ogólnych doświadczeń o praktyce realizacji polityki w obszarze zdrowia publicznego i możliwości jej profesjonalizacji w skali lokalnej.</p>

III.4

Należy rozważyć możliwość prowadzenia intensywnych działań „rekrutacyjnych”, zachęcających podmioty do składania ofert w postępowaniach konkursowych, jakie toczą się w ramach Programów. Niski poziom przygotowania merytorycznego i motywacji do startowania w konkursach części realizatorów, w połączeniu z trudnymi doświadczeniami prowadzenia zadań i rzetelnej sprawozdawczości, mogą być wskazaniem do rozważenia dodatkowych form poszukiwania podmiotów gotowych na prowadzenie działań przewidzianych do realizacji w Programach. W przypadku mobilizacji w środowisku organizacji pozarządowych zasadne wydaje się rozważenie programu organizacji szkoleń dla ich przedstawicieli.