



OŚRODEK BADAŃ  
I ANALIZ SPOŁECZNYCH

## **BADANIE EWALUACYJNE**

GDAŃSKIEGO PROGRAMU PROMOCJI  
ZDROWIA I PRZECIWDZIAŁANIA  
CHOROBY CYWILIZACYJNYM NA LATA  
2017-2020 I 2021-2025

*RAPORT ZA LATA 2020-2021*

## Spis treści

Executive summary.....	3
Wstęp. Założenia badawcze .....	5
<i>Założenia badawcze</i> .....	5
<i>Metodologia badań</i> .....	6
<i>Struktura raportu</i> .....	9
Kontekst wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.....	11
<i>Kontekst powstania i związek z innymi dokumentami strategicznymi</i> .....	11
<i>Struktura i charakterystyka Programu</i> .....	13
Charakterystyka realizacji Programów.....	18
<i>Syntetyczne podsumowanie działań prowadzonych w ramach Programów</i> .....	18
<i>Ocena realizacji celów</i> .....	23
<i>Szczegóły realizacji zadań</i> .....	34
Polityka w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Perspektywa decydentów i realizatorów.....	46
<i>Kontekst polityki promocji i ochrony zdrowia w Polsce</i> .....	46
<i>Organizacja ram funkcjonowania Programów</i> .....	51
<i>Realizatorzy i specyfika usług</i> .....	58
<i>Potrzeby i wyzwania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia</i> .....	62
<i>Diagnoza, monitoring, ewaluacja</i> .....	69
Korzystanie z oferty oraz ocena jakości i dostępności usług przez beneficjentów. Ilościowa perspektywa porównawcza .....	72
<i>Profil socjo-demograficzny respondentów</i> .....	72
<i>Znaczenie obszaru zdrowia</i> .....	77
<i>Ogólna ocena jakości i dostępności usług</i> .....	81
<i>Korzystanie z usług</i> .....	89
<i>Znaczenie pandemii COVID-19 dla specyfiki korzystania z usług</i> .....	93
Styl życia, jakość usług i ocena uwarunkowań systemowych. Perspektywa beneficjentów usług.....	98
<i>Ocena stanu zdrowia. Profilaktyka i styl życia</i> .....	98
<i>Ocena usług</i> .....	101
<i>System promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku</i> .....	105



Wyniki analizy SWOT. Wnioski i rekomendacje .....	<b>110</b>
<i>Analiza SWOT. Mocne i słabe strony Programu</i> .....	<b>110</b>
<i>Wnioski i rekomendacje obszarowe</i> .....	<b>112</b>

## Executive summary

1. Gdańska polityka w zakresie promocji i ochrony zdrowia stanowi ważny element miejskiej polityki społecznej. Docenia się w szczególności jej ciągłość i kompleksowość, spójny i przemyślany charakter. Przez beneficjentów usług Gdańsk postrzegany jest jako przyjazne miejsce do prowadzenia zdrowego stylu życia.
2. Głównym celem strategicznym Programu pozostaje świadczenie wsparcia w zakresie edukacji i profilaktyki. Podkreśla się wagę systemowego charakteru tych działań i konieczność rozwijania innowacyjnych formuł działań.
3. Warunki tworzenia polityki promocji i ochrony zdrowia w sposób zasadniczy zmieniły turbulencje pandemiczne. W konsekwencji tych zmian rośnie waga kwestii promocji i ochrony zdrowia, która powinna znaleźć przełożenie na miejskie priorytety strategiczne.
4. Mocną stroną w pracy nad realizacją założeń programowych jest elastyczność ustalania priorytetów oraz świadczenie usług w trybie wieloletnim. Pozwala to na zwiększenie prawdopodobieństwa osiągnięcia realnych efektów prowadzonych zadań.
5. Trudności w realizacji Programu wynikają przede wszystkim z trzech czynników: niestabilności warunków stanowienia prawa, reperkusji społeczno-gospodarczych wynikających z pandemii COVID-19 i deficytu zasobów osobowych do koordynacji działań programowych.
6. W obszarze promocji i ochrony zdrowia zauważalny jest spadek jakości działań podejmowanych we współpracy międzyinstytucjonalnej. Dotyczy to także procesów zarządzania i koordynacji działań. Negatywny wpływ na tę zmianę miały uwarunkowania pandemiczne.
7. Doszło do wyhamowania aktywności programowej spowodowanej obostrzeniami pandemicznymi. Realizacja zadań w trybie zdalnym / hybrydowym była trudna, a wielu beneficjentów oceniało tę formułę świadczenia usług negatywnie.
8. Głównymi kryteriami oceny ofert są przede wszystkim ich poziom merytoryczny, poziom doświadczenia oferenta, jakość wcześniejszej współpracy i innowacyjny charakter proponowanych do realizacji działań.
9. Podmioty lecznicze przejawiają niewielki poziom zainteresowania współpracą z Miastem przy realizacji projektów finansowanych ze środków publicznych. Niezbędne wydaje się znalezienie rozwiązań, które udrożnią współpracę i otworzą szersze możliwości świadczenia oferty dla beneficjentów.
10. Problemem w rozwijaniu oferty programowej jest niski poziom motywacji do uczestnictwa w części przedsięwzięć składających się na ramę Programu. Ponownie

czynnikiem pogłębiającym trudności okazała się pandemia COVID-19 i przedłużające się okresy lockdownów.

11. Wątkiem zyskującym na znaczeniu w kontekście promocji i ochrony zdrowia są kwestie związane ze zdrowiem psychicznym. Jest ono uważane za ważny wymiar oferty świadczonej na rzecz mieszkanek i mieszkańców Miasta.
12. Głównymi zagrożeniami dla polityki miejskiej w obszarze promocji i ochrony zdrowia są: niski priorytet w agendzie miejskiej, deficyt właściwych mechanizmów decyzyjnych, niewielka skala współpracy z ekspertami z branży medycznej oraz niepewność realizatorów związana z perspektywą długoletniego finansowania projektów.
13. W porównaniu do pomiaru z 2020 roku doszło do spadku poziomu oceny stanu własnego zdrowia oraz wartości Indeksu Znaczenia Tematyki Zdrowotnej. Wszystkie składowe Indeksu ocenione zostały niżej. Spadły też oceny jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia.
14. W opinii publicznej wyraźnie spadło zainteresowanie szczepieniami ochronnymi. Istnieje też zauważalne zróżnicowanie oczekiwań odnośnie do brakujących usług na rzecz promocji i ochrony zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami. Mężczyźni częściej woleliby mieć możliwość korzystania z oferty kampanii profilaktycznych i na rzecz promocji zdrowego stylu życia, a kobiety – korzystać z oferty dedykowanych dla nich badań profilaktycznych (cytologia, mammografia).
15. Najlepiej ocenianym narzędziem do prowadzenia działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat promocji i ochrony zdrowia są warsztaty, szkolenia i happeningi.
16. W latach 2020-2021 czas oczekiwania na możliwość skorzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia wydłużył się w porównaniu do okresu 2017-2019. Spadła też średnia ocena konkretnych usług świadczonych w ramach Programu, choć nadal są one oceniane generalnie dobrze.

## Wstęp. Założenia badawcze

Raport stanowi podsumowanie badania ewaluacyjnego Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 oraz 2021-2025 i obejmuje okres 2020-2021. W dalszej części tekstu pojawiają się odniesienia zarówno do poszczególnych Programów, jak i jego części składowych (programów polityki zdrowotnej oraz programów profilaktyki i promocji zdrowia). Z uwagi na fakt, że założenia Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym nie uległy zasadniczym zmianom pomiędzy okresami realizacji w tekście używane jest określenie „Program” sygnalizujące kontynuację przyjętej w skali Miasta polityki.

### Założenia badawcze

Celem ewaluacji było dokonanie szczegółowej oceny jakości i stopnia osiągniętych założeń zapisanych w Programie. Efektem przeprowadzonej analizy są wnioski dotyczące informacji o specyfice prowadzonych działań i stanie realizacji celów w odniesieniu do dokumentów strategicznych na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym. Dokument zawiera także informacje o trafności doboru działań, ocenę dostępności usług oraz szans i ryzyk dotyczących wdrażania Programu w kolejnych latach jego realizacji.

Raport ma charakter porównawczy. Zawarte w opracowaniu dane można zestawiać pomiędzy okresami realizacji przypadającymi na poszczególne Programy. Element porównawczy dotyczy też odniesienia do wyników badań zrealizowanych za okres 2017-2019. Celem analizy było przedstawienie różnic w sposobie realizacji Programu oraz skali osiągnięcia rezultatów. Opracowanie zawiera charakterystykę zadań realizowanych w ramach Programu i może stanowić punkt wyjścia do dyskusji nad wdrożeniem modyfikacji w planie i priorytetach działań na kolejne lata obowiązywania założeń programowych.

Raport z badań można czytać jako kontynuację analizy i wynikających z niej konkluzji z okresu 2017-2019. Znaczna część uwag dotyczących specyfiki realizacji Programu pozostaje aktualna. Nie uległ też zmianie kontekst realizacji w przypadku Programu realizowanego w latach 2017-2020. Z tego względu w wielu miejscach w tekście pojawiają się odwołania do ustaleń zebranych w oparciu o wcześniej prowadzoną ewaluację. Nowe ustalenia, szczególnie te

dotyczące Programu zaplanowanego do realizacji na lata 2021-2025, korespondują z rozpoznaniem zamieszczonymi w raporcie za wcześniejszy okres ewaluacyjny<sup>1</sup>.

## Metodologia badań

Badanie ewaluacyjne zostało zrealizowane jesienią 2022 roku w oparciu o wytyczne określone przez Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku. Proces badań podzielony był na cztery etapy i uwzględniał: (1) analizę danych zastanych dokumentacji dotyczącej Programów (*desk research*), (2) ocenę ekspercką jakości prowadzonych działań i stopnia osiągania celów w ramach indywidualnych wywiadów pogłębionych, (3) badanie opinii mieszkanki i mieszkańców Gdańska, w tym beneficjentów usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia oraz (4) badanie opinii wybranych beneficjentów Programu na temat dostępnych usług i ich jakości.

### Etap 1. Analiza desk research

Analizie poddane zostały źródła umożliwiające oszacowanie skali realizacji Programu oraz stopnia osiągania jego rezultatów. W procesie analizy uwzględnione zostały dokumenty strategiczne, akty prawne, opisy Programów, sprawozdania z realizacji zadań, teksty branżowe oraz opracowania naukowe. Praca z dokumentami pozwoliła na rozpoznanie kontekstu prowadzenia działań programowych. Stanowiła też podstawę tworzenia narzędzi badawczych wykorzystanych w innych modułach projektu.

### Etap 2. Indywidualne wywiady pogłębione z ekspertami

Przeprowadzonych zostało łącznie 20 wywiadów (n=20), z czego 1 wywiad zrealizowany został w formie odpowiedzi na pytania zawarte w mailu. Decyzja o zgodzie na taką formę pozyskania materiału badawczego wynikała z faktu braku możliwości dostępu do innych osób zajmujących się koordynacją i realizacją przedsięwzięć w ramach Programu.

Na liście ekspertów udostępnionej przez Koordynatora znajdowało się 28 osób. Z 6 osobami nie można było nawiązać kontaktu w celu umówienia rozmowy, 1 osoba odmówiła udzielenia wywiadu, a z 1 osobą wywiad przeprowadzony został w 2021 roku w związku z ewaluacją programu edukacji zdrowotnej w zakresie zdrowia prokreacyjnego młodzieży w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020. Łącznie

---

<sup>1</sup> Badanie Ewaluacyjne Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom 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, [https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/202111179393/raport\\_badanie-ewaluacyjne-gppzipcc.pdf](https://download.cloudgdansk.pl/gdansk-pl/d/202111179393/raport_badanie-ewaluacyjne-gppzipcc.pdf). Dostęp: 05.11.2022.

wykorzystano więc wszystkie możliwe dane – 21 wywiadów, z czego 1 przeprowadzony był w ramach innego projektu, a 1 dostarczył informacji w postaci odpowiedzi na pytania postawione drogą mailową.

Wśród badanych znaleźli się między innymi członkowie Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, przedstawiciele podmiotów leczniczych i organizacji pozarządowych realizujących zadania w ramach Programu, reprezentanci jednostek organizacyjnych Miasta oraz pracownicy Urzędu Miejskiego w Gdańsku.

Wywiady realizowane były zgodnie z przygotowanym scenariuszem. Zawierał on listę pytań podzieloną na bloki poświęcone różnym zagadnieniom – ideom programowym, sposobowi wdrażania Programu, usługom świadczonym przez Miasto (przede wszystkim ich jakości i dostępności), celom i działaniom podejmowanym w ramach Programu oraz jego możliwemu przyszłemu kształtowi. Formuła rozmów zależała od funkcji, jaką pełnili poszczególni badani oraz zakresu doświadczeń zebranych w związku z realizacją Programu.

W celu zapewnienia anonimowości badanych wybrane cytaty ilustrujące wyniki tej części ewaluacji zostały pozbawione oznaczeń, tj. dodatkowej informacji np. o płci, wieku rozmówcy czy reprezentowanej instytucji. Niektóre cytaty zostały także poddane zabiegom redakcyjnym w celu uniknięcia możliwości identyfikacji rozmówców.

### Etap 3. Kwestionariusz ankiety wśród mieszkańców

W badaniu kwestionariuszowym wzięło udział 265 osób (n=265). Adresatami badania była populacja mieszkanek i mieszkańców Gdańska oraz beneficjenci usług korzystający ze wsparcia w ramach zadań realizowanych w Programie w latach 2020-2021. Model rekrutacji osób do badania był analogiczny jak w pomiarze za lata 2017-2020. Respondenci wypełniali kwestionariusz o średnim stopniu standaryzacji, udzielając odpowiedzi na liczne pytania otwarte.

Należy podkreślić, że wielkość próby w badaniu zrealizowanym w 2020 roku była wielokrotnie większa (n=2179). Tak duża dysproporcja pomiędzy pomiarami wynikać może z kilku czynników: (1) mniejszej skali udziału mieszkanek i mieszkańców w Programach promocji i ochrony zdrowia w latach 2020-2021, (2) bardzo niskiej skuteczności dotarcia do beneficjentów poszczególnych usług świadczonych w ramach Programu oraz (3) momentu realizacji badania (pomiar, w którym udział wzięło ponad 2000 osób miał miejsce na początku pandemii, w okresie lockdownu i zawieszenia aktywności w życiu publicznym, w tym także zahamowania dynamiki życia zawodowego).



Należy natomiast podkreślić, że mimo wyraźnej dysproporcji wielkości próby oraz realizacji badania zgodnie z zasadami doboru próby opartego na dostępności (co ogranicza reprezentatywność zbieranych danych) porównanie wyników między pomiarami odstania spójne różnice w wynikach i pozwala na wyciąganie wniosków o zmianach w sposobie funkcjonowania Programów.

Sposób realizacji badania w 2022 roku przypominał ten zastosowany w 2020 roku. Badanie przeprowadzono online, za pośrednictwem platformy Webankieta.pl. Ankietę mogły wypełniać wszystkie osoby mieszkające w Gdańsku, w tym beneficjenci usług z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Każdy z respondentów miał możliwość odpowiadania na pytania dotyczące ogólnych uwarunkowań związanych z kwestiami promocji i ochrony zdrowia, ale także szczegółowych kwestii dotyczących poszczególnych przedsięwzięć wchodzących w skład Programu.

Badanie było realizowane z wykorzystaniem dwóch narzędzi kwestionariuszowych. Pierwsze z nich kierowane było do ogółu mieszkank i mieszkańców, natomiast drugie – do beneficjentów, którzy korzystali ze wsparcia świadczonego przez realizatorów. Narzędzie, które wypełniać mogli beneficjenci, zawierało dodatkowy zestaw pytań odnośnie do korzystania ze wsparcia instytucji prowadzącej dane zadanie.

Pomimo zastosowania podobnej strategii rekrutacji do udziału w badaniu zastosowanej w 2020 roku (kontakty telefoniczne z realizatorami, mailowe wysłanie zaproszenia, które można było przekierować do beneficjentów) poziom zaangażowania respondentów do wypełnienia kwestionariusza za pośrednictwem kanału instytucjonalnego był bardzo niski. W tej formie kwestionariusz uzupełniły tylko 4 osoby. Niemal wszystkie wypełnione ankiety zostały pozyskane otwartym kanałem rekrutacji kierowanym do ogółu populacji mieszkank i mieszkańców Gdańska.

Warto dodać, że różnica między badaniem z roku 2020 i 2022 polegała na tym, że w 2020 roku większą liczebność próby udało się zrealizować za sprawą przeprowadzenia projektu łączonego z ewaluacją prowadzoną przez Koordynatora Programu 6-10-14.

W prezentacji wyników uwzględniono zróżnicowania ze względu na zmienne niezależne: (1) płeć, (2) wiek, (3) zamieszkiwaną dzielnicę, (4) poziom zadowolenia z życia oraz (5) doświadczenie dyskryminacji. Analiza danych ze względu na wymienione czynniki pozwala zobrazować różnice między beneficjentami, a co za tym idzie rozważyć, jaki wpływ te zróżnicowania mogą mieć na specyfikę świadczenia oferty dla mieszkank i mieszkańców.

Wyniki sumaryczne w tabelach i wykresach mogą nieznacznie różnić się od 100%, co wynika z procedury zaokrąglania danych. W efekcie łączne odsetki dla poszczególnych kategorii mogą wynosić np. 99,9% lub 100,2%.

#### Etap 4. Indywidualne wywiady pogłębione z beneficjentami

Przeprowadzono 10 wywiadów z beneficjentami usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia (n=10). Zebrany materiał empiryczny stanowi wartościowe uzupełnienie danych pozyskanych w badaniu kwestionariuszowym. Rekrutacja do wywiadów odbywała się za pośrednictwem realizatorów, którzy udostępnili kontakty do rozmówców.

Dla tej grupy osób przygotowany był dedykowany scenariusz, odmienny od tego, który stanowił podstawę rozmów z ekspertami. Beneficjenci dzielili się spostrzeżeniami na temat zdrowego stylu życia, oceniali usługi z obszaru promocji i ochrony zdrowia, z których korzystali oraz dzielili spostrzeżeniami na temat brakujących, ich zdaniem, usług w miejskim systemie.

W gronie badanych znalazły się osoby, które korzystały z czterech różnych usług wchodzących w skład Programu w latach 2020-2021:

- 1) Program 6-10-14 dla Zdrowia
- 2) Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego
- 3) Wsparcie psychologiczne dla osób zakażonych HIV
- 4) Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego

Podobnie jak w przypadku fragmentów wywiadów prowadzonych z ekspertami zostały one zanonimizowane, a jeśli było takie uzasadnienie, także zredagowane.

## Struktura raportu

Struktura raportu jest analogiczna do tej przyjętej w raporcie ewaluacyjnym za lata realizacji 2017-2019. Taka decyzja podyktowana jest potrzebą zestawienia danych i przedstawienia ich w perspektywie porównawczej. Opracowanie otwiera syntetyczne podsumowanie wyników badania ewaluacyjnego (*executive summary*), po którym następuje niniejsze wprowadzenie. W dalszej części raportu znajdują się wnioski z analizy dokumentów. Zostały one zamieszczone w rozdziałach poświęconych kontekstowi wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku oraz opisowi charakterystyki realizacji Programów. Kolejne rozdziały poświęcone są ocenie polityki miejskiej w badanym obszarze z perspektywy ekspertów (decydentów i realizatorów), wynikiem badań kwestionariuszowych realizowanych wśród populacji mieszkank i mieszkańców Gdańska na temat jakości i dostępności usług w obszarze



promocji i ochrony zdrowia oraz pogłębieniu spojrzenia beneficjentów na ofertę, z jakiej korzystali w okresie objętym ewaluacją. Ostatni rozdział raportu zawiera wyniki analizy SWOT oraz rekomendacje do dalszych działań w podziale na obszary problemowe.

## Kontekst wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku

W niniejszym rozdziale przedstawione są uwarunkowania wdrażania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Ten fragment opracowania zawiera informacje na temat kontekstu funkcjonowania Programów, ich umocowania formalno-prawnego oraz odniesień do dokumentów strategicznych o podobnym profilu merytorycznym. W analizie znajdują się również odniesienia do specyfiki poszczególnych programów szczegółowych tworzących ramę Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym.

Analiza źródeł prowadzona jest w odniesieniu do dwóch Programów – Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 oraz 2021-2025. Część wątków jest w tekście jedynie sygnalizowana, ponieważ ich analiza została przeprowadzona w ramach ewaluacji w roku 2020.

### Kontekst powstania i związek z innymi dokumentami strategicznymi

Zmiana uwarunkowań prawnych i strategicznych na szczeblu lokalnym stanowiła jeden z impulsów do tworzenia lokalnych polityk promocji i ochrony zdrowia. Ramę dla samorządowych projektów polityk w obszarze zdrowia publicznego stworzyły Ustawa o zdrowiu publicznym oraz Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020. Zasadniczy kształt sektorowych założeń strategicznych nie uległ zmianie mimo pojawienia się nowych dokumentów i wytycznych formalno-prawnych (w tym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021-2025). Miasto Gdańsk konsekwentnie realizuje wizję rozwoju w obszarze promocji i ochrony zdrowia, która wpisuje się w zdefiniowane ponadlokalnie uwarunkowania strategiczne.

W Programie na lata 2021-2025 znalazły się odniesienia do 12 dokumentów strategicznych. Jest ich o dwa więcej niż w okresie 2017-2020 (10). Struktura odwołań w nowej wersji Programu różni się w stosunku do jego pierwszej edycji. Nie ma w niej bowiem odniesień do dokumentów na szczeblu regionalnym, co wynika z faktu, że nie istniały one w momencie uchwalania

Programu. Pojawiło się za to wiele nawiązań do dokumentów nieklasyfikowanych z geograficznego punktu widzenia, tworzonych zarówno w wymiarze lokalnym, jak i globalnym.

**Tabela 1.** Lista dokumentów strategicznych komplementarnych z Gdańskim Programem Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 oraz 2021-2025

Poziom dokumentu strategicznego	Nazwa dokumentu strategicznego	
	2017-2020	2021-2025
<b>Krajowy</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Strategia Rozwoju Kraju do roku 2020</li> <li>■ Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2020</li> <li>■ Narodowy Program Zdrowia na lata 2016-2020</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Polska 2030. Trzecia fala nowoczesności. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju</li> <li>■ Strategia Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2030</li> <li>■ Krajowa Strategia Rozwoju Regionalnego 2030</li> <li>■ Strategia na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do roku 2020 (z perspektywą do 2030 r.)</li> </ul>
<b>Regionalny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Strategia Polityki Społecznej Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020</li> <li>■ Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020</li> <li>■ Regionalny Program Strategiczny w zakresie ochrony zdrowia – Zdrowie dla Pomorzan 2020</li> </ul>	<p>W Programie na lata 2021-2025 nie określano korespondencji do dokumentów strategicznych na szczeblu regionalnym.</p>
<b>Lokalny</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gdańsk 2030 Plus Strategia Rozwoju Miasta</li> <li>■ Strategia Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2030</li> <li>■ Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2020</li> <li>■ Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Gdańsk 2030 Plus Strategia Rozwoju Miasta (przed zmianami)</li> <li>■ Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do 2030 roku</li> <li>■ Strategia Obszaru Metropolitalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot do roku 2030</li> </ul>
<b>Inny</b>	---	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Traktat o Funkcjonowaniu UE (art. 168)</li> <li>■ Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023</li> <li>■ Karta Ottawska (Ottawa Charter) uchwalona w 1986 roku, WHO</li> <li>■ Szczegółowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska</li> <li>■ Wieloletni Ramowy Program Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska</li> </ul>

Źródło: opracowanie własne

Na poziomie krajowym pojawiły się odwołania do nowych dokumentów. Sprecyzowano również, do jakich celów strategicznych nawiązują propozycje zamieszczone w Programie.

Odwołania te są trafne, wynikają z adekwatnego mapowania powiązań pomiędzy polityką promocji i ochrony zdrowia na szczeblu lokalnym a bardziej ogólnymi ramami polityki społecznej budowanej na poziomie centralnym.

Jeśli chodzi o dokumenty ze szczebla lokalnego, korespondencja również zawiera odniesienia do konkretnych celów polityki społecznej. Należy jednak podkreślić, że dokument Gdańsk 2030 Plus Strategia Rozwoju Miasta został zmieniony w 2022 roku, co czyni zamieszczone w Programie odwołania nieaktualnymi. W przypadku Strategii Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030 prawdopodobna jest aktualizacja dokumentu, co również przełoży się na mniejszą przystawalność wyzwań strategicznych.

W przypadku dokumentów innego typu nie określono konkretnych sposobów powiązań. Wszystkie wskazane dokumenty strategiczne w istotny sposób mogą stanowić punkt odniesienia do tworzenia polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia. W przypadku Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023 oraz Programu Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska powiązania między poszczególnymi dokumentami są bardzo silne. Widać to także na poziomie operacyjnym – realizacji działań, które mają charakter horyzontalny i nie są merytorycznie przypisane tylko do jednego programu branżowego.

## Struktura i charakterystyka Programu

Struktura Programów pomiędzy edycjami jest formalnie zróżnicowana. Gdański Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 zawiera jako części składowe: (1) Program profilaktyczny zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat, (2) Program zdrowotny w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży oraz (3) Program szczepień przeciwko grypie. Z Programu wynikała też realizacja dwóch programów polityki zdrowotnej: (1) Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2025 oraz (2) Programu profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021<sup>2</sup>.

W Programie na lata 2021-2025 uwzględniono jako części składowe wszystkie miejskie programy polityki zdrowotnej oraz zestaw programów promocji zdrowia. Są to:

---

<sup>2</sup> Ten program w praktyce nie został uruchomiony w czasie, na jaki został zaplanowany.

- 1) Program polityki zdrowotnej „Program profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska na lata 2019-2021”,
- 2) Program polityki zdrowotnej „Zaszczep się przeciwko grypie, a będziesz cieszył się jesienią życia. Program na lata 2020 – 2025”, Uchwała Nr XXVI/687/20/RMG z dnia 27 sierpnia 2020 r.,
- 3) Program w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” i „18+ dla Zdrowia”,
- 4) Program polityki zdrowotnej „Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska” oraz
- 5) 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.
- 6) Programy promocji zdrowia realizowane przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień.

W znacznej mierze niezmiennie pozostały cel główny oraz cele szczegółowe Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym. Celem głównym nadal jest ustalone w dokumencie obowiązującym za okres 2017-2020 wydłużenie życia mieszkanki i mieszkańców Gdańska w zdrowiu oraz ograniczenie skali zachorowań na choroby cywilizacyjne. Program zawiera również cztery cele szczegółowe przypisane do poszczególnych obszarów.

Zmiany w zapisach celu głównego i celów szczegółowych mają charakter redakcyjny. Istotna zmiana dotyczy zapisów dla obszaru Koordynacja (Cel szczegółowy 4). W edycji Programu na lata 2021-2025 nie zamieszczono bezpośredniego odwołania do działania zespołu koordynującego działania i prace realizatorów. Taką modyfikację można interpretować jako odpowiedź na spadek realnej aktywności Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, która w okresie objętym ewaluacją nie odbywała spotkań i nie prowadziła działań o charakterze merytorycznym.

W dokumencie programowym zapisano, że za koordynację aktywności programowych odpowiadać będzie Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku, a program realizowany będzie w szerokiej koalicji jednostek miejskich, organizacji pozarządowych, podmiotów leczniczych, lokalnego środowiska naukowego, Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego oraz innych podmiotów.

**Tabela 2.** Cele szczegółowe oraz kierunki działań zdefiniowane w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025

Obszar	Cel szczegółowy	Konkretyzacja celu
I. Profilaktyka	<b>Cel szczegółowy nr 1</b> Zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń	<i>Minimalizacja skutków bądź zapobieganie czynnikom chorobotwórczym przez unikanie czynników ryzyka, wykonywanie systematycznych badań i szybkie reagowanie w przypadku wystąpienia niepokojących objawów</i>
II. Promocja zdrowia	<b>Cel szczegółowy nr 2</b> Wzrost wiedzy oraz 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 również daje możliwość nabycia kompetencji niezbędnych do odpowiedzialnego uczestnictwa w życiu społecznym</i>
III. Edukacja zdrowotna	<b>Cel szczegółowy nr 3</b> Rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach	<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	<b>Cel szczegółowy nr 4</b> Podniesienie efektywności i skuteczności programu przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym	<i>Zapewnienie promocji, właściwego procesu wdrażania, monitorowania i ewaluacji programu w celu świadczenia usług na najwyższym poziomie oraz dostosowywanie oferty do potrzeb zdrowia publicznego w Gdańsku; programowanie priorytetów, działań na kolejne lata oraz dbanie o integrację z innymi interwencjami publicznymi, w tym szczególnie finansowanymi przez Gminę Miasta Gdańska</i>

Źródło: opracowanie własne



Między edycjami Programu na lata 2017-2020 i 2021-2025 nieznacznie zmodyfikowano zakres diagnozy. Wśród nowych elementów pojawiły się: (1) niepłodność, (2) profilaktyka chorób zakaźnych oraz (3) działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami. Zrezygnowano natomiast z zamieszczenia informacji na temat: (1) zdrowia matki i dziecka we wczesnym okresie jego życia oraz (2) syntezy wyników kontroli NIK. Zmienił się też zakres informacji o powiązaniu Programu z innymi programami realizowanymi w skali Miasta.

Należy natomiast zauważyć, że o ile zakres diagnozy jest kompleksowy, a ona sama oparta o wartościowe dane, układ diagnozy jest mało przejrzysty i może utrudniać wyciąganie wniosków o realnych uwarunkowaniach realizacji polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia na szczeblu lokalnym.

**Tabela 3.** Kategorie, w których zaprezentowane zostały wnioski z diagnozy przeprowadzonej na potrzeby opracowania Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2021-2025

Lp.	Cel szczegółowy
1.	Demografia
2.	Choroby cywilizacyjne
3.	Choroba próchnicowa u dzieci
4.	Niepłodność
5.	Profilaktyka chorób zakaźnych
6.	Polityka Unii Europejskiej
7.	Ewaluacja programu promocji zdrowia i przeciwdziałania wybranym chorobom społecznym w gdańsku na lata 2017-2020
8.	Ochrona zdrowia
9.	Program Operacyjny Zdrowie Publiczne i Sport
10.	Pomoc społeczna
11.	Gdański Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2016-2023
12.	Działania na rzecz osób z niepełnosprawnościami
13.	Programy Profilaktyki i Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Przeciwdziałania Narkomanii dla Gminy Miasta Gdańska
14.	Demografia
15.	Choroby cywilizacyjne

Źródło: opracowanie własne

Uzasadnienie konieczności realizacji Programu na lata 2021-2025 jest analogiczne do tego sformułowanego we wcześniejszej wersji dokumentu. Z zestawienia usunięto jedynie kwestię gwarancji zabezpieczenia odpowiednich środków w budżecie. Wskazano natomiast na:

- 1) podniesienie poziomu jakości życia mieszkank i mieszkańców Gdańska,
- 2) potrzebę identyfikacji głównych problemów i zagrożeń zdrowotnych, oceny zasobów możliwych do zaangażowania w ich rozwiązywanie oraz konieczność 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, zgodnie z obowiązującymi dokumentami strategicznymi oraz
- 5) obowiązek realizacji zadań własnych Gminy i Powiatu w zakresie promocji i ochrony zdrowia.

Program profilaktyki zakażeń wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV) na terenie Gminy Miasta Gdańska kierowany jest do dziewcząt i chłopców w wieku 12-14 lat. Realizacja Programu została przedłużona do 2025 roku. Działanie programowe nie było jednak realizowane w okresie objętym ewaluacją. Powodem tego stanu rzeczy była niedostępność na polskim rynku szczepionki Gardasil. Po długim okresie oczekiwania realizacja Programu rozpoczęła się w 2022 roku.

Program szczepień przeciwko grypie na lata 2020-2025 pod nazwą „Zaszczep się przeciwko grypie, a będziesz cieszył się jesienią życia” jest kontynuacją wcześniej realizowanych działań w oparciu o nowy program polityki zdrowotnej przygotowany w 2020 roku. Jego założenia są analogiczne do Programu w jego wcześniejszych odsłonach. Adresatami działań są mieszkanki i mieszkańcy Gdańska, którzy ukończyli 65. rok życia.

Programy w zakresie prewencji i wczesnego wykrywania chorób cywilizacyjnych u dzieci i młodzieży „6-10-14 dla Zdrowia” i „18+ dla Zdrowia” są sukcesywnie realizowane przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne. Ich celem jest zmiana stylu życia uczestników Programów mająca na celu zmniejszenie częstotliwości występowania otyłości w populacji dzieci i młodzieży. W ramach Programu prowadzona jest systematyczna, pogłębiona analiza zbieranych danych, która pozwala na ocenę skuteczności podejmowanych interwencji.

Program wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska realizowany będzie do roku 2025. Zawiera trzy moduły: (1) medyczny, (2) psychologiczny i (3) edukacyjny i stanowi ważny element miejskiej oferty w obszarze promocji i ochrony zdrowia kierowanej do mieszkanki i mieszkańców Miasta. W 2022 roku zapadła decyzja o wznowieniu realizacji modułu edukacyjnego, którego koordynatorem będzie Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom.

Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy dotyczy prewencji cukrzycy typu 2. Grupą odbiorców w Programie są osoby od 35. do 64. roku życia. Jego celem jest identyfikacja osób ze stanem przedcukrzycowym i chorujących bezobjawowo. Uczestnicy przechodzą badania przesiewowe i zdobywają kompetencje w celu eliminacji błędnych nawyków żywieniowych. Podejmują również aktywność fizyczną w ramach walki z nadwagą lub otyłością.

## Charakterystyka realizacji Programów

W ramach charakterystyki realizacji Programów analizowano sposób realizacji przedsięwzięć wchodzących w jego skład. W ramach tego działania przygotowano syntetyczne podsumowanie poszczególnych projektów. Ma ono na celu przede wszystkim zobrazowanie skali zmian w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym wraz z upływem lat. Równocześnie przedstawiona została ocena realizacji celów w ramach poszczególnych zadań kierunkowych. W trzeciej części rozdziału scharakteryzowane zostały szczegóły realizacji zadań, z uwzględnieniem skali podjętych działań.

Całość analizy prowadzona jest z uwzględnieniem różnicowań ze względu na lata. Porównania nie dotyczą jedynie zmian między 2020 a 2021 rokiem, ale pomiędzy wszystkimi latami, kiedy Program był realizowany. Szerszy ogląd, możliwy dzięki zestawianiu danych, pozwala zrozumieć logikę zmian w ramach Programu, w tym przede wszystkim zrozumieć realny wpływ pandemii COVID-19 na skalę realizacji zadań w okresie objętym ewaluacją.

### Syntetyczne podsumowanie działań prowadzonych w ramach Programów

W Tabeli 4 znajduje się zestawienie Programów realizowanych w latach 2017-2021 w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym. Jest ono zbliżone do tego prezentowanego w raporcie ewaluacyjnym przygotowanym w 2020 roku. Wiele programów szczegółowych realizowanych jest dorocznie, co sprawia, że stabilność układu merytorycznego w ramach Programu jest duża.

Z zebranych danych wynika, że doszło jednak do niewielkiego spadku dynamiki realizacji Programu, jeśli mierzyć ją liczbą realizowanych przedsięwzięć. Najwyższa była ona w 2019 roku (23), po czym spadła w kolejnych latach odpowiednio do 20 i do 17. Głównym powodem zmiany jest wygasanie aktywności w ramach części Programów. Nie towarzyszy jej natomiast tak samo nasilona dynamika pojawiania się nowych elementów w ofercie.

W stosunku do zestawienia za lata 2017-2019 dodane zostały dwie pozycje: Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy (rozpoczęty formalnie jeszcze w 2019 roku, czego nie uwzględniała wcześniej przeprowadzona ewaluacja) oraz Ekstra Fan / Ekstra Fanka. W przypadku obu Programów nie była też analizowana ich sprawozdawczość pod kątem wydatkowania środków.

Program Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole stał się integralną częścią Programu 6-10-14 dla Zdrowia. Coroczny udział w Obchodach Światowego Dnia AIDS to z kolei działania bezkosztowe. Realizowane były też działania w placówkach oświatowych w ramach Programu Profilaktyki Czerniaka w oparciu o materiały opracowane przez Studenckie Koło Naukowe Onkoma przy Klinice Gastroenterologii Onkologicznej Centrum Onkologii w Warszawie.

**Tabela 4.** Rok realizacji poszczególnych Programów w okresie objętym ewaluacją

Lp.	Program	Czas realizacji (rok)				
		2017	2018	2019	2020	2021
1.	6-10-14 dla Zdrowia	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
2.	18+ dla Zdrowia	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
3.	Gdańsk – Jemy Zdrowo	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
4.	Kierunek Zdrowie	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
5.	Gdańska Koperta Życia	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
6.	Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE
7.	Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
8.	Trzeci Wiek w Zdrowiu	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
9.	Zdrowy Uczeń	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
10.	Fit Klasa	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
11.	#Zdrowie	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
12.	Szczepienia przeciwko grypie	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
13.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	TAK	TAK	TAK	TAK	NIE
14.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
15.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
16.	Szkoła rodzenia – zajęcia dla kobiet ciężarnych i ich partnerów, przygotowujące do porodu	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE
17.	Wsparcie dla kobiet karmiących piersią	TAK	NIE	NIE	NIE	NIE
18.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	NIE	TAK	TAK	TAK	NIE
19.	Wsparcie psychologiczne dla osób seropozytywnych (grupa terapeutyczna, konsultacje psychologiczne, turnus)	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
20.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
21.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
22.	Kampania informacyjna nt. chorób cywilizacyjnych TAK warto żyć!	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE
23.	Szkolenia z zakresu pierwszej pomocy	NIE	NIE	TAK	NIE	NIE
24.	Gdański Program Profilaktyki Cukrzycy	NIE	NIE	TAK	TAK	TAK
25.	Ekstra Fan / Ekstra Fanka	NIE	TAK	TAK	TAK	TAK
<b>RAZEM</b>		<b>16</b>	<b>18</b>	<b>23</b>	<b>21</b>	<b>18</b>

Źródło: opracowanie własne

Z uwagi na analogiczny rozkład Programów w ramach Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na potrzeby niniejszej ewaluacji nie była prowadzona analiza powiązania poszczególnych zadań z konkretnymi celami Programu. Nie

uległy one bowiem zmianie na przestrzeni lat. W strukturze Programu dominują projekty z zakresu edukacji zdrowotnej.

Interesujących danych dostarcza natomiast analiza budżetów poszczególnych Programów i skali ich realizacji. Należy na początku zaznaczyć, że w przypadku części projektów (przede wszystkim tych realizowanych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Uzależnieniom) kwota realizacji zadań jest szacunkowa. Wynika to z faktu, że poszczególne Programy uwzględniają koszty związane z funkcjonowaniem jednostki, które nie są przypisywane do poszczególnych Programów. Ponadto w zakres Programów wchodzi realizacja zadań przez różne podmioty, a skala ich efektywności może być różna.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że w latach 2017-2019 efektywność wydatkowania środków była wyższa niż w latach 2020-2021 o 17%. W przypadku 5 Programów efektywność wydatkowania środków była wyższa, a w przypadku 9 – niższa. Realny, wyraźny wzrost efektywności dojrzeć można w przypadku wsparcia psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego (wzrost o 38,4%). Efektywność wydatkowania środków w przypadku edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego, zapobiegania chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat oraz szczepień przeciwko grypie była najniższa. W każdym przypadku spadek efektywności wydatkowania środków przekraczał 50%.

Zasadniczym powodem spadku efektywności wydatkowania środków była pandemia COVID-19. Z danych wyraźnie wynika, jak pod wpływem pandemii zahamowany został, mierzony skalą finansowania zadań, proces realizacji poszczególnych przedsięwzięć. Należy też zauważyć, że stopień efektywności wydatkowania środków dodatkowo zmalał między rokiem 2020 a 2021 (z 77,4% do 72,9%), choć wpływ na to miał przede wszystkim bardzo niski wskaźnik wykonania zadania Trzeci Wiek w Zdrowiu.

Dane dotyczące efektywności wydatkowania środków w ramach Programów można także przedstawić w nieco innej formie. W poniższej tabeli znajduje się zestawienie średnich rocznych planowanych budżetów Programów. Procedura uśrednienia skali budżetowania umożliwia wygenerowanie zestawienia niezależnie od tego, czy w danym okresie w każdym roku prowadzone było dane działanie Programowe. Dane te należy czytać pod kątem tego, czy budżety poszczególnych Programów były niższe lub wyższe pomiędzy śródkresami.

**Tabela 5.** Budżet zaplanowany i zrealizowany poszczególnych zadań na przestrzeni lat – perspektywa porównawcza

Lp.	Program	2020			2021			Porównanie 2017-2019 – 2020-2021		
		Plan (zł)	Realizacja (zł)	% realizacji	Plan (zł)	Realizacja (zł)	% realizacji	Średni % realizacji 2020-2021	Średni % realizacji 2017-2019	Różnica w % realizacji między śródkresami
1.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	90000	89328	<b>99,3%</b>	150000	139064	<b>92,7%</b>	95,2%	56,8%	<b><u>38,4%</u></b>
2.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	30000	30000	<b>100%</b>	30000	30000	<b>100%</b>	100,0%	97,4%	<b>2,6%</b>
3.	Gdańska Koperta Życia	59837	59837	<b>100%</b>	62800	62800	<b>100%</b>	100,0%	97,9%	<b>2,1%</b>
4.	Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	22492	22492	<b>100%</b>	---	---	---	100,0%	97,9%	<b>2,1%</b>
5.	Zdrowy Uczeń	135737	135737	<b>100%</b>	142500	142500	<b>100%</b>	100,0%	99,6%	<b>0,4%</b>
6.	Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych	10000	10000	<b>100%</b>	10000	10000	<b>100%</b>	100%	100%	<b>0%</b>
7.	Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych	8000	8000	<b>100%</b>	8000	8000	<b>100%</b>			
8.	Gdańsk – Jemy Zdrowo	62017	62017	<b>100%</b>	52017	52017	<b>100%</b>	100,0%	100,0%	<b>0%</b>
9.	Kierunek Zdrowie	552500	552500	<b>100%</b>	580100	580100	<b>100%</b>	100,0%	100,0%	<b>0%</b>
10.	#Zdrowie – Podaj Dalej	29717	29717	<b>100%</b>	---	---	---	100,0%	100,0%	<b>0%</b>
11.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	695000	569531	<b>81,9%</b>	1500000	1082950	<b>72,2%</b>	75,3%	83,6%	<b>-8,3%</b>
12.	Fit Klasa	122334	122334	<b>100%</b>	110000	70000	<b>63,6%</b>	82,8%	100,0%	<b>-17,2%</b>
13.	6-10-14 dla Zdrowia	750000	510707	<b>68,1%</b>	800000	540000	<b>67,5%</b>	67,8%	86,1%	<b>-18,3%</b>
14.	18+ dla Zdrowia	250000	121889	<b>48,8%</b>	250000	106692	<b>42,7%</b>	45,7%	77,4%	<b>-31,7%</b>
15.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	10000	4322	<b>43,2%</b>	10000	7233	<b>72,3%</b>	57,8%	99,1%	<b>-41,3%</b>
16.	Trzeci Wiek w Zdrowiu	229410	229410	<b>100%</b>	230000	30000	<b>13%</b>	56,5%	98,7%	<b>-42,2%</b>
17.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	79885	23205	<b>29%</b>	---	---	---	29,0%	84,9%	<b>-55,9%</b>
18.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	35020	4000	<b>11,4%</b>	---	---	---	11,4%	76,5%	<b>-65,1%</b>
19.	Szczepienia przeciwko grypie	196693	22926	<b>11,7%</b>	30061	30061	<b>100%</b>	23,4%	90,2%	<b>-66,8%</b>
<b>RAZEM</b>		<b>3368642</b>	<b>2607951</b>	<b>77,4%</b>	<b>3965478</b>	<b>2891418</b>	<b>72,9%</b>	<b>74,7%</b>	<b>91,7%</b>	<b>-17%</b>

Źródło: opracowanie własne

Warto mieć na uwadze fakt, że różnice w wartościach procentowych są czułe na wielkości budżetów. W tym sensie wielokrotnie większe pod kątem wartości bezwzględnej przeznaczonych dodatkowo środków między latami w przypadku leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego (wzrost o 264 167 zł) znajduje się w zestawieniu niż wzrost dla Programu #Zdrowie – Podaj Dalej (wzrost o 15 617 zł). W tabeli znajdują się również kwoty w zł, co pozwala bliżej przeanalizować dane także pod tym kątem.

Poza Programem #Zdrowie – Podaj Dalej największe wzrosty procentowe alokowanych środków odnotowano w przypadku wsparcia psychologiczne w zakresie zdrowia

prokreacyjnego (wzrost o 120,8%) oraz Fit Klasy (wzrost o 78,7%). Wyraźnie mniejsze były za to budżety takich Programów jak Zdrowy Uczeń (spadek o 39,7%), Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora (spadek o 46%) oraz Gdańsk – Jemy Zdrowo (spadek o 49,4%).

Tabela 6. Średni roczny planowany budżet Programów i dynamika wzrostu / spadku – perspektywa porównawcza

Lp.	Program	Średni planowany budżet 2020-2021 (zł)	Średni planowany budżet 2017-2019 (zł)	Różnica w wysokości średniego planowanego budżetu rocznego między śródkresami (zł)	Różnica w średnim rocznym % planowanego budżetu między śródkresami
1.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	120000	54350	65650	<b>120,8%</b>
2.	#Zdrowie – Podaj Dalej	29717	14100	15617	<b>110,8%</b>
3.	Fit Klasa	116167	65000	51167	<b>78,7%</b>
4.	Gdańska Koperta Życia	61318,5	40333	20985,5	<b>52%</b>
5.	18+ dla Zdrowia	250000	180200	69800	<b>38,7%</b>
6.	Trzeci Wiek w Zdrowiu	229705	165910	63795	<b>38,5%</b>
7.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	1097500	833333	264167	<b>31,7%</b>
8.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	10000	8333	1667	<b>20%</b>
9.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	30000	28000	2000	<b>7,1%</b>
10.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	35020	33353	1667	<b>5%</b>
11.	6-10-14 dla Zdrowia	775000	750000	25000	<b>3,3%</b>
12.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	79885	79885	0	<b>0%</b>
13.	Kierunek Zdrowie	566300	660605	-94305	<b>-14,3%</b>
14.	Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych	18000	22858	-4858	<b>-21,3%</b>
15.	Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych	113377	159396	-46019	<b>-28,9%</b>
16.	Szczepienia przeciwko grypie	139118,5	230897	-91778,5	<b>-39,7%</b>
17.	Zdrowy Uczeń	22492	41667	-19175	<b>-46%</b>
18.	Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	57017	112625	-55608	<b>-49,4%</b>
19.	Gdańsk – Jemy Zdrowo	3750617	3480845	269772	<b>17,1%</b>
	<b>RAZEM</b>	<b>3750617</b>	<b>3480845</b>	<b>269772</b>	<b>17,1%</b>

Źródło: opracowanie własne

Inną perspektywą na skalę realizacji zadań ukazuje analiza średnich rocznych budżetów i ich dynamiki w odniesieniu do realnie wydatkowanych środków. Na tym przykładzie dobrze widać, że zwiększona średnioroczna alokacja między okresami 2017-2019 i 2020-2021 na dane działanie nie przekłada się bezpośrednio na jej lepsze wykorzystanie. Widać to na przykładzie zapobiegania chorobie próchnicowej – spadek wydatkowanych środków średnio rok do roku wyniósł w tym przypadku aż 84,3%. Bardzo niska była też skala wydatkowania w przypadku szczepień przeciwko grypie (spadek o 81,8% w porównaniu śródkresów). Zdecydowanie najwyższa dynamika wzrostu przypada na wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego. Wydatkowanie środków na to działanie wzrosło ponad dwukrotnie pomiędzy śródkresami, uwzględniając w porównaniu średnie roczne wydatki w ramach zadania.

Tabela 7. Średni roczny realizowany budżet Programów i dynamika wzrostu / spadku – perspektywa porównawcza

Lp.	Program	Średni zrealizowany budżet 2020-2021	Średni zrealizowany budżet 2017-2019	Różnica w wysokości średniego zrealizowanego budżetu rocznego między śródkresami	Różnica w średnim rocznym % zrealizowanego budżetu między śródkresami
1.	Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	114196	34685	79511	<b><u>229,2%</u></b>
2.	#Zdrowie – Podaj Dalej	29717	14100	15617	<b><u>110,8%</u></b>
3.	Gdańska Koperta Życia	61319	39801	21518	<b><u>54,1%</u></b>
4.	Fit Klasa	96167	65000	31167	<b><u>48%</u></b>
5.	Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	30000	27287	2713	<b><u>9,9%</u></b>
6.	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	826241	752415	73826	<b><u>9,8%</u></b>
7.	Kierunek Zdrowie	566300	660605	-94305	<b><u>-14,3%</u></b>
8.	18+ dla Zdrowia	114291	137697	-23406	<b><u>-17%</u></b>
9.	6-10-14 dla Zdrowia	525353	645818	-120465	<b><u>-18,7%</u></b>
10.	Trzeci Wiek w Zdrowiu	129705	163243	-33538	<b><u>-20,5%</u></b>
11.	Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	5777	8268	-2491	<b><u>-30,1%</u></b>
12.	Zdrowy Uczeń	139119	229951	-90833	<b><u>-39,5%</u></b>
13.	Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	22492	40862	-18370	<b><u>-45%</u></b>
14.	Gdańsk – Jemy Zdrowo	57017	112625	-55608	<b><u>-49,4%</u></b>
15.	Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	23205	54104	-30899	<b><u>-57,1%</u></b>
16.	Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych	9000	22466	-13466	<b><u>-59,9%</u></b>
17.	Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych	9000	22466	-13466	<b><u>-59,9%</u></b>
18.	Szczepienia przeciwko grypie	26494	145415	-118921	<b><u>-81,8%</u></b>
19.	Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	4000	25517	-21517	<b><u>-84,3%</u></b>
	<b>RAZEM</b>	<b>2780391,3</b>	<b>3179859,0</b>	<b>-399467,7</b>	<b><u>-55,8%</u></b>

Źródło: opracowanie własne

## Ocena realizacji celów

W Tabeli 8 znalazło się szczegółowe zestawienie realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025. Z uwagi na specyficzny charakter porównania – ostatni rok realizacji Programu na lata 2017-2020 i pierwszy rok realizacji na lata 2021-2025 – analiza była prowadzona przede wszystkim pod kątem weryfikacji w jakim zakresie zmieniły się zadania przypisane do poszczególnych celów. Zrezygnowano z oznaczania, które zadania były realizowane w ramach Programu, a które poza jego obrębem. Wiele zadań określonych jako nierealizowane w ramach Programu (w pomiarze za lata 2017-2020) zostało usuniętych w jego nowej odsłonie.

Struktura Programu została wyraźnie uproszczona, z korzyścią dla możliwości weryfikacji skali osiągnięcia celów programowych. Zadania są określone w sposób ogólny, dając możliwość różnego programowania strategii realizacji Programu. Na trudność w monitorowaniu przebiegu realizacji Programu wpływa różnorodny i wieloraki charakter działań podejmowanych przez realizatorów. Znajduje to odzwierciedlenie w przygotowywanej sprawozdawczości. Warto też



mieć na względzie fakt, że ocena oddziaływań realizowanych w ramach Programu powinna być odroczone w czasie ze względu na specyfikę działań z obszaru promocji i ochrony zdrowia.

**Tabela 8.** Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

ZADANIE	2017-2020	2021-2025	2017-2020	2021-2025
<b>CEL SZCZEGÓŁOWY NR 1</b>				
<b>PROFILAKTYKA</b>				
1.1. Wspieranie projektów badań przesiewowych dotyczących wykrywania behawioralnych czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych wśród różnych grup wiekowych	TAK	TAK	Zadanie nie było realizowane w populacji osób 30-65 lat. Ograniczona liczba badań wśród seniorów. Brak profilaktyki onkologicznej.	W 2021 roku realizowano Program Profilaktyki Czerniaka dla dzieci i młodzieży na podstawie materiałów SKN ONKOMA.
1.2. Realizacja lub wsparcie interwencji zdrowotnych ukierunkowanych na redukcję czynników ryzyka rozwoju chorób cywilizacyjnych w różnych grupach wiekowych	TAK	TAK	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+.	Znacząco spadła dynamika realizacji programu szczepień przeciwko grypie w stosunku do wcześniejszego okresu, natomiast dostęp do szczepionki dla pacjentów był szerszy z uwagi na Program wdrożony na szczeblu centralnym.
1.3. Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii społecznych promujących profilaktykę chorób zakaźnych	TAK	TAK	Zadanie realizowane. Prowadzono kampanię szczepień przeciwko grypie. Prowadzono kampanię informacyjno-edukacyjną nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową.	
1.4. Inicjowanie lub wspieranie zintegrowanej profilaktyki próchnicy u dzieci	TAK	TAK	Zadanie realizowane w ramach rozpisanego konkursu.	Zadanie realizowane, ale na znacznie mniejszą skalę niż w okresie 2017-2019.
1.5. Wsparcie osób z problemem otyłości poprzez tworzenie zespołów terapeutycznych, zapewniających profesjonalną pomoc dietetyczną, psychologiczną i medyczną	TAK	NIE	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 wspieranie zintegrowanej profilaktyki próchnicy u dzieci	TAK	NIE	Zadanie realizowane w ramach rozpisanego konkursu.	
1.7. Realizacja badań przesiewowych dotyczących wczesnego wykrywania chorób jamy ustnej	TAK	NIE	Zadanie realizowane w ramach rozpisanego konkursu.	
1.8. Wsparcie lub podejmowanie działań dotyczących tworzenia systemu zintegrowanej opieki zdrowotnej i telemedycyny, w szczególności dla osób starszych niepełnosprawnych oraz niesamodzielnych	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	

**Tabela 8. C.d..** Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

1.9. Realizacja programów szczepień przeciwko wybranym chorobom zakaźnym.	NIE	TAK		Nie realizowano programów szczepień z wyjątkiem grypy.
1.10. Zakup sprzętu medycznego oraz rozwój infrastruktury służącej profilaktyce zdrowia.	NIE	TAK		Zadanie realizowane. Nowy element w polityce Miasta w obszarze promocji i ochrony zdrowia.
<b>CEL SZCZEGÓŁOWY NR 2</b>				
<b>PROMOCJA ZDROWIA</b>				
2.1. Realizacja lub wsparcie projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących promocji zdrowia, kierowanych do różnych grup odbiorców	TAK	TAK	Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień.	
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	TAK	TAK	Zadanie realizowane w ramach wielu projektów.	
<b>PROMOCJA ZDROWEGO ODŻYWIANIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ</b>				
2.3. Wspieranie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze edukacji żywieniowej	TAK	NIE	Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.	
2.4. Promowanie inicjatyw dotyczących prawidłowego żywienia noworodka	TAK	NIE	Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018.	
2.5. Zapewnienie dostępności do profesjonalnej pomocy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych	TAK	NIE	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	TAK	NIE	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	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	
2.8. Zapewnianie dostępności do obiektów sportowych i zajęć polegających na aktywności fizycznej	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	

**Tabela 8. C.d..** Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

2.9. Promocja zdrowego żywienia, właściwych zachowań żywieniowych, kierowana do różnych grup odbiorców.	NIE	TAK		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień.
2.10. Promocja aktywności fizycznej jako czynnika pozytywnie wpływające na zdrowie	NIE	TAK		Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień.
<b>PROMOCJA ZDROWEGO I AKTYWNEGO STARZENIA SIĘ</b>				
2.11. Wspieranie aktywności osób starszych	TAK	TAK	Zadanie realizowane na poziomie promowania aktywności. Brak projektu ściśle odnoszącego się do problemu aktywności fizycznej osób starszych.	Analizując aktywność jako szeroką kategorię należy podkreślić, że w ramach Programu są realizowane tego rodzaju przedsięwzięcia (np. Trzeci Wiek w Zdrowiu). W okresie pandemii udział seniorów w projektach był niski.
2.12. Tworzenie przyjaznej seniorom przestrzeni publicznej, z uwzględnieniem potrzeb osób niepełnosprawnych	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	
2.13. Wspieranie koordynacji opieki nad osobami starszymi we współpracy z jednostkami organizacyjnymi pomocy społecznej	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	
2.14. Wsparcie lub realizacja projektów informacyjno-edukacyjnych dotyczących procesu starzenia się organizmu i metod utrzymywania sprawności psychofizycznej w wieku podeszłym	TAK	TAK	Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień. W okresie pandemii udział seniorów w projektach był niski.	
2.15. Popularyzacja wiedzy w zakresie specyficznych potrzeb i uwarunkowań dietetycznych w grupie seniorów (w tym zapobieganie utracie masy ciała i chorobom metabolicznym)	TAK	NIE	Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia.	
2.16. Wsparcie lub prowadzenie działań ukierunkowanych na jak najdłuższą aktywność społeczną, zawodową i rodzinną osób starszych	TAK	TAK	Zadanie realizowane, szczególnie w projektach prowadzonych przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień. W okresie pandemii udział seniorów w projektach był niski.	
2.17. Wsparcie organizacji usług i ośrodków geriatrycznych lub wprowadzania elementów geriatry do praktyki lekarzy i pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej	TAK	NIE	Zadanie nie było realizowane.	
2.18. Wsparcie lub realizacja projektów i kampanii zapobiegania urazom, szczególnie u osób starszych, w tym profilaktyka osteoporozy	TAK	TAK	Zadanie nie było realizowane.	Zadanie nie było realizowane.

**Tabela 8. C.d..** Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

CEL SZCZEGÓŁOWY NR 3				
EDUKACJA ZDROWOTNA				
3.1.Wsparcie akcji informacyjnych zmierzających do wzrostu świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień ochronnych	TAK	NIE	Zadanie realizowane w ramach programu szczepień przeciwko grypie.	
3.2.Realizacja lub wsparcie projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących przestrzegania zaleceń terapeutycznych	TAK	NIE	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	TAK	NIE	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	TAK	TAK	Zadanie realizowane w ramach różnych projektów.	
3.5.Realizacja lub wsparcie projektów edukacyjnych i kampanii dotyczących zakażeń przenoszonych drogą płciową	TAK	TAK	Zadanie realizowane w edukacji i profilaktyce HIV/AIDS i w edukacji w zakresie zdrowia prokreacyjnego.	Analogiczna realizacja do okresu 2017-2019. Niska skuteczność dotarcia i przerwanie modułu edukacyjnego w zakresie zdrowia prokreacyjnego.
3.6.Realizacja projektów edukacyjnych kierowanych do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących zdrowia seksualnego człowieka	TAK	NIE	Zadanie realizowane od 2018 roku.	
3.7.Realizacja lub wsparcie projektów edukacyjnych z zakresu higieny życia kobiet ciężarnych oraz promujących karmienie piersią	TAK	NIE	Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzesano realizacji od roku 2018.	
3.8.Realizacja projektów edukacyjnych dotyczących higieny osobistej, kierowanych w szczególności do dzieci	TAK	TAK	Zadanie realizowane tylko w odniesieniu do higieny jamy ustnej.	Działania 3.8. i 3.9. zostały złączone w jedno działanie w Programie na lata 2021-2025. Niski poziom realizacji usługi w okresie objętym ewaluacją.
3.9.Realizacja projektów i kampanii edukacyjnych dotyczących przeciwdziałania chorobom jamy ustnej	TAK		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	TAK	TAK	Zadanie realizowane wśród grupy docelowej.	

**Tabela 8. C.d..** Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

KOMPETENCJE ZDROWOTNE				
3.11. Podejmowanie działań podnoszących świadomość istoty odpowiedzialności za stan własnego zdrowia	TAK	NIE	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	TAK	NIE	Zadanie realizowano tylko w programie skierowanym do seniorów.	
3.13. Prowadzenie kampanii upowszechniającej aktualną wiedzę w zakresie karmienia piersią	TAK	NIE	Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018.	
3.14. Zapewnienie dostępności do profesjonalnej pomocy w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych.	TAK	NIE	Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018	
3.15. Realizacja bądź wsparcie działań dotyczących przygotowania rodziców do porodu i opieki nad dzieckiem we wczesnym okresie życia	TAK	NIE	Zadanie realizowane w roku 2017. Zaprzestano realizacji od roku 2018.	
3.16. Wsparcie akcji informacyjnych zmierzających do wzrostu świadomości dotyczącej korzyści wynikających ze szczepień ochronnych (2021: Prowadzenie i wspieranie kampanii edukacyjnych dotyczących pozytywnych zachowań prozdrowotnych, w tym szczepień ochronnych)	TAK	TAK	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	TAK	NIE	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	TAK	NIE	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	TAK	NIE	Zadanie realizowane w programie poświęconym zapobieganiu choroby próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat.	

**Tabela 8. C.d..** Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

3.20.Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska medycznego w zakresie przeciwdziałania nadużywaniu leków i suplementów diety przez pacjentów	TAK	NIE	Zadanie nie było realizowane.	
3.21.Realizacja lub wsparcie programów i warsztatów edukacyjnych dotyczących zasad udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, kierowanych do różnych grup odbiorców	TAK	TAK	Zadanie realizowane w 2019 roku.	Po 2019 roku zadanie nie było realizowane.
3.22.Realizacja lub wsparcie działań sprzyjających poprawie zdrowia prokreacyjnego	TAK	TAK	Zadanie realizowane w ramach Programu wsparcia prokreacji dla mieszkańców Gdańska w latach 2017-2020.	Działania były realizowane, natomiast moduł edukacyjny miał słabą dynamikę realizacji, a w 2021 nie był prowadzony.
3.23.Realizacja bądź wsparcie projektów edukacyjnych kierowanych do młodzieży szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych dotyczących zdrowia seksualnego człowieka oraz pełnienia odpowiednich ról w rodzinie	TAK	NIE	Zadanie realizowane od 2018 roku.	
3.24.Realizacja i wsparcie działań podnoszących kwalifikacje środowiska szkolnego w obszarze promocji zdrowia wśród dzieci, młodzieży i ich rodzin oraz opiekunów (2021: w tym edukacji żywieniowej)	TAK	TAK	Zadanie realizowane w ramach wielu programów.	
3.25.Działania wspierające funkcjonowanie osób żyjących z HIV/AIDS, ich rodzin i bliskich	TAK	TAK	Zadanie realizowane w ramach programu profilaktyki HIV/AIDS oraz wsparcia psychologicznego dla osób seropozytywnych.	
<b>CEL SZCZEGÓŁOWY NR 4</b>				
<b>KOORDYNACJA</b>				
4.1.Powołanie Zespołu Wdrożeniowego, koordynującego realizację GPPZiPChC	TAK	NIE	Zadanie nie było realizowane.	
4.2.Współpraca z Gdańską Radą Zdrowia Publicznego (od 2021: oraz innymi radami i ciałami o charakterze konsultacyjno-doradczym)	TAK	TAK Razem z 4.5.	Zadanie realizowane. W okresie objętym ewaluacją dochodziło do regularnych spotkań Rady.	Rada w praktyce nie spotykała się i nie podejmowała działań merytorycznych. Koordynacja prac nie odbywała się też w innej systematycznej formule.
4.3.Zapewnienie obsługi merytorycznej programu, poprawa kompetencji kadr, zlecenie ekspertyz lub analiz	TAK	NIE	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	TAK	TAK	Zadanie realizowane, ale nie w sposób systematyczny.	

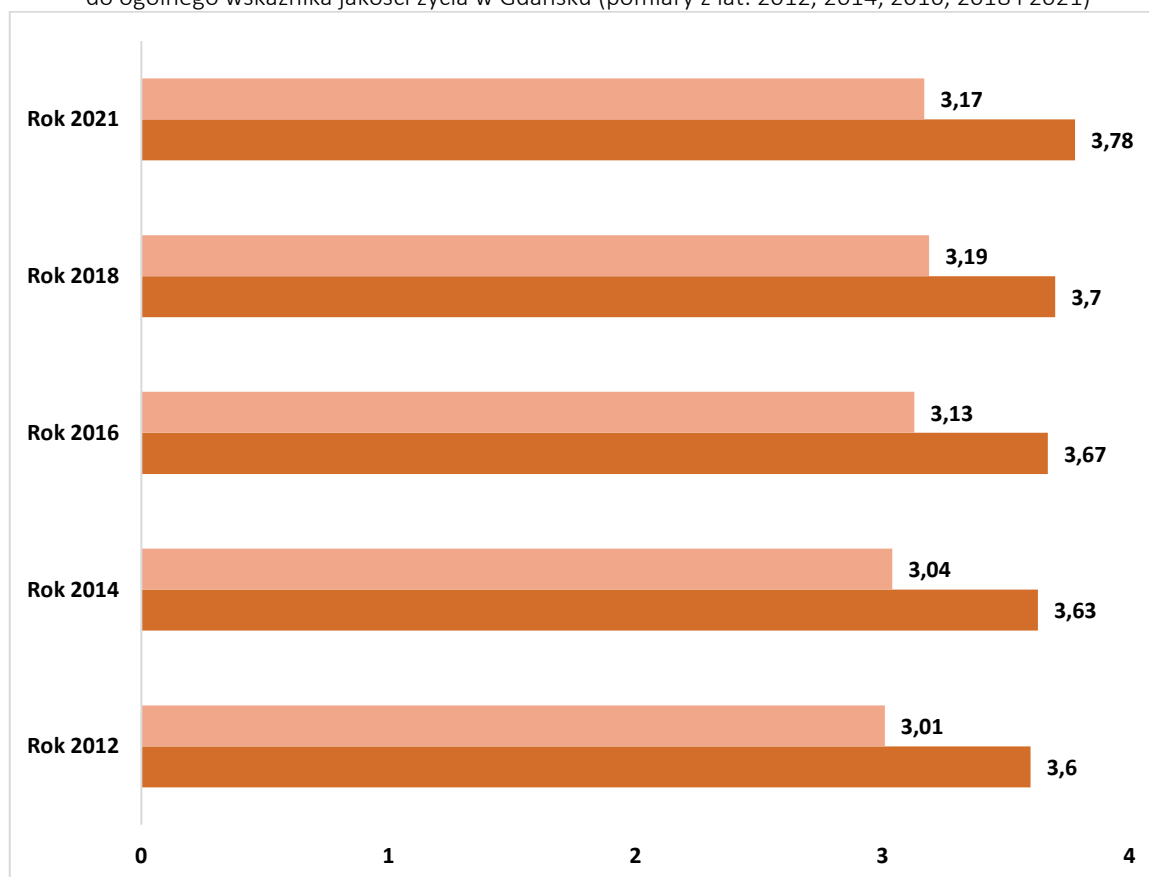
Tabela 8. C.d.. Komentarz do realizacji celów zapisanych w Gdańskim Programie Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym na lata 2017-2020 i 2021-2025 – analiza porównawcza

4.5.Współpraca z radami i ciałami o charakterze konsultacyjno-doradczym	TAK	TAK Razem z 4.2.	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.	Brak realnych działań w tym obszarze w latach 2020-2021.
4.6.Organizowanie konferencji, seminariów, szkoleń, spotkań przedstawicieli podmiotów działających w obszarze zdrowia publicznego	TAK	TAK	Zadanie nie było realizowane.	
4.7.Badanie skuteczności realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym przez realizację programów pilotażowych // 2021: Prowadzenie monitoringu i ewaluacji działań podejmowanych w ramach Programu, realizacja programów pilotażowych, analiz w zakresie bieżących potrzeb w obszarze zdrowia publicznego.	TAK	TAK	Zadanie realizowane częściowo. Badanie skuteczności realizacji projektów prowadzą realizatorzy, ale w niesystematycznej formie. Różna jest jakość diagnozy i monitoringu.	Zmodyfikowane brzmienie zadania. Uwagi bez zmian w stosunku do opisu za lata 2017-2019.
4.8.Prowadzenie analiz w zakresie bieżących potrzeb w obszarze ochrony zdrowia publicznego	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	
4.9.Wsparcie działań naukowo-badawczych dotyczących problemu zdrowia publicznego	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	
4.10.Wsparcie kompetencji kadrowych, wsparcie finansowe i organizacyjne podmiotów (w tym organizacji pozarządowych) działających w obszarze zdrowia publicznego	TAK	NIE	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	TAK	NIE	Zadanie systematycznie realizowane przez cały okres objęty ewaluacją.	
4.12.Inicjowanie i wspieranie utworzenia bazy rekomendowanych programów edukacyjnych i profilaktycznych	TAK	NIE	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	TAK	NIE	Zadanie realizowane poza objętymi ewaluacją Programami.	
4.14. Wsparcie podmiotów leczniczych w realizacji ich zadań statutowych oraz kadry medycznej	NIE	TAK	---	Zadanie realizowane poprzez dostarczanie sprzętu na cele działań podmiotów leczniczych przez Miasto Gdańsk.

Źródło: opracowanie własne

Kontekst dla oceny realizacji celów ewaluacji stanowią wnioski z regularnie prowadzonych pomiarów zadowolenia z poziomu zdrowia i ochrony zdrowia wśród mieszkanki i mieszkańców Gdańska. Z badań jakości życia wynika, że ocena zadowolenia z poziomu zdrowia i usług medycznych / ochrony zdrowia nieznacznie zmalała między 2018 a 2021 rokiem. Jednocześnie ogólny poziom jakości życia wzrósł. Między rokiem 2012 a 2018 dynamika wzrostu ocen w obszarze poziomu zdrowia i usług medycznych była większa niż w przypadku ogólnego wskaźnika jakości życia. Różnica między wartościami średnimi na skali 1-6, gdzie „1” oznacza ocenę najgorszą, a „6” – ocenę najlepszą, wzrosła z 0,51 punktu do 0,59 punktu. Jednocześnie obszar zadowolenia z poziomu zdrowia i usług medycznych oraz ochrony zdrowia w 2021 roku jest jednym z dwóch ocenionych przez mieszkanki i mieszkańców Gdańska niżej niż w pomiarze z 2018 roku. Drugim takim obszarem jest zadowolenie z funkcjonowania SKM i PKP. W przypadku 13 pozostałych składowych poziom zadowolenia między 2018 a 2021 rokiem wzrósł.

**Wykres 1.** Średnia ocena zadowolenia z poziomu zdrowia i usług medycznych / ochrony zdrowia w porównaniu do ogólnego wskaźnika jakości życia w Gdańsku (pomiar z lat: 2012, 2014, 2016, 2018 i 2021)



Źródło: opracowanie własne

W Programie na lata 2021-2025 do celów szczegółowych przypisany został zestaw wskaźników (od 3 do 7 w zależności od celu). Wskaźniki mają zróżnicowany charakter i pozwalają na



gromadzenie danych o wielowymiarowym kontekście promocji i ochrony zdrowia oraz o specyfice świadczenia usług. Wskaźniki zostały wpisane do Programu w czytelny sposób, ale w znacznej części ich wartości nie są na bieżąco monitorowane. Dotyczy to przede wszystkim wskaźników medycznych, np. liczby osób w danej grupie wiekowej leczących się z powodu określonej choroby. Sposób budowy wskaźników należy jednak ocenić jako właściwy i bardziej adekwatny niż w Programie na lata 2017-2020.

Warto byłoby zbudować pomysł na gromadzenie danych umożliwiających weryfikację osiągnięcia wszystkich wskaźników. W Tabeli 9 znajduje się zestawienie wskaźników przypisanych do celów wraz z komentarzem, który dla części wskaźników zawiera prezentację danych. Wartość wskaźników powinna być monitorowana w kolejnych latach realizacji Programu. Należy jednak przemyśleć, czemu ma w praktyce posłużyć zbieranie tego rodzaju danych i w jakim celu Koordynator chce móc z nich skorzystać. Nie zostało to w jasny sposób określone w dokumencie programowym.

**Tabela 9.** Zestawienie wskaźników przypisanych do celów szczegółowych w Programie na lata 2021-2025

Cel szczegółowy	Nazwa wskaźnika	Komentarz
Zmniejszenie ryzyka występowania schorzeń	1.a. Liczba mieszkańców w grupie wiekowej 40-60 lat leczących się z powodu chorób układu krążenia w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców	2014: 138,4 // 2015: 135,9 // 2016: 134,8 // 2017: 123,9 Nie są dostępne nowsze dane. Źródło: Raport z realizacji Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport 2020.
	1.b. Liczba mieszkańców w grupie wiekowej 40-60 lat leczących się z powodu chorób nowotworowych w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców	2014: 25,6 // 2015: 24,6 // 2016: 25,7 // 2017: 25 Nie są dostępne nowsze dane. Źródło: Raport z realizacji Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport 2020.
	1.c. Liczba mieszkańców w grupie wiekowej 40-60 lat leczących się z powodu cukrzycy typu II w przeliczeniu na tysiąc mieszkańców	2014: 22,4 // 2015: 22,5 // 2016: 22,4 // 2017: 21,7 Nie są dostępne nowsze dane. Źródło: Raport z realizacji Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport 2020.
	1.d. Ocena zadowolenia beneficjentów z dostępności usług świadczonych w ramach Programu	Zbierane są dane dotyczące ogólnej dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Wartość wskaźnika może być jednak myląca, ponieważ respondenci mogą nie znać pełnego zakresu zadań Miasta. 2022: 27,2% // 2020: 45% (spadek o 17,8 p.p.) Źródło: badanie ewaluacyjne (2022).
	1.e. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zleczanych z zakresu niniejszego programu	Dane te gromadzone są osobno dla poszczególnych Programów, także w rozróżnieniu na realizatorów. Nie ma ustalonych zasad monitoringu kluczowych wskaźników.

Tabela 9. C.d.. Zestawienie wskaźników przypisanych do celów szczegółowych w Programie na lata 2021-2025

	1.f. Rodzaj i wartość zakupionego sprzętu medycznego na rzecz podmiotów leczniczych	Miasto Gdańsk wspiera podmioty lecznicze od 2018 roku. W 2020 roku zakupiono sprzęt o wartości 1,39 mln zł. W 2021 roku przekazano dotację o wartości 1 mln zł (środki trafiły do 3 podmiotów). W 2020 roku zakupiono 29 sztuk aparatury i sprzętu medycznego ze środków miejskich.
	1.g. Zwiększanie się liczby ogólnodostępnych defibrylatorów miejskich oraz liczba osób szkolonych w ich obsłudze i udzielaniu pierwszej pomocy	Na koniec 2020 r. było łącznie 47 ogólnodostępnych defibrylatorów w przestrzeni Miasta (bez zmian w stosunku do 2019 r.). Wzrost liczby defibrylatorów w pojazdach komunikacji miejskiej (do 149 – wzrost o 78 urządzeń).  Źródło: Raport z realizacji Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport 2020.
Wzrost wiedzy oraz umiejętności w zakresie wpływu stylu życia i warunków środowiskowych na zdrowie, w tym promocja zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej	2.a. Odsetek mieszkańców podejmujących odpowiednią dla zachowania zdrowia aktywność fizyczną.	2018: 59,3% // 2016: 76,5% (spadek o 17,2 p.p.)  Nie są dostępne nowsze dane.  Źródło: Raport z realizacji Programu Operacyjnego Zdrowie Publiczne i Sport 2020.
	2.b. Odsetek mieszkańców z prawidłową masą ciała.	2021: 45,3% // 2018: 53,2% (spadek o 7,9 p.p.)  Źródło: Gdańsk w Liczbach.
	2.c. Odsetek osób po 60. roku życia aktywnych społecznie, zawodowo i rodzinie.	Wskaźnik jest zbyt ogólny, żeby można było podać konkretne wartości. Brak badań społecznych dedykowanych grupie osób po 60. roku życia, które pozwoliłyby lokalnie mapować tę kwestię.
	2.d. Odsetek mieszkańców pozytywnie oceniających swój stan zdrowia.	Odsetek odpowiedzi „raczej dobrze” i „zdecydowanie dobrze” na pytanie o aktualną ocenę stanu zdrowia.  2022: 65,7% // 2020: 81,5% (spadek o 15,8%)  Źródło: badanie ewaluacyjne (2022).
	2.e. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zleczanych z zakresu niniejszego programu.	Dane te gromadzone są osobno dla poszczególnych Programów, także w rozróżnieniu na realizatorów. Nie ma ustalonych zasad monitoringu kluczowych wskaźników.
Rozwój kompetencji zdrowotnych na wszystkich etapach życia i we wszystkich pełnionych rolach (zdrowa matka, zdrowe dziecko, zdrowy człowiek w wieku produkcyjnym, zdrowy senior)	3.a. Odsetek mieszkańców Gdańska wysoko oceniających swoją wiedzę na temat zdrowego stylu życia.	Analizowane były wartości średnie deklarowanego poziomu wiedzy na skali 1-5 (od najniższej do najwyższej oceny).  2022: 3,87 // 2020: 3,99 (spadek oceny o 0,12 punktu)  Źródło: badanie ewaluacyjne (2022).
	3.b. Odsetek mieszkańców niepalących papierosów i e-papierosów.	2021: 75,3% // 2018: 69,1% (wzrost o 6,2 p.p.)  Źródło: Gdańsk w Liczbach.
	3.c. Odsetek mieszkańców korzystających z badań przesiewowych.	Brak systemowego monitoringu w tym obszarze.
	3.d. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zleczanych z zakresu niniejszego programu.	Brak systemowego monitoringu w tym obszarze.

**Tabela 9. C.d..** Zestawienie wskaźników przypisanych do celów szczegółowych w Programie na lata 2021-2025

Podniesienie efektywności i skuteczności programu promocji zdrowia i przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym	4.a. Odsetek beneficjentów pozytywnie oceniających jakość usług świadczonych w ramach Programu.	Zbierane są dane dotyczące ogólnej jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Wartość wskaźnika może być jednak myląca, ponieważ respondenci mogą nie znać pełnego zakresu zadań Miasta.  2022: 36,6% // 2020: 54,9% (spadek o 18,3 p.p.)  Źródło: badanie ewaluacyjne (2022).
	4.b. Powierzchnia miejskich lokali użytkowych, wynajmowana/użyczana podmiotom leczniczym na warunkach preferencyjnych, z przeznaczeniem na placówki lecznicze.	2017-2022: 46 475,36 m <sup>2</sup>  Źródło: Gdańskie Nieruchomości (2022)
	4.c. Odpowiednie wskaźniki z realizowanych PPZ i innych zadań zleczanych z zakresu niniejszego programu.	Dane te gromadzone są osobno dla poszczególnych Programów, także w rozróżnieniu na realizatorów. W dalszej części tekstu zaprezentowane są dane głównie dotyczące dostępności usług w podziale na typy / zadania.

Źródło: opracowanie własne

## Szczegóły realizacji zadań

Z analizy sprawozdawczości poszczególnych przedsięwzięć realizowanych w ramach Programu możliwe jest syntetyczne przedstawienie skali osiągniętych w ich ramach efektów. Wprawdzie sprawozdawczość nie zawsze jest porównywalna pomiędzy poszczególnymi programami szczegółowymi, a w sprawozdaniach w różny sposób definiuje się cele i wskaźniki rezultatu, warto przeanalizować te dane.

Interesujące jest zestawienie przebiegu Programów w poszczególnych latach ich realizacji – od 2017 do 2021 roku lub w podziale na okresy 2017-2019 i 2020-2021, czyli zgodnie z podziałem lat podlegających ewaluacji. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że zestawienia dla lat czy śródk okresów mogą być mylące z uwagi na zróżnicowany sposób prowadzenia sprawozdawczości.

O ile w raporcie ewaluacyjnym za okres 2017-2019 Programy były charakteryzowane ogólnie, także pod kątem ich założeń, przede wszystkim celu głównego i celów szczegółowych, w nowej wersji ewaluacji analizie poddawane były przede wszystkim informacje dotyczące skali realizacji zadania i osiągnięcia założonych wskaźników. Dla zapewnienia większej czytelności wyników prezentowane są również jedynie wybrane dane. Dodatkową informacją we wszystkich tabelach jest także ogólny komentarz dotyczący specyfiki realizacji Programu.

Z przeprowadzonej analizy wyraźnie wynika, że w przypadku wielu Programów okres pandemiczny (lata 2020-2021) oznaczał wyhamowanie dynamiki realizacji zadań i spadki skali świadczenia usług. Szczególnie słabe rezultaty osiągnęto w roku 2020, czyli w pierwszej fazie pandemii, kiedy nieprzygotowany był model alternatywnych sposobów realizacji zadania. Część realizatorów świadomie zrezygnowała z prób prowadzenia projektów w okresie pandemicznym z uwagi na ich specyfikę, podczas gdy inni szukali rozwiązań mających na celu zapewnienie wysokiej skali realizacji mimo istniejących trudności. Niekiedy szukano rozwiązań polegających na oferowaniu uczestnictwa w modelu online, co spotykało się z różną reakcją beneficjentów w zależności od konkretnego Programu.

**Tabela 10.** Charakterystyka Programu 6-10-14 dla Zdrowia

6-10-14 dla Zdrowia	
<b>Realizator</b>	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
<b>Grupa docelowa</b>	Dzieci i młodzież
<b>Ogólne założenia</b>	Poprawa stanu zdrowia dzieci i młodzieży, prowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno-zdrowotnej, tworzenie warunków sprzyjających właściwym nawykom żywieniowym oraz aktywności fizycznej.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym</b>	7500 rocznie
<b>Zrealizowana liczba dzieci objętych badaniem przesiewowym</b>	2018: 5753 // 2019: 5990 // 2020: 2127 // 2021: 4016
<b>% skuteczności</b>	2018: 77% // 2019: 80% // 2020: 28% // 2021: 54%
<b>Komentarz</b>	Wyraźny spadek skuteczności realizacji działań w związku z pandemią. Szczególnie widoczny jest spadek w roku 2020 (o ponad 50 p.p. względem roku 2019). Między 2020 a 2021 rokiem doszło natomiast do wzrostu poziomu realizacji zadania, ale wskaźnik nadal był wyraźnie niższy niż założony (70% realizacji w roku).

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 11.** Charakterystyka Programu 18+ dla Zdrowia

18+ dla Zdrowia	
<b>Realizator</b>	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
<b>Grupa docelowa</b>	Młodzież w wieku 17,5-18,5 lat
<b>Ogólne założenia</b>	Identyfikacja zagrożeń dla zdrowia nastolatków wchodzących w dorosłość. Wskazanie możliwych do wdrożenia zmian w obszarze zachowań zdrowotnych młodych ludzi.
<b>Lata realizacji</b>	2018-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2018: 140 // 2019: 3000 // 2020: 4000 // 2021: 4000
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2018: 114 // 2019: 785 // 2020: 293 // 2021: 453

<b>% skuteczności</b>	2018: 81% // 2019: 30% // 2020: 30% // 2021: 11%
-----------------------	--

**Tabela 11. C.d..** Charakterystyka Programu 18+ dla Zdrowia

<b>Komentarz</b>	Wyraźny spadek skuteczności realizacji działań – z 81% w 2018 roku na 11% w 2021 roku. Niskie odsetki nie są jednak efektem bardzo niskiego udziału liczebnego uczestników, ale podnoszeniem progu zamierzonego uczestnictwa przez realizatora. Główną przyczyną niskiego poziomu realizacji wskaźnika były obostrzenia pandemiczne
------------------	---

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 12.** Charakterystyka Programu Gdańsk – Jemy Zdrowo

<b>Gdańsk – Jemy Zdrowo</b>	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Dzieci i młodzież oraz ich rodzice i opiekunowie
<b>Ogólne założenia</b>	Poprawa jakości żywienia dzieci i młodzieży na terenie gdańskich placówek oświatowych. Poprawa jakości komunikacji dotyczącej żywienia dzieci w przedszkolach i szkołach pomiędzy placówkami a rodzicami i opiekunami.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Przebieg programu w latach 2020-2021</b>	Odsetek placówek oświatowych wykorzystujących narzędzie informatyczne „Gdańsk Jemy Zdrowo” spadł z 75% w 2020 roku do 57% w 2021 roku. Prowadzono audyty dietetyczne placówek oświatowych, kampanię społeczną promującą aplikację mobilną oraz monitoring wprowadzania jadłospisów do systemu.
<b>Komentarz</b>	Zmiana sposobu sprawozdawczości uniemożliwia zestawienie danych. Program uznawany za merytorycznie wartościowy. Sygnalizowano potrzebę wsparcia dla szkół i rodziców w zakresie wsparcia żywieniowego, szczególnie wśród uczniów o specjalnych potrzebach w tym względzie. Na dynamikę rozwoju Programu negatywnie wpłynęła pandemia COVID-19.

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 13.** Charakterystyka Programu Kierunek Zdrowie

<b>Kierunek Zdrowie</b>	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Dzieci w wieku 6 lat oraz ich rodzice i opiekunowie
<b>Ogólne założenia</b>	Promocja zdrowego stylu życia oraz ocena stanu zdrowia, rozwoju psychofizycznego i identyfikacja zagrożeń dla zdrowia dziecka sześciolatniego ze wszystkich szkół podstawowych i przedszkoli miasta Gdańska.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2500 rocznie
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 2156 // 2018: 2231 // 2019: 2076 // 2020: 778 // 2021: 1686
<b>Komentarz</b>	Wyraźny spadek skuteczności realizacji działań w latach 2020-2021. W 2020 roku w Programie wzięło udział 37,5% wszystkich uczestników z roku 2019. Widać natomiast „odbicie” między rokiem 2020 a 2021. Doszło tu do ponad

	dwukrotnego wzrostu wartości grupy docelowej, ale jest ona niższa niż w punkcie wyjścia w roku 2017 (i dwóch latach późniejszych).
--	--

Źródło: opracowanie własne

Tabela 14. Charakterystyka Programu Gdańska Koperta Życia

Gdańska Koperta Życia	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Wszystkie osoby mieszkające w Gdańsku, w szczególności seniorzy, osoby mieszkające samotnie, osoby niepełnosprawne, chorujące przewlekłe, podopieczni domów pomocy społecznej
<b>Ogólne założenia</b>	Zmiana postaw społecznych dotyczących odpowiedzialności za własne zdrowie. Promocja prawidłowego gromadzenia i przechowywania dokumentacji medycznej i informacji o zdrowiu. Promocja Gdańskiej Koperty Życia w lokalnym środowisku medycznym oraz współpraca z ratownictwem medycznym.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Skala dystrybucji kopert</b>	2017: 2300 // 2018: 4830 // 2019: 5500 // 2020: 3000 // 2021: 3800
<b>Liczba planowanych modułów edukacyjnych</b>	2018: 20 // 2019: 30 // 2020: 30 // 2021: 31
<b>Liczba wykonanych modułów edukacyjnych</b>	2018: 30 // 2019: 30 // 2020: 10 // 2021: 30
<b>% skuteczności</b>	2018: 150% // 2019: 100% // 2020: 33% // 2021: 97%
<b>Komentarz</b>	Wyraźny spadek skuteczności realizacji działań w latach 2020-2021. Dotyczy on przede wszystkim pierwszego z dwóch lat pandemicznych. W 2020 roku niska była skuteczność realizacji modułu edukacyjnego, ale już rok później wskaźnik ten wrócił do poziomu zbliżonego do 100%. W przypadku dystrybucji kopert w obu latach skala ta była słabsza niż w latach 2018-2019.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 15. Charakterystyka Programu Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora

Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Osoby powyżej 65. roku życia
<b>Ogólne założenia</b>	Umacnianie potencjału zdrowotnego gdańskich seniorów poprzez promocję zdrowego stylu.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2020
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 600 // 2018: 600 // 2019: 600 // 2020: 600
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 1311 // 2018: 1636 // 2019: 1444 // 2020: 352
<b>% skuteczności</b>	2017: 219% // 2018: 273% // 2019: 241% // 2020: 59%
<b>Komentarz</b>	Do czasu startu pandemii projektu cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem seniorów, a skala skuteczności realizacji zadania przekraczała 200% w każdym roku. W roku pandemicznym liczba seniorów, która skorzystała z oferty, spadła o prawie 76%. Pomimo podjętych prób zmiany formuły spotkań z

	bezpośrednich na online środowisko senioralne nie wyraziło gotowości na edukację w formie online. Od 2021 roku Program realizowany jest w ramach Akademii Zdrowego Życia.
--	---

Źródło: opracowanie własne

Tabela 16. Charakterystyka Programu Trzeci Wiek w Zdrowiu

Trzeci Wiek w Zdrowiu	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Seniorzy
<b>Ogólne założenia</b>	Zmiana profilu zdrowotnego na zdrowy styl życia. Zwiększenie wiedzy dotyczącej procesu starzenia się organizmu oraz edukacja w zakresie metod utrzymywania sprawności psychofizycznej.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 240 // 2018: 240 // 2019: 240 // 2020: 250 // 2021: 250
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 272 // 2018: 235 // 2019: 289 // 2020: 82 // 2021: 20
<b>% skuteczności</b>	2017: 113% // 2018: 98% // 2019: 120% // 2020: 33% // 2021: 8%
<b>Komentarz</b>	Wyraźnie zauważalny jest spadek dynamiki realizacji programu. W tym przypadku rok 2021 jest dodatkowo wyraźnie słabszy realizacyjnie niż rok 2020. Liczba uczestników Programu z roku 2021 stanowi tylko 7% tych, którzy brali udział w Programie w rekordowym roku 2019. Ze względu na sytuację epidemiologiczną zaprzestano przyjmowania seniorów do udziału w Programie. Okresy wznawiania realizacji Programu były uzależnione od wytycznych Głównego Inspektoratu Sanitarnego i sytuacji w danej placówce oświatowej.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 17. Charakterystyka Programu Zdrowy Uczni

Zdrowy Uczni	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Uczniowie klas III-V szkół podstawowych
<b>Ogólne założenia</b>	Przygotowanie indywidualnego planu postępowania prozdrowotnego obejmującego określenie zachowań dotyczących zdrowego stylu życia.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 2500 // 2018: 2500 // 2019: 2500 // 2020: 2300 // 2021: 5000
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 2506 // 2018: 2443 // 2019: 2072 // 2020: 875 // 2021: 2338
<b>% skuteczności</b>	2017: 100% // 2018: 98% // 2019: 83% // 2020: 38% // 2021: 47%
<b>Komentarz</b>	Dynamika Programu wyraźnie osłabła w roku 2020, natomiast już rok później zrealizowana liczba grupy docelowej była większa niż w roku 2019. Mimo to w sprawozdaniu zasygnalizowano, że ze względu na sytuację epidemiczną skala realizacji Programu była utrudniona (zawieszono jego realizację). Okresy wznawiania realizacji Programu były uzależnione od wytycznych Głównego Inspektoratu Sanitarnego i sytuacji w danej placówce oświatowej.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 18. Charakterystyka Programu Fit Klasa

Fit Klasa	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Uczniowie klas 0-3
<b>Ogólne założenia</b>	Zmiana dotycząca zajęć gimnastyki kompensacyjno-korekcyjnej w gdańskich placówkach oświatowych (zmiana formy, objętości i intensywności aktywności). Zwiększenie u dzieci wysiłków o średniej i wysokiej intensywności, które kształtują sprawność krążeniowo-oddechową i obniżają ryzyko chorób sercowo-naczyniowych.
<b>Lata realizacji</b>	2019-2021
<b>Planowana liczba dzieci uczestniczących w zajęciach</b>	2019 (pilotaż): 1871; od 2020 roku zajęcia realizowane we wszystkich placówkach edukacyjnych na terenie Gdańska: 2020: 12500 // 2021: 13000
<b>Zrealizowana liczba dzieci uczestniczących w zajęciach</b>	2019 (pilotaż): 1757; od 2020 roku liczba zgód rodziców przekracza 95% (ok. 12 tys. uczniów klas 0-3)
<b>Komentarz</b>	Po udanym pilotażu Program wdrożono na masową skalę. Nauczyciele przeszli szkolenia metodyczne. Zajęcia mogły być realizowane w trybie zdalnym. Poziom zadowolenia dzieci z uczestnictwa w zajęciach jest bardzo wysoki, co stanowi wskazanie za kontynuacją Programu w kolejnych latach.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 19. Charakterystyka Programu #Zdrowie – Podaj Dalej

#Zdrowie – Podaj Dalej	
<b>Realizator</b>	Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień
<b>Grupa docelowa</b>	Młodzież w wieku 17,5-18,5 lat
<b>Ogólne założenia</b>	Zwiększenie poziomu osobistej odpowiedzialności za zdrowie, w tym podniesienie poziomu wiedzy o organizacji systemu ochrony zdrowia w Polsce i prawach pacjentów. Zwiększenie umiejętności pozyskiwania wiarygodnych treści dotyczących zdrowia i kompetencji w zakresie postępowania na wypadek konieczności wezwania pogotowia ratunkowego.
<b>Lata realizacji</b>	2019-2021
<b>Miernik</b>	Wyniki ankiety ewaluacyjnej
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2019: 700 // 2020: 2400 // 2021: 2000
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2019: 782 // 2020: 1100 // 2021: 1375
<b>% skuteczności</b>	2019: 117% // 2020: 46% // 2021: 69%
<b>Komentarz</b>	Liczba uczestników Programu wzrastała pomiędzy latami realizacji. Należy natomiast podkreślić, że w roku 2019 Program miał charakter pilotażowy,



	a założenia realizacji na kolejny rok były ponad trzykrotnie większe. Między 2019 a 2020 rokiem odsetek skuteczności wyraźnie spadł, aby w kolejnym porównaniu r/r zauważalnie wzrosnąć (o 23 p.p.)
--	---

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 20.** Charakterystyka Programu Szczepienia przeciwko grypie

Szczepienia przeciwko grypie	
<b>Realizator</b>	Gdańskie podmioty lecznicze wybrane w konkursie (2020: 3 // 2021: 1)
<b>Grupa docelowa</b>	Mieszkańki i mieszkańcy Gdańska, które ukończyły 65. roku życia i więcej
<b>Ogólne założenia</b>	Prowadzenie działań edukacyjno-informacyjnych na temat zdrowego stylu życia. Edukacja w zakresie znaczenia szczepień i zagrożeń wynikających z braku szczepień ochronnych. Realizacja programu szczepień.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Zrealizowana liczba szczepień</b>	2017: 2951 // 2018: 3868 // 2019: 3841 // 2020: 475 // 2021: 500
<b>Komentarz</b>	Wyraźny spadek dynamiki szczepień w latach 2020-2021 względem wcześniejszego okresu realizacji. Odnotowano ośmiokrotny spadek wskaźnika między 2019 a 2020 rokiem. Niski poziom realizacji utrzymał się również w 2021 roku, co wynikało między innymi ze spadku liczby podmiotów realizujących zadanie.

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 21.** Charakterystyka Programu Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat

Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	
<b>Realizator</b>	2 podmioty z terenu Miasta Gdańska (2020: 2)
<b>Grupa docelowa</b>	Dzieci w wieku 1-6 lat
<b>Ogólne założenia</b>	Kontakt ze stomatologiem i oswojenie dziecka z gabinetem stomatologicznym. Nauka współpracy dziecka z lekarzem stomatologiem. Przegląd uzębienia i fluoryzacja zębów.
<b>Lata realizacji</b>	2018-2020
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2018: 1500 // 2019: 1500 // 2020: 1500
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2018: 187 // 2019: 1194 // 2020: 159
<b>Komentarz</b>	Bardzo niska skuteczność realizacji Programu w 2020 roku. Brak realizacji w 2021 roku. Przemyślenia wymaga formuła realizacji zadania i możliwość pozyskania realizatorów. Sygnały o niskim poziomie skuteczności realizacji Programu pojawiały się już na etapie ewaluacji przeprowadzonej za lata 2017-2019.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 22. Charakterystyka Programu Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego

Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	
<b>Realizator</b>	3 podmioty – kliniki leczenia niepłodności (2020: 3 // 2021: 2)
<b>Grupa docelowa</b>	Mieszkancki i mieszkańcy Gdańska doświadczający problemu niepłodności
<b>Ogólne założenia</b>	Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Liczba urodzeń</b>	2017-2018: 73 // 2019: 111 // 2020: 127 // 2021: 146
<b>Komentarz</b>	Program wyróżniający się, jeśli chodzi o trend związany ze skalą działań. Sukcesywny wzrost liczby urodzeń od początku trwania Programu. Wzrosty są systematyczne pomiędzy latami. Między okresem 2017-2018 a 2021 rokiem doszło do dwukrotnego wzrostu liczby urodzeń w efekcie udziału beneficjentów w Programie.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 23. Charakterystyka Programu Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego

Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego	
<b>Realizator</b>	2 podmioty z terenu Miasta Gdańska (2020: 2 // 2021: 1)
<b>Grupa docelowa</b>	Mieszkancki i mieszkańcy Gdańska doświadczający problemu niepłodności
<b>Ogólne założenia</b>	Zwiększenie dostępu dla mieszkańców Gdańska do opieki psychologicznej. Prewencja kryzysów psychicznych związanych ze stresem długotrwałego doświadczania niepowodzeń prokreacyjnych. Poprawa jakości życia par z utrudnioną prokreacją
<b>Lata realizacji</b>	2018-2021
<b>Planowana liczba osób objętych wsparciem</b>	2019: 390 // 2020: 390 // 2021: 572
<b>Liczba osób objętych wsparciem</b>	2019: 63 // 2020: 92 // 2021: 125
<b>Liczba godzin konsultacji</b>	2019: 323 // 2020: 634 // 2021: 880
<b>Komentarz</b>	W 2018 prowadzone były działania promocyjne. Pomiedzy latami 2019-2021 widać wyraźny wzrost dynamiki Programu, mimo że w 2021 roku zadanie realizował tylko jeden podmiot. Wzrost dynamiki działań koresponduje z rosnącą liczbą uczestników Programu leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 24. Charakterystyka Programu Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego

Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	
<b>Realizator</b>	Psyche&Soma&Polis Firma Szkoleniowo-Doradcza Anna Michalska
<b>Grupa docelowa</b>	Uczniowie i uczennice pierwszych klas szkół ponadpodstawowych oraz rodzice uczniów i uczennic z niepełnosprawnościami
<b>Ogólne założenia</b>	Zwiększenie świadomości z zakresu seksualności, edukacji seksualnej, zdrowia prokreacyjnego oraz profilaktyki przemocy. Podniesienie poziomu wiedzy wśród uczniów i uczennic gdańskich szkół ponadpodstawowych z zakresu edukacji seksualnej. Promowanie zachowań prozdrowotnych młodzieży gdańskich szkół w zakresie zdrowia prokreacyjnego.
<b>Lata realizacji</b>	2018-2020
<b>Planowana liczba odbiorców działań profilaktycznych</b>	2018: 0 // 2019: 2000 // 2020: 2000
<b>Liczba odbiorców działań profilaktycznych</b>	2018: 0 // 2019: 451 // 2020: 384
<b>Komentarz</b>	W roku 2020 zakres działań profilaktycznych w ramach Programu był ponad trzykrotnie większy niż w 2019 roku. Jednocześnie z uwagi na liczne trudności logistyczne (głównie sprzeciw niewielkich grup rodziców o konserwatywnych poglądach) Program nie był kontynuowany po roku 2020. Zadanie nie zostało zrealizowane w grupie uczniów z niepełnosprawnościami.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 25. Charakterystyka Programu Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych

Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych	
<b>Realizator</b>	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
<b>Grupa docelowa</b>	Osoby powyżej 18. roku życia zakażone wirusem HIV
<b>Ogólne założenia</b>	Poprawa jakości życia osób zakażonych HIV w obliczu stygmatyzacji społecznej i zmniejszenie prawdopodobieństwa transmisji wirusa na otoczenie.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 8 // 2018: 8 // 2019: 12 // 2020: 12 // 2021: 12
<b>Liczba odbiorców działań</b>	2017: 8 // 2018: 6 // 2019: 12 // 2020: 7 // 2021: 9
<b>Komentarz</b>	Zadanie realizowane dla niewielkiej grupy beneficjentów. Wyraźne jest typowe dla wielu Programów wyhamowanie dynamiki realizacji w okresie pandemicznym. Liczba uczestników zrealizowanych spotkań spadła z 12 w 2019 roku do 7 w 2020 roku. W 2021 roku odnotowano wzrost w porównaniu z pomiarem z 2020 roku.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 26. Charakterystyka Programu Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych

Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych	
<b>Realizator</b>	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
<b>Grupa docelowa</b>	Osoby powyżej 18. roku życia zakażone wirusem HIV
<b>Ogólne założenia</b>	Poprawa jakości życia osób zakażonych HIV w obliczu stygmatyzacji społecznej i zmniejszenie prawdopodobieństwa transmisji wirusa na otoczenie.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba dyżurów psychologicznych</b>	2017: 32 // 2018: 16 // 2019: 88 // 2020: 94 // 2021: 100
<b>Zrealizowana liczba dyżurów psychologicznych</b>	2017: 32 // 2018: 16 // 2019: 88 // 2020: 94 // 2021: 100
<b>Komentarz</b>	Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych świadczone są dla grupy osób korzystającej także z innych usług w ramach Programu. Liczba zrealizowanych dyżurów psychologicznych rosła między 2019 a 2021 rokiem. Nie odnotowano w tym przypadku wpływu czynnika pandemicznego na korzystanie z oferty.

Źródło: opracowanie własne

Tabela 27. Charakterystyka Programu Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach

Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	
<b>Realizator</b>	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
<b>Grupa docelowa</b>	Młodzież szkół ponadpodstawowych
<b>Ogólne założenia</b>	Wzrost świadomości w zakresie dbania o swoje zdrowie. Wzrost wiedzy w zakresie możliwości zakażenia się HIV. Wiedza na temat ryzykownych zachowań i problematyki uzależnień. Wykształcenie bardziej pozytywnej postawy wobec osób seropozytywnych.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 1478 // 2018: 1100 // 2019: 1250 // 2020: 1300 // 2021: 1300
<b>Liczba odbiorców działań</b>	2017: 1478 // 2018: 1195 // 2019: 1433 // 2020: 1312 // 2021: 1436
<b>Komentarz</b>	Skala realizacji zadania utrzymuje się na podobnym poziomie wraz z upływem lat. Realia pandemiczne nie wpłynęły w sposób na skalę wdrożenia Programu. Część zajęć realizowanych była w formule online i w ocenie Fundacji skuteczność tego rodzaju działania była wysoka (potwierdzona prowadzonym pomiarem w ramach ewaluacji).

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 28.** Charakterystyka Programu Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową

Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	
<b>Realizator</b>	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
<b>Grupa docelowa</b>	Młodzież studencka
<b>Ogólne założenia</b>	Wzrost wiedzy i świadomości w zakresie HIV/AIDS przez zapewnienie dostępu do edukacji i informacji. Wypromowanie bezpieczniejszych zachowań seksualnych i postaw względem seksu. Zmniejszenie stygmatyzacji i dyskryminacji osób żyjących z HIV/AIDS poprzez wypromowanie postaw wolnych od lęku.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 500 // 2018: 600 // 2019: 800 // 2020: 800 // 2021: 800
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 500 // 2018: 600 // 2019: 800 // 2020: 0 // 2021: 920
<b>Komentarz</b>	Wyraźny spadek dynamiki realizacji Programu po rozpoczęciu pandemii. O ile w latach 2017-2019 zauważalna była dynamika wzrostowa, w 2020 roku zrezygnowano z realizacji, a w 2021 roku grupa docelowa studentów, do której kierowano działania informacyjno-edukacyjne, wyniosła jedynie 13% wartości osiągniętej w 2019 roku.

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 29.** Charakterystyka Programu Turnus terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób seropozytywnych i ich bliskich

Turnus terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób seropozytywnych i ich bliskich	
<b>Realizator</b>	Fundacja Pomorski Dom Nadziei
<b>Grupa docelowa</b>	Osoby powyżej 18. roku życia zakażone wirusem HIV
<b>Ogólne założenia</b>	Poprawa jakości życia osób zakażonych HIV w obliczu stygmatyzacji społecznej i zmniejszenie prawdopodobieństwa transmisji wirusa na otoczenie.
<b>Lata realizacji</b>	2017-2021
<b>Planowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 16 // 2018: 16 // 2019: 19 // 2020: 18 // 2021: 18
<b>Zrealizowana liczba grupy docelowej</b>	2017: 16 // 2018: 16 // 2019: 21 // 2020: 18 // 2021: 17
<b>Komentarz</b>	Skala realizacji działań utrzymuje się na podobnym poziomie. Wpływ na brak spadku dynamiki realizacji Programu może mieć fakt, że działania realizowane jest wśród niewielkiej grupy odbiorców, a turnusy mogły odbywać się w okresie, w którym nie obowiązywały lockdowny.

Źródło: opracowanie własne

\* \* \*

W ramach Gdańskiego Programu Profilaktyki Cukrzycy opieką edukacyjno-medyczną nad pacjentami objęto 1983 osoby (857 osób w 2020 roku i 1126 osób w 2021 roku). Szkolenie wstępne przeszły 24 osoby (9 osób w 2020 roku i 15 osób w 2021 roku). Odbyło się łącznie 1185



konsultacji indywidualnych (dietetycznych i fizjoterapeutycznych) (341 w 2020 roku i 844 w 2021 roku). Budżet Programu w 2020 roku wynosił 400 tys. zł, a w 2021 roku – 850 tys. zł (wzrost o 213%). Ponad 50% osób, dla których zakończono roczne wsparcie, cofnęło stan przedcukrzycowy.

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

Niniejszy rozdział zawiera szczegółową ocenę perspektywy wdrażania Programów w latach 2020-2021 z perspektywy ekspertów – decydentów i realizatorów zaangażowanych w działania mające na celu wzmocnienie obszaru promocji i ochrony zdrowia w skali lokalnej. Zebrany materiał powstał w oparciu o indywidualne wywiady pogłębione, a zaprezentowane wyniki skonfrontowane zostały z wynikami analogicznej części z ewaluacji za okres 2017-2019.

W celach porównawczych zachowana została zasadnicza struktura tekstu, który powstał w efekcie wcześniej zrealizowanego badania. Rozdział składa się z pięciu części. Otwiera go analiza kontekstu funkcjonowania polityki promocji i ochrony zdrowia w Polsce, stanowiąca punkt wyjścia do tworzenia warunków do działania w skali lokalnej. Następnie scharakteryzowane zostały ramy funkcjonowania Programów. W tej części pojawił się fragment dotyczący reperkusji wywołanych przez pandemię COVID-19. Kolejne składowe rozdziały dotyczą specyfiki realizacji Programu oraz usług świadczonych w jego obrębie, potrzeb i wyzwań polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia, jak również zagadnień związanych ze zbieraniem i przetwarzaniem danych, czyli kwestii diagnozy, monitoringu i ewaluacji.

### Kontekst polityki promocji i ochrony zdrowia w Polsce

Pierwszym elementem analizy w tej części raportu są wątki dotyczące kontekstu prowadzenia polityk w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Podjęta problematyka dotyczy trzech wątków: sytuacji Gdańska na tle innych ośrodków, uwarunkowań ponadlokalnej zmiany społecznej oraz charakterystyki działań strategicznych podejmowanych w Mieście.

#### **Gdańsk i inne ośrodki**

W raporcie ewaluacyjnym sporządzonym po zakończeniu analizy materiału za lata 2017-2019 znalazły się zapisy dotyczące tego, że Gdańsk jest ośrodkiem zaawansowanym, jeśli chodzi o prowadzoną politykę w zakresie promocji i ochrony zdrowia, wiodącym w skali kraju. Podkreślano, że istotne znaczenie z punktu widzenia oceny tego, jak działa lokalna polityka w badanym obszarze, ma fakt licznych zmian w wymiarze ponadlokalnym, jakich Miasto stało się udziałem. Wskazywano również, że relatywnie mocna pozycja Gdańska jako ośrodka

promocji i ochrony zdrowia wymaga dalszej pracy nad tworzeniem nowych formuł i narzędzi pracy w celu profesjonalizacji sektora.

Analizując dane pozyskane w 2022 roku można uznać, że postawione w 2020 roku, zaraz na początku pandemii, tezy o kondycji gdańskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia, są nadal w dużej mierze zasadne. Badani potwierdzają, że w ich ocenie sytuacja w Gdańsku wygląda dobrze, jeśli porówna się ją z uwarunkowaniami w innych dużych ośrodkach miejskich. Za szczególnie wartościową uznawane są ciągłość i kompleksowy charakter działań, powiązania między punktami na mapie systemu, które sprawiają, że jako całość jawi się on jako spójny i przemyślany.

Przykładem inwestycji Gdańska w obszar promocji i ochrony zdrowia są działania mające wspierać osoby zmagające się z problemem niepłodności. Dotyczy to nie tylko dofinansowania do procedury zapłodnienia pozaustrojowego, ale też wsparcia w ramach modułu psychologicznego oraz edukacyjnego, nawet jeśli ten ostatni nie był w latach objętych ewaluacją realizowany z powodzeniem.

Na pewno jest to inicjatywa bardzo potrzebna z punktu widzenia pacjentów bardzo pomocna. Liczba procedur, które Miasto Gdańsk proponuje, jest bardzo duża i praktycznie każda para zainteresowana wzięciem udziału w Programie, spełniająca kryteria udziału w Programie, może wziąć w tym Programie udział, ze względu na to, że tych procedur jest tak wiele. Patrząc na inne miasta, z którymi współpracujemy, to bardzo często sytuacja jest taka, że miejsca się bardzo szybko wykorzystują i są pacjenci, którzy chcą skorzystać z Programu, a niestety nie mogą, bo tych miejsc jest np. 5 czy 10, po prostu nie ma szans, a mieszkańcy Gdańska taką szansę mają.

W ocenie ekspertów Gdańsk jest też postrzegany jako ośrodek, który cel polityki promocji i ochrony zdrowia chce realizować we współpracy i partnerstwie. Dotyczy to zarówno współpracy w obrębie elementu polityki, jakim jest „zdrowie publiczne”, jak i w relacji obszaru zdrowia do innych aspektów istotnych w wymiarze strategicznym. Gdańsk nie działa więc, jak sugerują badani, w próżni, a przez to stanowi też matrycę dla innych samorządów, by replikować pewne rozwiązania, które okazały się skuteczne.

Być może okaże się więc, że rozwiązania gdańskie przyjęły się na innym gruncie, po pierwotnej próbie zaimplementowania ich w stolicy województwa pomorskiego. Zwraca się jednak w tym kontekście uwagę na to, że nie wszystkie rozwiązania będzie można w łatwy sposób skopiować. Jeśli projekty realizowane w Gdańsku miałyby być wdrażane w mniejszych jednostkach samorządu terytorialnego, pojawia się pytanie o możliwości finansowe udźwignięcia takich przedsięwzięć, ale też konieczność zbudowania rozwiązań logistycznych dla skutecznego przeprowadzenia takiego wdrożenia.



### Zmiana społeczna

Okres dwóch lat pomiędzy badaniami w istotny sposób wpłynął na sposób myślenia o świadczeniu usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Wprawdzie wyzwania sygnalizowane w dokumencie sporządzonym w 2020 roku nie uległy modyfikacji (konieczność prowadzenia działań interdyscyplinarnych i międzysektorowych, rosnące znaczenie tematyki zdrowia publicznego, waga działań edukacyjnych mających na celu wzmocnić świadomość znaczenia badanego problemu), ale warunki tworzenia polityk prozdrowotnych w sposób zasadniczy zmieniła najpierw pandemia i jej rozliczne, zazwyczaj negatywne, konsekwencje, jak również, choć to już wykracza formalnie poza ramy ewaluacji zaplanowanej za rok 2020 i 2021, pełnoskalowa inwazja Rosji na Ukrainę, której konsekwencją jest między innymi przybycie do Polski licznej fali uchodźców wojennych.

Ta ostatnia kwestia wymaga adekwatnej reakcji – w tej grupie znajdują się bowiem osoby dotknięte traumą wojenną, ale też prawdopodobnie w większej mierze osoby, które nie skorzystały ze szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. Jednocześnie istnieje znaczne ryzyko, że w populacji uchodźców z Ukrainy znacznie wyższy niż w Polsce będzie odsetek osób zakażonych wirusem HIV.

Doszło więc w konsekwencji wymienionych procesów do połączenia znanych wcześniej presji z nowymi wyzwaniami, na które Miastu trudno jest odpowiedzieć. Problemem w reagowaniu na zmiany wynika też z faktu, że opisane uwarunkowania mają charakter zewnętrzny względem realizowanej polityki, zazwyczaj ponadlokalny, czy wręcz globalny. W Mieście trudno jest też wdrażać zmiany systemowe, które przełożyłyby się na przykład na podniesienie jakości powietrza czy ograniczenie liczby samochodów, jakim mieszkańcy i mieszkańcy poruszają się na co dzień po drogach Gdańska.

Chodzi o wymiar tworzenia warunków, które będą sprzyjały zdrowiu i (...) na które Miasto ma tylko częściowy wpływ. One dotyczą na przykład warunków do upowszechniania kultury fizycznej czy zdrowej mobilności. (...) To się wszystko mieści w chorobach cywilizacyjnych, ale w tym aspekcie dość szerokim.

Jednym z wątków, który nie był szczegółowo rozwijany w analizie przeprowadzonej w 2020 roku, a ma duże znaczenie z punktu widzenia specyfiki świadczenia usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia, jest kwestia zróżnicowania klasowego odbiorców (ich dostępu do zasobów, posiadanych kompetencji itp.). Ma ona duże znaczenie z punktu widzenia motywacji do interesowania się własnym zdrowiem i korzystania z projektowanych dla mieszkańców usług. Ekspertki stawiają pytanie o to, do kogo w rzeczywistości trafia miejska oferta, tj. jakim kapitałem społecznym dysponują osoby, które (nie) korzystają z usług oferowanych im przez lokalny samorząd.

Trzeba patrzeć na te Programy nie w perspektywie takiej, że one komukolwiek coś dają, tylko że one są narzędziem wyrównywania nierówności. Możemy zaoferować szczepienia na przykład tym, którzy sami finansowo sobie nie mogą na to pozwolić, więc takie Programy, które Gdańsk oferuje, wydaje mi się, że mają potencjał wyrównywania nierówności. Nie wiem, czy przy rekrutacji jest stosowane kryterium dochodowe, być może warto byłoby je rozważyć, bo te programy zdrowotne są też częścią polityki socjalnej, czyli wsparcia osób, które na pewne rzeczy nie mogą sobie pozwolić. Być może nie ma sensu osobom dobrze sytuowanym finansować szczepienia czy procedury in vitro, ale jako ten element wyrównywania tych nierówności, wsparcia osób o niskim statusie społeczno-ekonomicznym. Wtedy tak. Z tego, co wiem, to chyba nie ma tego w tych Programach tak sprecyzowanego. Nie wiem, czy jest to możliwe na gruncie prawnym, ale wydaje mi się, że to by było zasadne.

Osoby, które nie mają pieniędzy, nawet jeżeli doświadczają niepłodności, to pozostają bez żadnego wsparcia. (...) Sytuacja finansowa jest czynnikiem, który dzieli. I to jest to trochę takie niebezpieczne, no bo jak sobie pomyślimy w ogóle o kwestii promocji zdrowia, no to zdrowie stało się chyba jeszcze wyraźniej u nas po '89 roku, po transformacji takim kluczowym tematem. I o zdrowie dbają ci, którzy mają pieniądze.

### Działania strategiczne

Badani zgadzają się, że zasadnicze ramy polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia powinny być kontynuowane. To z tego powodu podjęto decyzję, by Program obowiązujący w latach 2021-2025 stanowił odtworzenie wcześniej obowiązujących wytycznych strategicznych, po nieznacznym ich zmodyfikowaniu. Modyfikacje dotyczą jednak przede wszystkim łączenia bądź usuwania zadań, co w ocenie badanych było właściwym krokiem, podobnie jak zmniejszenie liczby obszarów wymagających monitoringu.

Rozmówcy podkreślają, powtarzając w dużej mierze głos z 2020 roku, że realizowana polityka musi mieć systemowy, horyzontalny charakter, a Program powinien stanowić jasne uszczegółowienie wytycznych zawartych w dokumentach wyższego rzędu. Nacisk nadal powinien być położony na prowadzenie różnych formuł działań profilaktycznych, a od strony zarządzania i koordynacji bazować na współpracy i regułach partnerstwa.

W ocenie ekspertów zachowanie przyjętych założeń strategicznych zdefiniowanych w Programie rozpisany na lata 2017-2020 pozwala na elastyczne planowanie polityki. Wytyczne kierunkowe mają bowiem ogólny charakter i nie stanowią bariery do tego, by Miasto próbowało odpowiedzieć na nowo pojawiające się wyzwania, które trudno było przewidzieć na etapie opracowywania koncepcji programowej.

W takich działaniach, jak działania populacyjne na rzecz zdrowia naprawę zmiany nie następują tak dynamicznie, żeby te podstawowe kierunki wywracały się do góry nogami. To znaczy otyłość, cukrzyca, nowotwory, alkohol są problemem i to się w perspektywie 10, 20 czy 30 lat nie zmieni. W tym sensie tworzenie za każdym razem czegoś nowego jest błędem, dlatego że my potrzebujemy raczej dekad niż poszczególnych lat, żeby wywołać zmiany. (...) My widzimy pewną ciągłość myślenia.

To jest program bardzo nowoczesny, (...) który integruje takie szerokie podejście, obszary takie jak uzależnienia, choroby cywilizacyjne.

Za mocne strony przyjętej logiki pracy nad Programami uważa się elastyczność, stabilność i wieloletniość. Na przykładzie zadań realizowanych w długiej perspektywie czasowej szczególnie dobrze widać efekty działań i realny wpływ społeczny, jaki jest efektem prowadzenia takich przedsięwzięć. Pozytywnie oceniane jest też powiązanie Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym z Programem Operacyjnym Zdrowie Publiczne i Sport. W ocenie ekspertów jest to o tyle ważne, że dokumenty strategiczne, takie jak Gdańsk 2030 Plus. Strategia Rozwoju Miasta czy Gdańska Strategia Rozwiązywania Problemów Społecznych do roku 2030, mają bardziej abstrakcyjny, mniej natomiast zoperacjonalizowany charakter.

W ocenie badanych konieczne jest jednak rozwijanie zainicjowanych realizacją poprzedniego Programu działań, prowadzenie przedsięwzięć o wysokiej skali złożoności, jak na przykład Program 6-10-14. Stanowi on inny rodzaj usługi niż szczepienia ochronne, które Miasto może zorganizować relatywnie niewielkim kosztem logistycznym, ale też niesie ze sobą największy potencjał realnej zmiany społecznej, kluczowego kapitału, który można uruchomić realizując miejską politykę w omawianym obszarze.

Badani formułują postulat, by w ramach obowiązującego do roku 2025 roku Programu rozwijać model współpracy międzyinstytucjonalnej, oparty przede wszystkim na relacjach z placówkami edukacyjnymi. Celem tego rodzaju działania miałyby być systemowe poszerzenie udzielanego wsparcia, zwiększenie jego skali, ale też próba zagospodarowania nowych obszarów, takich jak chociażby uzależnienia behawioralne młodzieży czy trudności w obszarze zdrowia psychicznego w tej grupie. Należy mieć na uwadze fakt, że te rekomendacje formułowane były niezależnie od możliwości udzielania wsparcia w wymienionych obszarach w ramach innych programów branżowych.

Trafnemu doborowi filozofii wspierania mieszkańek i mieszkańców oraz obraniu zestawu kierunków strategicznych towarzyszą trudności w bieżącym zarządzaniu i koordynacji działań programowych. Wynikają one z szeregu różnych czynników, między innymi chaosu prawnego, turbulencji wywołanych przez pandemię oraz deficytu zasobów osobowych odpowiedzialnych za kierowanie procesem w wymiarze strategicznym.

Jeżeli realizując projekty coś zakładamy, coś planujemy, gdzieś już mamy jakąś rekrutację, a potem budzimy się rano i dostajemy informację, że od jutra szkoły są zamknięte, albo że od jutra szczepienia na grypę są bezpłatne ze środków rządowych... No to jest taki brak stabilności. Ta dynamika w zmianie przepisów, taka niepewność. Nie ma przepisów, jest najpierw konferencja, coś jest zapowiadane, potem czekamy, nie wiemy, jakie to będzie miało brzmienie. Realizatorzy dzwonią do nas, co mają robić. (...) My czekamy na rozporządzenia. Rozporządzenia się pojawiają tak naprawdę w dniu obowiązywania. (...) Największą przeszkodą w tym wszystkim jest chaos.

Zarządzania chaosem nie ułatwia brak bieżącego nadzoru i ustalania priorytetów krótkoterminowych. Swoją funkcję przestała de facto spełniać Gdańska Rada Zdrowia Publicznego. Eksperti nie spotykają się też, by dyskutować o kierunkach realizacji celów zapisanych w Programie w innej systematycznej formule. Sytuacja ta wytworzyła instytucjonalną próżnię i w ocenie samych badanych wyraźnie wpłynęła na osłabienie dynamiki działań programowych.

## Organizacja ram funkcjonowania Programów

Istnieje szereg czynników ramujących sposób funkcjonowania Programów. Wyróżnić należy w tym miejscu: (1) uwarunkowania systemowe i strategię zarządzania polityką w obszarze promocji i ochrony zdrowia, (2) specyfikę współpracy i logikę działań międzysektorowych, (3) dostępność usług, (4) reperkusje wywołane pandemią COVID-19, (5) specyfikę procedur konkursowych oraz (6) ocenę współpracy z Koordynatorem.

### Uwarunkowania systemowe

W raporcie z 2020 roku w kontekście uwarunkowań systemowych główna uwaga padała na kwestię oparcia działań w ramach Programu na podmiotach leczniczych oraz trudnościach związanych z takim modelem organizacji pracy. Zwrócono również uwagę na rolę kluczowych aktorów instytucjonalnych w miejskiej polityce promocji i ochrony zdrowia oraz kadry, jaka na co dzień pracuje w tym obszarze.

Gdański Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym jest postrzegany jako dobra odpowiedź na deficyty wynikające ze specyfiki polityki w tym obszarze na poziomie centralnym. Lokalny samorząd uzupełnia Programem deficyty dostrzegalne na wyższym szczeblu, oferując rozwiązania szyte na miarę, choć też prowadzone w ograniczonej skali. Tak jest na przykład z dofinansowaniem do procedury zapłodnienia pozaustrojowego. Gdańsk może też testować wdrażanie określonych rozwiązań i wypracowywać w ten sposób nowe, ulepszone metody pracy, być może docelowo zaprzestając realizacji pewnych przedsięwzięć z uwagi na decyzje podejmowane w skali całego kraju.

Na pewno coraz więcej programów samorządowych jest przejmowanych przez organy centralne i to jest taki poziom, w który powinno to iść. Coś testujemy na poziomie samorządu terytorialnego, to działa i te organy centralne próbują przełożyć to na poziom krajowy. To jest dobre działanie.

Jednostką, która w Gdańsku realizuje znaczną część zadań w obszarze promocji zdrowia, jest Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień. Jednostka ta pełni funkcję

koordynatora wielu projektów i dysponuje zasobami, które umożliwiają prowadzenie działań na rzecz mieszkanek i mieszkańców Miasta w szerokiej skali.

Wyzwaniem dla systemu zaczyna natomiast być umiejętność tworzenia koalicji na rzecz zdrowia publicznego, uspołecznionej formuły ustalania priorytetów rozwojowych i sposobów radzenia sobie z kryzysami o wymiarze strategicznym. Poza ekspertami z wieloletnim doświadczeniem zawodowym do takiej koalicji, jak rekomendują badani, mogliby wejść przedstawiciele organizacji pozarządowych, rodziców dzieci szkolnych czy w końcu samych placówek edukacyjnych.

Taka koalicja miałaby praktyczny profil i zorientowana byłaby wokół rozwiązywania konkretnych problemów, np. palenia papierosów przez osoby nieletnie. Zasygnalizowano jednak również, by w rozwijaniu takiej formuły nie powielić błędów, jakie zauważono w związku z działaniem Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego, tj. braku jasnych mechanizmów decyzyjnych, koordynacji takiego ciała i bieżącego wyznaczania celów do realizacji w krótkim terminie.

Ponadlokalną platformą wymiany myśli jest Pomorskie Forum Samorządowe ds. Profilaktyki i Promocji Zdrowia (PoFoS), wskazywane w wywiadach jako platforma dialogu, wymiany myśli i poszukiwania rozwiązań mających na celu profesjonalizować lokalny wymiar polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Niezmiennie ambicją Miasta pozostaje też rozwój programów polityki zdrowotnej, których wdrażanie umożliwiałoby uzupełnianie gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej.

### **Współpraca międzyinstytucjonalna**

Przemyślana współpraca międzyinstytucjonalna powinna bazować na wymianie informacji, współpracy w sieciach i interdyscyplinarności. W porównaniu do danych zebranych w 2020 roku badani nie sygnalizowali w narracjach innych wyobrażeń na temat jakości współpracy. Podkreślano natomiast znaczenie „docierania się” partnerów, ich wzajemnego poznawania się, odkrywania logik, które stoją za mechanizmem działania ich organizacji czy instytucji. To właśnie udane formy współpracy i partnerstwa pozwalają realizować projekty na dużą skalę i z dobrym efektem.

Ludzi spoza Gdańska zadziwia podejście systemowe. Że my potrafimy jednak ze wszystkimi wadami budować przedsięwzięcia, które są populacyjne, które mają swój początek i koniec, które angażują wiele instytucji do jednego działania. Że współpracujemy z ośrodkami akademickimi, a nie tworzymy tego w gabinetach urzędników miejskich czy gminnych. I że nam się ostatecznie to udaje. Że jednak mierzymy te wskaźniki rezultatu bardziej precyzyjnie i potrafimy to wykazać bardziej niż inni. (...) Co nie znaczy znowu, że to jest idealne, ale widać w innych miastach, że nawet do tego jeszcze nie udało im się dojść, czyli do takich działań rozproszonych instytucjonalnie, współpracujących razem i jednak funkcjonujących na rzecz bardzo konkretnych problemów zdrowotnych. To jest moim zdaniem to, co nas wyróżnia.

Waga elastyczności jako wartości, na której ufundowany jest system świadczonych usług, wyraźnie wzrosła w czasie pandemii. Wówczas okazało się, że uznawana za wartość modelu polityki promocji i ochrony zdrowia elastyczność staje się kluczowym kapitałem napędzającym czy zwyczajnie umożliwiającym podejmowanie ważnych działań. Dzięki elastyczności można było sprawnie przejść w model pracy zdalnej, a następnie nawigować w modelu hybrydowym między rzeczywistościami – zmediatyzowaną i niezmediatyzowaną. Mimo że wiele działań w okresie pandemii zostało zatrzymanych lub dynamika ich realizacji spadła, istnienie usieciowionej infrastruktury współdziałania postrzegane jest jako niewątpliwy sukces osób koordynujących te działania.

Trudna bywa natomiast współpraca ze szkołami, spośród których znaczna część działa według znanych sobie skryptów i bywa niegotowa na zasadniczą reorientację modelu działania na bardziej nieformalny i partnerski.

### Dostępność usług

Wątek dostępności usług zdominował rozmowę o sposobie organizacji ram funkcjonowania Programu. Wprawdzie wątek ten podnoszono już w rozmowach realizowanych na potrzeby ewaluacji prowadzonej w 2020 roku, ale w wywiadach zrealizowanych 2,5 roku później dyskurs o dostępności stał się wyraźnie silniejszy. W mniejszym stopniu badani akcentują więc kwestię zróżnicowanego poziomu dostępności usług i potencjałów odnośnie do zwiększania jej zakresu, w większym zaś mówiąc o uwarunkowaniach, które przyczyniły się do spadku dynamiki realizacji Programu, w tym też ograniczonej dostępności usług.

Głównym czynnikiem wpływającym na ograniczenie możliwości korzystania z usług była pandemia COVID-19, która za sprawą szeregu restrykcji, w tym przede wszystkim kolejnych lockdownów, wpłynęła z jednej strony na sposób funkcjonowania instytucji, z drugiej zaś – na zwyczaje i praktyki podejmowane przez beneficjentów. Część Programów można było próbować realizować w postaci zdalnej, ale w ocenie ekspertów ta formuła często okazywała się znacznie mniej dopasowana do potrzeb i oczekiwań odbiorców.

Ten okres lat 2020-2021, a także nawet początek roku 2022, ten pierwszy kwartał, bo też o tym nie zapominajmy, to tak naprawdę było stłumienie tej dynamiki w wielu okresach praktycznie do zera. Widać to na wskaźnikach rezultatu. (...) W stosunku do planów wykonaliśmy może 40% roboty. (...) Dynamika absolutnie spadła.

Pomimo trudności w rekrutacji uczestników i organizowaniu oferty realizatorzy zmięli do tego, by spadek dynamiki udziału w Programach był jak najniższy. Wskazywano też na Programy, w których skala realizacji była na dobrym poziomie. Dotyczy to między innymi działań

realizowanych w ramach leczenia niepłodności (zarówno w przypadku modułu medycznego, jak i psychologicznego). Poziom zainteresowania możliwością skorzystania z tych usług sukcesywnie rośnie, a specyfika świadczonego w ich ramach wsparcia umożliwia podejmowanie działań także w czasie obowiązywania restrykcji pandemicznych.

Problem z dostępnością usług nie był jednak w latach 2020-2021 warunkowany tylko przez ograniczenia związane z pandemią. Istnieją także inne uwarunkowania, które negatywnie wpływają na możliwość korzystania przez beneficjentów ze wsparcia w ramach Programu. Dotyczą one przede wszystkim zasobów finansowych, jakie Miasto może przeznaczyć na świadczenie wsparcia, gotowości realizatorów do prowadzenia projektów oraz wykształconej kadry specjalistów, która jest w stanie realizować działania.

W przypadku oferty zajęć z zakresu edukacji psychoseksualnej ograniczona dostępność wynikała z napięć, jakie wiązały się z organizacją zajęć w szkołach, a w Programie zapobiegania chorobie próchnicowej u dzieci nałożyły się dwa problemy – niski poziom zainteresowania świadczeniem usługi przez przychodnie stomatologiczne oraz trudności w rekrutacji osób do udziału w Programie.

To był program wieloletni, ale przez ostatnie 2 lata on trafił na COVID, to siłą rzeczy stomatologia słabiej działała, a małe dzieci to już w ogóle. Ale generalnie przeszła kampania informacyjna, że weźcie, ludzie, zadbajcie o dzieci. W ogóle o zdrowie. (...) Generalnie to największy problem był z namówieniem, bo nawet nie z dotarciem. Dotarcie do ludzi, którzy mają takie małe dzieci, jest bardzo duże, bo (...) jest bardzo dużo pacjentów, a były informowane i babcie, i ciocie, i rodzice. Każdy. To jest w samej przychodni, a poza tym (...) wychodziliśmy do szkół. No, tylko opór ludzki. (...) Jedynie to, żeby ci ludzie chcieli korzystać.

Specyficznym problemem było zapewnienie realizacji programu szczepień ochronnych przeciwko grypie. Wynikało ono z jednej strony z decyzji na poziomie centralnym, by udostępnić możliwość korzystania ze szczepień nieodpłatnie, co bezpośrednio wpłynęło na możliwość realizacji Programu koordynowanego na szczeblu lokalnym (w tym na dostępność szczepionek), oraz z trudności, jakie z jego prowadzeniem miały podmioty lecznicze. W ocenie badanych organizacja programu szczepień finansowanego ze środków centralnych była prostsza, nie wymagała bowiem weryfikacji statusu pacjenta.

Trudność w realizacji tego zadania wynikać też miała z faktu, że pacjenci zainteresowani szczepieniami ochronnymi priorytet nadawali otrzymaniu szczepienia przeciwko COVID-19, jednocześnie argumentując, że ograniczenie kontaktów społecznych zmniejsza ryzyko zachorowania na grypę. W efekcie wielu realizatorów nie było w stanie zrealizować założeń zapisanych w ofertach, a część podjęła decyzję o rezygnacji ze świadczenia usługi finansowanej ze środków miejskich.

### **Turbulencje pandemiczne**

Uwarunkowania pandemiczne wpłynęły na sposób realizacji Programu w sposób zasadniczy. Wymagały elastycznej reakcji podmiotów na sytuację kryzysową, wymusiły reorganizację sposobu pracy i oznaczały konieczność podejmowania adekwatnych reakcji na bieżące zmiany stanu prawnego związanego z możliwością świadczenia usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Istotna trudność w prowadzeniu działań w czasie pandemii wynikała z faktu, że przebiegała ona falami, tj. po okresie lockdownu można było ponownie zacząć realizować działania, po czym okazywało się, że niezbędne jest kolejne wstrzymanie procesu. Osobnym wątkiem są konsekwencje długofalowe obostrzeń pandemicznych i wpływ, jaki ograniczenia związane z pandemią wywarły na życiu społecznym.

Pomimo tych trudności Miasto starało się adaptować do sytuacji i prowadzić działania mające na celu z jednej strony oferowanie usług mieszkankom i mieszkańcom, z drugiej zaś – dostosować tryby instytucjonalne do zmieniających się uwarunkowań.

Można powiedzieć, że to nie było nic dziwnego. Ludzie mieli inne problemy, trzeba było zwyczajnie organizować pracę, szkoły nie funkcjonowały, ludzie byli w pracy zdalnej. (...) Ta dynamika pracy musiała spaść, (...) ale to nie znaczy, że nie trwała w tle zupełnie inna dynamika. (...) Myślenie nad zmianami modelu pracy, organizacji, tego, co było można robić w tym czasie, bo to dawało przestrzeń do dyskusji.

To były programy, które były projektowane przed pandemią. (...) Potem się okazało, w trakcie pandemii, że to jest niemożliwe do wykonania w rzeczywistości. (...) Władze Gdańska zawsze były otwarte na to, żeby to realizować w innej formie. (...) Nastąpiła też zmiana świadomości, (...) jak można docierać do odbiorców i realizować różne spotkania. (...) W tej chwili jest to traktowane jako jedno z rozwiązań.

Prowadzenie Programów wymagało dostosowywania się do nieregularnie zmieniających się wytycznych, przede wszystkim związanych z możliwością funkcjonowania instytucji publicznych (w tym szkół, gdzie prowadzone są działania o charakterze profilaktycznym). W praktyce powodowało to, że działania prowadzone były w trybie nieciągłym, wówczas, gdy otwierało się okno czasowe takich możliwości. Koordynacja tego procesu wymagała znacznego zaangażowania energii organizatorów i planowania zasobów w taki sposób, by w możliwie jak największym stopniu móc je efektywnie wykorzystać.

Istotnym problemem było nie tylko ograniczenie dostępności usług dla beneficjentów, ale również trudność w testowaniu różnych rozwiązań mających na celu realne wsparcie dla mieszkanki i mieszkańców Miasta. Takich trudności doświadczał przede wszystkim Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień, który w okresie objętym ewaluacją przechodził intensywny proces transformacji instytucjonalnej, wynikającej z fuzji dwóch jednostek miejskich, a co za tym idzie także tworzenia nowej oferty programowej.



Wyzwaniem dla realizatorów była jednak również kwestia obaw, jakie mieszkanki i mieszkańcy Gdańska mieli w związku z podejmowaniem różnego typu aktywności w okresie pandemicznym. Wynikały one przede wszystkim z przekonania o wysokim ryzyku zakażenia COVID-19. W praktyce towarzyszyło ono zarówno potencjalnym beneficjentom, jak i osobom realizującym wsparcie.

Szczególnie na samym początku pandemii, no to już w ogóle było masakrycznie. Ludzie bali się po prostu własnego cienia. Później się oswajali, tak, jak ze wszystkim się potrafi człowiek oswoić. I z epidemią, i z chorobą, i z różnymi rzeczami, więc troszkę to inaczej już wyglądało. (...) Mieliliśmy różnego rodzaju zmiany, które umożliwiały (...) kontakt, także próbowaliśmy, żeby i nie narażać pracowników, i nie narażać osób, które tutaj przychodzą.

W relatywnie niewielkim stopniu uwarunkowania pandemiczne wpłynęły na model pracy w klinikach zajmujących się leczeniem niepłodności. Wprawdzie początkowy okres dostosowania się placówek do wyzwań pandemicznych był niełatwy, a część pacjentów wstrzymała decyzję o przejściu procedury z uwagi na kontekst pandemiczny, ale w ocenie badanych procedury medyczne przebiegały zgodnie z planem. Problem pojawiał się w sytuacji, gdy pacjenci kierowani byli przed rozpoczęciem leczenia na zabiegi szpitalne, które nie mogły zostać przeprowadzone lub czas oczekiwania na ich wykonanie był bardzo długi.

Z perspektywy badanych kluczowe znaczenia dla jakości świadczenia usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia ma przywrócenie przedpandemicznej dynamiki procesu. Wstrzymanie pewnych działań i procedur nie tylko wymaga intensywnej pracy nad ich ponownym wdrożeniem, ale musi też uwzględniać kontekst tych działań. Z jednej strony chodzi więc o chęć beneficjentów do korzystania z usług i odpowiednio wysoki poziom motywacji do podjęcia działań mających na celu dbałość o własne zdrowie, z drugiej – o gotowość sprostania wyzwaniom świadczenia wsparcia przez kadry.

Obawiam się, że to rozruszanie projektów i kłopoty z tym związane będą po stronie wejścia w tryby samych pracowników i powrotu do bardziej intensywnej, bardziej efektywnej pracy, (...) bo jednak przez te dwa lata, co byśmy o tym nie mówili, (...) to nie wszyscy pracownicy nabierali tylko większych kompetencji, uczyli się nowych rzeczy i zdaliśmy fantastycznie egzamin. (...) Część procesów pracy została jednak popsuta i to będzie wymagało czasu, zanim ludzie nauczą się na powrót pracować z odpowiednią efektywnością. (...) My zostaliśmy wyrwani z tej maszyny systematycznej pracy. (...) Ludzie się przez dwa lata spotykali rzadziej, nie ćwiczyli tych kompetencji, nie jeździli po placówkach oświatowych, nie spotykali się ze sobą, nie pracowali ramię w ramię. (...) Wszyscy na powrót muszą wrócić po prostu do normalnej pracy, a to chwilę zajmie.

### **Procedury konkursowe**

W kontekście dyskusji o procedurach konkursowych, podobnie jak w przypadku badania za okres 2017-2019, podkreślano wagę finansowania działań w trybie wieloletnim, akcentowano specyfikę przygotowywania ofert przez realizatorów oraz analizowano, jakie powinny być

kryteria oceny ofert. W tym ostatnim przypadku rekomendacje nie uległy zmianom. Nadal więc uważa się, że decydującym czynnikiem w ocenie powinny być kryteria merytoryczne, a istotne znaczenie w szacowaniu jakości propozycji mają jej spójność, poziom doświadczenia oferenta, jakość wcześniej podejmowanej współpracy i innowacyjny charakter przewidzianego do realizacji zadania.

Badani podkreślali, że ogólny model zlecenia do realizacji zadań jest właściwy i nie można go w sposób zasadniczy zmodyfikować z uwagi na istniejące wytyczne prawne. Pozytywnie oceniane jest jasne formułowanie kryteriów oceny i wymagań, jakie wiążą się ze składaniem przez realizatorów ofert. Sygnalizowano natomiast rosnący problem deficytu środków, jakie są alokowane na poszczególne konkursy, oraz logistyki czasowej związanej z wyłanianiem ofert do realizacji.

W wielu rozmowach podkreślano też konieczność utrzymania modelu realizacji działań w trybie wieloletnim, sugerując jednocześnie, by uwzględniać realia związane z rosnącymi kosztami świadczenia usług, jakie składają się na realizację zadań.

Rekomendacja jest taka, żeby myśleć o rozwiązaniach systemowych i długoterminowych. (...) Jestem absolutnym przeciwnikiem tych wszystkich programów rocznych. One powinny być trzyletnie albo najlepiej pięcioletnie, po to, żeby ktoś, kto się decyduje na złożenie oferty, żeby tego typu przedsięwzięcie realizować, miał pewną stabilność. (...) Pomyśl sobie, że miałbyś złożyć ofertę na rok, na jakiś program próchnicy. To jest zupełnie coś innego, niż kiedy masz złożyć na 3-5 lat, bo wtedy Twój wykonawca, stomatolog, których ściągniesz do pracy, oni zupełnie inaczej podchodzą do tego przedsięwzięcia także w swoich planach.

### **Współpraca z Koordynatorem**

W porównaniu do badania realizowanego za okres 2017-2019 nie sygnalizowano zasadniczych zmian, jeśli chodzi o relacje między Koordynatorem Programu, jakim jest Wydział Rozwoju Społecznego Urzędu Miejskiego w Gdańsku a realizatorami poszczególnych zadań programowych. Podkreślano więc generalnie dobry charakter współpracy i przejrzyste wymogi dotyczące sposobu realizacji zadań.

Zwrócono natomiast uwagę, by zwiększyć możliwość bieżącego ustalania szczegółów dotyczących realizacji poszczególnych projektów, intensyfikację kontaktów mających na celu rozwiązywanie pojawiających się w toku prowadzenia zadań trudności. Zasugerowano również, by w większej mierze udostępniać dane na temat skali realizacji Programu i w bardziej elastyczny sposób traktować możliwe sposoby realizacji zadań, w tym ograniczyć skalę restrykcji formalnych związanych z ich prowadzeniem.

## Realizatorzy i specyfika usług

Wdrażanie Programu opiera się na zasobach posiadanych przez realizatorów zadań i sposobach korzystania z oferty beneficjentów. W tym fragmencie przedstawione są trzy główne wymiary uwarunkowań świadczonych usług: (1) potencjał i zasoby organizacji, (2) motywacje związane z korzystaniem z dostępnych formuł wsparcia oraz (3) potrzeby związane z prowadzeniem działań o charakterze profilaktycznym. W raporcie sporządzonym za okres 2017-2019 dodatkowo analizie poddane były uwarunkowania treningu kompetencji po stronie realizatorów. W niniejszym opracowaniu wątki te są włączone do charakterystyki innych wymiarów działań programowych.

### **Potencjał realizatorów**

Strukturalne wyzwania dla realizacji Programu pozostają niezmiennie na przestrzeni lat. Jednym z nich jest niewystarczająco zagęszczona sieć realizatorów, utrudniająca poszerzenie skali prowadzenia działań. Główną przyczyną tego stanu rzeczy jest niski poziom zainteresowania podmiotów leczniczych angażowaniem się w realizację przedsięwzięć w ramach Programu.

W ocenie badanych jednym z bezpośrednich powodów tego stanu rzeczy jest zbyt skomplikowana formuła uczestnictwa w Programie, wymagająca angażowania znacznej ilości zasobów, nieproporcjonalnych do wyobrażeń realizatorów. Szczegółowy charakter tych trudności dobrze oddają wypowiedzi osób, które koordynują działania w związku z realizacją zadań po stronie podmiotów leczniczych.

Programy miejskie (...) są dosyć skomplikowane przy składaniu oferty, przy jej realizacji, ewaluacji i tak dalej. To jest ogólnie rzecz biorąc trochę zniechęcające. (...) To działa bardziej jak dotacja niż jak umowa dwustronna. (...) W momencie, kiedy my (...) z każdego kosztu musimy się wykazać, żeby otrzymać wynagrodzenie, to staje się to dla nas trudne, bo nawet koszty są ciężko wyliczalne. (...) Nie mówiąc o tym, że miasto domaga się od nas, żebyśmy te koszty potem udokumentowali dokładnie. (...) To jest uwaga natury ogólnej, która zniechęca do udziału w jakimkolwiek programie miejskim. (...) Otoczka administracyjna bardzo utrudnia i zniechęca do startowania. (...) W związku z tym nasze zainteresowanie udziałem w programach miejskich bardzo spadło.

My jako podmiot doszliśmy do niezwykłego wniosku, że współpraca z NFZ-em jest lepsza niż współpraca z Miastem. To jest bardzo relatywne, co jest dobrą współpracą, a co nie, ale generalnie ilość biurokracji, którą narzuca Miasto, jest porównywalna z programami unijnymi. Do tej pory uważałam, że to jest trudna współpraca, ale okazało się, że bywają trudniejsze.

Problemem po stronie podmiotów leczniczych jest jednak nie tylko skomplikowany model realizacji zadań, ale także przekonanie, że skala korzyści, jakie płyną z angażowania się w podejmowanie współpracy jest niewystarczająca. Dla placówek medycznych realizacja projektów ze środków publicznych ma znaczenie wizerunkowe. Bazuje ono na przekonaniu, że

taki rodzaj przedsięwzięć wzmacnia zaufanie do podmiotu, a przy tym zwiększa jego widzialność wśród pacjentów.

Równolegle jednak niskie zainteresowanie udziałem w Programie wynika z faktu, że wymaga ono poświęcenia znacznej ilości zasobów, które nie przełożą się na realny zysk, przede wszystkim finansowy. Funkcjonowanie podmiotów leczniczych na rynku komercyjnym sprawia, że wiele z nich dystansuje się od możliwości angażowania się w działania finansowane ze środków publicznych, na dodatek w ramach strukturalnych, które postrzegane są jako nieelastyczne.

Badani deklarują, że rozumieją przyjętą filozofię zlecenia środków, a następnie kontroli sposobu ich wydatkowania, ale wyraźnie określają, dlaczego jest to bariera dla podmiotów leczniczych, by włączać się w ten rodzaj działań. Dochodzi tu do spotkania dwóch różnych filozofii wsparcia, które nie są ze sobą kompatybilne. Rozmówcy reprezentujący podmioty, które podjęły decyzję o współpracy z Miastem, deklarują, że ważne było dla nich zaangażowanie w działania o wysokim poziomie misyjności, istotne z punktu widzenia dobra pacjenta. Taką argumentację podaje się też jako ważną w kontekście potencjalnego podjęcia działań mających na celu wykonywanie szczepień przeciwko HPV.

W kontekście potencjału realizatorów warto zwrócić uwagę na model współpracy międzyinstytucjonalnej, w ramach którego istotne znaczenie mają działania realizowane na przykład w szkołach. Zaangażowani koordynatorzy w placówkach edukacyjnych stanowią kluczowy zasób, silnie wpływający na jakość świadczonego wsparcia.

### **Rekrutacja i motywacje uczestników**

W ramach ewaluacji przeprowadzonej w 2020 roku podkreślano, że proces rekrutacji uczestników do Programów bywa bardzo wymagający, a motywacja do udziału w poszczególnych przedsięwzięciach zależy przede wszystkim od samych uczestników. Przez okres 2,5 roku sytuacja w tej kwestii uległa zmianie, czego główną przyczyną było długie trwanie obostrzeń pandemicznych.

Znaczną część narracji w wywiadach zebranych na potrzeby sporządzenia niniejszego raportu można analizować przez pryzmat wyraźnego spadku gotowości i motywacji beneficjentów do brania udziału w zadaniach składających się na ramę Programu. Eksperti podkreślają wzrost postaw bierności i pasywności w kontekście możliwości korzystania z oferty programowej, w dużej mierze niezależnie od grupy odbiorców. Pandemia wzmocniła negatywne tendencje dostrzeżone już przed jej rozpoczęciem.

To były bardzo trudne lata. Walka z pandemią zupełnie nam przewróciła tę medycynę do góry nogami i troszeczkę widać to było, że pacjenci zaczęli się wycofywać. To było spowodowane ograniczeniami, zamykaniem nas w domu, (...) ale widać też tę tendencję takiego wycofywania się. (...) Widać to po diagnozach, które przez miesiące nie zapadały, po zwiększeniu zachorowalności na różne choroby. (...) Potrzebna byłaby nowa jakby taka promocja i zachęcenie pacjentów do powrotu do korzystania z tych projektów.

Badani podkreślają, że poziom zainteresowania własną sytuacją zdrowotną przez beneficjentów jest relatywnie niski, co w bezpośredni sposób przekłada się na niewielką skłonność do angażowania się w przedsięwzięcia z obszaru promocji i ochrony zdrowia. Szeroki dostęp do wiedzy na temat zdrowego stylu życia nie przekłada się na zwiększony poziom motywacji indywidualnej. W efekcie rekrutowanie uczestników do wielu projektów jest zadaniem bardzo trudnym.

Przejście w model pracy zdalnej także często nie przynosiło pożądanych efektów. Ta forma pracy z beneficjentami okazała się w praktyce wymagająca i skomplikowana. Jej prowadzenie nie przełożyło się w istotnym stopniu na podniesienie poziomu motywacji do uczestnictwa, choć dawało beneficjentom możliwość korzystania z usług, nawet jeśli specyficzna była forma świadczonego wsparcia.

Szczególą trudność w przejściu w model uczestnictwa zdalnego odczuwali seniorzy, w **najmniejszym** stopniu wyposażeni w niezbędne kompetencje cyfrowe i przykładający dużą wagę do możliwości nawiązywania kontaktu osobistego. Grupa osób starszych doświadcza też często innych problemów, związanych ze specyfiką procesu starzenia się czy stygmatyzacją aktywności w obrębie tej grupy. Na seniorów negatywnie wpływał też przekaz kierowany do odbiorców w mediach w czasie trwania pandemii. Z jednej strony uczulał ich na ryzyko związane z możliwością zakażenia wirusem COVID-19, z drugiej jednak pogłębiał poczucie strachu, izolacji i bezsilności.

Badani raportowali również trudność w animowaniu grupy dzieci i młodzieży – zarówno w wariancie tradycyjnego spotkania bezpośredniego, jak i w kontekście organizacji oferty w modelu zdalnym. Co więcej problem zaobserwowany w trakcie pandemii utrwalił się, a negatywne wzorce aktywności, czy raczej jej deficytu, utrzymują się mimo powracania życia publicznego do jego normalnego trybu funkcjonowania.

Oglądowo, absolutnie bez oparcia na żadnych naukowych dowodach, (...) można powiedzieć, że wpłynęło to bardzo negatywnie na rozleniwienie. (...) Szczególnie dzieciom nie chce się za bardzo nic. (...) Nie mają czasu i są zmęczone. „Co robisz?”. „Odpoczywam”. (...) No tak to wygląda. (...) Jest ogólna taka niechęć do jakiegokolwiek aktywności.

W tej chwili dzieciaki wcale nie chciały wracać do szkół, wbrew oczekiwaniom dorosłych. Im było wygodniej leżeć w łóżku z odpaloną komórką. (...) Nam się wydawało, że dzieci pobiegną z ochotą, bo będą się chciały spotykać, ale wcale aż takiego wielkiego entuzjazmu nie było, no bo trzeba było

wrócić do jakichś tam pewnych obowiązków, do wstania, ubrania się, wczesnego wstawania, jakichś takich rygorów dotyczących rozkładu dnia.

Ekspertki podkreślają, że zadaniem dla realizatorów jest ciągła praca nad zachęcaniem do podejmowania aktywności przez mieszkanki i mieszkańców Miasta, w tym angażowania się w działania programowe. Jednocześnie wpływ realizatorów na realne działania beneficjentów pozostaje ograniczony mimo stosowania różnych technik i narzędzi, które mają na celu włączanie coraz większej grupy osób do korzystania z oferty miejskiej w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Za problematyczny uważany jest też deficyt wiedzy na temat przyczyn, dla których niektóre osoby rezygnują z udziału w Programach.

Przypadek szczepień przeciwko grypie został opisany z perspektywy realizatorów. Ci natomiast, próbując rekonstruować motywacje, jakie stoją za korzystaniem z oferty przez potencjalnych beneficjentów, podkreślają, że przekonywanie ich do wykonywania szczepień jest dziś trudniejsze niż dawniej. Jedną z przyczyn tego stanu rzeczy może być działalność ruchów antyszczepionkowych, podważających zaufanie do tej formy świadczeń medycznych.

Rewersem krytycznego spojrzenia na motywacje dotyczące dbania o zdrowie i gotowości udziału w przedsięwzięciach mających na celu chronić kondycję psychofizyczną jest przekonanie części badanych, że istnieją grupy osób zainteresowane tą problematyką, gotowe angażować swój czas w aktywności z obszaru promocji i ochrony zdrowia. Dotyczy to między innej świadomej młodzieży, ale też, co istotne w kontekście gdańskiej oferty, osób z innych miejscowości, w ocenie których możliwość korzystania z różnych formuł wsparcia oferowanych w Gdańsku jest ograniczona.

### **Działania profilaktyczne**

Analogicznie jak w przypadku badania ewaluacyjnego za lata 2017-2019 w jego kolejnej edycji eksperci w wywiadach podkreślali kluczowe znaczenie profilaktyki jako narzędzia dbania o zdrowie – poszerzania jej zakresu, oferowania jej szerokim grupom odbiorców i tworzenia nowych formatów oferty.

Badani podkreślali, że w ich ocenie głównym zadaniem dla Miasta pozostaje edukowanie w obszarze zdrowia oraz wspieranie mieszkanki i mieszkańców w zakresie rozwoju kompetencji zdrowotnych. Celem polityki lokalnej ma więc być koncentracja na działaniach profilaktycznych, eliminujących ryzyko wystąpienia chorób i wyprzedzających konieczność korzystania ze świadczeń medycznych. W tym sensie Gdański Program Promocji Zdrowia i Profilaktyki Chorób Cywilizacyjnych postrzegany jest za właściwe narzędzie do realizacji celów miejskiej polityki społecznej w obszarze zdrowia.

W rozmowach o wadze działań profilaktycznych zwracano uwagę na potrzebę świadczenia wsparcia kierowanego uniwersalnie, do całej populacji, w tym do wszystkich dzieci w danym roczniku czy przedziale wiekowym. Elementem takich działań mogłyby być na przykład akcje promujące zdrowe nawyki żywieniowe. Kluczowe znaczenie ma systemowy charakter działań prewencyjnych, stosowanych, by powstrzymać rozwój chorób.

Programy profilaktyczne powinny mieć charakter populacyjny. (...) Chodzi na przykład o wykorzystanie pedagogów szkolnych do pracy w szkole, a nie wysyłanie tam wyspecjalizowanych ekspertów. Trzeba przygotować i przeszkolić do pracy profilaktycznej pedagogów, bo oni są częścią placówek oświatowych, (...) a nie wysłać tam obce ciało w postaci jakiegoś eksperta, który wejdzie do szkoły i musi się wpisać oczywiście w harmonogram pracy placówek oświatowych. (...) To naprawdę działa dobrze. (...) I trzeba myśleć o rzeczach nowych, nie tylko jakichś nowo zidentyfikowanych problemach zdrowotnych, ale też o nowych metodach pracy i nowych modelach organizacyjnych.

Edukacja powinna odbywać się w formie zorganizowanej, ustrukturyzowanej, a nie, że dzieci raz na jakiś czas będą miały pogadankę, wykład, spotkanie z mądrą osobą. (...) To powinno być działanie strukturalne, w formie warsztatów, zajęć w szkołach, również przewidziane dla opiekunów, rodziców dzieci, nie tylko dla samych dzieciaków.

Rozmawiając o profilaktyce, eksperci podkreślają też konieczność doceniania wagi tych działań, często mimo tego, że mogą one nie przynosić w krótkim terminie pożądanych rezultatów. Niemierzalność działań edukacyjnych i prewencyjnych nie powinna jednak, jak sugerują badani, zmniejszać znaczenia tych formuł oddziaływań jako istotnych elementów miejskiej polityki. Postuluje się również, by profilaktyka była dobrze celowana, adresowana do grup, których potrzeby są rozpoznane.

## Potrzeby i wyzwania polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia

Zebrany materiał empiryczny pozwala w syntetyczny sposób ująć potrzeby i wyzwania miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Wątki te przewijają się w całym rozdziale, ale warto je dodatkowo zebrać i w sposób bardziej systematyczny scharakteryzować. Układ potrzeb i wyzwań przedstawiony w niniejszym raporcie jest analogiczny do tego zaprezentowanego na podstawie badań zrealizowanych za okres 2017-2019. Należy jednak mieć na uwadze fakt, że z powodu istotnych zmian, do których doszło w okresie objętym właśnie zakończoną ewaluacją, specyfika potrzeb i wyzwań jest nieco odmienna.

Dane w tej części zogniskowane są wokół czterech wątków: (1) założeń miejskiej strategii na przyszłość, (2) uwarunkowań polityki informacyjno-komunikacyjnej Miasta, (3) pomysłów i propozycji obszarów, które warto uczynić istotnymi w ramie strategicznych działań na

poziomie lokalnym oraz (4) zagrożeń, jakie mogą wiązać się z realizacją działań programowych w perspektywie najbliższych lat.

### **Przyszłość miejskiej strategii**

Z analizy przeprowadzonej za okres 2017-2019 wynikało, że dla przyszłości miejskiej strategii w obszarze promocji i ochrony zdrowia kluczowe znaczenie ma mieć myślenie w kategoriach zapewniania mieszkańcom i mieszkańcom Miasta wysokiej jakości życia. Badani akcentowali dawniej kwestię nadawania priorytetów polityce miejskiej, wskazywali pierwsze wyzwania, jakie pojawiały się w kontekście rozwoju sytuacji pandemicznej i podkreślali potrzebę prowadzenia usieciowionych działań o charakterze systemowym, uwzględniających nowe spojrzenie na zmieniające się otoczenie, wspartych odpowiednią pulą środków budżetowych.

Należy podkreślić, że znaczna część spostrzeżeń formułowanych przez rozmówców na początku okresu pandemii pozostała aktualna. Zwracano więc ponownie uwagę na to, by Miasto dbało o tworzenie warunków do dobrej jakości życia, uznało zdrowie za priorytet strategiczny rozwoju w skali lokalnej i było gotowe na wyznaczanie nowych priorytetów. W ocenie badanych niezbędne jest, aby myśleć o ochronie i promocji zdrowia w sposób horyzontalny, przenikający różne wymiary miejskiej polityki.

Miasto nadal powinno być przede wszystkim skupione na budowaniu jakości życia. (...) Miasto musi rozumieć, że dobre drogi to też jest zdrowie mieszkańców. (...) To jest ta świadomość, że właściwie (...) wszystko wpływa na stan zdrowia mieszkańców. To jest też wielka zmiana myślenia o zdrowiu, że zdrowie (...) to jest pewien stan, dobrostan psychofizyczny, społeczny. (...) W tym bardziej bezpośrednim działaniu na rzecz zdrowia, no to to jest edukacja zdrowotna, budowanie kompetencji zdrowotnych, (...) profilaktyka chorób. (...) To jest mniej więcej tyle, co miasto może robić. (...) To, co stało się z wojną w Ukrainie i w ogóle te zmiany związane z całą geopolityką, z zupełnie nową architekturą funkcjonowania świata, to jest taki czynnik, który trochę tę zmianę w kierunku kompetencji zdrowotnych opóźni, trochę tę zmianę wygasi, przynajmniej w przestrzeni społecznej. (...) Gdyby nie wojna, to temat kompetencji zdrowotnych byłby tym kluczowym, a tak bezpieczeństwo stało się tematem wiodącym i kluczowym.

Konkretyzując ogólną wizję przyszłej strategii Miasta w zakresie promocji i ochrony zdrowia badani podkreślają, że szczególnie ważne jest definiowanie szczegółowych priorytetów, wokół których zogniskowana powinna być koordynacja bieżących aktywności w ramach prowadzonej polityki. Zwraca się uwagę, że ma to szczególne znaczenie w momencie, w którym realizowana jest ewaluacja. Jej prowadzenie przypada bowiem na czas formułowania założeń do Programów Rozwoju stanowiących operacjonalizację Gdańsk 2030 Plus. Strategii Rozwoju Miasta.

Podkreślano, że opisany powyżej rodzaj działań wiąże się z koniecznością podjęcia szczególnie uważnego namysłu, dokonania wyboru, w ślad za którym pójdzie ograniczenie skali działań w kierunkach, które nie zostaną uznane za priorytetowe. Ekspertcy zwracają również uwagę na



fakt, że o ile ogólne wytyczne strategiczne mogą mieć ramowy charakter, priorytety muszą być zdefiniowane na poziomie operacyjnym i charakteryzować się wysokim poziomem szczegółowości. Te działania wymagają z kolei zaangażowania w procesy zarządzania, prowadzenia kompleksowych, pogłębionych diagnoz, reagowania na wyzwania zmian społecznych oraz uwzględniania nowych typów potrzeb, które mogą się ujawnić.

Na poziomie szczegółowych rozwiązań rekomendowano na przykład rozważenia wycofania się Miasta z finansowania programu szczepień przeciwko grypie lub adresowanie go do innych grup odbiorców. Wskazywano również, by w większej niż dotąd mierze koncentrować się na realizacji programów, które przynoszą najlepsze rezultaty.

Trzeba by było się zdecydować, w którą stronę idziemy, bo stosunkowo niewielkie pieniądze dzielone są na ileś tam podmiotów. (...) Może lepiej jest wybrać ich mniej, postawić zdecydowanie na programy typowo psychoedukacyjne, wesprzeć Ośrodek Interwencji Kryzysowej albo postawić na mieszkalnictwo chronione, bo przy takim rzędzie pieniędzy, jakie Miasto wydaje, to to są za małe środki, żeby coś zrobić sensownie. Może to ładnie wygląda w sprawozdaniach, ale z punktu widzenia efektu dla zdrowia populacji, to wydaje mi się, że nie bardzo. (...) Ewidentnie jest czas na dyskusję ze względu na to, że (...) tamte priorytety zdecydowanie się zdezaktualizowały. (...) Mam poczucie, że środków jest mało i one są bardzo rozdrobnione.

Rzeczy, które w danym otoczeniu mogą wydawać się priorytetowe, w innym otoczeniu mogą się okazać absolutnie niepotrzebne. I w tym sensie warto cały czas kontrolować, monitorować, podejmować decyzje i zmieniać nieco też charakter tych działań strategicznych. Natomiast taki plan musi istnieć, (...) tylko że on też będzie się zmieniał.

W wywiadach akcentowano wątek finansowania w ramach Programu procedury zapłodnienia pozaustrojowego. Powszechnie podkreśla się, że ten rodzaj wsparcia powinien być finansowany ze środków centralnych, a wsparcie dla mieszkańców w skali lokalnej samorząd realizuje zapewniając lukę spowodowaną decyzją z poziomu rządowego. Badani stoją na stanowisku, że wsparcie w leczeniu niepłodności mieści się w ramach strategicznych Gdańskiego Programu Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, jednak polityka miejska w tym obszarze powinna być w większym stopniu zorientowana na odpowiadanie na inny rodzaj wyzwań.

Myśląc o przyszłości miejskiej strategii rozmówcy akcentują także wagę adresowania wsparcia do jak najszerzej zdefiniowanych grup odbiorców, w tym tych, którzy często nie są bezpośrednimi adresatami oferty. Zdaniem ekspertów grupą osób, do której należałoby kierować wsparcie w większym niż dotąd zakresie są osoby w średnim wieku, aktywne zawodowo oraz do wybranych grup seniorów, szczególnie tych zagrożonych wykluczeniem społecznym.

### **Komunikacja i promocja**

Nie zmienia się (w relacji do danych zebranych w roku 2020) narracja badanych względem potrzeby podejmowania działań komunikacyjno-promocyjnych, których celem byłoby zwiększenie zainteresowania mieszkanki i mieszkańców Gdańska skorzystaniem z oferty wsparcia w obszarze promocji i ochrony zdrowia. W tym przypadku analogiczny wydzźwięk refleksji rozmówców można odebrać jako świadectwo braku skutecznej realizacji działań w omawianym obszarze.

Nadal podkreśla się, że promowanie oferty jest ważne, powinno być prowadzone z wykorzystaniem adekwatnie dobranych narzędzi i mieć na względzie efektywność. Zwraca się jednak również uwagę na fakt, że Miasto nie prowadzi celowanych działań marketingowych, a skuteczność dotarcia do beneficjentów jest niska. Potwierdzają to zaprezentowane w innym rozdziale raportu dane z badań ilościowych.

Może po prostu nie jest to atrakcyjny temat. (...) Nie docieramy do firm, które mogłyby to tak (...) typowo marketingowo wypromować. (...) Nie wiemy, ile powinna kosztować kampania, (...) jak ona powinna być zrobiona, czego my od niej chcemy i co jest dzisiaj skuteczne, żeby to ocenić.

W dyskusji o formułach i narzędziach promocji oferty miejskiej badani podkreślają, że powinny one być zróżnicowane, dopasowane do potrzeb różnych grup odbiorców. Nie padają jednak konkretne rozwiązania odnośnie do sposobów, które można by w praktyce realizować. W wywiadach pojawiały się sugestie, by nie powielać standardowych formatów informowania o ofercie, np. opartych wyłącznie na akcjach plakatowych czy kolportażu ulotek do szkół.

Część badanych uważa, że najskuteczniejszym kanałem dotarcia do beneficjentów jest przekazywanie im informacji za pośrednictwem kontaktu z lekarzem w przychodni. Inni rozmówcy uważają natomiast, że liczy się przede wszystkim kierowanie do odbiorców komunikatu przy zastosowaniu języka korzyści, akcentując, co można zyskać poświęcając swój czas na uczestnictwo w danym przedsięwzięciu. Podkreśla się także, że pozytywny rezultat może przynieść promowanie sukcesów w ramach danego Programu.

Alternatywną strategią działania byłoby niepodejmowanie bardziej niż dziś rozwiniętych formuł polityki informacyjno-komunikacyjnej. Wśród badanych słychać opinie o konieczności inwestowania zasobów finansowych w działania merytoryczne. Zwraca się uwagę, że trudno jest zapewnić skuteczność działań promocyjnych i należy rozważyć przemyślenie wagi tej kwestii w strukturze całego instrumentarium zadań składających się na kształt Programu.

### **Kierunek: zmiana?**

Zakres konkretnych zmian, które zdaniem badanych należałoby wprowadzić w ramę prowadzonej polityki promocji i ochrony zdrowia, różni się nieco pomiędzy badaniami zrealizowanymi w 2020 i 2022 roku. Należy jednak podkreślić, że uwagi odnośnie do kierunków modyfikacji zakresu działań realizowanych w skali Miasta warto uwzględnić czytając także inne fragmenty raportu.

W pomiarze za lata 2017-2019 akcentowano przede wszystkim wagę wsparcia udzielanego dzieciom i młodzieży oraz wagę działań profilaktycznych i populacyjny charakter działań. W badaniu za lata 2020-2021 te wątki były obecne w narracji rozmówców, ale silniejszy akcent położono na elastyczny i partycypacyjny charakter świadczonego wsparcia, kwestię zdrowia psychicznego i higieny cyfrowej oraz skalę finansowania działań.

Dwa pierwsze elementy analizowano na przykładzie Programu 6-10-14, którego skuteczność w ocenie badanych mogłaby być większa, gdyby był realizowany w większej liczbie placówek na terenie Gdańska. Podkreślano także, że walorem Programu jest realizacja w jego ramach elementów warsztatowych.

Badani podkreślają, że właściwą decyzją było podniesienie kwoty dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego z 5 tys. zł do 6 tys. zł, ale też akcentują wagę utrzymania bądź zwiększenia łącznej liczby procedur w ramach Programu w celu utrzymania wysokiej dostępności usługi.

Obszarem wymagającym wsparcia jest zdaniem rozmówców zdrowie psychiczne. Wprowadzenie oferty w tym zakresie może być realizowane w ramach Gdańskiego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ale biorąc w nawias podziały sektorowe badani formułują propozycje, które ich zdaniem warto przemyśleć w kontekście polityki promocji i ochrony zdrowia.

Takie trochę kryzysowe lata przed nami, to zwróciłbym uwagę na zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży. Umiejętności zachowania go będą później przekładały się na to, jak te osoby, już w wieku aktywności zawodowej, będą na swoje dzieci oddziaływały.

Pozyskanie psychiatry już coraz bardziej graniczy z cudem. Te stawki są tak wysokie za godzinę, że w pojedynczych projektach mamy dostęp dla pacjentów. Można powiedzieć tak bardzo gorzko, że wolny rynek to uregulować.

Jeżeli chodzi o zidentyfikowany problem zdrowotny, to tutaj jako nowość na pewno pojawia nam się kwestia uzależnień behawioralnych, tych cyfrowych. (...) Do tego nie było specjalnie oferty. (...) Znaczący, mówiło się o tym, że te dzieciaki oczywiście dużo siedzą przy komputerach, że to zabija czas na inne aktywności, (...) natomiast nie było takich rozwiązań systemowych, poradnictwa w tym zakresie, oferty usług miejskich.

Innymi obszarami, które wskazywano jako potencjalnie ważne do zagospodarowania w różnych przedsięwzięciach projektowych w ramach Programu, było wsparcie dla młodzieży nastoletniej (przed momentem wejścia w dorosłość) oraz wsparcie okołoporodowe, w tym poradnictwo laktacyjne.

### **Zagrożenia dla miejskiej polityki**

Lista zagrożeń dla miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia jest inna, a przy tym dłuższa niż w badaniu zrealizowanym w 2020 roku. We wcześniejszym pomiarze akcentowano przede wszystkim kwestie ograniczeń finansowych, napięć i sporów wokół prowadzenia polityki oraz potencjalnych reperkusji, jakie będzie niosła ze sobą pandemia COVID-19.

W badaniu przeprowadzonym w drugiej połowie 2022 roku zestawienie zagrożeń jest bardziej rozbudowane, co wymaga krytycznej refleksji w kontekście planowania priorytetów strategicznych na kolejne lata realizacji Programu.

Zasadnicza obawa, jaką badani formułują, dotyczy niskiego priorytetu dla tematów promocji i ochrony zdrowia. Zdaniem rozmówców istnieje realne ryzyko, że realizacja wsparcia w tym obszarze będzie mieć mniej priorytetowy status niż kwestie zapewniania bezpieczeństwa mieszkańcom czy świadczenia wysokiego poziomu usług edukacyjnych.

Nasze działania (...) stały się mniej ważne. Takie mam czasem poczucie. Chodzi też o to, że my to możemy robić, a nie musimy, bo od tego są podmioty lecznicze czy NFZ. Edukację musimy opanować, bo to jakby wynika wprost z przepisów i samorządy nie mogą sobie pozwolić na porażkę. Myślę, że gdzieś w tym natłoku problemów (...) energia jest skierowana w zupełnie inną stronę.

Kryzysy się nakładają na siebie i kumulują. Mamy kryzys energetyczny i stoimy w tej chwili przed wyzwaniem, bo Miasto nie otrzymało żadnej oferty. (...) Mamy wysoką inflację, duży spadek wpływów z PIT-u. (...) To wszystko spada na samorządy, więc jesteśmy przygotowani na to, że może zapaść taka decyzja, że z czegoś trzeba zrezygnować. (...) No to to są takie rzeczy, o których się faktycznie mówi. Nie jest to żadne zaskoczenie.

Badani podkreślają też, że ryzykiem dla realizacji Programu jest odbieranie samorządom kompetencji w zakresie prowadzenia polityki promocji i ochrony zdrowia, ograniczenia zasięgu sprawczości w ramach lokalnych polityk do prowadzenia działań o charakterze edukacyjnym.

W ocenie ekspertów kluczowym problemem jest brak właściwych mechanizmów decyzyjnych oraz słabość procesów koordynacyjnych w ramach Programu. Badani dostrzegają słabość w postaci braku realnych działań podejmowanych przez zespół zrzeszony w ramach Gdańskiej Rady Zdrowia Publicznego lub alternatywnej platformy odpowiedzialnej za koordynację prac programowych.

Trzeba poszukiwać bardziej efektywnych mechanizmów podejmowania decyzji co do wyborów priorytetów. (...) Ten mechanizm jakiś jest, ale moim zdaniem on działa nieefektywnie, więc trzeba byłoby się zastanowić, co zrobić, co zmienić, żeby on był bardziej efektywny. On nigdy nie będzie doskonały i pewnie za 5 lat, nawet jak to pozmieniają zgodnie z tymi rekomendacjami, to następnego po nas będą mówić: „To działa nie do końca dobrze. Warto byłoby to zmienić”. Koordynacja tak naprawdę jest takim obszarem, w którym zmiana jest cały czas potrzebna, czyli to nigdy nie działa doskonale. (...) Na logikę ostateczne przyklepanie decyzji jest po stronie Prezydenta czy też Prezydenta resortowego. No, ale ten Prezydent resortowy musi mieć sprawnie działające mechanizmy, które mu będą rekomendowały te rzeczy, bo przecież na wszystkim się nie zna. A tych sprawnych mechanizmów, które by rekomendowały wybieranie działań priorytetowych, to po prostu nie ma albo one są nieefektywne, nieskuteczne. To jest rozproszone. To jest rzecz absolutnie do naprawy.

Do struktury zarządzania i koordynacji Programem zasadne byłoby więc, jak zauważają rozmówcy, wprowadzenie modyfikacji polegającej na zapewnieniu zasobów na realizację tych działań. Deficyt działań koordynacyjnych sprawia, że proces realizacji polityki w zakresie promocji i ochrony zdrowia w ograniczonym jedynie stopniu podlega merytorycznej kontroli.

Rozwiązaniem mogłoby być ustanowienie w strukturze Programu osoby, w praktyce – pracownika zatrudnionego na dodatkowym etacie – która miałaby określone zadania, odpowiednią moc sprawczą oraz instrumenty do koordynowania działań w ramach Programu. Koordynator wspierałby i spinał swoją aktywnością działania prowadzone w strukturach Urzędu Miejskiego w Gdańsku i miejskich jednostkach zajmujących się realizacją Programu.

Jednostki miejskie mają to do siebie, że są do zadań specjalnych, to znaczy wykonują konkretne zadania. (...) Miasto nie powierza zadań na zewnątrz organizacjom pozarządowym. (...) Natomiast czym innym jest koordynowanie tych działań. Być może inna struktura, inne umocowanie koordynatora ułatwiłoby te przepływy informacji. (...) I ważne jest, żeby ten koordynator miał odpowiednią pozycję w strukturach miejskich. To też ma znaczenie.

W kontekście prowadzenia miejskiej polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia za ryzyko postrzegany jest deficyt współpracy z ekspertami z branży medycznej (przede wszystkim lekarzami) oraz marketingowej (specjaliści ds. promocji, specjaliści ds. organizacji kampanii reklamowych). Bliższe relacje międzysektorowe mogłyby pozwolić na zbudowanie lepszych formuł współpracy z podmiotami leczniczymi, które często nie są skłonne do angażowania się we współpracę z Miastem – nie zgłaszają ofert w konkursach, raportują liczne trudności w realizacji, nie zawsze są też skłonne do kontynuacji wspólnych działań.

W ocenie badanych zagrożenie stanowi również: niepewność realizatorów związana z perspektywą długoletniego finansowania projektów. W tym kontekście podkreśla się wagę możliwości indeksacji środków, co ma stanowić odpowiedź na rosnące koszty świadczenia usług.

## Diagnoza, monitoring, ewaluacja

Fragment zamykający rozdział zawiera trzy elementy składowe: (1) charakterystykę specyfiki prowadzonych procesów ewaluacyjnych, (2) informacje o potrzebie prowadzenia bieżącej diagnozy i monitoringu działań oraz (3) analizę uwarunkowań prowadzenia sprawozdawczości przez realizatorów. Zebrany materiał w znacznej mierze odzwierciedla procesy i wyzwania dostrzeżone na podstawie analizy danych zebranych w procesie ewaluacyjnym w roku 2020.

### Jaka ewaluacja?

W pomiarze za lata 2017-2019 podkreślano przede wszystkim, że kontekst prowadzenia ewaluacji zadań w obszarze promocji i ochrony zdrowia jest wymagający, a szczególne znaczenie w tym kontekście ma szacowanie wskaźników efektywności realizowanych zadań. Wskazywano, że deficyt różnych rodzajów danych utrudnia weryfikację skali osiągnięcia celu.

Dane zebrane w 2022 roku ukazują podobieństwo myślenia o ewaluacji w obszarze promocji i ochrony zdrowia i jej faktycznego znaczenia. Część ekspertów podkreślała, że w skali Programu możliwa jest przede wszystkim ewaluacja ilościowa, pokazująca skalę realizowanych działań, w mniejszym zaś stopniu – ocena wpływu, pokazująca jakie są realne oddziaływania poszczególnych przedsięwzięć programowych.

Z poziomu politycznego zdrowie nie jest atrakcyjnym obszarem dla władarzy. Nie ma szybkiego wyniku. Nie możemy powiedzieć tak, jak w innych obszarach, że „zrobimy Wam ścieżkę rowerową” i za pół roku jest ścieżka rowerowa. Proszę, jest sukces. Możemy się tutaj pochwalić sukcesem, że on dotyczy wąskiej grupy, nie dotyczy ogółu mieszkańców. (...) Na przykład taka terapia, dotyczy tylko jakiegoś tam odsetka naszych mieszkańców i ona jest długotrwała. Efekty są za kilka lat, a może ich wcale nie będzie. (...) Efekty pojawią się po 20-30 latach. (...) Problem ze wskaźnikami w tym obszarze jest taki, że te, które są kluczowe, czyli wydłużenie długości życia, lat przeżytych w zdrowiu, te wskaźniki zdrowotne, one są tak odroczone, że my ich nie widzimy. (...) W programach związanych ze zdrowiem, szczególnie profilaktyką chorób cywilizacyjnych, te końcowe efekty są nie do uchwycenia na podstawie tych danych, które mamy.

Część badanych prowadzi procesy ewaluacyjne nie tylko w celu raportowania ich w sprawozdaniach podsumowujących projekty, ale przede wszystkim w celu podnoszenia jakości własnych działań. W ocenie rozmówców te działania pozwalają poprawiać skuteczność własnej pracy, a ich widzialnym rezultatem jest świadczenie lepiej dopasowanych do potrzeb beneficjentów formuł wsparcia.

Jednocześnie realizatorzy sygnalizują, że prowadzenie przez nich elementów autoewaluacji działań jest zadaniem trudnym. Nie czują się przygotowani do tego, by takimi procesami koordynować, a opracowywanie koncepcji ich wdrożenia oraz późniejsza realizacja wymagają znacznej ilości czasu. W tym wymiarze formułowane są też uwagi pod adresem Koordynatora,

tj. sugestie, by bardziej precyzyjnie określać, jaki rodzaj danych faktycznie powinien być zbierany w ramach realizacji poszczególnych zadań.

Mimo trudu, jaki jest wymagany, by projektować narzędzia do oceny własnej pracy, badani podkreślają, że wiedza płynąca tym kanałem jest dla nich wartościowa, a wyniki oceny – pozytywne, co z kolei mobilizuje do dalszej pracy. Wyniki ewaluacji mogą też wskazywać kierunki pożądanych zmian. Wiedza, którą zyskują w ten sposób badani, pozwala na szybkie wdrożenie modyfikacji do realizowanych planów działania. Walorem gromadzonych w ten sposób danych jest również to, że umożliwiają one podjęcie interwencji celowanej pod konkretne zadania.

W ankietach ewaluacyjnych lub innych formatach stosowanych w celu prowadzenia ewaluacji realizatorzy zbierać też mogą inne rodzaje danych, na przykład o źródle dowiadywania się o ofercie wsparcia przez beneficjentów. Takie informacje również na lepsze dopasowanie sposobów informowania o usłudze do różnych grup odbiorców.

### **Znaczenie diagnozy**

Ważnym wymiarem realizacji działań w zakresie promocji i ochrony zdrowia jest regularnie prowadzona diagnoza. W obu turach ewaluacji zwracano uwagę na takie kwestie jak dobrze zaplanowany monitoring, kompleksowy charakter diagnoz i profilowanie ich pod kątem socjo-demograficznym, co ma umożliwiać tworzenie rozwiązań lepiej dopasowanych do potrzeb beneficjentów.

W ocenie badanych monitoring zaczyna się na poziomie ustalania priorytetów strategicznych. Wówczas pojawia się odpowiednia przestrzeń do tego, by określić, jakie dane powinny być zbierane, kto powinien ten proces kontrolować i jakie mają być jego oczekiwane efekty. Zwraca się również uwagę na fakt, że monitoring sytuacji społecznej i kontekstu prowadzonych działań powinien być stały, a docelowo potencjalnie nawet wpływać na zmianę postawionych celów strategicznych.

Celem monitoringu ma też być, jak sugerują badani, określenie, jakie grupy nie korzystają z oferty wsparcia oraz jakie są losy osób, które ze wsparcia skorzystały, tj. czy poprawiły swój stan zdrowia, czy nadal chorują, czy wprowadziły zmiany do trybu życia itp.

### **Sprawozdawczość**

Ostatnim elementem składającym się na politykę opartą na danych jest sprawozdawczość. Można w niej wykorzystywać informacje zbierane w ramach diagnozy, monitoringu i ewaluacji.

Sprawozdawczość cechuje jednak fakt, że jest obowiązkowa i stanowi formalny wymóg rozliczania się realizatorów z Miastem z realizowanych zadań.

W wywiadach realizowanych w ramach ewaluacji za lata 2017-2019 podkreślano, jakie trudności wiążą się z prowadzeniem procesów sprawozdawczych. W porównaniu do minionego pomiaru sytuacja ta nie uległa zasadniczej zmianie. Dla realizatorów możliwość podzielenia się spostrzeżeniami o sposobie sprawozdawania zadań stanowi okazję do wyrażenia licznych uwag na temat tego rodzaju działań. Są one bowiem uznawane za żmudne i wymagające nadmiernej szczegółowości, przede wszystkim przez przyzwyczajone do innej formuły podmioty lecznicze.

Program szczepień w Gdyni wyglądał tak, że to była jedna kartka A4. Oczywiście były tam jakieś załączniki z wykazem personelu, który będzie realizował, ale to są sprawy oczywiste. Natomiast ta część ofertowa to wpisywało się, za jaką cenę będzie się robiło te świadczenia i to było wysyłane. (...) Potem Miasto Gdynia nie domagało się szczegółowych rozliczeń, co się na to składa, tylko to była ustalona cena, która była zbliżona rzeczywiście do kosztów wykonania tego świadczenia. Nie trzeba było gigantycznej sprawozdawczości robić. Polegało to na tym, że się podawało, jakim pacjentom się robiło (...) i była faktura wystawiana. To była prosta oferta, łatwa do przygotowania. (...) W Gdańsku jest to robione w dużo bardziej skomplikowany sposób, a efekt jest taki sam, natomiast ile do tego trzeba sprawozdawczości, która podwyższa koszty realizacji tego Programu, nie mówiąc o trudnościach organizacyjnych... (...) Jak czytam, jaka jest tematyka miejskich programów, to nawet jeżeli coś nas interesuje, to w pierwszej kolejności sprawdzamy, czy ta sprawozdawczość będzie tak rozbudowana. Jeżeli jest, to po prostu nie startujemy.

Część realizatorów formułuje także krytyczne uwagi odnośnie do sposobu sprawozdawczości w systemie Witkac.pl. Realizatorów irytuje konieczność szczegółowego raportowania realizowanych zadań, skupienie na kwestiach formalnych i nieintuicyjny interfejs platformy.

To jest tak wredny i niewspółpracujący program... (...) Z pewnością jest też lekko przydatny, bo już wszystko zebrane jest w systemie informatycznym, natomiast (...) nie przyjmuje jakichś tam jednostek i siłą rzeczy człowiek musi wpisać coś innego, czyli nie osobę mogą wpisać, tylko usługę. (...) To bez sensu jest. (...) To jest niedopracowane. (...) Nie współpracuje z ludźmi, bo nie informuje o jakichś nowych informacjach. „Masz wiadomość”. Powinny przychodzić maile, telefony. Wszystko jest podane, no i nie przychodzą. I tak właściwie człowiek (...) jest taki pozostawiony sam sobie. Żle zrobiony jest ten program. Nie pod użytkownika, żeby mu ułatwić, oferenta, tylko żeby nie wiem komu ułatwić, chyba urzędowi. (...) To na pewno im ułatwia, że mają już wszystko w komputerach i nie muszą tego wpisywać i czytać. Ale użytkownikowi w momencie wypełniania, to nie.



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

## Ilościowa perspektywa porównawcza

Rozdział zawiera przedstawienie wyników badania kwestionariuszowego zrealizowanego w ramach przeprowadzonej ewaluacji wśród mieszkańców Gdańska, w tym osób zaproszonych do wypełnienia ankiety w związku z uczestnictwem w działaniach składających się na zawartość Programu. Dane przedstawiane są z uwzględnieniem porównań między pomiarami – za lata 2017-2019 oraz 2020-2021.

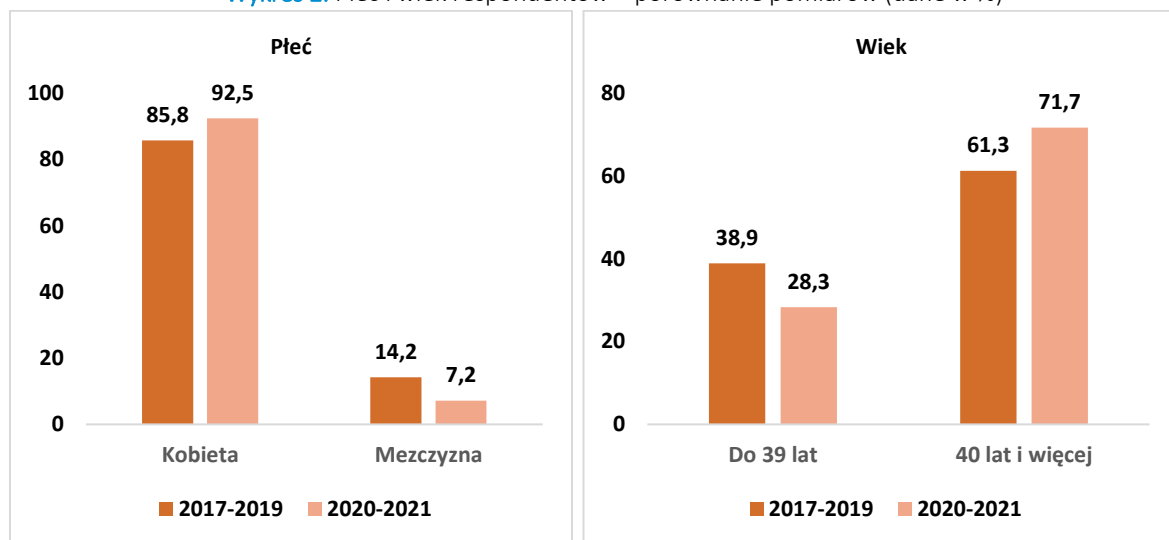
Ten fragment raportu złożony jest z pięciu części. Otwierają przedstawienie profilu socjo-demograficznego respondenta, które pozwala zrozumieć kontekst zgromadzonych danych. W dalszych częściach scharakteryzowane są, w kolejności, (1) uwarunkowania związane ze znaczeniami, jakie respondenci nadają obszarowi zdrowia, (2) ogólna ocena jakości i dostępności usług, (3) specyfika korzystania z usług z uwzględnieniem zróżnicowania na realizację poszczególnych zadań wchodzących w skład Programu oraz (4) charakterystyka wpływu pandemii COVID-19 na fakt korzystania z usług oferowanych w ramach Programu. Ostatnia część raportu stanowi prezentację danych tylko dla pomiaru prowadzonego na potrzeby ewaluacji za lata 2020-2021 (wcześniejszy pomiar nie uwzględniał tej kwestii).

### Profil socjo-demograficzny respondentów

W badanej próbie zdecydowanie dominują kobiety. Przewaga ich udziału w próbie jest większa niż w pomiarze realizowanym w 2020 roku (za lata 2017-2019). Podobnie, jak w przypadku wcześniejszej ewaluacji, można postawić tezę, że dominujący udział kobiet w próbie jest efektem ich większego zainteresowania tematyką zdrowia i jego ochrony, większej aktywności kobiet w komunikacji z instytucjami publicznymi, które uczestniczą w przekazywaniu informacji między innymi o realizowanych wśród mieszkanki i mieszkańców badaniach, a także większej skłonności do udziału w badaniach społecznych, w tym także w projektach realizowanych online.

Zarówno średni, jak i przeciętny (mediana) wiek respondentów wynosi 44 lata. Badani są więc nieco starsi niż w projekcie realizowanym w 2020 roku. Wówczas średnia wieku respondentów wyniosła 42 lata. Odsetek badanych, którzy nie przekroczyli 40. roku życia, wynosi 28,3% i jest mniejszy niż dwa lata temu o 10,6 p.p.

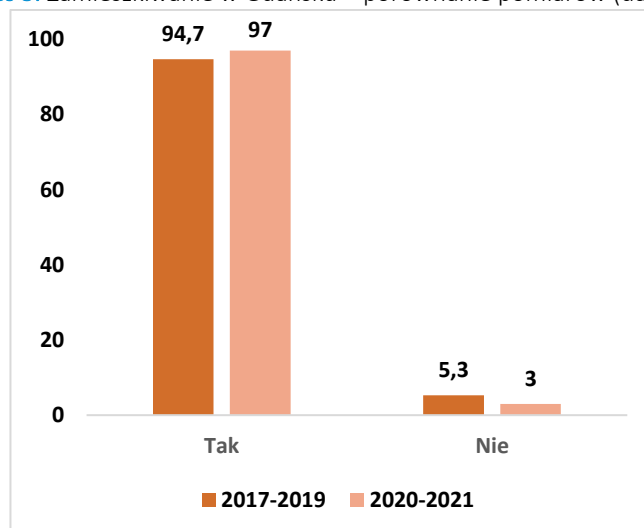
**Wykres 2.** Płeć i wiek respondentów – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

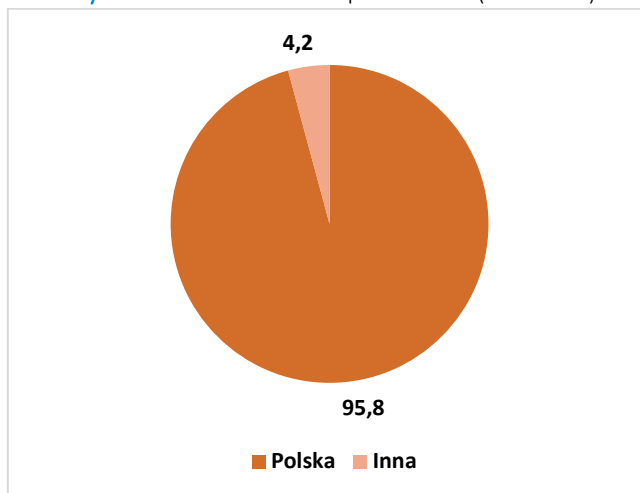
Badani w zdecydowanej większości mieszkają w Gdańsku. Jedynie 3% osób zamieszkuje w innych miejscowościach. Są to Bąkowo, Otomin, Pruszcz Gdański, Rębiechowo, Straszyn i Stegna. W pomiarze za lata 2020-2021 respondenci określali narodowość. Kwestionariusz wypełniło 95,8% Polaków. Wśród deklaracji innej narodowości znalazły się: ukraińska (5 wskazań), białoruska (2), kaszubska (1), kolumbijska (1) i rosyjska (1).

**Wykres 3.** Zamieszkiwanie w Gdańsku – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wykres 4. Narodowość respondentów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Największy odsetek respondentów zamieszkuje dzielnice południowe Gdańska – Chełm, Ujeścisko-Łostowice oraz Orunię Górną-Gdańsk Południe. W tych dzielnicach zauważalne są też wzrosty w udziale osób w badaniu. Największy spadek udziału w stosunku do pomiaru za lata 2017-2019 odnotowano w przypadku Osowej (7 p.p.). W pozostałych przypadkach różnice między dwiema falami badań są nieznaczne. Z analizy w podziale na 13 stref Miasta widać dodatkowo wzrost udziału respondentów w dzielnicach Zaspą Młyniec i Zaspą Rozstaje i generalnie mniejszą reprezentację badanych z części zachodniej Gdańska.

Tabela 30. Różnica w udziale respondentów w dwóch turach badania ze względu na dzielnicę zamieszkania – porównanie pomiarów

Dzielnica	2017-2019 (%)	2020-2021 (%)	Różnica w p.p.
Chełm	6,6	11,7	5,1
Zaspą-Młyniec	1,8	5,8	4
Ujeścisko-Łostowice	9,3	10,9	1,6
Orunia Górna-Gdańsk Południe	6,3	7,8	1,5
Matarnia	2,1	3,5	1,4
Przymorze Małe	3,5	4,7	1,2
Orunia-Św. Wojciech-Lipce	1,6	2,7	1,1
Przymorze Wielkie	5,5	6,6	1,1
Śródmieście	3,3	4,3	1
Wrzeszcz Górny	4,7	5,4	0,7
Letnica	0,4	0,8	0,4
Jasień	6,2	6,6	0,4
Piecki-Migowo	4,7	5,1	0,4
VII Dwór	0,6	0,8	0,2
Nowy Port	1,2	1,2	0
Wrzeszcz Dolny	4,8	4,7	-0,1
Zaspą-Rozstaje	1,7	1,6	-0,1

**Tabela 30. C.d.** Różnica w udziale respondentów w dwóch turach badania ze względu na dzielnicę zamieszkania – porównanie pomiarów

Krakowiec-Gorki Zachodnie	0,1	0	-0,1
Olszynka	0,1	0	-0,1
Rudniki	0,1	0	-0,1
Strzyża	1	0,8	-0,2
Młyniska	0,2	0	-0,2
Wzgórze Mickiewicza	0,2	0	-0,2
Brzeźno	1,9	1,6	-0,3
Brętowo	1,1	0,8	-0,3
Wyspa Sobieszewska	0,8	0,4	-0,4
Siedlce	3,4	2,7	-0,7
Przeróbka	1,1	0,4	-0,7
Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	3,2	2,3	-0,9
Stogi	3,2	1,9	-1,3
Aniołki	1,8	0,4	-1,4
Oliwa	3,7	1,9	-1,8
Kokoszki	1,9	0	-1,9
Suchanino	2,8	0,8	-2
Osowa	8,9	1,9	-7

Źródło: opracowanie własne

**Tabela 31.** Zamieszkiwana dzielnica w podziale na 13 stref Miasta – porównanie pomiarów (dane w %)

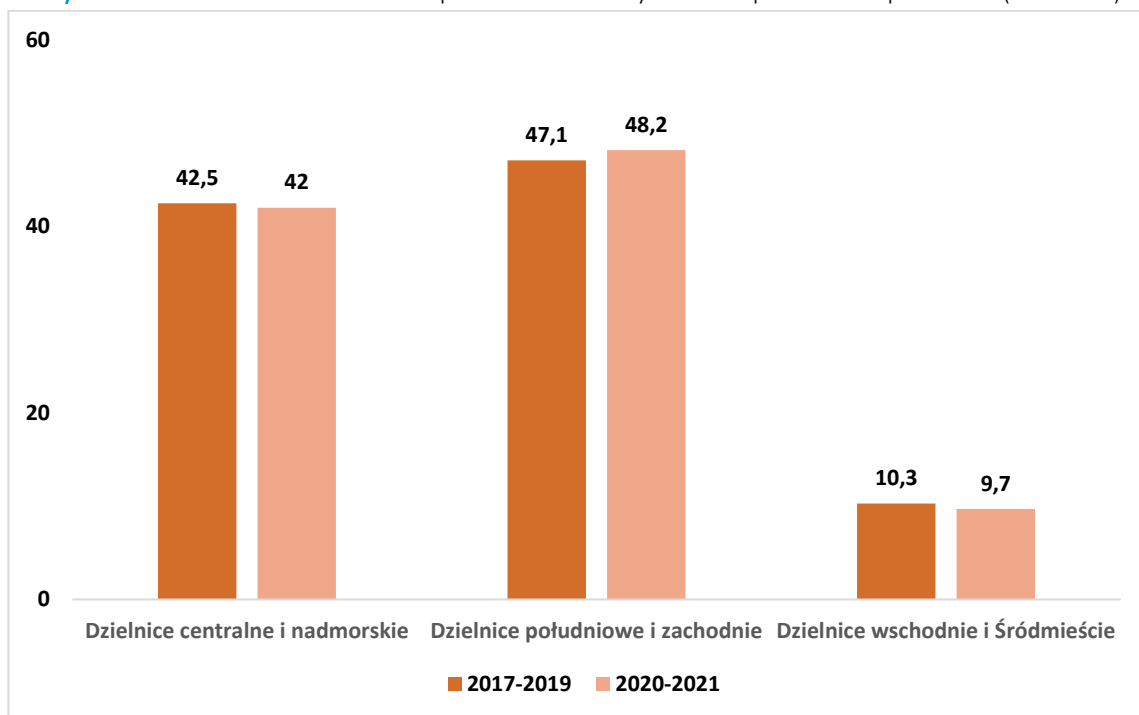
Dzielnica	2017-2019	2020-2021	Różnica
Chełm, Jasień, Ujeścisko-Łostowice	22,1	29,2	7,1
Zaspa Młyniec, Zaspa Rozstaje	3,5	7,4	3,9
Orunia Górna-Gdańsk Południe	6,3	7,8	1,5
Przymorze Wielkie, Przymorze Małe, Żabianka-Wejhera-Jelitkowo-Tysiąclecia	12,3	13,6	1,3
Orunia-Św. Wojciech-Lipce, Olszynka	1,7	2,7	1
Wrzeszcz Dolny, Wrzeszcz Górny, Strzyża	10,6	10,9	0,3
Piecki-Migowo, Brętowo	5,9	5,9	0
Brzeźno, Nowy Port, Letnica, Młyniska	3,7	3,6	-0,1
Śródmieście, Aniołki	5,1	4,7	-0,4
Oliwa, VII Dwór	4,3	2,7	-1,6
Stogi, Przeróbka, Krakowiec-Górki Zachodnie, Rudniki, Wyspa Sobieszewska	5,3	2,7	-2,6
Siedlce, Suchanino, Wzgórze Mickiewicza	6,4	3,5	-2,9
Osowa, Kokoszki, Matarnia	12,9	5,4	-7,5

Źródło: opracowanie własne

W podziale na trzy miejskie strefy – centralną i nadmorską, południową i zachodnią oraz wschodnią ze Śródmieściem zauważyć można brak wyraźnych różnic w udziale respondentów pomiędzy badaniami za okres 2017-2019 i 2020-2021.

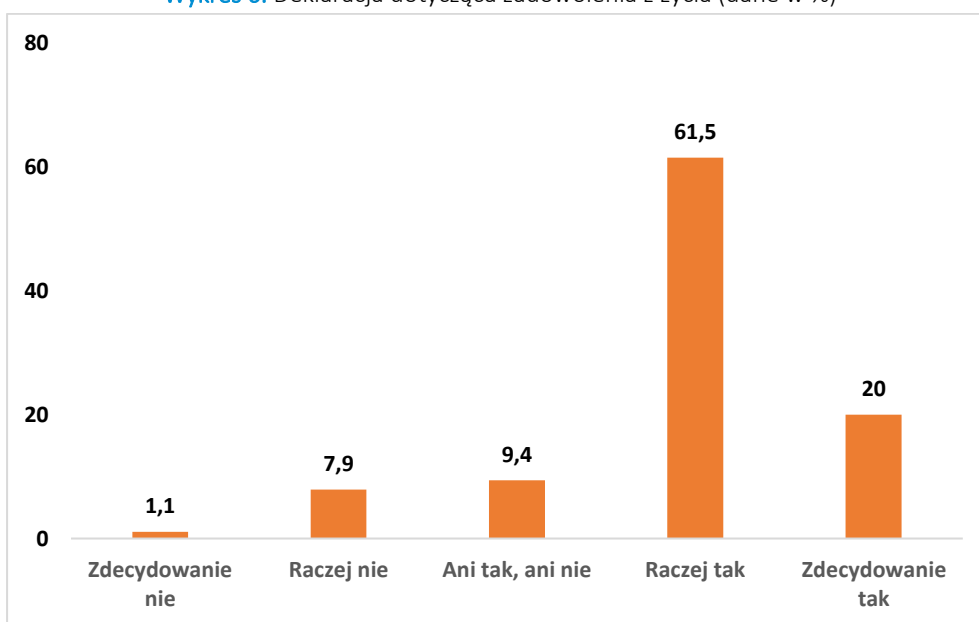
W badanej próbie 81,5% osób deklaruje, że na ogół jest zadowolonych ze swojego życia. Równomiernie rozkładają się odsetki osób formułujących przeciwną opinię (9%) oraz niezdecydowanych (9,4%).

**Wykres 5.** Zamieszkiwana dzielnica w podziale na 3 strefy Miasta – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

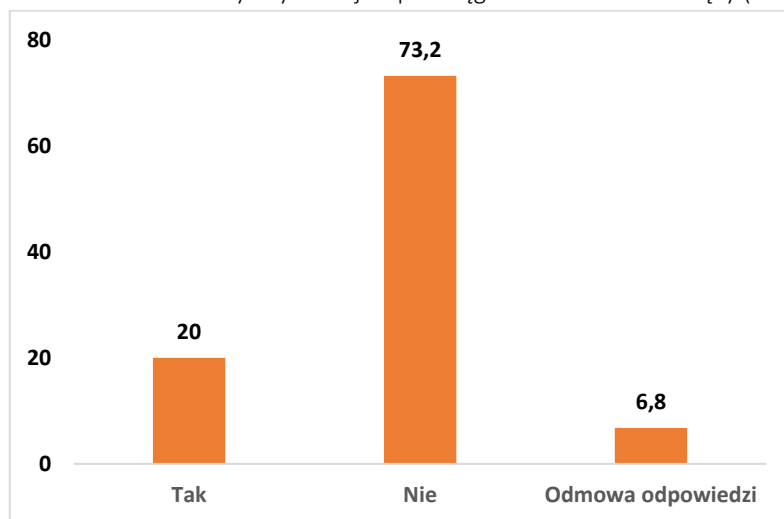
**Wykres 6.** Deklaracja dotycząca zadowolenia z życia (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Niepokoić może natomiast fakt, że co piąta osoba, która wzięła udział w badaniu zadeklarowała, że w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie odczuwała (czasami lub stale), że była dyskryminowana ze względu na jedną ze wskazanych cech: wiek, płeć, niepełnosprawność, pochodzenie etniczne, orientację seksualną, religię lub język. Oba te pytania nie były stawiane respondentom w badaniu za okres 2017-2019.

**Wykres 7.** Doświadczenie dyskryminacji w przeciągu ostatnich 12 miesięcy (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

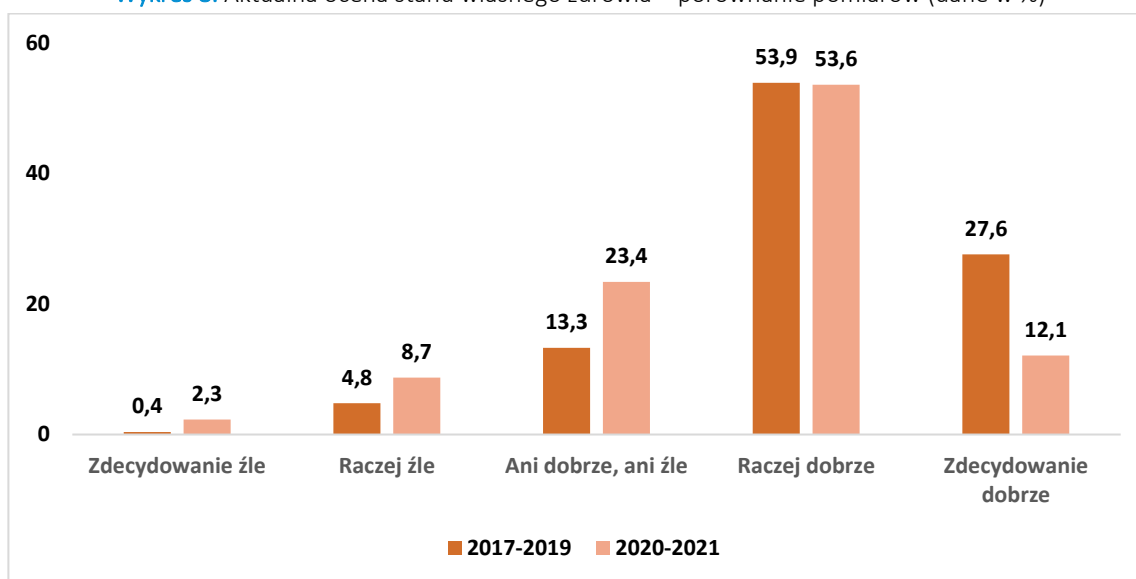
## Znaczenie obszaru zdrowia

Badani zostali poproszeni o ocenę swojego aktualnego stanu zdrowia. Z zebranych danych wynika, że większość osób uznaje swój stan zdrowia za raczej dobry (53,6%). Jest to niemal identyczna wartość wskaźnika w porównaniu z tą zmierzoną w badaniu za okres 2017-2019. Deklaracje sformułowano wiosną 2020 roku, w pierwszych miesiącach pandemii COVID-19. Wyraźnie widać, że po okresie 2,5 roku ocena poziomu własnego stanu zdrowia wyraźnie jednak spadła. Odsetek osób oceniających je zdecydowanie dobrze zmniejszył się z 27,6% do 12,1%. Nawet zakładając możliwość wystąpienia błędu pomiaru wynikającego z faktu, że zebrane dane nie mają charakteru reprezentatywnego, różnica w udzielanych odpowiedziach jest bardzo wyraźna. Znacznie wzrósł odsetek osób źle oceniających swój stan zdrowia – z 5,2% w 2020 roku do 11% w 2022 roku.

Na skali 1-5, gdzie 1 oznacza notę najniższą, a 5 – najwyższą, wartość średnia wskaźnika spadła z 4,03 do 3,65. Aktualnie jest niższa niż dobra. Z pewnością warto podjąć kroki, żeby pogłębić wiedzę na temat przyczyn niższego poziomu oceny stanu własnego zdrowia, w tym oszacowania, jakie czynniki miały zasadniczy wpływ na dostrzeżoną niekorzystną zmianę.

Lepszą ocenę stanu własnego zdrowia formułują kobiety i osoby z dzielnic południowych i zachodnich. Pod tym względem pomiar z 2022 roku potwierdza wcześniejsze ustalenia badawcze. Zmienił się natomiast układ ocen ze względu na wiek. Zniknęła bowiem przewaga w ocenie swojego stanu zdrowia wśród osób młodszych. Drugi pomiar wskazuje nawet minimalnie wyższą wartość wskaźnika wśród osób starszych. Lepiej swój stan zdrowia oceniają osoby zadowolone z życia i niedoświadczające dyskryminacji.

Wykres 8. Aktualna ocena stanu własnego zdrowia – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Tabela 32. Aktualna ocena stanu własnego zdrowia – porównanie pomiarów w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

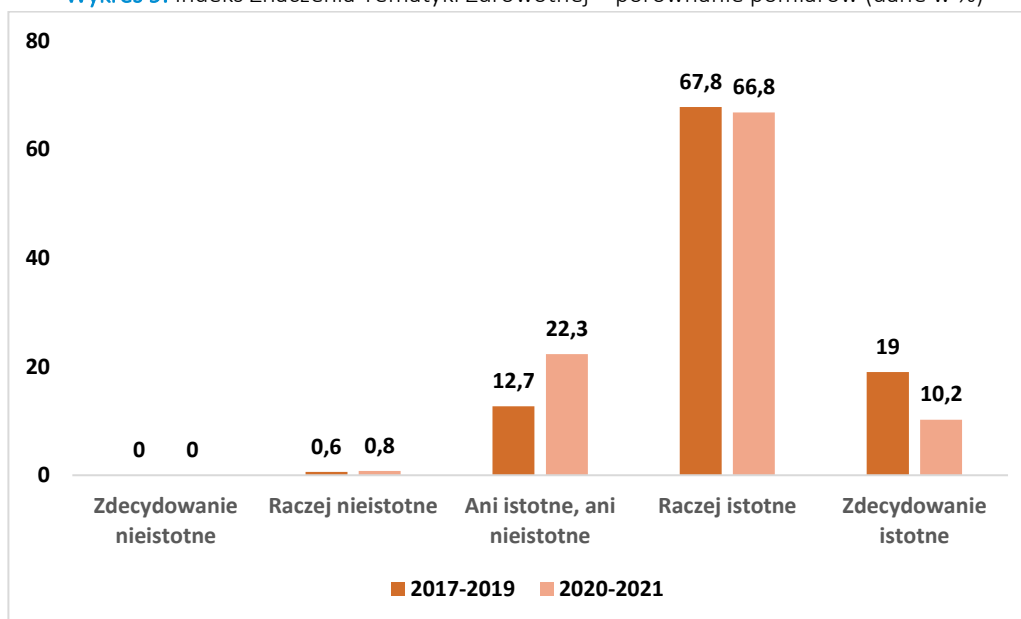
Zmienna niezależna	2017-2019	2020-2021
<b>Płeć</b>		
Kobieta	4,04	3,66
Mężczyzna	3,99	3,53
<b>Wiek</b>		
Do 39 lat	4,16	3,6
40 lat i więcej	3,95	3,66
<b>Dzielnica</b>		
Dzielnice centralne i nadmorskie	4,02	3,58
Dzielnice południowe i zachodnie	4,06	3,67
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	3,96	3,56
<b>Zadowolenie z życia</b>		
Tak	---	3,76
Nie / Ani tak, ani nie		3,1
<b>Doświadczenie dyskryminacji</b>		
Tak	---	3,53
Nie		3,72

Źródło: opracowanie własne

Podobnie jak w przypadku pomiaru we wcześniej zrealizowanej ewaluacji, badani mieli możliwość udzielenia odpowiedzi na pytania o wagę tematu zdrowia w ich życiu, przede wszystkim kwestii dotyczących wyobrażeń o zdrowym stylu życia i promocji profilaktyki zdrowotnej. W oparciu o pięć pytań sformułowano Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej (IZTZ). W jego skład wchodziły deklaracje dotyczące pięciu wymienionych poniżej wymiarów znaczenia zdrowia w życiu.

- 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) osobą aktywną 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”)

Wykres 9. Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Odpowiedzi na wszystkie pytania udzielano w oparciu o wybór jednego z wariantów na skali 1-5, gdzie 1 oznacza bardzo niski poziom istotności tematyki zdrowotnej dla respondenta, a 5 – że tematyka zdrowotna jest w życiu bardzo ważna. Z zebranych danych wynika, że znaczenie zdrowia w życiu badanych jest istotne. 2/3 respondentów uzyskuje w ramach indeksu



wskazanie, że jest ono „raczej istotne”. Warto natomiast zwrócić uwagę, że pomiędzy pomiarami doszło do zauważalnej zmiany. Zwiększył się odsetek osób, dla których tematyka zdrowotna nie jest ani istotna, ani nieistotna, przy jednoczesnym wyraźnym spadku w kategorii „zdecydowanie istotne” (z 19% do 10,2%). Przekłada się to na średni niższy wskaźnik na skali 1-5. Aktualnie wynosi on 3,91 i jest niższy od wyniku uzyskanego w poprzednim pomiarze (4,06).

Układ danych ze względu na zmienne niezależne nie uległ modyfikacji. Nadal to częściej kobiety i osoby powyżej 40. roku życia przywiązują do kwestii zdrowotnych większe znaczenie. W porównaniu geograficznym nieco wyższe wskaźniki odnotowano w pomiarze w badaniu za okres 2020-2021 w dzielnicach wschodnich i Śródmieściu.

**Tabela 33.** Indeks Znaczenia Tematyki Zdrowotnej – porównanie pomiarów w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

Zmienna niezależna	2017-2019	2020-2021
<b>Płeć</b>		
Kobieta	4,07	3,92
Mężczyzna	4	3,8
<b>Wiek</b>		
Do 39 lat	4,03	3,83
40 lat i więcej	4,08	3,94
<b>Dzielnica</b>		
Dzielnice centralne i nadmorskie	4,06	3,9
Dzielnice południowe i zachodnie	4,06	3,91
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	4,07	3,98
<b>Zadowolenie z życia</b>		
Tak	---	3,74
Nie / Ani tak, ani nie	---	3,95
<b>Doświadczenie dyskryminacji</b>		
Tak	---	4,03
Nie	---	3,89

Źródło: opracowanie własne

Analiza składowych Indeksu Znaczenia Tematyki Zdrowotnej ukazuje, że w przypadku każdej ze składowych części Indeksu doszło do spadku jego wartości średniej. Spadki są równomierne i wynoszą od -0,12 punktu do -0,17 punktu. Odtwarza się więc układ elementów uznawanych za mniej i bardziej ważne. Nadal najwyższe oceny formułowane są w obszarze wagi tematu zdrowia oraz znaczenia działań podejmowanych na rzecz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowia. Te deklaracje znajdują natomiast słabsze przełożenie na realia, bowiem bazując na deklaracjach ankietowanych widać, że w mniejszym stopniu stosują się oni do zaleceń dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia oraz podejmowania aktywności fizycznej.

**Tabela 34.** Składowe Indeksu Znaczenia Tematyki Zdrowotnej – porównanie pomiarów w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

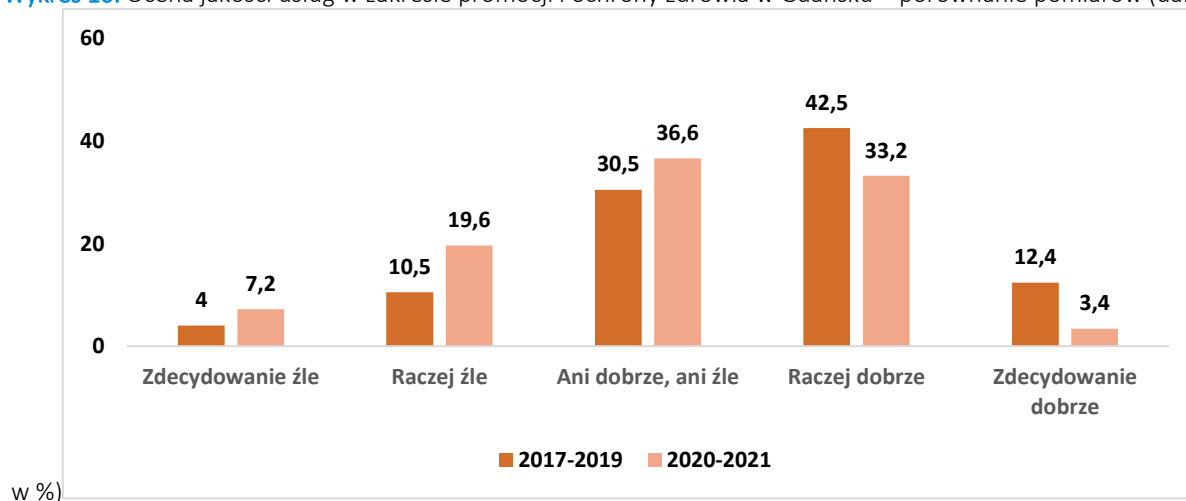
Pytanie	2017-2019	2020-2021	Różnica
W jakim stopniu temat zdrowia jest dla Pana(-i) ważny?	4,6	4,44	-0,16
Jaka jest Pana(-i) opinia na temat działań podejmowanych na rzecz promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowia?	4,47	4,3	-0,17
Jak oceniłby(-aby) Pan(-i) poziom swojej wiedzy na temat zdrowia i zdrowego stylu życia?	3,99	3,87	-0,12
W jakim stopniu stosuje się Pan(-i) do zaleceń dotyczących zdrowia i zdrowego stylu życia?	3,65	3,53	-0,12
Czy, w Pana(-i) ocenie, jest Pan(-i) osoba aktywna fizycznie?	3,59	3,42	-0,17

Źródło: opracowanie własne

## Ogólna ocena jakości i dostępności usług

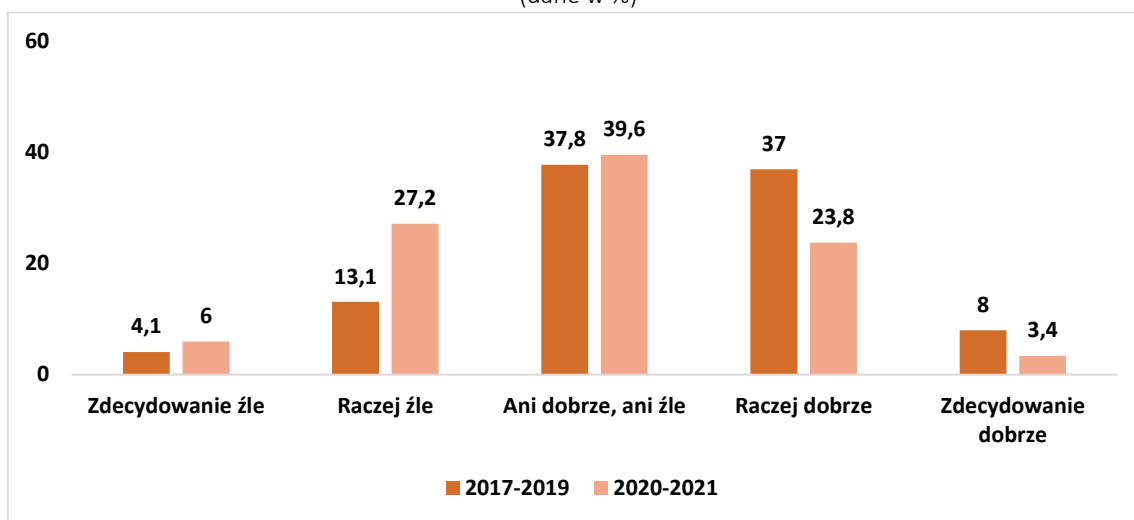
Badani formułowali oceny odnośnie do jakości oraz dostępności usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia. Wybierano w tym celu jeden z wariantów na skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę zdecydowanie złą, a 5 – zdecydowanie dobrą. Podobnie jak w przypadku oceny swojego stanu zdrowia czy zainteresowania tematyką zdrowotną, ocena jakości i dostępności usług jest niższa niż w pomiarze realizowanym 2,5 roku wcześniej. We wcześniejszej fali wyniki wskazywały na nieco wyższy niż przeciętną ocenę zarówno jakości (3,49) i dostępności usług (3,06). W ponownym pomiarze wartości średnie wyniosły 3,32 w przypadku oceny jakości i 2,91 w przypadku oceny dostępności. W tym drugim wymiarze spadły więc poniżej wartości przeciętnej.

**Wykres 10.** Ocena jakości usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku – porównanie pomiarów (dane



Źródło: opracowanie własne

**Wykres 11.** Ocena dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Należy natomiast mieć na uwadze fakt, że badani, mimo otrzymania informacji, jakie usługi zdrowotne zapewnia im Miasto, często dokonują ocen całego systemu opieki zdrowotnej, nie różnicując źródeł finansowania czy sposobu dostarczania usług pacjentom. Ten czynnik ma z pewnością wpływ na formułowane przez respondentów oceny.

W Tabeli 35 przedstawiony został szczegółowy rozkład oceny jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku w podziale na czynniki różnicujące ocenę. Zwraca uwagę przede wszystkim większa skala spadku ocen formułowanych przez kobiety. Dotyczy to zarówno wymiaru jakości, jak i dostępności usług. Warto byłoby kontynuować diagnozę i zweryfikować, co może być przyczyną różnic w ocenie, w tym przypadku zbliżenia stanowisk kobiet i mężczyzn. W pomiarze z badań za lata 2017-2019 wynikało, że kobiety oceniają jakość usług wyraźnie lepiej od mężczyzn, a dziś osiągają niższe od nich rezultaty. Warto dodatkowo podkreślić, że najbardziej spadł poziom ocen w dzielnicach centralnych i nadmorskich.

Zarówno jakość, jak i dostępność usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia oceniane są różnie w zależności od sytuacji życiowej respondentów. Osoby deklarujące ogólny poziom zadowolenia z życia i niedoświadczające w ostatnich miesiącach aktów dyskryminacji generalnie lepiej oceniają oba badane wymiary funkcjonowania usług.

**Tabela 35.** Ocena jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku – porównanie pomiarów w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

Zmienna niezależna	Jakość usług			Dostępność usług		
	2017-2019	2020-2021	Różnica	2017-2019	2020-2021	Różnica
<b>Płeć</b>						
Kobieta	3,54	3,06	-0,48	3,35	2,92	-0,43
Mężczyzna	3,18	3,11	-0,07	3,13	2,89	-0,24
<b>Wiek</b>						
Do 39 lat	3,54	3,09	-0,45	3,39	2,97	-0,42
40 lat i więcej	3,46	3,05	-0,41	3,26	2,89	-0,37
<b>Dzielnica</b>						
Dzielnice centralne i nadmorskie	3,46	2,94	-0,52	3,33	2,81	-0,52
Dzielnice południowe i zachodnie	3,52	3,18	-0,34	3,3	2,98	-0,32
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	3,45	3	-0,45	3,3	3	-0,33
<b>Zadowolenie z życia</b>						
Tak	---	2,71	---	---	2,67	---
Nie / Ani tak, ani nie		3,14			2,97	
<b>Doświadczenie dyskryminacji</b>						
Tak	---	2,81	---	---	2,72	---
Nie		3,15			2,97	

Źródło: opracowanie własne

Badani, którzy uznali, że wymiar jakości bądź dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku wymaga zmian, formułowali własne sugestie w tym zakresie. Zebrane dane zostały przedstawione na Wykresie 12 w postaci jednego zbiorczego zestawienia, łączącego spostrzeżenia zawarte w obu pytaniach – o preferowany kierunek zmian w zakresie poprawy jakości oraz poprawy dostępności. Taki sposób przedstawienia danych motywowany jest znacznym podobieństwem rekomendacji formułowanych przez respondentów.

Z uwagi na charakter danych (opisy w pytaniach otwartych) oraz mniejszą niż we wcześniejszej edycji badania liczbę otrzymanych odpowiedzi dane nie zostały porównane pomiędzy pomiarami. Należy natomiast podkreślić podobieństwo wskazań w obu projektach badawczych. Dotyczy ono przede wszystkim ogólnego kierunku rekomendacji, koncentracji na wątku dostępności do możliwości korzystania z usług oraz znaczeniu promocji zdrowego stylu życia i profilaktyki zdrowotnej.

Największa liczba wskazań w odpowiedziach respondentów dotyczących perspektyw podnoszenia poziomu jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia ma charakter ogólny (104). Badania zwracają uwagę przede wszystkim na kwestię możliwości korzystania z usług, w mniejszym stopniu na ich jakość. Nacisk kładziony jest przede wszystkim na czas oczekiwania na możliwość korzystania z oferty. Dotyczy to generalnie całego zakresu usług zdrowotnych, często także tych, których nie świadczy lokalny samorząd. Ponadto wiele

wskazań nie dotyczy bezpośrednio kwestii promocji i ochrony zdrowia. Sugeruje się bowiem ułatwienia w zakresie dostępu do lekarzy specjalistów czy konieczność poszerzenia kadr medycznych. Respondenci sygnalizują jednak również, że należy ułatwić dostęp do korzystania z programów koordynowanych na szczeblu miejskim.

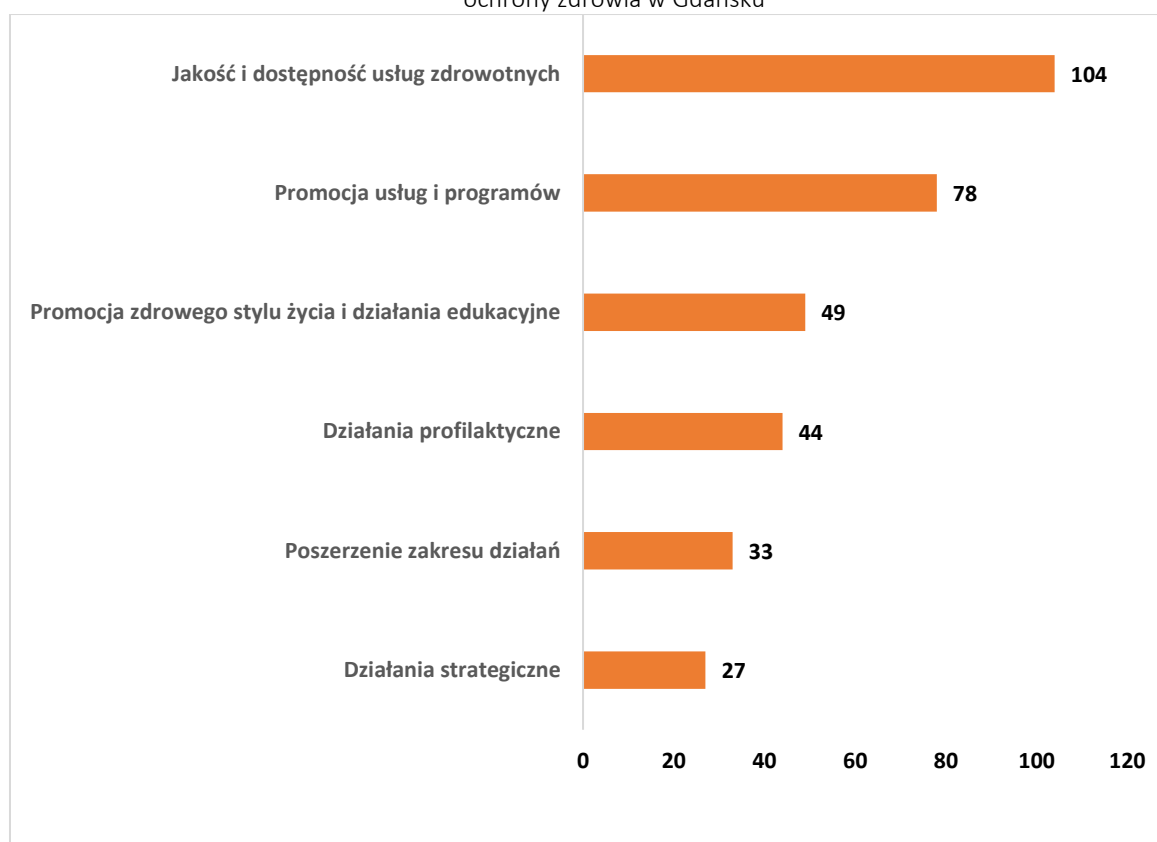
Ważnym wymiarem postulowanej zmiany jest inwestycja w działania promujące miejskie usługi i programy wsparcia dla mieszkanki i mieszkańców (78 wskazań). Postuluje się konieczność szerokiego informowania o tym, jakie działania są prowadzone w Mieście, do kogo są adresowane oraz w jakiej formie można z nich korzystać. Respondenci sygnalizowali, że nie mają wiedzy o działaniach, jakie oferuje im Gdańsk, jednocześnie wskazując, że chętnie z takich możliwości by korzystali. Dotyczy to na przykład programu szczepień czy programu profilaktyki próchnicy. Rekomendowano, by w celach informacyjno-promocyjnych używać różnych źródeł i za pośrednictwem wielu kanałów przekazywać osobom mieszkającym w Gdańsku, z jakiej oferty w danym momencie mogliby skorzystać. Za platformę informacji o ofercie uznaje się przede wszystkim szkołę, ale wskazywano w tym kontekście także na ośrodek pomocy społecznej, a poza kontekstem instytucjonalnym również na przekazywanie informacji za pośrednictwem punktów mobilnych, w środkach komunikacji czy poprzez przesyłkę korespondencji do skrzynek pocztowych. Sugerowano, że pośrednikami w przekazywaniu informacji o dostępnej ofercie mogliby być lekarze.

Kolejna grupa propozycji dotyczy kwestii promocji zdrowego stylu życia i działań o charakterze edukacyjnym (49 wskazań). Badani proponują, by rozwijać tego rodzaju działania przede wszystkim w szkołach. Mogą mieć one różny charakter – spotkań z ekspertami, warsztatów czy pokazów (np. zdrowego gotowania). Respondenci podkreślają jednak, by działania edukacyjne nie były kierowane wyłącznie do grupy dzieci i młodzieży. Sygnalizowana jest potrzeba wsparcia dla rodziców, często nieposiadających wystarczającego poziomu kompetencji i motywacji do tego, by prowadzić zdrowy styl życia i namawiać do tego innych członków rodziny. Pojawiały się również propozycje animowania aktywności dzielnicowych, często organizowanych spontanicznie i oddolnie. Ważnym elementem działań edukacyjnych są kampanie społeczne i kampanie promujące zdrowy tryb życia. Wskazano również na negatywny wpływ reklamy alkoholu na dzieci i młodzież.

Powiązana z kwestią zdrowego stylu życia jest profilaktyka prozdrowotna (44 wskazania). Badani akcentowali potrzebę rozwijania możliwości korzystania z badań profilaktycznych, także tych, które są bezpłatne. Często podkreślano w odpowiedziach, że koszt świadczeń medycznych jest dla wielu osób zbyt dużym obciążeniem, by możliwe było jego ponoszenie. Zwracano uwagę na znaczenie profilaktyki chorób onkologicznych i rolę szczepień ochronnych (ze szczególnym naciskiem na szczepionkę przeciwko HPV). Ponadto podkreślano, aby oferta profilaktyki obejmowała kwestie zdrowia psychicznego.

Dużą uwagę zwraca się także na kwestię poszerzenia zakresu świadczonych w Mieście usług (33 wskazania). Akcentowano konieczność różnorodności wsparcia, tj. oferowania go do szerokiej grupy odbiorców i dostrzegania zróżnicowanych potrzeb osób w różnym wieku, prowadzących różne style życia. Sygnalizowano, by z oferty mogły korzystać nie tylko grupy osób ze szczególnymi potrzebami czy te, pod adresem których oferta jest często kierowana (np. dzieci i młodzież). W ocenie badanych brakuje oferty dla pracujących dorosłych, osób między 40. a 60. rokiem życia. Zasugerowano, że poszerzenia wymaga istniejąca oferta programów miejskich, przede wszystkim o kwestie dotyczące zdrowia psychicznego.

**Wykres 12.** Opinie na temat kierunku zmian dotyczących jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku

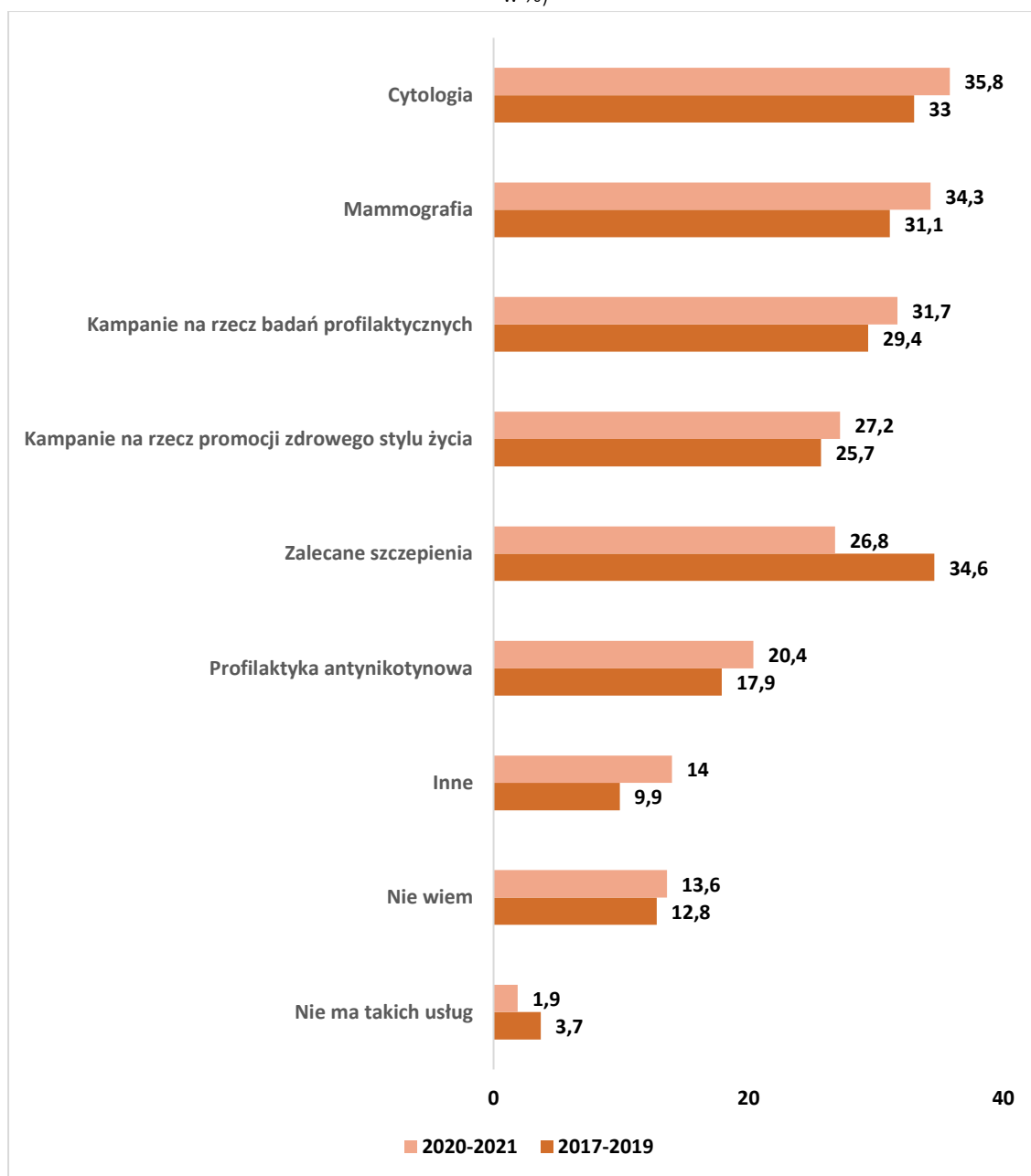


Źródło: opracowanie własne

Ostatnim z wyróżnionych kierunków zmian są działania strategiczne (27 wskazań). Mają one bardzo zróżnicowany charakter, a jedynie część z nich to wątki, na które realnie odpowiedzieć może samorząd. Sygnalizuje się bowiem potrzebę reformy systemu świadczenia usług zdrowotnych, bez jednoczesnego wyraźnego wskazania, jak miałyby ona przebiegać. Z konkretnych postulatów warto wymienić sugestie dotyczące aktualizacji strategii działań w zakresie zapewniania jakości i dostępności usług z badanego obszaru, położenie nacisku na rozwój infrastruktury kulturalno-sportowej (świetlice, baseny, sale gimnastyczne w szkołach)

oraz przemyślane działania mające na celu zmiany w przestrzeni publicznej (przede wszystkim akcent na „zielone” miasto). Badani sygnalizowali również potrzebę profesjonalizacji kadr urzędniczych i zwiększenie skali finansowania systemu opieki zdrowotnej.

**Wykres 13.** Usługi na rzecz promocji i ochrony zdrowia, jakich brakuje w Gdańsku – porównanie pomiarów (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Badani mogli wybrać od 1 do 3 usług na rzecz promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku, których w ich ocenie brakuje, a co za tym idzie, które warto byłoby rozwijać. Pomiędzy dwoma

porównaniami z ewaluacji realizowanych za okresy: 2017-2019 i 2020-2021 widać podobieństwo w specyfice wskazywanych odpowiedzi. Jest od niego natomiast jedno odstępstwo. Dotyczy ono szczepień ochronnych. Wyraźnie widać, że preferencja odnośnie do wyboru tej usługi spadła z 1. na 5. miejsce w rankingu częstości wskazań (znaczący spadek o 7,8 p.p.). Dane te wydają się niepokojące. Mogą świadczyć o zmianie postaw względem szczepień, zniechęcenia do tej formy profilaktyki, zmęczenia dyskusją o potrzebie szczepień wywołaną sporami wokół tego, czy przyjmować szczepienie przeciw COVID-19.

Usługami najczęściej uznawanymi za brakujące są cytologia (35,8%), mammografia (34,3%) oraz kampanie na rzecz badań profilaktycznych (31,7%). Wśród dodatkowych odpowiedzi rekomendowano poszerzenie zakresu świadczenia usług w zakresie: zdrowia psychicznego (6 wskazań), działań promujących zdrowy styl życia (5), rehabilitacji (3), badań profilaktycznych (3), oferty dla seniorów (3) oraz zajęć sportowych (2).

Podobnie jak w badaniu za okres 2017-2019 zauważalne są wyraźne różnice ze względu na płeć, jeśli chodzi o opinie na temat brakujących usług. Kobiety znacznie częściej zgłaszają, że brakującymi usługami są cytologia i mammografia (różnice wskazań przekraczają 20 p.p.), mężczyźni natomiast częściej akcentują potrzebę prowadzenia kampanii na rzecz promocji zdrowego stylu życia oraz profilaktyki antynikotynowej. Są jednak w mniejszej skali niż kobiety zainteresowani rozwojem oferty w zakresie szczepień ochronnych. To mężczyźni częściej sugerują, jakie inne usługi na rzecz promocji i ochrony zdrowia należałoby rozwijać.

**Tabela 36.** Usługi na rzecz promocji i ochrony zdrowia, jakich brakuje w Gdańsku – porównanie pomiarów (dane w %)

Usługa	2017-2019		2020-2021	
	K	M	K	M
Zalecane szczepienia	34,7	33,5	27,3	15,8
Cytologia	36	14,8	38,4	5,3
Mammografia	33,1	19,4	35,9	10,5
Kampanie na rzecz badań profilaktycznych	28,9	32,3	31,8	31,6
Kampanie na rzecz promocji zdrowego stylu życia	24,4	33,5	26,5	36,8
Profilaktyka antynikotynowa	16,9	24,5	20	21,1

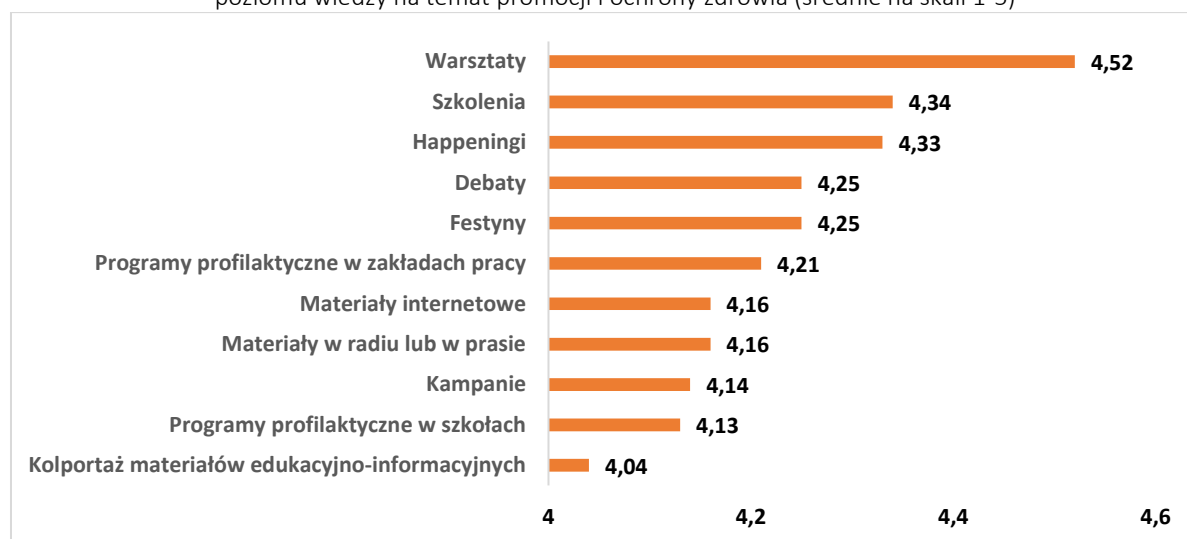
Źródło: opracowanie własne

Badani mogli udzielić odpowiedzi na pytanie, które nie było stawiane w pomiarze za lata 2017-2019. Respondenci formułowali oceny w zakresie wykorzystania różnych narzędzi mających na celu podniesienie poziomu wiedzy mieszkanki i mieszkańców Miasta w zakresie promocji i ochrony zdrowia. W celu dokonania oceny badani wybierali jeden z wariantów ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznacza ocenę zdecydowanie złą, a 5 – zdecydowanie dobrą.



Wszystkie wymienione narzędzia zostały ocenione dobrze, natomiast z zebranego materiału empirycznego wynika, że najlepiej oceniane są narzędzia o rysie partycypacyjnym – warsztaty (4,52) i szkolenia (4,34). Na kolejnych pozycjach w zestawieniu znajdują się happeningi (4,33), debaty (4,25) i festyny (4,25). Najniższe noty przyznano natomiast kolportażowi materiałów edukacyjno-informacyjnych (4,04), choć i w tym przypadku wartość wskaźnika oznacza, że ocena wykorzystania tego narzędzia do prowadzenia działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat promocji i ochrony zdrowia jest dobra.

**Wykres 14.** Ocena wykorzystania poszczególnych narzędzi do prowadzenia działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat promocji i ochrony zdrowia (średnie na skali 1-5)



Źródło: opracowanie własne

**Tabela 37.** Indeks oceny wykorzystania narzędzi do prowadzenia działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat promocji i ochrony zdrowia w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

Zmienna niezależna	Średnia
<b>Płeć</b>	
Kobieta	4,23
Mężczyzna	4,36
<b>Wiek</b>	
Do 39 lat	4,44
40 lat i więcej	4,15
<b>Dzielnica</b>	
Dzielnice centralne i nadmorskie	4,29
Dzielnice południowe i zachodnie	4,2
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	3,79
<b>Zadowolenie z życia</b>	
Tak	4,24
Nie / Ani tak, ani nie	4,18
<b>Doświadczenie dyskryminacji</b>	
Tak	4,17
Nie	4,19

Źródło: opracowanie własne

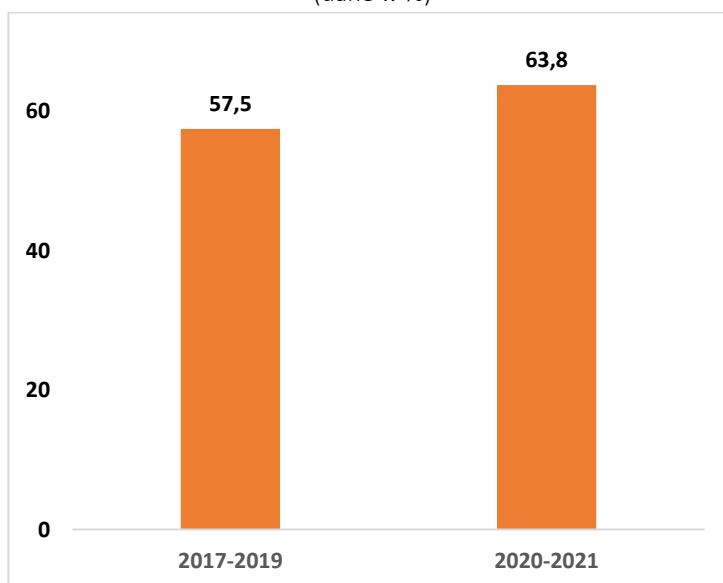
Średnia wartość indeksu oceny wykorzystania wszystkich narzędzi do prowadzenia działań mających na celu podniesienie poziomu wiedzy na temat promocji i ochrony zdrowia wynosi 4,23. Jest ona zróżnicowana przede wszystkim ze względu na wiek. Osoby młodsze dużo lepiej oceniają wykorzystanie różnych narzędzi niż starsi respondenci. Nieco lepsze oceny formułują też mężczyźni, respondenci zadowoleni z życia, niedoświadczający dyskryminacji i niemieszkający w dzielnicach wschodnich oraz Śródmieściu.

## Korzystanie z usług

W badanej próbie 63,8% osób ma doświadczenie korzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. To doświadczenie mogło mieć miejsce w latach 2020-2021, czyli w okresie objętym ewaluacją, ale badani mogli też korzystać z oferty programowej we wcześniejszym okresie. Należy również podkreślić, że w próbie jest większy odsetek osób mających na koncie doświadczenia korzystania z usług w porównaniu do pomiaru z wcześniejszego badania. Wówczas taką samą deklarację złożyło 57,5% badanych.

Należy podkreślić, że z uwagi na znacznie mniejszą wielkość próby badawczej możliwość analiz w podziale na poszczególne usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto jest ograniczona. Dotyczy to przede wszystkim poszukiwania różnicowań ze względu na zmienne niezależne. Analogicznie utrudnione, a w niektórych przypadkach niemożliwe jest dokonywanie porównań pomiędzy pomiarami z badań za lata 2017-2019 i 2020-2021.

**Wykres 15.** Doświadczenie korzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku (kiedykolwiek)  
(dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Czytając wnioski z badania warto też uwzględnić fakt, że częstotliwość korzystania z określonej usługi nie musi oznaczać jej faktycznie większej czy mniejszej popularności w badanym okresie. Taka uwaga jest szczególnie uzasadniona w sytuacji niewielkich odsetków osób korzystających z poszczególnych usług. Z drugiej strony mniejsze liczebności ankietowanych, którzy byli beneficjentami analizowanych programów odzwierciedla zmniejszoną skalę jego realizacji w okresie objętym ewaluacją.

W Tabeli 38 znajduje się zestawienie katalogu wszystkich usług, z których korzystali badani lub ich bliscy w podziale na 3 kategorie: (1) usługi, z których badani skorzystali kiedykolwiek, (2) usługi, z których badani skorzystali w latach 2020-2021 oraz (3) usługi, z których korzystali bliscy badanych. Katalog wszystkich usług ułożony jest według częstotliwości wskazań za aktywność w latach 2020-2021.

**Tabela 38.** Korzystanie z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

Usługa	Kiedykolwiek		2020-2021		Bliscy	
	n	%	n	%	n	%
Fit Klasa	89	<b>33,6</b>	49	<b>31</b>	46	<b>17,4</b>
Gdańsk – Jemy Zdrowo	49	<b>18,5</b>	29	<b>18,4</b>	20	<b>7,5</b>
Szczepienia przeciwko grypie	34	<b>12,8</b>	21	<b>13,3</b>	24	<b>9,1</b>
6-10-14 dla Zdrowia	52	<b>19,6</b>	20	<b>12,7</b>	25	<b>9,4</b>
Zdrowy Uczeń	28	<b>10,6</b>	9	<b>5,7</b>	18	<b>6,8</b>
Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat	21	<b>7,9</b>	7	<b>4,4</b>	15	<b>5,7</b>
Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych	5	<b>1,9</b>	5	<b>1,9</b>	0	<b>0</b>
Kierunek Zdrowie	8	<b>3</b>	3	<b>1,9</b>	4	<b>1,5</b>
Turnus terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób seropozytywnych i ich bliskich	4	<b>1,5</b>	3	<b>1,9</b>	3	<b>1,1</b>
Kampania informacyjno-edukacyjna nt. HIV/AIDS i innych chorób przenoszonych drogą płciową	7	<b>2,6</b>	3	<b>1,9</b>	1	<b>0,4</b>
Koszyk Edukacyjny – Zdrowie w szkole	9	<b>3,4</b>	2	<b>1,3</b>	3	<b>1,1</b>
Konsultacje psychologiczne dla osób seropozytywnych	3	<b>1,1</b>	2	<b>1,3</b>	0	<b>0</b>
Gdańska Koperta Życia	7	<b>2,6</b>	1	<b>0,6</b>	4	<b>1,5</b>
Zajęcia edukacyjno-profilaktyczne nt. HIV/AIDS w szkołach	6	<b>2,3</b>	1	<b>0,6</b>	1	<b>0,4</b>
18+ dla Zdrowia	6	<b>2,3</b>	0	<b>0</b>	3	<b>1,1</b>
Koszyk Edukacyjny – Zdrowie Seniora	4	<b>1,5</b>	0	<b>0</b>	3	<b>1,1</b>
Trzeci Wiek w Zdrowiu	1	<b>0,4</b>	0	<b>0</b>	1	<b>0,4</b>
#Zdrowie	1	<b>0,4</b>	0	<b>0</b>	2	<b>0,8</b>
Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego	3	<b>1,1</b>	0	<b>0</b>	3	<b>1,1</b>
Wsparcie psychologiczne w zakresie zdrowia prokreacyjnego (grupa terapeutyczna, konsultacje psychologiczne, turnus)	1	<b>0,4</b>	0	<b>0</b>	1	<b>0,4</b>
Edukacja w zakresie zdrowia prokreacyjnego	0	<b>0</b>	0	<b>0</b>	2	<b>0,8</b>
Obchody światowego dnia AIDS	6	<b>2,3</b>	0	<b>0</b>	1	<b>0,4</b>
Inne	7	<b>2,6</b>	3	<b>1,9</b>	2	<b>0,8</b>
Nie wiem	11	<b>4,2</b>	---	---	44	<b>16,6</b>
Nie korzystałem(-am) / bliscy nie korzystali z żadnej z wymienionych usług	96	<b>36,2</b>	0	<b>0</b>	116	<b>43,8</b>

Źródło: opracowanie własne

Z danych wynika, że w badanej próbie największy odsetek osób uczestniczył w programach: Fit Klasa (30,4%), Gdańsk – Jemy Zdrowo (18,4%), szczepień przeciwko grypie (13,3%) oraz 6-10-14 dla Zdrowia (12,7%). Podstawą procentowania dla okresu 2020-2021 jest grupa osób korzystających w tym okresie z poszczególnych usług. Programy popularne wśród badanych w pomiarze za lata 2020-2021 znajdowały się na wysokich pozycjach w rankingu w pomiarze za lata 2017-2019 (odpowiednio na 4., 3., 7. i 1. miejscu).

W celu zobrazowania prawidłowości związanych z realizacją i odbiorem przez beneficjentów poszczególnych usług do prezentacji wyników w aspektach szczegółowych wybrane zostały cztery programy wymienione powyżej, cieszące się największą popularnością, tj. takie, z których korzystało w latach 2020-2021 minimum 20 osób.

Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z poszczególnych usług jest zróżnicowany i zależy od usługi. Należy zauważyć, że w przypadku wszystkich usług cieszących się największą popularnością w latach 2020-2021 zwiększyły się – w porównaniu do pomiaru za okres 2017-2019 – odsetki osób oczekujących na możliwość skorzystania z usług powyżej 1 miesiąca. Wskazuje to na zauważalnie słabszą dostępność wybranych usług.

Źródła dowiadywania się o możliwościach korzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku nie ulegają zasadniczej zmianie. O programach Fit Klasa, Gdańsk – Jemy Zdrowo i 6-10-14 dla Zdrowia badani słyszą przede wszystkim w szkole. Podobne wskazania odnotowano we wcześniej przeprowadzonym pomiarze. W przypadku szczepień przeciwko grypie źródłem informacji są często rodzina i znajomi oraz media. Zmalała natomiast pomiędzy pomiarami popularność pozyskiwania informacji o usłudze od specjalisty (którym w tym przypadku zazwyczaj jest lekarz bądź pielęgniarka).

**Tabela 39.** Czas oczekiwania na możliwość skorzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk (dane w %)

Usługa	Do 1 tygodnia	Powyżej 1 tygodnia do 1 miesiąca	Powyżej 1 miesiąca
<b>2020-2021</b>			
Fit Klasa	55,1	24,5	20,4
Gdańsk – Jemy Zdrowo	41,4	34,5	24,1
Szczepienia przeciwko grypie	33,3	47,6	19
6-10-14 dla Zdrowia	10	45	45
<b>2017-2019</b>			
Fit Klasa	58,3	30,3	11,3
Gdańsk – Jemy Zdrowo	45,3	36,4	18,1
Szczepienia przeciwko grypie	45,3	40,6	14
6-10-14 dla Zdrowia	12,9	50	37

Źródło: opracowanie własne

Na przykładzie czterech usług widać wyraźnie, że średnia ocen dla poszczególnych wymiarów osłabła pomiędzy pierwszym i drugim pomiarem. Wprawdzie oceny ogólnej jakości usługi w każdym przypadku przekraczają wartość 4, tj. ocenę dobrą (skala 1-5, gdzie 1 oznacza wynik najgorszy, a 5 – najlepszy), są zauważalnie niższe niż w pomiarze za okres 2017-2019. Analizując średnie ze wszystkich badanych wymiarów oceny są niższe odpowiednio o 0,29 punktu (Fit Klasa i Gdańsk – Jemy Zdrowo), 0,24 punktu (6-10-14 dla Zdrowia) oraz 0,16 punktu (szczepienia przeciwko grypie).

**Tabela 40.** Wielowymiarowa ocena usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk (wartości średnie)

Usługa	ŚREDNIA	Ogólna jakość usługi	Dostępność usługi	Jakość obsługi klienta / pacjenta	Sposób komunikacji z klientem / pacjentem	Stan techniczny / standard podmiotu / placówki
<b>2020-2021</b>						
Fit Klasa	<b>4,04</b>	4,02	4,35	4,04	3,94	3,83
Gdańsk – Jemy Zdrowo	<b>3,95</b>	4,07	4	4	3,86	3,83
Szczepienia przeciwko grypie	<b>4,2</b>	4,19	4,14	4,24	4,29	4,14
6-10-14 dla Zdrowia	<b>3,96</b>	4,05	4,1	4	3,95	3,7
<b>2017-2019</b>						
Fit Klasa	<b>4,33</b>	4,37	4,39	4,32	4,28	4,27
Gdańsk – Jemy Zdrowo	<b>4,24</b>	4,3	4,33	4,2	4,2	4,18
Szczepienia przeciwko grypie	<b>4,36</b>	4,48	4,19	4,39	4,36	4,38
6-10-14 dla Zdrowia	<b>4,2</b>	4,24	4,23	4,33	4,31	3,9

Źródło: opracowanie własne

W przypadku części usług badani sygnalizowali, jakie mieliby rekomendacje dotyczące potencjalnych zmian w obszarze usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto. Szczegółowe zestawienie tych wskazań wraz z oznaczeniem częstości ich wystąpienie znajduje się w Tabeli 41.

Respondenci mieli możliwość dokonania oceny tego, jakie usługi w zakresie promocji i ochrony zdrowia, z których korzystali w latach 2020-2021 w ich ocenie im pomogły. Spośród usług wchodzących w skład Programu wymieniano Fit Klasę (8 wskazań), 6-10-14 dla Zdrowia (4), działania wspierające osoby seropozytywne (4), Kierunek Zdrowie (1) oraz Gdańsk – Jemy Zdrowo (1). Ponadto podkreślano pozytywny wpływ szczepień (10), choć nie zawsze precyzowano, o jaki rodzaj szczepionki chodzi. Zwracano także uwagę na pozytywny wpływ Programu w obszarze poprawy nawyków dotyczących diety i zdrowego jedzenia (3) oraz zapobiegania próchnicy (2). Pojedyncze wskazania padały na różne rodzaje badań profilaktycznych, wsparcie terapeutyczne, działania realizowane w szkołach, formy szkoleniowe i informację kierowaną przez Miasto do ogółu mieszkanki i mieszkańców w obszarze promocji

i ochrony zdrowia. Relatywnie duża jest jednak także grupa osób, które stwierdziły, że żadna z usług, z której korzystali im nie pomogła lub nie mogli z niej skorzystać (14).

**Tabela 41.** Rekomendacje badanych dotyczące potencjalnych zmian w obszarze usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia finansowanych przez Miasto Gdańsk

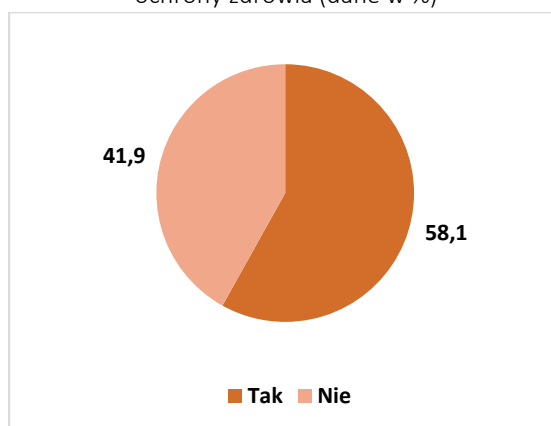
Usługa	Rekomendacje
<b>Fit Klasa</b>	Zwiększenie częstotliwości zajęć [8] // Doposażenie szkół w infrastrukturę i sprzęt [4] // Poszerzenie zakresu projektu o młodszych / starszych uczniów [4] // Lepsza promocja projektu [3] // Urozmaicenie formuły zajęć [2] // Wydłużenie czasu zajęć [1] // Wyższy poziom motywacji nauczycieli [1] // Nie zastępować projektem lekcji W-F-u [1] // Zwiększenie poziomu profesjonalizmu kadr [1] // Zmniejszenie liczebności grup [1] // Systematyczna realizacja programu // Wyposażenie dziecka w gadżety (foldery, plakaty) [1] // Organizacja regularnych testów sprawnościowych dla dzieci [1] // Przekazywanie szczegółowej informacji rodzicom na koniec programu [1]
<b>Gdańsk – Jemy Zdrowo</b>	Przekazywanie bieżących informacji nt. jadłospisu [2] // Zamiana opakowań na biodegradowalne [1] // Propagowanie programu w firmach [1] // Poszerzenie zakresu odbiorców [1] // Organizacja zajęć pokazowych w przedszkolach i szkołach [1] // Dbłość o jakość podania posiłków (temperatura, sposób przygotowania) [1] // Wprowadzenie do jadłospisu zdrowych stodyczy [1] // Lepsza promocja usługi [1] // Mobilizacja uczniów do jedzenia owoców i warzyw
<b>Szczepienia przeciwko grypie</b>	Lepsza promocja usługi [3] // Poszerzyć zakres odbiorców o osoby w innym wieku [2] // Łatwiejsza dostępność usługi [1] // Likwidacja recepty na szczepionkę przy możliwości zaszczepienia w aptece [1] // Krótszy czas oczekiwania na szczepienie [1]
<b>6-10-14 dla Zdrowia</b>	Kontynuacja programu [2] // Lepsza promocja usługi [2] // Krótszy czas oczekiwania na udział w programie [2] // Zwiększenie liczby wizyt w ramach programu [2] // Kierowanie uczniów do specjalistów po wykonaniu badań [1] // Rozbudowa programu o moduł poradnictwa [1] // Zmiana założeń programu [1] // Poszerzenie usługi o warsztaty o zdrowym odżywianiu [1] // Dostępność większej liczby materiałów edukacyjnych w szkole [1]
<b>Zdrowy Uczeń</b>	Zwiększenie częstotliwości badania uczniów [2] // Propagowanie idei programu przez lekarzy rodzinnych i w firmach [1] // Organizacja większej liczby zajęć [1]
<b>Zapobieganie chorobie próchnicowej u dzieci w wieku 1-6 lat</b>	Zwiększenie liczby placówek oferujących usługę [1] // Większa liczba wizyt u stomatologa [1] // Poprawa jakości kadry [1]
<b>Grupa terapeutyczna dla osób seropozytywnych</b>	Organizacja wspólnych wyjazdów [2]
<b>Kierunek Zdrowie</b>	Poprawa dostępności leczenia u specjalistów [1] // Kierowanie pacjentów do lekarzy [1]
<b>Turnus terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób seropozytywnych i ich bliskich</b>	Zmiana miejsca wyjazdu (np. w góry) [1]

Źródło: opracowanie własne na podstawie analizy zebranego materiału empirycznego

## Znaczenie pandemii COVID-19 dla specyfiki korzystania z usług

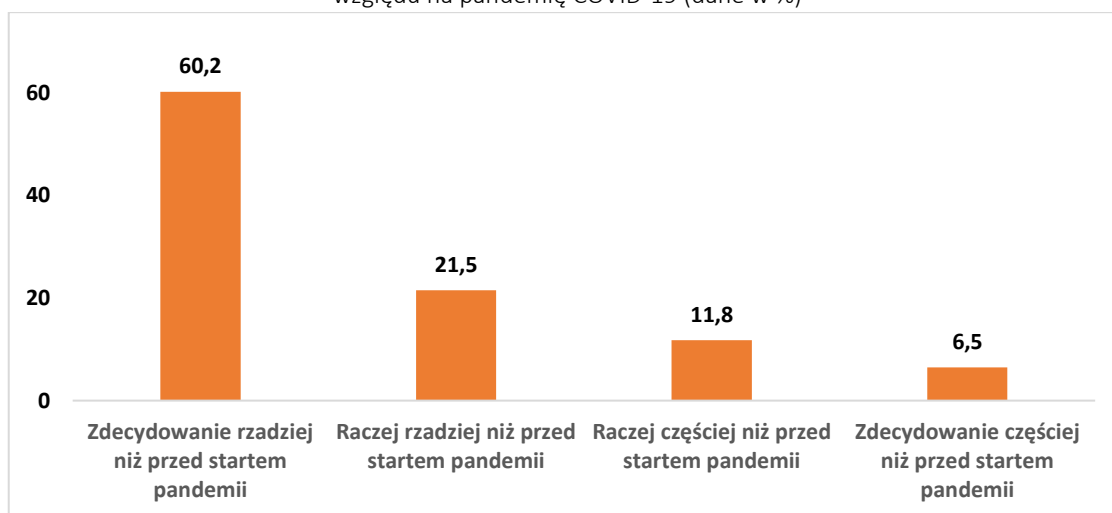
W ocenie ponad połowy badanych (58,1%) pandemia COVID-19 miała wpływ na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia. Uwarunkowania pandemiczne wyraźnie przyczyniły się do zmniejszenia skali korzystania z oferty, co znajduje odzwierciedlenie w realnej skali oddziaływania działań programowych. 81,7% respondentów stwierdziło, że korzystało z oferty w okresie pandemicznym rzadziej.

**Wykres 16.** Fakt wpływu pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

**Wykres 17.** Zmiana w częstotliwości korzystania z oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia ze względu na pandemię COVID-19 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Średnia wartość wskaźnika zmiany częstotliwości korzystania wynosi 1,65 na skali 1-5, co bardzo wyraźnie pokazuje trend spadkowy uczestnictwa w programach oferowanych mieszkańcom i mieszkańcom przez lokalny samorząd. Niewielkie są też różnice w skali zmniejszonego korzystania. Nieco częściej z oferty korzystali mężczyźni, osoby powyżej 40. roku życia, mieszkające w dzielnicach południowych i zachodnich, deklarujące zadowolenie z życia i niedoświadczanie dyskryminacji.

**Tabela 42.** Wpływ pandemii COVID-19 na częstotliwość korzystania z oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

Zmienna niezależna	Średnia
<b>Płeć</b>	
Kobieta	1,64
Mężczyzna	1,8
<b>Wiek</b>	
Do 39 lat	1,57
40 lat i więcej	1,67
<b>Dzielnica</b>	
Dzielnice centralne i nadmorskie	1,51
Dzielnice południowe i zachodnie	1,8
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	1,63
<b>Zadowolenie z życia</b>	
Tak	1,66
Nie / Ani tak, ani nie	1,57
<b>Doświadczenie dyskryminacji</b>	
Tak	1,53
Nie	1,69

Źródło: opracowanie własne

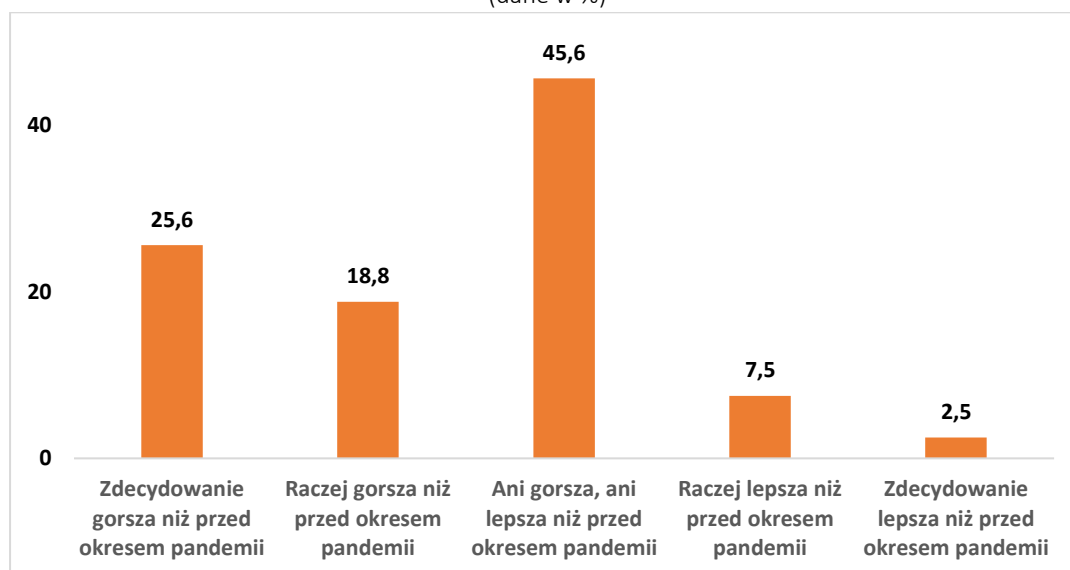
Zapytani o to, jakie pandemiczne uwarunkowania miały wpływ na zmianę częstotliwości korzystania z oferty wsparcia, badani podkreślali przede wszystkim ograniczenia w dostępie do oferty (24 wskazania), obawę przed zakażeniem wirusem (16), obowiązywanie restrykcji pandemicznych i reguł lockdownów (14) oraz brak możliwości spotkania twarzą w twarz (11). Respondenci krytycznie też oceniali zmianę formuły projektów i spotkań na zdalną (4), a nawet stawiali tezę, że pandemia została wykorzystana jako pretekst do tego, by realnie nie świadczyć usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia (2). Wskazano też, że negatywne konsekwencje dla zdrowia, a co za tym idzie, także korzystania z oferty, miało zachorowanie na COVID-19. Jednocześnie wskazywano też, że kontekst pandemiczny zachęcił badanych do zmiany nawyków życiowych i przykładania większej wagi do prowadzonego stylu życia (10).

Opinia o jakości oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 była niższa od przeciętnej. 44,4% respondentów uznało, że była gorsza niż przed okresem pandemii, a jedynie co dziesiąty badany wyraził opinię, że była lepsza. Średnia wartość wskaźnika na skali 1-5, gdzie im niższa wartość wskaźnika, tym gorsza ocena, wyniosła 2,42. Ofertę lepiej oceniają osoby z dzielnic wschodnich i Śródmieścia, deklarujące zadowolenie z życia oraz, na co warto zwrócić uwagę, osoby, które doświadczyły w 12 miesiącach poprzedzających badanie aktów dyskryminacji.

Na pytanie o powody zmian w ofercie wsparcia udzielano analogicznych odpowiedzi do tych, którymi respondenci dzielili się, mówiąc o wpływie pandemii na zmianę częstotliwości korzystania z usług.



**Wykres 18.** Opinia o jakości oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

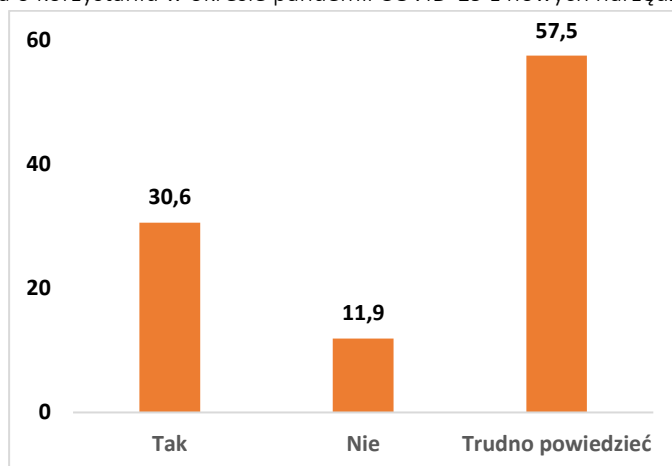
**Tabela 43.** Opinia o jakości oferty wsparcia w zakresie promocji i ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19 w podziale na zmienne niezależne (średnie na skali 1-5)

Zmienna niezależna	Średnia
<b>Płeć</b>	
Kobieta	2,42
Mężczyzna	2,44
<b>Wiek</b>	
Do 39 lat	2,47
40 lat i więcej	2,41
<b>Dzielnica</b>	
Dzielnice centralne i nadmorskie	2,36
Dzielnice południowe i zachodnie	2,49
Dzielnice wschodnie i Śródmieście	2,62
<b>Zadowolenie z życia</b>	
Tak	2,49
Nie / Ani tak, ani nie	2,12
<b>Doświadczenie dyskryminacji</b>	
Tak	2,59
Nie	2,44

Źródło: opracowanie własne

Respondenci mieli trudność w określeniu, czy okres pandemiczny oznaczał korzystanie z nowych narzędzi pracy w obszarze świadczenia usług z zakresu promocji i ochrony zdrowia. 30,6% badanych uznało, że takie narzędzia były wykorzystywane, a 11,9% respondentów wyraziło zdanie odmienne. Jednocześnie ponad połowa osób, które wypełniły kwestionariusz, uznała, że trudno jest jednoznacznie określić, czy w istocie nowe narzędzia były w pracy projektowej stosowane.

**Wykres 19.** Opinia o korzystaniu w okresie pandemii COVID-19 z nowych narzędzi pracy (dane w %)



Źródło: opracowanie własne

Wśród stosowanych nowych narzędzi pracy badani wymieniali przede wszystkim teleporady (18 wskazań), korzystanie z platform do organizacji wideokonferencji i webinarów (7) oraz organizację spotkań w trybie zdalnym (6). Ponadto wskazywano na udostępnianie materiałów online (2), funkcjonowanie mobilnych punktów szczepień (2), możliwość rejestracji na wizyty lekarskie online (1) oraz użycie maseczek i kombinezonów wymaganych w pandemii (1).

## Styl życia, jakość usług i ocena uwarunkowań systemowych. Perspektywa beneficjentów usług

Uzupełnieniem narracji ekspertów na temat systemu promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku jest prezentacja perspektywy mieszkanek i mieszkańców – beneficjentów zarówno tych usług, które są świadczone w ramach Programów, jak i innych formuł wsparcia, które pomagają w utrzymywaniu zdrowia i zdrowego stylu życia. Pozyskany materiał jest też uzupełnieniem i rozwinięciem względem danych zgromadzonych w badaniu ilościowym. Warto więc czytać zaprezentowane tu wyniki badań w szerszym kontekście analitycznym.

Podobnie jak w raporcie ewaluacyjnym sporządzonym za lata 2017-2019 rozdział podzielony jest na trzy części. Otwiera go prezentacja subiektywnej perspektywy badanych na wątki profilaktyki zdrowotnej i zdrowego stylu życia. Kolejne fragmenty rozdziału zawierają przedstawienie wniosków z oceny usług, z których badani korzystali w okresie objętym ewaluacją, oraz uwag formułowanych przez rozmówców odnośnie do istniejącego systemu promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku.

### Ocena stanu zdrowia. Profilaktyka i styl życia

Kwestia profilaktyki i stylu życia ma podstawowe znaczenie z punktu widzenia możliwości zachowania dobrego zdrowia. W tym aspekcie rozmówcy sygnalizowali, jak oceniają własny stan zdrowia, w jaki sposób dbają o aktywność fizyczną oraz jakie znaczenie w prowadzonym trybie życia mają zasady zdrowego odżywiania.

#### Stan zdrowia

Z zebranych danych wynika, że badani przywiązują różną wagę do kwestii aktualnego stanu zdrowia. Warto natomiast podkreślić, że ogólny wydźwięk narracji z wywiadów jest nieco inny niż w badaniu zrealizowanym w 2020 roku. Wówczas większą wagę rozmówcy przykładali do świadomości swojego stanu zdrowia i prób jego kontrolowania. Narracja o stanie zdrowia była też nacechowana bardziej optymistycznie. To, co łączy dane z obu pomiarów, to przekonanie, że dobra kondycja zdrowotna jest niezbędna do tego, by móc doświadczać wysokiej jakości życia, a także tendencja do bagatelizowania własnych stanów chorobowych.

O zdrowiu często myśli się w kontekście choroby. Zainteresowanie tym tematem zwiększa się, gdy kondycja zdrowotna – własnej bądź innych osób, najczęściej bliskich – wymaga podjęcia określonej reakcji.

Zbyttnio, jak człowiekowi coś nie dolega, to się nie interesuje. Jeżeli coś było z cukrem i zaczęłam szukać, to trafiłam na Program. Jeżeli dziecko dostało ulotkę 6-10-14, to trafiłam do tego Programu. Reszta nie mam pojęcia, bo mi nic nie dolega, a gdyby dolegało, to bym się pewnie interesowała i gdzieś bym w internecie pewnie trafiła, ale więcej nie wiem.

Mam problemy z cukrem, więc jak najbardziej należę do trójmiejskich grup, które ktoś sobie zawiąże. Coraz więcej jest tam uczestników. Czytam różne rzeczy czy z panią dietetyk mam kontakt i piszemy mailowo, co można by zmienić, więc człowiek musi coś robić, zwłaszcza, że pracuje 8 h dziennie przy biurku.

Problemy zdrowotne innych osób mogą też być impulsem do zwiększonego zainteresowania podjęciem realnych działań mających na celu poprawę własnego zdrowia, na przykład poprzez uczestnictwo w ofercie programów miejskich. Widać to też wyraźnie na przykładzie relacji rodziców z dziećmi, gdzie jedna osoba motywuje drugą do podejmowania aktywności i do tego, by miała ona regularny charakter.

Część badanych sygnalizuje jednak, że nie traktuje tematyki dbałości o własne zdrowie priorytetowo. O ile powszechnie podnosi się chęć zachowania zdrowia, działania w tym kierunku często nie są podejmowane. Badani mówią też, że nie poświęcają znacznej ilości czasu na poszukiwanie informacji o sposobach ochrony własnego zdrowia.

Wpływ na ten fakt ma mieć również niski poziom dostępności do opieki zdrowotnej, przede wszystkim do specjalistycznych usług, które pomagają rozwiązać problemy takie jak otyłość czy zaburzenia hormonalne. W ocenie badanych większą wagę przywiązuje się do tych obszarów zdrowia człowieka, które szybko przynoszą wymierne efekty, jak na przykład kwestie związane z zapłodnieniem pozaustrojowym, a mniejsze – z mniej spektakularnymi działaniami, często tymi o charakterze profilaktycznym (np. szczepieniami przeciwko grypie).

Wśród badanych znalazły się kobiety, które w ostatnich latach zachodziły w ciążę i rodziły dzieci. Zwracają one uwagę na trudne doświadczenia radzenia sobie z nową sytuacją życiową, w tym także z kwestią dbałości o zdrowie swoje (przed i po porodzie) oraz dziecka. Wyzwanie wiążące się z wejściem w nową rolę i charakterystyczne dla tej sytuacji obawy skłaniają kobiety do szukania wsparcia i budowania wspólnot.

Na początku ciąży, (...) nawet jeżeli się bardzo chce malucha, a tak naprawdę dowiaduje się, że jest się w ciąży, to tak troszeczkę może to być szokiem. (...) Z doświadczenia mojego i koleżanek widzę, że fajnie by było, żeby takie wsparcie profesjonalne ktoś mógł otrzymać.

Chyba nie doszło do takiego spotkania grupowego mam. Jeśli byłaby taka możliwość, to super, bo ja, powiem szczerze, chodzę na takie spotkania. Organizuje to jedna z położnych za symboliczną kwotę 20 zł. (...) Jest 10 osób w grupie i raz w miesiącu się to odbywa. Panie walą drzwiami i oknami, żeby się dostać na takie spotkania. I powiem szczerze, że to bardzo, bardzo pomaga, bo wiele mam po prostu sobie troszkę nie radzi.

### **Aktywność fizyczna**

W wywiadach niewiele uwagi badani poświęcili kwestiom podejmowania aktywności fizycznej. Jest to spójne z narracją o umiarkowanej wadze przypisywanej dbałości o zachowywanie stanu zdrowia. Jednocześnie zebrane dane wyraźnie kontrastują z materiałem empirycznym pozyskanym w badaniach zrealizowanych w 2020 roku. Wówczas w wywiadach sygnalizowano jak dużą wagę badani przypisują podejmowaniu aktywności fizycznej. Wielu rozmówców relacjonowała wręcz hiperaktywność, podkreślając, że aktywność jest dla nich hobby i elementem tożsamości zarazem.

Nawet zakładając nieporównywalność pomiarów z uwagi na wykorzystaną technikę badań o jakościowym charakterze oraz niewielką i zróżnicowaną w porównaniu z poprzednią edycją projektu próbę badawczą różnice w stylach opowiadania o podejmowanych aktywnościach fizycznych wymagają krytycznej refleksji. Okazuje się bowiem, że ostatnie dwa lata mogły być istotnym hamulcem w podejmowaniu aktywności o charakterze rekreacyjnym i sportowym. Wywiady przeprowadzone w początku pandemii rejestrowały wcześniej zdobywane doświadczenia, dziś natomiast widać pandemiczne efekty, przede wszystkim obniżone poczucie motywacji do aktywności, które utrzymało się po zakończeniu okresu lockdownów.

Co ciekawe, w pomiarze przeprowadzonym na potrzeby niniejszej ewaluacji mniej nasilona jest narracja powinnościowa, tj. badani rzadziej tłumaczą swoje powody braku aktywności i w mniejszym stopniu żałują, że nie mogą jej podejmować. Nie relacjonują na przykład, że nie są aktywni z uwagi na liczne zobowiązania zawodowe czy konieczność opieki nad dziećmi lub pracy w domu.

Z podejmowanych aktywności wymienia się przede wszystkim chodzenie na spacer, jazdę na rowerze oraz bieganie. Akcent kładzie się jednak przede wszystkim na istnienie infrastruktury do podejmowania aktywności niż korzystanie z niej.

Mamy dwa oczka przy osiedlu, plac zabaw dla dzieci fajny, także jak najbardziej. Jest gdzie spacerować, mamy teren na rolki. Troszeczkę jest mało, jeśli chodzi o nasze rejony, dróg rowerowych, bo jednak pod tym względem u nas jest niebezpiecznie, ale jeśli chodzi o spacer, to my jak najbardziej mamy gdzie spacerować.

Mamy kawał lasu, więc spacerują się na prawo i lewo, są ścieżki rowerowe.

## Zdrowe odżywianie

Analogicznie jak w przypadku dbałości o stan zdrowia i podejmowania aktywności fizycznej wątek zdrowego odżywiania wyraźniej wybrzmiewa w badaniu zrealizowanym na początku pandemii. Materiał empiryczny zebrany w 2022 roku w mniejszym stopniu pogłębia wiedzę o strategiach odżywiania się badanych.

Nacisk kładziony jest przede wszystkim na konieczność zdrowego odżywiania jako regulatora stanu zdrowia, nie zaś na wewnętrzną motywację do tego, by prowadzić tryb życia uwzględniający ten element jako jego ważną składową. Zdrowe nawyki żywieniowe mają więc w mniejszym stopniu znaczenie profilaktyczne, a częściej pełnią funkcję lekarstwa na różnego rodzaju dolegliwości.

W wywiadach pojawia się interesujący wątek kompetencji związanych ze zdrowym odżywianiem (konieczności ich pozyskiwania, trudności z tym związanych oraz wykorzystaniem ich w codziennym życiu), a także – w przypadku dzieci – kwestii wpływu sposobu odżywiania na relacje z innymi.

Nie mam w rodzinie nikogo z cukrzycą, więc my tej diety nie znaliśmy. Musimy się tej diety nauczyć i dużo przed nami. (...) Dziecko zaraz skończy 13 lat, żeby mogła potem to przenosić na codzienność. Że przyjdzie do domu, nas nie ma, bo pracujemy i ona potrafi sobie zagospodarować to jedzenie sama. (...) Zajęcia warsztatowe, gdzie dzieci spotykają inne w tym samym wieku, to by było fajne. Jak są dzieci, które są trochę wykluczone, bo są urodziny albo spotykają się w swoim gronie, to wiadomo, że nie każdy kupi tort bez cukru, czy przeznaczony dla ludzi z insulinopornością. Tu niestety okazuje się, że dzieci uczestniczą w takich urodzinach, a nie mogą nic zjeść. Ważne, żeby były bardziej świadome tego, że nie opychamy się w takich sytuacjach.

Wprowadzenie zasad zdrowego odżywiania i regulacji diety w życie rodzin, w których dzieci zmagają się z nadmiarem masy ciała, wymaga reorientacji trybu życia, zwrócenia uwagi na nawyki, które wymagają modyfikacji. Podkreśla się znaczenie łączenia odpowiedniej higieny żywienia z podejmowaniem aktywności fizycznej i rozplanowanie etapów zmiany, jaka miałyby być efektem wdrożenia nowych zasad odżywiania. W ocenie badanych ważne też jest wsparcie dzieci w procesie redukcji masy czy innego działania, które miałyby być efektem zmienionej diety.

## Ocena usług

Rozmówcy dzielili się refleksjami na temat korzystania z usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku w okresie objętym ewaluacją. Materiał zawiera dane na temat genezy udziału mieszkanki i mieszkańców Miasta w poszczególnych Programach oraz ocenę i poziom

zadowolenia z otrzymanych usług. Wnioski z analizy przedstawione są także w odniesieniu do spostrzeżeń formułowanych przez badanych w pomiarze za lata 2017-2019, choć inaczej niż w przypadku wcześniejszego raportu ewaluacyjnego ocena usług nie jest różnicowana ze względu na udział w Programie, który był podstawą rekrutacji osoby do udziału w badaniach.

### Geneza udziału

Specyfika korzystania ze wsparcia zależy od charakteru danego Programu. Pod tym względem sytuacja jest analogiczna jak w przypadku badań zrealizowanych za okres 2017-2019. Dotyczy to także genezy udziału w poszczególnych miejskich przedsięwzięciach. W przypadku procedury in vitro badani sygnalizują, że posiadali wiedzę na temat tego, że Miasto udziela wsparcia w postaci dofinansowania.

O Programie to już się dowiedzieliśmy, że tak powiem, zanim skorzystaliśmy. Myślę, że co najmniej z rok albo z pół roku wiedzieliśmy o tym Programie, że Urząd Miasta Gdańska dofinansowuje in vitro. Więc, że tak powiem, zbieraliśmy się do tej myśli. I w końcu nadszedł ten moment, no już będzie 1,5 roku temu. Skorzystaliśmy pierwszy raz z kliniki (...). Poszliśmy, umówiliśmy się na pierwszą wizytę. No i zadzwoniliśmy na infolinię. (...) Mąż zadzwonił, umówił nas na pierwszą wizytę.

R: Już na pierwszej wizycie pamiętam, że doktor nam wszystko wspominał. Że jak zakwalifikujemy się do programu, to, że dofinansowanie z urzędu miasta jest.

B: A Pani powiedziała, że już przed pójściem do kliniki słyszeliście Państwo o Programie. Skąd były te informacje?

R: Chyba z mediów. Albo na stronie. Nie wiem, czy Trojmiasto.pl albo jakieś innej. Czy na stronie kliniki, jak wyskoczyło. Bardziej z internetu.

Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego jest jednak pod kątem rozpoznawalności poszczególnych Programów wśród osób badanych wyjątkiem. Jeśli chodzi o korzystanie z innych propozycji w miejskiej ofercie badani podkreślają, że kluczowe znaczenie ma pozyskiwanie informacji pocztą pantoflową, od bliskich i znajomych, którzy albo samodzielnie korzystali z danej usługi, albo posiadli o niej wiedzę. W przypadku Programu 6-10-14 kluczowym źródłem pozyskiwania przez badanych informacji o możliwości skorzystania z usługi byli lekarze oraz materiały promocyjne dostępne w szkole, w której uczy się dziecko.

O możliwości uczestnictwa w Gdańskim Programie Profilaktyki Cukrzycy badana dowiedziała się natomiast, gdy zdiagnozowano u niej hiperglikemię. Wiedząc o swoim problemie zdrowotnym, poszukiwała informacji o sposobach leczenia cukrzycy i odnalazła informację na temat Programu w reklamie na Facebooku na jednym z miejskich profili.

### Ocena usług

Podobnie jak w badaniach zrealizowanych w 2020 roku, badani stoją na stanowisku, że jakość oferowanych im usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia stoi na wysokim poziomie.

Pozytywnie ocenia się zarówno warstwę merytoryczną Programów, jak i sposób ich organizacji. Rozmówcy doceniają profesjonalne podejście do klientów, a możliwość skorzystania z oferty traktują jak okazję do podniesienia własnej kondycji zdrowotnej. Pozytywnie oceniany jest też fakt, że korzystanie z wielu elementów oferty nie wymaga ponoszenia kosztów finansowych.

Program 6-10-14 oceniany jest pozytywnie pod kątem przyjętej formuły i stosowanych narzędzi. Badani zwracali uwagę na łatwość skorzystania z oferty programowej i walor kontroli stanu zdrowia dziecka.

Program jest warty sprawdzenia, zwłaszcza w czasach po pandemii, (...) bo po takim siedzeniu przed komputerem u dzieci mogą różne rzeczy powychodzić.

Dostaliśmy skierowanie od lekarza pediatry. Zadzwoiłam tam, zarejestrowaliśmy się. (...) Ogólnie jesteśmy zadowoleni. (...) Jeśli chodzi o ocenę, to pozytywnie, nie mam zastrzeżeń.

Porady dietetyka i psychologa dużo dały, także bardzo fajnie, tym bardziej, że były robione badania i zostały wykluczone kwestie chociażby cukrzycowe. Generalnie pozytywnie, bo w większości przypadków córka dostała wsparcie.

Istotnym walorem Programu jest też to, że ma on kompleksowy charakter. Rodzice doceniają fakt, że dzieci przejść mogą przez rozłożony w czasie, przemyślany proces wsparcia, w ramach którego osoba zmagająca się z nadmiarem masy ciała otrzymuje opiekę i porady od lekarzy, dietetyków, fizjoterapeutów i psychologów. Szczególnie dużą wartość dostrzeżono w organizacji warsztatów kulinarnych. Udział w nich nie tylko uczył dzieci zdrowych nawyków żywieniowych, ale mobilizował do zdobywania kompetencji i samorozwoju.

W przypadku Programu 6-10-14 rekomendowano, by w kolejnych latach realizacji Programu w większej mierze bazować na stosowaniu technik warsztatowych. Są one bowiem innowacyjną formą zdobywania nowych umiejętności, a poza tym uczestnicy je lubią, co wpływa na wzrost poziomu motywacji do korzystania z usługi, a w dłuższej perspektywie – do chęci utrzymania pozytywnych efektów udziału w Programie.

Te warsztaty z gotowania, robienie ciasta... Wiadomo, że dzieciaki bardzo lubią słodkie i nauczyliśmy się robić np. bananowe pankejkki, gdzie wcześniej tego nie robiliśmy. Tutaj fajnie zastępuje się tę mąkę bananem, jajkiem i słodzikiem. (...) To się świetnie sprawdziło.

Podobnie pozytywne są spostrzeżenia rodziców na temat Programu Fit Klasa, który w okresie objętym ewaluacją odbywał się zarówno w formule stacjonarnej, jak i zdalnie. Rodzice podkreślają, że dzieci były zadowolone z udziału, nie dostrzegając w nim istotnych różnic w porównaniu do zajęć wychowania fizycznego. Zwracano uwagę na przyjazną formułę spotkań i ćwiczeń oraz sugerowano, że Program mógłby być realizowany także dla starszych uczniów.



Osoby seropoztywne mogą korzystać z kilku usług w ramach Programu. Wszystkie oceny formułowane przez badanych pod adresem świadczonego wsparcia są pozytywne. Działania terapeutyczne są postrzegane jako pomocne, wzmacniające, zachęcające do refleksji i oferujące możliwość dania upustu własnym emocjom. Spotkania z innymi osobami zakażonymi wirusem HIV dają badanym możliwość poczucia wspólnoty problemu. Odpowiadają im również uwarunkowania logistyczne wsparcia, np. warunki dojazdu na spotkania i godziny ich odbywania się. Pozytywnie oceniana jest też możliwość wzięcia udziału w turnusie terapeutyczno-rehabilitacyjnym dla osób seropozytywnych i ich rodzin.

Pacjenci korzystający z dofinansowania do procedury in vitro także formułują dobre oceny w kontekście możliwości skorzystania ze wsparcia. Docenia się zarówno profesjonalny charakter oferty, jak i sposób koordynacji świadczonej pomocy.

Pani z kliniki poleciła nam doktora. Już na początku byliśmy bardzo zadowoleni. (...) Wszystko przebiegało... No szczerze, to nie mam na co narzekać. (...) Na pierwszej wizycie zostało wszystko omówione, jak to będzie wyglądać i tak dalej. Lekarz skierował nas na pierwsze badania, (...) żeby sprawdzić, na czym u nas problem polegał, więc to wszystko zostało sprawdzone.

Wszystkie zgody na jakieś zabiegi, na te procedury, były drukowane albo elektronicznie podpisywane u lekarza w gabinecie. Jeśli chodzi o dodatkowe dokumenty, no to wiadomo, też mieliśmy opiekuna przydzielonego, więc zawsze się można zwrócić o pomoc do tej osoby. Ona nam wtedy wydawała dokumenty, które muszą być przed jakimś zabiegiem czy procedurą podpisane. Na spokojnie mogliśmy je sobie przeczytać, podpisać w domu, (...) więc moim zdaniem papierologii jakoś za dużo nie było.

Usługa wsparcia psychologicznego udzielanego w związku z problemami w zakresie zdrowia prokreacyjnego także była przez badanych oceniana pozytywnie. Podkreślano, że stanowi ona ważne wsparcie w sytuacjach kryzysów związanych zarówno z problemami z zająciem w ciążę, jak i późniejszym przygotowaniem do porodu czy opieką poporodową. Badane osoby mają dobre doświadczenia, jeśli chodzi o możliwość skorzystania z oferty terapii. Pełni ona dla nich funkcję stabilizującą i wzmacniającą. Daje szansę przepracowania własnych lęków i rozmowy o trudnych emocjach wiążących się z chęcią urodzenia i posiadania dziecka.

Wsparcie, jakie badani uzyskują w ramach różnych Programów z obszaru promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku, pomaga im albo rozwiązać konkretny problem, którego doświadczają, albo pozyskać kompetencje do radzenia sobie z trudnościami życiowymi. Poszczególne projekty pozwalają badanym zdobywać poczucie autonomii i podmiotowości, pomagają uwolnić od problemów i przyczyniają do podniesienia poziomu jakości życia.

Odnosnie do Programu 6-10-14 oraz leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego badani formułowali uwagi odnośnie do możliwego kierunku modyfikacji

w sposobie realizacji tych przedsięwzięć. Należy jednak podkreślić, że te głosy towarzyszyły generalnie pozytywnym opiniom na temat usług i możliwości korzystania z nich.

W przypadku Programu 6-10-14 sugerowano poprawę standardu komunikacji na linii kadrapacjent. Wskazywano bowiem, że w trakcie niektórych z wizyt lekarz krytykował dziecko lub komunikował się z nim w sposób nieprzyjazny, a rozmowa z psychologiem miała mało empatyczny, niepogłębiony przebieg.

Inny wymiar mają uwagi dotyczące kwestii dofinansowania do procedury in vitro. Badani jednoznacznie pozytywnie wypowiadają się odnośnie do faktu, że samorząd lokalny w Gdańsku wspiera osoby starające się o posiadanie potomstwa. Jednocześnie podkreślają, jak dużą trudnością było dla nich zaangażowanie własnych środków w celu możliwości skutecznego przejścia całej procedury. Dodatkowym problemem już w trakcie korzystania z usługi jest dostępność do preparatów medycznych, które pacjenci muszą nabywać we własnym zakresie.

Ta kwota jest za niska. Jeżeli Program składa się z kilku faz, płaci się za badanie zarodków, to nie wiadomo, ile to będzie kosztować. Do tego poprawka na dodatkowe badania, kolejne pobrania. No to jest kwota 30-35 tysięcy zł, jeszcze leki. (...) Miasto dofinansowuje kilka tysięcy. Nie mówię, że nie doceniam. Doceniam bardzo, bo płacę podatki od lat, więc fajnie, że przynajmniej w takiej formie mogą skorzystać, ale patrząc na całą skalę... No na pewno nie jest to program dedykowany dla wszystkich, bo mało kto ma wolne 30 tysięcy zł.

Jedyne zastrzeżenie, jakie miałabym do programu, a właściwie wniosek optymalizujący, ale to pewnie nie do Miasta, tylko do kliniki, to że faktycznie używa się w procedurze rzadko występujących leków. (...) Jak pierwszy raz miałam zacząć procedurę i miałam ten zastrzyk przyjąć, to mieli awarię internetu, więc nie byli w stanie realizować żadnych recept, a najbliższe lekarstwo było prawie 200 km stąd. (...) Być może formalnie tego nie są w stanie zapewnić, albo niech już ten Program będzie droższy, ale niech te leki tam będą. Żebym ja miała taką wizję, że (...) wychodzę stamtąd z pakietem leków, które muszę pobrać, a nie, że ja muszę po całym Trójmieście chodzić. Udało mi się znaleźć jedną dawkę tego leku na ten sam dzień, ale na drugi dzień znowu go nigdzie nie było.

## System promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku

Trzecim aspektem oceny beneficjentów wyróżnionym w zebranych materiałach empirycznych jest kwestia systemowych uwarunkowań działań w zakresie promocji i ochrony zdrowia, które prowadzone są w Gdańsku. Dane przedstawione są w podziale na trzy części: (1) opinie dotyczące sugestii zmian, które rozmówcy chcieliby wdrożyć do istniejącego systemu, (2) opis Gdańska jako ośrodka sprzyjającego prowadzeniu zdrowego trybu życia oraz (3) refleksje na temat systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz ofercie działań w zakresie zdrowia publicznego, które nie są finansowane ze środków miejskich.

### Obszary zmian

W odniesieniu do postulowanych obszarów zmian w zakresie oferty w obszarze promocji i ochrony zdrowia w badaniu podsumowującym okres 2017-2019 badani formułowali opinie dotyczące między innymi kwestie lepszej polityki informacyjno-komunikacyjnej, w tym stworzenia forum rozmów o zdrowiu, akcentowaniu działań o charakterze profilaktycznym oraz adresowania ich do różnych grup odbiorców. W stosunku do wcześniejszego pomiaru nie zaobserwowano zasadniczych zmian w ogólnym wydźwięku opinii rozmówców. Większy nacisk został natomiast położony na rekonstruowanie wyobrażeń o sposobie wsparcia adresowanym do konkretnych grup beneficjentów, co zostaje zreferowane poniżej.

Niemal wszyscy badani, choć rekrutowano ich do udziału w badaniu za pośrednictwem instytucji, które udzielają im bądź ich dzieciom wsparcia w zakresie usług z obszaru promocji i ochrony zdrowia, podkreślają, że odczuwalny jest deficyt wiedzy na temat oferty, z której mogą korzystać mieszkanki i mieszkańcy Miasta. Rozmówcy stoją na stanowisku, że informacja o realizowanych Programach powinna być upowszechniana i że należy prowadzić te działania z wykorzystaniem możliwie jak najszerszego katalogu narzędzi.

Pracuję w szkole i nigdy nie widziałam ani żadnej reklamówki, ani że w ogóle jest taka możliwość. No nawet na Facebooku mi się nigdzie nie przewinęło. Dopiero jakaś koleżanka powiedziała, zaczęłam grzebać, szukać, to dopiero jakby się dowiedziałam, że coś się dzieje takiego. O innych programach też w ogóle nie mam zielonego pojęcia. Fakt, jak ktoś pewnie jest czymś zainteresowany i bardziej się doszukuje, no to pewnie znajdzie, ale tak, żeby po prostu...

Myślę, że potrzebne są kampanie promocyjne różnego rodzaju, szereg badań w miejscach, które są najczęściej oblegane. Dziś (...) Gdańsk żyje 100cnią i tam jest największe skupisko zarówno ludzi młodych, jak i starszych. Nie mówię tylko o słynnej ulicy Elektryków, ale o całej przestrzeni i innych ulicach, które są w tym obrębie. Mignęła mi reklama w Gdańsku bycia tolerancyjnym do różnego rodzaju osób, środowisk i tak dalej. Myślę, że użycie nawet plakatów w większym zakresie mogłoby sprawić, że ktoś, nawet pod wpływem chwili, imprezy mógłby pomyśleć, żeby się przebadac. (...) Nie tylko w kontekście tej choroby, ale ogółem.

Badani rekomendują, żeby inwestować w kampanie społeczne na tematy ważne z punktu widzenia promocji i ochrony zdrowia (np. kampanie onkologiczne), oraz żeby w większej niż dotąd mierze aktywność informacyjną podejmowali względem swoich pacjentów lekarze. Wartością Programu jest fakt, że wiele usług, które się na niego składają, są bezpłatne, a jeśli korzystanie z nich wiąże się z ponoszeniem kosztów, udział mieszkanki lub mieszkańca Miasta w nich jest dofinansowany.

Dla części osób uczestniczących w turnusach dla osób seropozytywnych i ich rodzin koszt wyjazdu określany jest jako znaczny, niekiedy przekraczający możliwości finansowe osoby. Osoby seropozytywne zwracają też uwagę na konieczność podjęcia działań mających na celu monitoring sytuacji w społeczności uchodźców z Ukrainy, gdzie szacowany odsetek zakażeń wirusem HIV jest znacznie wyższy niż w Polsce.

Za wyzwanie uważane jest świadczenie wsparcia dla młodzieży, czyli grupy osób, do której w ocenie badanych trudno jest dotrzeć z przekonującym przestaniem informacyjno-edukacyjnym. Pomimo tych trudności rozmówcy uważają, że należy inwestować w komunikację z młodymi osobami i zapraszać je do udziału w różnych, najlepiej interaktywnych, warsztatowych, formułach współpracy.

Innym kryterium, pod kątem którego badani analizują potrzebę wdrożenia rozwiązań do Programu, jest płeć. Z jednej strony mówi się więc o konieczności poszerzenia zakresu oferty dla kobiet (między innymi w obszarze zdrowia psychicznego, oferowanego dawniej w Programie wsparcia laktacyjnego, rehabilitacji czy zdrowego odżywiania), z drugiej zaś – akcentuje wagę świadczenia usług na rzecz mężczyzn, przede wszystkim poprzez zachęcanie i motywowanie ich do większej dbałości o zdrowie. W pośrednim odniesieniu do czynnika płci kulturowej za istotną słabość istniejącego systemu usług w obszarze promocji i ochrony zdrowia uważa się deficyt oferty w obszarze edukacji psychoseksualnej.

Z tego, co widzę bardzo dużo dzieci, od 12. do 16. roku życia, ma bardzo zaburzony sposób patrzenia na swoją seksualność. Z tym się spotkałam pracując w gimnazjum, (...) teraz ten wiek wszedł w podstawówkę. (...) Największe problemy są w 7., 8. i 1. klasie szkoły średniej. Te dzieci są w ogóle pogubione. (...) Z zajęć z wychowania do życia w rodzinie dużo osób rezygnuje. Nauczyciele nie są przygotowani do prowadzenia takich zajęć. (...) Pani rozwiesiła plakat, jak wygląda ciało kobiety, a jak wygląda ciało mężczyzny. Takie rzeczy poznają w 5. klasie szkoły podstawowej, to dla nich żadna atrakcja i nowość. Wiem, że dzieci wymieniają się filmikami np. „co to jest seks?”. Niech one będą uświadamiane w inny sposób, poza środowiskiem szkolnym, bo tam się będą wstydzić.

Wśród innych wskazań, które w ocenie rozmówców powinny znaleźć przełożenie na sposób myślenia o formułowaniu założeń programowych, znalazło się oczekiwanie, że Miasto prowadzić będzie większą liczbę działań zorientowanych na podnoszenie jakości życia, oraz że podejmie starania w celu likwidacji lub minimalizowania istniejących problemów, takich jak np. uciążliwość zapachowa odczuwana przez mieszkanki i mieszkańców w dzielnicach położonych w okolicy Zakładu Utylizacyjnego w Gdańsku. Ta aktywność ma w ocenie rozmówców nie wprost przełożyć się na poprawę poziomu zdrowia mieszkanki i mieszkańców Miasta.

### ***Gdańsk jako przyjazne miejsce do prowadzenia zdrowego stylu życia***

Nie ma zasadniczych zmian w opiniach badanych na temat funkcji Gdańska jako Miasta pozwalającego jego mieszkankom i mieszkańcom zachować zdrowie. Podobnie jak w badaniu przeprowadzonym w 2020 roku podkreślano, że Gdańsk jest bardzo dobrym miejscem z punktu widzenia możliwości prowadzenia zdrowego stylu życia. Jedna z osób określiła Gdańsk mianem „miasta prozdrowotnego”, korzystnie położonego geograficznie i bogatego w infrastrukturę do

dbania o zdrowie. Pozytywnie oceniane jest nie tylko to, jakie walory w kontekście zdrowotnym ma Miasto, ale też to, w jakich jego częściach zamieszkują badani.

Mieszkam przy samym lesie i po prostu samo ustawienie miasta bardzo pomaga dbać o zdrowie, poprzez na przykład aktywność fizyczną.

Uważam, że spokojnie można się tu zaktywizować. Jest mnóstwo rzeczy, może nie dofinansowanych, ale jeśli ktoś chce się zapisać, jeżeli chce się zorganizować... Z kartami Multisport można korzystać z tylu punktów, że można sobie pozwolić na to. Są ścieżki rowerowe, nordic walking, jest całoroczne łyżwiarstwo. Jeśli ktoś chce, to znajdzie możliwości, żeby zdrowo żyć. Wcześniej mieszkaliśmy w innym mieście i znacznie lepiej jest w Gdańsku. No i macie morze. To jest to. Dużo ścieżek, pas leśnictwa.

Ja uważam, że Gdańsk w ogóle jest świetnie położony. W ogóle całe Trójmiasto mi się zawsze kojarzy, jak jadę na południe Polski... Powiem szczerze, tam powietrze to jest tragedia. Naprawdę tęskniłam, aż wrócimy do Gdańska.

W ocenie badanych mieszkanie w Gdańsku sprzyja zachowaniu zdrowia, ponieważ daje wiele możliwości aktywnego wypoczynku i nawet jeśli badani nie deklarują podejmowania szerokiego zakresu aktywności, za znaczną wartość uznają to, że mają taką szansę. Formułuje się natomiast jednocześnie postulat, by nie niszczyć naturalnych walorów Miasta zbyt intensywną zabudową, przede wszystkim mieszkaniową, co miałyby w ocenie badanych negatywnie wpłynąć na potencjał prozdrowotny Miasta.

Rozmówcy podkreślali ponadto, że Gdańsk cały czas przechodzi proces zmiany, aktualnie inwestując w rozwój terenów zielonych. Doceniany jest fakt, że Miasto prowadzi politykę, której celem jest zachęcanie mieszkanki i mieszkańców do prowadzenia aktywnego trybu życia. Wzmocnienie tych działań jest jednak, jak zauważa część badanych, niezbędne w dzielnicach ze słabiej rozwiniętą infrastrukturą społeczną, przede wszystkim tych położonych w południowych częściach Miasta.

### **System opieki zdrowotnej**

Rozdział zamyka podsumowanie uwag na temat specyfiki funkcjonowania polskiego systemu opieki zdrowotnej. Spostrzeżenia badanych zebrane w toku analizy realizowanej na potrzeby niniejszego raportu ewaluacyjnego są zbliżone do tych pozyskanych w pomiarze za lata 2017-2019. Badani sygnalizują raczej krytyczną opinię na temat jakości systemu opieki zdrowotnej, wskazując na liczne i głębokie luki w jego ramach. Podkreślają ograniczenia skali finansowania świadczeń zdrowotnych, co sprawia, że internalizują przekonanie o konieczności samodzielnego zapewniania sobie dostępu do usług poza systemem publicznym. Sytuacja ta wzbudza w badanych poczucie bezsilności i frustracji.

Uwagi formułowane przez badanych są też bardzo podobne do tych pozyskanych w module ilościowym badań. Podkreśla się więc przede wszystkim ograniczony dostęp do lekarzy specjalistów i deficyt możliwości korzystania z badań profilaktycznych.

Jeżeli mam się z dzieckiem dostać na NFZ, to jest dramat. Dziecko dwa dni chore i nie mogę się dostać do pediatry, więc ja już korzystam cały czas z prywatnych. Czy endokrynolog, czy ginekolog, stomatolog, to wszystko prywatnie. Już nie liczę na państwową pomoc.

Z racji na moją historię, to jest tak, że często po prostu korzystam z prywatnej opieki zdrowotnej, co powoduje, że nasz budżet domowy bardzo się zawęża. I ja z racji właśnie na moje przeżycia, to (...) wolę pójść do kogoś, komu wiem, że ufam niż po prostu kontynuować leczenie na NFZ. I to jest bardzo, bardzo trudna sytuacja dla naszej rodziny.

Badani podkreślają nie tylko to, że koszt usług medycznych finansowanych ze środków prywatnych jest wysoki. Zwracają także uwagę na fakt, że koszty te rosną. Mimo przekonania o wydatkowaniu istotnej części domowych budżetów na korzystanie z usług medycznych rozmówcy dostrzegają, że zazwyczaj posiadają na ten cel środki. Dostrzegają przy tym trudności osób gorzej uposażonych, które są zmuszone do rezygnacji z korzystania ze świadczeń. Za szczególnie ważne uważa się zapewnianie wysokiej jakości usług dzieciom oraz możliwość korzystania z usług specjalistycznych, do których dostęp jest szczególnie rzadki.

## Wyniki analizy SWOT. Wnioski i rekomendacje

### Analiza SWOT. Mocne i słabe strony Programu

Podsumowaniem działań ewaluacyjnych jest analiza SWOT realizacji Programów za lata 2020-2021. W ramach przeprowadzonej analizy zidentyfikowane zostały mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia związane z realizacją działań z obszaru promocji i ochrony zdrowia w Gdańsku. Opracowane zestawienie powstało w oparciu o analizę dostępnej dokumentacji oraz zrealizowane badania terenowe: kwestionariusz ankiety wypełniany przez mieszkanki i mieszkańców, w tym beneficjentów miejskich usług, a także serię wywiadów przeprowadzonych z ekspertami oraz uczestnikami zadań realizowanych w ramach Programu

Tabela 44. Analiza SWOT działań programowych

MOCNE STRONY	SŁABE STRONY
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Spójny, kompleksowy charakter realizowanej polityki</li> <li>▪ Istnienie flagowych Programów wspierających mieszkanki i mieszkańców (np. w zakresie wspierania leczenia niepłodności)</li> <li>▪ Myślenie o efektach działań i wpływie Programów w perspektywie długofalowej (wieloletniej)</li> <li>▪ Otwartość na testowanie innowacyjnych rozwiązań w zakresie promocji i ochrony zdrowia</li> <li>▪ Wieloletnia formuła realizacji zadań</li> <li>▪ Pozytywna ocena realizatorów relacji z Koordynatorem</li> <li>▪ Przemysłane wykorzystywanie przez część realizatorów danych z samodzielnie zaprojektowanych narzędzi ewaluacyjnych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Wyhamowanie dynamiki rozwoju Programu spowodowane przez pandemię COVID-19</li> <li>▪ Zróżnicowanie dostępu do świadczeń w obszarze promocji i ochrony zdrowia generujące ryzyko pogłębiania się wykluczenia społecznego określonych grup mieszkanki i mieszkańców</li> <li>▪ Deficyt silnego ośrodka koordynującego działania w ramach Programu</li> <li>▪ Niski poziom dostępności do części usług świadczonych w ramach Programu</li> <li>▪ Deficyt zainteresowania składaniem ofert na realizację zadań przez podmioty lecznicze</li> <li>▪ Krytyczne uwagi realizatorów pod adresem systemu prowadzonej sprawozdawczości</li> <li>▪ Brak skoordynowanej polityki informacyjno-komunikacyjnej</li> <li>▪ Spadek poziomu oceny stanu własnego zdrowia oraz wartości Indeksu Znaczenia Tematyki Zdrowotnej</li> <li>▪ Spadek oceny jakości i dostępności usług w zakresie promocji i ochrony zdrowia</li> </ul>

Tabela 44. C.d. Analiza SWOT działań programowych

SZANSE	ZAGROŻENIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rozwój regionalnego systemu polityki promocji i ochrony zdrowia w oparciu o doświadczenia i dobre praktyki z Gdańska</li> <li>▪ Rozwinięcie modelu współpracy z placówkami edukacyjnymi</li> <li>▪ Rozwój nowej oferty programowej przygotowywanej przez Gdański Ośrodek Promocji Zdrowia i Profilaktyki Uzależnień</li> <li>▪ Budowa międzysektorowej koalicji na rzecz zdrowia publicznego</li> <li>▪ Kierowanie oferty do nowych grup odbiorców w oparciu o przeprowadzone diagnozy</li> <li>▪ Rozwijanie formuł partycypacyjnych / warsztatowych w ramach oferty edukacyjnej i profilaktycznej</li> <li>▪ Wzmocnienie zasobów osobowych do koordynacji działań programowych</li> <li>▪ Wzrost zainteresowania tematyką kompetencji zdrowotnych mieszkanki i mieszkańców Gdańska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Brak diagnozy populacji uchodźców z Ukrainy pod kątem poziomu jakości ich zdrowia</li> <li>▪ Przedłużający się impas w ustalaniu priorytetów strategicznych do realizacji w ramach Programu</li> <li>▪ Chaos prawny w obszarze promocji i ochrony zdrowia</li> <li>▪ Trudności w rekrutacji uczestników Programu spowodowane niskim poziomem ich motywacji</li> <li>▪ Niechęć seniorów do udziału w formułach zajęć prowadzonych zdalnie</li> <li>▪ Niski priorytet dla tematyki promocji i ochrony zdrowia w agendzie miejskiej</li> <li>▪ Odbieranie samorządom kompetencji w zakresie prowadzenia polityki w obszarze promocji i ochrony zdrowia przez szczebel centralny</li> </ul>



## Wnioski i rekomendacje obszarowe

W poniższej tabeli zamieszczone zostały kluczowe rekomendacje do dalszych działań w podziale na trzy strategiczne wymiary: (1) zarządzanie Programem, (2) tworzenie oferty oraz (3) współpraca. Należy mieć na uwadze fakt, że listę zaproponowanych rekomendacji można uzupełniać poprzez wdrażanie rozwiązań zarekomendowanych w zestawieniu przygotowanym w ramach ewaluacji prowadzonej za okres 2017-2019. Dotyczy to przede wszystkim takich kwestii jak adresowanie oferty do nowych grup odbiorców i z wykorzystaniem nowych formuł, systemowe gromadzenie danych umożliwiające weryfikację skali osiągnięcia celów oraz rozwijanie działań z obszaru monitoringu i ewaluacji.

**Tabela 45.** Rekomendacje do dalszych działań w podziale na obszary

I. Zarządzanie	
I.1	Należy kontynuować realizację założeń programowych przyjętych na okres 2021-2025. Program stanowi ważny element strategii rozwiązywania problemów w obszarze zdrowia i zawiera elementy, których realizacja w znaczący sposób przekłada się na podnoszenie poziomu jakości życia mieszkanki i mieszkańców Miasta.
I.2	Należy podjąć działania mające na celu podniesienie rangi kwestii promocji i ochrony zdrowia jako kluczowego tematu miejskiej agendy w wymiarze społecznym. Powiązanie tego zagadnienia z celami strategicznymi rozwoju Miasta ma kluczowe znaczenie dla całej polityki miejskiej w wymiarze społecznym.
I.3	Należy zintensyfikować działania mające na celu poprawę jakości zarządzania i koordynacji w Programie. Dotyczy to przede wszystkim ustalania strategicznych priorytetów wpisujących się w ramę kierunków obranych w Programie. Wyzwaniem dla polityki miejskiej jest praktyczne łączenie kwestii promocji i ochrony zdrowia z obszarem zdrowia psychicznego. Wymaga to alokacji odpowiedniej puli zasobów osobowych i przemyślenia strukturalnych uwarunkowań prowadzenia działań merytorycznych w ramach miejskiej polityki społecznej.

Tabela 45. C.d. Rekomendacje do dalszych działań w podziale na obszary

II. Tworzenie oferty	
II.1	Należy kontynuować rozwijanie oferty warsztatowej w ramach części zadań z obszaru edukacji i profilaktyki. Element partycypacyjny jest pozytywnie oceniany przez beneficjentów i stanowi istotny czynnik zwiększania poziomu motywacji do udziału w przedsięwzięciach z zakresu promocji i ochrony zdrowia. Ofertę warsztatową warto kierować do różnych grup mieszkańców, nie tylko dzieci i młodzieży.
II.2	Należy położyć akcent na prowadzenie diagnoz obszarowych, pozwalających na dopasowanie oferty usług do konkretnych grup odbiorców. Trudności w docieraniu do uczestników projektów mogą być pochodną braku wiedzy na temat ich potrzeb i motywacji. Warto rozważyć prowadzenie analiz o charakterze jakościowym, adresowanym do wybranych grup beneficjentów (np. młodzi rodzice z południowych dzielnic Miasta, seniorzy zależni).
II.3	Należy rozwinąć działania w ramach prowadzonej polityki informacyjno-komunikacyjnej. Aktualnie realizowane działania nie są skuteczne jako narzędzie dotarcia do szerokich grup odbiorców. Warto rozważyć możliwość przeprowadzenia kampanii promocyjnej oferty Miasta w obszarze promocji i ochrony zdrowia.

Tabela 45. C.d. Rekomendacje do dalszych działań w podziale na obszary

III. Współpraca	
III.1	Należy dążyć do budowania międzysektorowej koalicji na rzecz promocji i ochrony zdrowia z udziałem reprezentantów różnych sektorów (administracja publiczna, środowisko medyczne, organizacje pozarządowe) jako formy wzmacniającej możliwości udziału większej grupy aktorów instytucjonalnych w działania realizowane w ramach Programu. W ramach koalicji można by poszukiwać rozwiązań mających na celu zwiększenie zachęty do udziału w Programie większej liczby podmiotów leczniczych oraz podjąć dyskusję o priorytetach rozwoju strategicznego dla obszaru.
III.2	Należy rozważyć możliwość przygotowania materiałów informacyjnych dla potencjalnych realizatorów w celu zwiększenia poziomu zainteresowania składaniem ofert na realizację zadań w ramach Programu. Warto rozważyć też – po dodatkowej konsultacji z przedstawicielami podmiotów leczniczych – jakie dodatkowe rozwiązania mogłyby przełożyć się na zwiększenie poziomu zainteresowania placówek z Miastem.
III.3	Należy wzmocnić model współpracy ze szkołami jako miejscami realizacji szeregu zadań wchodzących w skład Programu. Warto kontynuować działania mające na celu wyposażanie kadry szkolnej (nauczyciele, pedagodzy, psychologowie) w kompetencje umożliwiające pracownikom prowadzenie zajęć i warsztatów na odpowiednio wysokim poziomie merytorycznym.

Źródło: opracowanie własne