



Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Pomocy Technicznej RPO WŁ 2014-2020

Ewaluacja
„Programu wczesnego wykrywania
przewlekłej choroby nerek
dla mieszkańców województwa łódzkiego”
w ramach RPO WŁ 2014 - 2020

Raport końcowy z badania

Łódź, listopad 2021

Raport został opracowany przez Biuro Badań Społecznych Question Mark Sp. z o.o.

NIP 7272837655

Regon 383734461

Al. 1 maja 9 lok. 4, 90-717 Łódź

telefon: 42 207 33 00; +48 694 486 556

email: biuro@questionmark.pl



Autorzy raportu:

- dr Izabela Franckiewicz-Olczak – kierownik badania
- dr Aleksandra Podkońska
- Karolina Szczepaniak
- Magdalena Białuska
- Emilia Pach
- prof. dr hab. n. med. Michał Nowicki

Zamawiający:

Województwo Łódzkie

Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

Departament Polityki Regionalnej

Wydział Ewaluacji (Jednostka Ewaluacyjna RPO WŁ 2014-2020)

ul. Tuwima 22/26, 90-002 Łódź

tel.: 42 663 31 35; fax: 42 663 30 94

email: ewaluacja@lodzkie.pl

Badanie zrealizowane w okresie maj 2021 r. – wrzesień 2021 r.

Spis treści

Wykaz skrótów / słownik najważniejszych pojęć	4
Streszczenie.....	8
Summary	21
1 Wprowadzenie	36
1.1 Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego.....	36
2 Koncepcja i metodyka ewaluacji Programu	45
3 Kontekst realizacji Programu	52
3.1 Epidemiologia przewlekłej choroby nerek a jej wczesne wykrywanie	52
3.2 Uwarunkowania i otoczenie realizacyjne Programu	54
3.3 Leczenie nefrologiczne w województwie łódzkim w latach 2013-2018	59
4 Opis wyników badania, ich analiza i interpretacja.....	69
4.1 Poziom osiągnięcia celów oraz mierników Programu.....	69
4.2 Zgłaszalność do Programu.....	76
4.3 Jakość świadczeń w Programie i trwałość jego efektów.....	86
4.4 Wpływ Programu na zdrowie uczestników i ogółu populacji.....	90
4.5 Efektywność wsparcia w ramach Programu	94
4.6 Trudności w realizacji Programu.....	97
5 Wnioski i rekomendacje.....	102
Spis rysunków / wykresów / tabel oraz innych elementów graficznych	107
Bibliografia.....	109
Aneks.....	112

Wykaz skrótów / słownik najważniejszych pojęć

Albuminuria – objaw chorobowy polegający na występowaniu drobnocząsteczkowych albumin w moczu, wykrywany poprzez oznaczenie stężenia albuminy i kreatyniny w próbce moczu (wskaźnik ACR). Są trzy kategorie albuminurii: A1 - nieobecna lub łagodna (utrata albumin z moczem <30 mg/d); A2 - umiarkowana (30-300 mg/d); A3 - ciężka (>300 mg/d). Przy albuminurii >30 mg/d utrzymującej się przez okres ponad 3 miesięcy można rozpoznać przewlekłą chorobę nerek niezależnie od wartości przesączania kłębuszkowego (eGFR)¹.

AOTMiT – Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji – opiniodawczo-doradcza jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną, nadzorowana przez ministra właściwego ds. zdrowia. Rolą AOTMiT jest wspomaganie ministra właściwego ds. zdrowia w procesie podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń lekowych i nielekowych w systemie ochrony zdrowia. Wykorzystywana jest w tym celu ocena technologii medycznych (ang. Health Technology Assessment, HTA)².

BMI – wskaźnik masy ciała; ang. body mass index, współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach.

CRP – (ang. *C Reactive Protein*) to białko C-reaktywne, czyli jedno z białek tzw. ostrej fazy, pojawiające we krwi jako konsekwencja stanu zapalnego. Wytwarzane jest pod wpływem cytokin zapalnych w wątrobie, komórkach tłuszczowych oraz ścianach naczyń tętniczych. Białka CRP są markerami stanu zapalnego³.

EFS – Europejski Fundusz Społeczny

¹ Na podstawie: Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego, str. 3

² Na podstawie: <https://www.aotm.gov.pl/o-nas/co-robimy/> [dostęp: 11.09.2021 r.]. Projekt programu polityki zdrowotnej jest przekazywany do AOTMiT w celu wydania przez Prezesa AOTMiT opinii w sprawie projektu programu polityki zdrowotnej (z wyjątkiem projektu programu polityki zdrowotnej będącego kontynuacją w niezmienionej formie programu polityki zdrowotnej realizowanego w poprzednim okresie, dla którego Prezes AOTMiT wydał pozytywną albo warunkowo pozytywną opinię, bądź dotyczącego choroby lub problemu zdrowotnego, dla których zostały wydane rekomendacje przez AOTMiT), art. 48a ust 4,5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

³ A. Szczeklik, P. Gajewski, *Interna Szczeklika*, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2017

eGFR – (ang. *estimated glomerular filtration rate*), szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej, badanie diagnostyczne ukierunkowane na wykrywanie przewlekłej choroby nerek, zmniejszenie przesączania kłębuszkowego poniżej 60 ml/min/1,73 m², utrzymujące się przez minimum 3 miesiące jest jednym z objawów stanowiących podstawę do rozpoznania przewlekłej choroby nerek.

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IP RPO WŁ 2014-2020 - Instytucja Pośrednicząca RPO Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

IZ RPO WŁ 2014-2020 – Instytucja Zarządzająca RPO Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

ŁOW NFZ – Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

PCM – beneficjent realizujący projekt służący realizacji RPZ: Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o.

PChN – przewlekła choroba nerek, definiuje się ją jako nieprawidłowości budowy lub czynności nerek utrzymujące się powyżej 3 miesięcy, mające następstwa dla zdrowia. Stosowanie kryterium czasu jest istotne dla odróżnienia PChN od ostrego uszkodzenia nerek (AKI – acute kidney injury). Podstawą do rozpoznania przewlekłej choroby nerek jest utrzymywanie się w okresie dłuższym niż 3 miesiące któregokolwiek z następujących objawów: zmniejszenie przesączania kłębuszkowego (GFR) poniżej 60 ml/min/1,73 m² i/lub występowanie wskaźników uszkodzenia nerek takich jak: albuminuria (≥ 30 mg/d; wskaźnik albumina/kreatynina ≥ 30 mg/g), nieprawidłowy osad moczu, nieprawidłowości, przede wszystkim w zakresie elektrolitów będące wynikiem zaburzeń czynności cewek nerkowych, odchylenia w badaniach obrazowych nerek, zmiany stwierdzone w biopsji nerek, a także przeszczep nerki⁴.

POZ – Podstawowa Opieka Zdrowotna

⁴ Na podstawie: Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek..., *op. cit.*, str. 2

PPZ – Program polityki zdrowotnej - zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających osiągnięcie w określonym terminie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców, opracowany, wdrażany, realizowany i finansowany przez ministra albo jednostkę samorządu terytorialnego.⁵

RPO WŁ 2014-2020 – Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

RPZ – Regionalny Program Zdrowotny – Program polityki zdrowotnej, który realizowany jest w ramach regionalnego programu operacyjnego, poprzez projekty współfinansowane ze środków EFS i budżetu państwa. Niniejsze badanie dotyczy RPZ pn. „Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego”.

skala SGA – (ang. *Subjective Global Assessment*), subiektywna globalna ocena stanu odżywienia, narzędzie w formie ankiety, pozwalające na identyfikację chorych zagrożonych niedożywieniem lub niedożywionych, w ankiecie bierze się pod uwagę elementy wywiadu lekarskiego i żywieniowego oraz badania fizykalnego. Na podstawie kwestionariusza SGA pacjent zostaje zakwalifikowany do jednej z trzech grup — jako osoba z prawidłowym stanem odżywienia, niedożywieniem średniego stopnia lub jako osoba z dużym niedożywieniem⁶.

skrining – (ang. *screening*), profilaktyczne badanie przesiewowe przeprowadzane wśród osób niemających objawów danej choroby w celu jej wykrycia i wczesnego leczenia, co zapobiega poważnym następstwom tej choroby w przyszłości; może być prowadzone w całej populacji lub w grupach wysokiego ryzyka wystąpienia danej choroby. Badanie dotyczy programu ukierunkowanego na wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek wśród mieszkańców województwa łódzkiego należących do grup podwyższonego ryzyka wystąpienia PChN. świadczenia SOR – leczenie szpitalne w formie świadczeń udzielanych na szpitalnym oddziale ratunkowym

⁵ Na podstawie: art. 5 ust. 29a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

⁶ J. Ostrowska, A. Jeznach-Steinhagen, *Niedożywienie szpitalne. Metody oceny stanu odżywienia*, Forum Medycyny Rodzinnej 2017, tom 11, nr 2, 54–61

świadczenia w IP – leczenie szpitalne w formie świadczeń udzielanych w izbie przyjęć

UMWŁ – Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

USG – ultrasonografia

WLWK – Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych, załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”, zawierające wskaźniki, które należy uwzględnić określając mierniki efektywności odpowiadające celom programu – w tym wypadku „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego”

WZW-B – wirusowe zapalenie wątroby typu B (wzw B), jedna z najgroźniejszych chorób zakaźnych człowieka, wywoływana przez wirusa HBV (Hepatitis B Virus)⁷.

⁷ Na podstawie: <https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/wzw-b/> (dostęp: 19.10.2021)

Streszczenie

Niniejsze opracowanie stanowi raport podsumowujący ewaluację Regionalnego Programu Zdrowotnego pn. „Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014-2020, który był realizowany w latach 2017-2018. Badanie pt. „Ewaluacja Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” zostało zrealizowane przez Biuro Badań Społecznych Question Mark na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego. Badanie zostało zrealizowane w okresie od maja do września 2021 roku.

Głównym celem badania była ocena skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości wdrażania „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego”. Badanie zrealizowane zostało w ramach paradygmatu pragmatycznego, który w największym stopniu odpowiada celom badań ewaluacyjnych. Badaniem objęto zarówno pacjentów biorących udział w Programie, jak i przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za wdrożenie i realizację Programu oraz przedstawicieli personelu udzielającego świadczeń w jego ramach oraz ekspertów dziedzinowych.

W badaniu wykorzystano jakościowe i ilościowe oraz reaktywne i niereaktywne metody badawcze. Były to: analiza desk research (obejmująca: dokumenty warunkujące kontekst realizacji Programu; dane zebrane od uczestników wsparcia i beneficjentów oraz dane ilościowe dotyczące świadczeń z zakresu leczenia nefrologicznego, realizowanych przez Łódzki Oddział Wojewódzki NFZ); wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne (CATI) z uczestnikami Programu (N=333); telefoniczne wywiady pogłębione (TDI) z pacjentami (N=24); pogłębione wywiady indywidualne (IDI) z przedstawicielami instytucji biorących udział w realizacji Programu (N=16) oraz ekspercki zogniskowany wywiad grupowy (FGI), którego celem było opiniowanie wyników i danych pozyskanych w badaniu oraz stworzenie adekwatnych do celu badania rekomendacji.

Kształt i sposób wdrożenia i realizacji Programu

Ewaluowany RPZ był programem ukierunkowanym na wczesne wykrycie przewlekłej choroby nerek wśród mieszkańców województwa łódzkiego. Program adresowany

był do osób, które były w wieku aktywności zawodowej z przedziału 50-65 lat, nie miały rozpoznanej dotychczas przewlekłej choroby nerek oraz występował u nich przynajmniej jeden z czynników ryzyka – cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, przebyta ostra niewydolność nerek, ekspozycja na leki związane z gwałtownym pogorszeniem funkcji nerek, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia strukturalne układu moczowego, z nawracającą kamicą nerkową lub przerostem gruczołu krokowego, choroby układowe, które mogą wpływać na funkcje nerek (np. toczeń rumieniowy układowy), schyłkowa niewydolność nerek lub choroby nerek o podłożu genetycznym w rodzinie, otyłość z BMI > 35 kg/m². W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, z badań przesiewowych mogły skorzystać osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonywanych w ramach NFZ, budżetu państwa lub środków samorządowych badań diagnostycznych przewidzianych w Programie. Szacunkowa wielkość grupy docelowej wynosiła minimum 5.000 osób.

Świadczenia udzielane w ramach Programu były dla pacjentów bezpłatne. Wśród świadczeń w Programie były: (1) badania przesiewowe. Osoby spełniające kryteria włączenia do Programu odbywały konsultacje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej. W zależności od wyników badań diagnostycznych miały od 2 do maksymalnie 5 konsultacji lekarskich. Wśród badań diagnostycznych Program oferował: badania diagnostyczne krwi oraz moczu, usg układu moczowego (wg wskazań), dodatkowe badania diagnostyczne krwi, tj. morfologia, elektrolity (Na, K), CRP, cholesterol, triglicerydy, glukoza, a u osób z cukrzycą wartość hemoglobiny glikowanej (wg wskazań), konsultacja nefrologiczna (w przypadku nieprawidłowych wyników badań pacjent był kierowany na konsultację do lekarza nefrologa); (2) warsztaty edukacyjne – osoby z wykrytą PChN otrzymywały zaproszenie do udziału w warsztatach edukacyjnych od lekarza nefrologa. Warsztaty obejmowały cykl 3 dwugodzinnych spotkań grupowych. Ponadto przewidziano 3 indywidualne konsultacje z dietetykiem.

Program był realizowany przez dwóch beneficjentów: Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o. oraz Miasto Łódź w partnerstwie z Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckim Szpitalem Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralnym Szpitalem Weteranów. Umowa o dofinansowanie z trzecim wyłonionym w konkursie

beneficjentem, „SALVE” ZOZ Sp. z o.o., została rozwiązana w trakcie realizacji projektu.

W projektach realizowanych w ramach Programu wzięło udział 743 pacjentów. Wśród osób, które skorzystały ze wsparcia w ramach Programu było zdecydowanie więcej kobiet (2/3 pacjentów), a średni wiek pacjentów wynosił niespełna 58 lat. Najczęstszymi czynnikami ryzyka wystąpienia PChN wśród uczestników były nadciśnienie tętnicze (57% pacjentów) oraz choroby układu krążenia (25%). Ponadto 11% uczestników było osobami z niepełnosprawnościami. Zdecydowana większość pacjentów (ponad 92%) zakończyła udział w Programie zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką wsparcia. Średni czas udziału pacjenta w Programie wynosił niespełna 40,5 dnia i zdecydowanie różnił się w zależności od tego, czy pacjent zakończył udział w Programie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką wsparcia (wówczas czas trwania udziału wynosił średnio niecałe 32 dni), czy nie (wówczas udział trwał średnio ok. 165 dni).

Program w zaplanowanym kształcie został oparty o aktualne wytyczne i ustalenia z zakresu wczesnego wykrywania PChN oraz był zgodny z wytycznymi i aktami prawnymi warunkującymi jego wdrożenie i realizację.

Realizacja Programu w niewielkim stopniu przyczyniła się do pozytywnych zmian w zakresie wczesnego wykrywania PChN w województwie łódzkim. Zakres działań objętych Programem wykraczał poza świadczenia dostępne w ramach środków publicznych, stanowiąc do nich wartość dodaną. Przewidywał realizację badań zawartych w koszyku świadczeń gwarantowanych (niezbędnych do przeprowadzenia etapu diagnostycznego), natomiast stanowił uzupełnienie świadczeń niedostępnych (wówczas ani obecnie) dla osób z wykrytą PChN w postaci edukacji w zakresie nefroprotekcji oraz konsultacji dietetycznych. Program miał się również przyczynić do zwiększenia dostępności do konsultacji nefrologicznych poza specjalistycznymi poradniami nefrologicznymi. Program zrealizował powyższe założenia, ale z uwagi na niski poziom osiągnięcia celu głównego i objęcie wsparciem jedynie 15% zakładanej grupy 5000 osób zasięg jego oddziaływania był niewielki.

Poziom osiągnięcia celów Programu

Głównym celem Programu było ograniczenie progresji przewlekłej choroby nerek wśród co najmniej 8% uczestników Programu, poprzez wczesne wykrycie choroby,

objęcie działaniami edukacyjnymi oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu. Celami szczegółowymi Programu były: (1) Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków przewlekłej choroby nerek w stadiach 3a i 3b oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu; (2) Zwiększenie poziomu wiedzy populacji objętej Programem na temat choroby, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji w okresie trwania Programu; (3) Zwiększenie umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia osób z wykrytą PChN w okresie trwania Programu.

Oczekiwanymi efektami realizacji Programu były:

- Objęcie badaniem w kierunku występowania przewlekłej choroby nerek co najmniej 5.000 osób z grup ryzyka.
- Wykrycie przypadków przewlekłej choroby nerek w populacji objętej Programem, w tym co najmniej 30% w stadiach 3a i 3b umożliwiających wdrożenie działań nefroprotekcyjnych i/lub leczenia zachowawczego.
- Skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ 100% osób z wykrytą chorobą w ramach Programu, wymagających dalszej opieki w tym zakresie.
- Wzrost poziomu wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji u co najmniej 80% osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych.
- Wzrost poziomu wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji u co najmniej 80% osób z wykrytą chorobą.
- Wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia deklarowana przez co najmniej 80% osób z wykrytą chorobą.

Mierniki efektywności Programu związane z celem głównym przyjęły wartość dużo niższą od zakładanej. Do Programu zakwalifikowano 749 osób (15% zakładanej wielkości populacji). Tym samym nie osiągnięto także zakładanych wartości dodatkowych mierników efektywności. Przewlekłą chorobę nerek wykryto u 10 osób (1,33% populacji objętej Programem) i wszystkie skierowano na konsultację nefrologiczną, zaproszono do cyklu warsztatów edukacyjnych i konsultacji z

dietetykiem. Każda z tych osób po zakończeniu udziału w Programie otrzymała zalecenie dotyczące dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ.

Najważniejsze przyczyny niskiego poziomu osiągnięcia celu głównego Programu to:

- niski poziom zainteresowania pacjentów udziałem w Programie,
- rozwiązanie umowy z jednym z trzech Beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu.

Cele Programu związane ze zwiększeniem poziomu wiedzy populacji nim objętej zostały w pełni osiągnięte. Wśród osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych (tj. po drugich lub kolejnych konsultacjach z lekarzem POZ i po rozmowie edukacyjnej z lekarzem POZ), 90% zadeklarowało, że udział w programie zwiększył ich wiedzę na temat PChN (wobec zakładanych 80%).

Wszystkie 10 osób objętych wsparciem w postaci konsultacji nefrologicznych i warsztatów edukacyjnych również zadeklarowało wzrost wiedzy na temat PChN, a także wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia.

Do populacji pośrednio objętej Programem należy zaliczyć również lekarzy POZ, którzy w jego ramach uczestniczyli w szkoleniach przygotowujących do kwalifikowania pacjentów do Programu. Dzięki temu ich wiedza na temat PChN oraz zasad nefroprotekcji wzrosła, co wpłynęło na sposób postępowania z pacjentami nie tylko w ramach Programu, ale także w ramach codziennej praktyki lekarskiej (np. w zakresie zalecanej farmakoterapii).

Ogólna ocena stopnia osiągnięcia celów szczegółowych Programu nie jest zatem jednoznaczna. Z jednej strony osiągnięto bowiem zakładaną (a nawet wyższą, niż zakładana) wartość większości mierników, które są z nimi powiązane. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę niewielką liczbę osób, u których wykryto PChN w trakcie udziału w Programie oraz wskazaną wyżej dużo mniejszą, niż zakładaną, ogólną liczbę uczestników Programu, poziom osiągnięcia celów szczegółowych, jeśli nawet przewyższył zakładane wartości, nie przełożył się na poprawę sytuacji zdrowotnej ogółu populacji mieszkańców województwa łódzkiego w stopniu, którego oczekiwano w związku z realizacją Programu.

Zgłaszalność do Programu

Jak wskazano wyżej, w Programie wzięło udział 15% zakładanej liczebności jego uczestników. Z uwagi na moment rozpoczęcia realizacji Programu (ostatni kwartał 2017 r.), zdecydowana większość pacjentów rozpoczęła swój udział w Programie w 2018 roku. Zgłaszalność do Programu była najmniejsza w początkowej i końcowej fazie realizacji projektów.

Wśród głównych czynników wpływających na realizowanie Programu była przeprowadzona w związku z jego wdrożeniem rozbudowana akcja informacyjna. Beneficjenci prowadzili kilka różnych rodzajów działań promocyjnych przewidzianych w Programie, największy nacisk kładąc na zaangażowanie personelu medycznego w POZ. W związku ze stwierdzonym już na początkowych etapach realizacji projektów niskim poziomem zainteresowania udziałem w Programie – podejmowali także dodatkowe działania zaradcze, skoncentrowane na dotarciu do potencjalnych uczestników Programu (m.in. informacje w lokalnych mediach, współpraca z pracodawcami).

Wyniki badania ewaluacyjnego sugerują, że Program cechował się **przewagą czynników zniechęcających do udziału w nim nad tymi, które były zachęcające**.

Bariery zmniejszające zgłaszalność do Programu były liczne, zarówno po stronie samego Programu, jak i jego otoczenia. Należy wskazać wśród nich przede wszystkim:

- niską świadomość zdrowotną Polaków, w tym mieszkańców województwa łódzkiego, na temat znaczenia profilaktyki w dbaniu o zdrowie;
- specyfikę PChN, która wykrywana jest zwykle w późnych stadiach rozwoju, ponieważ dopiero wtedy daje objawy, które są odczuwalne dla pacjenta. Brak odczuwalnego dyskomfortu nie sprzyja zatem dążeniu do sprawdzenia, czy mimo to nerki funkcjonują prawidłowo;
- sposób diagnozowania PChN w badaniach przesiewowych, wymagający przeprowadzenia podstawowej diagnostyki krwi i moczu, Program nie oferował zatem atrakcyjnych z punktu widzenia pacjentów, trudno dostępnych czy kosztownych procedur medycznych;

- limit wiekowy adresatów Programu, tj. 50-65 lat. Zgodnie z opiniami przedstawicieli Beneficjentów oraz lekarzy kwalifikujących do Programu, chęć udziału w nim wyrażały bowiem także osoby młodsze, należące do grupy ryzyka, oraz starsze, u których funkcjonowanie nerek mogło ulec pogorszeniu wraz z wiekiem, na co wskazują zresztą dane epidemiologiczne.

Do czynników zachęcających można zaliczyć:

- możliwość pozyskania informacji o Programie i zakwalifikowania się do niego w ramach konsultacji z lekarzem POZ (przy czym ze względu na konieczność uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń nie było możliwości, aby pacjent poinformowany o Programie przez lekarza POZ podczas wizyty w ramach NFZ mógł się od razu zgłosić i zostać zakwalifikowanym),
- możliwość skrócenia ścieżki dotarcia do specjalisty nefrologa w przypadku zdiagnozowania choroby nerek (brak konieczności oczekiwania w kolejce pacjentów skierowanych do nefrologa w ramach NFZ – wizyta odbywała się w ramach Programu, tj. w krótkim okresie czasu po stwierdzeniu przez lekarza POZ, że pacjent się do niej kwalifikuje),
- świadomość zagrożenia związanego z wystąpieniem i rozwojem PChN wśród osób z grup ryzyka, w tym osób chorujących na cukrzycę i choroby układu krążenia (która motywowała do udziału w Programie, ale także zniechęcała niektórych pacjentów z uwagi na obawę przed niekorzystną diagnozą).

Podsumowując, Program – choć prawidłowy z medycznego punktu widzenia i interweniujący w istotny problem zdrowotny regionu łódzkiego – w zgodnej opinii osób zaangażowanych w realizację projektów w jego ramach, z przyczyn niezależnych od nich i mimo podejmowanych działań zaradczych spotkał się z **dużo mniejszym, niż oczekiwano, zainteresowaniem potencjalnych uczestników.**

Jakość świadczeń w Programie i trwałość jego efektów

Jakość świadczeń w Programie w ramach badania ewaluacyjnego określana była zarówno na podstawie wyników ankiety satysfakcji, którą pacjenci wypełniali kończąc udział w Programie w 2018 r.⁸, jak i wyników badania zrealizowanego wśród

⁸ Ankiety satysfakcji przeprowadzono łącznie wśród 667 osób biorących udział w Programie.

reprezentatywnej ich próby na potrzeby ewaluacji⁹, a zatem trzy lata później. Zgodnie z wynikami ankiety satysfakcji, 97% spośród uczestników Programu było zadowolonych z udziału w nim, 95% wzięłoby w nim udział ponownie, a 95,5% poleciłoby udział w Programie innym osobom. Te same pytania zadano uczestnikom w ramach badania ewaluacyjnego – 98% respondentów (326 osób) w ramach ankiety CATI zadeklarowało, że z perspektywy czasu są zadowoleni z udziału w Programie, tyle samo – że wzięłoby w nim udział ponownie, natomiast 98,5% (328 osób) poleciłoby udział w nim innym osobom. Jeśli chodzi o poszczególne rodzaje wsparcia oceniane z perspektywy 3 lat od zakończenia udziału w Programie, to zdaniem większości badanych ilość, intensywność i długość świadczeń w nim zaplanowanych była odpowiednia w zakresie wizyty kwalifikującej do udziału w Programie z lekarzem POZ (99% osób), wizyty konsultacyjnej z lekarzem POZ (98% osób), badań diagnostycznych (96% osób). Nieco inne wnioski płyną z opinii wyrażanych przez część uczestników badania – przedstawicieli beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu oraz personel medyczny, podczas wywiadów IDI. Sygnalizowano w nich, że personel projektów otrzymywał od pacjentów komunikaty dotyczące zbyt długiej i złożonej ścieżki diagnostycznej w Programie (konieczność zgłaszania się kilkakrotnie do lekarza POZ, wykonywanie kolejnych badań w zależności od uzyskiwanych wyników) i tego, że pacjenci oczekiwali przede wszystkim wykonania USG nerek, a badania wstępne uznawali za mało atrakcyjne. Opinie samych pacjentów uzyskane w ramach wywiadów TDI świadczą o tym, że przystępowali do Programu z różnym poziomem świadomości, jak wygląda ścieżka wsparcia i od czego zależy jej przebieg, choć oczekiwania większości z nich zostały spełnione (głównie wówczas, gdy badania przesiewowe nie wskazywały na występowanie PChN).

Należy podkreślić, że zdecydowana większość (98,7%) uczestników Programu nie korzystała z części świadczeń – tylko 10 osób zakwalifikowano do konsultacji nefrologicznej, sesji edukacyjnych oraz spotkań z dietetykiem. Osoby te są zadowolone przede wszystkim z wizyty u nefrologa.

W jakościowej części badania realizowanej za pośrednictwem telefonicznych wywiadów swobodnych wśród 24 uczestników Programu zebrano raczej pozytywne

⁹ Wielkość próby CATI wynosi 333 osoby.

opinie, zarówno ogólnie o całym Programie, jak i poszczególnych rodzajach świadczeń. Zadowolone były zarówno osoby, które skorzystały jedynie z badań diagnostycznych, nie wskazujących na nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek, jak i te, u których zdiagnozowano PChN.

Jeśli chodzi o trwałość efektów Programu, to:

- w 2018 r. 91% pacjentów zadeklarowało, że udział w Programie zwiększył ich wiedzę na temat choroby – w 2021 r. stwierdziło tak łącznie 93% reprezentatywnej próby uczestników Programu,
- w 2018 r. 93% pacjentów uważało, że wiedza zdobyta podczas Programu pomoże im lepiej dbać o swoje nerki – w 2021 r. połowa badanych zadeklarowała, że dostrzega taki wpływ Programu,
- w 2018 r. 95% pacjentów stwierdziło, że wiedzą oni, kiedy powinni wykonać następne badania diagnostyczne w celu oceny funkcji nerek – w 2021 r. regularne wykonywanie badań diagnostycznych w celu oceny funkcji nerek dzięki udziałowi w Programie zadeklarowało 30% respondentów.

Efekty Programu charakteryzują się zatem zróżnicowanym poziomem trwałości, największym ten dotyczący poziomu wiedzy o chorobach nerek, a najmniejszym – efekt polegający na wypracowaniu wśród uczestników badania nawyku regularnego zgłaszania się na badania diagnostyczne w celu oceny funkcji nerek.

W jakościowej części badania kilka osób podkreśliło, że trwałość efektów udziału w Programie jest w ich przypadku niska, ponieważ zakres oferowanego w nim wsparcia był zbyt mały – ich styczność z Programem polegała przede wszystkim na wypełnieniu niezbędnych dokumentów, poddaniu się podstawowym badaniom i odebraniu prawidłowych wyników.

Wpływ Programu na zdrowie uczestników i ogółu populacji

Wpływ Programu na poprawę sytuacji zdrowotnej ogółu populacji województwa łódzkiego był niski. Wynika to przede wszystkim ze względu na objęcie wsparciem jedynie niespełna 15% zakładanej grupy docelowej oraz wykrycie wśród uczestników Programu tylko 10 przypadków osób, które kwalifikowały się do konsultacji nefrologicznej oraz wzięły udział w warsztatach edukacyjnych.

Rozważając kwestię wpływu Programu na sytuację zdrowotną mieszkańców regionu w nieco szerszym ujęciu, warto jednak wskazać na wartość dodaną projektów realizowanych w jego ramach, jaką były szkolenia dla lekarzy POZ kwalifikujących pacjentów do Programu na temat PChN (wsparcie w tej formie objęło 90 lekarzy POZ, w tym 84 w ramach projektu realizowanego przez Urząd Miasta Łodzi i 6 w projekcie realizowanym przez PCM). Można zakładać (m.in. na podstawie opinii samych lekarzy), że dzięki nim poprawie uległa jakość opieki także nad pacjentami nie biorącymi udziału w Programie i że efekt ten jest trwały.

Wpływ Programu na sytuację zdrowotną jego uczestników był raczej pozytywny. Polegał na zwiększeniu świadomości i wiedzy dotyczącej danego PChN. Zdecydowana większość uczestników ewaluowanego Programu w trzy lata po jego zakończeniu stwierdziła, że w efekcie udziału w nim ich wiedza na temat PChN i czynników jej wystąpienia wzrosła (10% badanych zdecydowanie zgadza się z tym stwierdzeniem, 83% - raczej się zgadza). Uczestnicy deklarują także posiadanie dzięki Programowi większej wiedzy o sposobach leczenia chorób nerek (9% zdecydowanie się z tym zgadza, 82% - raczej się zgadza).

Nieco niższe wskaźniki wpływu odnotowano w przypadku zwiększenia wiedzy uczestników z zakresu zdrowego odżywiania się i jego znaczenia w profilaktyce i leczeniu chorób nerek – jej wzrost zadeklarowało 26% badanych, co może wynikać z faktu, że jedynie 10 osób zakwalifikowało się do udziału w warsztatach edukacyjnych, a także mogło skorzystać z konsultacji dietetycznych.

Mimo niskiego odsetka uczestników, którzy mogli skorzystać ze wszystkich form wsparcia przewidzianych w Programie, połowa badanych w ramach ankiety CATI stwierdziła trzy lata po jego zakończeniu, że może lepiej dbać o swoje nerki dzięki wiedzy w nim zdobytej. Mniej korzystnie kształtują się natomiast wyniki dotyczące rzeczywistych nawyków związanych z monitorowaniem swojego stanu zdrowia. Regularne wykonywanie badań diagnostycznych w celu oceny funkcji nerek dzięki udziałowi w Programie zadeklarowało 30% respondentów.

W ramach jakościowej części badania uczestnicy Programu potwierdzali, że Program zmotywował ich do wprowadzenia pozytywnych zmian – porzucenia niekorzystnych nawyków żywieniowych czy podjęcia aktywności fizycznej, choć trwałość tych zmian kształtowała się różnie. Program był okazją do uświadomienia sobie wielu kwestii

mających istotny wpływ nie tylko na funkcjonowanie nerek, ale i ogólny poziom zdrowia, a także zwiększył zainteresowanie innymi programami zdrowotnymi.

Fakt wykrycia choroby nerek w związku z udziałem w Programie stwierdziło 15% badanych w ramach ankiety CATI (1% zdecydowanie zgadza się, że istnieje powiązanie między udziałem w Programie a diagnozą choroby nerek, 14% - raczej się zgadza). Jeśli chodzi o długofalowy, deklarowany wpływ Programu na stan zdrowia nefrologicznego uczestników, to 85% badanych (284 osoby) stwierdziło, że nie uległ on zmianom, w przypadku 14% (47 osób) – poprawił się, a niespełna 1% (2 osoby) wskazało, że stan ich zdrowia nefrologicznego od czasu zakończeniu udziału w Programie pogorszył się. Z wypowiedzi badanych w ramach wywiadów TDI wynika, że poprawa stanu zdrowia w ich przypadku związana jest przede wszystkim z podjęciem lub kontynuowaniem leczenia w związku z innymi schorzeniami, które mają jednak wpływ na funkcjonowanie nerek (jak np. cukrzyca) lub ogólną poprawą kondycji (w tych spadek wagi, zmiana diety dzięki poradom dietetycznym w ramach Programu, zwiększenie aktywności fizycznej). Pogorszenie stanu zdrowia dotyczyło kilku rozmówców, ale wynika ono z innych problemów, niż PChN, jak kwestie ortopedyczne czy nowotwór.

Podsumowując, wpływ Programu na zdrowie jego uczestników należy ocenić pozytywnie, choć warto podkreślić związek między stopniem odczuwalnych zmian a tym, w jakim zakresie korzystano ze wsparcia w Programie. Osoby, które zakwalifikowały się do konsultacji nefrologicznej, warsztatów edukacyjnych i mogły skorzystać z konsultacji dietetycznej mają tym samym bogatsze doświadczenia związane z udziałem w Programie i silniej akcentują jego wpływ na swój stan zdrowia. Z opiniami wyrażanymi przez uczestników Programu korespondują wypowiedzi lekarzy POZ kwalifikujących do Programu, a także specjalistów udzielających świadczeń osobom, u których wykryto PChN (lekarz nefrolog, pielęgniarka nefrologiczna, dietetyk). Podkreślają oni przede wszystkim edukacyjny wpływ Programu na sytuację zdrowotną pacjentów.

Efektywność wsparcia w ramach Programu

Efektywność wsparcia w ramach Programu oceniono porównując poziom osiągnięcia jego celów z nakładami, jakie zostały w związku z tym poniesione. Ze względu na niepełną realizację Programu (rezygnacja jednego z 3 beneficjentów oraz znacząco

mniejsza wielkość populacji objętej wsparciem) struktura i wielkość kosztów zaplanowanych i rzeczywiście poniesionych różnią się od siebie. Przewidywany łączny koszt realizacji Programu to 2 646 405 zł, natomiast podpisane umowy miały łączną wartość 1 121 116,99 zł. Rzeczywiste koszty realizacji Programu wynosiły **78 742,30 zł**, tj. 3% kosztów zaplanowanych w alokacji i 7% kosztów zaplanowanych przez beneficjentów we wnioskach o dofinansowanie.

Populacja uczestników Programu miała ponadto **inną, niż planowana, strukturę pod kątem wyników badań przesiewowych**. W Programie założono, że ok. 74% osób, które wezmą udział w badaniach przesiewowych, będzie miało prawidłowe wyniki i ich udział w Programie skończy się na etapie skriningu, pozostałe 26% osób będzie wymagało powtórnych wizyt u lekarza POZ oraz dodatkowych badań diagnostycznych i konsultacji nefrologicznej, a także weźmie udział w warsztatach edukacyjnych. Tymczasem w efekcie realizacji Programu 98,7% uczestników zakończyło udział w nim na etapie badań przesiewowych, a jedynie 1,33% skorzystało z pełnej oferty Programu, w tym z najbardziej kosztownych jego elementów (USG układu moczowego, konsultacja nefrologiczna, konsultacja dietetyczna, warsztaty edukacyjne).

W opinii uczestników wywiadu grupowego, koszty finansowe Programu były adekwatne i **efektywność finansowa jest na zadowalającym poziomie**, biorąc pod uwagę niski poziom osiągnięcia celów.

Trudności w realizacji Programu

Wg raportu podsumowującego Program w toku realizacji projektów zidentyfikowano 4 podstawowe trudności:

- Brak chęci udziału w Programie ze strony pacjentów.
- U zgłaszających się pacjentów, po zakwalifikowaniu do udziału w Programie, zostały wykonane pierwsze badania diagnostyczne. Ich wyniki nie pozwoliły na przeprowadzenie dalszych badań i kontynuowaniu udziału w projekcie.
- Powody, dla których pacjenci rezygnowali z udziału w projekcie to brak czasu i lęk przed diagnozą.
- Pacjenci chcieli skorzystać z możliwości wykonania USG na początku badań diagnostycznych, ponieważ nie było to możliwe rezygnowali z udziału w Programie mimo informacji o przebiegu ścieżki Programu.

Problemy te pokrywają się z informacjami uzyskanymi w ramach ewaluacji Programu. Z wywiadów jakościowych przeprowadzonych wśród osób zaangażowanych w realizację Programu wynika, że głównym wyzwaniem było włączenie do Programu zakładanej liczby pacjentów. Trudności związane z rekrutacją uczestników do projektów realizowanych w ramach Programu Beneficjenci zgłaszali na bieżąco do IZ RPO WŁ, m.in. w składanych kwartalnie wnioskach o płatność, opisując także podejmowane w związku z nimi działania zaradcze. Polegały one przede wszystkim na próbach bezpośredniego docierania do potencjalnych uczestników Programu m.in. poprzez obecność Beneficjentów na wydarzeniach lokalnych, nawiązanie współpracy z pracodawcami czy umieszczanie informacji w uczęszczanych przez mieszkańców miejscach publicznych (urząd miasta, parafia). Z ustaleń ewaluacyjnych wynika, że podjęte działania wyczerpywały możliwości, jakimi dysponowali Beneficjenci w ramach posiadanych zasobów czasowych, kadrowych i finansowych.

Drugim obszarem, na którym pojawiały się trudności związane z realizacją Programu, była zaplanowana w nim ścieżka udziału, oceniana przez uczestników badania ewaluacyjnego – w odniesieniu do etapu konsultacji z lekarzem POZ i badań diagnostycznych – jako skomplikowana i mało przejrzysta. Jednocześnie odpowiada ona uzasadnionym medycznie i finansowo procedurom oceny funkcjonowania nerek, w tym diagnozowania PChN. W praktyce realizacji Programu tak zaplanowana ścieżka udziału rodziła wiele problemów dla Beneficjentów, w tym:

- niezgłaszanie się przez pacjentów na wizytę kończącą udział w Programie w sytuacji, gdy wyniki pierwszych lub kolejnych badań nie wskazywały na nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek,
- niezgłaszanie się przez pacjentów na zalecane (pierwsze lub kolejne) badania diagnostyczne, co miało miejsce zwłaszcza wówczas, gdy pacjenci spodziewali się po udziale w Programie przede wszystkim wykonania USG nerek i nie byli zainteresowani badaniami moczu i krwi.

Problemy związane z uczestnictwem pacjentów w zaplanowanej dla nich ścieżce wsparcia dotyczyły także niewielkiej grupy 10 osób skierowanych na konsultacje nefrologiczne i cykl warsztatów edukacyjnych – pojawiły się istotne trudności związane z terminowym udziałem w całym cyklu warsztatów, wynikające z niskiego zainteresowania tą formą wsparcia, konieczności poświęcania na udział w niej

swojego wolnego czasu oraz kilkakrotnego dojeżdżania na miejsce organizacji warsztatów. Edukacja zdrowotna sama w sobie nie była dla pacjentów tak atrakcyjnym świadczeniem, jak badania czy konsultacje lekarskie.

Rekomendacje

- Rezygnacja z określania kryteriów wiekowych, których spełnienie warunkuje udział w Programie i skierowanie go do dorosłych osób należących do ustalonych grup ryzyka rozwoju PChN, aktywnych zawodowo, niezależnie od wieku.
- Uzupełnienie ścieżki wsparcia w Programie dla osób, u których nie zdiagnozowano PChN w wyniku badań wykonanych w ramach Programu – o działania edukacyjne i możliwość konsultacji z dietetykiem, w celu zwiększenia oddziaływania i trwałości efektów Programu w obszarze profilaktyki PChN, poprzez poszerzanie wiedzy i świadomości oraz kształtowanie nawyków prozdrowotnych wśród osób należących do grupy ryzyka rozwoju PChN.
- Uwzględnienie w Programie, w części dotyczącej organizacji warsztatów edukacyjnych, możliwości zorganizowania ich w formule hybrydowej, tj. częściowo stacjonarnie i częściowo zdalnie, z wykorzystaniem Internetu i odpowiedniego oprogramowania umożliwiającego uczestnikowi udział w sesjach warsztatowych z własnego domu.

Summary

This document is a summary report of the evaluation of the Regional Health Programme named “Programme of Early Diagnosis of Chronic Kidney Disease for the Inhabitants of the Łódź Region” under the Regional Operational Programme for the Łódź Region 2014-2020, carried out in 2017-2018. The study “Evaluation of the Programme of Early Diagnosis of Chronic Kidney Disease for the Inhabitants of the Łódź Region” was conducted by Biuro Badań Społecznych Question Mark at the request of the Marshal’s Office of the Łódź Region between May and September 2021.

The primary aim of the study was to evaluate the effectiveness, efficiency, usefulness, and sustainability of the implementation of the “Programme of Early Diagnosis of Chronic Kidney Disease for the Inhabitants of the Łódź Region”. The

study was carried out within the pragmatic paradigm, which best corresponds with the objectives of evaluative studies. The study covered patients taking part in the Programme, representatives of institutions responsible for the implementation of the Programme, representatives of the staff providing services under it, and subject matter experts.

The study made use of qualitative, quantitative, reactive and non-reactive research methods. They included: desk research (covering documents determining the context for the Programme implementation; data collected from the participants of the support and beneficiaries, and quantitative data on services connected with renal treatment provided by the Łódź Regional Branch of the National Health Fund); computer-assisted telephone interviews (CATI) with the Programme's participants (N=333); telephone depth interviews (TDI) with patients (N=24); in-depth interviews (IDI) with representatives of institutions involved in the implementation of the Programme (N=16), and an expert focus group interview (FGI) with the aim to assess the results and data of the study, and to produce recommendations concerning the aim of the study.

The Form and Implementation of the Programme

The evaluated Regional Health Programme was aimed at early diagnosis of chronic kidney disease among the inhabitants of the Łódź Region. The programme was addressed to the working individuals aged 50-56 who had not been diagnosed with any chronic kidney disease and had at least one of the following risk factors: diabetes, hypertension, prior acute renal failure, exposure to drugs inducing rapid deterioration of kidney function, cardiovascular disease, structural abnormalities of the urinary tract with recurrent nephrolithiasis or prostatic hyperplasia, systemic diseases that can affect kidney function (e.g. systemic lupus erythematosus), end-stage renal failure, a family history of genetic kidney disease, or obesity with BMI>35kg/m². In order to avoid double financing of services, the screening covered people who had not undergone diagnostic tests offered under the Programme financed by the National Health Fund, the state budget, or local government funds in the 12 month before the Programme. The estimate target group included at least 5,000 people.

The services provided under the Programme were free for the patients. The services offered under the Programme included: (1) screening. People meeting the criteria for joining the Programme visited the GP. Depending on the diagnostic test results, they had 2 to 5 such medical consultations. The diagnostic tests offered by the Programme included: blood and urine tests, an urinary tract ultrasound (as recommended), additional blood tests, i.e. morphology, electrolytes (Na, K), CRP, cholesterol, triglycerides, glucose, and glycated haemoglobin in the case of patients with diabetes (as recommended), a nephrology consultation (in case the test results were abnormal, the patient was referred to a nephrologist); (2) educational workshops: people with diagnosed CKD were invited by the nephrologist to educational workshops. The workshops consisted of a cycle of three two-hour group meetings. Also, three individual consultations with a dietitian were offered.

The Programme was carried out by two beneficiaries: Pabianickie Centrum Medyczne sp. z o.o. and the City of Łódź, in partnership with the Independent Community Health Care Centre Military Medical Academy Memorial Teaching Hospital of the Medical University of Lodz – Central Veterans' Hospital. The co-financing agreement with the third beneficiary selected in a competition "SALVE" ZOZ Sp. z o.o. was terminated during the project.

743 patients participated in the projects carried out under the Programme. A vast majority of people who used support under the Programme were women (2/3 of the patients), and the average age of the patients was just under 58 years. The most frequent CKD risk factors among the participants were hypertension (57% of the patients) and cardiovascular diseases (25%). Moreover, 11% of the participants were people with disabilities. A great majority of the patients (more than 92%) ended their participation in the Programme in accordance with the support path designed for them. The average duration of a patient's participation in the Programme was only 40.5 days and differed considerably depending on whether the patient ended their participation in the Programme in accordance with the support path designed for them (then the average duration of participation was just under 32 days) or not (then the average duration was approx. 165 days).

The designed form of the Programme was based on the current guidelines and findings with regard to early CKD diagnosis, and it was in accordance with the guidelines and legal acts determining its implementation.

The Programme's implementation only to a small degree contributed to positive changes in early CKD diagnosis in the Łódź Region. The scope of activities covered by the Programme went beyond the publicly funded services, adding value to them. It provided for tests included in the guaranteed benefits package (necessary to complete the diagnostic stage), and supplemented services unavailable (both at the time and now) to persons with diagnosed CKD in the form of education about nephroprotection and dietetic consultations. The Programme was also to contribute to increased availability of nephrological consultations outside nephrology specialist clinics. The Programme met the above objectives, however, due to the low level of fulfilment of its primary aim and the fact that it only covered 15% of the assumed group of 5,000 people, its impact was limited.

The Level of Fulfilment of the Programme's Aims

The primary aim of the Programme was to limit the progression of chronic kidney disease in at least 8% of the Programme's participants thanks to early diagnosis, provision of educational activities, and recommending further observation or diagnostics and treatment under the National Health Fund to persons with a disease diagnosed during the Programme. The Programme's specific aims included: (1) increasing the number of diagnosed stage 3a and 3b CKD and recommending further observation or diagnostics and treatment under the National Health Fund to persons diagnosed with the disease during the Programme; (2) extending the knowledge of the population covered by the Programme with regard to the disease, its connection with cardiovascular diseases, and principles of nephroprotection during the Programme; (3) developing the ability to perform self-care and engage in controlling one's health in persons with CKD diagnosed during the Programme.

The expected effects of the Programme were:

- Performing tests for chronic kidney disease on at least 5,000 persons from the risk group;
- Diagnosing chronic kidney disease in the population covered by the Programme, including at least 30% of stage 3a and 3b cases that would allow to implement nephroprotective activities and/or conservative treatment;

- Recommending further observation or diagnostics and treatment under the National Health Fund to all persons diagnosed with the disease during the Programme requiring further care in this respect;
- Increasing knowledge of CKD, its connection with cardiovascular diseases, and principles of nephroprotection of at least 80% of people who ended their participation in the Programme after the screening;
- Increasing knowledge of CKD, its connection with cardiovascular diseases, and principles of nephroprotection of at least 80% of people with diagnosed disease;
- Developing the ability to perform self-care and engage in controlling one's health declared by at least 80% of people with diagnosed disease.

The Programme's performance indicators connected with its primary aim were much lower than expected. 749 persons were qualified for the Programme (15% of the assumed group). Therefore, also the additional performance indicators were not achieved. Chronic kidney disease was only diagnosed in 10 persons (1.33% of the group covered by the Programme) and they were all recommended a nephrological consultation and invited to a cycle of educational workshops and consultations with a dietitian. After the end of their participation in the Programme, each of these persons was recommended further observation or diagnostics and treatment under the National Health Fund.

The most important reasons for the low level of fulfilment of the Programme's primary aim included:

- A low interest in participation in the Programme among patients;
- Termination of the agreement with one of the three Beneficiaries carrying out projects under the Programme.

The Programme's aims connected with an increase in the knowledge of the population it covered were fully achieved. Among the people who ended their participation in the Programme after the screening (i.e. after the second or further consultation with the GP and an educational talk with the GP), 90% declared that participation in the Programme had increased their knowledge of CKD (compared with the expected 80%). All ten participants who received support in the form of nephrological consultations and educational workshops also declared an increase in

their knowledge of CKD as well as an improved ability to perform self-care and engage in controlling their health.

The population indirectly covered by the Programme included GPs who took part in training courses preparing them to qualify patients for the Programme. Thanks to this their knowledge of CKD and principles of nephroprotection increased, which affected the way they handled patients not only under the Programme but also in their everyday practice (e.g. in relation to the recommended pharmacotherapy).

The general assessment of the level of achievement of the Programme's specific aims is thus unclear. On the one hand, the assumed value of indicators related to them was achieved (or even exceeded), but on the other hand, considering the small number of people diagnosed with CKD during their participation in the Programme and a much lower than expected total number of the Programme's participants, the level of fulfilment of the specific aims, even if it exceeded the assumed valued, did not bring about an improvement in the health situation of the total population of the Łódź Region to the extent expected in connection with the implementation of the Programme.

The Programme's Enrolment Rate

As it was already indicated, only 15% of the assumed number of participants took part in the Programme. Considering the time the Programme started (the last quarter of 2017), a vast majority of patients joined it in 2018. The Programme's enrolment rate was lowest at the beginning and at the end of the projects.

The main factors having an effect on the implementation of the Programme included a massive information campaign organised in connection with its launch. The beneficiaries conducted a few types of promotional activities provided for in the Programme, with the greatest emphasis placed on the involvement of the Primary Health Care medical staff. Due to the low interest in participation in the Programme identified already at the beginning of the projects, they also undertook additional remedial actions that focused on reaching potential Programme participants (involving information in the local media and cooperation with employers).

The results of the evaluative study suggest that the Programme had **more factors that discouraged people from taking part in it than factors encouraging participation.**

There were many barriers lowering the Programme's enrolment rate, both within the Programme itself and in its environment. One should mostly mention:

- Low health awareness among Poles, including the inhabitants of the Łódź Region, of the significance of preventive healthcare;
- The specificity of CKD, which is usually diagnosed in later stages, as only then does it cause symptoms noticeable to the patient. Lack of physical discomfort does not encourage patients to check kidney function;
- The way CKD was diagnosed in the screening, requiring basic blood and urine tests. The Programme did not offer any difficult to obtain or costly medical procedures, which would be attractive to patients;
- The age limit of the Programme's target group, i.e. 50-65 years. According to the Beneficiaries' representatives and doctors qualifying for the Programme, also younger persons from risk groups expressed their interest in participation, just like older persons whose kidney function could have deteriorated with age, which is confirmed by epidemiological data.

The encouraging factors included:

- The possibility to obtain information about the Programme and qualify for it through consultation with the GP (however, due to the necessity to avoid double financing of services, it was not possible for the patient informed by the GP about the Programme during a visit under the National Health Fund to immediately join the Programme and be qualified for it);
- The possibility to shorten the time of getting to a nephrologist in case a kidney disease was diagnosed (without the need to wait in the queue of patients referred to the nephrologist under the National Health Fund – the visit took place as part of the Programme, i.e. soon after the GP decided that the patient qualified for it);
- The awareness of the threat connected with the occurrence and the development of CKD among persons from the risk groups, including persons

with diabetes and cardiovascular diseases (which motivated some of the patients to take part in the Programme, but discouraged others due to the unfavourable diagnosis).

To sum up, everyone involved in the implementation of the projects agreed that the Programme – though correct in medical terms and addressing a significant health problem of the Łódź Region – for reasons beyond their control and despite the remedial actions taken, was met with **a far lower interest among the potential participants than expected.**

The Quality of Services Under the Programme and Sustainability of Its Effects

In the evaluative study, the quality of services under the Programme was determined based on the results of the satisfaction survey conducted among the patients after the end of their participation in the Programme in 2018¹⁰ and the results of the survey conducted on their representative sample for the purposes of evaluation¹¹ three years later. According to the satisfaction survey results, 97% of the Programme's participants were satisfied with their participation, 95% would take part in it again, while 95.5% would recommend others taking part in the Programme. The participants were asked the same questions in the evaluative study: 98% of the CATI survey respondents (326 people) declared that in hindsight, they were satisfied with their participation in the Programme, and the same number of the respondents would take part in it again, while 98.5% (328 people) would recommend others taking part in it. In terms of different types of support evaluated three years after the end of participation in the Programme, according to the majority of the respondents, the number, intensity, and duration of the services offered under it was adequate with regard to the visit to the GP qualifying for the Programme (99%), the consultation visit to the GP (98%), and diagnostic tests (96%). Slightly different conclusions can be drawn from the opinions expressed by some of the study participants – representatives of the beneficiaries carrying out projects under the Programme and medical staff – during IDIs. They indicated that the patients told the project staff that the diagnostic path under the Programme was too long and too complex (the necessity to visit the

¹⁰ The satisfaction survey questionnaires were filled in by a total of 667 persons taking part in the Programme.

¹¹ The CATI sample included 333 people.

GP a few times and perform different tests depending on the results), that they had to wait long for a kidney ultrasound, and that they did not find the initial tests very attractive. The patients' opinions gathered during TDIs prove that they joined the Programme with different awareness levels of the support path and its determinants, although most of their expectations were met (predominantly in cases where the screening did not reveal CKD).

It has to be emphasised that a vast majority (98.7%) of the Programme's participants did not use all of the services – only ten people were qualified for a nephrological consultation, educational sessions, and meetings with a dietitian. Those people were mostly satisfied with the visit to a nephrologist.

In the qualitative part of the study that had the form of non-directive telephone interviews with twenty-four participants of the Programme, the opinions gathered about the whole Programme and about different types of services were rather positive. Satisfaction was expressed by both people who only used diagnostic tests that did not reveal any irregularity in the kidney function and by those diagnosed with CKD.

In terms of sustainability of the Programme's effects:

- in 2018, 91% of the patients declared that their participation in the Programme had increased their knowledge of the disease, while in 2021 a total of 93% of the representative sample of the Programme's participants said the same;
- in 2018, 93% of the patients believed that the knowledge acquired under the Programme would help them take better care of their kidneys, while in 2021 a half of the respondents declared that they had seen such an effect of the Programme;
- in 2018, 95% of the patients stated that they knew when to perform another diagnostic test to check their kidney function, while in 2021, 30% of the respondents declared having performed regular diagnostic tests to check kidney function thanks to their participation in the Programme.

Thus, sustainability of the Programme's effects differs, with the highest level concerning knowledge of kidney diseases, and the lowest concerning the

development in the study participants the habit of performing regular diagnostic tests to check kidney function.

In the qualitative part of the study, a few people emphasised that sustainability of the effects of their participation in the Programme was in their case low as the scope of the support offered was too limited – their contact with the Programme mostly consisted in filling in the necessary documents, undergoing basic tests, and collecting normal results.

The Effect of the Programme on the Health of the Participants and the General Population

The effect of the Programme on the improved health situation of the general population of the Łódź Region was poor. This mostly results from the fact that only 15% of the assumed target group was covered and that only 10 participants of the Programme were qualified for nephrological consultations and took part in the educational workshops.

Considering the effect of the Programme on the health of the local inhabitants in slightly broader terms, however, it is worth indicating the added value of the projects carried out under it, namely the training in CKD for the GPs qualifying patients for the Programme (this form of support covered 90 GPs, including 84 under the project carried out by the City of Łódź Office and 6 under the project carried out by PCM). It can be assumed (based on, for example, the opinions expressed by the doctors) that the training improved the quality of care also of patients who did not take part in the Programme and that this effect is permanent.

The effect of the Programme on the health of its participants was rather positive. It consisted in increasing their awareness and knowledge of CKD. A vast majority of the participants of the Programme evaluated three years after its end stated that their knowledge of CKD and its risk factors had increased after taking part in it (10% of the respondents strongly agreed with this statement, and 83% rather agreed with it). The respondents also declared that thanks to the Programme they had greater knowledge of the way kidney diseases are treated (9% strongly agreed, 82% rather agreed).

Slightly higher effect indicators were found in the case of increasing the participants' knowledge of a healthy diet and its significance for the prevention and treatment of kidney diseases – its increase was declared by 26% of the respondents, which may have resulted from the fact that only ten people had been qualified for participation in the educational workshops and consultations with a dietitian.

Despite the low percentage of participants who could use all forms of support offered by the Programme, three years after its end a half of the CATI survey respondents stated that thanks to the knowledge acquired they were able to take better care of their kidneys. The results concerning the actual habits connected with monitoring one's health look less positive. Regular diagnostic tests performed to check kidney function thanks to participation in the Programme was declared by 30% of the respondents.

In the qualitative part of the study, the participants of the Programme confirmed that it had motivated them to introduce some positive changes, such as giving up bad eating habits and undertaking physical activity, however, sustainability of these changes varied. The Programme created a great opportunity to realise many issues that have a significant effect not only on the kidney function but also one's general condition, and it increased interest in other health programmes.

Diagnosis of kidney disease as a result of participation in the Programme was declared by 15% of the CATI survey respondents (1% strongly agreed that there was a connection between their participation in the Programme and the kidney disease diagnosis, and 14% rather agreed). With regard to the declared long-term effect of the Programme on the nephrological health of the participants, 85% of the respondents (284 people) stated that it had not changed, 14% (47 people) declared that it had improved, while 1% (2 people) said that their nephrological health had deteriorated since their participation in the Programme. According to the statements of the respondents given during TDIs, health improvement in their case was mostly connected with starting or continuing treatment of other diseases that had an effect on kidney function (such as diabetes) or general improvement in their condition (weight loss, diet change thanks to dietary advice received under the Programme, increased physical activity). Deterioration of health concerned a few respondents, but it resulted from issues other than CKD, such as orthopaedic problems and cancer.

To sum up, the Programme's effect on the health of its participants should be assessed positively, however, it is worth emphasising the connection between the experienced change and the scope of support received under the Programme. The people who qualified for nephrological consultations, educational workshops, and a dietetic consultation reported better experiences connected with their participation in the Programme and emphasised its effect on their health more. The opinions expressed by the Programme's participants corresponded with the statements of the GPs that qualified patients for the Programme as well as specialists taking care of the people with diagnosed CKD (nephrologists, nephrological nurses, dietitians). They mostly emphasised the educational effect of the Programme on the patients' health.

The Effectiveness of Support Under the Programme

The effectiveness of support under the Programme was evaluated by comparing the level of fulfilment of its aims with the outlays made. Due to the fact that the Programme was not fully carried out (one of the three beneficiaries resigned and a much lower than expected population was covered by the support), the structure and the amount of the costs planned and actually incurred differed. The expected total cost of the Programme's implementation was PLN 2,646,405, while the total value of the agreements signed was PLN 1,121,116.99. The actual cost of the Programme's implementation was **PLN 78,742.30**, i.e. 3% of the cost planned in the allocation and 7% of the cost planned by the beneficiaries in their funding applications.

The population of the Programme's participants had **a different structure than planned in terms of screening results**. The Programme assumed that approx. 74% of the people covered by the screening would have normal results and their participation in the Programme would end there, while the remaining 26% of the people would require another visit to the GP, additional diagnostic tests, and nephrological consultations, and would take part in educational workshops, whereas as a result of the Programme's implementation 98.7% of the participants ended their participation in it after the screening, and only 1.33% used the whole offer of the Programme, including its most expensive elements (an urinary tract ultrasound, a nephrological consultation, a dietitian consultation, and educational workshops).

According to the participants of the group interview, the cost of the Programme was adequate and the **financial effectiveness was satisfactory** considering the low level of fulfilment of the aims.

Difficulties With the Programme's Implementation

According to the summary report of the Programme, four main difficulties were identified in the course of the projects:

- Patients' reluctance to take part in the Programme;
- The fact that the first diagnostic tests were performed on the patients qualified for the Programme. Their results did not allow to do further tests or to continue participation in the project;
- The reasons why patients resigned from participation in the project included lack of time and fear of the diagnosis;
- Patients wanted to use the possibility of performing an ultrasound scan at the beginning of the diagnostic tests and as it was impossible, they resigned from participation in the Programme despite information about the course of the Programme.

These problems coincided with the information obtained during the evaluation of the Programme. Qualitative interviews conducted with the people involved in the Programme's implementation indicate that the main challenge was covering the assumed number of patients. Difficulties with the recruitment of participants to the projects carried out under the Programme were reported by the Beneficiaries on an ongoing basis to the Managing Authority of the Regional Operational Programme for the Łódź Region in, for example, quarterly applications for payment, also describing the remedial actions taken. They mostly consisted in the Beneficiaries' attempts to directly reach potential participants of the Programme by, for example, attending local events, entering into cooperation with employers, and placing information in places frequented by the inhabitants (the City Hall, parishes). The evaluation findings indicate that the actions taken exhausted all the possibilities available to the Beneficiaries considering their time, staff, and financial resources.

Another area posing problems with the Programme's implementation was its planned participation path which the evaluation study participants assessed as complicated and unclear with regard to consultations with the GP and diagnostic tests. However,

this path corresponds with medically and financially justified procedures for checking kidney function and diagnosing CKD. In practice, the path planned in such a way gave rise to many problems for the Beneficiaries including:

- The patients' failure to come to the visit ending their participation in the Programme when the results of the first or further tests did not reveal any irregularities in the kidney function;
- The patients' failure to undergo the recommended (first or further) diagnostic tests, which mostly happened when the patients' main expectation of the Programme was a kidney ultrasound and they were not interested in urine and blood tests.

Problems connected with the patients' participation in the support path planned for them also concerned the small group of 10 people referred to nephrological consultations and a cycle of educational workshops; there were considerable difficulties connected with the timely participation in the whole cycle of workshops resulting from a low interest in this form of support and the necessity to devote some free time to take part in it, visiting the workshop venue a few times. From the patients' perspective, health education itself was not as attractive as tests and consultations.

Recommendations

- Resigning from the age limit that determines participation in the Programme and addressing it to working adults from specific CKD risk groups regardless of their age.
- Supplementing the support path under the Programme for people who were not diagnosed with CKD after tests performed under the Programme with educational activities and dietitian consultations to increase the impact and sustainability of the Programme's effects in the area of CKD prevention by increasing knowledge and awareness and by developing healthy habits in people from the CKD risk group.
- Including in the Programme, in the part concerning the organisation of educational workshops, the possibility of conducting them in the hybrid form, i.e. as partially classroom and partially distance learning, using the Internet and adequate software allowing the participants to attend workshop sessions from home.

1 Wprowadzenie

Badanie pt. „Ewaluacja Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” realizowane jest w kontekście nasilających się negatywnych procesów demograficznych i tendencji epidemiologicznych oraz niskiej świadomości zdrowotnej mieszkańców województwa łódzkiego. Łącznie zjawiska te generują coraz większe zapotrzebowanie na usługi zdrowotne w województwie. Z trendów epidemiologicznych wynika, że istotnym problemem zdrowotnym dotyczącym osób dorosłych są choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego oraz choroby układu oddechowego. Wobec takich wyzwań opracowywane są Programy Polityki Zdrowotnej – są one instrumentami, za pomocą których jednostki samorządu terytorialnego realizują zadania w obszarze zdrowia na rzecz społeczności lokalnych (a w przypadku jednostek szczebla wojewódzkiego – społeczności całego regionu). Tym samym programy te są ważnym narzędziem realizacji polityki zdrowotnej prowadzonej przez samorządy.

1.1 Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego

Przewlekła choroba nerek (dalej: PChN) to wieloobjawowy zespół chorobowy, będący następstwem trwałego uszkodzenia lub zmniejszenia liczby czynnych nefronów niszczonych przez różnorodne procesy chorobowe toczące się w miąższu nerek, a tym samym powodujący progresywne zmniejszanie filtracji kłębuszkowej (GFR)¹². Według wytycznych Kidney Disease Improving Global Outcomes KDIGO¹³ opublikowanych w 2013 roku, **PChN definiuje się jako mające następstwa dla zdrowia nieprawidłowości budowy lub czynności nerek utrzymujące się powyżej 3 miesięcy:**

¹² E. Król, B. Rutkowski, *Przewlekła choroba nerek - klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka*, Forum Nefrologiczne 2008;1(1), str. 2

¹³ KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease, https://kdigo.org/wp-content/uploads/2017/02/KDIGO_2012_CKD_GL.pdf (dostęp: 25.20.2021)

- zmniejszenie szacowanego na podstawie stężenia kreatyniny w surowicy przesączania kłębuszkowego (eGFR) poniżej 60 ml/min/1,73 m² i/lub
- występowanie cech uszkodzenia nerek takich, jak:
 - albuminuria (≥ 30 mg/d; wskaźnik albumina/kreatynina w moczu ≥ 30 mg/g),
 - nieprawidłowy osad moczu,
 - nieprawidłowości, przede wszystkim w zakresie gospodarki elektrolitowej, będące wynikiem zaburzeń czynności cewek nerkowych,
 - odchylenia w badaniach obrazowych nerek,
 - patologiczne zmiany stwierdzone w biopsji nerek¹⁴.

Klasyfikacja PChN opiera się na ustaleniu jej przyczyny oraz stopnia zaawansowania (określonego na podstawie wielkości GFR i albuminurii). Wyróżnia się **5 stadiów choroby**, w zależności od stopnia wydolności nerek, mierzonej na podstawie wartości przesączania kłębuszkowego:

- **stadium I** – GFR ≥ 90 ml/min/1,73 m² – uszkodzenie nerek (pod postacią albuminurii, białkomoczu, krwinkomoczu bądź widoczne w badaniach obrazowych) z prawidłowym lub podwyższonym GFR,
- **stadium II** – GFR = 60-89 ml/min/1,73 m² – uszkodzenie nerek z łagodnym obniżeniem GFR (utajona niewydolność nerek),
- **stadium III** – GFR = 30-59 ml/min/1,73 m² – uszkodzenie nerek z umiarkowanym obniżeniem GFR (jawna wyrównana niewydolność nerek),
- **stadium IV** – GFR = 15-29 ml/min/1,73 m² – uszkodzenie nerek z ciężkim obniżeniem GFR (jawna niewyrównana niewydolność nerek),
- **stadium V** – GFR < 15 ml/min/1,73 m² – schyłkowa niewydolność nerek¹⁵.

Głównym celem Programu było ograniczenie progresji przewlekłej choroby nerek wśród co najmniej 8% uczestników Programu, poprzez wczesne wykrycie choroby, objęcie działaniami edukacyjnymi oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.

¹⁴ za: Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, wrzesień 2016, str. 2

¹⁵ E. Król, B. Rutkowski, *op. cit.*, str. 2

Cele szczegółowe:

- 1) Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków przewlekłej choroby nerek w stadiach 3a i 3b oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.
- 2) Zwiększenie poziomu wiedzy populacji objętej Programem na temat choroby, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji w okresie trwania Programu.
- 3) Zwiększenie umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu u zdrowia osób z wykrytą PChN w okresie trwania Programu.

Program realizowany był na terenie województwa łódzkiego w latach 2017 – 2018.

Program był **skierowany do osób**, które spełniały łącznie poniższe wymogi:

- byli mieszkańcami województwa łódzkiego,
- byli w wieku aktywności zawodowej z przedziału 50-65 lat¹⁶,
- występował u nich przynajmniej jeden z poniższych czynników ryzyka:
 - cukrzyca,
 - nadciśnienie tętnicze,
 - przebyta ostra niewydolność nerek (ostre uszkodzenie nerek),
 - ekspozycja na leki związane z gwałtownym pogorszeniem funkcji nerek,
 - choroby układu sercowo-naczyniowego,
 - zaburzenia strukturalne układu moczowego, z nawracającą kamicą nerkową lub przerostem gruczołu krokowego,
 - choroby układowe, które mogą wpływać na funkcje nerek (np. toczeń rumieniowy układowy),
 - schyłkowa niewydolność nerek lub choroby nerek o podłożu genetycznym w rodzinie,
 - otyłość z BMI > 35 kg/m².

Świadczenia w ramach Programu były dla pacjentów bezpłatne. W celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, z badań przesiewowych mogły skorzystać osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonywanych w ramach NFZ,

¹⁶ Przy czym zgodnie z ustaleniami przedstawionymi przez Ministerstwo Rozwoju osoby w wieku aktywności zawodowej powinny być osobami aktywnymi zawodowo tj. osobami pracującymi albo osobami pozostającymi bez zatrudnienia, ale poszukującymi pracy lub zainteresowanymi jej podjęciem; nie miały rozpoznanej dotychczas przewlekłej choroby nerek.

budżetu państwa lub środków samorządowych badań diagnostycznych przewidzianych w Programie.

Zgodnie z założeniami Programu Beneficjenci realizujący Program zostali wybrani w drodze konkursowej. Ogłoszony konkurs został przeprowadzony zgodnie z wymogami ustawy z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014–2020, jak również krajowych „Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju. W konkursie składane były (odpowiednio do ofert) wnioski o dofinansowanie realizacji projektów, podlegające ocenie.

W wyniku konkursu wybrano 3 beneficjentów:

- „SALVE” ZOZ Sp. z o.o. – dalej: „SALVE”;
- Łódź - Miasto na Prawach Powiatu – dalej „Miasto Łódź”;
- Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. – dalej: „Pabianickie Centrum Medyczne”.

Tabela 1: **Projekty realizowane w ramach Programu**

Nazwa Beneficjenta	Tytuł projektu	Data zawarcia umowy
SALVE	<i>Program badań przesiewowych w kierunku wykrycia przewlekłej choroby nerek</i>	2017-06-28
Miasto Łódź	<i>Łódź do zdrowia - wczesne wykrywanie przewlekłej choroby nerek wśród mieszkańców miasta Łodzi</i>	2017-08-16
Pabianickie Centrum Medyczne	<i>Realizacja działań profilaktycznych w kierunku wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek przez Pabianickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.</i>	2017-08-16

Łączna wartość wybranych do realizacji projektów przekraczała 2 miliony złotych.

Tabela 2: **Projekty realizowane w ramach Programu – wartość projektów**

Nazwa Beneficjenta	Wartość ogółem projektu	Kwota przyznanego dofinansowania
SALVE	957 562,50 zł	871 381,87 zł
Miasto Łódź	842 843,50 zł	766 987,58 zł
Pabianickie Centrum Medyczne	278 273,49 zł	253 228,87 zł
RAZEM	2 078 679,49 zł	1 891 598,32 zł

Z powodu rozwiązania umowy z jednym z Beneficjentów, Program był realizowany jedynie przez dwóch z trzech wybranych w konkursie Beneficjentów: Miasto Łódź oraz Pabianickie Centrum Medyczne.

Uruchomienie Programu polegało na przeprowadzeniu działań informacyjno-promocyjnych oraz informacyjno-edukacyjnych przez Beneficjentów. Działania ukierunkowane były na zachęcenie potencjalnych adresatów do udziału w Programie, a szerzej – na zwiększenie świadomości zdrowotnej mieszkańców województwa łódzkiego, zwłaszcza osób należących do grup ryzyka rozwoju PChN. Zgodnie z założeniami Programu, w materiałach wykorzystywanych w ramach działań informacyjnych powinny być zawarte treści edukacyjne na temat PChN i profilaktyki nefrologicznej, a także roli diagnostyki funkcji nerek w grupach ryzyka. Co ważne, na etapie tym założono także konieczność dotarcia do lekarzy rodzinnych oraz specjalistów – kardiologów i diabetologów, którzy w istotny sposób mogli przyczynić się do upowszechnienia informacji o Programie wśród jego adresatów. Za niezbędne uznano ponadto podniesienie wiedzy i świadomości personelu medycznego na temat częstości i uwarunkowań występowania PChN oraz roli lekarzy i pielęgniarek w ramach POZ w zakresie wczesnego wykrywania tej choroby, przede wszystkim dzięki wykonywaniu odpowiednich badań diagnostycznych oceniających funkcję nerek wśród pacjentów, w tym w ramach Programu.

Udział pacjenta w Programie rozpoczynał się od **I konsultacji z lekarzem POZ**. W jej trakcie przeprowadzano wywiad dotyczący m.in. czynników ryzyka, stosowanych leków, objawów chorobowych ze strony układu moczowego, wykonywano badanie

przedmiotowe pacjenta, pomiary antropometryczne (masa ciała, wzrost), dwukrotny pomiar ciśnienia tętniczego i tętna (należało uwzględnić wartość uśrednioną). U osób zakwalifikowanych przez lekarza do udziału w Programie zlecano **badania diagnostyczne** – stężenie kreatyniny w surowicy krwi z oszacowaniem na jej podstawie stopnia przesączania kłębuszkowego (eGFR) na podstawie wzoru MDRD oraz ogólne badanie moczu z oceną białkomoczu oraz osadu moczu. W trakcie **II konsultacji z lekarzem POZ** następowało omówienie z pacjentem wyników badań oraz wpisanie ich do karty badania profilaktycznego.

Dalsze postępowanie było uzależnione od wyników przeprowadzonych badań:

- w przypadku, gdy $eGFR \geq 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, a badanie moczu nie wskazało na nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek, nie rozpoznawano PChN,
- w przypadku, gdy $eGFR < 60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ zlecano przeprowadzenie kolejnego oznaczenia eGFR w ciągu 2 tygodni, w celu wykluczenia ostrego uszkodzenia nerek,
- jeśli w teście paskowym wykrywany był białkomocz zlecano badanie albuminurii (określenie wskaźnika albumina/kreatynina w moczu - ACR).

W zależności od wyników badań pacjentowi zalecano **kolejne konsultacje lekarskie** (możliwe było przeprowadzenie maksymalnie 5 konsultacji lekarskich):

- gdy kolejne oznaczenie eGFR wskazywało na podejrzenie ostrego uszkodzenia nerek, pacjenta kierowano na konsultację nefrologiczną w ramach Programu,
- gdy w kolejnym oznaczeniu eGFR miało wartość mniejszą, niż $60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$, a jednocześnie wykluczono ostre uszkodzenie nerek, zlecano powtórzenie badania po 3 miesiącach w celu sprawdzenia, czy obniżone przesączanie kłębuszkowe ma charakter przewlekły,
- gdy wartość wskaźnika albumina/kreatynina w moczu była równa bądź większa niż 30 mg/g , zlecano powtórne badanie moczu w kierunku albuminurii po 3 miesiącach (w przypadku pacjentów z cukrzycą – badanie przeprowadzano dwukrotnie, a dwa wyniki pozytywne wśród 3 były podstawą do rozpoznania albuminurii).

Dla pełniejszej oceny stanu zdrowia pacjentów, lekarz mógł zlecić wykonanie **dodatkowych badań diagnostycznych**, takich jak: morfologia krwi, elektrolity (Na,

K), CRP, cholesterol, triglicerydy, glukoza, a u osób z cukrzycą wartość hemoglobiny glikowanej.

PChN nie rozpoznawano w przypadku, gdy:

- w pierwszych badaniach wskaźnik eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m², a badanie moczu nie wskazało na nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek
- w powtórzonych badaniach wskaźnik eGFR ≥ 60 ml/min/1,73 m² oraz ACR < 30 mg/g i nie było innych markerów uszkodzenia nerek.

W przypadku osób, u których nie wykryto PChN następowało zakończenie udziału w Programie, poprzedzone **rozmową edukacyjną lekarza z pacjentem oraz przekazaniem mu materiałów informacyjnych na temat PChN** (np. poradnik/ulotka). Lekarz przekazywał informacje na temat częstości występowania PChN oraz zagrożeń z nią związanych, szczególnie w kontekście chorób układu krążenia, dawał zalecenia odnośnie nefroprotekcji uwzględniając występujące u danej osoby czynniki ryzyka rozwoju PChN, zalecał wykonanie badania przesiewowego za rok lub częściej (wg wskazań) w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Pacjent otrzymywał także zaświadczenie o udziale w Programie, zawierające zalecenia dotyczące częstości monitorowania PChN (które powinien pokazać swojemu lekarzowi POZ, jeżeli był to inny lekarz niż wykonujący świadczenia w ramach Programu). Na zakończenie pacjent wypełniał ankietę potwierdzającą wiedzę zdobytą w Programie oraz oceniającą satysfakcję z udzielonych świadczeń.

U osób, których wyniki badań wskazywały na PChN, lekarz dokonywał oceny klasyfikacji stadium PChN (wg wskazań mógł zlecić pacjentom także wykonanie USG układu moczowego), a następnie kierował je na **konsultację nefrologiczną** w ramach Programu. U pacjentów wymagających objęcia specjalistyczną opieką nefrologiczną, nefrolog zalecał zgłoszenie się do lekarza POZ w celu uzyskania skierowania do dalszej opieki w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Nefrolog wypełniał kartę badania profilaktycznego oraz zalecał pacjentowi **udział w warsztatach edukacyjnych** prowadzonych przez lekarza nefrologa i/lub pielęgniarkę nefrologiczną oraz dietetyka (w zależności od tematyki spotkania). Warsztaty składały się z cyklu 3 dwugodzinnych spotkań dla 4-6 osobowych grup chorych organizowanych w odstępach co najmniej 1 tygodnia zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Beneficjentów realizujących Program w porozumieniu z pacjentami. Chorym podczas warsztatów mogła towarzyszyć osoba

bliska/członek rodziny. Tematyka warsztatów powinna być dostosowana do stopnia zaawansowania choroby uczestników warsztatów i obejmować następujące zagadnienia¹⁷:

- Rola nerek w organizmie, przybliżenie anatomii i fizjologii układu moczowego.
- Istota przewlekłej choroby nerek, definicja, zapoznanie z objawami choroby na poszczególnych etapach.
- Czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych (ChSN), w tym choroby nadciśnieniowej, wpływ nadciśnienia tętniczego na rozwój ChSN, prawidłowe wartości ciśnienia, farmakologiczne i nefarmakologiczne metody redukcji ciśnienia tętniczego, przyczyny, objawy oraz metody diagnozowania i leczenia najczęstszych ChSN.
- Rola samoopieki w ograniczaniu postępu rozwoju PChN i utrzymaniu potencjału zdrowia, znaczenie prawidłowej postawy wobec własnej choroby, czynniki nasilające postęp PChN (tj. choroba podstawowa, nadciśnienie, wysoki białkomocz, stany zapalne i zakażenia, dyslipidemia, leki nefrotoksyczne, dieta bogatobiałkowa, palenie tytoniu, otyłość), farmakologiczne i nefarmakologiczne elementy samoopieki, możliwość szczepień przeciwko WZW B.
- Niedokrwistość nerkopochodna, przyczyny, objawy, możliwości leczenia, korzyści wynikające z leczenia.
- Rola żywienia w terapii PChN, jej wpływ na zachowanie dobrego stanu odżywienia, ograniczenie ilości końcowych produktów przemiany materii oraz zwolnienie postępu upośledzenia czynności nerek, zasady żywienia w zapobieganiu postępowi choroby, prowadzenie dzienniczka żywieniowego.
- Kontrola gospodarki wapniowo-fosforanowej, patofizjologia zaburzeń, możliwości leczenia.
- Aktualne możliwości leczenia nerkozastępczego, podstawowe informacje na temat dializoterapii otrzewnowej, hemodializoterapii, wyprzedzającego przeszczepu nerki.

¹⁷ Tematykę opracowano na podstawie „Szczegółowego programu edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek” opisanego w publikacji „Pielęgniarstwo nefrologiczne” pod red. B. Białobrzeskiej, A. Dębskiej-Ślizień, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013.

W celu sprawdzenia efektywności warsztatów, na pierwszym i ostatnim spotkaniu przeprowadzona była ankieta oceniająca poziom wiedzy uczestników na temat choroby, jej zagrożeń oraz zasad nefroprotekcji, opracowana przez Beneficjentów realizujących Program. Na ostatnim spotkaniu wśród uczestników przeprowadzone było również badanie ankietowe satysfakcji uczestnika i jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu.

Pacjent mógł także umówić się dodatkowo na **3 indywidualne konsultacje z dietetykiem**. Dietetyk dokonywał pomiaru wskaźnika BMI, oceny stanu odżywienia (skala SGA), oceny dzienniczka żywieniowego, którego prowadzenie zostało omówione na warsztatach, zwracał uwagę na popełniane błędy żywieniowe. Zalecenia żywieniowe przekazywane przez dietetyka powinny były obejmować podaż białka, fosforu, sodu, potasu, wapnia, żelaza oraz witamin, a także uwzględniać utrzymanie prawidłowego bilansu wodnego, dostarczania odpowiedniej ilości energii dostosowanej do aktywności fizycznej, w celu utrzymania optymalnej masy ciała, lub pozbycia się nadwagi lub otyłości. Pacjenta należało poinformować, które pokarmy są dla niego zalecane, a których powinien unikać lub całkowicie wykluczyć ze swojego jadłospisu – pacjent zapoznawał się z zasadami prawidłowego planowania jadłospisów. Edukacja miała również na celu zmotywowanie chorego do stosowania diety. Przekazywano mu materiały edukacyjne wspierające zapamiętywanie przekazanych informacji. Kolejne spotkania z dietetykiem miały na celu ocenę skuteczności prowadzonej edukacji żywieniowej oraz monitorowanie postępów leczenia dietetycznego.

2 Koncepcja i metodyka ewaluacji Programu

Ewaluacja RPZ jest obowiązkiem wynikającym z zapisów „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Realizacja przedmiotowego badania wynika również z zapisów Planu ewaluacji RPO WŁ 2014-2020. Wyniki ewaluacji poszczególnych RPZ zostaną wykorzystane w badaniu dotyczącym „Oceny rezultatów i produktów wdrażania Regionalnych Programów Zdrowotnych w ramach RPO WŁ 2014-2020”, które będzie badaniem wpływu w zakresie Osi Priorytetowej IX i X, a realizacja którego wynika z wymogów zawartych w Rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013. Od wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej, wzoru raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej oraz sposobu sporządzenia projektu programu polityki zdrowotnej i raportu końcowego z realizacji programu polityki zdrowotnej wymóg uwzględnienia ewaluacji PPZ (którym jest RPZ wdrażany w ramach RPO) wynika także z tego aktu prawnego. Przed wejściem w życie zapisów powyższego zarządzenia PPZ były opracowywane w oparciu o zalecenia i instrukcję AOTMiT

Głównym celem badania była ocena skuteczności, efektywności, użyteczności i trwałości wdrażania „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego”, którego celem głównym było ograniczenie progresji przewlekłej choroby nerek wśród co najmniej 8% uczestników Programu, poprzez wczesne wykrycie choroby, objęcie działaniami edukacyjnymi oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.

Badanie objęło swoim **zakresem** przedmiotowy i podmiotowy oraz czasowy i przestrzenny zasięg oddziaływania Programu.

Tabela 3: **Zakres badania ewaluacyjnego**

	Zakres badania ewaluacyjnego
Zakres przedmiotowy	<p>Ocena wdrażania „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” w ramach RPO WŁ 2014-2020:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Oś priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, która przyczyni się do wzrostu szans na zatrudnienie i utrzymania zatrudnienia poprzez umożliwienie łączenia życia zawodowego z prywatnym, poprawy adaptacyjności przedsiębiorstw i ich pracowników do zmian, a także wdrożenia programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu. – Priorytet inwestycyjny 8vi Aktywne i zdrowe starzenie – Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia. – Poddziałanie X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu.
Zakres podmiotowy	<p>Badaniem zostali objęci:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Uczestnicy projektów RPO WŁ 2014-2020 (pacjenci) – Beneficjenci RPO WŁ 2014-2020 (w przedmiotowym Programie: 2 beneficjentów) – IZ RPO WŁ 2014-2020 – Departament Polityki Zdrowotnej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego – Lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – Lekarze ze specjalizacją nefrologia / pielęgniarki ze specjalizacją nefrologia – Dietetycy – Stowarzyszenia / organizacje zrzeszające specjalistów / reprezentujące pacjentów związane z dziedziną nefrologii / eksperci dziedzinowi.
Zakres czasowy	Co najmniej: od dnia 08.11.2016 do dnia podpisania umowy (17.05.2021 r.)
Zakres przestrzenny	Co najmniej: województwo łódzkie

Źródło: opracowanie własne

W badaniu zostały zastosowane następujące **kryteria ewaluacyjne**:

- skuteczność – kryterium to pozwoliło ocenić, w jakim stopniu cele zdefiniowane na etapie pisania Programu zostały osiągnięte;
- użyteczność – kryterium to pozwoliło ocenić rzeczywiste efekty, tj. na ile działania podejmowane przez instytucje realizujące projekty w ramach RPO

Wł 2014-2020 faktycznie podniosły wiedzę i świadomość w zakresie PChN wśród uczestników tych projektów;

- efektywność – kryterium to pozwoliło ocenić stopień osiągniętych efektów w zakresie wdrażania Programu w stosunku do poniesionych nakładów;
- trwałość – kryterium to pozwoliło ocenić czy osiągnięte efekty są i pozostają trwałe po zakończeniu udziału w Programie.

Badanie zrealizowane zostało w ramach **paradygmatu pragmatycznego**¹⁸, który w największym stopniu odpowiada celom badań ewaluacyjnych. Nie wiąże się z określonym podejściem metodologicznym (ilościowym bądź jakościowym), lecz podporządkowuje je nadrzędnym funkcjom ewaluacji – usprawniającej, konkluzywnej, wspierającej decyzje związane z zarządzaniem programami społecznymi oraz określającym jakość i wartość programu dla tych, którym ma on służyć. Typowe dla badań realizowanych w nurcie pragmatycznym jest stosowanie mieszanych strategii badawczych, będących wyrazem wprowadzania w praktykę badawczą różnych typów triangulacji (metodologicznej, badacza, źródła danych). Strategia zastosowana w niniejszym badaniu miała charakter **transformacyjny**¹⁹²⁰.

Ewaluacja Programu została przeprowadzona przy wykorzystaniu różnorodnych metod i technik badawczych o komplementarnym zastosowaniu. Szeroki zakres podmiotowy i przedmiotowy zaplanowanych działań badawczych i analitycznych pozwolił na zdobycie kompleksowego zestawu informacji na temat realizacji i jakości Programu oraz sformułowanie rekomendacji. Badaniem objęto zarówno pacjentów biorących udział w Programie, jak i przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za wdrożenie i realizację Programu oraz przedstawicieli personelu udzielającego świadczeń w jego ramach.

¹⁸ J. W. Creswell, *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2013, str. 34-37

¹⁹ *ibidem*, str. 40

²⁰ Jest to jedna procedur realizacji badań mieszanych, obok procedury **sekwencyjnej i równoległej**. Procedura sekwencyjna przewiduje, że zastosowanie jednej metody służy uporządkowaniu i uogólnieniu wyników uzyskanych inną metodą. Procedura równoległa zakłada łączenie/scalanie danych ilościowych i jakościowych w ramach wszechstronnej analizy problemu badawczego, przy czym obydwie rodzaje danych zbiera się jednocześnie i traktując jako całość, poddaje jednolitej interpretacji. Procedura transformacyjna polega natomiast na stosowaniu obu tych podejść. Dla badania obejmującego dane ilościowe i jakościowe przyjmuje się pewne nastawienie teoretyczne jako perspektywę nadrzędną, tworzącą strukturę ramową dla zagadnień badawczych, metod gromadzenia danych oraz przewidywanych wyników lub zmian.

W ramach ewaluacji zastosowano:

- niereaktywne techniki badawczych w formie **analizy danych zastanych**, której poddano: (1.) dokumenty wskazane przez Zamawiającego wraz z uwzględnieniem literatury naukowej na temat wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek; (2.) dane zebrane w ramach Programu od uczestników wsparcia i beneficjentów oraz (3.) dane ilościowe dotyczące świadczeń w zakresie chorób nerek realizowanych przez łódzki oddział NFZ.
- reaktywne techniki badawcze (tj. takie sposoby pozyskiwania informacji, w których następuje bezpośrednia interakcja pomiędzy badaczami, a osobami badanymi), w tym:
 - **wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne (CATI)**;
 - **telefoniczne wywiady pogłębione (TDI)**;
 - **wywiady indywidualne (IDI)**;
 - **wywiad grupowy (FGI)**.

Analiza danych zastanych zastosowana w badaniu miała zarówno jakościowy, jak i ilościowy charakter. Analiza jakościowa obejmowała dokumenty i treści istotne z punktu widzenia problematyki badania i realizacji Programu. Jej celem była charakterystyka kontekstu wdrożenia i realizacji Programu oraz aktualnego stanu wiedzy w obszarach problemowych Programu. Analiza ilościowa objęła natomiast dane gromadzone w toku realizacji Programu oraz inne dane statystyczne przekazane przez Zamawiającego (np. dane z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na temat realizacji świadczeń zdrowotnych). Celem tej części analizy było scharakteryzowanie oraz opisanie kontekstu wdrożenia i realizacji Programu w systemie ochrony zdrowia, w szczególności zmian, jakie wdrożenie i realizacja Programu wprowadziły w zakresie wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek wśród mieszkańców województwa łódzkiego.

Wspomagane komputerowo wywiady telefoniczne (CATI) zostały przeprowadzone z uczestnikami Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego. Badanie zostało przeprowadzone na losowej reprezentatywnej próbie badawczej – reprezentatywność próby zachowana została na poziomie błędności statystycznej nie przekraczającego 4% przy poziomie ufności 95%. Operat stanowili wszyscy uczestnicy RPZ w liczbie 743 osób. Przy wskazanych wyżej warunkach związanych z

reprezentatywnością próby jej liczebność wynosiła 333 osoby. Celem wywiadów było zebranie informacji na temat uczestnictwa w projektach oraz utrzymywania się efektów udziału w Programie w czasie po zakończeniu udzielania świadczeń zdrowotnych. Dzięki wywiadam CATI wyłonieni zostali także pacjenci charakteryzujący się cechami i kompetencjami uzasadniającymi objęcie ich pogłębionymi wywiadami indywidualnymi (TDI).

Telefoniczne wywiady pogłębione (TDI) z pacjentami stanowiły jakościowe uzupełnienie wywiadów CATI. W kontekście celów badania oraz zakresu tematycznego pytań ewaluacyjnych, a także poprawności i kompletności procesu ewaluacji Programu zasadne było uzupełnienie zgromadzonych w CATI danych ilościowych danymi jakościowymi. W wywiadach pogłębionych pacjenci zostali proszeni o scharakteryzowanie udziału w Programie i swoich doświadczeń sprzed, w trakcie i po jego zakończeniu, co pozwoliło na precyzyjne poznanie ich potrzeb, motywacji oraz zmian w tym zakresie. W badaniu zrealizowano 24 wywiady TDI z pacjentami wybranymi spośród populacji uczestników RPZ. W badaniu zastosowano dobór celowy według kryteriów²¹ umożliwiających uzyskanie w wywiadach możliwie różnorodnych opinii dających łącznie pełny obraz doświadczeń pacjentów.

Kolejnym elementem badania była realizacja **pogłębionych wywiadów indywidualnych (IDI)**. Ich głównym celem było uzyskanie szczegółowych opinii i informacji na temat Programu bezpośrednio od przedstawicieli konkretnych instytucji – Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego jako Instytucji Zarządzającej RPO WŁ 2014-2020, Departamentu Polityki Zdrowotnej UMWŁ, w którym powstał Program oraz beneficjentów (świadczeniodawców) Programu. Przekazane przez respondentów informacje posłużyły do stworzenia charakterystyki Programu z perspektywy instytucji odpowiedzialnych za jego opracowanie, realizację i udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom. Udział w wywiadach pracowników służby zdrowia, wdrażających Program w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, wzbogacił wiedzę na temat warunków, przebiegu i ewentualnych trudności realizacyjnych Programu oraz pozwolił na stworzenie kompletnych i praktycznych rekomendacji dla

²¹ Wśród kryteriów były: wiek, płeć, sposób uczestnictwa w Programie (pełne, częściowe wykorzystanie dostępnych świadczeń) oraz opinie przekazane w wywiadach CATI. Wyboru respondentów dokonano w oparciu o dane na temat uczestników zgromadzone w toku realizacji Programu oraz wyniki wywiadów CATI.

podobnych programów w przyszłości. Wśród respondentów znaleźli się przedstawiciele wszystkich beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu oraz kluczowych instytucji odpowiedzialnych za Program. W badaniu zrealizowano 16 wywiadów z następującymi grupami respondentów:

- przedstawiciel IZ RPO WŁ,
- przedstawiciel Departamentu Polityki Zdrowotnej UMWŁ,
- przedstawiciele beneficjentów, w tym koordynatorzy projektów,
- specjaliści realizujący świadczenia w ramach Programu oraz inni pracownicy służby zdrowia zaangażowani w jego realizację – lekarze kwalifikujący do Programu, lekarz nefrolog, pielęgniarka nefrologiczna, dietetyk, osoby koordynujące realizację Programu na poziomie poszczególnych ośrodków zdrowia.

Kończący badanie **zogniskowany wywiad grupowy (FGI)** miał charakter dyskusji podsumowującej całość ustaleń badawczych i odegrał istotną rolę dla procesu formułowania rekomendacji z badania. Podczas wywiadu grupowego pozyskane zostały dane uzupełniające i interpretujące dotychczasowe wnioski z metaperspektywy Programu – której osiągnięcie w ramach wywiadu możliwe było z uwagi na dobór osób biorących w nim udział. Uczestnikami FGI byli przedstawiciele kluczowych grup zaangażowanych we wdrażanie Programu (Realizatora, beneficjentów, pracowników ochrony zdrowia i pacjentów), a także eksperci dziedzinowi.

Badanie ewaluacyjne pozwoliło na udzielenie odpowiedzi na następujące **pytania badawcze**:

1. W jakim stopniu zostały osiągnięte cele „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego”?
2. Jak kształtowała się zgłaszalność do Programu (analiza czynników pozytywnie / negatywnie wpływających na poziom zgłaszalności do Programu)?
3. W jaki sposób poziom mierników przekłada się na realizację poszczególnych celów „Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego”?

4. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu „Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” wpłynął na poprawę sytuacji zdrowotnej uczestników Programu oraz ogółu populacji województwa łódzkiego?
5. Czy, a jeśli tak to w jakim stopniu „Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego” przyniósł oczekiwane rezultaty?
6. Jak udzielana pomoc jest oceniana przez uczestników projektów z województwa łódzkiego i jak wpłynęła na zwiększenie wiedzy na temat PChN oraz postrzeganie ochrony zdrowia i profilaktyki chorób?
7. Czy i w jakim stopniu wsparcie udzielane w ramach „Programu wczesnego wykrywania chorób nerek dla pacjentów województwa łódzkiego” było użyteczne i efektywne?
8. Czy i w jakim stopniu efekty osiągnięte w ramach realizacji „Programu wczesnego wykrywania chorób nerek dla pacjentów województwa łódzkiego” są trwałe?
9. Jakie problemy zostały zidentyfikowane w trakcie wdrażania „Programu wczesnego wykrywania chorób nerek dla pacjentów województwa łódzkiego”?
10. Jak i w jakim zakresie „*sytuacja*” (tj. stan zdrowia, poziom wiedzy z zakresu wspieranego w Programie, samopoczucie i motywacja do udziału w Programie oraz zmiany zachowań i nawyków na prozdrowotne, a także opinia na temat wsparcia otrzymanego w ramach Programu, a w konsekwencji wpływ na kontynuowanie lub wznowienie aktywności zawodowej) uczestników Programu zmieniała się podczas i w efekcie ich uczestnictwa w Programie (tj. od czasu poprzedzającego ich kwalifikację do Programu, w trakcie uczestnictwa w Programie oraz po jego zakończeniu – zarówno bezpośrednio, jak i w kolejnych latach po zakończeniu uczestnictwa w Programie)?
11. Jakie są rekomendacje w kontekście celu badania ewaluacyjnego?

3 Kontekst realizacji Programu

3.1 Epidemiologia przewlekłej choroby nerek a jej wczesne wykrywanie

Przewlekła choroba nerek od kilku lat jest traktowana w kategoriach choroby cywilizacyjnej, podobnie jak otyłość, cukrzyca, choroby sercowo-naczyniowe i nadciśnienie tętnicze²². Coraz częściej dostrzega się jej wpływ na możliwości kontynuowania aktywności zawodowej, zwłaszcza w zaawansowanych stadiach choroby. Jednocześnie istnieją znaczące ograniczenia w kwestii szacowania populacji, której może dotyczyć PChN, przy czym stale rośnie liczba osób, u których diagnozowane są choroby nerek, co stwierdzono m.in. w przypadku mieszkańców Europy Środkowo-Wschodniej²³. Według różnych szacunków, w tym badań epidemiologicznych prowadzonych na całym świecie, dotyczących częstości występowania PChN²⁴, w Polsce na chorobę tą w różnych stadiach może cierpieć ponad 4 mln osób, być może nawet około 7 mln²⁵. Tymczasem dostępne statystyki NFZ wskazują, że w Polsce jest 210 tys. osób ze zdiagnozowaną PChN²⁶ - zgodnie z opiniami ekspertów wyrażonymi także w ramach niniejszego badania, niedoszacowanie wynika przede wszystkim z faktu, że choroba ta, zwłaszcza w początkowych stadiach, przebiega bezobjawowo, a narastanie objawów w bardziej zaawansowanych stadiach przebiega powoli, co pozwala się do nich przyzwyczaić i nie odczuwać niepokojących dolegliwości przez długi czas trwania PChN – „nadal powszechnym zjawiskiem jest przypadkowe rozpoznanie PChN w ostatnim, skrajnym stadium wymagającym pilnego wdrożenia leczenia nerkozastępczego”²⁷.

Jest to zatem choroba rozpoznawana zbyt późno, co rodzi poważne konsekwencje zarówno dla pacjentów, jak i dla całego systemu ochrony zdrowia: „do utraty czynności nerek w stopniu wymagającym wdrożenia leczenia nerkozastępczego – dializami lub przeszczepieniem nerki – dochodzi co roku w Polsce u co

²² M. Renke i in., *Przewlekła choroba nerek – istotne informacje dla lekarza medycyny pracy*, Medycyna Pracy 2018, 69(1), str. 67

²³ B. Rutkowski, E. Król, *Epidemiology of chronic kidney disease in Central and Eastern Europe*, Blood Purif. 2008, 26, str. 381–385

²⁴ B. Rutkowski, *Przewlekła choroba nerek — dziesięć lat w teorii i praktyce*, Forum Nefrologiczne 2013, 6(1), str. 65

²⁵ zob. m.in. M. Renke i in., *op.cit.*, str. 69, R. Gellert (red.) *Opieka koordynowana nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek*, 2018, str. 37

²⁶ *ibidem*, str. 63

²⁷ E. Król, B. Rutkowski, *op. cit.*, str. 3

najmniej 6 500 osób (około 170 osób na milion mieszkańców). Na koniec roku 2018 leczono nerkozastępczo ponad 32 000 osób, a koszty ich leczenia wyniosły w roku 2018 prawie 2 mld złotych. Liczba osób dializowanych rośnie od kilku lat o około 1,8% rocznie, a liczba osób żyjących z czynnym przeszczepem nerki zwiększa się co roku o około 6%, co będzie wymagało systematycznego zwiększania nakładów na leczenie nerkozastępcze. O ile nie zostaną wdrożone zmiany w dotychczasowej organizacji opieki nefrologicznej, wydatki NFZ na leczenie nefrologiczne będą się nadal zwiększać²⁸.

Wśród czynników ryzyka PChN należy wskazać m.in. rodzaj choroby podstawowej (jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze), wiek czy obciążenie historią chorób sercowo-naczyniowych w wywiadzie rodzinnym²⁹. Oznacza to, że na tle Polski sytuacja związana z epidemiologią PChN w województwie łódzkim jest szczególnie niekorzystna, że względu na to, że jego populacja należy do najstarszych w kraju, a także cechuje się większymi, niż w przypadku innych regionów, problemami kardiologicznymi i diabetologicznymi³⁰.

Województwo łódzkie należy też do wyjątków, jeśli chodzi o wdrażanie programów dedykowanych wczesnemu wykrywaniu PChN. O ile już zdiagnozowany pacjent poddawany jest, w zależności od stadium choroby, wielopoziomowej i ciągłej, choć słabo skoordynowanej opiece (m. in. w ramach POZ, poradni nefrologicznych i innych poradni specjalistycznych, oddziałów szpitalnych, stacji dializ, ośrodków transplantacyjnych), o tyle obecnie brakuje ogólnopolskich zespołów oraz kompleksowych programów dedykowanych wczesnemu wykrywaniu PChN, a programy regionalne, jak Program poddawany ewaluacji w ramach niniejszego badania, są realizowane sporadycznie³¹.

Do słabości polskiego systemu profilaktyki nefrologicznej należy także marginalna rola lekarzy rodzinnych w ramach POZ, którzy m. in. ze względu na fakt nieswoistości objawów PChN (lub ich braku) oraz reaktywnego podejścia do choroby zbyt rzadko zlecają pacjentom badania diagnostyczne lub bazują na wynikach nie do końca adekwatnych badań (np. wskaźnik stężenia kreatyniny w surowicy krwi bez

²⁸ R. Gellert, *op. cit.* str. 6

²⁹ *ibidem*, str. 26-27

³⁰ Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego, str. 6-7

³¹ R. Gellert, *op. cit.* str. 49-50

jednoczesnego oszacowania wskaźnika eGFR)³². Tymczasem, ze względu na relatywnie łatwą procedurę wykrywania PChN na wczesnych jej stadiach, w tym dostępność odpowiednich badań w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, lekarze POZ powinni odgrywać kluczową rolę w systemie profilaktyki tej choroby, co zostało uwzględnione w ramach Programu. Wczesna diagnoza PChN umożliwi bowiem zastosowanie leczenia zachowawczego i daje pacjentowi możliwość aktywnego przeciwdziałania jej rozwojowi, a tym samym obniża finansowe obciążenie systemu ochrony zdrowia oraz zapobiega przedwczesnemu zakończeniu okresu aktywności zawodowej wśród osób w wieku 50+.

3.2 Uwarunkowania i otoczenie realizacyjne Programu

Zgodnie z ustaleniami analizy, co znajduje potwierdzenie w opiniach ekspertów opiniujących Program oraz biorących udział w jego ewaluacji, Program powstał w oparciu o najnowsze ustalenia naukowe i zgodnie z aktualnymi wytycznymi dotyczącymi wczesnego wykrywania PChN, w sposób dostosowany do potrzeb i uwarunkowań województwa łódzkiego.

Środowisko nefrologiczne w Polsce – eksperci dziedzinowi, organizacje pozarządowe skupiające pacjentów – od wielu lat postuluje wprowadzenie kompleksowego systemu profilaktyki PChN w postaci programu identyfikacji pacjentów we wczesnych stadiach choroby, co zostało potwierdzone także w ramach niniejszego badania, m.in. przez przedstawicieli Polskiego Towarzystwa Nefrologicznego, Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Osób Dializowanych, Fundacji Amicus Renis, a także w ramach analizy publikacji i literatury naukowej w obszarze objętym Programem³³. Podkreśla się, że brak systemowych rozwiązań w tym zakresie generuje duże koszty społeczne oraz ekonomiczne, obciążające zarówno

³² *ibidem*, str. 51-52, zob. także M. Myśliwiec (red.), *Choroby nerek*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008

³³ zob. m.in. R. Gellert, *op. cit.*, B. Rutkowski, *op. cit.*, *Przewlekła choroba nerek (PChN) – niedodiagnozowana, bo nerki chorują w ciszy*, rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Michałem Nowickim, kierownikiem Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, oraz dr. hab. n. med. Agnieszką Mastalerz-Migas, prof. UMW, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, Lekarz POZ 2/2021,

pojedynczych pacjentów i ich rodziny³⁴, jak i cały system ochrony zdrowia. Co istotne, w ramach świadczeń gwarantowanych możliwe jest objęcie badaniami przesiewowymi większej liczby pacjentów (przede wszystkim z grup ryzyka) i jest to kwestia przede wszystkim większej wiedzy i świadomości lekarzy rodzinnych w ramach POZ w zakresie roli badań diagnostycznych dla oceny funkcji nerek. Brakującym ogniwem systemu wsparcia pacjentów z PChN są jednak działania edukacyjne skierowane do pacjentów i ich rodzin, ukierunkowane na samoopiekę i podejmowanie aktywności służących spowolnieniu rozwoju choroby (przede wszystkim w zakresie stosowania odpowiednio skomponowanej diety³⁵ oraz systematycznego, adekwatnego do stanu zdrowia, wysiłku fizycznego³⁶). Poddawany ewaluacji Program na poziomie regionalnym odpowiedział na powyższe wyzwania, zarówno poprzez nadanie lekarzom POZ kluczowej roli w zakresie przekazywania pacjentom z grupy docelowej Programu informacji na temat PChN oraz prowadzenia uczestników Programu przez proces diagnostyczny, jak i zapewnieniu kompleksowej wiedzy, w tym konsultacji dietetycznych, osobom ze zdiagnozowaną chorobą i ich rodzinom.

Autorzy Programu wskazują (w sposób zgodny i znajdujący odzwierciedlenia w ustaleniach analizy desk research prowadzonej w ramach niniejszego badania), że³⁷:

- prowadzenie działań w zakresie wczesnego wykrywania PChN jest rekomendowane przez polskie i światowe organizacje zrzeszające lekarzy specjalistów w dziedzinie nefrologii (jak Polskie Towarzystwo Nefrologiczne, International Society of Nephrology, European Renal Association/European Dialysis and Transplant Association, National Kidney Foundation),
- nie zaleca się jednocześnie obejmowania badaniami przesiewowymi całej populacji, a jedynie określonych grup ryzyka – u osób, które się do nich zaliczają, oprócz oceny przesączania kłębuszkowego poprzez oznaczenie kreatyniny w surowicy i wyliczenie wartości GFR należy także wykonać

³⁴ M. Stachowiak-Andrysiak, *Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) i ich adaptacji do stresu spowodowanego chorobą*, Nowiny Lekarskie 2012 (81) 6

³⁵ zob. D. Gajewska i in., *Wybrane aspekty sposobu żywienia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek leczonych zachowawczo*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92(3), str. 564; P. Dąbrowski, M. Olszanecka-Glinianowicz, J. Chudek, *Żywnienie w przewlekłej chorobie nerek*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2011, 7(4), str. 235

³⁶ K. Weber-Nowakowska i in., *Rola aktywności fizycznej w leczeniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek*, Pomeranian Journal of Life Sciences 2017, 63(2), str. 30

³⁷ Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek..., *op. cit.*, str. 31-33

badanie w kierunku albuminurii i podać wskaźnik ACR (stosunek stężenia albuminy do stężenia kreatyniny w moczu),

- istotnym elementem procesu leczenia osób chorujących na PChN (niezależnie od stadium) powinna być ich edukacja ukierunkowana na podnoszenie świadomości na temat uwarunkowań powstania, rozwoju i powikłań choroby, zwiększająca wpływ pacjenta na swoją sytuację i możliwości radzenia sobie z nią, także w wymiarze psychologicznym.

Problematyka i zakres oddziaływania Programu są zgodne z narzędziem zdefiniowanym w dokumencie pn.: „Krajowe ramy strategiczne Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020” (Narzędzie 2: Wdrożenie projektów profilaktycznych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu). Ze względu na specyfikę PChN (powiązanie z chorobami sercowo-naczyniowymi), realizacja Programu wpisła się także pośrednio w priorytet zdrowotny określony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. dotyczący zmniejszenia zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych. Założenia programu mieszczą się w ramach takich dokumentów, jak: Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Konkurs, w wyniku którego wybrano beneficjentów realizujących Program został przeprowadzony zgodnie z wymogami krajowych „Wytycznych w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020” zatwierdzonych przez Ministra Rozwoju.

Program jest również zgodny z dokumentami na poziomie regionalnym. Analiza pokazuje jego zgodność z celami określonymi w dokumencie pn.: „Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020” (tutaj: cel strategiczny 2: Poprawa skuteczności działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, a w jego ramach cel operacyjny 2.1. Poprawa koordynacji działań i programów z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia, a ze względu na powiązanie PChN z chorobami układu krążenia, także cel strategiczny 3. Poprawa dostępności usług zdrowotnych, cel operacyjny 3.2. Rozwój systemu opieki nad pacjentami chorującymi i zagrożonymi zachorowaniem na choroby układu krążenia). Program wpisuje się

także w ramy nakreślone przez Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020 (Oś priorytetowa X Adaptacyjność pracowników i przedsiębiorstw w regionie, która przyczyni się do wzrostu szans na zatrudnienie i utrzymania zatrudnienia poprzez umożliwienie łączenia życia zawodowego z prywatnym, poprawy adaptacyjności przedsiębiorstw i ich pracowników do zmian, a także wdrożenia programów zdrowotnych mających wpływ na utrzymanie i przedłużenie aktywności zawodowej mieszkańców regionu; Priorytet inwestycyjny 8vi Aktywne i zdrowe starzenie; Działanie X.3 Ochrona, utrzymanie i przywrócenie zdrowia; Poddziałanie X.3.2 Programy profilaktyczne dotyczące chorób będących istotnym problemem regionu), w tym także przez Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020. Założenia realizacyjne Programu są ponadto zgodne z założeniami dokumentu „Regulaminy konkursów dotyczących Poddziałania X.3.2”.

Sposób realizacji i finansowania Programu mieści się w ramach nakreślonych przez takie dokumenty jak: Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa; Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006; Wytoczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020.

Program został pozytywnie zarekomendowany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (opinia nr 147/2016 z dnia 12 sierpnia 2016 roku) pod warunkiem jego doprecyzowania (m in. uszczegółowienia kosztorysu) oraz wprowadzenia w nim zmian w zakresie:

- dodania kryteriów kwalifikacji do Programu zgodnych z opiniami ekspertów klinicznych (wskaźnik BMI),

- rozszerzenia przedziału wiekowego uczestników i rozważenia zwiększenia odsetka uczestników w stosunku do populacji docelowej w celu uzyskania widocznych efektów zdrowotnych w populacji,
- rezygnacji z wykonywania badania cystatyny C ze względu na jego kosztochłonność i brak wskazań do wykonywania jako badania przesiewowego,
- rozszerzenia działań edukacyjnych na populację ogólną, a nie tylko osoby ze zdiagnozowaną chorobą nerek,
- zwiększenia liczby porad dietetycznych

Rekomendowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji modyfikacje zostały wprowadzone do Programu.

W swoich założeniach Program stanowił uzupełnienie działań realizowanych przez Samorząd Województwa Łódzkiego, określonych w „Planie działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”, był komplementarny m.in. w stosunku do realizowanego w latach 2014-2017 z budżetu województwa łódzkiego Programu wczesnego wykrywania i zapobiegania chorobom układu krążenia. Ponadto plan działań w harmonogramie realizacji RPZ zakładał możliwość kontynuowania programu w obszarze chorób nerek w latach 2019 i 2020³⁸, z analizy dostępnych danych wynika jednak, że nie podjęto działań w tym kierunku.

Poddawany ewaluacji Program, zarówno w świetle analizy dokumentów programowych na poziomie krajowym i regionalnym, jak i opinii ekspertów dziedzinowych biorących udział w badaniu, jest jedynym tego rodzaju programem o zasięgu regionalnym w Polsce. Nieliczne inne inicjatywy dotyczące profilaktyki PChN podejmowane były w sposób programowy na mniejszych obszarach (np. realizowany przez Miasto Kraków w latach 2013-2015 „Program profilaktyki chorób nerek Chorujące nerki nie boją”), lub nie oferowały kompleksowego wsparcia, interweniując punktowo (jednorazowe badanie) i koncentrując się przede wszystkim na zwiększaniu świadomości społecznej na temat chorób nerek. Przykładem jest przede wszystkim prowadzona od 2011 r. kampania społeczna NEFROTEST zainicjowana

³⁸ Plan działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego, UMWŁ wrzesień 2018 (wersja 3.0 po aktualizacji), str. 25

przez NEFRON Sekcja Nefrologiczna Izby Gospodarczej Medycyna Polska, w ramach której corocznie w różnych miastach Polski wykonywane są przesiewowe badania krwi – poziom kreatyniny wraz z wyliczeniem wskaźnika eGFR). Niektóre ośrodki nefrologiczne prowadzą natomiast programy edukacyjne dla pacjentów z PChN w różnych stadiach, np. edukacja pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, leczonych dializami i po transplantacji nerki w zakresie diety, stylu życia i farmakoterapii, prowadzona w Klinice Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, czy autorski Program Edukacji Przeddializacyjnej, opracowany i wdrożony w Katedrze i Klinice Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. W kontekście niewielkiej dostępności programów edukacyjnych dla pacjentów ze zdiagnozowaną PChN warto wspomnieć także o inicjatywach podejmowanych przez organizacje pozarządowe, np. portalu moje-nerki.pl, prowadzonym przez Ogólnopolskie Stowarzyszenie Osób Dializowanych. Niektórzy eksperci wyrażają nadzieję, że prowadzenie działań edukacyjnych dla pacjentów przed dializą (jako element realizacji praw pacjenta do informacji o dostępnych procedurach medycznych) może stać się w Polsce obligatoryjne z uwagi na dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej³⁹.

3.3 Leczenie nefrologiczne w województwie łódzkim w latach 2013-2018

Poniższe opracowanie powstało na podstawie danych z Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na temat leczenia nefrologicznego na terenie województwa łódzkiego w latach 2013-2018. Dane dotyczyły pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 (niewydolność nerek) korzystających w latach 2013-2015 i 2016-2018 ze świadczeń w ramach NFZ.

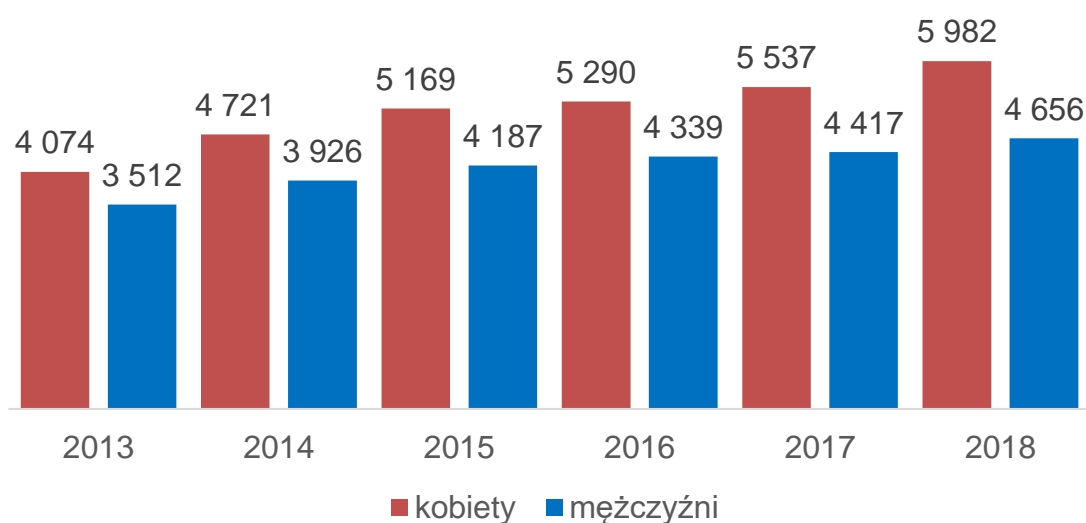
Leczenie ambulatoryjne

W analizowanym okresie liczba pacjentów z rozpoznaną przewlekłą niewydolnością nerek, leczonych ambulatoryjnie na terenie województwa łódzkiego, wyniosła około

³⁹ J. Lange, E. Wojtaszek, *Program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek*, Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 1, str. 50

10 tys. osób. . Liczba pacjentów systematycznie rosła w kolejnych latach: od 7586 osób w roku 2013 do 10 638 osób w roku 2018. W latach 2013-2015 średnia roczna liczba pacjentów wynosiła 8530 osób, a w latach 2016-2018 – 10 074 osób. Udział kobiet w populacji pacjentów w każdym roku analizowanego okresu był wyższy, niż udział mężczyzn, przy czym nieznacznie, ale systematycznie rósł od 53,7% w 2013 roku do 56,2% w 2018.

Wykres 1: Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 leczonych ambulatoryjnie w województwie łódzkim w latach 2013-2018 wg płci



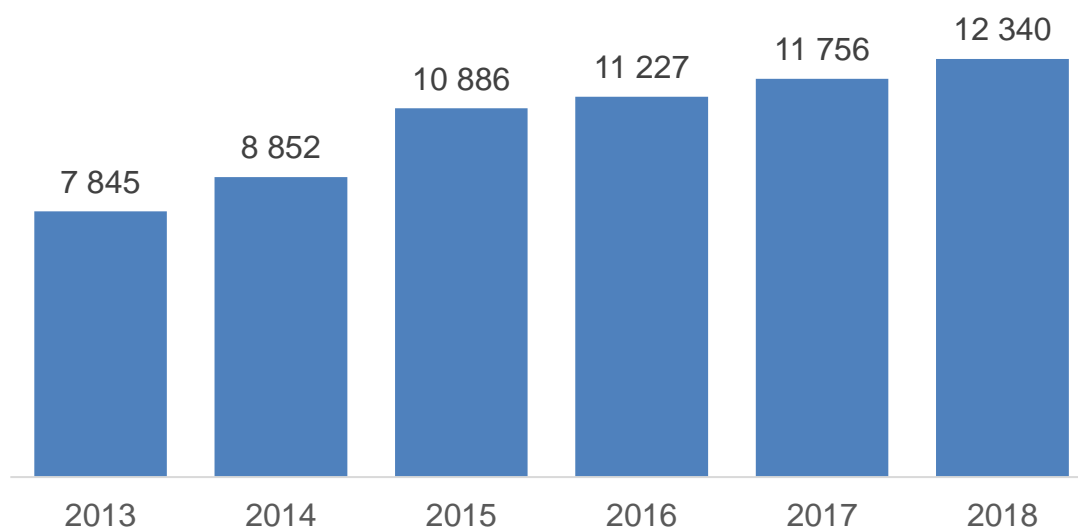
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

W latach 2013-2018 pacjentom z rozpoznaniem głównym N17-N19 udzielono w ramach NFZ łącznie 62 896 świadczeń⁴⁰ w ramach leczenia ambulatoryjnego. Liczba świadczeń w kolejnych latach znacząco rosła od 7 845 w 2013 roku do 12 340 w roku 2018. Średnia roczna liczba świadczeń w latach 2013-2018 wynosiła 9 194 świadczenia, a w latach 2016-2018 – 11 771. Wśród świadczeń przeważały świadczenia w zakresie nefrologii – 48,5 tysiąca – oraz świadczenia w zakresie nefrologii (świadczenia pierwszorazowe) – ponad 10 tysięcy. Były wśród nich także świadczenia w zakresie: diabetologii (1 248 świadczeń w latach 2013-2018),

⁴⁰ Dane powstały w oparciu o łączną liczbę osób, którym udzielono świadczeń w analizowanym okresie. Liczba ta jest inna niż ogólna liczba pacjentów, ponieważ jednej osobie mogło zostać udzielone więcej niż jedno świadczenie.

transplantologii (521), chirurgii ogólnej (477), urologii (353), nefrologii dla dzieci (342) oraz badania tomografii komputerowej (279).

Wykres 2: Liczba świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 leczonych ambulatoryjnie w województwie łódzkim w latach 2013-2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

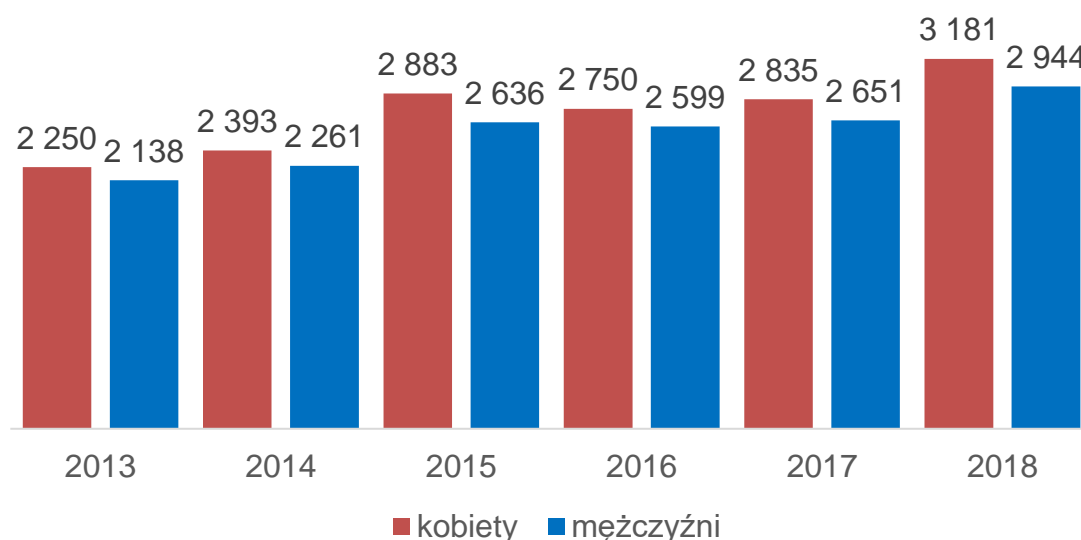
Wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie zdecydowanie przeważały osoby starsze (powyżej 60 roku życia) stanowiące 84,1% wszystkich pacjentów leczonych w latach 2013-2018 w województwie łódzkim. W analizowanym okresie zmniejszał się w tej grupie udział pacjentów w wieku 60-65 lat, a rósł udział pacjentów starszych niż 70 lat. Dzieci i młodzież do lat 19 stanowią niespełna 1% wszystkich leczonych pacjentów, ludzie młodzi (20-39 lat) – 3,9%, a osoby w średnim wieku (40-59 lat) – 12%. Udział kobiet i mężczyzn wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie zmienia się wraz z wiekiem – im starsi są pacjenci, tym więcej wśród nich kobiet, które stanowią około 1/3 populacji dzieci i młodzieży, oraz 2/3 pacjentów starszych, powyżej 80 roku życia.

Wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie na terenie województwa łódzkiego przeważały osoby z Łodzi, które stanowiły ponad 40% wszystkich pacjentów, a także osoby mieszkające w powiatach: zgierskim (9,8%) oraz sieradzkim (7,4%). W analizowanym okresie systematycznie spadał udział w populacji pacjentów z Łodzi i powiatu zgierskiego, a rósł udział pacjentów z innych powiatów w województwie.

Leczenie szpitalne

W latach 2013-2018 ze świadczeń NFZ w rodzaju leczenia szpitalne (hospitalizacja, świadczenia w IP, świadczenia SOR) korzystało łącznie 31 521 pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19. Liczba pacjentów rosła w kolejnych latach od 4 388 w roku 2013 do 6 125 w roku 2018. Średnia roczna liczba pacjentów wynosiła 4 854 w latach 2013-2015 oraz 5 653 w latach 2016-2018. Udział kobiet był względnie stały i wynosił od 51,3% do 52,2% wszystkich pacjentów.

Wykres 3: Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 korzystających ze świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne (hospitalizacja, świadczenia w IP, świadczenia SOR) w województwie łódzkim w latach 2013-2018 wg płci

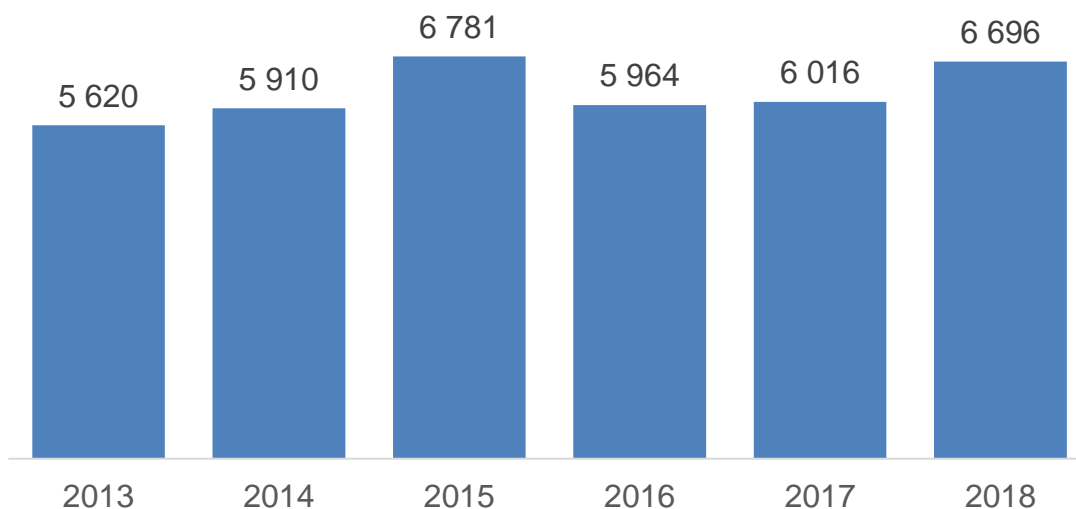


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

W analizowanym okresie pacjentom udzielono łącznie 36 987 świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne (hospitalizacja, świadczenia w IP, świadczenia SOR), co średnio dawało około 6 165 świadczeń rocznie. Łączna liczba świadczeń rosła w latach 2013-2015 od 5 620 do 6 781, żeby spaść w roku 2016 do 5 964 i ponownie wzrosnąć w 2018 do 6 696. Wśród świadczeń najczęściej udzielane były świadczenia z zakresu hospitalizacji w kategoriach: choroby wewnętrzne łącznie 16 758 oraz nefrologia łącznie 11 648, których liczba rosła w każdym kolejnym roku, a także: chirurgia ogólna łącznie 1 506 oraz kardiochirurgia łącznie 960. Ponadto w latach

2013-2015 funkcjonował w ramach świadczeń program lekowy – leczenie niedokrwistości w przebiegu przewlekłej niewydolności nerek, którym objęte było ok. 300 osób rocznie.

Wykres 4: Liczba świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne (hospitalizacja, świadczenia w IP, świadczenia SOR) dla pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 w województwie łódzkim w latach 2013-2018



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

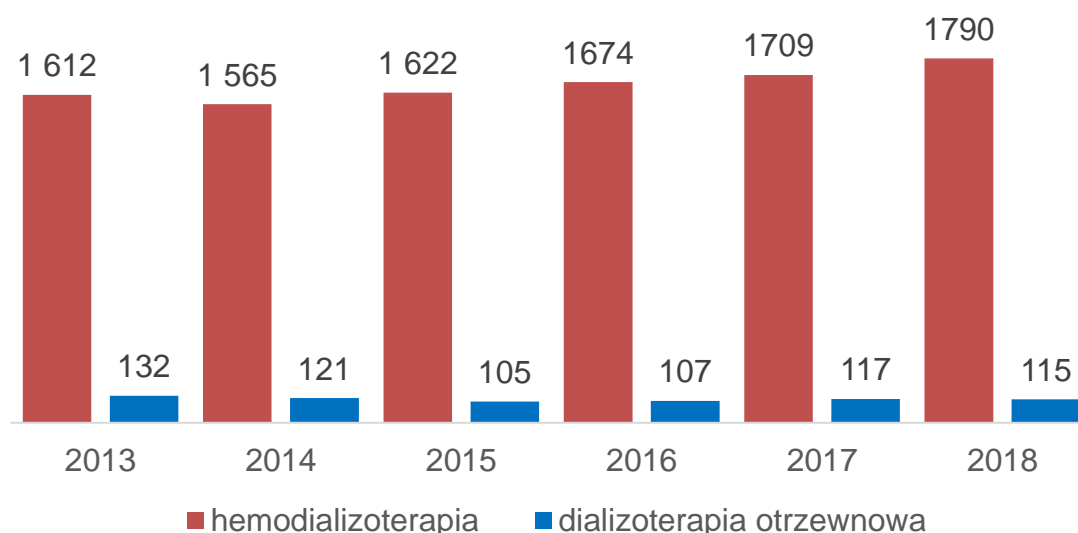
Wśród pacjentów korzystających z leczenia szpitalnego zdecydowanie przeważali pacjenci powyżej 60 roku życia, a ich udział w populacji pacjentów rósł w kolejnych latach. W okresie objętym analizą struktura płci hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 była względnie stała i dość symetryczna – kobiety stanowiły niespełna 52%, a mężczyźni ponad 48% pacjentów. Jednocześnie struktura ta zmieniała się wraz z wiekiem pacjentów. Wśród dzieci i młodzieży oraz osób młodych (20-39 lat) było więcej (ponad 60%) mężczyzn, których udział w populacji malał aż do około 37% wśród pacjentów najstarszych (80 lat i więcej).

Wśród pacjentów leczonych szpitalnie na terenie województwa łódzkiego 33% stanowili mieszkańcy Łodzi oraz od 6,5% do 5,5% mieszkańcy powiatów: bełchatowskiego, tomaszowskiego oraz zgierskiego. Struktura populacji pacjentów w analizowanym okresie charakteryzowała się niewielką zmiennością.

Hemodializoterapia i dializoterapia otrzewnowa

W latach 2013-2018 liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w zakresach hemodializoterapii i dializoterapii otrzewnej rosła w kolejnych latach od 1 709 pacjentów w 2013 roku do 1 905 pacjentów w 2018 (z wyjątkiem spadku liczby pacjentów do 1 652 w 2014 roku), dając średnio rocznie 1 691 pacjentów w latach 2013-2015 i 1 837 pacjentów w latach 2016-2018. W analizowanym okresie z hemodializoterapii korzystało średnio około 1 662 osoby rocznie, a ich liczba wykazywała tendencję wzrostową w kolejnych latach, a z dializoterapii otrzewnej średnio około 116 osób rocznie, a ich liczba spadła wyraźnie w latach 2015-2016, żeby później ponownie wzrosnąć.

Wykres 5: Liczba pacjentów korzystających w województwie łódzkim w latach 2013-2018 ze świadczeń w zakresach: hemodializoterapii i dializoterapii otrzewnej



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

Wśród pacjentów najliczniej reprezentowani były osoby w wieku od 55 do 79 lat, stanowiąc łącznie ponad 73,5% wszystkich pacjentów. Jednocześnie widoczne są nieznacznie zmiany w strukturze tej grupy w kolejnych latach związane ze zmniejszaniem się odsetka pacjentów w grupie 55-59 lat oraz wzrostem udziału osób starszych. W przeciwieństwie do pozostałych grup pacjentów w problemami nefrologicznymi, wśród osób korzystających z hemodializoterapii i dializoterapii otrzewnej przeważają mężczyźni, których nadreprezentacja (ok 60% wszystkich

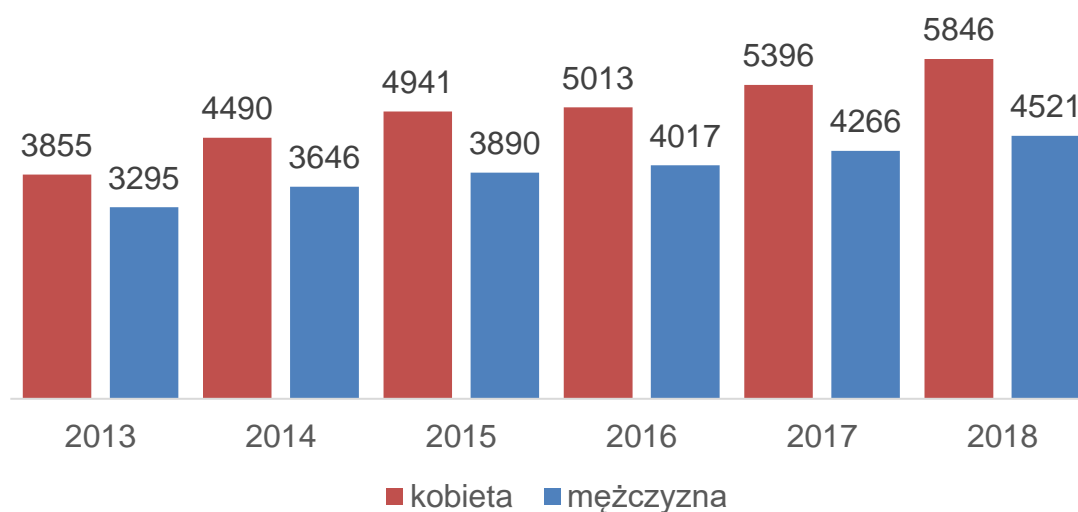
pacjentów) była szczególnie widoczna wśród dzieci i młodzieży i stopniowo malała z wiekiem. Jedynie w grupie pacjentów najstarszych (80 lat i więcej) proporcje mężczyzn i kobiet wśród pacjentów się wyrównują. 1/3 pacjentów to pacjenci mieszkający w Łodzi, ale w analizowanym okresie ich udział w populacji zmniejszył się o ok 1,5 p.p. na korzyść mieszkańców innych obszarów województwa.

W latach 2013-2018 ŁOW NFZ poniósł łączne koszty w wysokości 42 140 262,84 zł na świadczenia z zakresu dializoterapii otrzewnowej, co dawało średnio 7 023 377,14 zł w roku (6 911 223,28 zł w latach 2013-2015 oraz 7 135 531,00 zł w latach 2016-2018). Koszt hemodializoterapii wyniósł natomiast w tym okresie 445 824 301,91 zł, czyli średnio 74 304 050,32 zł w roku (72 738 992,70 zł w latach 2013-2015 oraz 75 869 107,94 zł w latach 2016-2018).

Poradnie nefrologiczne

W latach 2013-2018 w poradniach nefrologicznych leczonych było łącznie 52176 pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19, co dawało średnio 8 863 pacjenta rocznie. Liczba pacjentów w kolejnych latach zdecydowanie rosła od 7 150 pacjentów w 2013 roku, do 10367 pacjentów w roku 2018. Zdecydowaną większość pacjentów stanowili pacjenci powyżej 65 roku życia, a ich udział w populacji rósł w każdym roku od 66,2% w roku 2013 do 76,5% w roku 2018. Większość pacjentów leczonych w poradniach nefrologicznych stanowiły kobiety, ale ich udział był większy tylko w jednej, najliczniejszej, grupie wiekowej. Wśród pacjentów młodszych (do 65 roku życia) kobiet było mniej niż mężczyzn, a wśród dzieci i młodzieży stanowiły ok. 1/3 pacjentów poradni.

Wykres 6: Liczba pacjentów leczonych w poradniach nefrologicznych w województwie łódzkim w latach 2013-2018 wg płci



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

Leczenie w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej

W analizowanym okresie pacjentami leczonymi w poradniach POZ było 14 039 051 osób (7 204 010 pacjentów w latach 2013-2015 oraz 6 835 041 pacjentów w latach 2016-2018), wśród których w prawie wszystkich grupach wiekowych (z wyjątkiem dzieci w wieku do 6 lat) przeważały kobiety. Ogólnemu spadkowi liczby pacjentów w latach 2016-2018 względem liczby pacjentów w latach 2013-2015 towarzyszyło zmniejszenie się odsetka pacjentów ze zdiagnozowanymi chorobami towarzyszącymi: zdiagnozowaną cukrzycą (E10-E14)⁴¹, z chorobami układu krążenia⁴² oraz z chorobą nadciśnieniową (I10-I15)⁴³. Jedyną kategorią chorób, których udział wzrósł w analizowanym okresie w populacji pacjentów, było PChN (N17-N19). Choć dotyczyło niewielkiego odsetka pacjentów POZ, odnotowano znaczący wzrost ich liczebności w analizowanym okresie z ok. 0,17% w latach 2013-

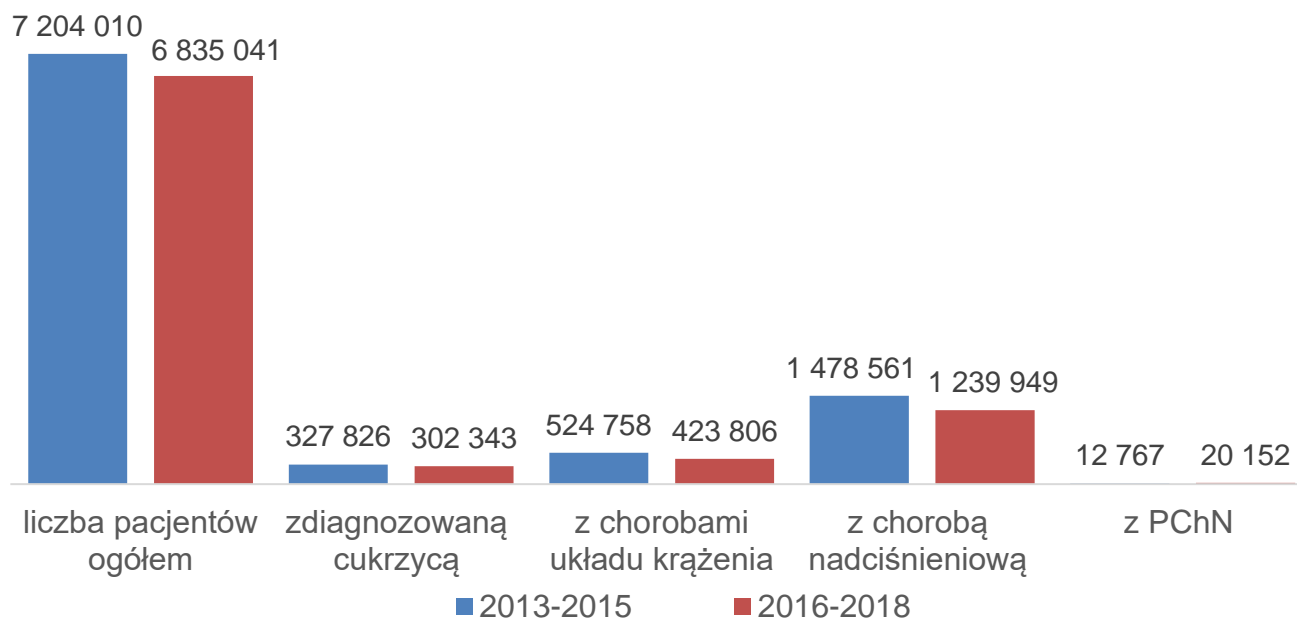
⁴¹ Spadek wśród kobiet: z 4,78% w latach 2013-2015, do 4,52% w latach 2016-2018, a wśród mężczyzn nieznaczny wzrost z 4,30% do 4,31%.

⁴² Spadek wśród kobiet: z 7,83% w latach 2013-2015, do 6,39% w latach 2016-2018, a wśród mężczyzn z 6,67% do 5,99%.

⁴³ Spadek wśród kobiet: z 23,52% w latach 2013-2015, do 20,30% w latach 2016-2018, a wśród mężczyzn z 17,18% do 15,68%.

2015 do ok. 0,3% w latach 2016-2018. Zmiana taka oznacza 7 385 dodatkowych pacjentów (blisko 2,5 tysiąca pacjentów rocznie) ze zdiagnozowaną PChN w latach 2015-2018 leczonych w poradniach POZ.

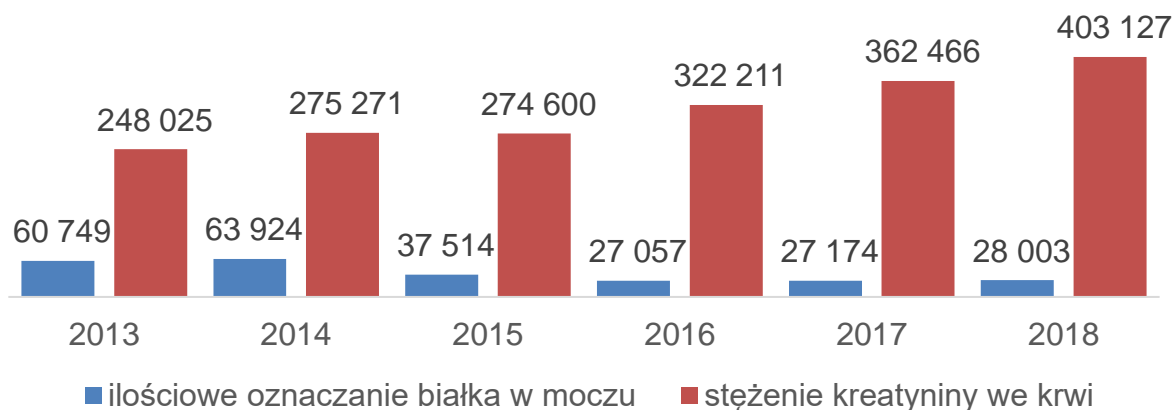
Wykres 7: Liczba pacjentów leczonych w poradniach POZ w województwie łódzkim w porównaniu lat 2013-2015 oraz 2016-2018, z uwzględnieniem osób z chorobami towarzyszącymi



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

W analizowanym okresie na zlecenie lekarzy POZ wykonano 244421 badań ilościowego oznaczenia białka w moczu oraz 1 885 700 badań stężenia kreatyniny we krwi. Liczba badań ilościowego oznaczenia białka w moczu wyraźnie spadła w 2015 roku z ponad 60 tysięcy rocznie do 37,5 tysiąca, a w latach 2016-2018 utrzymywała się na względnie stałym poziomie 27-28 tysięcy badań rocznie. W tym czasie liczba badań stężenia kreatyniny we krwi rosła w każdym kolejnym roku, od 248 tysięcy w roku 2013, do ponad 403 tysięcy w 2018. Średnio rocznie w latach 2013-2015 wykonywano 265965 badania stężenia kreatyniny, a w latach 2016-2018 – 362 601. W sprawozdawczości NFZ brak informacji na temat liczby pacjentów, którym te badania wykonano, ponieważ badania diagnostyczne sprawozdawane są zbiorczo.

Wykres 8: Liczba badań ilościowego oznaczenia białka w moczu oraz stężenia kreatyniny we krwi, wykonanych na zlecenie lekarzy POZ w latach 2013-2018 w województwie łódzkim



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ŁOW NFZ.

Podsumowując, biorąc pod uwagę powyższe dane zestawione z zakładaną liczbą osób, które miały zostać objęte Programem (5000), jego cel, jakim było ograniczenie progresji przewlekłej choroby nerek wśród co najmniej 8% uczestników Programu, poprzez wczesne wykrycie choroby, objęcie działaniami edukacyjnymi oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą, a także zakres interwencji w ramach Programu – miał on szansę wywołać widoczne efekty zdrowotne w populacji mieszkańców województwa łódzkiego przede wszystkim poprzez:

- zwiększenie świadomości i wiedzy na temat PChN wśród mieszkańców województwa łódzkiego, zwłaszcza osób należących do grup ryzyka,
- wdrożenie w praktykę pracy lekarzy POZ adekwatnych procedur diagnozowania PChN w ramach dostępnych świadczeń gwarantowanych (w tym przede wszystkim zlecenie wyliczenia wartości eGFR),
- wykrycie PChN wśród osób objętych programem na etapie, który umożliwia podjęcie działań nefroprotektoryjnych zapobiegających bądź opóźniających istotny spadek jakości życia pacjentów z PChN oraz konieczność wdrożenia kosztownych procedur medycznych,

- wprowadzenie nowego rodzaju świadczenia, niedostępnego wśród świadczeń gwarantowanych przez NFZ, tj. edukacji zdrowotnej pacjentów oraz konsultacji dietetycznych, mających na celu zwiększenie świadomości uwarunkowań choroby i wpływu, jaki na jej przebieg i tempo rozwoju mają zachowania prozdrowotne podejmowane przez samego pacjenta.

Wpływ Programu na poprawę sytuacji zdrowotnej uczestników Programu oraz ogółu populacji województwa łódzkiego w świetle powyższych ustaleń był zatem pozytywny – istotne jest jednak ustalenie wielkości tego wpływu, który wynika ze stopnia osiągnięcia celów Programu.

4 Opis wyników badania, ich analiza i interpretacja

4.1 Poziom osiągnięcia celów oraz mierników Programu

Głównym celem Programu było ograniczenie progresji przewlekłej choroby nerek wśród co najmniej 8% uczestników Programu, poprzez wczesne wykrycie choroby, objęcie działaniami edukacyjnymi oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.

Celami szczegółowymi Programu były:

- 1) Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków przewlekłej choroby nerek w stadiach 3a i 3b oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu.
- 2) Zwiększenie poziomu wiedzy populacji objętej Programem temat choroby, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji w okresie trwania Programu.
- 3) Zwiększenie umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia osób z wykrytą PChN w okresie trwania Programu.

Oczekiwany efektami realizacji Programu były:

- Objęcie badaniem w kierunku występowania przewlekłej choroby nerek co najmniej 5.000 osób z grup ryzyka.

- Wykrycie przypadków przewlekłej choroby nerek w populacji objętej Programem, w tym co najmniej 30% w stadiach 3a i 3b umożliwiających wdrożenie działań nefroprotekcyjnych i/lub leczenia zachowawczego.
- Skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ 100% osób z wykrytą chorobą w ramach Programu, wymagających dalszej opieki w tym zakresie.
- Wzrost poziomu wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji u co najmniej 80% osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych.
- Wzrost poziomu wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji u co najmniej 80% osób z wykrytą chorobą.
- Wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia deklarowana przez co najmniej 80% osób z wykrytą chorobą.

Miernikami efektywności odpowiadającymi celom programu są wartości zaprezentowane poniżej.

Tabela 4: **Mierniki efektywności Programu**

Nazwa miernika	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba osób przebadanych w ramach Programu	Liczba osób objętych Programem	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Odsetek osób, u których wykryto przewlekłą chorobę nerek, w populacji objętej Programem	Liczba osób objętych Programem	≥ 8%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Odsetek przypadków choroby w stadium zaawansowania 3a lub 3b w populacji osób z wykrytą chorobą	Liczba osób objętych Programem, z wykrytą PCHN	≥ 30%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program.
Liczba osób, którym zalecono dalszą obserwację lub diagnostykę i leczenie w ramach NFZ	Liczba osób objętych Programem ze wskazaniami do dalszej obserwacji, diagnostyki	100%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Odsetek osób, które zakończyły udział	Liczba osób objętych Programem, które	≥ 80%	Wyniki ankiety przeprowadzonej po

Nazwa miernika	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
w Programie na etapie badań przesiewowych, deklarujących wzrost wiedzy na temat PChN	zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych		rozmowie edukacyjnej z lekarzem POZ
Odsetek osób z wykrytą chorobą, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji	Liczba osób objętych Programem, które odbyły pełen cykl warsztatów edukacyjnych	≥ 80%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program. Wyniki ankiet oceniających wiedzę przeprowadzonych na pierwszym i ostatnim warsztacie edukacyjnym
Odsetek osób z wykrytą chorobą, które zadeklarowały wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu	Liczba osób objętych Programem, które odbyły pełen cykl warsztatów edukacyjnych	≥ 80%	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program. Wyniki ankiety przeprowadzonej na ostatnim warsztacie edukacyjnym

W Programie brane były pod uwagę również dodatkowe mierniki – wskaźniki wymagane we wnioskach o dofinansowanie realizacji projektów na podstawie założeń RPO WŁ oraz krajowych wytycznych horyzontalnych⁴⁴.

Tabela 5: **Dodatkowe mierniki efektywności Programu**

Nazwa miernika	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
Liczba osób, które dzięki interwencji EFS zgłosiły się na badanie profilaktyczne	Osoby, które zgłosiły się na badanie profilaktyczne	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program

⁴⁴ Zgodnie z krajowymi „Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”, Załącznik 1, mierniki efektywności odpowiadające celom programu powinny być zgodne ze wskaźnikami określonymi we Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych, stanowiącej załącznik do krajowych „Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020”. W związku z takim wymogiem z listy WLWK wybrano wskaźniki odpowiadające programowi profilaktycznemu, które będą generowane przez realizatorów, uzupełniając nimi wskaźniki odpowiadające specyfice interwencji programu, ustalonymi podczas prac nad programem.

Nazwa miernika	Wartość odniesienia	Wartość docelowa	Sposób pomiaru
	dzięki uczestnictwu w Programie ⁴⁵		
Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	Osoby objęte wsparciem w Programie ⁴⁶	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program
Liczba osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	Osoby w wieku 50 lat i więcej objęte wsparciem w Programie ⁴⁷	≥ 5.000	Sprawozdawczość Beneficjentów realizujących Program

Analiza poziomu osiągnięcia mierników efektywności Programu wskazuje, że te powiązane z celem głównym, tj.:

- objęcie działaniami w ramach Programu co najmniej 5.000 osób,
- odsetek osób, u których wykryto przewlekłą chorobę nerek, w populacji objętej Programem – co najmniej 8%,

przyjęły wartość dużo niższą, od zakładanej.

Do Programu zakwalifikowano 749 osób (15% zakładanej wielkości populacji). Tym samym nie osiągnięto także zakładanych wartości dodatkowych mierników efektywności. Wszystkie osoby zakwalifikowane skorzystały minimum z jednej konsultacji z lekarzem POZ. Przewlekłą chorobę nerek wykryto u 10 osób (1,33% populacji objętej Programem)⁴⁸. Należy więc uznać, że cel główny Programu nie

⁴⁵ Na wartość wskaźnika dla Programu będą się składać dane raportowane na poziomie wszystkich wdrożonych projektów dotyczących Programu.

⁴⁶ Jak wyżej.

⁴⁷ Jak wyżej.

⁴⁸ W tym zakresie w toku analiz prowadzonych w ramach ewaluacji wykryto rozbieżność między danymi zawartymi w Raporcie końcowym z realizacji programu polityki zdrowotnej a sprawozdaniami merytorycznymi z realizacji Programu przygotowywanymi przez Beneficjentów. W Raporcie stwierdzono, że PChN wykryto o u 10 uczestników Programu, podczas gdy Beneficjenci w sprawozdaniach merytorycznych wskazali, że PChN nie wykryto u żadnej osoby. Jednocześnie w projekcie realizowanym przez Beneficjenta – Miasto Łódź, zgodnie ze sprawozdaniem merytorycznym oraz informacjami pozyskanymi od przedstawiciela Beneficjenta w ramach wywiadu indywidualnego, 10 osób skierowano do konsultacji z nefrologiem, co zgodnie ze ścieżką wsparcia przewidzianą w Programie mogło dotyczyć jedynie osób ze stwierdzoną PChN. Tym samym w badaniu ewaluacyjnym przyjęto, że PChN została wykryta u 10 uczestników Programu.

został osiągnięty ani w kontekście liczby osób objętych wsparciem, ani liczby osób, u których wykryto PChN.

Najważniejsze przyczyny niskiego poziomu osiągnięcia celu głównego Programu, jakie zdiagnozowane w ramach ewaluacji, to:

- niski poziom zainteresowania pacjentów udziałem w Programie (mimo podejmowanych działań informacyjno-promocyjnych),
- rozwiązanie umowy z jednym z trzech Beneficjentów realizujących projekty w ramach Programu,
- nie ogłoszenie kolejnych konkursów w ramach Programu, mających na celu uruchomienie większej liczby projektów, co było uzasadnione negatywnymi doświadczeniami płynącymi z realizacji projektów (w tym niewielkim zainteresowaniem Programem, mało atrakcyjną dla potencjalnych uczestników ścieżką wsparcia).

Wskazane kwestie są ściśle powiązane z problemami, jakie dotyczą zgłaszalności do Programu oraz jakie deklarowali przedstawiciele zarówno Beneficjentów, jak i IZ RPO WŁ w ramach wywiadów indywidualnych realizowanych na potrzeby badania ewaluacyjnego. Będą zatem uszczegółowione i omówione szerzej w dalszych częściach raportu, odnoszących się do zagadnienia zgłaszalności oraz trudności w realizacji Programu.

Niski poziom osiągnięcia mierników powiązanych z celem głównym Programu, w tym zwłaszcza miernika dotyczącego odsetka osób, u których wykryto przewlekłą chorobę nerek, w populacji objętej Programem (1,33% wobec zakładanych 8%) **przełożył się na poziom osiągnięcia celów szczegółowych Programu, zwłaszcza celu pierwszego.** Zakładał on zwiększenie liczby wykrywanych przypadków przewlekłej choroby nerek w stadiach 3a i 3b oraz skierowanie do dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ osób z wykrytą chorobą w okresie trwania Programu. Powiązane z nim były dwa mierniki, z których nie osiągnięto jednego:

- odsetek przypadków choroby w stadium zaawansowania 3a lub 3b w populacji osób z wykrytą chorobą – co najmniej 30%,

Według sprawozdań z realizacji Programu, przygotowywanych przez beneficjentów, liczba osób, u których w wyniku pierwszych badań diagnostycznych stwierdzono $eGFR < 60 \text{ ml/min /1,73m}^2$ wynosiła 17, przy czym w toku dalszego postępowania

przewidzianego Programem (kolejne badania i konsultacje u lekarza POZ), zgodnie z danymi zawartymi w sprawozdaniach merytorycznych z realizacji Programu, opracowanych przez Beneficjentów, u żadnego pacjenta nie wykryto PChN w stadium zaawansowania 3a i 3b. Ostatecznie do konsultacji z nefrologiem w ramach Programu zakwalifikowano 10 uczestników (w tym 6 kobiet i 4 mężczyzn).

Drugim miernikiem powiązanim z pierwszym celem szczegółowym była:

- liczba osób, którym zalecono dalszą obserwację lub diagnostykę i leczenie w ramach NFZ – 100%.

Wszyscy uczestnicy, którzy zostali skierowani na konsultację nefrologiczną w ramach Programu, brali w nim udział w ramach projektu realizowanego przez Miasto Łódź. Korzystali ze wsparcia w postaci konsultacji nefrologicznej, cyklu warsztatów edukacyjnych i konsultacji z dietetykiem świadczonego przez partnera projektu – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów. Każda z tych osób po zakończeniu udziału w Programie otrzymała zalecenie dotyczące dalszej obserwacji lub diagnostyki i leczenia w ramach NFZ – wartość miernika została zatem w pełni osiągnięta.

Drugi cel szczegółowy zakładał zwiększenie poziomu wiedzy populacji objętej Programem na temat choroby, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji w okresie trwania Programu. Powiązane z nim mierniki odnosiły się zarówno do efektów, które miały być osiągnięte na poziomie wszystkich uczestników Programu, jak i osób, u których wykryta została PChN. W ramach pierwszego z dwóch mierników założono zatem:

- odsetek osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych, deklarujących wzrost wiedzy na temat PChN – co najmniej 80%.

Poziom osiągnięcia tego miernika oszacowano na podstawie ankiety wypełnianej przez każdą z osób kończących udział w Programie, której wyniki określały m.in. poziom wiedzy uczestnika na temat PChN. Wśród osób, które zakończyły udział w Programie na etapie badań przesiewowych (tj. po drugich lub kolejnych konsultacjach z lekarzem POZ i po rozmowie edukacyjnej z lekarzem POZ), 90% zadeklarowało, że udział w programie zwiększył ich wiedzę na temat PChN. Oznacza

to, że w tym kontekście drugi cel szczegółowy Programu został osiągnięty na poziomie wyższym (o 10 p.p.) niż zakładany.

Drugi miernik powiązany z drugim celem szczegółowym:

- odsetek osób z wykrytą chorobą, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat PChN, jej związku z chorobami układu krążenia oraz zasad nefroprotekcji – co najmniej 80%,

oszacowano na podstawie wyników ankiet przeprowadzonych wśród osób, które odbyły pełen cykl warsztatów edukacyjnych. Ankiety były opracowywane przez Beneficjentów i przeprowadzane na ostatnim warsztacie edukacyjnym. Miernik osiągnął wartość 100% - wszystkie 10 osób objętych wsparciem w postaci konsultacji nefrologicznych i warsztatów edukacyjnych zadeklarowały wzrost wiedzy na temat PChN.

Warto dodać, że do populacji pośrednio objętej Programem należy zaliczyć również 90 lekarzy POZ (84 w Łodzi i 6 w Pabianicach), którzy w jego ramach uczestniczyli w szkoleniach przygotowujących do kwalifikowania pacjentów do Programu. Z wywiadów indywidualnych przeprowadzonych wśród tej grupy wynika, że dzięki temu ich wiedza na temat PChN oraz zasad nefroprotekcji wzrosła, co wpłynęło na sposób postępowania z pacjentami nie tylko w ramach Programu, ale także w ramach codziennej praktyki lekarskiej (np. w zakresie zalecanej farmakoterapii).

Trzeci cel szczegółowy Programu – zwiększenie umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu zdrowia – odnosił się wyłącznie do populacji pacjentów, u których w okresie jego trwania wykryto PChN i był powiązany z jednym miernikiem:

- odsetek osób z wykrytą chorobą, które zadeklarowały wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu – co najmniej 80%.

Na podstawie wyników ankiet wypełnianych na koniec udziału w projekcie można stwierdzić, że trzeci cel szczegółowy został osiągnięty na poziomie wyższym, niż zakładano – wszyscy pacjenci z wykrytą chorobą zadeklarowali wzrost umiejętności samoopieki oraz zaangażowania w kontrolę swojego stanu. Wśród pozostałych pacjentów (kończących udział w Programie na etapie badań przesiewowych) 93% zadeklarowało, że wiedza zdobyta podczas programu pomoże im lepiej dbać o swoje nerki, a 95% stwierdziło, że wie, kiedy powinni wykonać następne badania

diagnostyczne w celu oceny funkcji nerek, co także należy uznać za bardzo satysfakcjonujący wynik.

Ogólna ocena stopnia osiągnięcia celów szczegółowych Programu nie jest zatem jednoznaczna. Z jednej strony osiągnięto bowiem zakładaną (a nawet wyższą, niż zakładana) wartość większości mierników, które są z nim powiązane. Z drugiej strony, biorąc pod uwagę niewielką liczbę osób, u których wykryto PChN w trakcie udziału w Programie oraz wskazaną wyżej dużo mniejszą, niż zakładana, ogólną liczbę uczestników Programu, poziom osiągnięcia celów szczegółowych, jeśli nawet przewyższył zakładane wartości, nie przełożył się na poprawę sytuacji zdrowotnej ogółu populacji mieszkańców województwa łódzkiego w stopniu, którego oczekiwano w związku z realizacją Programu.

Dane pozyskane w ramach badania ewaluacyjnego – zarówno dane zastane, jak publikacje naukowe, wnioski o płatność składane przez Beneficjentów w toku realizacji projektów, jak i dane pozyskane w toku wywiadów indywidualnych z przedstawicielami Beneficjentów, IZ RPO WŁ, z lekarzami kwalifikującymi do Programu oraz innym personelem medycznym (pielęgniarki, rejestratorki w POZ), zaangażowanym w jego realizację, a także opinie ekspertów dziedzinowych wyrażone w ramach wywiadu grupowego – wskazują jednoznacznie, że główną przyczyną nieosiągnięcia zakładanej liczebności populacji objętej Programem był niski poziom zgłaszalności interpretowany w kategoriach braku zainteresowania udziałem w Programie.

4.2 Zgłaszalność do Programu

Jak wskazano wyżej, w Programie wzięły udział 743 osoby⁴⁹, co stanowi 15% zakładanej liczebności jego uczestników. Wśród osób, które skorzystały ze wsparcia w ramach Programu:

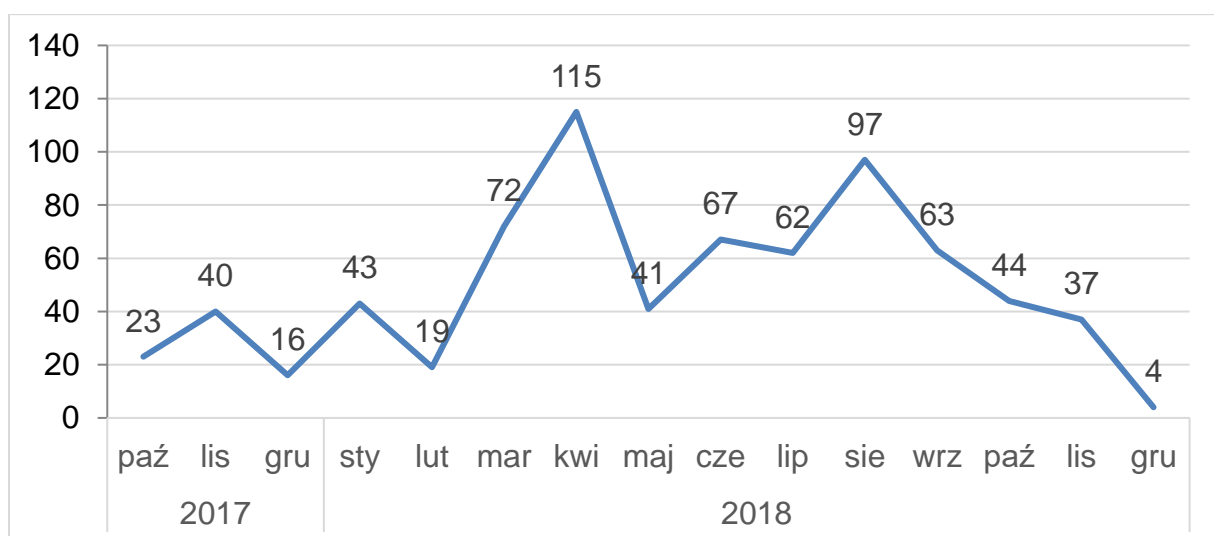
- było zdecydowanie więcej kobiet (2/3 pacjentów) niż mężczyzn;
- znajdowały się osoby w wieku od 50 do 65 lat, a średni wiek pacjentów wynosił niespełna 58 lat;

⁴⁹ 743 osoby to pacjenci, którzy wzięli udział w Programie wg zestawienia pacjentów Programu przygotowanego przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, na podstawie którego powstała analiza zgłaszalności do Programu. Wg sprawozdań z realizacji projektów przygotowywanych przez beneficjentów w Programie było łącznie 749 pacjentów.

- przeważały osoby z wykształceniem co najmniej średnim, w tym: ponadgimnazjalnym – 231 osób; policealnym – 247 osób oraz wyższym – 301 osób;
- były w większości (prawie 80%) osoby aktywne zawodowo w chwili przystąpienia do Programu;
- było 11 % osób z niepełnosprawnością;
- nieliczne były osoby z grup zagrożonych wykluczeniem, a tym należące do mniejszości narodowej lub etnicznej, migranci, osoby obcego pochodzenia, osoby bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu do mieszkań oraz osoby w innej niekorzystnej sytuacji społecznej;
- wśród czynników ryzyka wystąpienia PChN zidentyfikowanych wśród uczestników najliczniej występowały: nadciśnienie tętnicze (57% pacjentów) oraz choroby układu krążenia (25%).

Z uwagi na moment rozpoczęcia realizacji Programu (ostatni kwartał 2017 r.), zdecydowana większość pacjentów rozpoczęła swój udział w Programie w 2018 roku. Zgłaszalność do Programu była najmniejsza w początkowej i końcowej fazie realizacji projektów. Odnotowano spadek liczby osób rozpoczynających udział w Programie w grudniu 2017, marcu 2018 oraz w okresie od maja do lipca 2018. Najwięcej nowych pacjentów rozpoczęło swój udział w Programie w kwietniu oraz sierpniu 2018 roku.

Wykres 9: **Zgłaszalność do Programu**



Źródło: Opracowanie własne na podstawie listy uczestników Programu przekazanej przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego

Zdecydowana większość pacjentów (ponad 92%) zakończyła udział w Programie zgodnie z zaplanowaną dla nich ścieżką wsparcia. Średni czas udziału pacjenta w Programie wynosił niespełna 40,5 dnia i zdecydowanie różnił się w zależności od tego, czy pacjent zakończył udział w Programie zgodnie z zaplanowaną dla niego ścieżką wsparcia (wówczas czas trwania udziału wynosił średnio niecałe 32 dni), czy nie (wówczas udział trwał średnio ok. 165 dni). Wśród pacjentów zakwalifikowanych do Programu 48 osób (34 kobiety i 14 mężczyzn) zrezygnowało z udziału w Programie z powodów osobistych. Wszystkie te osoby wycofały się z Programu na etapie konsultacji z lekarzem POZ.

4.2.1 Czynniki wpływające na zgłaszalność do Programu

Wśród głównych czynników wpływających na realizowanie Programu była przeprowadzona w związku z jego wdrożeniem **rozbudowana akcja informacyjna** – zgodnie z opiniami przedstawicieli Beneficjentów, jej ostateczny zakres był szerszy, niż zaplanowany początkowo w projektach, co wynikało ze stwierdzanych w toku ich realizacji trudności związanych z niskim poziomem zainteresowania Programem wśród jego adresatów. Intensyfikacja działań informacyjno-promocyjnych w niewielkim stopniu przełożyła się jednak na istotne zwiększenie liczby uczestników Programu. Możliwy zakres akcji informacyjnej przedstawiony był w treści Programu⁵⁰

⁵⁰ W Programie, w części „Tryb zapraszania do Programu”, przewidziano, że:

- Do etapu badań przesiewowych osoby zainteresowane, które spełniają kryteria włączenia, zgłaszają się spontanicznie, po uprzednim umówieniu się na wyznaczony termin wizyty (telefonicznie, osobiście lub drogą elektroniczną).
- Do etapu obejmującego warsztaty edukacyjne zgłaszają się osoby zainteresowane, u których zdiagnozowano przewlekłą chorobę nerek bez względu na stadium jej zaawansowania i które otrzymały zaproszenie do udziału w warsztatach od lekarza nefrologa.

Ponadto przewidziano, że w celu zachęcenia mieszkańców województwa łódzkiego do udziału w Programie oraz podniesienia świadomości społecznej na temat PChN, przeprowadzona zostanie szeroko zakrojona akcja informacyjno-promocyjna oraz informacyjno-edukacyjna przez Beneficjentów realizujących Program, z wykorzystaniem następujących działań:

- Działania **skierowane do personelu medycznego** w poradniach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), poradniach diabetologicznych i kardiologicznych – zachęcenie lekarzy i pielęgniarek pracujących w wyżej wymienionych placówkach do rozpowszechniania informacji o Programie, poprzez wysłanie do poradni listów dotyczących Programu, plakatów oraz ulotek/zaproszeń do rozwieszenia w poczekalni bądź innych miejscach dostępnych do pacjenta. Istotne jest aby zachęcić lekarzy do proponowania podczas wizyt udziału w Programie pacjentom, którzy są w grupach ryzyka i spełniają warunki uczestnictwa w Programie. Działania te, poza funkcją promującą Program mają mieć charakter edukacyjny nakierowany na podnoszenie wiedzy personelu medycznego na temat częstości występowania PChN w szczególności w grupach ryzyka oraz potrzeby wykonywania badań diagnostycznych oceniających funkcję nerek w codziennej praktyce.

i przewidywał podejmowanie działań promujących zarówno wśród personelu medycznego, który sprawował opiekę nad osobami należącymi do grup ryzyka, kwalifikującymi się do udziału w Programie, jak i wśród ogółu mieszkańców województwa łódzkiego, m.in. poprzez działania prowadzone w przestrzeni publicznej, w Internecie i innych mediach oraz we współpracy z instytucjami i organizacjami pozarządowymi.

Zgodnie z opiniami Beneficjentów, wyrażonymi w ramach wywiadów indywidualnych a także informacjami zawartymi we wnioskach o płatność, sporządzanymi i składanymi do IZ RPO WŁ w toku realizacji projektów, Beneficjenci wykorzystywali powyższe metody promowania Programu. Największy nacisk położono na zaangażowanie w promocję Programu personelu medycznego na poziomie POZ, co potwierdzają także opinie samych pacjentów, wyrażane w ramach wywiadów TDI (o Programie większość z nich dowiedziała się w swojej przychodni zdrowia, przede wszystkim od lekarza pierwszego kontaktu, ale także od pielęgniarki, rejestratorki, z plakatu informacyjnego). W początkowym okresie realizacji projektu Beneficjenci zrealizowali następujące działania promocyjne (zgodnie z treścią wniosków o płatność):

- utworzenie strony internetowej projektu⁵¹, zawierającej m.in. harmonogram projektu,
- wykonanie tablicy informacyjnej w formacie 30 cm x 42 cm na temat projektu i wsparcia finansowanego z Unii,
- emisja na antenie lokalnych rozgłośni radiowych (np. Radia Łódź) krótkiej rozmowy z członkinią Zespołu ds. Realizacji Projektu dotyczącej zachęcenia mieszkańców Łodzi do udziału w projekcie,
- zorganizowanie konferencji promującej projekt,

-
- Działania **skierowane do mieszkańców województwa łódzkiego** – m.in. ogłoszenia zachęcające do udziału i informujące o Programie w prasie, w serwisach internetowych o tematyce zdrowotnej oraz na portalach społecznościowych (np. Facebook), a także na stronach internetowych Województwa Łódzkiego, emisja spotów/audycji radiowych, telewizyjnych, wysyłka pism do różnych instytucji (ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe), organizacja spotkań edukacyjnych z mieszkańcami województwa łódzkiego na temat przewlekłej choroby nerek, czynników ryzyka oraz potrzeby wykonywania badań profilaktycznych ukierunkowanych na wczesne wykrywanie choroby.

⁵¹ W przypadku projektu realizowanego przez Miasto Łódź była to strona pod adresem: <http://uml.lodz.pl/dla-mieszkancow/zdrowie/zdrowe-nerki/>, w przypadku projektu realizowanego przez PCM – zakładka na stronie PCM.

- wydrukowanie i rozdystrybuowanie plakatów, roll-upów oraz ulotek informacyjno-promocyjnych.

W związku ze stwierdzonym już na początkowych etapach realizacji projektów **niskim poziomem zainteresowania udziałem** w Programie – podejmowali także dodatkowe **działania zaradcze**, skoncentrowane na dotarciu do potencjalnych uczestników Programu. Wśród działań tych można wymienić m.in.:

- zintensyfikowanie akcji informacyjnej na terenach wiejskich,
- ogłoszenia w radiu prasie lokalnej i lokalnych serwisach internetowych (w tym artykuły dotyczące łódzkiego projektu m.in. w gazecie Express Ilustrowany, artykuły informacyjne na temat realizowanego projektu w informatorze prasowym Pabianickiego Centrum Medycznego pn. „Puls szpitala” będącego dodatkiem do lokalnej gazety „Życie Pabianic”, wykupienie powierzchni reklamowej na pabianickim portalu informacyjnym www.epainfo.pl),
- prowadzenie działań promocyjnych podczas lokalnych wydarzeń gromadzących mieszkańców (w tym Festiwalu Zdrowia na Stawach Jana organizowanego z okazji Urodzin Łodzi, wrześniowych Pikników Budżetu Obywatelskiego – podczas których członkowie zespołu projektowego zachęcali i rekrutowali osoby do udziału w projekcie) czy w niedziele na terenie parafii,
- zaproszenia do udziału w Programie kierowane bezpośrednio do potencjalnych uczestników w ramach współpracy Beneficjenta z pracodawcami (duże firmy i instytucje publiczne).

Biorąc pod uwagę ograniczenia czasowe dotyczące osób aktywnych zawodowo, Beneficjenci uruchomili także możliwość zgłaszania się do Programu w ramach konsultacji z lekarzem POZ w ciągu tygodnia w godzinach popołudniowych (po 18:00) oraz w soboty.

Zasadność zróżnicowania kanałów i metod informowania i promowania Programu potwierdzają wypowiedzi jego uczestników, zebrane w ramach wywiadów swobodnych TDI z 24 osobami. Wśród źródeł, z których dowiedziano się o Programie, badani wymieniali najczęściej:

- przychodnię POZ (przy okazji wizyty u lekarza rodzinnego – lekarz sam informował o Programie np. w związku z dolegliwościami odczuwanymi przez daną osobę, zdarzało się także, że badani widząc plakaty/ulotki na temat Programu sami o niego pytali),
- zakład pracy (informacja o Programie otrzymana na służbową skrzynkę e-mail, strona internetowa zakładu pracy, plakat),
- Internet (strona internetowa urzędu miasta, w tym specjalne zakładki poświęcone sprawom zdrowia, social media Beneficjentów, strona internetowa NFZ).

Pojedyncze osoby wskazywały, że o Programie dowiedziały się od kolegi czy z radia. Skuteczność różnych dróg motywowania do udziału w Programie była zależna także od indywidualnych preferencji pacjentów. Dla niektórych osób efektywne i bardziej zachęcające było wystosowanie zaproszenia do udziału w projekcie bezpośrednio przez lekarza prowadzącego, dla innych natomiast polecenie udziału w Programie przez znajomych i innych pacjentów.

Wyniki badania ewaluacyjnego sugerują, że Program cechował się **przewagą czynników zniechęcających do udziału w nim nad tymi, które były zachęcające**.

Bariery zmniejszające zgłaszalność do Programu, zarówno po stronie samego Programu, jak i w jego otoczeniu, były liczne.

Barierą mającą swoje źródło poza samym Programem była przede wszystkim, podkreślana przez większość uczestników badania – ekspertów dziedzinowych, przedstawicieli IZ RPO WŁ, Departamentu Polityki Zdrowotnej UMWŁ i Beneficjentów – **niska świadomość zdrowotna Polaków, w tym mieszkańców województwa łódzkiego**, na temat znaczenia profilaktyki w dbaniu o zdrowie. Opinie wyrażone przez uczestników badania ewaluacyjnego wskazują na powszechnie występujący problem związany z niższym zainteresowaniem potencjalnych uczestników programami profilaktycznymi w porównaniu z programami skierowanymi do osób już zdiagnozowanych, będących w procesie leczenia (np. programy rehabilitacyjne).

Na kwestię tę dodatkowo wpływa specyfika samej choroby będącej przedmiotem interwencji Programu. Jak wskazują dane, przedstawione w części 3.1 raportu, PChN

wykrywana jest zwykle w późnych stadiach rozwoju, ponieważ dopiero wtedy daje objawy, które są odczuwalne dla pacjenta. **Brak odczuwalnego dyskomfortu** nie sprzyja zatem dążeniu do sprawdzenia, czy mimo to nerki funkcjonują prawidłowo. Jednocześnie profilaktyka nefrologiczna nie jest tak szeroko promowana, m.in. w mediach, jak np. profilaktyka nowotworowa. Wszystko to przekłada się na niską gotowość do aktywnego dbania o zdrowie nefrologiczne nawet wśród osób z grup ryzyka.

Tym, co w opinii zarówno przedstawicieli IZ RPO WŁ, jak i Departamentu Polityki Zdrowotnej UMWŁ oraz Beneficjentów – czyli osób posiadających doświadczenie w tworzeniu i wdrażaniu różnych programów w obszarze zdrowia – jest z punktu widzenia potencjalnych uczestników czynnikiem szczególnie zachęcającym do udziału w nich, to możliwość nieodpłatnego skorzystania z kosztownych procedur (badań, zabiegów) lub procedur, na które w ramach świadczeń finansowanych z NFZ trzeba długo czekać. Przykładem jest realizowany w Pabianickim Centrum Medycznym, także w ramach RPO WŁ 2014-2020, „Program badań przesiewowych w kierunku wykrycia nowotworu jelita grubego” . W opinii przedstawicielki Beneficjenta tego rodzaju program, oferujący bezpłatnie bardzo atrakcyjną dla pacjentów możliwość wykonania kolonoskopii w znieczuleniu, cieszy się dużym zainteresowaniem, właśnie ze względu na swój zakres oraz na samą tematykę, związaną z chorobą nowotworową. Tymczasem ewaluowany Program, zgodnie z rekomendowanymi przez środowiska eksperckie wytycznymi, **przewidywał na wstępnym etapie przeprowadzanie jedynie dość podstawowych badań krwi i moczu**, które są dostępne nieodpłatnie także w ramach POZ, a przy niewielkim nakładzie finansowym i czasowym można je również zrealizować z własnych środków. Przedstawiciele Beneficjentów oraz lekarze POZ i inny personel medyczny sugerowali, że większym zainteresowaniem cieszyłaby się możliwość wykonania w ramach Programu np. badania USG nerek u wszystkich osób, które do niego przystępują, przy czym mieli świadomość nieracjonalności finansowej i medycznej oferowania tego rodzaju procedury w ramach badań przesiewowych.

Kolejną barierą zgłaszalności do Programu był zatem brak zrozumienia wśród potencjalnych uczestników konieczności przystępowania do niego jedynie w celu wykonania podstawowych badań. Negatywny wpływ tego czynnika wzmacniany był przez **konieczność wypełnienia rozbudowanej – z punktu widzenia pacjenta –**

dokumentacji na potrzeby udziału w Programie, w tym przekazywania danych, które pozornie nie są powiązane ze stanem zdrowia, jak poziom wykształcenia, status na rynku pracy czy miejsce pracy. Niektórzy lekarze kwalifikujący do Programu sygnalizowali, że część osób rezygnowała z możliwości udziału w Programie właśnie ze względu na ilość i zakres danych, jakie musiała w związku z tym udostępnić.

Jako czynnik utrudniający zgłaszalność do Programu wskazywano **także limit wiekowy jego adresatów, tj. 50-65 lat**. Zgodnie z opiniami przedstawicieli Beneficjentów oraz lekarzy kwalifikujących do Programu, chęć udziału w nim wyrażały bowiem także osoby młodsze, należące do grupy ryzyka, oraz starsze, u których funkcjonowanie nerek mogło ulec pogorszeniu wraz z wiekiem, na co wskazują zresztą dane epidemiologiczne.

Czynnikiem mającym negatywny wpływ na poziom zgłaszalności do Programu, w opinii jednej z przedstawicielek Beneficjentów, była także **niedostateczna możliwość motywowania lekarzy POZ** do informowania o Programie i kwalifikowania do niego pacjentów. Zaangażowanie w realizację Programu, ze względu na wskazywany już wyżej zakaz podwójnego finansowania świadczeń, związane było z wykonywaniem pracy w przychodni POZ w nadgodzinach, co kolidowało z innymi zobowiązaniami zawodowymi lekarzy. Jednocześnie oferowane w Programie wynagrodzenie było niższe, niż np. w realizowanym równoległym programie finansowanym z innych środków.

Do czynników zachęcających do udziału w Programie można natomiast zaliczyć:

- możliwość pozyskania informacji o Programie i zakwalifikowania się do niego w ramach konsultacji z lekarzem POZ,
- możliwość skrócenia ścieżki dotarcia do specjalisty nefrologa w przypadku zdiagnozowania choroby nerek,
- świadomość zagrożenia związanego z wystąpieniem i rozwojem PChN wśród osób z grup ryzyka, w tym osób chorujących na cukrzycę i choroby układu krążenia.

Poza kwestią szybszej konsultacji nefrologicznej w ramach Programu w stosunku do czasu oczekiwania na nią w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ, pozostałe czynniki zachęcające nie zawsze wywierały spodziewany skutek w postaci pozyskania uczestnika do Programu. Ze względu na konieczność uniknięcia

podwójnego finansowania świadczeń nie było możliwości, aby pacjent poinformowany o Programie przez lekarza POZ podczas wizyty w ramach NFZ mógł się od razu zgłosić i zostać zakwalifikowanym. Wymagało to ponownej wizyty w POZ w innym terminie, a – zgodnie z opiniami przedstawicieli Beneficjentów, lekarzy i innego personelu medycznego POZ – wiele potencjalnie zainteresowanych i kwalifikujących się do Programu osób nie było dostatecznie zmotywowanych, aby zgłosić się do lekarza po raz kolejny jedynie w tym celu. Z kolei grupa pacjentów predystynowanych do udziału w Programie, tj. osób zaliczających się do grup ryzyka, podejmowała dwojakie strategie działania, w efekcie których mimo kwalifikowania się do Programu, nie chciała lub nie mogła do niego przystąpić:

- ignorowanie możliwości sprawdzenia swojego stanu zdrowia z obawy przed niekorzystną diagnozą,
- podejmowanie zachowań prozdrowotnych polegających m.in. na regularnym wykonywaniu badań, co wykluczało z udziału w Programie - w celu uniknięcia podwójnego finansowania świadczeń, z badań przesiewowych mogły skorzystać osoby, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie miały wykonywanych w ramach NFZ, budżetu państwa lub środków samorządowych tych samych badań diagnostycznych, co przewidziane w Programie.

W efekcie istniało niewiele czynników, które zachęcałyby do udziału w Programie, a te istniejące wiązały się z istotnymi ograniczeniami, związanymi tak z systemem realizacji Programu, jak i predyspozycjami samych pacjentów.

Podsumowując, Program – choć prawidłowy z medycznego punktu widzenia i interweniujący w istotny problem zdrowotny regionu łódzkiego – w zgodnej opinii osób zaangażowanych w realizację projektów w jego ramach, tj. zarówno przedstawicieli Beneficjentów, jak i IZ RPO WŁ, z przyczyn niezależnych od nich i mimo podejmowanych działań zaradczych (w tym przede wszystkim intensyfikowania działań promocyjno-informacyjnych) spotkał się z **dużo mniejszym, niż oczekiwano, zainteresowaniem potencjalnych uczestników**. Wynika to zarówno z niższego zainteresowania programami profilaktycznymi na tle pozostałych programów zdrowotnych ukierunkowanych na leczenie, ze specyfiki chorób nerek, jak i z barier leżących po stronie samego Programu. Biorąc pod uwagę dane zebrane w toku ewaluacji, Program realizowany był w sposób zapewniający jego adresatom

informacje na jego temat oraz dostęp do świadczeń. Jednak możliwości oddziaływania Programu na sytuację zdrowotną mieszkańców województwa łódzkiego były ograniczone, z przyczyn niezależnych od jego autorów i realizatorów.

Sytuację poprawić mogło jedynie **zniesienie limitu wiekowego** – ustalenie go na przyjętym w Programie poziomie wynikało jednak z założeń RPO WŁ 2014-2020, w tym Osi priorytetowej X ukierunkowanej na wzmacnianie szans utrzymania zatrudnienia przez pracowników w regionie, w tym osoby znajdujące się w wieku, w którym najczęstszą przyczyną przedwczesnej rezygnacji z pracy jest stan zdrowia (a zatem osoby w wieku 50+), a zarazem osoby, których wiek nie stanowi czynnika obniżającego szanse na podejmowanie zatrudnienia (a zatem osoby w wieku maksymalnie 65 lat).

Kolejnym ważnym powodem, dla którego ustalono limit wieku, była konieczność dostosowania liczby osób, do których kierowany jest program, do posiadanych środków finansowych. AOTMiT zwracał uwagę na to, aby z Programu mogła skorzystać jak największa liczba osób z grupy docelowej w celu osiągnięcia widocznego efektu zdrowotnego w populacji. Zniesienie limitu wiekowego powoduje, że populacja osób, które kwalifikują się do Programu, jest o wiele większa, niż liczba osób, które mogą z niego skorzystać, ze względu na ograniczone środki finansowe.

Z drugiej strony, jak wskazywali przedstawiciele IZ RPO WŁ oraz Departamentu Polityki Zdrowotnej UMWŁ, ewaluowany Program stanowił jedno z pierwszych tego rodzaju działań realizowanych na terenie regionu ze środków EFS. Był zatem tworzony i wdrażany w warunkach budującego się dopiero praktycznego doświadczenia w prowadzeniu przedsięwzięć, które musiały łączyć i godzić ze sobą z jednej strony wytyczne środowiska medycznego, jak i założenia programów unijnych. Wnioski płynące z Programu, m.in. te dotyczące limitów wiekowych adresatów jako czynnika hamującego zgłaszalność do programów, zostały wykorzystane przy tworzeniu innych RPZ. Należy równocześnie podkreślić, że kwestia zawężenia wieku populacji, która w przypadku ewaluowanego Programu wywarła wpływ na zgłaszalność, w przypadku każdego RPZ może wynikać ze wskazań medycyny opartej na dowodach: tylko w takiej grupie wiekowej zaplanowane w programie interwencje mogą być uznane za skuteczne. Grupa docelowa nie jest zatem ustalana tylko w oparciu o założenia interwencji EFS, ale przede wszystkim w oparciu o kryteria medyczne i podlega ocenie przez AOTMiT.

4.3 Jakość świadczeń w Programie i trwałość jego efektów

Jakość świadczeń w Programie w ramach badania ewaluacyjnego określana była zarówno na podstawie wyników ankiety satysfakcji, którą pacjenci wypełniali kończąc udział w Programie w 2018 r.⁵², jak i wyników badania zrealizowanego wśród reprezentatywnej ich próby na potrzeby ewaluacji⁵³, a zatem trzy lata później.

Zgodnie z wynikami ankiety satysfakcji, 97% spośród uczestników Programu było zadowolonych z udziału w nim, 95% wzięłoby w nim udział ponownie, a 95,5% poleciłoby udział w Programie innym osobom. Te same pytania zadano uczestnikom w ramach badania ewaluacyjnego – 98% respondentów (326 osób) w ramach ankiety CATI zadeklarowało, że z perspektywy czasu są zadowoleni z udziału w Programie, tyle samo – że wzięłoby w nim udział ponownie, natomiast 98,5% (328 osób) poleciłoby udział w nim innym osobom. Warto podkreślić, że zdecydowana większość wśród tych opinii miała charakter umiarkowanie pozytywny (odsetki odpowiedzi „raczej tak” istotnie przeważały nad odsetkami odpowiedzi „zdecydowanie tak”, które kształtowały się na poziomie kilku procent w przypadku każdego z pytań). Porównanie wyników obu ankiet wskazuje zatem na **ogólnie pozytywną ocenę Programu zarówno w momencie, gdy kończono w nim udział, jak i po trzech latach od jego zakończenia.**

Badanie satysfakcji z udziału w Programie dotyczyło także poszczególnych rodzajów świadczeń. W ankietach przeprowadzanych w 2018 r. uczestników pytano o poziom zadowolenia z **rozmowy edukacyjnej z lekarzem**, która dla niemal wszystkich uczestników, poza 10 osobami, była obok badań diagnostycznych główną formą wsparcia w Programie. Zdecydowana większość, tj. 93% osób stwierdziło, że jest z niej bardzo zadowolona. Badanie ewaluacyjne obejmowało szerszy zakres pytań o zadowolenie z jakości świadczeń w ramach Programu. Niemal 94% próby jego uczestników stwierdziło, że są zadowoleni, przy czym 91% wyraziło umiarkowanie pozytywną opinię w tym zakresie („raczej tak”). Jedynie bardzo niewielka grupa badanych (18 osób, tj. niespełna 5,5%) zadeklarowała brak zadowolenia z jakości świadczeń w Programie. Jeśli chodzi o **poszczególne rodzaje wsparcia** oceniane z perspektywy 3 lat od zakończenia udziału w Programie, to zdaniem większości

⁵² Ankiety satysfakcji przeprowadzono łącznie wśród 667 osób biorących udział w Programie.

⁵³ Wielkość próby CATI wynosi 333 osoby.

badanych ilość, intensywność i długość świadczeń w nim zaplanowanych była odpowiednia w zakresie:

- wizyty kwalifikującej do udziału w Programie z lekarzem POZ (99% osób),
- wizyty konsultacyjnej z lekarzem POZ (98% osób),
- badań diagnostycznych (96% osób).

Należy podkreślić, że zdecydowana większość (98,7%) uczestników Programu nie korzystała z części świadczeń – tylko 10 osób zakwalifikowano do konsultacji nefrologicznej, sesji edukacyjnych oraz spotkań z dietetykiem. Osoby te są zadowolone przede wszystkim z wizyty u nefrologa. Pozostałe formy wsparcia, z uwagi na upływ czasu, jest im trudno ocenić.

W jakościowej części badania realizowanej za pośrednictwem telefonicznych wywiadów swobodnych wśród 24 uczestników Programu zebrano raczej pozytywne opinie, zarówno ogólnie o całym Programie, jak i poszczególnych rodzajach świadczeń. Zadowolone były zarówno osoby, które skorzystały jedynie z badań diagnostycznych, nie wskazujących nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek, jak i te, które skierowano na konsultacje nefrologiczne, warsztaty edukacyjne oraz zapewniono możliwość skonsultowania się z dietetykiem. Osoby te podkreślały, że szczególnie cenią sobie możliwość rozmowy z nefrologiem bez konieczności długiego oczekiwania na termin wizyty, jak ma to miejsce w przypadku świadczeń finansowanych w ramach NFZ. Bardzo pozytywnie oceniały specjalistę nefrologa realizującego świadczenia w ramach Programu, jako kompetentnego i komunikatywnego lekarza. Mimo niejednoznacznych odpowiedzi w ramach ankiety CATI, pojedyncze osoby wskazywały też, że są zadowolone ze spotkań z dietetykiem i dzięki nim pozyskały konkretną pomoc w zakresie zmiany sposobu odżywiania się.

Respondenci należący do zdecydowanej większości osób korzystających tylko z badań diagnostycznych i wizyty u lekarza POZ wyrażali w trakcie wywiadów swobodnych raczej pozytywne opinie. Satisfakcjonowała ich sama możliwość, czy też raczej **okazja do wykonania badań**, a także uspokajały prawidłowe wyniki. Z drugiej strony pojawiały się także opinie, że Program polegający jedynie na wykonaniu podstawowych badań i konsultacjach z lekarzem rodzinnym to zdecydowanie **za mały zakres wsparcia** i niektórzy uczestnicy oczekiwali np. pogłębionej diagnostyki funkcjonowania nerek (badanie USG) – opinie takie wyrażały

pojedyncze osoby w ramach wywiadów swobodnych, a także 4 respondentów objętych badaniem CATI. Jak wspomniano wyżej, podstawowe badania moczu i krwi, uwzględniające określenie eGFR, są jednak wystarczające na etapie badań przesiewowych w kierunku PChN w opinii tak polskiego, jak i światowego środowiska eksperckiego – należałoby zatem zadbać o bardziej precyzyjne i przejrzyste informowanie pacjentów o przebiegu ścieżki diagnostycznej i warunkach udziału w określonych formach wsparcia.

Podsumowując, wywiady jakościowe przeprowadzone wśród uczestników Programu wskazują, że miał on na nich dwojaki wpływ, w zależności od motywacji i wyjściowego stanu zdrowia:

- dobre wyniki uzyskane w ramach badań przesiewowych uspokoiły uczestników co do stanu ich zdrowia nefrologicznego i utwierdziły w przekonaniu, że prawidłowo o nie dbają (mimo obaw, które skłoniły ich do udziału w Programie – np. z powodu cukrzycy, przebytych wcześniej zabiegów w obrębie nerek czy odczuwanych dolegliwości),
- w przypadku wyników nie do końca mieszczących się w normie lub wskazujących na choroby nerek – pozyskanie wiedzy na temat niezbędnych zmian stylu życia (w tym utrzymywania odpowiedniej diety, zrezygnowania ze szkodliwych nawyków) spowodowało, że pacjenci nie czuli się pozostawieni „sami sobie”, mogli wdrożyć odpowiednie działania, w tym zgłosić się do innych specjalistów (jak urolog), są bardziej świadomi znaczenia nefroprotekcji w swoim codziennym życiu.

Ogólnie zadowolająca w opinii uczestników Programu jakość świadczeń oferowanych w jego ramach jest ściśle powiązana z **trwałością jego efektów**. Zakresy ankiety satysfakcji wypełnianych w 2018 r. oraz kwestionariusza CATI wykorzystywanego w badaniu ewaluacyjnym umożliwiają obserwację zmian w czasie wartości tych wskaźników, które odnoszą się do trwałości efektów Programu:

- w 2018 r. 91% pacjentów zadeklarowało, że udział w Programie zwiększył ich wiedzę na temat choroby – w 2021 r. stwierdziło tak łącznie 93% reprezentatywnej próby uczestników Programu (przy czym 10% badanych zdecydowanie zgadza się z tym stwierdzeniem, 83% - raczej się zgadza),
- w 2018 r. 93% pacjentów uważało, że wiedza zdobyta podczas Programu pomoże im lepiej dbać o swoje nerki – w 2021 r. połowa badanych

- zadeklarowała, że dostrzega taki wpływ Programu (przy czym 2% respondentów zdecydowanie się z tym zgadza, a 48% - raczej się zgadza),
- w 2018 r. 95% pacjentów stwierdziło, że wiedzą oni, kiedy powinni wykonać następne badania diagnostyczne w celu oceny funkcji nerek – w 2021 r. regularne wykonywanie badań diagnostycznych w celu oceny funkcji nerek dzięki udziałowi w Programie zadeklarowało 30% respondentów (1% zdecydowanie zgadza się, że w ich przypadku wystąpił taki wpływ Programu, 29% - raczej się zgadza).

Powyższe wyniki wskazują, że efekty Programu dotyczące zwiększenia poziomu wiedzy i świadomości na temat PChN oraz związanych z nimi nawyków prozdrowotnych charakteryzują się **zróżnicowanym poziomem trwałości**. Zwiększony dzięki udziałowi w Programie poziom wiedzy o chorobach nerek zadeklarowało w momencie ewaluacji o 2 p.p. badanych więcej, niż na koniec udziału w Programie. Efekt Programu w postaci poczucia, że wiedza pozyskana w jego trakcie pozwoli lepiej dbać o nerki, utrzymał się w dość dużym stopniu. Najmniejszą trwałością cechuje się efekt polegający na wypracowaniu wśród uczestników badania nawyku regularnego zgłaszania się na badania diagnostyczne w celu oceny funkcji nerek. W opinii ekspertów dziedzinowych biorących udział w wywiadzie grupowym odsetek uczestników Programu deklarujących po 3 latach od jego zakończenia systematyczne wykonywanie badań (tj. 30% badanej próby uczestników) jest jednak satysfakcjonujący, uwzględniając niewielkie zainteresowanie badaniami profilaktycznymi w całej populacji.

Dane pozyskane w toku ewaluacji wśród uczestników Programu, a także specjalistów zaangażowanych w jego realizację, wskazują zatem, że do najważniejszych i najbardziej trwałych efektów Programu należy zaliczyć **wzrost wiedzy i świadomości na temat zdrowego stylu życia, w tym zasad nefroprotekcji**.

Pacjenci biorący udział w wywiadach swobodnych podkreślali, że wprowadzili mniejsze bądź większe zmiany np. w sposobie odżywiania się (zmniejszenie ilości spożywanej soli, rezygnacja z kawy rozpuszczalnej), dbania o zdrowie (bardziej świadome stosowanie leków oraz suplementów), spędzania czasu wolnego (więcej ruchu) i osiągnęli dzięki temu efekty np. w postaci spadku wagi czy poprawy wyników badań. Niektórzy przyznawali jednak, że zmiany te nie miały trwałego charakteru i podtrzymanie dobrych nawyków jest utrudnione np. ze względu na charakter pracy

(dużo wyjazdów) czy inne obowiązki (konieczność opieki nad chorym członkiem rodziny). Kilkoro uczestników Programu w czasie od jego zakończenia doświadczyło innych, niż nefrologiczne, problemów zdrowotnych (ortopedycznych, nowotworowych), co odciągnęło ich uwagę od kwestii nefroprotekcji.

Kilka osób podkreśliło także, że trwałość efektów udziału w Programie jest w ich przypadku niska, ponieważ zakres oferowanego w nim wsparcia był zbyt mały – ich styczność z Programem polegała przede wszystkim na wypełnieniu niezbędnych dokumentów, poddaniu się podstawowym badaniom i odebraniu prawidłowych wyników. Oznacza to być może niewystarczające zaangażowanie w Program niektórych lekarzy POZ, których zadaniem było prowadzenie rozmów edukacyjnych i których rola wydaje się kluczowa w profilaktyce nie tylko chorób nerek. Wobec stwierdzonych trudności z zaangażowaniem lekarzy POZ, wynikających z ich niewystarczającej dostępności czasowej, warto zatem rozważyć uzupełnienie Programu działaniami edukacyjnymi oraz poradami dietetycznymi skierowanymi nie tylko do osób ze zdiagnozowaną PChN, ale do wszystkich uczestników (tj. osób z grup ryzyka rozwoju PChN), tak, aby Program oferował im szerszy zakres wsparcia, a jego efekty były bardziej trwałe.

4.4 Wpływ Programu na zdrowie uczestników i ogółu populacji

Jak wskazują przedstawione wyżej dane dotyczące leczenia nefrologicznego w województwie łódzkim w latach 2013-2015 oraz 2016-2018, w zestawieniu z poziomem osiągnięcia celów Programu, wpływ Programu na poprawę sytuacji zdrowotnej **ogółu populacji województwa łódzkiego** był niski. Wynika to przede wszystkim ze względu na objęcie wsparciem jedynie niespełna 15% zakładanej grupy docelowej oraz wykrycie wśród uczestników Programu tylko 10 przypadków osób, które kwalifikowały się do konsultacji nefrologicznej oraz wzięły udział w warsztatach edukacyjnych.

Rozważając kwestię wpływu Programu na sytuację zdrowotną mieszkańców regionu w nieco szerszym ujęciu, warto jednak wskazać na wartość dodaną projektów realizowanych w jego ramach, jaką były **szkolenia dla lekarzy POZ kwalifikujących pacjentów do Programu na temat PChN**. Jak wskazują wypowiedzi lekarzy kwalifikujących, zebrane w ramach badania ewaluacyjnego, wiedza pozyskana dzięki nim była użyteczna nie tylko w okresie realizacji samego Programu, ale jest

przydatna także w codziennej praktyce lekarskiej. Eksperti dziedzinowi wskazują (zarówno w ramach publikacji naukowych, jak i podczas wywiadu grupowego zrealizowanego w ramach ewaluacji Programu) na zbyt małe zaangażowanie lekarzy POZ w profilaktykę i badania przesiewowe PChN, wynikające m.in. z niewystarczającej świadomości i wiedzy na temat tej choroby, jej uwarunkowań, sposobów wykrywania, a nawet wpływu określonych leków na funkcjonowanie nerek. W tym obszarze można zidentyfikować pozytywny wpływ Programu na praktykę działania lekarzy POZ zaangażowanych w jego realizację, polegający na wzmocnieniu ich kompetencji w zakresie zarówno badań adekwatnych do wykrywania PChN, jak i wpływu innych chorób czy lekoterapii na ryzyko rozwoju PChN. Tym samym uzasadnione jest przypuszczenie (potwierdzone przez niektórych lekarzy kwalifikujących biorących udział w badaniu), że w ten sposób poprawie uległa jakość opieki także nad pacjentami nie biorącymi udziału w Programie i że efekt ten jest trwały.

Jeśli chodzi o wpływ Programu na **sytuację zdrowotną jego uczestników**, to dane na ten temat pochodzą ze zrealizowanych w ramach badania ewaluacyjnego ankiet telefonicznych CATI oraz rozmów w ramach wywiadów TDI. Łącznie wskazują one na **raczej pozytywny wpływ Programu**. Wnioski na ten temat zostały już częściowo zaprezentowane wyżej, przy okazji rozważania kwestii trwałości efektów Programu.

Istotnym elementem wpływu udziału w każdym programie zdrowotnym na sytuację jego uczestników jest zwiększenie **świadomości i wiedzy dotyczącej danego schorzenia**. Zdecydowana większość uczestników ewaluowanego Programu w trzy lata po jego zakończeniu stwierdziła, że w efekcie udziału w nim ich wiedza na temat PChN i czynników jej wystąpienia wzrosła (10% badanych zdecydowanie zgadza się z tym stwierdzeniem, 83% - raczej się zgadza). Uczestnicy deklarują także posiadanie dzięki Programowi większej wiedzy o sposobach leczenia chorób nerek (9% zdecydowanie się z tym zgadza, 82% - raczej się zgadza).

Nieco niższe wskaźniki wpływu odnotowano w przypadku zwiększenia **wiedzy uczestników z zakresu zdrowego odżywiania się** i jego znaczenia w profilaktyce i leczeniu chorób nerek – jej wzrost zadeklarowało 26% badanych (2% - zdecydowanie zgadza się z tym, że taki efekt wystąpił, a 24% - raczej się zgadza). Wynika to być może z faktu, że jedynie 10 osób zakwalifikowało się do udziału w warsztatach edukacyjnych, a także mogło skorzystać z konsultacji dietetycznych,

które to formy wsparcia z pewnością miały większą siłę oddziaływania na wiedzę uczestników niż rozmowa edukacyjna z lekarzem POZ, odbywana jednorazowo w związku z zakończeniem udziału w Programie.

Uczestnicy Programu biorący udział w wywiadach TDI w ramach badania ewaluacyjnego (24 osoby) podkreślali, że poziom ich wiedzy na temat chorób nerek w momencie przystępowania do Programu był niski bądź zerowy, z nielicznymi wyjątkami osób o wykształceniu medycznym lub takich, które już wcześniej miały problemy ze zdrowiem nefrologicznym. Rozmówcy podkreślali, że dzięki udziałowi w Programie, a przede wszystkim rozmowom z lekarzem POZ, lekarzem nefrologiem oraz warsztatom edukacyjnym pozyskali konkretne informacje dotyczące głównie profilaktyki PChN w ramach odpowiedniej diety i aktywności fizycznej. Niektórzy badani wspominali także o materiałach edukacyjnych, które otrzymali i które pomagały utrwalić nową wiedzę.

Mimo niskiego odsetka uczestników, którzy mogli skorzystać ze wszystkich form wsparcia przewidzianych w Programie (1,33%), połowa badanych w ramach ankiety CATI stwierdziła trzy lata po jego zakończeniu, że **może lepiej dbać o swoje nerki** dzięki wiedzy w nim zdobytej (przy czym 2% respondentów zdecydowanie się z tym zgadza, a 48% - raczej się zgadza). Mniej korzystnie kształtują się natomiast wyniki dotyczące rzeczywistych nawyków związanych z monitorowaniem swojego stanu zdrowia. Regularne **wykonywanie badań diagnostycznych** w celu oceny funkcji nerek dzięki udziałowi w Programie zadeklarowało 30% respondentów (1% zdecydowanie zgadza się, że w ich przypadku wystąpił taki wpływ Programu, 29% - raczej się zgadza).

W ramach wywiadów TDI badani mieli możliwość udzielenia swobodnej odpowiedzi na pytanie, czy i w jaki sposób zmieniło się ich podejście do dbania o zdrowie nefrologiczne dzięki udziałowi w Programie. Większość osób stwierdziła, że Program **zmotywował je do wprowadzenia zdrowotnie korzystnych zmian** – porzucenia niekorzystnych nawyków żywieniowych czy podjęcia aktywności fizycznej. Kilka osób zadeklarowało, że po zakończeniu udziału w Programie trudno im było samodzielnie zmotywować się do dalszego przestrzegania zaleceń lekarskich, czy to z braku silnej woli i zewnętrznego wsparcia (np. w zakresie zorganizowanych zajęć ruchowych), czy z powodu niesprzyjających warunków życiowych (np. praca związana z licznymi wyjazdami). Program był jednak okazją do uświadomienia sobie wielu kwestii

mających istotny wpływ nie tylko na funkcjonowanie nerek, ale i ogólny poziom zdrowia, a także zwiększył zainteresowanie innymi programami zdrowotnymi.

Fakt **wykrycia choroby nerek** w związku z udziałem w Programie stwierdziło 15% wszystkich osób badanych w ramach ankiety CATI (1% zdecydowanie zgadza się, że istnieje powiązanie między udziałem w Programie a diagnozą choroby nerek, 14% - raczej się zgadza). Jeśli chodzi o **długoterminowy, deklarowany wpływ Programu na stan zdrowia uczestników w aspekcie chorób nerek**, to 85% badanych (284 osoby) stwierdziło, że nie uległ on zmianom, w przypadku 14% (47 osób) – poprawił się, a niespełna 1% (2 osoby) wskazało, że stan ich zdrowia nefrologicznego od czasu zakończenia udziału w Programie pogorszył się. Z wypowiedzi badanych w ramach wywiadów TDI wynika, że poprawa stanu zdrowia w ich przypadku związana jest przede wszystkim z podjęciem lub kontynuowaniem leczenia w związku z innymi schorzeniami, które mają jednak wpływ na funkcjonowanie nerek (jak np. cukrzyca) lub ogólną poprawą kondycji (w tych spadek wagi, zmiana diety dzięki poradom dietetycznym w ramach Programu, zwiększenie aktywności fizycznej). Pogorszenie stanu zdrowia dotyczyło kilku rozmówców, ale wynika ono z innych problemów, niż PChN, jak kwestie ortopedyczne czy nowotwór.

Podsumowując, wpływ Programu na zdrowie jego uczestników należy ocenić pozytywnie, choć warto podkreślić (wynikający zarówno z badania ilościowego, jak i jakościowego wśród osób biorących udział w Programie) **związek między stopniem odczuwalnych zmian a tym, w jakim zakresie korzystano ze wsparcia w Programie**. Osoby, które zakwalifikowały się do konsultacji nefrologicznej, warsztatów edukacyjnych i mogły skorzystać z konsultacji dietetycznej mają tym samym bogatsze doświadczenia związane z udziałem w Programie i silniej akcentują jego wpływ na swój stan zdrowia. Istotne znaczenie ma jednak motywacja, z jaką dana osoba przystępowała do Programu, wynikająca m.in. z całościowego podejścia do kwestii zdrowia – osoby interesujące się nim i starające się o nie dbać były nie tylko bardziej zainteresowane udziałem w Programie, ale miały także większą gotowość do skorzystania z wiedzy, jaką dzięki niemu pozyskały.

Z opiniami wyrażanymi przez uczestników Programu korespondują wypowiedzi lekarzy POZ kwalifikujących do Programu, a także specjalistów udzielających świadczeń osobom, u których wykryto PChN (lekarz nefrolog, pielęgniarka nefrologiczna, dietetyk). Podkreślają oni przede wszystkim **edukacyjny wpływ**

Programu na sytuację zdrowotną pacjentów – zwiększenie wiedzy na temat czynników ryzyka pojawienia się i rozwoju PChN, uświadomienie roli regularnych badań i tego, że „ chore nerki nie boją”, a także roli odpowiedniej diety i aktywności fizycznej dla zdrowia nefrologicznego. Biorący udział w badaniu przedstawiciele personelu medycznego wyrażają nadzieję, że jeśli nawet Program nie przyczynił się do pożądanej zmiany nawyków wśród pacjentów, to będzie miał pozytywny wpływ na ich sytuację zdrowotną wówczas, gdy z powodu choroby nerek, czy innego schorzenia modyfikacja stylu życia będzie niezbędna.

4.5 Efektywność wsparcia w ramach Programu

Efektywność wsparcia w ramach Programu oceniono porównując poziom osiągnięcia jego celów z nakładami, jakie zostały w związku z tym poniesione.

Ze względu na niepełną realizację Programu (rezygnacja jednego z 3 beneficjentów oraz znacząco mniejsza wielkość populacji objętej wsparciem) struktura i wielkość kosztów zaplanowanych i rzeczywiście poniesionych różnią się od siebie.

Przewidywany łączny koszt realizacji Programu to ok. **2 646 405 zł** (całkowita wartość projektów), w tym 2 249 444,25 zł stanowić miało współfinansowanie ze środków EFS. Alokacja środków przeznaczona na realizację Programu wynosiła 2.646.405 zł, natomiast podpisane umowy miały łączną wartość **1 121 116,99 zł**.

Rzeczywiste koszty realizacji Programu wyniosły **78 742,30 zł**, tj.:

- 3% kosztów zaplanowanych w alokacji,
- 7% kosztów zaplanowanych przez beneficjentów we wnioskach o dofinansowanie.

Tabela 6: **Wydatki bieżące związane z realizacją Programu**

Źródło finansowania	Wydatki bieżące (w zł)			
	zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie			do rozliczenia
	2017	2018	Razem	Ogółem
Środki wspólnotowe	78 011,09	942 205,36	1 020 216,45	71 655,49
Budżet państwa				
Wkład własny	12 732,15	88 168,39	100 900,54	7 086,81

Źródło finansowania	Wydatki bieżące (w zł)			
	zaplanowane we wnioskach o dofinansowanie			do rozliczenia
	2017	2018	Razem	Ogółem
Razem	90 743,24	1 030 373,75	1 121 116,99	78 742,30

Źródło: Raport podsumowujący realizację Programu

Na znacząco niższe rzeczywiste koszty realizacji Programu wpływ miał przede wszystkim **niski poziom realizacji założonej liczebności populacji pacjentów** objętych działaniami w ramach Programu – 749 osób (liczba osób, które zgłosiły się na I konsultację POZ i którym zlecono pierwsze badania diagnostyczne), czyli niespełna 15% założonej populacji. Populacja uczestników Programu miała ponadto **inną, niż planowana, strukturę pod kątem wyników badań kwalifikujących** (bądź nie) pacjentów do konsultacji nefrologicznej. Na podstawie wyników badania „Zdrowe nerki dla Łodzi”, przeprowadzonego w latach 2010/2011 w Łodzi, w Programie założono, że:

- ok. 74% osób, które wezmą udział w badaniach przesiewowych, będzie miało prawidłowe wyniki i ich udział w Programie skończy się na etapie skringingu,
- pozostałe 26% osób będzie wymagało powtórnych wizyt u lekarza POZ oraz dodatkowych badań diagnostycznych i konsultacji nefrologicznej, a także weźmie udział w warsztatach edukacyjnych.

Tymczasem w efekcie realizacji Programu 98,7% uczestników zakończyło udział w nim na etapie badań przesiewowych, a jedynie 1,33% skorzystało z pełnej oferty Programu, w tym z najbardziej kosztownych jego elementów (USG układu moczowego, konsultacja nefrologiczna, konsultacja dietetyczna, warsztaty edukacyjne).

Rzeczywisty koszt jednostkowy (wydatki w przeliczeniu na 1 pacjenta) wynosił **105,13 zł**. Na koszt jednostkowy złożyły się wszystkie świadczenia wykonane na rzecz pacjenta. W ramach Programu przewidziano następujące (maksymalne) stawki wykonania świadczeń:

- konsultacja z lekarzem POZ:
 - pierwsza i ostatnia wizyta z rozmową edukacyjną - 40 zł,
 - pozostałe wizyty (maksymalnie 3) - 30 zł,

- oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy z oszacowaniem eGFR (maksymalnie 3 badania na jednego uczestnika) - 10 zł,
- badanie ogólne moczu z oceną białkomoczu i osadu moczu (badanie przeprowadzane jednorazowo) - 15 zł,
- badanie albuminurii (maksymalnie 3 badania na jednego uczestnika) - 27 zł,
- dodatkowe badania, takie jak: morfologia, elektrolity (Na, K), CRP, cholesterol, triglicerydy, glukoza, a u osób z cukrzycą wartość hemoglobiny glikowanej (badania przeprowadzane jednorazowo) - łącznie 83 zł,
- USG układu moczowego (badanie jednorazowe) - 70 zł,
- konsultacja nefrologiczna (jednorazowa) - 80 zł,
- konsultacja dietetyczna (maksymalnie 3 konsultacje) - 80 zł,
- warsztaty edukacyjne (cykl 3 dwugodzinnych warsztatów) - 750 zł.

Zgodnie z założeniami Programu, powyższe koszty jednostkowe nie mogły przekraczać stawek zwyczajowo stosowanych u Beneficjenta realizującego Program. Poza nimi Beneficjenci ponosili także koszty związane z działaniami informacyjno-szkoleniowymi, związanymi z wdrażaniem Programu, skierowanymi do lekarzy i pielęgniarek POZ.

W zgodnej opinii uczestników wywiadu grupowego, powyższe dane świadczą o tym, że biorąc pod uwagę niski poziom osiągnięcia celów Programu, jego koszty finansowe były adekwatne i **efektywność finansowa jest na zadowalającym poziomie**. Warto zasygnalizować jednak, że efektywność Programu rozpatrywana w innych kategoriach, np. czasu związanego z obsługą administracyjno-finansową projektów realizowanych w jego ramach czy nakładów poniesionych w związku z koniecznością intensyfikacji działań promocyjno-informacyjnych skierowanych na zwiększenie zgłaszalności, stoi w świetle opinii Beneficjentów pod znakiem zapytania. Z perspektywy czasu Beneficjenci oceniają, że biorąc pod uwagę uzyskane efekty, w tym przede wszystkim liczbę osób objętych Programem, jego realizacja wiązała się z niewspółmiernie dużym zaangażowaniem czasu i pracy personelu projektów. Na tę opinię wpływ ma także sposób finansowania działań niezwiązanych bezpośrednio ze świadczeniami udzielanymi w ramach Programu, tj. obsługi administracyjno-finansowej oraz promocji projektów. Finansowane są one z kosztów pośrednich, które stanowią określony odsetek faktycznie poniesionych kosztów bezpośrednich – a zatem w przypadku ewaluowanego Programu kosztów

wizyt lekarskich, badań itp. W związku z dużo niższą, niż zakładana, liczbą uczestników, w tym liczbą osób, które korzystały z najbardziej kosztownych form wsparcia, koszty bezpośrednie kształtowały się na dużo niższym poziomie, niż zakładany przez Beneficjentów we wnioskach projektowych. Tym samym z punktu widzenia Beneficjentów ich wysiłek włożony z pozyskanie uczestników Programu okazał się znacząco większy, niż przewidywano, natomiast w związku z niskim poziomem osiągnięcia celów i wskaźników Programu nie towarzyszyła temu adekwatna gratyfikacja finansowa.

4.6 Trudności w realizacji Programu

Problemy w trakcie wdrażania Programu zostały zidentyfikowane na podstawie danych zawartych w dokumentach stworzonych w związku z realizacją Programu (wnioski o płatność składane przez Beneficjentów, raport podsumowujący realizację Programu), a także opinii przedstawicieli instytucji zaangażowanych w jego opracowanie i wdrażanie (Departament Polityki Zdrowotnej UMWŁ, IZ RPO WŁ, Beneficjenci, w tym koordynatorzy projektów i personel wykonujący w jego ramach świadczenia na rzecz pacjentów).

Wg raportu podsumowującego Program w toku realizacji projektów zidentyfikowano 4 podstawowe trudności:

- Brak chęci udziału w Programie ze strony pacjentów.
- U zgłaszających się pacjentów, po zakwalifikowaniu do udziału w Programie, zostały wykonane pierwsze badania diagnostyczne. Ich wyniki nie pozwoliły na przeprowadzenie dalszych badań i kontynuowaniu udziału w projekcie.
- Powody, dla których pacjenci rezygnowali z udziału w projekcie to brak czasu i lęk przed diagnozą.
- Pacjenci chcieli skorzystać z możliwości wykonania USG na początku badań diagnostycznych, ponieważ nie było to możliwe rezygnowali z udziału w Programie mimo informacji o przebiegu ścieżki Programu.

Problemy te pokrywają się z informacjami uzyskanymi w ramach ewaluacji Programu z wywiadów jakościowych przeprowadzonych wśród osób zaangażowanych w realizację Programu (przedstawiciele IZ RPO WŁ, przedstawiciele beneficjentów – koordynatorzy projektów, lekarze POZ, nefrolog, pielęgniarka nefrologiczna) wynika,

że **głównym wyzwaniem było włączenie do Programu zakładanej liczby pacjentów**. Wśród problemów wskazywano najczęściej:

- Niski poziom zainteresowania udziałem w Programie wśród pacjentów (z przyczyn omówionych szczegółowo w części raportu dotyczącej zgłaszalności do Programu – punkt 4.2).
- Limity wiekowe (50-65 lat) uniemożliwiające zakwalifikowanie do Programu osób, które się w nich nie mieściły, choć były zainteresowane i/lub miały ku temu wskazania (np. choroby nerek występujące w rodzinie, cukrzyca).
- Zbyt niska wycena pracy lekarzy POZ, powodująca brak odpowiedniej motywacji do rekrutowania pacjentów do udziału w Programie (sygnalizowana przez jednego z Beneficjentów).

Trudności związane z rekrutacją uczestników do projektów realizowanych w ramach Programu Beneficjenci zgłaszali na bieżąco do IZ RPO WŁ, m.in. w składanych kwartalnie wnioskach o płatność, opisując także podejmowane w związku z nimi działania zaradcze (wymienione w punkcie 4.2 raportu, dotyczącym zgłaszalności do Programu). Polegały one przede wszystkim na próbach bezpośredniego docierania do potencjalnych uczestników Programu m.in. poprzez obecność Beneficjentów na wydarzeniach lokalnych, nawiązanie współpracy z pracodawcami czy umieszczanie informacji w uczęszczanych przez mieszkańców miejscach publicznych (urząd miasta, parafia). Z wypowiedzi zarówno przedstawicieli Beneficjentów, jak i IZ RPO WŁ wynika, że **podjęte działania wyczerpywały możliwości, jakimi dysponowali Beneficjenci** w ramach posiadanych zasobów czasowych, kadrowych i finansowych. Dlatego też objęcie wsparciem mniejszej, niż zakładana, grupy uczestników, nie zostało potraktowane jako niedopełnienie przez Beneficjentów warunków umów o dofinansowanie i IZ RPO WŁ podjęła działania zmierzające do dostosowania wymogów realizacji projektów do obiektywnych barier związanych z zainteresowaniem Programem. Polegały one m.in. na zmniejszeniu zakładanej wartości wskaźników, rezygnowaniu ze wskaźników dotyczących liczby osób korzystających z konsultacji nefrologicznej i warsztatów edukacyjnych (w jednym z projektów z uwagi na prawidłowe wyniki badań żadna z osób nie zakwalifikowała się do tej części Programu), z czego wynikało zmniejszenie wartości całego projektu i możliwość rozliczenia go bez negatywnych konsekwencji finansowych dla Beneficjentów. W związku ze stwierdzonymi, obiektywnymi barierami realizacji

Programu, a także ograniczonymi środkami finansowymi i występowaniem w regionie łódzkim innych istotnych wyzwań zdrowotnych wymagających interwencji, IZ RPO WŁ nie podjęła decyzji o kontynuacji Programu w kolejnych latach, mimo iż zakładano taką możliwość w ramach „Planu działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia dla Województwa Łódzkiego”⁵⁴.

Drugim obszarem, na którym pojawiały się trudności związane z realizacją Programu, była zaplanowana w nim **ścieżka udziału**, oceniana tak przez Beneficjentów, przedstawicieli IZ RPO WŁ, jak i samych uczestników Programu, jako **skomplikowana i mało przejrzysta**. Jednocześnie, co wynika zarówno z opinii przedstawiciela Departamentu Polityki Zdrowotnej UMWŁ, w którym powstał Program, jak i opinii AOTMiT oraz ekspertów dziedzinowych wyrażonych w publikacjach i podczas badania ewaluacyjnego, ścieżka ta **odpowiada uzasadnionym medycznie i finansowo procedurom** oceny funkcjonowania nerek, w tym diagnozowania PChN. Zakładają one np. konieczność powtórzenia niektórych badań po upływie trzech miesięcy w celu zweryfikowania, czy nieprawidłowe wyniki mają trwały charakter i wskazują na PChN lub albuminurię, wykonaniu dodatkowych badań związanych m.in. z poziomem cholesterolu, glukozy czy elektrolitów. W praktyce realizacji Programu tak zaplanowana ścieżka udziału rodziła wiele problemów dla Beneficjentów, w tym:

- **niezgłaszanie się przez pacjentów na wizytę kończącą udział w Programie** w sytuacji, gdy wyniki pierwszych lub kolejnych badań nie wskazywały na nieprawidłowości w funkcjonowaniu nerek – skutkowało to brakiem możliwości zakończenia udziału uczestnika w projekcie i rozliczenia wsparcia, które otrzymał. Beneficjenci poświęcali dużo czasu na wielokrotne monitowanie uczestników, zdarzały się m.in. pojedyncze przypadki, że lekarze kwalifikujący sami docierali do pacjentów np. w miejscach ich pracy;
- **niezgłaszanie się przez pacjentów na zalecane (pierwsze lub kolejne) badania diagnostyczne**, co miało miejsce zwłaszcza wówczas, gdy pacjenci spodziewali się po udziale w Programie przede wszystkim

⁵⁴ Plan działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia..., *op. cit.*, str. 25

wykonania USG nerek i nie byli zainteresowani badaniami moczu i krwi – mimo że informowano ich o przebiegu ścieżki diagnostycznej. Część osób zrezygnowała zatem z udziału w trakcie trwania Programu lub nie zgłaszała się na kolejne wizyty, zwykle nie informując Beneficjentów o rezygnacji.

Problemy związane z uczestnictwem pacjentów w zaplanowanej dla nich ścieżce wsparcia dotyczyły także niewielkiej grupy 10 osób skierowanych na **konsultacje nefrologiczne i cykl warsztatów edukacyjnych**. Jak wskazano wyżej, konsultacje z lekarzem nefrologiem były przez uczestników Programu oceniane bardzo pozytywnie, jako mające istotny wpływ na poziom ich wiedzy i świadomości na temat chorób nerek i własnej sytuacji zdrowotnej. Każda z osób, która otrzymała od nefrologa zaproszenie na warsztaty edukacyjne, przyjęła je – mimo to wystąpiły istotne trudności związane z **terminowym udziałem w całym cyklu warsztatów**. Informacje na ten temat przekazane były w ramach badania ewaluacyjnego przez pielęgniarkę nefrologiczną prowadzącą warsztaty oraz osobę koordynującą wsparcie w ramach projektu w części realizowanej przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi - Centralny Szpital Weteranów. W ich opinii czynnikami obniżającym zainteresowanie udziałem w warsztatach były:

- skoncentrowanie zainteresowania pacjentów na wykonaniu badania USG nerek i konsultacji nefrologicznej, podczas której lekarz omawiał z nimi ich sytuację zdrowotną oraz przekazywał informacje m.in. z zakresu nefroprotekcji – dla części pacjentów było to wystarczającym wsparciem edukacyjnym,
- konieczność trzykrotnego zgłoszenia się na warsztaty realizowane w siedzibie szpitala – z uwagi na zobowiązania zawodowe uczestników warsztaty organizowane były w godzinach popołudniowo-wieczornych (np. do godziny 20), co oznaczało dla nich rezygnację z wolnego czasu i zniechęcało do udziału w warsztatach.

Prowadząca warsztaty pielęgniarka podkreśliła, bazując na swoim doświadczeniu zawodowym związanym z edukacją zdrowotną, że tego samego rodzaju trudności występują także w przypadku innych grup pacjentów, jak np. diabetycy. Edukacja zdrowotna sama w sobie nie jest dla pacjentów tak atrakcyjnym świadczeniem, jak badania czy konsultacje lekarskie. Wynika to częściowo z niedoceniań znaczenia

zdrowego trybu życia – odpowiedniej diety i aktywności fizycznej – w profilaktyce oraz kontrolowaniu przebiegu chorób, a częściowo z faktu, że udział w warsztatach jest czasochłonny, wymaga dojazdów na miejsce ich prowadzenia. Respondentka wskazała, że znacznie bardziej zdyscyplinowanymi uczestnikami działań edukacyjnych w formie warsztatów są osoby przebywające na oddziale szpitalnym – zajęcia są dla nich elementem pobytu w szpitalu i nie muszą podejmować dodatkowego wysiłku, aby na nie dotrzeć. Być może rozwiązaniem poprawiającym frekwencję na warsztatach edukacyjnych byłoby wprowadzenie możliwości uczestniczenia w nich on-line – a zatem organizowanie webinarów i spotkań z wykorzystaniem Internetu i odpowiedniego oprogramowania, z uwzględnieniem wsparcia organizacyjnego dla osób, które z racji na wiek lub inne kwestie mają ograniczone kompetencje/możliwości korzystania z narzędzi cyfrowych.

5 Wnioski i rekomendacje

Instytucja zlecająca badanie - Instytucja Zarządzająca RPO WŁ 2014-2020

Program operacyjny – Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020

Tytuł badania – Ewaluacja Programu wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego

Numer rekomendacji	1	2	3
--------------------	---	---	---

<p>Treść wniosku (nr strony w raporcie)</p>	<p>Jako czynnik utrudniający zgłaszalność do Programu wskazywano także limit wiekowy jego adresatów, tj. 50-65 lat. Zgodnie z opiniami przedstawicieli Beneficjentów oraz lekarzy kwalifikujących do Programu, chęć udziału w nim wyrażały bowiem także osoby młodsze, należące do grupy ryzyka, oraz starsze, u których funkcjonowanie nerek mogło ulec pogorszeniu wraz z wiekiem, na co wskazują zresztą dane epidemiologiczne. (punkt 4.2.1, str. 84)</p>	<p>Kilka osób podkreśliło także, że trwałość efektów udziału w Programie jest w ich przypadku niska, ponieważ zakres oferowanego w nim wsparcia był zbyt mały – ich styczność z Programem polegała przede wszystkim na wypełnieniu niezbędnych dokumentów, poddaniu się podstawowym badaniom i odebraniu prawidłowych wyników. Oznacza to być może niewystarczające zaangażowanie w Program niektórych lekarzy POZ, których zadaniem było prowadzenie rozmów edukacyjnych i których rola wydaje się kluczowa w profilaktyce nie tylko chorób nerek. Wobec stwierdzonych trudności z zaangażowaniem lekarzy POZ, wynikających z ich niewystarczającej dostępności czasowej, warto zatem rozważyć uzupełnienie Programu działaniami edukacyjnymi oraz poradami dietetycznymi skierowanymi nie tylko do osób ze zdiagnozowaną PChN, ale do wszystkich uczestników (tj. osób z grup ryzyka rozwoju PChN), tak, aby Program oferował im szerszy zakres wsparcia, a jego efekty były bardziej trwałe. (punkt 4.3, str. 91)</p>	<p>Edukacja zdrowotna sama w sobie nie jest dla pacjentów tak atrakcyjnym świadczeniem, jak badania czy konsultacje lekarskie. Wynika to częściowo z niedoceniań znaczenia zdrowego trybu życia – odpowiedniej diety i aktywności fizycznej – w profilaktyce oraz kontrolowaniu przebiegu chorób, a częściowo z faktu, że udział w warsztatach jest czasochłonny, wymaga dojazdów na miejsce ich prowadzenia. (...). Być może rozwiązaniem poprawiającym frekwencję na warsztatach edukacyjnych byłoby wprowadzenie możliwości uczestniczenia w nich on-line – a zatem organizowanie webinarów i spotkań z wykorzystaniem Internetu i odpowiedniego oprogramowania, z uwzględnieniem wsparcia organizacyjnego dla osób, które z racji na wiek lub inne kwestie mają ograniczone kompetencje/możliwości korzystania z narzędzi cyfrowych. (punkt 4.6, str. 101-102)</p>
<p>Treść rekomendacji</p>	<p>Rezygnacja ze ścisłego określania kryteriów wiekowych, których spełnienie warunkuje udział w Programie i skierowanie go do osób</p>	<p>Uzupełnienie ścieżki wsparcia w Programie dla osób, u których nie zdiagnozowano PChN w wyniku badań wykonanych w ramach Programu</p>	<p>Uwzględnienie w Programie, w części dotyczącej organizacji warsztatów edukacyjnych, możliwości zorganizowania ich w</p>

	<p>należących do grup ryzyka rozwoju PChN, aktywnych zawodowo, tj. osób definiowanych zgodnie z zapisem „Wytucznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020” – „Osoba w wieku aktywności zawodowej – aktywna zawodowo osoba w wieku 15 lat i więcej (zgodnie z analogiczną metodologią, która jest stosowana w ramach przeprowadzanego cyklicznie przez Główny Urząd Statystyczny Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności, osoba aktywna zawodowo to osoba pracująca albo pozostająca bez zatrudnienia, ale poszukująca pracy i zainteresowana jej podjęciem). O przynależności danej osoby do grupy osób w wieku aktywności zawodowej powinien – w przypadku górnej granicy – decydować nie określony sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa tej osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia. Przynależność do tej grupy powinna być ustalana indywidualnie dla każdej osoby w oparciu o przesłankę, czy jest ona aktywna zawodowo lub w oparciu o deklarację gotowości podjęcia zatrudnienia (niezależnie od statystycznego faktu bycia danej osoby w wieku produkcyjnym, czy poprodukcyjnym)”. Jednocześnie w celu zachowania efektywności wsparcia i osiągnięcia widocznego efektu w populacji objętej wsparciem, w tego rodzaju Programach (tj. programach profilaktyki chorób dotyczących głównie – ale nie tylko – osoby przekraczające określony wiek) powinno się określić, jaki odsetek w grupie objętej wsparciem mogą stanowić osoby spoza danej grupy wiekowej.</p>	<p>– o działania edukacyjne i możliwość konsultacji z dietetykiem, w celu zwiększenia oddziaływania i trwałości efektów Programu w obszarze profilaktyki PChN, poprzez ponoszenie wiedzy i świadomości oraz kształtowanie nawyków prozdrowotnych wśród osób należących do grupy ryzyka rozwoju PChN.</p>	<p>formule hybrydowej, tj. częściowo stacjonarnie i częściowo zdalnie, z wykorzystaniem Internetu i odpowiedniego oprogramowania umożliwiającego uczestnikowi udział w sesjach warsztatowych z własnego domu. Program powinien zakładać zobowiązanie Beneficjentów do zidentyfikowania, czy występują jakieś – a jeśli tak, to jakie – bariery, które mogą utrudniać uczestnikom Programu udział w sesjach warsztatowych on line, a także podjęcie odpowiednich działań ukierunkowanych na zniwelowanie tych barier i/lub umożliwienie uczestnictwa w warsztatach w formie stacjonarnej.</p>
--	---	--	--

Obszar tematyczny	zdrowie	zdrowie	zdrowie
Adresat rekomendacji	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego), Departament Polityki Zdrowotnej w UMWŁ, IP RPO WŁ 2014-2020 (Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi)	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego), Departament Polityki Zdrowotnej w UMWŁ, IP RPO WŁ 2014-2020 (Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi)	IZ RPO WŁ 2014-2020 (Departament Europejskiego Funduszu Społecznego), Departament Polityki Zdrowotnej w UMWŁ, IP RPO WŁ 2014-2020 (Wojewódzki Urząd Pracy w Łodzi)
Sugerowany sposób wdrożenia	Proponuje się, aby kolejne programy dotyczące profilaktyki określonych chorób (w tym PChN) uwzględniały kierowanie ich przede wszystkim do osób z ustalonych grup ryzyka, w tym – jeśli to zasadne medycznie – do określonych grup wiekowych, z każdorazowym ustaleniem na podstawie aktualnej wiedzy medycznej, zaleceń AOTMiT, dostępnych środków finansowych ewentualnego odsetka osób, które można objąć wsparciem mimo niespełniania kryterium wiekowego (przy jednoczesnym spełnianiu innych kryteriów kwalifikujących do udziału w Programie).	Proponuje się uzupełnienie kolejnych programów dotyczących profilaktyki określonych chorób (w tym PChN) o działania edukacyjne skierowane do tej części uczestników Programu, u których w wyniku wsparcia udzielonego w jego ramach nie zdiagnozowano danej choroby. W przypadku programu profilaktyki PChN mogłyby być to np. warsztaty edukacyjne i konsultacje dietetyczne dla osób z grup ryzyka rozwoju PChN (osób, u których na etapie badań przesiewowych nie wykryto PChN), prowadzone przez dietetyka, pielęgniarkę nefrologiczną lub inną osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje w zakresie edukacji nefrologicznej.	Proponuje się uwzględnienie w kolejnych programach zdrowotnych, w tym programach profilaktycznych, zawierających komponent edukacyjny, zawarcie możliwości hybrydowej formy organizacji działań edukacyjnych. Należy zapewnić, aby Beneficjenci byli zobowiązani do zidentyfikowania, czy uczestnicy warsztatów mają możliwość wzięcia udziału w działaniach organizowanych on line, a w przypadku wystąpienia trudności – zapewnić tym uczestnikom, których one dotyczą, udział w tych działaniach w formie stacjonarnej lub podjęcie uzasadnionych i efektywnych działań umożliwiających uczestnikom udział w warsztatach on line.
Termin wdrożenia	30.09.2023	30.09.2023	30.09.2023
Klasa / podklasa rekomendacji	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja programowa operacyjna	Rekomendacja programowa operacyjna
Bazowy status rekomendacji			
Opis sposobu wdrożenia rekomendacji (w całości lub w części) przez adresata			

Uzasadnienie ewentualnego odrzucenia rekomendacji lub podjęcia decyzji o częściowym wdrożeniu			
Bieżący status rekomendacji			
Uwagi			

Spis rysunków / wykresów / tabel oraz innych elementów graficznych

Tabele:

Tabela 4: Projekty realizowane w ramach Programu

Tabela 5: Projekty realizowane w ramach Programu – wartość projektów

Tabela 6: Zakres badania ewaluacyjnego

Tabela 4: Mierniki efektywności Programu

Tabela 5: Dodatkowe mierniki efektywności Programu

Tabela 6: Wydatki bieżące związane z realizacją Programu

Wykresy:

Wykres 1: Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 leczonych ambulatoryjnie w województwie łódzkim w latach 2013-2018 wg płci

Wykres 2: Liczba świadczeń dla pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 leczonych ambulatoryjnie w województwie łódzkim w latach 2013-2018

Wykres 3: Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 korzystających ze świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne (hospitalizacja, świadczenia w IP, świadczenia SOR) w województwie łódzkim w latach 2013-2018 wg płci

Wykres 4: Liczba świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne (hospitalizacja, świadczenia w IP, świadczenia SOR) dla pacjentów z rozpoznaniem głównym N17-N19 w województwie łódzkim w latach 2013-2018

Wykres 5: Liczba pacjentów korzystających w województwie łódzkim w latach 2013-2018 ze świadczeń w zakresach: hemodializoterapii i dializoterapii otrzewnowej

Wykres 6: Liczba pacjentów leczonych w poradniach nefrologicznych w województwie łódzkim w latach 2013-2018 wg płci

Wykres 7: Liczba pacjentów leczonych w poradniach POZ w województwie łódzkim w porównaniu lat 2013-2015 oraz 2016-2018, z uwzględnieniem osób z chorobami towarzyszącymi

Wykres 8: Liczba badań ilościowego oznaczenia białka w moczu oraz stężenia kreatyniny we krwi, wykonanych na zlecenie lekarzy POZ w latach 2013-2018 w województwie łódzkim

Wykres 9: Zgłaszalność do Programu

Bibliografia

Piśmiennictwo:

- Creswell J. W., *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2013
- Dąbrowski P., M. Olszanecka-Glinianowicz, J. Chudek, *Żywnienie w przewlekłej chorobie nerek*, Endokrynologia, Otyłość i Zaburzenia Przemiany Materii 2011, 7(4)
- Gajewska D. i in., *Wybrane aspekty sposobu żywienia pacjentów z przewlekłą chorobą nerek leczonych zachowawczo*, Problemy Higieny i Epidemiologii 2011, 92(3)
- Gellert R. (red.) *Opieka koordynowana nad pacjentem z przewlekłą chorobą nerek*, 2018
- Król E., B. Rutkowski, *Przewlekła choroba nerek - klasyfikacja, epidemiologia i diagnostyka*, Forum Nefrologiczne 2008, 1(1)
- Lange J., E. Wojtaszek, *Program edukacji pacjentów z przewlekłą chorobą nerek*, Forum Nefrologiczne 2011, tom 4, nr 1
- Myśliwiec W. (red.), *Choroby nerek*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008
- Ostrowska J., A. Jeznach-Steinhagen, *Niedożywienie szpitalne. Metody oceny stanu odżywienia*, Forum Medycyny Rodzinnej 2017, tom 11, nr 2
- Program wczesnego wykrywania przewlekłej choroby nerek dla mieszkańców województwa łódzkiego, Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego, wrzesień 2016
- *Przewlekła choroba nerek (PChN) – niedodiagnozowana, bo nerki chorują w ciszy*, rozmowa z prof. dr. hab. n. med. Michałem Nowickim, kierownikiem Kliniki Nefrologii, Hipertensjologii i Transplantologii Nerek Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, oraz dr hab. n. med. Agnieszką Mastalerz-Migas, prof. UMW, kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, prezes Zarządu Głównego Polskiego

Towarzystwa Medycyny Rodzinnej, konsultant krajową w dziedzinie medycyny rodzinnej, Lekarz POZ 2/2021

- Renke M. i in., *Przewlekła choroba nerek – istotne informacje dla lekarza medycyny pracy*, Medycyna Pracy 2018, 69(1)
- Rutkowski B., *Przewlekła choroba nerek — dziesięć lat w teorii i praktyce*, Forum Nefrologiczne 2013, 6(1)
- Rutkowski B., Król E., *Epidemiology of chronic kidney disease in Central and Eastern Europe*, Blood Purif. 2008, 26
- Stachowiak-Andrysiak M., *Ocena stanu psychicznego pacjentów z przewlekłą niewydolnością nerek (PNN) i ich adaptacji do stresu spowodowanego chorobą*, Nowiny Lekarskie 2012 (81) 6
- Szczeklik A., P. Gajewski, *Interna Szczeklika*, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, 2017
- Weber-Nowakowska K. i in., *Rola aktywności fizycznej w leczeniu pacjentów z przewlekłą chorobą nerek*, Pomeranian Journal of Life Sciences 2017, 63(2)

Akty Prawne:

- Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Krajowe ramy strategiczne;
- Programowanie perspektywy finansowej 2014–2020. Umowa Partnerstwa;
- Regionalny Program Operacyjny Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- Regulaminy konkursów dotyczących Poddziałania X.3.2;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych;
- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) NR 1303/2013 z dnia 17 grudnia 2013 r. ustanawiające wspólne przepisy dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności, Europejskiego Funduszu Rolnego na rzecz Rozwoju Obszarów Wiejskich oraz Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz ustanawiające przepisy ogólne dotyczące Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego, Funduszu Spójności i Europejskiego Funduszu Morskiego i Rybackiego oraz uchylające rozporządzenie Rady (WE) nr 1083/2006;

- Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Łódzkiego na lata 2014-2020;
- Ustawa z dnia 11 lipca 2014 r. o zasadach realizacji programów w zakresie polityki spójności finansowanych w perspektywie finansowej 2014-2020;
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Wytyczne w zakresie ewaluacji polityki spójności na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020;
- Wytyczne w zakresie trybów wyboru projektów na lata 2014-2020; Ministerstwo Inwestycji i Rozwoju.

Aneks

- Załącznik 1. Szczegółowy opis zastosowanej w badaniu metodyki wraz z narzędziami badawczymi zastosowanymi w badaniu
- Załącznik 2. Raport z przeprowadzonych badań ilościowych
- Załącznik 3. Lista respondentów, którzy wzięli udział w badaniach realizowanych z zastosowaniem poszczególnych metod / technik badawczych
- Załącznik 4. Baza danych z wywiadów CATI
- Załącznik 5. Zestawienie danych zebranych w badaniach realizowanych z zastosowaniem poszczególnych metod / technik badawczych
- Załącznik 6. Transkrypcje z wywiadów pogłębionych
- Załącznik 7. Prezentacja multimedialna wyników