

PSDB

part of the **WYG** group



Raport końcowy

Ocena skuteczności wybranych programów profilaktycznych
w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Badanie ewaluacyjne współfinansowane przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

Spis treści

1. Streszczenie	3
2. Kontekst realizacji projektu	10
2.1. Opis ewaluowanego projektu.....	10
2.2. Cel badania	13
2.3. Przedmiot badania	15
2.4. Kryteria ewaluacyjne.....	16
3. Opis zastosowanej metodologii	17
3.1. Analiza danych zastanych	17
3.2. Badanie ilościowe	18
3.3. Badania jakościowe.....	19
4. Wyniki badania	21
4.1. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu ochrony słuchu	23
4.1.1. Ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno –informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników	29
4.2. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego	30
4.3. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu chorób układu krążenia	41
4.4. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu zagrożeń psychospołecznych.....	52
4.5. Założenia modelu wsparcia działań profilaktycznych na potrzeby przyszłej perspektywy finansowej UE (2014-2020).....	59
5. Wnioski i rekomendacje.....	87
5.1. Wnioski	87
5.2. Tabela rekomendacji.....	88
5.3. Opinie nt. programów profilaktycznych.....	91
5.4. Narzędzia badawcze.....	131

1. Streszczenie

Cel badania

Głównym celem badania było dokonanie oceny skuteczności i możliwości dalszego wykorzystania, zastosowanych działań profilaktycznych dla chorób związanych z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu:

- ⇒ ochrony słuchu,
- ⇒ chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
- ⇒ chorób układu krążenia,
- ⇒ zagrożeń psychospołecznych.

Cel główny badania został osiągnięty poprzez realizację **celów szczegółowych**: (1) ocena skuteczności opracowanych programów profilaktycznych dla chorób związanych z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu: ochrony słuchu, chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, chorób układu krążenia, zagrożeń psychospołecznych; (2) wskazanie tzw. „dobrych praktyk”, które mogą zostać wykorzystane w przyszłości przy realizacji projektów związanych z profilaktyką; (3) ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno - informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników; (4) opracowanie na potrzeby przyszłej perspektywy finansowej UE (2014-2020) modelu wsparcia działań profilaktycznych.

Zakres badania

Przedmiotem badania objęto następujące programy profilaktyczne w zakresie:

- ochrony słuchu,
- chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
- chorób układu krążenia,
- zagrożeń psychospołecznych,

realizowane w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” – projekt realizowany przez Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi w partnerstwie z Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie.

Zastosowana metodologia

Realizację badania rozpoczęła wstępna analiza danych zastanych (desk research) - objęte zostały nią dokumenty zawierające istotne z punktu widzenia celów badania dane (m.in. dokumenty programowe czy dokumenty/materiały związane z chorobami oraz profilaktyką chorób objętych czterema programami profilaktycznymi itp.).

W dalszym kroku przeprowadzono **badanie ankietowe techniką CATI** na próbie 400 uczestników czterech programów profilaktycznych: pracownikach ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem służby medycyny pracy oraz pracowników PIS, PIP i BHP.

Badaniem ilościowym objęci zostali także pracownicy i pracodawcy, z zakładów objętych jednym z czterech programów profilaktycznych. Do badania tej grupy posłużyła **technika wywiadów kwestionariuszowych PAPI**. Ankiety zostały rozesłane za pośrednictwem Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi do właściwych zakładów pracy.

Ponadto w badaniu wykorzystano także **indywidualne wywiady pogłębione** (IDI) z następującymi osobami:

- ekspertami posiadającymi wiedzę i doświadczenie w ocenie

Objective of the study

The main objective of the study was to evaluate the effectiveness and the possibility of further use of the applied preventive measures for work-related diseases and occupational diseases in the following fields:

- ⇒ hearing protection,
- ⇒ diseases of the musculoskeletal system and peripheral nervous system,
- ⇒ cardiovascular diseases,
- ⇒ psychosocial hazards.

The main objective of the study was achieved through the implementation of **specific objectives**: (1) evaluation of the effectiveness of prevention programs developed for work-related diseases and occupational diseases in the field of: hearing protection, diseases of the musculoskeletal system and the peripheral nervous system, cardiovascular diseases, psychosocial hazards, (2) indication of the so-called "best practices" that can be used in the future on projects related to the prevention, (3) evaluation of cycle of trainings/conferences/workshops/scientific sessions/educational and informational meetings for employees of PIS, PIP, BHP, physicians, nurses, psychologists, employers and employees, (4) developing a study for the needs of the future EU financial perspective (2014-2020) of the model support for prevention activities.

Scope of the study

The subject of the study included the following preventive programs concerning:

- hearing protection,
- diseases of the musculoskeletal system and peripheral nervous system,
- cardiovascular diseases,
- psychosocial hazards,

implemented under the Sub-measure 2.3.1 of the HC OP: "Development of comprehensive prevention programs" - a project implemented by the Nofer Institute of Occupational Medicine in Łódź in partnership with the Institute of Rural Health in Lublin.

Methodology applied

Implementation of the study began with preliminary analysis of the existing data (desk research) - it covered documents containing data that are relevant from the point of view of the objectives of the study (including program documents or documents/materials related to the diseases, and prevention of diseases in the four prevention programs, etc.).

In a further step, a **CATI survey was conducted** on a sample of 400 participants in the four prevention programs: health care workers, with particular emphasis on occupational health services and PIS, PIP and BHP employees.

Quantitative survey covered also employees and employers of the workplaces covered with one of the four prevention programs. **PAPI questionnaire interviews** technique was used to examine this group. Surveys were distributed through the Institute of Occupational Medicine in Łódź to the relevant workplaces.

In addition, the study used also **individual in-depth interviews** (IDI) with the following individuals:

- experts with knowledge and experience in the evaluation of prevention programs (8 IDI),

- programów profilaktycznych (8 IDI),
- przedstawicielami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (triada),
- ekspertami z zakresu ochrony zdrowia, tj. przedstawicielami Agencji Oceny Technologii Medycznych, Państwowego Zakładu Higieny, Narodowego Funduszu Zdrowia, Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia, Instytutu Medycyny Pracy (6 IDI);
- przedstawicielami wydziałów ds. polityki i promocji zdrowia przy urzędach marszałkowskich (3 IDI).

Następnie dokonano całościowej **analizy danych**, poczynając od ostatecznej analizy danych zebranych poszczególnymi metodami, a następnie dokonując syntezy i interpretacji uzyskanych wyników w odniesieniu do poszczególnych problemów badawczych. Na tej podstawie opracowano odpowiedzi na problemy badawcze określone dla wszystkich obszarów badawczych.

- representatives of the Department of European Funds in the Ministry of Health (triad),
- experts in the field of health protection, namely representatives of: Agency for Health Technology Assessment, National Institute of Hygiene, National Health Fund, Department of Health Policy in the Ministry of Health, Department of Public Health in the Ministry of Health, Institute of Occupational Medicine (6 IDI),
- representatives of the departments for health promotion policy in the Marshall offices (3 IDI).

Then, an overall **analysis of the data gathered**, was performed, starting from the final analysis of the data collected with the use of various methods, followed with a synthesis and interpretation of results in relation to particular research problems. On this basis, responses to the research problems identified for all the areas of research were developed.

Najważniejsze wyniki wpływające z badania ewaluacyjnego

Major results of the evaluation study

Ocena skuteczności programu profilaktycznego z zakresu ochrony słuchu

Evaluation of the effectiveness of the prevention program in the field of hearing protection

Celem programu profilaktycznego dotyczącego ochrony słuchu było opracowanie interwencji związanych z realizacją działań służących ograniczeniu narażenia pracowników na uszkodzenia lub utratę słuchu w środowisku pracy.

The objective of the prevention program for the hearing protection was to develop interventions related to the implementation of measures aimed at reducing the exposure of workers to injury or loss of hearing in the workplace.

W ramach realizacji niniejszego programu opracowano m.in. podręczniki dla pracodawców, służb BHP, PIP, PIS, pracowników oraz lekarzy, aplikację komputerową, kwestionariusze oraz wzory druków. Dodatkowo przeprowadzono szkolenia/warsztaty dla lekarzy pielęgniarzek, kluczowych trenerów i pracowników PIS, PIP, BHP.

As part of this program there were developed inter alia manuals for employers, health and safety services (BHP), PIP and PIS staff, employees and physicians, as well as computer application, questionnaires and form specimen. In addition, there were conducted training courses/workshops for doctors, nurses, key trainers and employees of PIS, PIP and BHP.

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa zidentyfikowane **czynniki ryzyka** obecne w środowisku pracy, odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą, uznano za właściwe.

Based on the available literature the identified **risk factors** present in the working environment, responsible for the development of occupational diseases and work-related diseases, were considered appropriate.

W związku z tym, że wymienione kryteria włączania pracowników do programu ochrony słuchu oparto na obowiązujących przepisach prawnych, opracowanych algorytmach badań oceny stanu słuchu oraz ryzyka uszkodzenia słuchu, a także dodatkowo na badaniach kwestionariuszowych wśród pracowników, można uznać, że właściwie zidentyfikowano zarówno **grupy ryzyka**, jak i **adresatów programów profilaktycznych**.

In view of the fact that the criteria for inclusion of employees to the hearing protection program were based on existing legislation, developed algorithms for the assessment of hearing loss and the risk of hearing damage, as well as further research questionnaires among employees, there may be ascertained that both **risk groups** and **recipients of prevention programs** were properly identified.

W ramach programu zaproponowano **metody działań profilaktycznych**, takie jak pomiary hałasu i identyfikację stanowisk pracy oraz pracowników wymagających ochrony przed hałasem, systematyczną kontrolę narażenia na hałas i inne szkodliwe czynniki ototoksyczne w środowisku pracy, dobór i wyposażenie pracowników w środki ochrony indywidualnej, wdrożenie profilaktyki medycznej uszkodzeń słuchu pracowników. Jak wynika z przeprowadzonej ewaluacji, w sposób kompleksowy obejmują one problem profilaktyki służącej ochronie słuchu, ze względu na szeroki zakres szkolonych odbiorców, a także ze względu na zaproponowane działania.

Under the program the following **methods of preventive actions** were proposed: noise measurements and identification of jobs and workers requiring protection against noise, systematic control of exposure to noise and other ototoxic harmful factors in the work environment, selection and provision of employees with personal protective equipment, implementation of medical prevention in terms of damage to workers' hearing. According to the evaluation conducted, they include in a comprehensive manner the problem of prevention that is at service to hearing protection, due to the wide range of trained customers, as well as due to the proposed actions.

Zaproponowane **metody komunikacji** wydają się być wystarczające do zapewnienia skutecznego dotarcia do wyznaczonych grup docelowych.

The proposed **methods of communication** seem to be sufficient in order to ensure effective reach to the designated target groups.

Do **mocnych stron** programu należą:

The **strengths** of the program include:

- przejrzysty opis proponowanych interwencji,
- jasne sprecyzowanie zadań poszczególnych uczestników programu,
- opracowanie innych niezbędnych dokumentów, m.in. takich jak podręczniki, kwestionariusze, protokoły badań, opis aplikacji komputerowej, prezentacje multimedialne czy film edukacyjny.

- clear description of interventions proposed,
- clear definition of the roles of different participants in the program,
- development of other necessary documents such as manuals, questionnaires, research protocols, description of the computer application, multimedia presentations and educational video.

Słaba strona programu ochrony słuchu jest:

The **weakness** of the hearing protection program is:

- lack of information on costs and cost-effectiveness of the

- brak informacji na temat kosztów i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań,
- harmonogram wdrożenia programu w konkretnym zakładzie pracy, wymagający dopracowania i dostosowania działań prowadzonych w jego ramach do specyfiki danego zakładu pracy.

- proposed solutions,
- the timetable for implementing the program in a specific workplace requiring fine-tuning and adaptation of activities provided in it, as well as the specificities of a company.

Przedstawiony kompleksowy program ochrony słuchu zawiera rozwiązania, które mogą być uznane za „**dobre praktyki**”:

- analiza czynników ryzyka oparta jest na rzetelnej analizie piśmiennictwa,
- przeprowadzenie działań szkoleniowo-uświadamiających wśród pracowników,
- wzmoczenie współpracy między lekarzem-profilaktykiem i służbami BHP w zakresie działań profilaktycznych.

The presented comprehensive program for hearing protection includes the following solutions that can be considered “**best practice**”:

- analysis of risk factors is based on a thorough analysis of the literature,
- conduct of training and awareness-raising activities among employees,
- greater cooperation between physicians-preventers and safety services in the field of prevention.

Ocena skuteczności programu profilaktycznego chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego

Evaluation of the effectiveness of the prevention program in the field of diseases of the musculoskeletal system and the peripheral nervous system

Celem programu profilaktycznego chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego było opracowanie interwencji związanych z realizacją działań służących poprawie zdrowia pracujących poprzez zmniejszenie narażenia ich na czynniki ryzyka związane z układem ruchu czy obwodowym układem nerwowym.

The objective of the prevention program for diseases of the musculoskeletal system and the peripheral nervous system was the development of interventions related to the implementation of measures to improve the health of employees by reducing their exposure to risk factors associated with the musculoskeletal system and the peripheral nervous system.

Program profilaktyczny z zakresu chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego obejmował, m.in. opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego, monitorowanie zdrowia pracowników, opracowanie materiałów edukacyjnych dla określonych grup odbiorców (lekarzy, pracowników PIP, BHP, PIS i pracodawców), szkolenia i warsztaty dla przedstawicieli służb medycznych i kluczowych trenerów, spotkania informacyjno – edukacyjne wśród pracowników oraz opracowanie multimedialnych materiałów dydaktycznych.

The preventive program for the diseases of the musculoskeletal system and peripheral nervous system included, among others, development of a comprehensive prevention program, monitoring health of workers, development of educational materials for specific groups of recipients (physicians, PIP, PIS, BHP employees, and employers), trainings and workshops for representatives of medical services and key trainers, informational and educational meeting for employees and the development of multimedia teaching materials.

Jak wynika z przeprowadzonej ewaluacji, w sposób właściwy zidentyfikowano najczęstsze przyczyny oraz czynniki ryzyka poprzez analizę piśmiennictwa polskiego oraz zagranicznych publikacji naukowych, a także polskich regulacji prawnych w tym zakresie.

As follows from the evaluation, the most common causes and risk factors were adequately identified by analysing the Polish literature and foreign scientific publications, as well as Polish legal regulations in this field.

W ramach opisu programu nie przedstawiono kryteriów doboru grup ryzyka, która weźmie udział w programie (oprócz wskazania grup zawodowych) oraz nie przedstawiono kryteriów doboru adresatów przeprowadzonego badania w ramach programu. Ze względu na projekt i badawczo edukacyjny charakter opisanego programu profilaktycznego nie przedstawiono konkretnych kryteriów (czy grup kryteriów) włączenia adresatów programu, lecz wskazano ogólne grupy adresatów, które powinny być objęte programem (pracownicy, pracodawcy, pracownicy BHP, PIP, PIS, lekarze POZ).

As part of the program no criteria were provided for the selection of the risk group that will participate in the program (in addition to the indication of professional groups) and no criteria for the selection of the recipients of the study conducted under the program, either. Due to the framework project and research and educational character of the described prevention program, no specific criteria (or groups of criteria) were provided to include recipients of programs, nevertheless there were indicated general groups of recipients that should be covered with the program (employees, employers, workers of BHP, PIP, PIS, doctors of Primary Health Care).

W ramach programu skupiono się głównie na badaniach, które mogą być przydatne w zakresie profilaktyki pierwotnej (u osób zdrowych) oraz wtórnej (u osób ze zdiagnozowanymi chorobami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego). Zaproponowane metody działania w ramach programu są skierowane głównie na edukację i podniesienie świadomości w określonych grupach zawodowych poprzez systematyczne i kompleksowe opracowanie materiałów edukacyjnych.

The program is mainly focused on the research that may be useful in the primary prevention (in healthy subjects) and secondary prevention (for patients diagnosed with diseases of the musculoskeletal system and peripheral nervous system). The proposed methods of operation under the program are directed mainly to providing education and raising awareness activities in certain occupational groups through systematic and comprehensive developing of educational materials.

Przedstawiono także ogólne zalecenia co do zakresu i sposobu przeprowadzenia wczesnej diagnostyki przez lekarzy czy szkoleń wśród pracowników.

There were also presented general recommendations as to the scope and manner of conducting early diagnosis by doctors or training of employees.

Określone w programie metody komunikacji obejmowały edukację lekarzy i innych osób (pracowników PIP, PIS, BHP), zaangażowanych w opiekę nad pracownikami w postaci szkoleń. Prowadzono także z pracownikami spotkania informacyjno-edukacyjne w zakładach pracy. Wszystkie informacje na temat programu i materiały edukacyjne znajdują się na stronie internetowej. Metody komunikacji można

The communication methods specified in the program included education of physicians and others (PIP, PIS, BHP employees) involved in the care of the employees in the form of training. There were also conducted informational and educational meetings with staff in their workplaces. All information about the program and educational materials are to be found in the Internet. Methods of communication may be

uznać za właściwe.

Z analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że **mocna strona** niniejszego programu jest:

- kompleksowe opracowanie identyfikacji zawodowych i częściowo pozazawodowych czynników,
- opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego zgodnego z obecnymi dowodami naukowymi oraz zgodnego z włączeniem szerokiej grupy odbiorców,
- przeprowadzenie badania ankietowego, ukierunkowanego na określone czynniki ryzyka oraz identyfikację dolegliwości u pracowników,
- szeroki zakres grup zawodowych objętych szkoleniem,
- opracowanie poradników dla lekarzy oraz BHP w zakresie czynników ryzyka, chorób zawodowych, odpowiedzialności poszczególnych grup zawodowych wraz z opisem niektórych interwencji.

W przypadku opracowanego programu **słabymi stronami** są:

- brak dokładnego określenia grup adresatów programu w zależności od stosowanej interwencji,
- brak określenia mierników oceny efektów programu,
- brak materiałów osobno opracowanych dla określonych grup docelowych,
- brak harmonogramu programu, monitorowania przebiegu programu oraz osiągania założonych efektów,
- brak informacji na temat kosztów i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań,
- brak informacji na temat efektów wdrożenia programu profilaktycznego.

Do **dobrych praktyk**, zidentyfikowanych w programie profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, zaliczyć można:

- analizę czynników ryzyka opartą na rzetelnej analizie piśmiennictwa,
- działania szkoleniowo-informacyjne wśród pracowników nt. zagrożeń, czynników ryzyka chorób układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego,
- wzmoczenie współpracy między lekarzem-profilaktykiem i służbami BHP, PIP w zakresie działań profilaktycznych.

Ocena skuteczności programu profilaktycznego chorób układu krążenia

Celem programu było przygotowanie i wdrożenie programu profilaktycznego chorób układu krążenia, uwzględniającego czynniki środowiska pracy, a także zorientowanego na wybrane grupy zawodowe.

Program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia obejmował następujące działania:

- identyfikację czynników obecnych w środowisku pracy, odpowiedzialnych za rozwój chorób zawodowych,
- poznanie potrzeb, oczekiwań i najważniejszych form realizacji programu profilaktycznego chorób układu krążenia,
- przygotowanie materiałów edukacyjno-informacyjnych na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego chorób układu krążenia,
- udostępnienie elektronicznych materiałów edukacyjno-informacyjnych na stronie internetowej.

W ramach przeglądu piśmiennictwa zidentyfikowano **czynniki ryzyka** chorób układu krążenia: klasyczne (np. palenie tytoniu, aktywność fizyczna, otyłość, cholesterol oraz choroby, takie jak cukrzyca, nadciśnienie i obturacyjny bezdech senny) oraz zawodowe i środowiskowe (fizyczne, chemiczne oraz czynniki wynikające z charakteru pracy). Na podstawie przeprowadzonej ewaluacji, można więc uznać, że czynniki ryzyka zostały zidentyfikowane właściwie.

Zidentyfikowane **grupy ryzyka** - poprzez ich narażenie na czynniki

considered appropriate.

Based on the analysis of the documents evaluated there may be concluded that the **strength** of this program is:

- comprehensive study on professional identification of business and partly non-business factors,
- development of comprehensive prevention program consistent with current scientific evidence and in accordance with the inclusion of a broad audience,
- survey questionnaire, targeted to specific risk factors and identification of symptoms among workers,
- wide scope of professional groups covered with the training,
- development of guides for doctors and health and safety staff (BHP) concerning risk factors, occupational diseases, responsibilities of the various professional groups together with a description of some interventions.

In the case of the program developed the **weaknesses** are as follows:

- lack of an accurate determination of target groups of programs, depending upon the intervention,
- failure to determine the measures of impact of the programs,
- lack of materials separately developed for specific target groups,
- no timetable for the program, no monitoring of the program progress and achieving the intended results,
- lack of information on costs and cost-effectiveness of the proposed solutions,
- lack of information on the effects of implementation of the prevention program.

The **"best practices"** identified in the prevention program on diseases of the musculoskeletal system and the peripheral nervous system include:

- analysis of risk factors based on a thorough analysis of the literature,
- training and information activities conducted among employees about the dangers and risk factors related to the diseases of musculoskeletal system and peripheral nervous system,
- greater cooperation between physicians-preventers and health and safety staff (BHP) as well as PIP services in the field of prevention.

Evaluation of the effectiveness of the prevention program in the field of cardiovascular diseases

The objective of the program was to prepare and implement a prevention program for cardiovascular diseases, taking into account environmental factors at work, and oriented on selected professional groups.

The prevention program for cardiovascular diseases included the following activities:

- identification of the factors present in the working environment, responsible for the development of occupational diseases,
- understanding of the needs, expectations, and the most appropriate form of implementation of the prevention program for cardiovascular diseases,
- preparation of educational and informational materials on risk factors for cardiovascular diseases,
- development of the comprehensive prevention program in the field of cardiovascular diseases,
- provision of electronic educational and informational materials on the website.

The review of the literature identified the following **risk factors** for cardiovascular diseases: classical (e.g. smoking, physical activity, obesity, cholesterol, and diseases such as diabetes, hypertension and obstructive sleep apnea), and occupational and environmental ones (physical, chemical, and factors arising from the nature of work). On the basis of the evaluation one can therefore recognize that risk factors have been identified properly.

The identified **risk groups** - through their exposure to risk factors and

ryzyka oraz odwołanie się do konkretnych zawodów lub branż, można uznać za właściwe.

Ze względu na ukierunkowanie programu głównie na klasyczne czynniki ryzyka, profilaktykę stresu i rozszerzenie zakresu badań profilaktycznych, można wnioskować, że adresatami programu są wszyscy pracownicy.

Ze względu na charakter programu przedstawiono ogólny schemat **działań profilaktycznych**, obejmujący zarówno zawodowe, jak i klasyczne czynniki ryzyka. Niemniej proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie – wszystkie dotyczyły klasycznych czynników ryzyka chorób układu krążenia oraz profilaktyki stresu i poszerzenia zakresu badań profilaktycznych.

Określone w programie **metody komunikacji** objęły, m.in. edukację lekarzy i innych osób zaangażowanych w opiekę nad pracownikami (np. w postaci szkoleń), przygotowano również materiały edukacyjne, podręczniki, które zostały umieszczone na stronie projektu. Ponadto w ramach rozpowszechniania założeń kompleksowego programu przeprowadzono konferencje oraz spotkania edukacyjno-informacyjne w zakładach pracy.

Inne zastosowane metody komunikacji, to ankiety, umożliwiające zebranie informacji na temat charakterystyki pracowników i ich narażenia na czynniki ryzyka oraz preferencji w odniesieniu do metod profilaktyki.

Mocnymi stronami programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu krążenia są:

- identyfikacja zawodowych czynników,
- przedstawienie w sposób ramowy szerokiego zakresu interwencji dotyczących czynników ryzyka oraz badanie preferencji pracowników w stosunku do interwencji profilaktycznych,
- kompleksowe dokumenty opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru,
- duży zakres grup docelowych do których skierowano edukację.

Za **słabe strony** niniejszego programu można uznać natomiast:

- ogólne określenie zadań poszczególnych uczestników programu,
- brak oczekiwanych efektów proponowanych działań profilaktycznych,
- brak harmonogramu programu, brak informacji na temat monitorowania przebiegu programu oraz osiągania założonych efektów,
- brak informacji na temat kosztów i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań,
- brak informacji na temat efektów wdrożenia programu profilaktycznego.

Przedstawiony kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia zawiera kilka wartych powielenia rozwiązań, które można uznać za **„dobre praktyki”**:

- szczegółowe przedstawienie informacji nt. czynników ryzyka związanych z pracą zawodową - popartych analizą piśmiennictwa oraz badaniami własnymi,
- opracowanie kompleksowych dokumentów dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz szkolenia na ich podstawie,
- szeroki zakres odbiorców strategii edukacji,
- wykorzystanie badań profilaktycznych do wczesnej identyfikacji zagrożeń chorobami układu krążenia,
- przeprowadzenie wśród pracowników ankiety, umożliwiającej zidentyfikowanie preferencji pracowników w stosunku do działań profilaktycznych.

Ocena skuteczności programu profilaktycznego ds. zagrożeń psychospołecznych

Celem programu profilaktycznego dotyczącego zagrożeń

reference to specific occupations or industries may be considered appropriate.

Due to the orientation of the program mainly to classical risk factors, prevention of stress and extension of preventive examination, there may be concluded that the program is addressed to all employees.

Due to the nature of the program there is presented a general diagram of **preventive measures**, including both professional and classic risk factors. However, the application of the proposed interventions is described in very general terms - all related to classical risk factors for cardiovascular diseases and prevention of stress as well as broadening the scope of preventive examinations.

The **communication methods** specified in the program included education of physicians and others involved in the care over the employees (e.g. in the form of trainings), there were also developed guides and manuals to be downloaded from the project website. Moreover, within the framework of dissemination of guidelines of the comprehensive program there were conducted conferences, and educational and informational meetings in the workplaces.

Other methods of communication applied were the surveys that allowed to collect information on the characteristics of workers and their exposure to risk factors as well as preferences in relation to methods of prevention.

The strengths of the prevention program for cardiovascular diseases are as follows:

- identification of occupational factors,
- presenting a wide range framework of intervention concerning risk factors and studying preferences of workers in relation to preventive interventions,
- comprehensive documents developed for physicians, employees, employers and supervising institutions,
- wide range of target groups to whom the education is addressed.

The following may be considered as **the weaknesses**:

- general definition of the roles of different participants in the program,
- no expected effects of the preventive actions,
- no timetable for the program, no monitoring of the progress of the program and achieving the intended results,
- lack of information on costs and cost-effectiveness of the proposed solutions,
- lack of information on the effects of implementation of the prevention program.

The comprehensive prevention program for cardiovascular diseases presented includes several solutions worth to be duplicated that can be considered **„best practices”**:

- detailed presentation of information on the risk factors associated with work - supported by analysis of the literature and own research,
- development of complex documents for physicians, employees, employers and supervising institutions and providing trainings based on them,
- a wide range of recipients of education strategy,
- use of preventive examinations for early identification of risks of cardiovascular diseases,
- conducting surveys among employees, allowing to identify their preferences in relation to preventive measures.

Evaluation of the effectiveness of the prevention program in the field of psychosocial hazards

The objective of the prevention program concerning psychosocial hazards

psychospołecznych było opracowanie bazy wiedzy dla realizacji działań profilaktycznych, polegających na ograniczaniu narażenia pracowników na psychospołeczne czynniki występujące w środowisku pracy oraz na ograniczaniu negatywnych skutków oddziaływania tych czynników na zdrowie i funkcjonowanie zatrudnionych.

W ramach realizacji niniejszego programu opracowano podręczniki dla psychologów, pracodawców, pracowników, specjalistów BHP, PIP, PIS oraz lekarzy. Przeprowadzono także szkolenia/warsztaty dla lekarzy pielęgniarzek, psychologów oraz kluczowych trenerów.

W oparciu o aktualne przepisy prawa i dostępną literaturę polską i międzynarodową, zidentyfikowano **czynniki ryzyka** obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób związanych z pracą oraz narażenia pracowników na zagrożenia psychospołeczne.

Na podstawie przeanalizowanej literatury czy wytycznych organizacji międzynarodowych, można uznać, że przeanalizowane czynniki ryzyka są reprezentatywne dla wielu zakładów pracy i zostały zidentyfikowane właściwie.

Ze względu na kompleksowy charakter opisanego programu profilaktycznego, nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia **adresatów** programów. Można jednak przyjąć, że proponowany kompleksowy program jest skierowany do wszystkich pracowników, bez względu na grupę ryzyka.

Metody podjęte w ramach tego programu, to interwencje w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania działań profilaktycznych w zależności od grup zawodowych oraz grup ryzyka.

Można uznać, że na podstawie zaproponowanych metod możliwe jest stworzenie szczegółowego programu profilaktycznego, dopasowanego do sytuacji każdego przedsiębiorstwa (czyli programu modelowego). Oceniany program nie uwzględniał konkretnych narzędzi do wdrożenia w określonych zakładach. Oznacza to, że w przypadku podjęcia decyzji o jego zastosowaniu w konkretnym miejscu pracy, konieczne będzie opracowanie szczegółowych materiałów do każdego programu skierowanego do konkretnego zakładu pracy w zależności od grupy docelowej.

W ramach poszczególnych działań profilaktycznych w obrębie zagrożeń psychospołecznych bardzo duży nacisk kładziony jest na **działania edukacyjne** będące elementem profilaktyki pierwotnej, m.in. szkolenia dla pracowników oraz dla kadry zarządzającej.

Metody komunikacji w opracowanym programie ds. zagrożeń psychospołecznych obejmowały edukację lekarzy i innych osób zaangażowanych w opiekę nad pracownikami. Głównym narzędziem do edukacji były: podręczniki oraz artykuły.

Ponadto, w ramach rozpowszechniania założeń kompleksowego programu, przeprowadzono konferencje oraz szkolenia dedykowane służbom medycznym, psychologom oraz kluczowym trenerom.

Zaproponowane metody komunikacji mają na celu zapewnienie skutecznego dotarcia do grup docelowych. W tym celu powinny zostać zastosowane w odniesieniu do wszystkich pracowników.

Do **mocnych stron** kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy należą:

- bardzo szerokie opisy rodzajów psychospołecznych zagrożeń zawodowych oraz prawdopodobne konsekwencje wynikające z tych zagrożeń,
- narzędzia służące do identyfikacji zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy, interwencje, które można podjąć w przypadku wystąpienia poszczególnych zagrożeń,
- przedstawiony model zarządzania ryzykiem.

Do **słabych stron** niniejszego programu profilaktycznego zaliczono:

- opis proponowanych rozwiązań i dowodów na ich skuteczność, który wymaga dopracowania
- niemożność oceny wydajności programu – czyli zestawienie kosztów i korzyści,
- niedopracowane założenia dot. monitoringu oraz ewaluacji programu,

was to develop a knowledge base for the implementation of preventive measures, involving the reduction of workers' exposure to psychosocial factors in the work environment and diminishing of the negative effects of these factors on the health and functioning of the employees.

Under this program there were developed manuals for psychologists, employers, employees, health and safety specialists (BHP), PIP and PIS specialists and doctors. There were also conducted trainings/workshops for nurses, doctors, psychologists and key trainers.

Based on current law and available Polish and international literature, there have been identified **risk factors** present in the work environment responsible for the development of work-related diseases and workers' exposure to psychosocial risks.

Based on the analysed literature and guidelines of international organizations, it may be concluded that the analysed risk factors are representative for many workplaces and have been identified properly.

Due to the comprehensive character of the described prevention program, there were no specific criteria provided for the inclusion of **recipients** of the programs. You can, however, accept that the proposed comprehensive program is open to all employees, regardless of risk group.

The methods adopted in the framework of this program are the interventions in the development of materials and preparation of preventive measures, depending upon occupational groups and risk groups.

It can be considered that on the basis of the proposed methods it is possible to establish a specific prevention program tailored to the situation of each company (i.e. a model program). However the program evaluated was a comprehensive program and due to that fact it has not provided for any specific tools to be implemented in certain workplaces. This means, nevertheless, that in the case of a decision on its application to a specific workplace it will be necessary to develop specific materials for each program addressed to that specific workplace depending on the target audience.

Within each of preventive risks in terms of psychosocial hazards a very large emphasis is made on **educational activities** that are part of primary prevention, including training for employees and management staff.

Communication methods in the developed program for psychosocial hazards include education of physicians and other professionals involved in the care over employees. The main tool for education were books and articles.

Moreover, within the framework of dissemination of the guidelines of the comprehensive program, there were conducted conferences and trainings dedicated to medical service staff, psychologists and key trainers.

The proposed methods of communication are aimed at ensuring the effective reach to the target groups. For this purpose, they should be applied to all employees.

The strengths of the comprehensive prevention program for psychosocial hazards in the work environment include:

- very broad descriptions of the types of psychosocial occupational hazards and the likely consequences of these risks,
- tools for the identification of psychosocial hazards in the workplace, interventions that can be made in the situation of occurring of each hazard,
- the risk management model presented.

The weaknesses of this prevention program include:

- descriptions of the proposed solutions and evidence of their effectiveness which requires a refinement,
- inability to assess the performance of the program - that is, its costs and benefits,
- underdeveloped guidelines regarding the monitoring and evaluation of the program,

- niedopracowaną analizę efektywności kosztowej.

Przedstawiony modelowy program profilaktyczny zawiera rozwiązania, które można uznać za „**dobre praktyki**”:

- opis poszczególnych zagrożeń psychospołecznych wraz z opisem interwencji,
- podręczniki, które mogą być wykorzystywane przez zakłady pracy,
- kompleksowe dokumenty dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz szkolenia przeprowadzane na ich podstawie,
- szeroki zakres odbiorców strategii edukacji,
- przeprowadzenie wśród pracowników ankiety, dzięki której można zidentyfikować narażenie pracowników na psychospołeczne zagrożenia zawodowe,
- przedstawienie modelu zarządzania ryzykiem psychospołecznym, opracowanym przez międzynarodowy zespół ekspertów, w ramach projektu PRIMA-EF finansowanego przez UE, który może zostać wprowadzony na poziomie każdego przedsiębiorstwa.

Założenia modelu wsparcia działań profilaktycznych na potrzeby przyszłej perspektywy finansowej UE (2014-2020)

Choroby zawodowe nie są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej Polaków i Polek. Do głównych zdrowotnych przyczyn przerywania aktywności zawodowej należą choroby układu krążenia (plasujące nasz kraj wciąż na wysokim miejscu wśród krajów UE), choroby układu ruchu, zagrożenia psychospołeczne oraz choroby nowotworowe. Przyszłe programy profilaktyczne powinny być nakierowane na zapobieganie tym chorobom.

Programy profilaktyczne powinny zawierać wszystkie elementy, w tym diagnozę, cele i mierzalne efekty, szczegółowy harmonogram, zaplanowaną ocenę efektów, szczegółowy wykaz interwencji (działań) wraz z uzasadnieniem skierowania do jasno określonych grup oraz rzetelnie uzasadnione działania mające na celu skuteczne docieranie do grup docelowych, w tym kampanie informacyjne (a nawet medialne, jeśli skala programu tego wymaga). Zważywszy, że główne czynniki ryzyka związane z chorobami, które najczęściej dezaktywizują zawodowo wynikają ze stylu życia Polaków, **programy profilaktyczne powinny obejmować działania z zakresu promocji zdrowia oraz edukacji prozdrowotnej.**

W realizację programów zdrowotnych należy **włączyć szeroki wachlarz instytucji i grup, a także prowadzić je w wielu miejscach** (miejscu pracy, szkołach, uczelniach, mediach, itp.). W Polsce programy profilaktyczne są realizowane przez wiele instytucji. Konieczna jest ich koordynacja i gromadzenie oraz analizowanie informacji nt. ich efektów i skuteczności po to, aby kolejne programy budować w oparciu o wnioski i dobre praktyki wynikające z wcześniejszych doświadczeń.

- underdeveloped cost-effectiveness analysis.

The presented model prevention program includes solutions that may be considered “**best practices**”:

- description of psychosocial hazards together with description of an intervention,
- manuals which can be used by companies,
- comprehensive documents for physicians, employees, employers and supervising institutions and trainings based on them,
- a wide range of recipients of education strategy,
- conducting surveys among employees which helps to identify the exposure of workers to psychosocial occupational hazards,
- presentation of psychosocial risk management model developed by an international team of experts, under the PRIMA-EF project funded by the EU which may be implemented in each company.

Elements of a model for prevention programs support measures with a view of the needs for the future UE financial perspective (2014-2020)

Occupational diseases are not a major cause of vocational deactivation of Polish men and women. The main causes of interruption of occupational activity include cardiovascular diseases (placing our country still at a high position among the countries of the EU), diseases of the musculoskeletal system, psychosocial hazards and cancer. Future prevention programs should be directed towards the prevention of these diseases.

Prevention programs should cover all elements, including diagnosis, objectives and measurable results, detailed timetable, planned evaluation of the effects, detailed list of interventions (actions) and their justification addressed to clearly defined groups, and fairly justified actions aimed at effectively reaching target groups, including information campaigns (and even the media campaigns, if the scale of the program requires that). Given that the main risk factors associated with the diseases that vocationally deactivate people the most frequently are linked to lifestyle of Poles, **prevention programs should include activities in health promotion and health education.**

The implementation of health programs should **incorporate a wide range of institutions and groups, and should be conducted in many places** (workplaces, schools, universities, the media, etc.). In Poland prevention programs are implemented by many institutions. It is necessary to coordinate them and to collect and analyze information on their effects and effectiveness in order to build further programs based on the good practices and lessons learned from past experiences.

2. Kontekst realizacji projektu

System ochrony zdrowia w Polsce, koncentruje się przede wszystkim na diagnozowaniu i leczeniu stanów chorobowych, w mniejszym stopniu zajmuje się zapobieganiem i propagowaniem zdrowego stylu życia. Jednym z zagrożeń systemu ochrony zdrowia jest niska świadomość zdrowotna społeczeństwa. Dlatego programy profilaktyczne powinny skupiać się na walce z czynnikami ryzyka z jednej strony, ale przede wszystkim na zmianie sposobu myślenia o zdrowiu, a tym samym zmianie stylu życia. Autorzy polskiego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 przypisali stylowi życia 50% udział w stanie zdrowia, środowisku fizycznemu (naturalnemu oraz stworzonemu przez człowieka) i społecznemu życia, pracy, nauki około 20%, czynnikom genetycznym również około 20%, a działaniom służby zdrowia około 10%.¹

Jednym z celów szczegółowych Priorytetu II *Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących* Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki jest poprawa stanu zdrowia osób pracujących poprzez opracowywanie programów profilaktycznych oraz programów wspierających powrót do pracy. Te działania realizowane były w ramach Poddziałania 2.3.1, a ich efektem jest:

- opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych przystosowanych do potrzeb poszczególnych grup pracowników/grup zawodowych, w szczególności ukierunkowanych na redukcję występowania chorób zawodowych oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów,
- opracowanie kompleksowych programów ukierunkowanych na powrót do pracy określonych grup pracowników/grup zawodowych ze stwierdzonymi chorobami zawodowymi oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.

W projektach główny nacisk położono na profilaktykę pierwszorzędową (edukację) i stworzenie samych programów profilaktycznych. Programy zostały wdrożone w ograniczonym zakresie (m. in. szkolenia dla przedstawicieli służb medycznych, spotkania z pracownikami i pracodawcami w wybranych zakładach pracy), jednak nie objęto badaniami profilaktycznymi samych pracowników. Nie było możliwości przeprowadzenia szerokiej kampanii informacyjnej, która pomogłaby rozpowszechnić informacje o projekcie wśród jego adresatów (pracodawców i pracowników, służb medycyny pracy oraz przedstawicieli PIS, PIP i BHP). Takie ograniczenie zakresu działań nie wynika wprost z dokumentów programowych, a także z ustaleń i negocjacji z Komisją Europejską.

W ramach tego Poddziałania realizowano wyłącznie projekty systemowe, a ich beneficjentem, zgodnie z SZOP, był Instytut Medycyny Pracy w Łodzi oraz Minister Zdrowia². Alokacja wynosiła 8 598 665 euro.

2.1. Opis ewaluowanego projektu

Beneficjentem projektu był Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w partnerstwie z Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie. Projekt realizowany był w latach 2008-2013.

Celem projektu, zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie było opracowanie 8 kompleksowych programów profilaktycznych z zakresu:

¹ Narodowy Program Zdrowia 2007-2015, Warszawa, 2007, str. 10

² SZOP PO KL, str. 87

1. ochrony słuchu
2. chorób skóry
3. chorób alergicznych
4. chorób zakaźnych/pasożytniczych
5. chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego
6. chorób układu krążenia
7. zagrożeń psychospołecznych

oraz wdrożenie wybranych elementów tych programów.

Realizacja projektu rozpoczęła się w 2008 roku od zadania 1 – badania i analizy do 8 programów profilaktycznych, na które składały się następujące etapy:

- przygotowanie narzędzi badawczych
- identyfikacja czynników obecnych w środowisku pracy, odpowiedzialnych za rozwój chorób zawodowych oraz wyłonienie grup ryzyka
- opracowanie algorytmów profilaktyczno-diagnostycznych i ich weryfikacja
- ocena wcześniejszych działań w zakresie opieki profilaktycznej nad pracownikiem
- analiza stanu wiedzy i świadomości zagrożonych grup zawodowych
- poznanie potrzeb, oczekiwań i najważniejszych form realizacji programów
- opracowanie modelowego programu profilaktycznego dla zakładu pracy
- monitorowanie stanu zdrowia badanych pracowników.

Zadanie 2 polegało na opracowaniu kompleksowych programów profilaktycznych, wytypowaniu ich adresatów – grup zawodowych/podmiotów oraz wytypowaniu grupy, która została objęta pilotażowym wdrożeniem. Na tej podstawie zostały przygotowane schematy programów profilaktycznych dla innych grup zawodowych ukierunkowane na określone zagrożenia i na tej podstawie opracowano kompleksowe programy.

Zadanie 3, czyli wdrożenie programów profilaktycznych, miało charakter wielokierunkowy i było skierowane do:

- lekarzy, pielęgniarek służb medycyny pracy i POZ, psychologów
- pracowników PIS, PIP i BHP
- pracodawców oraz pracowników
- lekarzy orzeczników ZUS.

Zadanie rozpoczęło się od wdrożenia programu ochrony słuchu, a następnie kolejnych 7 programów.

W ramach projektu zorganizowane zostały dla wszystkich programów profilaktycznych:

- konferencje szkoleniowe dla służb medycznych (8 konferencji) i dla pracowników PIS, PIP i BHP (7 konferencji) oraz orzeczników ZUS (1 konferencja)
- spotkania informacyjno-edukacyjne dla pracowników i pracodawców – (40 spotkań)
- szkolenia warsztatowe dla psychologów
- szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek służby medycyny pracy i POZ (14 szkoleń)
- szkolenia dla lekarzy medycyny pracy, służb PIS, PIP i BHP dotyczące interaktywnego programu komputerowego ochrony słuchu (2 szkolenia)
- ogólnopolska sesja naukowa dotycząca ochrony słuchu.

Także w ramach projektu wydane i rozpowszechnione zostało:

- 8 poradników dla lekarzy
- 8 poradników dla służb PIS, PIP i BHP, a także pracowników i pracodawców
- 1 poradnik dla psychologów

- komputerowy program ochrony słuchu
- 8 multimedialnych materiałów dydaktycznych (w formie filmów informacyjno-
edukacyjnych)

Dla projektu utworzona została strona internetowa www.programyzdrowotne.pl, na której znajdują się wszystkie informacje dotyczące projektu oraz materiały informacyjno-edukacyjne. W trakcie projektu przy Instytucie Medycyny Pracy w Łodzi funkcjonowało bezpłatne Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne, prowadzone przez personel medyczny projektu.

W niniejszym badaniu ocenie poddano 4 programy profilaktyczne:

1. ochrony słuchu
2. chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego
3. chorób układu krążenia
4. zagrożeń psychospołecznych.

2.2. Cel badania

Ocenie podlegał projekt *Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych*, realizowany w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL między 01.04.2008 a 28.02.2013 r. przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi w partnerstwie z Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie.

Głównym celem badania było dokonanie oceny skuteczności i możliwości dalszego wykorzystania, zastosowanych działań profilaktycznych dla chorób związanych z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu:

- ochrony słuchu,
- chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
- chorób układu krążenia,
- zagrożeń psychospołecznych.

Realizacja głównego celu badawczego polegała na identyfikacji i analizie słabych i mocnych stron 4 opracowanych w ramach projektu programów zdrowotnych, określeniu ich efektów i wskazaniu dobrych praktyk. Istotnym elementem badania było także zaproponowanie innych: skutecznych, efektywnych i nowatorskich rozwiązań w zakresie działań profilaktycznych, które zostały z sukcesem wdrożone w kraju i zagranicą. Pozwoliło to na sformułowanie wniosków i rekomendacji dotyczących sposobu prowadzenia tego typu działań w przyszłości.

Cel główny badania został osiągnięty poprzez **realizację celów szczegółowych** oraz udzielenie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

Cel szczegółowy 1: Ocena skuteczności opracowanych programów profilaktycznych dla chorób związanych z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu:

- ochrony słuchu,
- chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
- chorób układu krążenia,
- zagrożeń psychospołecznych.

1. Czy właściwie zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą?
2. Czy właściwie zidentyfikowano grupy ryzyka?
3. Czy właściwie określono adresatów działań profilaktycznych?
4. Czy zaproponowane metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne?
5. Czy opracowana strategia edukacji zdrowotnej przyczyniła się do realizacji celów założonych w programach profilaktycznych?
6. Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych? Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?
7. Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego wsparcia w ramach projektu? Co należałoby ewentualnie zmienić / poprawić?
8. Czy usprawniono procedury wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy?

Cel szczegółowy 2: Wskazanie tzw. „dobrych praktyk”, które mogą zostać wykorzystane w przyszłości przy realizacji projektów związanych z profilaktyką.

Czy bazując na opracowanych programach profilaktycznych można zidentyfikować „dobre praktyki”, które będą mogły zostać wykorzystane w przyszłości?

Cel szczegółowy 3: Ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno – informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników.

1. Czy pracownicy i pracodawcy uczestniczący w spotkaniach edukacyjno-informacyjnych z zakresu chorób zawodowych i chorób związanych z pracą zdobyli na nich dodatkową wiedzę? Czy podniosła się ich świadomość prozdrowotna? Czy w życiu codziennym wykorzystali wiedzę zdobytą podczas szkolenia? Czy szkolenie skłoniło ich do dodatkowych badań lub wizyty u lekarza specjalisty? Czy od czasu zakończenia szkolenia zdiagnozowano u nich chorobę zawodową?
2. Czy osoby uczestniczące w szkoleniach/konferencjach/warsztatach zdobyły nową wiedzę i wykorzystywały ją w życiu zawodowym w zakresie działań profilaktycznych dla chorób zawodowych i chorób związanych z pracą dot.:
 - ochrony słuchu;
 - chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego;
 - chorób układu krążenia;
 - zagrożeń psychospołecznych.
3. Czy opracowane materiały szkoleniowe i edukacyjne dla lekarzy, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP, pracodawców i pracowników są przydatne i adekwatne do zakładanych celów?
4. Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych? Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?

Cel szczegółowy 4: Opracowanie na potrzeby przyszłej perspektywy finansowej UE (2014-2020) modelu wsparcia działań profilaktycznych.

1. Jakie są główne powody dezaktywizacji zawodowej pracowników z przyczyn zdrowotnych?
2. Jakie typy projektów (w rozbiciu na poszczególne typy schorzeń) w zakresie działań profilaktycznych mogą przyczynić się do poprawy dobrostanu zdrowotnego osób pracujących?
3. Jakie działania w sferze funkcjonowania systemu ochrony zdrowia należy podjąć, aby wydłużyć aktywność społeczeństwa?
4. Jakie są potrzeby systemu ochrony zdrowia w zakresie działań profilaktycznych (analiza potrzeb powinna być przeprowadzona w ujęciu regionalnym)?
5. Czy można zidentyfikować dobre praktyki (krajowe i zagraniczne) w zakresie działań profilaktycznych, które mogłyby stać się podstawą do stworzenia schematu działań profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych? Jeśli tak, to jakie ich elementy powinny zostać zastosowane?
6. Jakie zmiany systemowe należy wdrożyć, tak aby usprawnić system ochrony zdrowia w zakresie działań profilaktycznych?

2.3. Przedmiot badania

2.3.1. Zakres podmiotowy

Badanie objęło następujące 4 grupy respondentów:

- a. uczestników konferencji/szkoleń/sesji naukowej/warsztatów/spotkań edukacyjno-informacyjnych organizowanych w ramach poszczególnych programów profilaktycznych realizowanych w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL
 - i. pracowników ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem służby medycyny pracy (tj. m.in. lekarze, pielęgniarki, psychologzy),
 - ii. pracowników PIS, PIP i BHP,
 - iii. pracowników, pracodawców.
- b. ekspertów z zakresu oceny programów profilaktycznych.
- c. ekspertów z zakresu ochrony zdrowia, tj. przedstawicieli:
 - Agencji Oceny Technologii Medycznych,
 - Państwowego Zakładu Higieny,
 - Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia,
 - Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia,
 - Instytutu Medycyny Pracy,
 - wydziałów ds. polityki i promocji zdrowia przy urzędach marszałkowskich.
- d. przedstawicieli Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia.

2.3.2. Zakres przedmiotowy

Badanie objęło następujące programy profilaktyczne w zakresie:

- ochrony słuchu,
- chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
- chorób układu krążenia,
- zagrożeń psychospołecznych,

realizowane w ramach Poddziałania 2.3.1 PO KL: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” – projekt realizowany przez Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi w partnerstwie z Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie:

- okres realizacji projektu: 01.04.2008 – 28.02.2013,
- liczba uczestników szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej, którzy choć raz uczestniczyli w danej formie wsparcia – 1191 osób,
- liczba uczestników spotkań informacyjno-edukacyjnych – 1519.

2.3.3. Zakres terytorialny

Badanie objęło swoim zasięgiem obszar całego kraju.

2.4. Kryteria ewaluacyjne

Badanie zostało zrealizowane przy użyciu następujących kryteriów ewaluacyjnych:

1. **Skuteczność:** pozwoliła odpowiedzieć na pytanie o stopień realizacji założonych celów. W ramach niniejszego badania kryterium to umożliwiło ocenę stopnia, w jakim działania podejmowane w ramach realizacji programu profilaktycznego przyczyniły się do osiągnięcia jego celu.
2. **Trafność:** umożliwiła udzielenie odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu programy profilaktyczne odpowiadają potrzebom osób objętych wsparciem. Ponadto, w ramach niniejszego badania, kryterium to pozwoliło ocenić trafność zidentyfikowanych czynników ryzyka dla chorób z zakresu:
 - ochrony słuchu,
 - chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego,
 - chorób układu krążenia,
 - zagrożeń psychospołecznych.
3. **Trwałość:** w ramach niniejszego badania kryterium to umożliwiło ocenę trwałości szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno – informacyjnych i wyników programów profilaktycznych.

3. Opis zastosowanej metodologii

3.1. Analiza danych zastanych

Analiza danych zastanych (desk research) - analizą zostały objęte dokumenty zawierające istotne z punktu widzenia celów badania dane:

- a. Wniosek o dofinansowanie oraz wnioski o płatność dotyczące projektu podlegającego badaniu – łącznie 3 wnioski o dofinansowanie (1 aktualny i 2 wcześniejsze) oraz 5 ostatnio zatwierdzonych wniosków o płatność.
- b. Program Operacyjny Kapitał Ludzki 2007 – 2013 oraz Szczegółowy Opis Priorytetów Programu Kapitał Ludzki w zakresie dotyczącym ochrony zdrowia;
- c. Dokumenty/materiały związane z chorobami układu krążenia:
 - i. sprawozdanie z realizacji programu dotyczące profilaktyki chorób układu krążenia (raport z badań i analiz);
 - ii. poradnik dla bhp – środowisko pracy a choroby układu krążenia;
 - iii. program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia;
 - iv. poradnik dla lekarzy – choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej;
 - v. prezentacja – zawodowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia;
 - vi. film dot. układu krążenia.
- d. Dokumenty/materiały związane z ochroną słuchu:
 - i. sprawozdanie z realizacji programu dot. profilaktyki słuchu (raport z badań i analiz);
 - ii. program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu;
 - iii. poradnik dla bhp – minimalizowanie ryzyka uszkodzenia słuchu w miejscu pracy;
 - iv. poradnik dla lekarzy – Profilaktyka zawodowych uszkodzeń słuchu;
 - v. prezentacja – ochrona słuchu;
 - vi. film dot. słuchu.
- e. Dokumenty/materiały związane z profilaktyką chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego:
 - i. sprawozdanie z realizacji programu dot. profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego (raport z badań i analiz);
 - ii. program profilaktyczny dot. układu ruchu obwodowego układu nerwowego;
 - iii. poradnik dla lekarzy – profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy;
 - iv. poradnik dla bhp – Jak zapobiegać chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanym sposobem wykonywania pracy;

- v. prezentacja – profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego;
 - vi. film dot. układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.
- f. Dokumenty/materiały związane z profilaktyką ds. zagrożeń psychospołecznych:
- i. sprawozdanie z realizacji programu dot. profilaktyki zagrożeń psychospołecznych (raport z badań i analiz);
 - ii. mini przewodnik po psychospołecznych zagrożeniach zawodowych – dla bhp;
 - iii. program profilaktyczny dot. zagrożeń psychospołecznych;
 - iv. poradnik dla lekarzy – Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy;
 - v. prezentacja – Poprawa psychospołecznych warunków pracy jako strategia w profilaktyce dolegliwości stresozależnych;
 - vi. podręcznik dla psychologów – Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy;
 - vii. film dot. zagrożeń psychospołecznych.
- g. Dokumenty dotyczące programów profilaktycznych w Polsce w tym między innymi Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD, Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych, Psychiatryczna Opieka Zdrowotna na lata 2009-2013, Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym i na świecie: Preventing Occupational Hearing Loss – A practical Guide (by Center for Disease Prevention, USA), Psychosocial Hazard (by Government of Alberta State).

3.2. Badanie ilościowe

Badaniem ilościowym zostali objęci uczestnicy 4 programów profilaktycznych:

- ⇒ pracownicy ochrony zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem służby medycyny pracy (tj. m.in. lekarze, pielęgniarki, psychologzy)
 - ⇒ pracownicy PIS, PIP i BHP
 - ⇒ pracownicy, pracodawcy³
- } Wywiady telefoniczne
- Badanie ankietowe

Łącznie przeprowadzonych zostało 400 indywidualnych wywiadów telefonicznych. Szczegółowy rozkład próby przedstawia poniższa tabela.

³ Ankiety zostały rozesłane za pośrednictwem Instytutu Medycyny Pracy do właściwych zakładów, w których przeprowadzono spotkania edukacyjno-informacyjne.

Program profilaktyczny	Grupa respondentów		Próba	
	Pracownicy oraz pracodawcy	Pracownicy ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem: Służby medycyny pracy (tj. m.in. lekarze, pielęgniarki, psychologzy) oraz pracownicy PIS, PIP i BHP	Pracownicy oraz pracodawcy	Pracownicy ochrony zdrowia ze szczególnym uwzględnieniem: Służby medycyny pracy (tj. m.in. lekarze, pielęgniarki, psychologzy) oraz pracownicy PIS, PIP i BHP
Profilaktyka uszkodzeń słuchu	128	320	2	189
Profilaktyka chorób układu ruchu	201	220	0	119
Profilaktyka chorób układu krążenia	78	296	27	136
Profilaktyka zagrożeń psychospołecznych	0	173	0	117
Suma	407	1009	29⁴	561⁵

Dzięki zastosowaniu metod ilościowych możliwe było pozyskanie materiału standaryzowanego, poddającego się analizie statystycznej i obrazującego skalę (zasięg) badanego zjawiska.

3.3. Badania jakościowe

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI) lub diady/triady zostały przeprowadzone z:

- ekspertami posiadającymi wiedzę i doświadczenie w ocenie programów profilaktycznych (8 IDI),
- przedstawicielami Departamentu Funduszy Europejskich Ministerstwa Zdrowia (triada),
- ekspertami z zakresu ochrony zdrowia (6 IDI), tj. przedstawicielami:
 - Agencji Oceny Technologii Medycznych,
 - Państwowego Zakładu Higieny,
 - Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - Departamentu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia,
 - Departamentu Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia,
 - Instytutu Medycyny Pracy,

⁴ Badanie wśród pracowników i pracodawców realizowane było przez IMP w Łodzi. W czasie realizacji tej części badania pojawiły się trudności polegające na niechęci pracodawców do przeprowadzania badania na terenie zakładów pracy oraz problem z dotarciem do pracowników, którzy brali udział w projekcie (m.in. spowodowane dużą rotacją pracowników).

⁵ Zgodnie z zakładaną metodologią przeprowadzonych zostało 400 indywidualnych ankiet wśród przedstawicieli służb medycznych. Jednakże z uwagi na to, iż niektórzy respondenci brali udział w więcej niż jednym programie profilaktycznym, liczba ocenianych programów nie sumuje się do 400.



- d. przedstawicielami wydziałów ds. polityki i promocji zdrowia przy urzędach marszałkowskich (3 IDI).

Wywiady miały na celu ocenę programów profilaktycznych oraz opracowanie założeń modelu wsparcia działań profilaktycznych.

4. Wyniki badania

Zgodnie z definicją zawartą w artykule 5 pkt 30 ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, świadczenia z zakresu programów zdrowotnych **stanowią zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej, ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiającym w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz [dotyczących] poprawy stanu zdrowia określonej grupy** świadczeniobiorców, finansowanych ze środków publicznych. Jednakże programy zdrowotne (nie tylko definiowane przez wyżej wymienioną ustawę) mogą być opracowywane, wdrażane, realizowane i finansowane także przez ministrów, jednostki samorządu terytorialnego lub Narodowy Fundusz Zdrowia, jednostki naukowo-badawcze, instytucje publiczne oraz organizacje pozarządowe. Ponadto w ustawie tej podkreślono również, że do zadań władz publicznych, w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, należy promocja zdrowia i profilaktyka, której to celem jest tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu. Programy zdrowotne w szczególności dotyczą ważnych zjawisk epidemiologicznych i innych istotnych problemów zdrowotnych, odnoszących się do całej lub określonej grupy świadczeniobiorców. Pod warunkiem jednak możliwości eliminowania tychże problemów, bądź ich ograniczania, a także możliwości wdrożenia nowych procedur medycznych i przedsięwzięć profilaktycznych.

Programy profilaktyczne w swoim zakresie mogą być adresowane do szerokich grup odbiorców, w ramach prewencji pierwotnej, drugorzędowej czy trzeciorzędowej. Prewencja pierwotna ma na celu eliminację lub ograniczanie występowania zagrożeń zdrowotnych. Najczęściej realizowana jest poprzez działania edukacyjne, mające na celu pogłębianie wiedzy i świadomości, a także kompetencji w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania tymże zagrożeniom. Działania z obszaru prewencji drugo- i trzeciorzędowej natomiast są działaniami wspierającymi. Celem prewencji drugorzędowej (tzw. Wtórnej) jest wczesne wykrywanie oznak choroby, jak również zmniejszenie natężenia jej objawów i zapobieganie powikłaniom choroby. Prewencja trzeciorzędowa z kolei polega na łagodzeniu skutków choroby oraz wdrożeniu działań ukierunkowanych na przywrócenie zdrowia choremu.

Do zadań gmin, powiatów i samorządów wojewódzkich należy opracowywanie, realizacja oraz ocena efektów programów zdrowotnych wynikających z rozpoznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców gminy, powiatu, bądź województwa. Do zadań Ministra Zdrowia należy z kolei opracowywanie, finansowanie oraz ocena efektów narodowych programów zdrowotnych, a także nadzór nad ich realizacją.

Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM), państwowa jednostka organizacyjna, do której zadań należy m.in. opracowywanie raportów w sprawie oceny świadczeń opieki zdrowotnej, została zobligowana do oceny i wydawania opinii odnośnie programów zdrowotnych opracowywanych przez ministerstwa, NFZ oraz jednostki samorządu terytorialnego, zgodnie z ustawą o świadczeniach. Chcąc ułatwić samorządom przygotowanie projektów efektywnych programów zdrowotnych i usprawnić współpracę z jednostkami samorządów terytorialnych, jak również prace nad opiniowaniem programów w AOTM, Agencja opracowała schemat programu zdrowotnego. Proponowany schemat odpowiada idealnemu projektowi programu zdrowotnego, jednak jego podstawowym celem jest wskazanie logicznej budowy projektu programu zdrowotnego, ze szczególnym uwzględnieniem wewnętrznych powiązań jego poszczególnych elementów. AOTM wskazuje, że w opisie programu zdrowotnego powinny znaleźć się następujące elementy:

- nazwa programu,
- okres realizacji programu,
- autorzy programu,
- opis problemu zdrowotnego (problem zdrowotny, epidemiologia, stan aktualny, populacja, uzasadnienie realizacji programu),
- cele programu (główny, szczegółowe, efekty, mierniki efektywności),
- adresaci programu (populacja programu),
- organizacja programu,
- koszty
- monitorowanie i ewaluacja,
- okres realizacji programu⁶.

Oceny czterech opracowanych kompleksowych programów profilaktycznych dotyczących: ochrony słuchu, chorób obwodowego układu nerwowego i układu ruchu, chorób układu krążenia, zagrożeń psychospołecznych, dokonano w oparciu o opisane powyżej elementy.

W ocenie programów zdrowotnych uwzględniono również implementację oraz ocenę efektów ich wdrożenia. Ocena efektywności programu powinna obejmować porównanie stanu końcowego, w zakresie danego problemu zdrowotnego (co uzyskano po zastosowaniu danego programu), ze stanem wyjściowym i powinna być oparta na określonych w programie miernikach efektywności (sposobach zmierzenia efektu, który miał uzyskany dzięki zastosowaniu programu). Można też rozważyć możliwość oceny wskaźników w pewnym odstępie czasu po zakończeniu programu, na przykład po roku, dla zweryfikowania trwałości osiągniętych efektów (we współpracy z jednostką badawczą)⁷.

W obecnym systemie opieki zdrowotnej, oprócz programów profilaktycznych opracowanych w ramach ewaluowanego Projektu, zostały zrealizowane lub są realizowane programy dotyczące:

- **układu krążenia** – POLKARD, Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym, programy realizowane przez NFZ oraz programy samorządowe (w zakresie stylu życia, nadwagi i otyłości, palenia papierosów – jednocześnie żaden z programów nie obejmuje czynników ryzyka związanych z chorobami zawodowymi czy w kwestii związku z miejscem pracy);
- **układu ruchu i obwodowego układu nerwowego** – oprócz ogólnej aktywności w ramach programów dotyczących odżywiania, cukrzycy, chorób układu ruchu, nie ma obecnie w Polsce krajowych programów dedykowanych tej grupie chorych;
- **zagrożeń psychospołecznych** – programy profilaktyczne, materiały informacyjne oraz opisy dobrych praktyk opracowane są przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy oraz Państwowa Inspekcję Pracy;
- **słuchu** – w Polsce nie ma jednolitego narodowego programu ochrony słuchu pracowników narażonych na hałas. W latach 2000-2005 Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Kielcach koordynował projekt „Zakładowy Program Ochrony Słuchu”. Projekt realizowano w 23 zakładach pracy na terenie województwa świętokrzyskiego. Nie opublikowano informacji w jakim zakresie zrealizowano założone cele oraz czy osiągnięto efekty programu.

⁶ www.aotm.gov.pl

⁷ www.aotm.gov.pl

4.1. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu ochrony słuchu

Celem kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego (Program Ochrony Słuchu, POS) było opracowanie interwencji związanych z realizacją działań służących ograniczeniu narażenia pracowników na uszkodzenia lub utratę słuchu w środowisku pracy. Do realizacji zadań związanych z ograniczeniem występowania czynników ryzyka chorób słuchu, zobowiązani są pracodawcy, pracownicy, służby BHP, służby medycyny pracy, PIP oraz inne urzędy. W ramach realizacji tego programu opracowano podręczniki dla pracodawców, służb BHP, PIP, PIS, pracowników oraz lekarzy, aplikację komputerową służącą gromadzeniu danych i wymianie informacji pomiędzy realizatorami programu, kwestionariusze oraz wzory druków. Dodatkowo przeprowadzono szkolenia/warsztaty dla lekarzy, pielęgniarek, kluczowych trenerów i pracowników PIS, PIP, BHP oraz spotkania informacyjno-edukacyjne z pracownikami wybranych zakładów pracy. Opracowano dokumenty, z których wynikają działania w ramach POS, przewidziane do realizacji w zakładach pracy. Działania te zostały poddane ocenie na podstawie następujących dokumentów:

- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego”,
- „Sprawozdanie z realizacji programu. Raport z realizacji zadania 1. Raport i analizy dotyczące Programu Ochrony Słuchu”,
- „Minimalizowanie ryzyka utraty słuchu w miejscu pracy. Poradnik dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników”,
- „Profilaktyka zawodowych uszkodzeń słuchu. Poradnik dla lekarzy”,
- „Hałas w miejscu pracy – minimalizowanie ryzyka uszkodzenia słuchu” – prezentacja multimedialna,
- Informacje w zakresie programu ochrony słuchu, znajdujące się na stronie <http://www.programyzdrowotne.pl>

Czy właściwie zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą?

W oparciu o aktualne przepisy prawne i dostępną literaturę polską i światową zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą z zakresu ochrony słuchu. Opisano zawodowe uszkodzenia słuchu, wskazując najbardziej dynamiczny okres rozwoju uszkodzenia słuchu spowodowanego hałasem (pierwsze 10 lat pracy w warunkach narażenia słuchu). Wskazano częstotliwości, przy których ubytek słuchu zachodzi najczęściej oraz wartości dopuszczalne hałasu. Ponadto szczegółowo opisano indywidualną podatność na działanie hałasu podając zewnątrzpochodne i wewnątrzpochodne czynniki. Do zewnątrzpochodnych między innymi zaliczyć można: impulsywność hałasu, przerwy w pracy (efekt ochronny), stosowanie ochronników (efekt ochronny), ekspozycja na substancje chemiczne, palenie papierosów. Wśród czynników wewnątrzpochodnych wyróżniono między innymi hiperlipidemię i nadciśnienie tętnicze.

Ocena indywidualnej podatności na czynniki ryzyka utraty słuchu, z uwzględnieniem czynników wewnątrzpochodnych, nie wynika bezpośrednio z przepisów polskiego prawa, lecz z przeglądu dostępnego w tym zakresie piśmiennictwa. Dlatego takie **kompleksowe podejście do identyfikacji czynników ryzyka utraty słuchu należy uznać za właściwe**. Tak obszernie i precyzyjne określenie czynników ryzyka podkreślali także w czasie wywiadów indywidualnych wszyscy eksperci. Szczegółowy opis czynników ryzyka znajduje się w dokumentach poddanych ocenie. W dokumencie pn. „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego” opracowano i przedstawiono, w oparciu o pozycje literaturowe wymienione na końcu dokumentu, istotne elementy programu służące ocenie czynników ryzyka:

- metodę szacowania indywidualnego ryzyka uszkodzenia słuchu z uwzględnieniem wpływu pozazawodowej ekspozycji na hałas oraz obciążeń zdrowotnych,
- aplikację programową do szacowania indywidualnego ryzyka uszkodzenia słuchu wywołanego działaniem hałasu, z uwzględnieniem zawodowych i pozazawodowych czynników ryzyka,
- kwestionariusze do identyfikacji zawodowych i pozazawodowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu pracowników i samooceny stanu słuchu (jakości słyszenia),
- algorytm profilaktyczno-diagnostyczny uszkodzeń słuchu spowodowanych hałasem, w tym metodę wczesnej identyfikacji osób wymagających objęcia programem ochrony słuchu w oparciu o tzw. Znaczące przesunięcie progu słuchu.

Pozycje literaturowe obejmują ponadto opracowania z zakresu czynników ryzyka utraty słuchu i wszystkie aktualne polskie przepisy prawne oraz dyrektywy unijne, dlatego można uznać, że powyższe punkty opracowano na podstawie **rzetelnego przeglądu piśmiennictwa**.

Czy właściwie zidentyfikowano grupy ryzyka?

Czy właściwie określono adresatów działań profilaktycznych POS?

W opracowaniu programu wskazano branże, w których najczęściej rozpoznaje się uszkodzenia słuchu: pracownicy górnictwa węgla kamiennego i brunatnego, produkcji metali, wyrobów metalowych i maszyn oraz budownictwa. Jednocześnie wskazano, że problem uszkodzenia słuchu dotyczy także innych grup zawodowych, czego przykładem były pomiary uszkodzenia słuchu wśród muzyków Filharmonii Koszalińskiej. Wyniki badań pokazały zasadność obejmowania badaniami i wdrażania programu ochrony słuchu także wśród grup zawodowych spoza sektora przemysłu ciężkiego.

Dokładnie podano kryteria włączenia do kompleksowego programu ochrony słuchu, opierając je na obecnie obowiązujących przepisach, opracowanych algorytmach badań oceny stanu słuchu oraz ryzyka uszkodzenia słuchu, a także dodatkowo na badaniach kwestionariuszowych wśród pracowników. Wszystkie wymienione elementy zostały szczegółowo i wyczerpująco opisane w dokumentach, w związku z tym można uznać, że **właściwie zidentyfikowana zarówno grupy ryzyka, jak i adresatów programów profilaktycznych**. W czasie wywiadów indywidualnych pojawiła się sugestia, aby rozważyć w przyszłości możliwość rozszerzenia programu także o te grupy pracowników, u których nie stwierdzono jeszcze przekroczenia progów działania hałasu, ale są zagrożeni przekroczeniem tych progów (pracują w warunkach podprogowych). Ponadto w kontekście adresatów programu warto podkreślić szerokie podejście do problemu ochrony słuchu i włączenie do działań profilaktycznych wszystkich grup, zarówno pracowników, jak i kadry kierowniczej, ale także służb bhp oraz lekarzy medycyny pracy.

Czy zaproponowane metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne?

Przejrzystość i jasność, w formie tabeli, przedstawiono odpowiedzialność i kompetencje podmiotów zaangażowanych w realizację kompleksowego programu ochrony słuchu. Opisano stosowane w programie interwencje, częstotliwość ich realizacji oraz przejrzysty schemat blokowy działań. Jako realizatorów programu wymieniono pracodawców, przy współudziale personelu kierowniczego, służb bhp i służb medycznych, a także samych pracowników. Celem działań jest skuteczne ograniczenie narażenia na hałas oraz minimalizowanie skutków jego szkodliwego działania na narząd słuchu. **Zaproponowane metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne.**

Metody te oparto o obowiązujące w Polsce przepisy prawne oraz przegląd piśmiennictwa polskiego i światowego. W przedstawionych dokumentach powołano się na doświadczenia Stanów Zjednoczonych, które od roku 1983 zajmują się problemami ochrony słuchu w miejscu pracy i realizują najbardziej kompleksową opiekę nad pracownikami narażonymi na hałas. Skorzystano z wypróbowanych i dobrze opisanych doświadczeń Kompleksowego Amerykańskiego Programu Ochrony Słuchu oraz programów stanowych. Elementy programu zostały zaprojektowane w oparciu o przegląd odpowiedniego piśmiennictwa z poszczególnych zakresów, tj. obowiązującego prawa, w tym przepisów bhp, otolaryngologii, opracowań na temat stosowania urządzeń do ochrony słuchu.

Zaproponowano metody działań, opisane w dokumentach poddanych ocenie:

- pomiary hałasu i identyfikację stanowisk pracy oraz pracowników wymagających ochrony przed hałasem,
- opracowanie i wdrożenie działań mających na celu ograniczenie narażenia na hałas metodami technicznymi i organizacyjno-administracyjnymi,
- systematyczną kontrolę narażenia na hałas i inne szkodliwe czynniki ototoksyczne (w tym rozpuszczalniki organiczne) w środowisku pracy,
- dobór i wyposażenie pracowników w środki ochrony indywidualnej,
- wdrożenie profilaktyki medycznej uszkodzeń słuchu pracowników (w tym zwłaszcza monitorowanie stanu słuchu u osób narażonych na hałas),
- identyfikację zawodowych, pozazawodowych i osobniczych czynników ryzyka,
- uszkodzenia słuchu celem szacowania indywidualnego ryzyka uszkodzenia słuchu,
- typowanie grup osób zwiększonego ryzyka dla celów lepszej ich ochrony przed hałasem,
- prowadzenie akcji uświadamiających oraz szkoleniowych wśród pracowników i kadry kierowniczej dotyczących uszkodzeń słuchu związanych z hałasem i metod ich minimalizacji,
- gromadzenie i analizę danych,
- okresową ewaluację i weryfikację podjętych działań.

Należy zaznaczyć, że **we wszystkich dokumentach objętych analizą, szczegółowo opisano powyższe metody profilaktyczne, mające na celu minimalizację ryzyka utraty słuchu w miejscu pracy.** Jednocześnie dla większej przejrzystości opracowania, ujęto je także w sposób syntetyczny, w tabeli „Odpowiedzialność i uprawnienia podmiotów

zaangażowanych w realizację programu ochrony słuchu”, oraz w „Schemacie blokowym programu ochrony słuchu”.

Istotnym elementem wspierającym działania profilaktyczne są opracowane w ramach programu podręczniki:

- podręcznik dla lekarzy na temat profilaktyki chorób słuchu,
- podręcznik dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników na temat profilaktyki uszkodzeń słuchu w miejscu pracy.

Obie pozycje w sposób zrozumiały wyjaśniają problemu ochrony słuchu.

Prowadzono również szkolenia dla lekarzy, pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników na temat profilaktyki uszkodzeń słuchu.

Przygotowano również film edukacyjno-informacyjny, który w przystępny sposób przybliżył tematykę związaną z uszkodzeniami słuchu.

Te wszystkie zaproponowane działania w sposób kompleksowy obejmują problem profilaktyki służącej ochronie słuchu ze względu na szeroki zakres szkolonych odbiorców, a także ze względu na zaproponowane działania, które obejmują całościowo problem ochrony słuchu i opisują kolejne działania, które należy podjąć w czasie realizacji takiego programu – zarówno określenie stanowisk, jak i pracowników, z uwzględnieniem pozazawodowych czynników ryzyka. Ponadto działania profilaktyczne obejmują kontrolę narażenia i ochronę przed hałasem ze strony pracodawcy i pracownika, a także edukację pracowników oraz wdrożenie działań profilaktycznych.

Czy opracowana strategia edukacji zdrowotnej przyczyniła się do realizacji celów założonych w programie profilaktycznym ochrony słuchu?

Na podstawie opisu poszczególnych interwencji, uzasadnieniu ich wdrożenia, przy jednoczesnym odwołaniu się do dobrych praktyk amerykańskiego programu „Preventing Occupational Hearing Loss – A Practical Guide (by Centre for Disease Prevention)” („Prewencja Utraty Słuchu z Przyczyn Zawodowych – Praktyczny Przewodnik wydany przez Centrum Kontroli i Prewencji Chorób”) można założyć, że **opracowana strategia edukacji zdrowotnej daje szansę realizacji celów założonych w programie**. W przywołanym programie amerykańskim zwraca się uwagę na prowadzenie szkoleń przez personel kierowniczy, służby BHP, a także lekarzy. Dzięki temu pracownicy objęci programem są wyposażeni w niezbędną wiedzę teoretyczną i praktyczną, dającą im możliwość współdziałania przy ocenie zagrożenia hałasem, stosowania środków ochrony zbiorowej przed hałasem, stosowania indywidualnych ochronników słuchu, konserwacji środków ochrony indywidualnej. Zaproponowana w programie strategia edukacji zdrowotnej również obejmowała grupy docelowe rekomendowane w programie amerykańskim.

Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych? Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?

W kompleksowym programie ochrony słuchu zaproponowano współpracę pomiędzy czterema grupami zaangażowanymi w realizację działań:

- pracodawcą,

- personelem kierowniczym, służbami BHP i/lub innymi osobami wyznaczonymi przez pracodawcę,
- służbami medycznymi (lekarze),
- pracownikami objętymi programem.

Wszyscy eksperci podkreślali w czasie wywiadów indywidualnych właściwość i zasadność włączenia tych grup odbiorców do programu.

Przygotowano aplikację komputerową pozwalającą na łatwą i bezpieczną wymianę informacji między pracodawcą, zakładowym działem higieny pracy i lekarzem medycyny pracy. Aplikacja umożliwia między innymi archiwizację danych dotyczących stażu pracy poszczególnych pracowników, wyników pomiarów hałasu na zajmowanych przez nich stanowiskach pracy uzyskanych w kolejnych badaniach oraz występujących na stanowiskach pracy czynnikach modyfikujących szkodliwy wpływ hałasu na narząd słuchu. W ten sposób umożliwia ona szybkie i skuteczne wzajemne informowanie wymienionych grup zaangażowanych w realizację programu o narażeniu na ryzyko utraty słuchu oraz wspiera podejmowanie decyzji o podjęciu działań profilaktycznych.

W ramach metod komunikacji przewidziano szkolenia dla personelu, prowadzone przez:

- personel kierowniczy, służby BHP i/lub inne osoby wyznaczone przez pracodawcę, na temat zasad stosowania indywidualnych i zbiorowych środków ochrony przed hałasem,
- służby medyczne na temat programu ochrony słuchu dla wszystkich pracowników.

Przewidziano też niezwłoczne informowanie pracowników o wynikach badania profilaktycznych i pomiarów czynników szkodliwych.

Przewidziano również współdziałanie personelu przy ocenie zagrożenia hałasem oraz informowanie pracodawców o uszkodzeniach środków ochrony przed hałasem lub o trudnościach w ich stosowaniu.

Zaproponowane metody komunikacji wydają się być **wystarczające do zapewnienia skutecznego dotarcia do wyznaczonych grup docelowych**. Jednak ich faktyczna ocena będzie możliwa po pełnym wdrożeniu programu i przeprowadzeniu ewaluacji w tym zakresie.

Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego wsparcia w ramach projektu? Co należałoby ewentualnie zmienić / poprawić?

Do mocnych stron programu profilaktycznego ochrony słuchu należy zaliczyć te elementy, które uwiarygodniają zaproponowane interwencje (rzetelna analiza piśmiennictwa) oraz elementy pozwalające na łatwe wykorzystanie działań przewidzianych w programie:

- przejrzysty opis proponowanych interwencji,
- jasne sprecyzowanie zadań poszczególnych uczestników programu,
- opracowanie innych, niezbędnych dokumentów, takich jak podręczniki dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz kwestionariusze, protokoły badań, opis aplikacji komputerowej, prezentacje i film edukacyjny.

Słabą stroną Programu Ochrony Słuchu jest brak informacji na temat kosztów i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań. W przypadku wdrażania programu dopracowania wymaga harmonogram wdrożenia programu, dostosowany do działań prowadzonych w jego ramach oraz

specyfiki danego zakładu pracy (wielkości zakładu pracy, liczby osób objętych programem, realizatorów programu).

Czy usprawniono procedury wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy?

Do szacowania ryzyka uszkodzenia słuchu wywołanego działaniem hałasu przedstawiono oryginalną metodę zawartą w normie PN-ISO 1999:2000 (ISO 1999:1990), pozwalającą na wyznaczanie ryzyka uszkodzenia słuchu na podstawie wieku, płci i narażenia na hałas.

W celu usprawnienia pełnej identyfikacji zagrożeń przedstawiono także zmodyfikowaną wersję, opracowaną przez zespół wykonawców z Zakładu Zagrożeń Fizycznych oraz Kliniki Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi. Wersja zmodyfikowana jest oparta na normie międzynarodowej PN-ISO 1999:2000, uwzględniającej dodatkowo czynniki, które mają istotny wpływ na głębokość uszkodzenia słuchu, takie jak: charakter impulsowy hałasu, stosowanie ochronników słuchu, równoczesne narażenie na rozpuszczalniki organiczne oraz palenie papierosów i podwyższone ciśnienie tętnicze krwi.

Czy bazując na opracowanym programie profilaktycznym związanym z pracą oraz chorobami zawodowymi z zakresu ochrony słuchu można zidentyfikować „dobre praktyki”, które będą mogły zostać wykorzystane w przyszłości?

Przedstawiony kompleksowy program ochrony słuchu zawiera rozwiązania, które mogą być uznane za „dobre praktyki”, mogące stanowić standard prowadzenia programów ochrony słuchu w zakładach pracy:

- analiza czynników ryzyka oparta jest na rzetelnej analizie piśmiennictwa; ten aspekt jest pomocny w określeniu potrzeb dotyczących profilaktyki w stosunku do zidentyfikowanych czynników ryzyka,
- działania szkoleniowo-uświadamiające wśród pracowników na temat zagrożeń zdrowotnych wynikających z narażenia na hałas i metod ograniczenia narażenia, w tym zasad prawidłowego stosowania ochronników słuchu; to działanie jest niezbędne dla zapewnienia skuteczności stosowanych metod ochrony słuchu,
- wzmoczenie współpracy między lekarzem-profilaktykiem i służbami BHP w zakresie działań profilaktycznych, oparte na pogłębieniu umiejętności interpretacji wyników badań prowadzonych i gromadzonych przez obie strony; działania te umożliwiają wymianę informacji pomiędzy kluczowymi służbami zaangażowanymi w opiekę nad pracownikami oraz skoordynowanie działań profilaktycznych,
- weryfikacja skuteczności stosowania ochronników słuchu, nadzorowania czasu i poprawności stosowania ochronników w czasie zmiany roboczej, ewentualnego doboru innego typu ochronnika; działania te pozwolą na wczesne reagowanie już przy minimalnym upośledzeniu słuchu,
- kompleksowe dokumenty dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz szkolenia prowadzone na ich podstawie stanowią warte polecenia rozwiązanie. Szeroki zakres odbiorców strategii edukacji wraz z kompleksowo przygotowanymi dokumentami umożliwia włączenie w proces profilaktyki kluczowych osób.

4.1.1. Ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno – informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników

Czy pracownicy i pracodawcy uczestniczący w spotkaniach edukacyjno-informacyjnych z zakresu chorób zawodowych i chorób związanych z pracą zdobyli na nich dodatkową wiedzę? Czy podniosła się ich świadomość prozdrowotna? Czy w życiu codziennym wykorzystali wiedzę zdobytą podczas szkolenia? Czy szkolenie skłoniło ich do dodatkowych badań lub wizyty u lekarza specjalisty? Czy od czasu zakończenia szkolenia zdiagnozowano u nich chorobę zawodową?

Ze względu na trudności opisane w rozdziale metodologicznym analizie poddano wyniki ankiet przeprowadzanych z pracownikami przed i po spotkaniach informacyjno-edukacyjnych. Pracownicy wypełniali ankietę dotyczącą ich wiedzy na temat czynników ryzyka w miejscu pracy, dopuszczalnych norm hałasu, badań słuchu i ochrony słuchu. Ankieta zawierała 14 pytań i uzupełniło ją 128 pracowników. Przed spotkaniami pracownicy prawidłowo odpowiadali średnio na 10 pytań, natomiast po spotkaniach na średnio 13 pytań. Można zatem powiedzieć, że wzrosła wiedza pracowników z zakresu ochrony słuchu.

Czy osoby uczestniczące w szkoleniach/konferencjach/warsztatach zdobyły nową wiedzę i wykorzystaly ją w życiu zawodowym w zakresie działań profilaktycznych dla chorób zawodowych i chorób związanych z pracą dot. ochrony słuchu?

Czy opracowane materiały szkoleniowe i edukacyjne dla lekarzy, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP, pracodawców i pracowników są przydatne i adekwatne do zakładanych celów?

W ramach programu profilaktycznego ochrony słuchu odbyła się: konferencja szkoleniowa dla służb medycznych, w której udział wzięło 61 uczestników, konferencja dla pracowników BHP, PIS i PIP z udziałem 82 osób, ogólnopolska sesja naukowa dotycząca ochrony słuchu, w której uczestniczyło 95 lekarzy oraz specjalistów zajmujących się zdrowiem pracujących, dwa szkolenia dotyczące interaktywnego programu chorób słuchu, w których łączna liczba uczestników wyniosła 44 osoby (lekarze medycyny pracy, pracodawcy, służby BHP, PIS i PIP), a także dwa warsztaty trenerskie z udziałem 38 kluczowych trenerów.

Biorący udział w konferencji, zorganizowanej w ramach programu profilaktycznego ochrony słuchu, przedstawiciele służb medycznych oceniają ją bardzo dobrze (53%) i dobrze (43%). Zagadnienia poruszane w czasie tego spotkania – w opinii zdecydowanej większości uczestników – omawiane były dostatecznie dogłębnie. Podobny odsetek uczestników konferencji uważa, iż udział w nich pozwolił im na zdobycie dodatkowej wiedzy – niemal wszyscy przyznali, że mieli okazję wykorzystywać ją w codziennej pracy – w przypadku pracowników BHP, PIS i PIP - przy wykonywaniu czynności związanych ze sprawowaniem kontroli i nadzoru w zakładach pracy, podczas prowadzonych szkoleń (m.in. z zakresu profilaktyki) oraz przy ocenie warunków na stanowiskach pracy. Z kolei lekarze przyznali, że zdobytą wiedzę posilkują się przy prowadzeniu orzecznictwa w sprawie chorób zawodowych czy zdolności do wykonywania określonej pracy.

Również niemal wszyscy respondenci biorący udział w warsztatach/szkoleniach dotyczących ochrony słuchu oceniają je dobrze i bardzo dobrze, uważając przy tym, że omawiane w ich trakcie zagadnienia zostały dostatecznie dogłębnie przedstawione. Zbliżony odsetek (95%) uważa, iż uczestnictwo w tych spotkaniach pozwoliło im na zdobycie dodatkowej wiedzy, którą z

powodzeniem wykorzystują w codziennej pracy: w czasie badań pracowników, orzecznictwa o zdolności do wykonywania pracy w warunkach narażenia słuchu – lekarze, w trakcie działalności szkoleniowej oraz innych działań profilaktycznych i kontrolnych – pracownicy BHP, PIS i PIP.

Badani przedstawiciele służb medycznych, którzy wzięli udział w zorganizowanej sesji naukowej ocenili ją bardzo wysoko – uważają, iż zagadnienia na niej poruszone, omówione zostały dostatecznie dogłębnie, a także że dzięki uczestnictwu w sesji zdobyli dodatkową wiedzę, którą zdecydowana większość wykorzystuje w codziennej pracy.

Jak już wcześniej wspomniano w ramach programu ochrony słuchu została także przygotowana aplikacja komputerowa, tj. Interaktywny Program Ochrony Słuchu. Jak pokazują wyniki przeprowadzonej ankiety, około $\frac{1}{3}$ wszystkich ankietowanych (głównie lekarzy oraz pracowników BHP, PIS, PIP), biorących udział w tym programie profilaktycznym przyznała, iż zna tę aplikację – większość z nich jednak nigdy z niej nie korzystała. Niemniej $\frac{2}{3}$ spośród badanych, którzy zadeklarowali znajomość aplikacji, przyznała, że jest ona przydatna w codziennej pracy, a także że jest łatwa w obsłudze.

Co się natomiast tyczy stworzonych w ramach programu profilaktyki ochrony słuchu poradników dla lekarzy oraz pracowników BHP, PIS i PIP – ponad połowa ankietowanych odpowiedziała, że z nich korzysta – niemal jednogłośnie wysoko oceniają oni ich przydatność w codziennej pracy oraz są zdania, iż zawarto w ich wszystkie niezbędne informacje.

Nieco więcej niż połowa respondentów z omawianej grupy przyznała, że zna sporządzony w ramach ewaluowanego projektu program profilaktyczny ochrony słuchu – $\frac{1}{3}$ również z niego korzysta. Ci którzy znają ów program, ale z niego nie korzystają, twierdzą że nie mają takiej potrzeby. Niemniej respondenci, którzy potwierdzili znajomość tego programu, wysoko ocenili jego przydatność oraz uznali, że ujęto w nim wszystkie najważniejsze informacje.

W przypadku otwartego na potrzeby projektu Centrum Konsultacyjno – Diagnostycznego w Łodzi – słyszała o nim niespełna połowa respondentów, a co dziesiąty deklaruje korzystanie z jego usług oraz porad. Frekwencję tą można jednak tłumaczyć faktem, iż nie było to priorytetowe działanie tego programu.

Podsumowując, przeprowadzone na potrzeby programu profilaktycznego ochrony słuchu działania są w opinii uczestniczących w nim przedstawicieli służb medycznych notowane wysoko – zarówno pod kątem komponentu merytorycznego (możliwość zdobycia dodatkowej wiedzy, a także jej przydatność w praktyce zawodowej), jak i organizacyjnego (zaangażowanie prowadzących w omawiane zagadnienia).

4.2. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego

Celem kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego (PRUCH) było opracowanie interwencji związanych z realizacją działań służących poprawie zdrowia poprzez zmniejszenie narażenia pracowników na czynniki ryzyka związane z układem ruchu czy obwodowym układem nerwowym. Program profilaktyczny obejmował następujące zadania i aktywności:

- przeprowadzenie badań w dwóch zakładach pracy na 210 pracownikach,
- opracowanie modelowego programu dla zakładu oraz monitorowanie zdrowia pracowników,

- opracowanie materiałów edukacyjnych dla określonych grup odbiorców (lekarzy, pracowników PIP, BHP, PIS, pracodawców),
- opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego,
- przeszkolenie kluczowych trenerów,
- szkolenia w ramach konferencji, warsztatów,
- przeprowadzenie spotkań informacyjno – edukacyjnych,
- umieszczenie materiałów na stronę internetową www.programyzdrowotne.pl,
- konsultacje, opracowanie multimedialnych materiałów dydaktycznych.

W ramach oceny programu przeanalizowane następujące dokumenty :

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”; tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków o płatność w ramach projektu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”, z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia” pod tytułem: “Kompleksowy program profilaktyczny w zakresie zapobiegania chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy. Raport z realizacji zadania 1”,
- program profilaktyczny dot. układu ruchu – „Kompleksowy Program Profilaktyczny dotyczący układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy”,
- poradnik dla bhp – „Jak zapobiegać chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanym sposobem wykonywania prac”,
- poradnik dla lekarzy – “Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy”,
- film – „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy”,
- prezentacja multimedialna – „Program profilaktyki chorób zawodowych w zakresie układu ruchu i obwodowego układu nerwowego”,
- informacje na stronie <http://www.programyzdrowotne.pl> w zakresie profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Czy właściwie zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą?

We wszystkich opracowanych dokumentach, w ramach programu profilaktycznego, przedstawiono rozbudowany opis zawodowych, jak i pozazawodowych chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz nerwowego wraz ze wskazaniem etiologii i częstości chorób zawodowych. W sposób właściwy zidentyfikowano najczęstsze przyczyny oraz czynniki ryzyka wraz z danymi epidemiologicznymi dla chorób zawodowych z tej grupy czy pośrednio związanych z pracą poprzez analizę piśmiennictwa polskiego oraz zagranicznych publikacji naukowych. Jednocześnie zanalizowano regulacje prawne w Polsce w tym zakresie.

Jednocześnie wskazano, że prawidłowa ocena czynników ryzyka w ramach konkretnych programów jest zależna od miejsca pracy. Nie omówiono szerzej czynników ryzyka dla

wszystkich omawianych chorób zawodowych (przedstawiono je dla wybranych chorób) oraz przedstawiono wybrane grupy narażenia zawodowego (z obszaru ochrony zdrowia, min. Pielęgniarki, lekarze oraz inne typy zawodów m.in. kierowcy).

W ramach kompleksowego programu profilaktycznego nie przedstawiono w sposób systematyczny czynników ryzyka w zależności od typów wykonywanych prac oraz najczęstszych przyczyn chorób czy niepełnosprawności (także z przyczyn chorób zawodowych czy chorób związanych z pracą) w Polsce. W niewielkim stopniu uporządkowano i odniesiono się szczegółowo do danych polskich (oprócz dokładnego opisanie chorób zawodowych) oraz wyników analiz opracowanych przez publiczne instytucje, m.in. Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP) czy ZUS, GUS.⁸ W ramach dokumentów nie przedstawiono analizy grup ryzyka w zależności od rodzaju pracy lub rodzaju branży w Polsce.

Czy właściwie zidentyfikowano grupy ryzyka?

Ze względu na charakter badawczy (przedwdrożeniowy) całego projektu nie skupiano się na konkretnych grupach zawodowych, jedynie dokonano tego w przypadku zakładów pracy objętych badaniami ankietowymi. W ramach opisu programu nie przedstawiono kryteriów doboru grupy osób które były edukowane (oprócz wskazania grup zawodowych) oraz nie przedstawiono kryteriów doboru adresatów przeprowadzonego badania w ramach programu. W części badawczej w dwóch zakładach pracy przedstawiono charakterystykę pracowników ze wskazaniem istniejących czynników ryzyka.

W dokumencie dotyczącym kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono czynniki ryzyka dla wybranych chorób oraz przedstawiono wybrane grupy narażenia zawodowego (m.in. pielęgniarki, lekarze, kierowcy). Jednocześnie nie wskazano konkretnych możliwych adresatów kompleksowego programu profilaktycznego (pośrednio możliwa jest identyfikacja grup docelowych lecz przede wszystkim pod względem typu schorzeń, pracodawców czy ogólnie pracowników) i z tego powodu trudna jest ocena właściwej identyfikacji grup ryzyka w grupie docelowej.

Czy właściwie określono adresatów działań profilaktycznych?

Ze względu na charakter opisanego programu profilaktycznego nie przedstawiono konkretnych kryteriów (czy grup kryteriów) włączenia adresatów programów, lecz wskazano ogólne grupy adresatów, które powinny być objęte programem (pracownicy, pracodawcy, pracownicy BHP, PIP, PIS, lekarze POZ). Zdaniem ekspertów, z którymi przeprowadzono wywiady indywidualne, podobnie jak w przypadku POS, tak i w tym programie uwzględnienie tak szerokiego katalogu adresatów należy uznać za właściwe i zasadne.

W ramach programu dotyczącego ruchu i obwodowego układu nerwowego badaniami w środowisku pracy objęto 210 pracowników z 2 zakładów pracy w wojewódzkim łódzkim. Nie określono kryteriów doboru tych zakładów pracy oraz wielkości tej populacji. Przeprowadzono badanie wśród pracowników mające na celu określenie ich stanu i kondycji (ocena obciążeń, metoda REBA, RULA itp.) oraz badanie ankietowe 167 pracowników, co pozwoliło określić czynniki ryzyka oraz dolegliwości związane ze stanowiskiem pracy.

⁸ Analiza porównawcza dotycząca przyczyn chorób zawodowych mająca na celu określenie dynamiki zmian w tym zakresie wraz z określeniem rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych ZUS Warszawa 2012

Można przyjąć, że proponowany kompleksowy program jest skierowany do wszystkich pracowników bez względu na grupę ryzyka lub zostaną one określone w ramach konkretnego zakładu pracy przed wdrożeniem.

W ramach programu nie przedstawiono sposobu selekcji doboru grup, lecz w sposób pośredni można się domyśleć, kto został objęty zakresem programu, w jakim zakresie i jakie jest uzasadnienie tych działań.

Czy zaproponowane metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne?

Ze względu na zakres projektu i jego charakter badawczy podjęte interwencje w ramach tego programu stanowią działania w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania do działań profilaktycznych w zależności od grup zawodowych oraz grup ryzyka w przyszłości.

W tym zakresie główne działania dotyczą:

- edukacji – przygotowanie materiałów (poradników oraz materiałów multimedialnych i zakup sprzętu do szkoleń lekarzy, pielęgniarek, pracowników instytucji publicznych (PIS, PIP, BHP) oraz szkolenie trenerów,
- badania pilotażowego wraz z wykorzystaniem niektórych interwencji wczesnej diagnostyki (ergonomiczna ocena stanowisk pracy – metoda RULA, metoda REBA, badania stadiometryczne, posturografia, badania dynamometryczne) – ocena częstości występowania dolegliwości w zależności od stanowiska pracy,
- opracowania kompleksowego programu profilaktycznego – ogólne przedstawienie 10 interwencji wraz z uszczegółowieniem niektórych z nich (ergonometryczna ocena stanowiska⁹, ćwiczenia profilaktyczne przez pracowników i inne).

Ocenę indywidualnej podatności na czynniki ryzyka układu ruchu opisano kompleksowo w ramach dwóch zakładów pracy, z uwzględnieniem rodzaju stanowisk pracy, poprzez zastosowanie:

- metody szacowania indywidualnego ryzyka, z uwzględnieniem wpływu pozazawodowych obciążeń zdrowotnych,
- określeniem indywidualnych dolegliwości u pracowników na określonych stanowiskach,
- określeniem zaleceń do zmiany zachowań pracowników oraz dostosowania stanowisk pracy w zależności od obciążeń.

W ramach opisu programu nie przedstawiono sposobu monitorowania pracowników oraz nie oceniono efektów wprowadzonych zmian czy działań. W ramach badania nie oceniono także, czy sposób przeprowadzenia badań, ich czasochłonność oraz poświęcone środki finansowe pozwalają w sposób optymalny na wdrożenie tego typu algorytmów postępowania u wszystkich pracowników czy być może tylko w określonych grupach ryzyka.

Na podstawie wyników ankiet oraz przeglądu piśmiennictwa został opracowany kompleksowy program profilaktyczny. W dokumentach dedykowanych pracownikom BHP oraz w ramach opisu programu – „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu układu ruchu i obwodowego układu nerwowego” – przedstawiono, w oparciu o pozycje literaturowe

⁹<http://cel.webofknowledge.com/InboundService.do?SID=Q1x9iPBlqApC7acMKpL&product=CEL&UT=000187626800014&SrcApp=Highwire&Init=Yes&action=retrieve&Func=Frame&customersID=Highwire&SrcAuth=Highwire&IsProductCode=Yes&mode=FullRecord>

wymienione na końcu dokumentu, istotne elementy programu służące ocenie czynników ryzyka, profilaktyki medycznej, ergonomii oraz zasad edukacji pracowników i pracodawców.

W zakresie opracowanych materiałów dla lekarzy i pracowników BHP przedstawiono obszerną dokumentację na temat czynników ryzyka, chorób zawodowych oraz metod ich prewencji – opis metod i sposobu ich zastosowania lub wdrażania został opisany szczegółowo dla niektórych interwencji (metoda oceny obciążeń, metodą RULA, REBA, konkretne ćwiczenia relaksacyjne oraz zestaw ćwiczeń dla pracowników z zespołami bólowymi kręgosłupa lędźwiowo krzyżowego) wraz z wskazaniem zadań dla przedstawicieli określonych grup - pracodawców, lekarzy medycyny pracy czy pracowników BHP. Jednakże w ramach tych opisów nie odwołano się do dowodów na ich skuteczność lub dobrych praktyk stosowania ich w innych krajach wraz ze sposobem ich wdrażania czy oceny ich efektywności w określonym miejscu pracy.¹⁰ W niektórych przypadkach zostały przedstawione ogólne rekomendacje dotyczące zadań i zakresu zaangażowania pracowników i pracodawców w ramach programu profilaktycznego.

W ramach badania pilotażowego wśród pracowników 2 zakładów pracy przebadano 210 pracowników, zaś wśród 167 przeprowadzono ankietę (brak informacji o wielkości zakładów oraz doborze próby tej grupy pracowników do badania) w celu oceny występowania dolegliwości oraz określenia stopnia obciążania pracowników. W pracy uwzględniono dane demograficzne pracowników, stanowiska pracy, wyniki badań diagnostycznych, ocenę stanowiska pracy przez pracowników, a także dane dotyczące ich wykształcenia, zatrudnienia, charakterystyki pracy zawodowej, rodzaju firmy, organizacji pracy, a także narażenia na czynniki ryzyka.

W ramach programu skupiono się głównie na badaniach, które mogą być przydatne w zakresie profilaktyki pierwotnej (u osób zdrowych) oraz wtórnej (u osób ze zdiagnozowanymi chorobami układu ruchu i obwodowego układu nerwowego). Zaproponowane metody w ramach programu są skierowane głównie na edukację i podniesienie świadomości w określonych grupach zawodowych poprzez systematyczne i kompleksowe opracowanie materiałów edukacyjnych

W ramach opisu kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono zakres określonych interwencji, które mogą być podejmowane w ramach programów prewencji, przede wszystkim pierwszorzędowej (edukacja, ergonomia stanowiska pracy) oraz drugorzędowej (wczesna diagnostyka oraz czynne poradnictwo). Przedstawiono ogólne zalecenia co do zakresu i sposobu przeprowadzenia wczesnej diagnostyki przez lekarzy czy szkolenia pracowników. Ze względu na ramowy charakter przedstawionego programu, proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie. Opracowano kompleksowy podręcznik na temat środowiska pracy dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników oraz na temat czynników ryzyka w aspekcie pracy zawodowej i aktywności pozazawodowej. Ze względu na rodzaj grup docelowych zalecane jest przygotowanie materiałów dedykowanych określonym grupom odbiorców wraz z uproszczeniem lub interaktywną formą prezentacji czynników ryzyka czy zalecanych działań poszczególnym odbiorcom.

Nie przedstawiono odrębnie harmonogramu działań, kolejności oraz szczegółowego zakresu poszczególnych etapów programu, odpowiedzialności i zakresu obowiązków osób włączonych do programu. Brak także określonego czasu realizacji poszczególnych interwencji w ramach programu oraz oceny ich implementacji. Można uznać, że na podstawie zaproponowanych metod możliwe jest stworzenie szczegółowego harmonogramu przygotowania programu profilaktycznego dla określonego zakładu pracy. Ponadto, w ramach programu nie

¹⁰ <http://oem.bmj.com/content/61/7/643.full>

przedstawiono, jako załączników konkretnych narzędzi do wdrożenia w określonych zakładach, zasad ich wdrażania oraz zakresu materiałów dla poszczególnych interwencji czy określonych grup ryzyka. Z tego wynika, że konieczne jest opracowanie szczegółowych materiałów do każdego programu, który miałby zostać opracowany (na podstawie programu kompleksowego) do wdrożenia w konkretnym zakładzie pracy, w zależności od grupy docelowej z wykorzystaniem rozwiązań z innych krajów czy przeglądu literatury.

W ramach badania w zakładach pracy wskazano, że najczęstsze dolegliwości dotyczą dolegliwości kręgosłupa. Ze względu na koszty i problemy z implementacją programu indywidualnie, na poziomie każdego przedsiębiorstwa, wskazane jest opracowanie kampanii ogólnokrajowej albo krajowego programu dotyczącego jedynie profilaktyki obciążeń kręgosłupa¹¹.

Czy opracowana strategia edukacji zdrowotnej przyczyniła się do realizacji celów założonych w programach profilaktycznych?

W ramach kompleksowego programu profilaktyki chorób układu ruchu sprecyzowano główny cel – poprawę stanu zdrowia u osób pracujących poprzez minimalizowanie ryzyka wystąpienia zawodowych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego u osób zatrudnionych w warunkach zagrożeń dla układu mięśniowo-szkieletowego. Określono także cele szczegółowe. Zostały one ukierunkowane na opracowanie algorytmu postępowania w ramach programów profilaktycznych w ramach: pierwszorzędowej prewencji z zakresu ergonomii koncepcyjnej, drugorzędowej – wczesnej diagnostyki oraz eliminacji wystąpienia chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, oraz w niewielkim stopniu trzeciorzędowej – poprzez zahamowanie rozwoju istniejących procesów chorobowych. Przedstawiony algorytm postępowania nie przedstawia jednak konkretnej strategii zdrowotnej (typów szkoleń, zakresu materiału, sposobu przekazu, sposobu realizacji w czasie oraz efektów osiągniętych u uczestników – w ramach założeń programu każde szkolenie miało być ocenione przez ich uczestników), lecz jedynie zalecenia względem niej. Jednocześnie w ramach kompleksowego programu profilaktycznego nie przedstawiono oczekiwanych efektów programu czy wskaźników ich wdrożenia w konkretnych miejscach pracy oraz sposobu ich ewaluacji. Jednocześnie charakter projektu, zgodnie z opisem z wniosku o dofinansowanie, można określić jako badawczy i konieczne jest doszczegółowienie tych elementów na kolejnych etapach prac.

Głównym problemem we wdrażaniu programów profilaktycznych jest stworzenie programów pozwalających na utrzymanie długofalowych efektów.

Nie przedstawiono planu spotkań informacyjno-edukacyjnych oraz efektów programów pilotażowych w 2 zakładach pracy w zakresie mierzonych efektów krótko- i długoterminowych. Przedstawiono szczegółowe wyniki dotyczące charakterystyki pracowników i ich narażenia na czynniki ryzyka oraz preferencji w odniesieniu do metod profilaktyki, natomiast nie oceniano ich wpływu na poprawę zdrowia czy zmianę w miejscu pracy (po zakończeniu programów oraz w okresie follow-up).

Efektem mierzalnym programu, pośrednio wskazanym w przedstawionym materiale, jest obniżenie liczby nieprawidłowo przygotowanych stanowisk pracy oraz przez to zmniejszenie rozwoju objawów lub nowych zachorowań związanych z uszkodzeniem układu ruchu czy obwodowego układu nerwowego w miejscu pracy. Jednocześnie, z punktu widzenia wdrażanych interwencji, proponowanych w ramach kompleksowego programu profilaktycznego,

¹¹ <http://www.cdc.gov/niosh/topics/PtD/>

rekomenduje się zmiany celu tych programów i skupienie się także na zmniejszeniu ryzyka chorób pośrednio związanych z pracą czy aktywizacją ludzi z chorobami przewlekłymi układu ruchu, czy obwodowego układu nerwowego.

Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych? Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?

Określone w programie metody komunikacji obejmowały edukację lekarzy i innych osób (pracowników PIP, PIS, BHP), zaangażowanych w opiekę nad pracownikami w postaci szkoleń. Prowadzono także z pracownikami spotkania informacyjno-edukacyjne w zakładach pracy.

Ponadto, w ramach rozpowszechniania założeń programu, przeprowadzono:

- konferencję „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego” (19.05.2011 r.) – dla pracowników BHP, PIS i PIP (liczba uczestników: 66 osób);
- konferencję szkoleniową (25.11.2011 r.) – z udziałem 73 przedstawicieli służb medycznych;
- szkolenie „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego” (11-13.05.2011 r.) – dla lekarzy i pielęgniarek służby medycyny pracy i podstawowej opieki zdrowotnej (liczba uczestników: 22 osoby);
- szkolenie „Profilaktyka chorób układu ruchu” (24-26.11.2010 r.), w którym wzięło udział 18 lekarzy i pielęgniarek służby medycyny pracy i podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2 warsztaty trenerskie dotyczące profilaktyki chorób układu ruchu (12-14.10.2011 r.) – łącznie z udziałem 41 kluczowych trenerów;
- spotkania o charakterze edukacyjno-informacyjnym w 7 zakładach pracy, w czasie których łącznie przeszkolono 201 osób.

Opracowana na potrzeby programu prezentacja dotyczy czynników ryzyka – w sposób czytelny przedstawia informacje na temat zawodowych czynników ryzyka układu ruchu i obwodowego układu nerwowego. Jednak w prezentacji brak jest informacji, w jaki sposób przekazano lub przedstawiano możliwości wdrażania interwencji czy metod profilaktycznych, które są zaplanowane w ramach kompleksowego programu profilaktycznego.

Materiały opracowane dla pracowników ochrony pracy są kompleksowe i przedstawiają szeroki zakres wiedzy. Jednakże sposób prezentacji danych na temat czynników ryzyka w opracowanych podręcznikach nie ułatwia czytelnikowi odbioru w sposób przejrzysty i dostosowany do posiadanej przez niego wiedzy. Konieczne jest opracowanie słowników pojęć oraz opracowanie podstron (linków) na stronie internetowej, pozwalających na pogłębienie informacji lub inną formę ich prezentacji (osobno dotyczące poszczególnych interwencji, ćwiczeń relaksacyjnych, ćwiczeń w przypadku zespołów bólowych, oceny obciążeń dla określonych metod na przykładzie doświadczeń innych krajów¹²). Wszystkie informacje na temat programu znajdują się na stronie internetowej, zatem wszyscy zainteresowani mają do nich dostęp. Jednakże nie stworzono strony internetowej dedykowanej pracownikom i pracodawcom, z przekazem dostosowanym do poziomu ich wiedzy na temat czynników ryzyka w pracy. Jednocześnie, ze względu na promocyjny aspekt opracowanych zaleceń ogólnych w kwestii zdrowia, proponujemy opracowanie konkretnych materiałów dla różnych grup wiekowych (filmy online dla grupy wiekowej „20-40”, opracowanie materiałów instruktażowych do ćwiczeń ruchowych (dostępnych w formie cyfrowego zapisu na nośnikach DVD), opracowanie

¹² <http://www.cdc.gov/niosh/topics/ergonomics/#guide>

indywidualnych programów promujących aktywność fizyczną wśród pracowników i pracodawców.

Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego wsparcia w ramach projektu? Co należałoby ewentualnie zmienić / poprawić?

Z analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że mocną stroną programu profilaktycznego dotyczącego układu ruchu i obwodowego układu nerwowego jest:

- kompleksowe opracowanie identyfikacji zawodowych i częściowo pozazawodowych czynników ryzyka w oparciu o rzetelną analizę piśmiennictwa,
- próba opracowania kompleksowego programu profilaktycznego zgodnego z obecnymi dowodami naukowymi oraz – oprócz uwzględnienia kilku interwencji – zgodnych z włączaniem szerokiej grupy odbiorców,
- szczegółowe opracowanie elementów wybranych interwencji (zestawy ćwiczeń, ocena ergonometyczna, ocena obciążeń) oraz materiałów fotograficznych,
- przeprowadzenie badania ankietowego, ukierunkowanego na określone czynniki ryzyka oraz identyfikację dolegliwości u pracowników w zakresie układu ruchu i obwodowego układu nerwowego w określonych przedsiębiorstwach – wskazane jest opublikowanie tych wyników i wskazanie określonych praktyk w zależności od typu przedsiębiorstw,
- szeroki zakres grup zawodowych objętych szkoleniem,
- opracowanie kompleksowych poradników dla lekarzy oraz BHP w zakresie czynników ryzyka, chorób zawodowych, odpowiedzialności poszczególnych grup zawodowych wraz z opisem niektórych interwencji.

Słabą stroną opracowanego programu jest:

- brak dokładnego określenia grup adresatów programu w zależności od stosowanej interwencji,
- brak określenia mierników oceny efektów programu,
- brak materiałów osobno opracowanych dla określonych grup docelowych,
- brak harmonogramu wdrożenia programu, brak informacji na temat monitorowania przebiegu programu oraz osiągania założonych efektów,
- brak informacji na temat kosztów i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań,
- brak informacji na temat efektów wdrożenia programu profilaktycznego.

Poniżej przedstawiamy propozycje zmian do wdrożenia w kolejnych tego typu programach:

- Niezbędne jest wskazanie określonych celów do osiągnięcia przez określone grupy zawodowe, zaangażowane w proces wdrażania kompleksowego programu profilaktycznego (osobno dla pracodawców, lekarzy itp.).
- Opracowane dokumenty wymagają uproszczenia w przekazie oraz uporządkowania sposobu ich prezentacji w zależności od grupy docelowej; jednocześnie wskazane jest rozważenie użycia interaktywnych metod prezentacji danych (filmów, narzędzi online) wraz z ich walidacją co do skuteczności i kompleksowości przekazu.
- Przedstawiono szeroki zakres interwencji (niektóre jedynie w sposób ogólny, a niektóre bardzo szczegółowo w ramach kompleksowego programu profilaktycznego bez wskazania dowodów skuteczności), który wymaga w przypadku niektórych interwencji doszczegółowienia typu, opisanie stosowanych metod wraz z narzędziami edukacyjnymi, ich promocji oraz wdrożenia w ramach kompleksowego programu profilaktycznego.

- Konieczne jest doprecyzowanie harmonogramu kompleksowego programu oraz monitorowanie przebiegu i osiągnięcia założonych efektów w okresie krótko i długoterminowym w zależności od adresatów programu.
- W ramach programu konieczne jest w przyszłości rozważenie dopasowanie sposobu komunikacji do różnych grup zawodowych poprzez ocenę skuteczności tych działań na różnych poziomach – krajowym, lokalnym w określonych branżach, uwzględnienie kosztów prowadzonych działań oraz koordynacja z ewentualnie toczącymi się innymi programami zdrowotnymi czy akcjami informacyjnymi.
- Zasadnym wydaje się opracowanie programów szkoleń otwartych, skierowanych do określonych grup docelowych przez wyedukowanych trenerów na terenie całego kraju.
- Opracowane powinny zostać szczegółowe materiały dotyczące zakresu, wykonania, wdrożenia oraz monitorowania interwencji profilaktycznych, z uwzględnieniem grup zawodowych oraz wieku odbiorców.
- Opracowania wymaga słownik podstawowych pojęć, który byłby dostępny online.
- Niezbędne jest stworzenie propozycji programów zdrowotnych wdrażanych przez pracodawców czy samorządy, poprawiających aktywność ruchową pracowników.
- Konieczne jest zebranie wytycznych postępowania, dedykowanych dla lekarzy, w celu zapobiegania chorobom układu ruchu czy nerwowego¹³ wraz ze wskazaniem, że istotny jest jak najszybszy powrót pacjentów do pracy, ewentualnie zażywanie leków przeciwbólowych oraz rehabilitacja¹⁴.

W ramach współpracy z pracodawcami wskazane jest przedstawienie klarownych wskazówek, dotyczących postępowania mającego na celu zapobieganie chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego (oprócz wdrożenia ergonometrii miejsc pracy). Dlatego konieczne jest odnalezienie dowodów naukowych, wskazujących na preferowane zachowania pracodawców, niezbędna jest zmiana zakresu obowiązków pracownika, w przypadku wystąpienia bólu, na okres dwóch tygodni, co pozwoli na uniknięcie zwolnienia chorobowego i tym samym, zmniejsza obciążenia pracodawcy.¹⁵

Czy usprawniono procedury wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy?

W ramach opracowanych dokumentów przedstawiono opis zawodowych czynników ryzyka oraz działania, które wdrożone przez pracodawcę (kwestia przepisów BHP oraz ergonomicznych rozwiązań w tym wdrożenie oceny stanowiska pracy Ergonomiczną Listą Kontrolną ILO i inne narzędzia) wraz z czynnym poradnictwem, pozwalają na ocenę wstępną, monitorowanie i modyfikację czynników ryzyka dla chorób układu ruchu czy obwodowego układu nerwowego. Przedstawione rekomendacje dotyczą pracodawców oraz w szerokim zakresie pracowników (zasady prawidłowego używania układu ruchu, zestawy ćwiczeń, tempo pracy oraz ćwiczeń relaksacyjnych dla pracowników biurowych, organizacja miejsca pracy) poprzez wskazanie metod i zakresu podejmowanych metod prewencji. W tym zakresie skierowanie uwagi na określone działania jest metodą promocji zdrowia – nie tylko w zakresie układu ruchu czy obwodowego układu nerwowego.

W ramach kolejnych grup, wspomagających działania prewencyjne, wskazano działania w zakresie poradnictwa dla osób zagrożonych oraz identyfikację i monitorowanie czynników ryzyka oraz wczesną diagnostykę chorób. W tym zakresie wskazana została rola i udział lekarzy medycyny pracy we współpracy z pracodawcą. W tym zakresie edukacja lekarzy medycyny

¹³ <http://oem.bmj.com/content/60/9/618.full>

¹⁴ <http://www.cmaj.ca/content/158/12/1625.short>

¹⁵ <http://www.cmaj.ca/content/158/12/1625.full.pdf+html>

pracy prawdopodobnie pozwoli na zmianę świadomości zagrożeń związanych z środowiskiem pracy – **konieczne jest rozważenie kolejnych grup docelowych, lekarzy reumatologów, internistów, ortopedów czy fizjoterapeutów, do których najczęściej trafiają pracownicy z dolegliwościami układu ruchu czy nerwowego.** Jednocześnie w ramach programu nie wskazano metod komunikacji, jej zakresu oraz odpowiedzialności kolejnych osób w tym procesie, w szczególności koordynatora działań na określonym terenie czy w określonych grupach pracodawców.

Dodatkowym elementem opisanym w przedstawionych dokumentach jest propozycja rozwiązań szczegółowych dla pracowników biurowych, jako przykład rozwiązań do wdrożenia, oraz ćwiczenia dla osób z zespołami bólowymi lędźwiowo-krzyżowego odcinka kręgosłupa.

Jednakże, ze względu na charakter przedstawionego programu, opisane działania i procedury, zaprezentowane w ramach dokumentu, skierowane są wyłącznie do określonych grup pracowników oraz, ze względu na ograniczony zasięg działań, poprawie mogły ulec procedury jedynie w tych dwóch określonych przedsiębiorstwach. Sugerowane jest jednak opracowanie osobnych materiałów dotyczących poszczególnych interwencji, wraz z wykorzystaniem interaktywnych metod prezentacji dla pracowników oraz wdrożenie programu monitorowania potencjalnych zmian w tych zakładach.

Czy bazując na opracowanym programie profilaktycznym związanym z pracą oraz chorobami zawodowymi z zakresu chorób układu ruchu można zidentyfikować „dobre praktyki”, które będą mogły zostać wykorzystane w przyszłości?

Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego zawiera kilka wartych przytoczenia rozwiązań, które po dopracowaniu mogłyby stanowić dobre praktyki:

- analiza czynników ryzyka oparta jest na **rzetelnej analizie piśmiennictwa** oraz daje możliwość przeprowadzenia własnych badań w danym regionie czy zakładzie pracy,
- działania szkoleniowo-informacyjne wśród pracowników na temat zagrożeń czynników ryzyka układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego,
- **wzmożenie współpracy między lekarzem-profilaktykiem i służbami BHP, PIP w zakresie działań profilaktycznych**, oparte na pogłębieniu umiejętności interpretacji wyników badań, świadomości stosowanych narzędzi oraz wdrażanych interwencji,
- opracowanie strony internetowej do promocji i komunikacji z odbiorcami programów.

4.2.1. Ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno – informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników

Czy pracownicy i pracodawcy uczestniczący w spotkaniach edukacyjno-informacyjnych z zakresu chorób zawodowych i chorób związanych z pracą zdobyli na nich dodatkową wiedzę? Czy podniosła się ich świadomość prozdrowotna? Czy w życiu codziennym wykorzystali wiedzę zdobytą podczas szkolenia? Czy szkolenie

skłoniło ich do dodatkowych badań lub wizyty u lekarza specjalisty? Czy od czasu zakończenia szkolenia zdiagnozowano u nich chorobę zawodową?

Ze względu na trudności opisane w rozdziale metodologicznym analizie poddano wyniki ankiet przeprowadzanych z pracownikami przed i po spotkaniach informacyjno-edukacyjnych. Pracownicy wypełniali ankietę dotyczącą ich wiedzy na temat czynników ryzyka w miejscu pracy związanych z podnoszeniem ciężarów (sposobu, masy, itp.) oraz dopuszczalnych norm. Ankieta zawierała 7 pytań i uzupełniło ją 41 pracowników. Przed spotkaniami pracownicy prawidłowo odpowiadali średnio na 3 pytania, natomiast po spotkaniach na średnio 6 pytań. Można zatem powiedzieć, że wzrosła wiedza pracowników z zakresu ochrony układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Czy osoby uczestniczące w szkoleniach/konferencjach/warsztatach zdobyły nową wiedzę i wykorzystywały ją w życiu zawodowym w zakresie działań profilaktycznych dla chorób zawodowych i chorób związanych z pracą dot. chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego?

Czy opracowane materiały szkoleniowe i edukacyjne dla lekarzy, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP, pracodawców i pracowników są przydatne i adekwatne do zakładanych celów?

Na potrzeby programu profilaktycznego chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego odbyły się następujące spotkania: konferencja szkoleniowa dla służb medycznych, która zgromadziła 73 osoby, konferencja z udziałem 66 przedstawicieli BHP, PIS i PIP, dwa szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy oraz POZ, w których łącznie wzięło udział 40 uczestników oraz dwa warsztaty trenerskie z udziałem 41 kluczowych trenerów.

Analiza przeprowadzonego badania wsparta została dodatkowo wynikami ankiety przeprowadzonej wśród uczestników spotkań – w momencie ich zakończenia – przez Instytut Medycyny Pracy (IMP) w Łodzi. Pozwoliło to nie tylko na porównanie wyników obu badań, ale także uwierzytelnienie tych uzyskanych już po zakończeniu projektu, w toku niniejszego badania ewaluacyjnego.

Jak pokazują wyniki ankiety przeprowadzonej na potrzeby niniejszego badania ewaluacyjnego niemal wszyscy jej uczestnicy dobrze i bardzo dobrze oceniają uzyskane w czasie tych spotkań informacje – co potwierdzają także wyniki ankiety przeprowadzonej przez IMP na zakończenie konferencji. W zdecydowanej większości są również zdania, że wszystkie zagadnienia poruszone w czasie tego spotkania zostały omówione dostatecznie wnikliwie. Respondenci, którzy wzięli udział w tym programie profilaktycznym, niemal jednogłośnie byli zgodni w tym, że dzięki uczestnictwu w konferencji zdobyli dodatkową wiedzę, którą wykorzystują w codziennej praktyce zawodowej. Pracownicy BHP, PIS i PIP wiedzą tam zdobytą posiłkują się, m.in. w kwestii oceny ryzyka zawodowego oraz oceny zagrożeń na stanowiskach pracy, nadzoru środowiska pracy, w czasie przeprowadzanych z pracownikami szkoleń i innych działań profilaktycznych, a także w zakresie ergonomii stanowisk pracy i przystosowania ich do warunków pracy. Lekarze natomiast wykorzystują ją przy orzecznictwie o chorobach zawodowych/zdolności do pracy i – podobnie jak pielęgniarki czy pielęgniarze – w codziennej pracy z pacjentami, tj. w zakresie diagnostyki i prewencji, edukacji pacjentów oraz ich bliskich, jak również podczas działalności szkoleniowej.

Ci uczestnicy programu profilaktycznego układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, którzy wzięli udział w warsztatach, bądź szkoleniach zorganizowanych na potrzeby tego programu

generalnie oceniają je bardzo wysoko, co pokazują zarówno wyniki ankiety przeprowadzonej w ramach ewaluacji, jak i tej przeprowadzonej tuż po zakończeniu szkoleń/warsztatów przez IMP. Niemal wszyscy przyznają, że zagadnienia poruszone w ich trakcie zostały omówione wystarczająco dogłębnie, a dzięki uczestnictwu w nich zdecydowana większość miała możliwość zdobycia dodatkowej wiedzy. Podobną opinię uczestnicy wyrazili zresztą w momencie ukończenia szkoleń – jak wynika z badania kwestionariuszowego zrealizowanego przez IMP w Łodzi – niemal wszyscy uznali, że informacje uzyskane podczas szkolenia zwiększyły ich wiedzę na tematy metod i zakresu prowadzenia działań ukierunkowanych na profilaktykę chorób układu ruchu. Ponadto, jak przyznali badani przedstawiciele służb medycznych, na wiedzy zdobytej podczas warsztatów czy szkoleń bazują często w codziennej pracy, m.in. przy podejmowaniu decyzji orzeczniczych (także w kwestii chorób zawodowych), ocenie stanu zdrowia pacjentów oraz ich leczeniu, w zakresie bezpieczeństwa higieny pracy i propagowaniu zachowań prozdrowotnych wśród pracowników (m.in. w kwestii ergonomii stanowisk pracy), jak również przy organizacji szkoleń i innych działań związanych z profilaktyką.

Niemal $\frac{3}{4}$ uczestniczących w tym programie profilaktycznym reprezentantów służb medycznych zna poradniki dla lekarzy oraz pracowników BHP, PIS i PIP opracowane na potrzeby tego programu – przeważająca grupa przyznała, że miała okazję z nich korzystać i że są one przydatne w codziennej pracy. Większość uważa także, iż w poradnikach zawarto wszystkie niezbędne informacje.

Podobnie jak w przypadku programu profilaktyki ochrony słuchu, także w przypadku tego programu, ponad połowa jego uczestników odpowiedziała, iż nie zna programu profilaktycznego chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego opracowanego w ramach projektu (56%) – niespełna $\frac{1}{3}$ zna ów program i wykorzystuje go w praktyce (wśród badanych, którzy znają program, ale z niego nie korzystają, najczęściej pojawiającym się argumentem był brak takiej potrzeby). Niemniej znacząca większość oceniła jego przydatność wysoko, a także uznała, iż w programie zawarto wszystkie niezbędne informacje, co zdaje się potwierdzać wyniki ankiety przeprowadzonej w momencie realizacji programu – jego uczestnicy zapytani w owym czasie o to, czy opracowany program profilaktyki chorób układu ruchu zawiera wszystkie niezbędne elementy, prawie jednomyślnie odpowiedzieli twierdząco.

Reasumując, program profilaktyczny chorób układu ruchu oraz obwodowego układu nerwowego jest przez jego uczestników ogólnie oceniany jest dobrze, zarówno jeśli chodzi o zaproponowane metody komunikacji (konferencje, szkolenia/warsztaty), jak i materiały dydaktyczne w postaci poradników dla lekarzy i pracowników BHP, PIS i PIP. Co się zaś tyczy opracowanego w ramach projektu programu profilaktycznego, to mimo, iż także oceniany jest wysoko, to znaczna część respondentów przyznała, że nie zna tego programu. Można więc przypuszczać, że niektórzy spośród nich, nawet jeśli zaznajomiła się w przeszłości z opracowanym programem profilaktycznym, to faktu tego nie pamięta.

4.3. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu chorób układu krążenia

W tej części badania ocenie poddano następujące dokumenty:

- Wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości

funkcjonowania systemu ochrony zdrowia". Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,

- 5 wniosków o płatność,
- Sprawozdanie z realizacji programu
- „Środowisko pracy a choroby układu krążenia. Poradnik dla specjalistów BHP, PIP, PIS, pracowników i pracodawców”, pod reakcją Alicji Bortkiewicz,
- Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia,
- „Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej. Poradnik dla lekarzy”, pod reakcją Alicji Bortkiewicz,
- prezentacja – „Zawodowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia”,
- film edukacyjno-informacyjny „Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej”,
- informacje na stronie <http://www.programyzdrowotne.pl> w zakresie profilaktyki CHUK.

Na podstawie przedstawionych dokumentów można określić, że program profilaktyczny dotyczący CHUK obejmował następujące działania:

- identyfikację czynników obecnych w środowisku pracy, odpowiedzialnych za rozwój chorób zawodowych; dokonano tego za pomocą przeglądu piśmiennictwa oraz badań własnych,
- poznanie potrzeb, oczekiwań i najważniejszych form realizacji programu profilaktycznego CHUK; dokonano tego za pomocą badania ankietowego wśród 407 pracowników,
- przygotowanie materiałów edukacyjno-informacyjnych na temat czynników ryzyka CHUK; opracowano podręczniki dla lekarzy, pracowników PIS, PIP, BHP oraz prezentację i film informacyjno-edukacyjny,
- przygotowanie modelowego programu profilaktycznego we współpracy z Miejskim Przedsiębiorstwem Komunikacji Miejskiej w Łodzi; ogólne informacje na ten temat podano w filmie edukacyjno-informacyjnym – program ten obejmował edukację zdrowotną na temat stylu życia, radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej, palenia tytoniu,
- opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego CHUK;
- udostępnienie elektronicznych materiałów edukacyjno-informacyjnych na stronie internetowej,
- szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek POZ, lekarzy orzeczników,
- spotkania edukacyjno-informacyjne dla pracowników i pracodawców, spotkania z górnikiemami,
- uruchomienie bezpłatnego Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne typu „hot-line” (e-health) udzielającego pomocy w zakresie problematyki chorób zawodowych.

Czy właściwie zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą?

CHUK nie są uznawane za choroby zawodowe – nie ma ich na urzędowej liście chorób zawodowych, jednak są uznawane za choroby związane z pracą, ze względu na złożoną etiologię, występowanie w populacji ogólnej i fakt, że zawodowe czynniki ryzyka i warunki pracy

są jednymi z czynników ryzyka, które wpływają na ujawnienie, przyspieszenie lub pogorszenie przebiegu choroby.

W ramach przeglądu piśmiennictwa zidentyfikowano czynniki ryzyka CHUK, zarówno klasyczne (dotyczące całej populacji – takie jak palenie tytoniu, aktywność fizyczna, otyłość, cholesterol oraz choroby, takie jak cukrzyca, nadciśnienie i obturacyjny bezdech senny), jak i zawodowe oraz środowiskowe (fizyczne – przede wszystkim hałas, mikroklimat, pole elektromagnetyczne; chemiczne – m.in. dwusiarczek węgla, nitrogliceryna, tlenek węgla, ołów, kobalt, rozpuszczalniki organiczne, związki fosforoorganiczne, arsen i antymon; czynniki wynikające z charakteru pracy – wysiłek fizyczny w pracy, praca zmianowa i wydłużony czas pracy, stres). Oszacowano także ich wpływ na występowanie CHUK, podając zwiększenie ryzyka z nimi związane podawane w poszczególnych cytowanych badaniach. Klasyczne czynniki ryzyka tłumaczą około 50% przypadków CHUK, za pozostałą część mogą być odpowiedzialne inne czynniki, w tym środowiskowe i zawodowe, których jest około 200. Materiały edukacyjne, takie jak film edukacyjno-informacyjny i prezentacja multimedialna w sposób czytelny podsumowują zawodowe i środowiskowe czynniki ryzyka CHUK.

Nie określono, czy przegląd literatury został wykonany zgodnie z metodą przeglądu systematycznego, nie podano też, na ile wiarygodne były doniesienia na temat ryzyka związanego z poszczególnymi czynnikami.

Przegląd literatury uzupełniono badaniami własnymi. Było to badanie obejmujące 294 chorych pracujących hospitalizowanych z powodu zawału serca w okresie 1 roku, u których na podstawie ankiety zidentyfikowano częstość występowania narażenia na czynniki chemiczne, fizyczne, pyły, nieprzyjemne warunki pracy, czynniki psychospołeczne, stres w pracy, zmęczenie, warunki materialne oraz narażenie na klasyczne czynniki ryzyka CHUK.

Można uznać, że **czynniki ryzyka zostały zidentyfikowane właściwie**, gdyż obejmują te, które opisuje się w literaturze krajowej i zagranicznej.

Czy właściwie zidentyfikowano grupy ryzyka?

W przeglądzie piśmiennictwa, grupy ryzyka zidentyfikowano poprzez narażenie na czynniki ryzyka – w niektórych przypadkach podano konkretne zawody lub branże związane z danym narażeniem i wielkość tego narażenia. W poradniku dla lekarzy i pracowników BHP, PIP, PIS przedstawiono tabelę opracowaną jedynie na podstawie badania szwedzkiego (ze względu na brak polskich danych w tym zakresie), w której określono liczbowo ryzyko pierwszego zawału serca w populacji szwedzkiej według grup zawodowych. Warto byłoby uzupełnić te informacje danymi pochodzącymi z innych krajów oraz na podstawie analizy piśmiennictwa lub informacją, że innych danych na ten temat nie zidentyfikowano.

W badaniach własnych przeprowadzonych na grupie chorych, którzy przeszli pierwszy zawał serca, w większości przypadków nie identyfikowano częstości narażenia na poszczególne czynniki ryzyka CHUK, dla poszczególnych grup zawodowych, a jedynie przedstawiono częstość narażenia na poszczególne czynniki ryzyka.

Określenie grup ryzyka poprzez narażenie na czynniki ryzyka, uzupełnione w niektórych przypadkach informacją o konkretnych zawodach lub branżach, na podstawie przedstawionej analizy piśmiennictwa **można uznać za właściwe**, również dlatego, że niektóre czynniki ryzyka CHUK nie są związane z konkretnym zawodem, a głównie z charakterem i warunkami pracy. Tą informację uzupełniono danymi o zwiększeniu ryzyka dla poszczególnych branż na podstawie badania szwedzkiego.

Czy właściwie określono adresatów działań profilaktycznych?

W programie profilaktycznym, nie przedstawiono sposobu rekrutacji oraz konkretnych kryteriów włączenia adresatów do programu profilaktycznego. Wskazano jednakże określone rodzaje narażenia, i w niektórych przypadkach, również grupy zawodowe, które taki program profilaktyczny mógłby objąć. Nie określono kryteriów doboru populacji docelowej czy adresatów, w zależności od zastosowanych interwencji czy działań. Ze względu na ukierunkowanie programu głównie na klasyczne czynniki ryzyka (aktywność fizyczna, palenie tytoniu i dieta) oraz profilaktykę stresu i rozszerzenie zakresu badań profilaktycznych, można uznać, że adresatami programu są wszyscy pracownicy.

W filmie edukacyjnym przedstawiono ponadto ogólne informacje na temat programu profilaktycznego przygotowanego we współpracy z Miejskim Przedsiębiorstwem Komunikacji w Łodzi. Program ten obejmował edukację zdrowotną na temat stylu życia, radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej, palenia tytoniu i również można uznać, że ze względu na ukierunkowanie na klasyczne czynniki ryzyka oraz profilaktykę stresu, adresatami programu byli wszyscy pracownicy i pracodawcy.

Autorzy przeprowadzili wśród 407 pracowników ankietę na temat stanu zdrowia i kondycji fizycznej oraz oczekiwań związanych z planowanymi przez pracodawcę działaniami profilaktycznymi. Na podstawie wyników takich ankiet można przygotować programy profilaktyczne ukierunkowane na konkretną grupę zawodową i czynniki ryzyka, przy uwzględnieniu oczekiwań pracowników. Można przyjąć, że ze względu na to, że program profilaktyczny ukierunkowany jest na klasyczne czynniki ryzyka i profilaktykę stresu oraz poszerzenie zakresu badań profilaktycznych, jego adresatami są wszyscy pracownicy i pracodawcy. Ponadto, zaproponowany program profilaktyczny ma charakter ramowy i wymaga dostosowania i stworzenia na jego podstawie programu ukierunkowanego na konkretny zakład pracy.

Czy zaproponowane metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne?

Ze względu na charakter programu, zaproponowane interwencje obejmują działania w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania ram do działań profilaktycznych w zależności od grup zawodowych oraz grup ryzyka.

Główne działania dotyczyły:

- edukacji (w tym przygotowania materiałów) skierowanej do wszystkich służb zaangażowanych w opiekę nad pracownikami oraz pracodawców i pracowników,
- ankietowego badania pilotażowego, służącego do oceny preferencji pracowników w zakresie proponowanych interwencji,
- opracowania modelowego programu profilaktycznego,
- opracowania programu profilaktycznego we współpracy z Miejskim Przedsiębiorstwem Komunikacji w Łodzi. Program ten obejmował edukację zdrowotną na temat stylu życia, radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej, palenia tytoniu.

Prezentowano ogólny schemat działań profilaktycznych, obejmujący zarówno zawodowe, jak i klasyczne czynniki ryzyka. Jako interwencje ze strony pracodawcy wymieniono identyfikację, monitorowanie i nadzór nad czynnikami fizycznymi i chemicznymi (regulowane szczegółowymi przepisami prawnymi) i psychospołecznymi, poprawę warunków pracy (odpowiednia organizacja pracy, zmiana procesów technologicznych, poprawa sposobów wykonywania pracy, stosowanie

środków ochrony osobistej), eliminację stresorów i programy radzenia sobie ze stresem wśród pracowników, a także propagowanie i promocję postaw prozdrowotnych wśród pracowników (te ostatnie dotyczące klasycznych czynników ryzyka). Proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie – wszystkie dotyczyły klasycznych czynników ryzyka CHUK oraz profilaktyki stresu i poszerzenia zakresu badań profilaktycznych.

Nie przedstawiono metodyki selekcji oraz oceny skuteczności poszczególnych działań, a także szczegółów dotyczących zakresu interwencji, metod ich wdrożenia. W sposób ramowy opisano, jakie elementy należy uwzględnić w działaniach profilaktycznych ukierunkowanych na zwiększenie aktywności fizycznej, ograniczenie palenia tytoniu, poprawę nawyków żywieniowych, profilaktykę stresu oraz rozszerzeniu zakresu badań profilaktycznych.

W ramach opisanego w filmie edukacyjnym programu profilaktycznego, w Miejskim Przedsiębiorstwie Komunikacji w Łodzi prowadzono edukację zdrowotną w zakresie jaki opisano w kompleksowym programie profilaktycznym. Wymieniono również jakie działania w zakresie profilaktyki CHUK powinien podjąć pracodawca i pracownik. Objęły one także, m.in. ograniczenie narażenia na hałas, zapylenie, czynniki fizyczne, ograniczenie stresu związanego z pracą, zapewnienie (pracodawca) i korzystanie (pracownik) ze środków ochrony osobistej i odpowiedniej odzieży ochronnej oraz dbanie o odpowiednią organizację pracy. Ponadto – ze strony pracownika – wymieniono również: zaprzestanie palenia tytoniu, stosowanie diety lekkostrawnej, kontrolowanie masy ciała, ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu i glukozy, aktywny odpoczynek, walka ze stresem, przestrzeganie zasad BHP, świadomość narażenia na stanowisku pracy, niebagatelizowanie swoich dolegliwości.

W ramach kompleksowego programu opracowano podręcznik na temat środowiska pracy i chorób układu krążenia – dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników oraz podręcznik na temat CHUK w aspekcie pracy zawodowej dla lekarzy, a także film edukacyjno-informacyjny i prezentację multimedialną na temat zawodowych czynników ryzyka. Oba podręczniki, prezentacja i film w przystępny sposób przybliżają zawodowe czynniki ryzyka CHUK.

W zakresie opracowanych materiałów dla lekarzy i pracowników, PIP, PIS i BHP przedstawiono kompleksowe materiały z zakresu czynników ryzyka oraz informacje na temat metod ich zapobiegania. Jednakże w ramach tych opisów nie odwołano się do dowodów ich skuteczności lub dobrych praktyk stosowania w innych krajach. Konieczne byłoby uzupełnienie tych informacji (z powołaniem się na konkretne wytyczne lub rozwiązania skuteczne w innych krajach), a także uproszczenie przekazu, uporządkowanie sposobu ich prezentacji i opracowanie materiałów skierowanych do określonych grup zawodowych/zakładów pracy.

W formie algorytmu przedstawiono ogólny schemat działań profilaktycznych dla CHUK, bez szczegółowego opisu odpowiedzialności za zadania i czasu ich wykonania. Można uznać, że na podstawie zaproponowanych ramowych informacji, możliwe jest stworzenie szczegółowego harmonogramu przygotowania programu obejmującego następujące etapy:

- badania ankietowe wśród pracowników,
- zbieranie opinii pracodawców, służb BHP i lekarza,
- zaproponowanie preferowanych działań

i dostosować je do konkretnego zakładu pracy.

Tym samym metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe, co potwierdzają także respondenci wywiadów indywidualnych.

Czy opracowana strategia edukacji zdrowotnej przyczyniła się do realizacji celów założonych w programach profilaktycznych?

Przedstawiona w sposób ramowy strategia edukacji zdrowotnej obejmowała:

- edukację, poprzez przygotowanie materiałów edukacyjnych i prowadzenie szkoleń, w zakresie czynników ryzyka CHUK zawodowych i środowiskowych skierowaną do służb zaangażowanych w opiekę nad pracownikami (służby medycyny pracy, lekarze POZ, lekarze orzecznicy ZUS, pracownicy PIP, PIS, BHP),
- edukację, poprzez przygotowanie filmu edukacyjno-informacyjnego i prowadzenie spotkań informacyjno-edukacyjnych (nie podano szczegółów na ten temat), w zakresie czynników ryzyka CHUK zawodowych, środowiskowych i klasycznych skierowaną do pracodawców i pracowników,
- promocję zachowań prozdrowotnych, poprzez interwencje w sposób ramowy opisane w kompleksowym programie profilaktycznym, ukierunkowane na klasyczne czynniki ryzyka CHUK i profilaktykę stresu,
- edukację, poprzez przygotowanie materiałów edukacyjnych, skierowaną do ZOZ, Lekarskich Towarzystw Naukowych, Branżowych Związków Zawodowych (nie podano szczegółów na ten temat).

Nie przedstawiono efektów programu w odniesieniu do celu głównego i celów szczegółowych. Przedstawiono jedynie szczegółowe wyniki dotyczące charakterystyki pracowników i ich narażenia na czynniki ryzyka oraz preferencji w odniesieniu do metod profilaktyki, natomiast nie oceniano ich wpływu na poprawę zdrowia czy zmianę w miejscu pracy (po zakończeniu programu oraz w okresie obserwacji po zakończeniu programu). Konieczne jest przedstawienie wyników badań do ich oceny.

Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych? Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?

Określone w programie metody komunikacji obejmowały edukację lekarzy i innych osób zaangażowanych w opiekę nad pracownikami w postaci szkoleń. Prezentacja na temat czynników ryzyka w czytelny sposób przedstawia informacje o zawodowych czynnikach ryzyka chorób układu krążenia. Film z kolei w sposób czytelny przedstawia informacje na temat klasycznych i zawodowych czynników ryzyka, a także wyjaśnienia, dlaczego CHUK można uznać za choroby związane z pracą oraz działania, jakie powinien podjąć pracodawca i pracownik w celu profilaktyki tychże chorób.

Wszystkie informacje na temat programu znajdują się na stronie internetowej, zatem wszyscy zainteresowani mają do nich dostęp. Ponadto w ramach rozpowszechniania założeń kompleksowego programu przeprowadzono konferencje, szkolenia, warsztaty trenerskie oraz spotkania edukacyjno-informacyjne w zakładach pracy. W okresie między listopadem 2010 r. a wrześniem 2012 r. miały miejsce następujące spotkania:

- konferencja szkoleniowa dla pracowników BHP, PIS i PIP dotycząca profilaktyki chorób układu krążenia (19.11.2010 r.), w której wzięło 87 uczestników;
- konferencja szkoleniowa dla służb medycznych (5.11.2011 r.) – z udziałem 57 osób;
- konferencja „Choroby układu krążenia i choroby metaboliczne a praca zawodowa” (28.09.2012 r.), w której uczestniczyło 36 lekarzy orzeczników ZUS;

- szkolenie dla lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy i POZ (9-10.12.2011 r.), które zgromadziło 44 uczestników;
- szkolenie dla lekarzy i pielęgniarek medycyny pracy i POZ dotyczące chorób układu krążenia (26-27.09.2012 r.) – z udziałem 31 osób;
- 2 warsztaty trenerskie (13-15.06.2011 r.) dla 41 kluczowych trenerów;
- spotkania edukacyjno-informacyjne na temat profilaktyki chorób układu krążenia w 2 zakładach pracy, podczas których przeszkolono 78 osób.

Inne zastosowane metody komunikacji, to ankiety, umożliwiające zebranie informacji na temat charakterystyki pracowników i ich narażenia na czynniki ryzyka oraz preferencji w odniesieniu do metod profilaktyki.

Sposób prezentacji danych na temat czynników ryzyka w opracowanych podręcznikach nie ułatwia czytelnikowi zapoznania się z podanymi informacjami – brak tabel i wyróżnień najważniejszych informacji, znacznie utrudnia zorientowanie się, które czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy mają największy wpływ na rozwój CHUK związanych z pracą. W prezentacji multimedialnej informacji na temat zawodowych czynników ryzyka zostały przedstawione w sposób czytelny i zrozumiały. Podobnie w przedstawionym filmie, w sposób zrozumiały dla odbiorcy przedstawiono informacje o czynnikach ryzyka CHUK.

Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego wsparcia w ramach projektu? Co należałoby ewentualnie zmienić / poprawić?

Z analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że mocnymi stronami kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu krążenia są:

- identyfikacja zawodowych czynników ryzyka w oparciu o rzetelną analizę piśmiennictwa oraz badania własne,
- przedstawienie w sposób ramowy szerokiego zakresu interwencji dotyczących czynników ryzyka CHUK oraz badanie preferencji pracowników w stosunku do interwencji profilaktycznych,
- kompleksowe dokumenty opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentacja multimedialna i film edukacyjno-informacyjny na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- duży zakres grup docelowych do których skierowano edukację.

Słabymi stronami kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego CHUK, ze względu na ramowy charakter programu, są natomiast:

- ogólne określenie zadań poszczególnych uczestników programu,
- nieprzedstawienie oczekiwanych efektów proponowanych działań profilaktycznych, możliwych do zmierzenia w określonym czasie i sposobów ich pomiaru,
- brak harmonogramu programu, brak informacji na temat monitorowania przebiegu programu oraz -osiągania założonych efektów,
- brak informacji na temat kosztów i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań,
- brak informacji na temat efektów wdrożenia programu profilaktycznego opisywanego w filmie edukacyjnym lub w innym zakładzie pracy.

Zmiany lub poprawy wymagają następujące elementy programu:

- uproszczenie w przekazie informacji na temat czynników ryzyka prezentowanej w podręcznikach oraz uporządkowanie sposobu prezentacji w zależności od grupy

- docelowej, opracowanie celowanych informacji w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji,
- dopracowanie opisu proponowanych interwencji i dowodów na ich skuteczność, doszczegółowienie zakresu możliwych działań oraz ich wdrożenia w zależności od grupy docelowej,
 - określenie zadań poszczególnych uczestników programu oraz przypisanie zasobów do poszczególnych programów lub ich zadań,
 - dopracowania wymaga harmonogram programu w czasie oraz monitorowanie przebiegu oraz przede wszystkim monitorowanie osiągania założonych efektów,
 - rozważenie sposobu komunikacji do różnych grup zawodowych poprzez ocenę skuteczności tych działań i koszty (czyli zaangażowanie poszczególnych realizatorów programu),
 - opracowanie analizy efektywności kosztów,
 - przedstawienie wyników wdrożenia zaproponowanych metod w zakładzie pracy lub zaplanowanie takiego testowania,
 - dołączenie używanych kwestionariuszy.

Czy usprawniono procedury wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy?

Przedstawiono opis zawodowych czynników ryzyka oraz działania, jakie może podjąć pracodawca. Wśród nich m.in. identyfikacja, monitorowanie i nadzór nad czynnikami chemicznymi, fizycznymi lub psychospołecznymi mogącymi zwiększać ryzyko CHUK. Ponadto przedstawiono ogólny schemat działań ze strony pracodawcy w celu poprawy zdrowia osób pracujących, obejmujący poprawę warunków pracy – zmianę procesów technologicznych, poprawę sposobów wykonywania pracy, stosowanie środków ochrony osobistej, eliminację stresorów i programy radzenia sobie ze stresem wśród pracowników, propagowanie i promocję prozdrowotnych postaw wśród pracowników, a także monitorowanie stanu zdrowia pracowników.

Jedną z opisanych procedur wczesnej identyfikacji zagrożenia są badania wstępne i okresowe przeprowadzane przez lekarzy medycyny pracy, podczas których można podjąć działania profilaktyczne nakierowane na zapobieganie CHUK z uwzględnieniem klasycznych i zawodowych czynników ryzyka. Konieczne jest również skierowanie profilaktyki do grup zawodowych o określonym profilu zagrożeń (podano przykład kierowców). Lekarze medycyny pracy powinni informować pracowników o czynnikach szkodliwych i uciążliwych dla zdrowia na ich stanowiskach pracy oraz objawach chorobowych, które mogą być skutkiem tych zagrożeń, a także udzielać porady i wskazówki na temat ograniczenia niekorzystnego wpływu czynników zawodowych i pozazawodowych. Uświadamianie lekarzom, jak ważne są takie działania było jednym z kluczowych punktów opracowanego programu profilaktycznego.

Dodatkowym elementem, opisanym w przedstawionych dokumentach, jest propozycja finansowania dodatkowych badań diagnostycznych dla pracowników, które mogłyby umożliwić zidentyfikowanie osób obciążonych klasycznymi czynnikami ryzyka.

Jednakże, ze względu na ramowy charakter przedstawionego programu, opisane działania i procedury pozostają na dużym stopniu ogólności.

Czy bazując na opracowanym programie profilaktycznym związanym z pracą oraz chorobami zawodowymi z zakresu chorób układu krążenia można zidentyfikować „dobre praktyki”, które będą mogły zostać wykorzystane w przyszłości?

„Dobrą praktykę” określono jako szczegółowe zaprezentowanie informacji, które powinny być obecne w każdym programie profilaktycznym oraz jako dodatkowe ciekawe rozwiązania poprawiające ich efektywność.

Przedstawiony kompleksowy program profilaktyczny, dotyczący CHUK, zawiera kilka wartych powielenia rozwiązań, które można uznać za „dobre praktyki”.

Przedstawiono szczegółowe informacje dotyczące klasycznych czynników ryzyka, związanych z pracą zawodową, które poparto analizą piśmiennictwa oraz badaniami własnymi. Ten aspekt jest pomocny w diagnozie w zakresie potrzeb dotyczących profilaktyki w stosunku do zidentyfikowanych czynników ryzyka.

Kompleksowe dokumenty dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz szkolenia na ich podstawie stanowią warte polecenia rozwiązanie. Szeroki zakres odbiorców strategii edukacji, wraz z kompleksowo przygotowanymi dokumentami, umożliwia włączenie w proces profilaktyki kluczowych, z jego punktu widzenia, osób. Ponadto wykorzystanie do wczesnej identyfikacji zagrożenia CHUK badań profilaktycznych, przeprowadzanych przez lekarzy medycyny pracy oraz uświadomienie wszystkim służbom opieki i nadzoru nad zdrowiem pracowników konieczności uwzględnienia czynników ryzyka CHUK, może umożliwić szersze wdrożenie takiego programu profilaktycznego.

Godnym uwagi rozwiązaniem jest przeprowadzenie wśród pracowników ankiety, dzięki której można zidentyfikować preferencje w stosunku do działań profilaktycznych. Dzięki temu możliwe jest dostosowanie interwencji do grupy docelowej.

4.3.1. Ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno – informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników

Pytania badawcze:

Czy pracownicy i pracodawcy uczestniczący w spotkaniach edukacyjno-informacyjnych z zakresu chorób zawodowych i chorób związanych z pracą zdobyli na nich dodatkową wiedzę? Czy podniosła się ich świadomość prozdrowotna? Czy w życiu codziennym wykorzystali wiedzę zdobytą podczas szkolenia? Czy szkolenie skłoniło ich do dodatkowych badań lub wizyty u lekarza specjalisty? Czy od czasu zakończenia szkolenia zdiagnozowano u nich chorobę zawodową?

Z ankietą udało się dotrzeć do 27 pracowników uczestniczących w spotkaniu informacyjno-edukacyjnym zorganizowanym w ramach programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu krążenia.

Przeważająca większość bardzo wysoko oceniła przydatność spotkania, odpowiadając, że dzięki uczestnictwu w nim zdecydowanie wzrosła ich świadomość prozdrowotna, ich wiedza w zakresie chorób układu krążenia poszerzyła się, a także iż informacje zdobyte w czasie tego spotkania były wyczerpujące. Ponadto prawie wszyscy ankietowani przyznali, że w przyszłości chcieliby pogłębić swoją wiedzę w tym zakresie głównie poprzez udział w szkoleniach/warsztatach/konferencji o tej tematyce. Co się tyczy informacji przekazywanych

podczas spotkania z pracownikami, zdaniem respondentów, były one przekazywane w jasny i zrozumiały sposób – wiedza oraz kompetencje prowadzących także oceniane są dobrze. Wszyscy przyznali także, że mieli okazję zapoznać się z materiałami edukacyjnymi dotyczącymi profilaktyki chorób układu krążenia, które dystrybuowano w czasie spotkań, jak również udostępnione są na stronie internetowej programu – niemal wszyscy ankietowani ocenili je jako raczej przydatne. Podobnie rzecz ma się w przypadku powstałego na potrzeby programu filmu edukacyjnego, który widzieli wszyscy biorący udział w niniejszej ankiecie i oceniają go dobrze.

Ankietowani zapytani, o to, jakie działania profilaktyczne z zakresu chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą w ogóle powinny znaleźć się po stronie pracodawcy, a jakie po stronie pracownika, prawie jednogłośnie uznali, że leżą wyłącznie w gestii pracodawcy, zarówno w zakresie wytycznych/ procedur formalnych związanych z chorobami zawodowymi, jaki i w kwestii organizacji spotkań informacyjnych, szkoleń (w tym BHP), zapewnienia materiałów edukacyjnych, specjalistycznych badań medycznych czy środków ochrony indywidualnej pracowników. Taki rozkład odpowiedzi pokazuje niską świadomość wpływu stylu życia pracowników na ich zdrowie, szczególnie w przypadku chorób układu krążenia.

Zdecydowana większość respondentów przyznała również, że udział w spotkaniach informacyjno-edukacyjnych zorganizowanych w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia nie skłonił ich ani do wizyty u lekarza specjalisty (nie myśli o tym, bądź nie widzi takiej potrzeby), ani nie zainspirował ich do wykonania dodatkowych badań medycznych. U nikogo, od czasu wzięcia udziału w spotkaniu, nie zdiagnozowano choroby zawodowej.

Większość biorących udział w ankiecie przyznała, że słyszała o otwartym w ramach projektu Centrum Konsultacyjno – Diagnostycznym w Łodzi, jednak jak dotychczas nie korzystała z jego usług (niektórzy wyrazili jedynie takie zamierzenie w przyszłości).

Większość ankietowanych uznała, że chciałaby ponownie wziąć udział w podobnym spotkaniu dotyczącym profilaktyki chorób zawodowych/ chorób związanych z pracą, zarówno z zakresu chorób układu krążenia, w którym już brali udział, jak i na temat innych pozostałych schorzeń (szczególnie ochrony słuchu oraz chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego). W opinii znaczącej większości informacje na temat profilaktyki chorób zawodowych/ chorób związanych z pracą powinny być przekazywane w formie warsztatów, szkoleń czy konferencji, w czasie konsultacji z lekarzem medycyny pracy, a także w ramach spotkań informacyjno-edukacyjnych w zakładzie pracy, które zdaniem niemal wszystkich respondentów powinny odbywać się na terenie zakładu pracy – gdyż, ich zdaniem, to do obowiązków pracodawcy należeć organizacja tego typu inicjatyw.

Jeśli chodzi o to, skąd badani pracownicy dowiedzieli się o projekcie „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”, realizowanym w ramach PO KL, to niemal wszyscy odpowiedzieli, że od pracodawcy oraz pracownika BHP. Pojawiły się jednak głosy, że w przyszłości wiedzę na temat programów profilaktycznych, pracownicy chcieliby czerpać od lekarzy specjalistów, jak również od pracowników BHP.

**Czy osoby uczestniczące w szkoleniach/konferencjach/warsztatach zdobyły nową wiedzę i wykorzystały ją w życiu zawodowym w zakresie działań profilaktycznych dla chorób zawodowych i chorób związanych z pracą dot. chorób układu krążenia?
Czy opracowane materiały szkoleniowe i edukacyjne dla lekarzy, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP, pracodawców i pracowników są przydatne i adekwatne do zakładanych celów?**

W ramach programu profilaktycznego chorób układu krążenia miały miejsce: konferencja szkoleniowa dla służb medycznych, w której uczestniczyło 57 osób, konferencja dedykowana pracownikom BHP, PIS i PIP – z udziałem 87 przedstawicieli tych stanowisk/instytucji, szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy i POZ, w których łącznie wzięło udział 75 osób, a także dwa warsztaty trenerskie dla 41 kluczowych trenerów i konferencja szkoleniowa z udziałem 36 lekarzy orzeczników ZUS.

Zdecydowana większość osób uczestniczących w konferencjach ocenia informacje uzyskane w czasie tych spotkań dobrze lub bardzo dobrze, niemniejszy odsetek uważa, że zagadnienia tam poruszane zostały omówione dostatecznie wnikliwie. Niemal wszyscy uczestnicy konferencji przyznali również, że udział w tych spotkaniach pozwolił im na zdobycie dodatkowej wiedzy, którą obecnie wykorzystują w codziennej praktyce zawodowej: lekarze głównie w zakresie diagnostyki, leczenia oraz edukacji pacjentów, orzecznictwa o chorobach zawodowych/zdolności do pracy; pielęgniarki i pielęgniarze sprawując codzienną opiekę nad pacjentami oraz podczas działalności edukacyjnej (w tym organizacja szkoleń i konferencji); pracownicy BHP, PIS i PIP z kolei bazują na niej przy ocenie ryzyka zawodowego na stanowiskach pracy, organizacji tychże stanowisk, identyfikacji zagrożeń w miejscu pracy, jak również szkoląc pracowników, m.in. w czasie szkoleń BHP.

Większość uczestników szkoleń lub warsztatów oceniła je wysoko (przeważały odpowiedzi dobrze i bardzo dobrze), podobnie jak omawiane w ich trakcie zagadnienia – zdaniem przeważającej grupy zostały one omówione wystarczająco dogłębnie. Poza tym prawie wszyscy uznali, iż uczestnictwo w szkoleniach/warsztatach pozwoliło im na zdobycie dodatkowej wiedzy – przydatnej także w codziennej pracy. Jeśli więc chodzi o lekarzy, to z wiedzy zdobytej w czasie tych spotkań korzystają w zakresie diagnostyki, leczenia oraz edukacji pacjentów, poradnictwa (w tym, w poradni chorób zawodowych), a także orzecznictwa. Pielęgniarki oraz pielęgniarze stosują ją przy organizacji szkoleń i konferencji, pracownicy BHP, PIS i PIP natomiast wykorzystują ją w czasie szkoleń/warsztatów, do oceny ryzyka zawodowego w środowisku pracy, a także doradztwa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

Ponad połowa ankietowanych uczestników programu profilaktyki chorób układu krążenia przyznała, że zna opracowane na potrzeby niniejszego programu poradniki dla lekarzy i pracowników BHP, PIS i PIP – zdecydowana większość oceniła ich przydatność dobrze i bardzo dobrze, a także uznała, iż poradniki te zawierają wszystkie potrzebne informacje.

Prawie połowa badanych odpowiedziało, że zna opracowany na potrzeby projektu program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia. Przeważająca ich część również korzysta z tego programu – ci, którzy go nie wykorzystują, argumentują to głównie brakiem takiej możliwości lub potrzeby. Niemniej samą przydatność programu profilaktycznego większość ocenia dobrze.

Podsumowując, jak pokazują wyniki przeprowadzonej ankiety, uczestnicy programu profilaktyki chorób układu krążenia, działania zrealizowane na potrzeby niniejszego programu oceniają

wysoko. O dużej przydatności wykorzystanych metod komunikacji świadczyć może chociażby fakt, iż respondenci zdobytą dzięki nim wiedzę wykorzystują w codziennej pracy.

4.4. Ocena skuteczności programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu zagrożeń psychospołecznych

Celem programu było opracowanie bazy wiedzy dla realizacji działań profilaktycznych, polegających na ograniczaniu narażenia pracowników na psychospołeczne czynniki występujące w środowisku pracy oraz na ograniczaniu negatywnych skutków oddziaływania tych czynników na zdrowie i funkcjonowanie zatrudnionych. Do realizacji zadań związanych z ograniczaniem występowania zagrożeń psychospołecznych zobowiązani są przepisami prawa pracodawcy, pracownicy, BHP, służby medycyny pracy oraz PIP i inne urzędy. W ramach realizacji tego programu m.in. opracowano podręczniki dla psychologów, pracodawców, pracowników, specjalistów BHP, PIP, PIS oraz lekarzy. Dodatkowo przeprowadzono także szkolenia/warsztaty dla lekarzy pielęgniarek, psychologów oraz trenerów. W trakcie prac nad analizowanym zagadnieniem opublikowano także kilka artykułów.

Programy profilaktyczne, materiały informacyjne oraz opisy „dobrych praktyk”, dotyczące zagrożeń psychospołecznych, opracowane są także przez Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy oraz Państwową Inspekcję Pracy.

Analizowany program jest specyficzny. Jego autorzy uznali, że na zagrożenia psychospołeczne narażeni są wszyscy pracownicy w każdym zakładzie pracy – z tego też względu wszyscy zatrudnieni powinni zostać objęci niniejszym programem..

W ramach oceny programu profilaktycznego analizie poddano następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie i wnioski o płatność,
- kompleksowy program profilaktyczny dotyczący psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy,
- sprawozdanie z realizacji programu dotyczącego profilaktyki zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy (raport z badań i analiz),
- Mini przewodnik po psychospołecznych zagrożeniach zawodowych – przewodnik dla specjalistów BHP, PIP, PIS, pracowników i pracodawców,
- „Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy” – poradnik dla lekarzy,
- podręcznik dla psychologów – „Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy. Od teorii do praktyki”,
- prezentacja – „Poprawa psychospołecznych warunków pracy jako strategia w profilaktyce dolegliwości stresozależnych”,
- informacje na stronie <http://www.programyzdrowotne.pl> w zakresie profilaktyki zagrożeń psychospołecznych.

Czy właściwie zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą?

W oparciu o aktualne przepisy prawa i dostępną literaturę polską i międzynarodową, zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz narażenia pracowników na zagrożenia psychospołeczne.

W analizowanych dokumentach przedstawiono bardzo szeroki opis problemu zdrowotnego. Na podstawie literatury, zagrożenia podzielono na fizyczne oraz psychospołeczne. Kryterium podziału jest sposób oddziaływania zagrożeń na człowieka.

Przedstawione w dokumentach opisy zawierają rodzaje psychospołecznych zagrożeń zawodowych oraz prawdopodobne konsekwencje wynikające z tych zagrożeń. W tym celu autorzy powołują się na przeanalizowaną literaturę. Autorzy zidentyfikowali cztery zagrożenia psychospołeczne, które mogą wystąpić w środowisku pracy: psychospołeczne zagrożenia powodujące stres chroniczny, agresja w relacjach pracowniczych i relacjach pracownik-klient, oraz psychospołeczne zagrożenia o charakterze traumatycznym. Nie odnaleziono informacji na podstawie jakich kryteriów wybrano te czynniki ryzyka. Uzasadnienie potrzeby opracowania programu obejmuje przedstawienie aktualnego stanu prawnego, który to nakłada na pracodawców obowiązki związane z zachowaniem bezpieczeństwa i higieny pracy, a jednocześnie, według autorów, niewielki odsetek pracodawców dostrzega potencjalne niebezpieczeństwa związane z zagrożeniami psychospołecznymi. Pomimo istniejących rozwiązań prawnych działania profilaktyczne nastawione na ograniczanie ryzyka psychospołecznego są rzadko wdrażane przez pracodawców.

Nie przedstawiono częstości występowania tych zjawisk w Polsce oraz jaki stanowią one aktualnie problem. Na podstawie tych dokumentów trudno jest wnioskować o skali występowania tych zjawisk w Polsce (psychospołeczne zagrożenia powodujące stres chroniczny, agresja w relacjach pracowniczych i relacjach pracownik-klient oraz psychospołeczne zagrożenia o charakterze traumatycznym). O skali tego zjawiska może świadczyć badanie przeprowadzone przez autorów programu w PKP Cargo, które jest jednym z wielu przedsiębiorstw i trudno jest przenosić wyniki tego badania na całe społeczeństwo.

Program ma na celu doprowadzenie do poprawy psychospołecznych warunków pracy w zakładach pracy, wzmocnienia kompetencji pracowników, pracodawców, specjalistów ds. BHP, specjalistów medycyny pracy i psychologów oraz wyeliminować lub ograniczyć występowanie negatywnych skutków narażenia na psychospołeczne zagrożenia w miejscu pracy. Program ten opiera się na założeniu o współodpowiedzialności pracodawców i pracowników za zdrowie. Bazując na tej współpracy oraz koncepcji uczącej się organizacji program ma na celu uruchomienia prozdrowotnych zmian w zakładach pracy.

W opracowaniach przedstawiono najczęstsze zagrożenia psychospołeczne, które zostały zidentyfikowane prawidłowo. Ograniczeniem jest to, że zidentyfikowane czynniki ryzyka nie zostały ocenione w ramach przeglądów systematycznych w określonych środowiskach pracy, nie dokonano również oceny wiarygodności analizowanych źródeł literaturowych.

Na podstawie przeanalizowanej literatury czy wytycznych organizacji międzynarodowych, można uznać, że przeanalizowane czynniki ryzyka są reprezentatywne dla wielu zakładów pracy i zostały zidentyfikowane właściwie. Nie zostały zidentyfikowane wszystkie zagrożenia psychospołeczne, jednak z uwagi na to, że analizowane opracowania mają charakter ramowy, ważne jest skoncentrowanie się na tych czynnikach ryzyka, które najczęściej występują w zakładach pracy.

Czy właściwie zidentyfikowano grupy ryzyka?

Analizowany program ma charakter programu ramowego (kompleksowego), który nie był przeznaczony do bezpośredniego zastosowania w każdym zakładzie/miejscu pracy. W dokumentach zostały przedstawione ramy postępowania, i w oparciu o te ramy postępowania można opracować odrębne (modelowe) programy dla każdego zakładu pracy albo grupy zawodowej. Oceany program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy, przez co nie wskazano w jego ramach grupy docelowej. W związku z tym nie opisano w ramach programu w sposób systematyczny możliwych czynników ryzyka w zależności od grup pacjentów..

Czy właściwie określono adresatów działań profilaktycznych?

Ze względu na charakter opisanego programu profilaktycznego, nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia adresatów programów. Przedstawiony program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy, przez co nie wskazano w jego ramach grupy docelowej. Można przyjąć, że proponowany kompleksowy program jest skierowany do wszystkich pracowników, bez względu na grupę ryzyka oraz pracodawców.

W opracowaniu nie przedstawiono kryteriów włączenia do programu profilaktycznego, a jedynie sposoby pomiaru czynników stresogennych w miejscu pracy oraz poziomu stresu u pracowników.

Na podstawie ocenianych opracowań istnieje możliwość oceny potencjalnych zagrożeń psychospołecznych i opracowanie szczegółowych rozwiązań dostosowanych do konkretnego przedsiębiorstwa. Można przyjąć, że ze względu na ramowy charakter programu profilaktycznego jego adresatami są wszyscy pracownicy i pracodawcy.

Czy zaproponowane metody działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne?

Podjęte interwencje w ramach tego programu, to działania w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania do działań profilaktycznych w zależności od grup zawodowych oraz grup ryzyka. W ramach analizowanych opracowań przedstawiono ogólny schemat działań profilaktycznych, obejmujący zarówno zawodowe czynniki ryzyka, jak i interwencje.

W ramach kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono określony zakres interwencji, które mogą być podejmowane w ramach programów prewencji, przede wszystkim pierwszorzędowej oraz drugorzędowej i trzeciorzędowej. Przedstawiono je oddzielnie dla wszystkich zidentyfikowanych zagrożeń psychospołecznych:

- stres chroniczny w miejscu pracy,
- agresja w miejscu pracy,
- mobbing w miejscu pracy,
- stres traumatyczny w miejscu pracy.

Profilaktyka pierwotna ma na celu eliminację lub ograniczanie występowania zagrożeń psychospołecznych. Realizowana jest poprzez działania edukacyjne mające na celu pogłębianie wiedzy i świadomości, a także kompetencji w zakresie rozpoznawania i przeciwdziałania zagrożeniom psychospołecznym. Działania z obszaru prewencji drugo- i trzeciorzędowej są działaniami wspierającymi. Prewencja drugorzędowa ma na celu podniesienie kompetencji

pracowników w zakresie radzenia sobie z sytuacjami narażenia na zagrożenia psychospołeczne (na przykład stres, agresję, wypadki). Prewencja trzeciorzędowa ma na celu łagodzenie skutków narażenia na zagrożenia psychospołeczne.

Ze względu na charakter przedstawionego programu proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie. Opracowano także podręczniki dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców lekarzy i psychologów na temat zagrożeń psychospołecznych w pracy.

Nie przedstawiono jednak konkretnych interwencji, przykładowych scenariuszy szkoleń dla pracowników lub kadry zarządzającej.

Nie zaprezentowano także harmonogramu działań, ich kolejności oraz szczegółowego zakresu, odpowiedzialności i zakresu obowiązków osób włączonych do programów. Nie przedstawiono czasu trwania programów oraz oceny ich implementacji. Ponadto nie wysunięto przykładowych schematów blokowych organizacji programu profilaktycznego, jak również potencjalnych narzędzi wspomagających zarządzanie danymi, które miałyby być zbierane podczas prowadzenia interwencji (badania kwestionariuszowe, indywidualna ocena zdrowia pacjenta). Potencjalny podział zadań wynika pośrednio z podręczników przygotowanych dla lekarzy, BHP, PIS, PIP oraz psychologów. Jednak na potrzeby programu należałoby dokonać starannego przeglądu załączonych podręczników oraz informacji zawartych w opracowanych artykułach i opisie programu.

Można uznać, że na podstawie zaproponowanych metod możliwe jest stworzenie szczegółowego programu profilaktycznego, dopasowanego do sytuacji każdego przedsiębiorstwa. W ramach programu nie przedstawiono, jako załączników, konkretnych narzędzi do wdrożenia w określonych zakładach. Oznacza to, że konieczne jest opracowanie szczegółowych materiałów do każdego programu w zależności od grupy docelowej.

Czy opracowana strategia edukacji zdrowotnej przyczyniła się do realizacji celów założonych w programach profilaktycznych?

W ramach rozpowszechnienia założeń kompleksowego programu przeprowadzono szkolenia oraz konferencje. Autorzy przygotowali także kilka artykułów, które mają na celu rozpropagowywanie pewnych zakresów poszczególnych opracowań.

W ramach projektu przedstawiono wyniki badania przeprowadzonego wśród pracowników PKP Cargo. Celem tego badania nie było niestety zastosowanie narzędzi, które pozwoliłoby zmniejszyć narażenie pracowników tej firmy na występowanie zagrożeń psychospołecznych.

Jednocześnie, całość analizowanych dokumentów, można uznać za materiał mający na celu edukację zdrowotną. W ramach poszczególnych działań profilaktycznych w obrębie zagrożeń psychospołecznych bardzo duży nacisk kładziony jest na działania edukacyjne będące elementem profilaktyki pierwotnej. Do tych działań edukacyjnych można zaliczyć szkolenia dla pracowników oraz dla kadry zarządzającej.

Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych? Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?

Określone w programie metody komunikacji obejmowały edukację lekarzy i innych osób zaangażowanych w opiekę nad pracownikami. Głównym narzędziem do edukacji są opracowane podręczniki, artykuły oraz szkolenia. Kompleksowy program profilaktyczny jest przewodnikiem

typu know-how uwzględniającym szeroki zakres interwencji profilaktycznych, który będzie można dostosowywać do konkretnych problemów występujących w danym środowisku oraz do specyfiki konkretnych przedsiębiorstw. Za wyjątkiem prezentacji na temat poprawy psychospołecznych warunków pracy nie przedstawiono innych materiałów ze szkoleń, zatem trudno ocenić ich zawartość. Ponadto, w ramach rozpowszechniania założeń kompleksowego programu, przeprowadzono konferencje oraz szkolenia.

W kompleksowym programie zakłada się głównie rozwijanie kompetencji, przede wszystkim pracodawców, służb BHP, PIP, lekarzy, pielęgniarek i psychologów, którzy mają aktywnie wspierać działania na rzecz zdrowia pracujących. W związku z tym – a także w ramach wdrażania powyższych założeń – odbyły się szkolenia dedykowane psychologom zatrudnionym w służbie medycyny pracy oraz lekarzom i pielęgniarkom służb medycyny pracy i POZ. W roku 2011 miały miejsce 3 spotkania o charakterze szkoleniowym pt. „Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy – diagnoza i profilaktyka” z udziałem 55 psychologów. W roku 2012 z kolei przeprowadzono 2 szkolenia, w których łącznie wzięło udział 34 psychologów. Podjęto się także przeprowadzenia dwóch szkoleń adresowanych do lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy oraz POZ. Pierwsze „Psychospołeczne warunki pracy a zdrowie pracujących”, które odbyło się w terminie 24–26.10.2011 r., zgromadziło 29 uczestników, drugie natomiast – „Psychospołeczne warunki pracy a zdrowie pracujących” (10-12.09.2012 r.) zgromadziło 14 zaproszonych. Ponadto, w terminie 14-16.11.2011 r., 41 kluczowych trenerów wzięło udział w dwóch warsztatach trenerskich dotyczących prewencji psychospołecznych zagrożeń.

W zakresie komunikacji zakłada się przedstawianie polityki eliminacji zagrożeń psychospołecznych podczas zebrania z załogą czy szkoleń z zakresu BHP, także w formie pisemnej deklaracji podpisanej przez kierownictwo.

Zaproponowane metody komunikacji mają na celu zapewnienie skutecznego dotarcia do grup docelowych. W tym celu powinny zostać zastosowane również w odniesieniu do wszystkich pracowników. Jednak ich faktyczna ocena będzie możliwa po pełnym wdrożeniu programu i przeprowadzenia ewaluacji w tym zakresie.

Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego wsparcia w ramach projektu? Co należałoby ewentualnie zmienić / poprawić?

Do mocnych stron kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy należą:

- przedstawiono bardzo szerokie opisy rodzajów psychospołecznych zagrożeń zawodowych oraz prawdopodobne konsekwencje wynikające z tych zagrożeń – dzięki temu analizowany materiał stanowi porządny podręcznik edukacyjny dla poszczególnych osób zajmujących się zagrożeniami psychospołecznymi w środowisku pracy,
- przedstawiono narzędzia służące do identyfikacji zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy (przykładowo ankietę „Ocena psychospołecznych zagrożeń zawodowych”), a także przedstawiono różne interwencje, które można podjąć w przypadku wystąpienia poszczególnych zagrożeń. Narzędzia te mogą zostać zastosowane w zakładzie pracy. Przedstawiono także model zarządzania ryzykiem, na podstawie którego można przygotować odpowiednie algorytmy działań.

Do słabych stron kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy należą:

- dopracowania wymaga opis proponowanych rozwiązań i dowodów na ich skuteczność,
- oceniany program ma charakter ramowy w związku z tym nie była możliwa ocena wydajności programów – czyli zestawienia kosztów i korzyści,
- opracowania wymaga monitoring oraz ewaluacja,
- opracowania wymaga analiza efektywności kosztowej.

Wskazane jest przeprowadzenie badania pilotażowego w kilku przedsiębiorstwach wraz z oceną skutków wdrożenia takiego programu. Dopiero na tej podstawie będzie możliwe wnioskowanie o tym, czy warto wdrażać tego typu programy we wszystkich przedsiębiorstwach.

Czy usprawniono procedury wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy?

Przedstawiono opis zawodowych czynników ryzyka oraz działania, jakie może podjąć pracodawca, chcąc zmniejszać ryzyko występowania zagrożeń psychospołecznych. Przedstawiono również model zarządzania ryzykiem psychospołecznym, który może posłużyć do eliminacji zagrożeń lub też lepszego zarządzania ryzykiem.

W obrębie prewencji stresu zawodowego wskazanym źródłem wiedzy o zagrożeniach psychospołecznych są anonimowe badania sondażowe lub ankietowe. W ramach projektu nie dokonano jednak usprawnienia tych procedur. W ramach prac nie opracowano nowych procedur wczesnej identyfikacji zagrożeń psychospołecznych, lecz opisano procedury już istniejące.

Przedstawiono ogólny schemat działań ze strony pracodawcy w celu poprawy zdrowia osób pracujących, obejmujący programy radzenia sobie ze stresem wśród pracowników oraz eliminowania innych zagrożeń psychospołecznych.

Ponadto, przedstawiono ankietę do identyfikacji narażenia pracowników na psychospołeczne zagrożenia zawodowe oraz opisano działania, które można zastosować do identyfikacji poszczególnych zagrożeń.

Ze względu na ramowy charakter przedstawionego programu, opisane działania i procedury pozostają na dużym stopniu ogólności.

Czy bazując na opracowanym programie profilaktycznym związanym z pracą oraz chorobami zawodowymi z zakresu zagrożeń psychospołecznych można zidentyfikować „dobre praktyki”, które będą mogły zostać wykorzystane w przyszłości?

Przedstawiony program profilaktyczny zawiera rozwiązania, które można uznać za „dobre praktyki”. Należy głównie do nich opis poszczególnych zagrożeń psychospołecznych wraz z opisem interwencji. W ramach programu opracowano podręczniki, które mogą być wykorzystywane przez zakłady pracy celem wdrażania celowanych programów profilaktycznych. Podręczniki te można wykorzystać do opracowania programu w konkretnym zakładzie pracy. Kompleksowe dokumenty dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz szkolenia na ich podstawie stanowią wartość polecenia rozwiązania. Szeroki zakres odbiorców strategii edukacji, wraz z kompleksowo przygotowanymi dokumentami, umożliwia włączenie w proces profilaktyki kluczowych osób.

Godnym uwagi rozwiązaniem jest przeprowadzenie wśród pracowników ankiety, dzięki której można zidentyfikować narażenie pracowników na psychospołeczne zagrożenia zawodowe.

W ramach podręcznika skierowanego do lekarzy/psychologów przedstawiono model zarządzania ryzykiem psychospołecznym opracowanym przez międzynarodowy zespół ekspertów, w ramach projektu PRIMA-EF¹⁶ finansowanego przez UE. Model ten jest uniwersalny, dzięki czemu może on być wprowadzany na poziomie każdego przedsiębiorstwa, oczywiście przy uwzględnieniu specyfiki grup zawodowych, miejsca pracy, kontekstu sytuacyjnego, społecznego, politycznego.

4.4.1. Ocena cyklu szkoleń/konferencji/warsztatów/sesji naukowej/spotkań edukacyjno – informacyjnych dla pracowników PIS, PIP, BHP, lekarzy, pielęgniarek, psychologów, pracodawców i pracowników

Czy osoby uczestniczące w szkoleniach/konferencjach/warsztatach zdobyły nową wiedzę i wykorzystały ją w życiu zawodowym w zakresie działań profilaktycznych dla chorób zawodowych i chorób związanych z pracą dot. zagrożeń psychospołecznych?

Czy opracowane materiały szkoleniowe i edukacyjne dla lekarzy, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP, pracodawców i pracowników są przydatne i adekwatne do zakładanych celów?

Na potrzeby programu profilaktycznego ds. zagrożeń psychospołecznych przeprowadzone zostały: dwa spotkania o charakterze szkoleniowym dedykowane lekarzom i pielęgniarkom służb medycyny pracy oraz POZ, w której łącznie wzięło udział 43 uczestników, warsztaty trenerskie z udziałem 41 kluczowych trenerów, a także pięć szkoleń dla psychologów, które zgromadziły razem 89 osób.

Jak pokazują wyniki ankiety przeprowadzonej wśród przedstawicieli służb medycznych i psychologów, wszyscy niemal jednogłośnie wysoko oceniają -informacje uzyskane w czasie tych spotkań (łącznie 97% udzieliło odpowiedzi „dobrze” lub „bardzo dobrze”). Podobnie rzecz ma się w przypadku pytania o to, czy wszystkie zagadnienia poruszane w trakcie szkoleń/warsztatów zostały omówione dostatecznie wnikliwie – blisko 96% respondentów udzieliło odpowiedzi twierdzącej. Poza tym prawie wszyscy przyznali, że udział w tych spotkaniach pozwolił im na zdobycie dodatkowej wiedzy, przydatnej w trakcie wykonywanych obowiązków zawodowych. I tak psychologowie przyznali, iż wiedzę zdobytą podczas szkoleń i warsztatów posiłkują się w zakresie diagnozowania zagrożeń psychospołecznych, w pracy z klientami indywidualnymi – w trakcie udzielanych konsultacji i porad, a także w testach i wywiadach. Dodatkowo wiedza ta okazuje się być przydatną w działalności edukacyjnej i szkoleniowej, którą prowadzą na co dzień (dotyczącej mobbingu czy sposobów radzenia sobie ze stresem), przy tworzeniu programów prozdrowotnych, a także w pracy z innymi psychologami. Z kolei lekarze deklarują, iż wiedza zdobyta w czasie tych spotkań przyczyniła się do zmiany ich podejścia do pacjentów, z którymi mają do czynienia w czasie codziennej praktyki zawodowej, a także okazuje się być pomocną przy tworzeniu programów profilaktycznych oraz w trakcie prowadzonych szkoleń. Podobnie jak pracownicy BHP, PIS i PIP, którzy poza tym, że odnotowują zmianę podejścia do ludzi, z którymi zdarza im się współpracować, to przyznają także, iż odwołują się do zdobytej tam wiedzy w trakcie prowadzonych szkoleń oraz w ramach udzielanego doradztwa w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

¹⁶ <http://www.prima-ef.org/>

Ponad $\frac{3}{4}$ badanych przedstawicieli służb medycznych i psychologów, zna opracowane w ramach niniejszego programu poradniki dla lekarzy, psychologów i pracowników BHP – prawie wszyscy ich przydatność oceniają dobrze (łącznie 93% respondentów udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie przydatne” i „raczej przydatne”). Przeważająca większość uznała także, że w opracowanych poradnikach zawarto wszystkie niezbędne informacje.

Co się zaś tyczy programu profilaktycznego dotyczącego zagrożeń psychospołecznych, który stworzono w ramach projektu, to jak wynika z przeprowadzonej ankiety, zna go około połowa badanych uczestników tego programu – niemal jednogłośnie wysoko oceniono jego przydatność, jak również przyznano, iż w programie tym znalazły się wszelkie konieczne informacje.

Jak więc pokazują wyniki niniejszego badania ankietowego, program profilaktyczny dotyczący zagrożeń psychospołecznych, w opinii jego uczestników, notowany jest dobrze – zarówno jeśli chodzi o zorganizowane w jego ramach spotkania o charakterze warsztatowym czy szkoleniowym, jak i pod względem opracowanych materiałów dydaktycznych dla lekarzy, psychologów i pracowników BHP. Ponadto nie powinien dziwić odsetek ankietowanych, którzy zadeklarowali znajomość programu profilaktycznego stworzonego na potrzeby projektu (49%) – podobnie jak w przypadku pozostałych programów, można domniemać, iż respondenci często nie pamiętają, że w przeszłości mieli okazję się z nim zapoznać.

4.5. Założenia modelu wsparcia działań profilaktycznych na potrzeby przyszłej perspektywy finansowej UE (2014-2020)

Główne powody dezaktywacji z przyczyn zdrowotnych

Dezaktywacja zawodowa obejmuje czasową i długotrwałą niezdolność do pracy, a także przejście na emeryturę i zaprzestanie aktywności zawodowej.

Dezaktywacja z powodów zdrowotnych w największym stopniu dotyczy osób w wieku 45–65 lat lub osób niepełnosprawnych.

We wszystkich analizowanych dokumentach przywoływanych poniżej stan zdrowia jawi się jako jedna z głównych przyczyn dezaktywacji zawodowej u osób wieku 45–65 lat¹⁷. W badaniu determinant dezaktywacji zawodowej osób po 45 roku życia, stan zdrowia często wskazywano jako barierę w poszukiwaniu i podejmowaniu zatrudnienia, ze względu na brak możliwości sprostania wymaganiom pracodawców, mniejszą wydajność i częstszą potencjalną absencją w pracy. Jednocześnie wzrosła świadomość dezaktywacji jako zjawiska związanego z nieefektywną obecnością (zjawiskiem presentyzmu) w środowisku pracy, co jest zależne także od stanu zdrowotnego pracownika¹⁸.

Stan swojego zdrowia jako bardzo dobry oceniło 18,6% osób w wieku 15 lat i więcej. Najczęściej oceniano swoje zdrowie jako dobre (41,6%) lub takie sobie (26,9%), znacznie

¹⁷ za Piotr Szukalski Plany dezaktywacji zawodowej. Konferencja ZUS i ISP To idzie starość – polityka społeczna wobec procesu starzenia się ludności w Polsce”, Warszawa 2008.

¹⁸ Elbląska Rada Konsultacyjna Osób Niepełnosprawnych „Determinanty dezaktywacji zawodowej osób po 45 roku życia” w ramach projektu „Indywidualne ścieżki zatrudnienia”, Elbląg 2010.

rzadziej natomiast jako złe (10,4%) i bardzo złe (2,4%). W 2004 r. rzadziej niż co siódma dorosła osoba oceniała swoje zdrowie jako złe lub bardzo złe, natomiast w 1996 r. – co piąta.¹⁹

U prawie co drugiego mieszkańca Polski (43%) wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy. Częstość występowania takich problemów rośnie wraz z wiekiem. O ile wśród ludzi młodych (do 30 roku życia) długotrwałe problemy zdrowotne występują niezbyt często (u co 5-6 osoby), o tyle wśród ludzi starszych (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) – bardzo często. Ponad 60% pięćdziesięciolatków sygnalizowało wystąpienie takich problemów, wśród sześćdziesięciolatków już prawie 79% oraz ponad 90% ludzi najstarszych. Kobiety relatywnie częściej niż mężczyźni zgłaszały występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych czy chorób przewlekłych (odpowiednio 39% mężczyzn i 47% kobiet)²⁰.

Niepełnosprawność to jedna z głównych przyczyn dezaktywizacji zawodowej osób w wieku 50-64 lata. Według danych ZUS rentę w z tytułu niezdolności do pracy pobiera w Polsce 13% osób w wieku 50-59 lat, a aktywność zawodowa takich osób jest bardzo niska²¹. Według wstępnych wyników Narodowego Spisu Powszechnego z 2011 roku liczba osób niepełnosprawnych w Polsce wynosi 4,7 mln (12,2% ludności), w tym 46% mężczyzn i 54% kobiet. Ponad 3,1 mln osób miało prawne potwierdzenia faktu niepełnosprawności²². Na podstawie Badania Aktywności Ekonomicznej Ludności szacuje się, że liczba osób niepełnosprawnych w wieku 16 lat i więcej wynosiła w 2012 roku 3,4 mln, a 10,8% ludności w wieku 15 lat i więcej miało prawne orzeczenie niepełnosprawności. Wśród osób w wieku produkcyjnym odsetek ten wynosił 8,4% (1,9 mln osób). Wśród najczęstszych przyczyn niepełnosprawności wymienia się schorzenia układu krążenia, narządów ruchu oraz schorzenia neurologiczne. Współczynnik aktywności zawodowej osób niepełnosprawnych wynosi 27,5%, a wskaźnik zatrudnienia 23%, stopa bezrobocia natomiast – 16,3%²³.

Stan zdrowia jest jednym z najważniejszych indywidualnych czynników wpływających na aktywność zawodową osób w wieku emerytalnym oraz jedną z głównych deklarowanych przyczyn przechodzenia na emeryturę (51% osób na emeryturze i 88% wszystkich badanych)^{24,25}. Osoby decydujące się pracować i nie pobierać emerytury, mimo uprawnień, oceniają swój stan zdrowia podobnie jak osoby pracujące, natomiast wśród pobierających emeryturę na zły lub bardzo zły stan zdrowia wskazuje około 10% (vs 3-4% wśród nieuprawnionych). Wśród emerytów pracujących 48% ocenia swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry, podczas gdy wśród emerytów niepracujących ten odsetek wynosi 35%. U kobiet w wieku 50-65 lat i mężczyzn w wieku 55-70 lat, wśród czynników utrudniających wykonywanie pracy najczęściej wymieniano stan zdrowia (60% ubezpieczonych w KRUS, 47-57% ubezpieczonych w ZUS)²⁶.

Powyższe dane potwierdzają, że w szczególności u osób w wieku 45–65 lat stan zdrowia często wskazuje się jako barierę w poszukiwaniu i podejmowaniu zatrudnienia, a także jako przyczynę przechodzenia na emeryturę i zaprzestania aktywności zawodowej.

¹⁹ Stan zdrowia ludności Polski 2009, GUS, Warszawa 2011, str. 45

²⁰ Stan zdrowia ludności Polski 2009, GUS, Warszawa 2011, str. 55

²¹ P. Program Solidarność pokoleń

²² <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach/>

²³ <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosci-w-liczbach/-rynek-pracy/>

²⁴ „Dezaktywizacja osób w wieku okołoemerytalnym” Departament Analiz Ekonomicznych i Prognoz Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008

²⁵ P. Program Solidarność pokoleń.

²⁶ P. Program Solidarność pokoleń.

Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy w 2012 roku w badaniach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych

Przyczyny chorobowe niezdolności do pracy można podzielić na czasowe i długotrwałe. Czasowe przyczyny niezdolności do pracy, czyli absencję chorobową definiuje się jako *całokształt zjawisk związanych z niezdolnością do pracy z powodu choroby własnej ubezpieczonego lub niemożnością wykonywania przez niego pracy zawodowej. Niezdolność do pracy z powodu choroby lub konieczności osobistego sprawowania przez pracownika opieki nad chorym członkiem rodziny jest dokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wydawanym na druku ZUS ZLA²⁷.*

Czasowa niezdolność do pracy

W 2012 roku zgodnie z Rejestrem zaświadczeń lekarskich KSI ZUS zarejestrowano ogółem 18 506,1 tysięcy zaświadczeń lekarskich o czasowej niezdolności do pracy z powodu choroby własnej (inne możliwe przyczyny to opieka nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny), wystawionych na łączną liczbę 246 363,8 tysięcy dni absencji chorobowej. Przeciętna długość zwolnienia lekarskiego wynosiła 13,31 dnia²⁸ (dane dotyczą ubezpieczonych w ZUS, KRUS i innych).

Na podstawie analizy liczby dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS, najczęściej występującymi przyczynami powodującymi tę absencję były:

- Ciąża, poród i połów – 18,5% przypadków,
- Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 15,3%,
- Choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej – 13,6%,
- Choroby układu oddechowego – 12,3%,
- Choroby układu nerwowego – 9%,
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – 6,8%,
- CHUK – 6,1%²⁹.

Ranking grup chorobowych powodujących niezdolność do pracy w zależności od płci kształtował się odmiennie od populacji ogółem³⁰.

Najczęstsze choroby powodujące czasową niezdolność do pracy w zależności od płci (na podstawie 11)	
mężczyźni	kobiety
urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (24%)	choroby związane z ciążą, porodem i położeniem (33%)
choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (17%)	choroby układu oddechowego (11%)
choroby układu oddechowego (14%)	choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej (11%)
choroby układu nerwowego (11%)	urazy, zatrucia i inne określone skutki działania

²⁷ Absencja chorobowa w 2012 r. ZUS, 2013, Warszawa, str. 5

²⁸ Tamże, str. 25

²⁹ Tamże str. 42-43

³⁰ Tamże str. 42-47

	czynników zewnętrznych (8%)
CHUK (9%)	zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (7%)

Reasumując przyczyny czasowej niezdolności do pracy różnią się w zależności od płci, a największy udział (po wyłączeniu ciąży, porodu i połogu) w obu grupach mają urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej oraz choroby układu oddechowego, nerwowego, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz CHUK (te ostatnie schorzenia w szczególności u mężczyzn).

Długotrwała niezdolność do pracy

W myśl obowiązujących przepisów orzeczenia o niezdolności do pracy stanowią podstawę do przyznania renty z tytułu niezdolności do pracy. W zależności od charakteru i stopnia naruszenia sprawności organizmu oraz rokowań odzyskania zdolności do pracy, lekarz orzecznik ustala trwałą lub okresową niezdolność do pracy³¹.

W 2009 roku największe koszty w przypadku rent z tytułu niezdolności do pracy wystąpiły w związku z **CHUK (26%) oraz zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (19%)**, a wydatki na renty z tytułu niezdolności do pracy spowodowanej wypadkiem przy pracy lub chorobą zawodową stanowiły **22% wydatków na renty**³².

Przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy

W 2012 roku lekarze orzecznicy ZUS wydali ponad 1,3 mln orzeczeń. Z tej liczby, orzeczenia wydane osobom ubiegającym się po raz pierwszy o świadczenie rentowe stanowiły 11,3%.³³

Wyniki analizy orzeczeń pierwszorazowych wydanych dla celów rentowych w 2012 roku potwierdziły, że najczęściej powstawanie niezdolności do pracy powodowały choroby związane z ogólnym stanem zdrowia. Były to

- choroby układu krążenia (22% ogółu orzeczeń),
- nowotwory (22%),
- choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego (12%),
- zaburzenia psychiczne (11%),
- urazy kości, stawów i tkanek miękkich (8%),
- choroby układu nerwowego (7%).

Wymienione choroby były przyczyną wydania łącznie 82% ogółu orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych ustalających niezdolność do pracy³⁴.

W zależności od płci osób badanych struktura grup chorobowych kształtowała się odmiennie.³⁵

³¹ ORZECZENIA LEKARZY ORZECZNIKÓW ZUS O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYDANE W 2012 ROKU, str. 5

³² <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=3885>

³³ tamże str. 7

³⁴ Tamże str. 22

³⁵ ORZECZENIA LEKARZY ORZECZNIKÓW ZUS O NIEZDOLNOŚCI DO PRACY WYDANE W 2012 ROKU, str. 22

Przyczyny orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych w zależności od płci (na podstawie 11)	
mężczyźni	kobiety
CHUK (29% przypadków)	nowotwory (28%)
nowotwory (18%)	zaburzenia psychiczne (16%)
chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego (11%)	chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego (15%)

Średni wiek osób badanych w 2012 roku, którym orzeczono niezdolność do pracy w sprawach rentowych wynosił 50,6 roku (mężczyźni – 51,9 roku, kobiety – 48,6 roku). Najliczniejszą grupą, tj. 53% ogółu badanych stanowiły osoby w wieku 50 – 59 lat³⁶.

W 2012 r. orzeczenia bezterminowe stanowiły 6% ogólnej liczby orzeczeń pierwszorazowych o niezdolności do pracy. Takie orzeczenia najczęściej uzyskiwały osoby, u których występują:

- choroby układu krążenia (25%),
- choroby nowotworowe (21%).

Najlepsze rokowania co do odzyskania zdolności do pracy dotyczyły osób z urazami kości, stawów i tkanek miękkich oraz chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego, gdyż odpowiednio 72% i 60% orzeczeń o niezdolności do pracy w tych grupach chorobowych wydana została na okres do 12 miesięcy³⁷.

Na tle innych krajów UE Polska posiada wciąż wysoki odsetek osób chorujących na choroby układu krążenia. Tymczasem w innych krajach w odniesieniu do tej choroby udało się uczynić duży postęp:

„problemami układu krążenia trzeba się zająć jednak i [konieczne jest – dopisek badacza] zapobieganie z większą intensywnością, bo tu jest najłatwiej osiągnąć sukces. Przykład innych krajów pokazuje, że można sobie z tym poradzić.” [IDI]

Reasumując przyczyny długotrwałej niezdolności do pracy różnią się w zależności od płci, a największy udział w obu grupach mają CHUK, nowotwory, choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, zaburzenia psychiczne, urazy kości stawów i tkanek miękkich oraz choroby układu nerwowego. Najwięcej takich osób jest w wieku 50–59 lat. W ramach czasowej niezdolności do pracy te same grupy chorób powodują największe obciążenia w systemie w zakresie kosztów społecznych (uwzględniając także koszty ochrony zdrowia w zakresie tych chorób).

Najczęstsze choroby zawodowe

W 2012 roku rozpoznano 2402 przypadki chorób zawodowych (23 na 100 tys. Zatrudnionych), co jest liczbą mniejszą o 6,2% w porównaniu z rokiem 2011³⁸. Największy spadek odnotowano dla pylic płuc (19,1%), ubytku słuchu (15,5%) i nowotworów złośliwych (36,5%). Największy wzrost w porównaniu z poprzednim rokiem odnotowano dla chorób zakaźnych lub pasożytniczych (o 8,6%), obwodowego układu nerwowego (12,1%) i układu ruchu (o 16,8%).

³⁶ Tamże str. 26

³⁷ Tamże str. 34

³⁸ Wilczyńska i wsp., Medycyna Pracy 2013; 64(3) na podstawie danych z Centralnego Rejestru Chorób Zawodowych.

Największe współczynniki zapadalności odnotowano dla chorób zakaźnych lub pasożytniczych (6,8 na 100 zatrudnionych; 29,4% ogółu chorób zawodowych, głównie borelioza), pylic płuc (5,5 na 100 tys.; 23,7% ogółu), ubytku słuchu (2,1 na 100 tys.; 9,1% ogółu), chorób obwodowego układu nerwowego (2 na 100 tys.; 8,5% ogółu), narządu głosu (1,9 na 100 tys.; 8,4% ogółu) i układu ruchu (1,1 na 100 tys.; 4,9% ogółu).

Za 84% chorób zawodowych odpowiadają choroby zakaźne i pasożytnicze, pylice płuc, ubytek słuchu, choroby narządu ruchu (łącznie z chorobami obwodowego układu nerwowego) oraz przewlekłe choroby narządu głosu. Najwyższą zapadalność odnotowano w rolnictwie, leśnictwie, łowiectwie, rybactwie (412,3 na 100 tys. Zatrudnionych), górnictwie i wydobywaniu (288,3 na 100 tys.), opiece zdrowotnej i pomocy społecznej (28,9 na 100 tys.) oraz przetwórstwie przemysłowym (27,8 na 100 tys.) i edukacji (19,7 na 100 tys.).

W innej analizie częstości chorób zawodowych dla poszczególnych grup zawodowych wykazano, że najczęściej przypadków chorób zawodowych stwierdza się wśród robotników przemysłowych i rzemieślników, operatorów i monterów maszyn i urządzeń oraz specjalistów (tu zakwalifikowano nauczycieli)³⁹.

Reasumując choroby zawodowe nie są główną przyczyną niezdolności do pracy i wskaźniki zapadalności są małe w porównaniu z chorobami będącymi przyczyną czasowej lub długotrwałej niezdolności do pracy.

Wśród najczęstszych przyczyn zarówno czasowej jak i długotrwałej niezdolności do pracy oraz niepełnosprawności można wymienić: choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej, CHUK, zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, choroby układu nerwowego. Duży odsetek orzeczeń o długotrwałej niezdolności do pracy stanowią także nowotwory.

Działania profilaktyczne, które mogą poprawić stan zdrowia osób pracujących.

Ze względu na to, że liczba chorób zawodowych nie stanowi głównej przyczyny niezdolności do pracy niezasadne jest ukierunkowywanie programów profilaktycznych jedynie na najczęściej stwierdzane choroby zawodowe i zawodowe czynniki ryzyka. Znacznie więcej osób jest czasowo lub długotrwale niezdolnych do pracy z przyczyn innych niż choroby zawodowe, co wskazano powyżej.

Natomiast zasadnym wydaje się zastosowanie rozwiązań proponowanych w ocenianym programie profilaktycznym dot. chorób układu krążenia polegających na wykorzystaniu służb medycyny pracy i badań profilaktycznych do identyfikacji pracowników obciążonych czynnikami ryzyka CHUK (nie tylko zawodowymi) i innych chorób wskazanych powyżej jako główne przyczyny dezaktywizacji zawodowej. Zaproponowane przez autorów ocenianych programów profilaktycznych programy kompleksowe można wykorzystać do opracowania programów ukierunkowanych na konkretny zakład pracy.

Autorzy polskiego Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 wskazują, że zdrowie człowieka, a co za tym idzie jego aktywność, zależy od wielu wzajemnie powiązanych czynników, wśród których wyróżnia się cztery główne grupy:

- styl życia (50% „udziału”),

³⁹ Analiza porównawcza dotyczącej przyczyn chorób zawodowych mającej na celu określenie dynamiki zmian w tym zakresie wraz z określeniem rekomendacji dotyczących działań prewencyjnych” (Pracownia Badań i Doradztwa “Re-Source” Korczyński Sarapata sp.j., dla ZUS, Warszawa 2012; www.zus.pl/files/dpir/Choroby_zawodowe_analiza.pdf

- środowisko fizyczne (naturalne oraz stworzone przez człowieka) i społeczne życia, pracy, nauki (20%),
- czynniki genetyczne (20%),
- działania służby zdrowia (10%).

Do ważnych przesłanek zachowania zdrowia należą warunki społeczno-ekonomiczne, natomiast największymi zagrożeniami są ubóstwo i niski poziom wykształcenia⁴⁰.

W 2002 roku WHO oszacowała procentowe udziały poszczególnych czynników ryzyka w ogólnej liczbie tzw. Utraconych potencjalnych lat życia (wskaźnik DALYs⁴¹) w krajach europejskich. W Polsce najistotniejsze okazały się: palenie tytoniu, wysokie ciśnienie krwi, nadmierne spożycie alkoholu, nadwaga i otyłość, wysoki poziom cholesterolu, niskie spożycie owoców i warzyw oraz brak aktywności fizycznej⁴². Większość z nich odnosi się do stylu życia Polaków, a co za tym idzie na ten aspekt należy zwrócić uwagę planując programy profilaktyczne w przyszłości.

W badaniu respondenci wskazywali, że wiele z chorób, które w największym stopniu przyczyniają się do dezaktywizacji zawodowej Polaków i Polek, ma wspólne czynniki związane ze stylem życia, zatem działania nakierowane na zmianę stylu życia w kierunku prozdrowotnym może spowodować zmniejszenie zapadalności na wiele ze wskazanych powyżej chorób:

„Generalnie, jeśli się zacznie walkę z czynnikami ryzyka (...) nie z chorobami właśnie, ale z czynnikami ryzyka, bo wiele z tych chorób ma wspólne czynniki ryzyka, prawda? I tutaj wiadomo, że walka z paleniem, nadmiernym piciem, otyłością, czy brakiem aktywności fizycznej to nam załatwia sprawę (...) w ogromnym stopniu”. [IDI]

Niezależnie od faktu, iż dla wielu chorób celowe jest podejmowanie takich samych działań skierowanych na zmianę stylu życia, niektóre choroby wymagają działań specyficznych.

Choroby układu mięśniowo-szkieletowego (musculoskeletal disorders, MSD) w istotny sposób wpływają na zdolność do pracy, zarówno w perspektywie jednostkowej, jak i zbiorowej, zmniejszając produktywność i udział w rynku pracy tysięcy polskich pracowników. Wyniki badań wskazują, że:

- Ponad połowa osób zatrudnionych w Polsce przynajmniej jednokrotnie doświadczyła bólów mięśni podczas wykonywania pracy.
- Około 300 000 – 400 000 osób może cierpieć na RZS lub spondyloartropatie zapalne.
- W 2010 r. przypadki MSD i zespołu cieśni nadgarstka skutkowały ponad 26 milionami dni nieobecności w pracy spowodowanej chorobą.
- W 2009 r. schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego kosztowały niemal 330 milionów Euro wypłaconych w postaci zasiłków chorobowych i kolejne 470 milionów Euro tytułem kosztów związanych z niezdolnością do pracy. Aż 874 miliony euro przeznaczono na finansowanie świadczeń związanych z niezdolnością do pracy, podczas gdy na rehabilitację zdrowotną wydano zaledwie 38 milionów euro.

⁴⁰ NPZ str. 10.

⁴¹ Wskaźnik DALY (z ang. disability adjusted life-years – lata życia skorygowane niesprawnością) – wskaźnik stosowany do określenia stanu zdrowia danego społeczeństwa. Wyraża łącznie lata życia utracone wskutek przedwczesnej śmierci bądź uszczerbku na zdrowiu w wyniku urazu lub choroby. Jest pomocny przy identyfikacji głównych przyczyn obciążenia chorobami oraz alokacji środków na zwalczanie tych przyczyn.

⁴² WHO raport str. 114.

- W 2010 r. ogólne bezpośrednie koszty związane ze schorzeniami układu mięśniowo-szkieletowego zamknęły się kwotą 937 milionów euro, z czego zaledwie 223 miliony euro wydatkowano na profilaktykę zdrowotną⁴³.
- Średni wiek osoby rehabilitowanej w Polsce wynosi 46 lat, co oznacza, że coraz więcej relatywnie młodych osób w wieku produkcyjnym wymaga wsparcia w leczeniu schorzeń długoterminowych.
- Co najmniej 12 procent bezrobotnych zarejestrowanych w Polsce nie poszukuje pracy z powodu problemów zdrowotnych.

Dane epidemiologiczne dla tych chorób wskazują na rosnące wskaźniki chorobowości i zapadalności szczególnie w zakresie układu kostno-stawowego. Drugim aspektem związanym z tymi chorobami jest to, że dotyczą one ludzi relatywnie młodych (średni wiek początku RZS to około 30-40 lat). Ze względu na fakt, że praca jest jednym z elementów oceny funkcjonowania pacjentów z chorobami MSD konieczne jest rozważenie wdrożenia następujących programów dotyczących:

- Wczesnej diagnostyki oraz interwencji w zakresie obciążeń w pracy oraz rozpoznawania chorób – cel ten może być osiągnięty przez edukację oraz koordynację systemu przez lekarzy POZ, lekarzy specjalistów, lekarzy medycyny pracy.
- Edukacji specjalistów, orzeczników, pracowników BHP, medycyny pracy, ZUS i urzędów pracy, grup pacjenckich w zakresie nie tylko diagnostyki czy leczenia, lecz systemów wsparcia w zakresie utrzymania pracy czy powrotu do pracy.
- Wprowadzenia systemu stopniowego powrotu do pracy poprzez komunikację pomiędzy lekarzem, a pracodawcą co do możliwości lub stopnia powrotu do pracy (obecnie taki system jest wdrażany w Wielkiej Brytanii).
- Koordynacji i organizacji systemu rehabilitacji zawodowej – edukacja pracodawców w zakresie elastyczności czasu pracy, przestrzeganie praktyk ergonomicznych oraz dostosowania obowiązków lub zakresu prac do możliwości chorego.
- Opracowania narzędzi kompleksowej analizy danych w zakresie ZUS, NFZ, CIOP, IMP wraz z możliwością monitorowania sytuacji w systemie.
- Opracowania wiarygodnych materiałów, wytycznych czy platform edukacyjnych dla pracowników i pracodawców.
- Promowania i nagłaśniania dobrych praktyk w ramach przedsiębiorstw (ufundowanie nagrody – „Bezpieczny pracodawca”)
- Koordynacji działań pomiędzy instytucjami z obszaru określonych specjalizacji z medycyną pracy, działaniami CIOP, PFRON zarówno na poziomie krajowym, lecz także na poziomie lokalnym.
- Przeprowadzenia kampanii społecznej w zakresie przyczyn zespołów bólowych, w tym ich związku z czynnikami zawodowymi oraz skutecznych i bezpiecznych metod leczenia.

Innymi ważnymi chorobami, które mogą wymagać specyficznych działań, są choroby układu krążenia oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania.

⁴³ Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce. Raport Fit for Work – CEESTAHC Kraków 2011. www.ceestahc.org

Choroby układu krążenia

W chwili obecnej funkcjonują w Polsce różne programy zdrowotne ukierunkowane na CHUK, takie jak POLKARD, Narodowy program zapobiegania chorobom cywilizacyjnym, programy realizowane przez NFZ oraz programy samorządowe (w zakresie stylu życia, nadwagi i otyłości, palenia papierosów). W odniesieniu do tej choroby najistotniejsze jest skoordynowanie różnorodnych działań prowadzonych przez różne instytucje i organizacje i dostosowanie ich do potrzeb zdrowotnych najlepiej identyfikowanych w ramach regionu.

W zakresie CHUK do poprawy stanu zdrowia populacji osób pracujących mogą się przyczynić się także działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Aby poprawić dotarcie do grup docelowych takie działania należy prowadzić w ramach obowiązkowych okresowych badań profilaktycznych. Można również wprowadzić takie działania w postaci zintegrowanej strategii w miejscu pracy⁴⁴.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

W Polsce liczba osób leczących się z powodu problemów zdrowia psychicznego oscyluje w okolicy 1,6 mln. Koszty świadczeń finansowanych ze środków publicznych (NFZ) wyniosły w 2010 roku ponad 2 mld zł. Stanowi to 3,5% wszystkich kosztów ponoszonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia na świadczenia zdrowotne. Wydatki ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy osób z problemami zdrowia psychicznego wyniosły w 2009 roku blisko 4,5 mld zł, co stanowiło 15,5 % wszystkich wydatków.

W grudniu 2010 Rada Ministrów przyjęła rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Program stanowi pierwszą, ogólnokrajową strategię działań, mających na celu ochronę zdrowia psychicznego społeczeństwa, wskazując jednocześnie na rosnącą rangę zdrowia psychicznego Polaków wśród priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Do celów tego programu należą m.in: promocja zdrowia psychicznego, zapobieganie zaburzeniom psychicznym, poprawa funkcjonowania osób z problemami zdrowia psychicznego oraz ich bliskich, a także zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym rozwijanie opieki środowiskowej, czyli usług w pobliżu miejsca zamieszkania i poza dużymi szpitalami⁴⁵.

Sprawozdanie z realizacji Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego za rok 2011 wykazało, iż NPOZP, a tym samym w/w ustawa, praktycznie nie są realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego. W związku z tym istnieje potrzeba realizacji programów profilaktycznych dotyczących zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania⁴⁶. Do tego celu możliwe jest upowszechnienie programu opracowanego przez IMP a ocenianego w ramach niniejszego badania.

Składowe programu profilaktycznego

Niezależnie od schorzenia, którego dotyczy, każdy program profilaktyczny, powinien uwzględniać następujące aspekty:

- szczegółową diagnozę potrzeb w zakresie profilaktyki – zarówno dotyczącej chorób o największym wpływie na umieralność, jak i chorób zawodowych oraz czynników ryzyka, łącznie z analizą dotyczącą potrzeb w zakresie konkretnych grup docelowych czy potrzeb lokalnych,

⁴⁴ Jorma Rantanen i Rokho Kim, „Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce”, WHO 2012.

⁴⁵ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/npoz_zdrpub_03112011.pdf.

⁴⁶ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/infoorealiznpozp_20130204.pdf.

- odpowiednio długi czas wdrażania programu (programy profilaktyczne nie powinny być krótkie),
- jasne określenie celu głównego i celów szczegółowych oraz przedstawienie mierzalnych efektów programu a także czasu i sposobów ich pomiaru,
- jasne wskazanie adresatów programów, dokładne przedstawienie kryteriów populacji włączonej, ewentualnie z uwzględnieniem czynników ryzyka; oszacowanie wielkość populacji objętej programem; określenie trybu rekrutacji osób do programu,
- określenie sposobu organizacji programu (podział na etapy, odpowiedzialność za zadania, czas realizacji zadań),
- szczegółowy opis interwencji, poparcie wszelkich proponowanych działań rzetelną analizą piśmiennictwa z przedstawieniem wyników przeglądów systematycznych, analiz wytycznych czy wskazaniem dobrych praktyk z innych krajów,
- dostosowanie interwencji do grupy docelowej,
- dobre przygotowanie wdrożenia programu wraz z przedstawieniem terminarzy działań i potencjalnych kosztów,
- zapewnienie odpowiedniego monitorowania programu umożliwiającego ocenę jego efektywności w odniesieniu do założonych celów na bieżąco oraz oceną efektywności kosztowej wdrożonych działań,
- gromadzenie opinii uczestników programu oraz monitorowanie zmiany ich zachowań sprzed wdrożenia programów oraz w ramach określonych czasowo oraz ewentualnych analiz danych w ramach badań lub danych w systemach publicznych,
- preferowane są skoordynowane programy obejmujące wiele czynników ryzyka (dieta i aktywność fizyczna) i angażujące kluczowe osoby od momentu planowania oraz z zaplanowaną oceną wskaźników,
- zapewnienie odpowiedniego poziomu finansowania,
- szeroko zakrojone kampanie edukacyjne na kilku poziomach przekazywania danych (kampania społeczna, szkolenia otwarte itp.).

Ocena programów profilaktycznych

W ramach oceny poszczególnych programów profilaktycznych opracowano listę pytań, które mogą posłużyć do oceny każdego programu profilaktycznego umożliwiając poprawę ich jakości. Poniżej przedstawiamy zalecaną listę pytań weryfikujących jakość programu profilaktycznego:

1. OGÓLNE

- a. Nazwa programu,
- b. Okres realizacji programu,
- c. Autorzy programu.

2. PROBLEM ZDROWOTNY

- a. Czy przedstawiono opis problemu zdrowotnego i jego znaczenie dla miejsca pracy
- b. Epidemiologia – opisanie wielkości zjawiska w kraju lub w określonych grupach zawodowych, które były objęte programem
- c. Czy właściwie zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób związanych z pracą?
- d. Czy właściwie zidentyfikowano grupy ryzyka?
- e. Czy przedstawiono uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu w danej grupie zawodowej lub na danym obszarze

3. CELE i EFEKTY

- a. Czy przedstawiono główne cele programu i szczegółowe?
- b. Czy przedstawiono oczekiwane mierzalne efekty z przeprowadzanie projektu i sposób ich pomiaru?
- c. Czy przedstawiono cele krótkoterminowe i cele długoterminowe?
- d. Jakie mierniki efektywności odpowiadające celom programu zostały przedstawione i do osiągnięcia w jakim czasie?

4. POPULACJA

- a. Czy właściwie określono adresatów działań profilaktycznych?
- b. Czy określono kryteria włączenia i wykluczenia uczestników programów?
- c. Czy oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe i w jakim czasie?
- d. Czy określono tryb rekrutacji osób do programu?

5. INTERWENCJA

- a. Czy przedstawiono sposób organizacji programu (podział na etapy, odpowiedzialność za zadania, czas realizacji zadań)?
- b. Czy zaproponowano interwencje i jakiego typu interwencje (metod działania) w programie?
- c. Czy jasno opisano stosowane interwencje
- d. Czy oceniono dowody na skuteczność stosowanych interwencji / metod działania na podstawie
 - i. Opinie ekspertów klinicznych,
 - ii. Zalecenia, wytyczne i standardy dotyczące postępowania w problemie zdrowotnym,
 - iii. Dowody skuteczności (efektywności klinicznej) oraz efektywności kosztowej.
- e. Czy zaproponowane metody (interwencje) działań profilaktycznych można uznać za właściwe i skuteczne?

6. IMPLEMENTACJA

- a. Czy przetestowano na małej grupie metody używane w programie.
- b. Czy przedstawiono zasady implementacji interwencji w ramach programu – kto, jak, kiedy oraz kontrolę wdrożenia.
- c. Czy oceniono implementację programu.

7. OCENA EFEKTÓW PROGRAMU

- a. Czy opracowana strategia edukacji zdrowotnej przyczyniła się do realizacji celów założonych w programach profilaktycznych?
- b. Czy zaproponowane metody komunikacji zapewniają skuteczne dotarcie do wyznaczonych grup docelowych?
- c. Czy przewidziane działania w sposób czytelny i zrozumiały przekazują pożądane informacje?
- d. Jakie są słabe, a jakie są mocne strony udzielonego wsparcia w ramach projektu?
- e. Co należałoby ewentualnie zmienić / poprawić?
- f. Czy zaplanowano i przedstawiono sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji stosowania interwencji lub stosowania ich po zakończeniu programu?
- g. Czy przedstawiono kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu?

8. KOSZTY I WYKORZYSTANIE ZASOBÓW

- a. Czy przedstawiono w sposób jasny kosztorys programu poprzez przedstawienie kosztów jednostkowych i całkowitych?
- b. Czy przedstawiono argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne?

9. PARTNERZY

- a. Czy przedstawiono partnerów programów, i ich udział w programie?

10. MONITOROWANIE I EWALUACJA

- a. Czy przedstawiono sposób monitorowania programu oraz jego ewaluację?
- b. Do ilu osób dotarło z programem?
- c. Oceń stopień zgłaszalności do programu?
- d. Czy uczestnicy program byli zadowoleni z uczestnictwa w nim?

11. OCENA CAŁOŚCIOWA

- a. Ocena jakości zastosowanych metod w programie?
- b. Jak oceniasz efektywność całego programu?

12. PODSUMOWANIE

13. DODATKOWE UWAGI

W ramach badania stwierdzono, że częstym problemem funkcjonujących programów zdrowotnych są metody i sposoby docierania do społeczeństwa:

„Jeżeli chodzi o profilaktykę, w Polsce mamy kilka takich dużych programów profilaktycznych, które są rzeczywiście na poziomie centralnym czy na poziomie płatnika organizowane czy sterowane i myślę, że część z nich przynosi bardzo wymierne korzyści. Natomiast dużym problemem jest dotarcie z informacją do szerokich mas społeczeństwa.” [IDI]

Zatem odpowiednia kampania informacyjna ma istotne znaczenie dla powodzenia programu profilaktyki. Zdaniem respondentów badania, sposoby docierania do grup docelowych powinny być dostosowane do specyfiki tych grup. Inaczej dociera się do społeczności lokalnych na przykład na terenach wiejskich, a inaczej do grup korzystających z serwisów społecznościowych. Realizatorzy programów zdrowotnych wykazują wiele pomysłowości w tym, aby skutecznie objąć programem właściwych adresatów:

„ (...) cytomamobus został zakupiony i potem on brał udział w programie „Zdrowi mieszkańcy to zdrowe [nazwa regionu]” i ponieważ były takie akcje tzw. Białe niedziele ten cytomamobus jeździł, ponieważ tym programem wyszliśmy w teren z pominięciem [nazwa stolicy regionu], czyli do tych małych miejscowości, gdzie ludzie są (...) biedniejsi, więc po prostu ten cytomamobus jeździł, pobierał cytologię i robił zdjęcia mammograficzne.” [IDI]

Jako szczególnie trudną grupę docelową badani uznali mężczyzn. Pod względem dbania o własne zdrowie:

„Mężczyźni dużo bardziej odstają od Europy niż kobiety”. [IDI]

„Czasem może warto z programem skierowanym do mężczyzn w kierunku profilaktyki raka prostaty udać się do kobiet [tj. do ich żon czy partnerek – dopisek badacza].” [IDI]

Jedno z województw w Polsce, realizujące program profilaktyczny dla społeczności Romów, docierało do tej grupy docelowej poprzez ścisłą współpracę z liderami tej społeczności.

Generalnie uznaje się, że działania z zakresu promocji zdrowia powinny obejmować kilka czynników ryzyka naraz oraz powinny być realizowane równocześnie w wielu miejscach (szkoły, miejsca pracy, instytucje opieki zdrowotnej, społeczności lokalne, rodziny)⁴⁷.

Inną często wskazywaną wadą realizowanych programów profilaktycznych, na którą zwrócili uwagę respondenci badania, jest zbyt krótki czas wdrażania programu:

„wiele tych programów profilaktycznych ma charakter akcyjny. Znacząca jest akcja jakaś. Krótko się czymś zajmujemy i potem to zostawiamy. Nie ma to jakiegoś solidnego podłoża, takiego stanu trwałego”. [IDI]

⁴⁷ USDHHS CDC. A Public Health Action Plan to Prevent Heart Disease and Stroke.

Niezbędne działania w sferze funkcjonowania systemu ochrony zdrowia mające na celu wydłużenie aktywności zawodowej społeczeństwa.

W zakresie działań ochrony zdrowia możliwe jest określenie trzech poziomów możliwych zmian odnoszących się do:

1. Celów strategicznych związanych z prewencją pierwszorzędową, drugorzędową oraz trzeciorzędową.
2. Koordynacji wdrażanych programów na poziomie międzyresortowym (z ewentualnym stworzeniem wspólnego budżetu dedykowanemu określonym aktywnościom).
3. Oceny zmian i efektów w systemach.

Cele strategiczne związane z prewencją pierwszorzędową, drugorzędową oraz trzeciorzędową

W obecnej sytuacji konieczne jest wypracowanie priorytetów związanych z szeroko pojętą aktywnością zawodową (w tym zakresie razem z celami zdrowia publicznego). Ze względu na brak danych wskazujących na typy projektów, zrealizowane programy oraz ich efektywność, nie jest możliwa rzetelna ocena obecnych potrzeb oraz opracowanie strategii.

Wiele bardzo zasadnych wytycznych dotyczących niezbędnych działań znalazło się w raporcie WHO „Ocena i zalecenia dotyczącego wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce” opublikowanym w 2012 roku (Jorma Rantanen i Rokho Kim, WHO 2012), w którym stwierdzono, że:

- zaplanowanie takich programów wymaga szczegółowej analizy obecnej sytuacji i ustalenie strategii wielopoziomowych,
- prowadzenie odrębnych działań w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy nie jest optymalne, skuteczniejsze jest zintegrowanie tych działań z ogólnymi strategiami stosowanymi w miejscu pracy przy wsparciu służby medycyny pracy, a także z innymi działaniami systemu ochrony zdrowia,
- zaleca się włączenie promocji zdrowia do systemu ochrony zdrowia czy komunikacji do pracujących, a nie realizowanie jej w ramach prowadzonych w firmie projektów i kampanii ze względu na kwestię trwałość efektu,
- programy ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy powinny być kompleksowe, ich wdrożenie wymaga odpowiednich szkoleń służb medycyny pracy nie tylko w zakresie czynników ryzyka lecz skutecznych metod edukacji, oceny monitorowania oraz zintegrowanych pod względem oceny stanu zdrowia pracowników, środowiska pracy, organizacji pracy, społecznej determinanty zdrowia i uwzględniających konieczność łączenia życia zawodowego i rodzinnego,
- jako mało skuteczne uznano ukierunkowanie promocji zdrowia w miejscu pracy na indywidualne aspekty behawioralne, znacznie skuteczniejsze jest kompleksowe, wielodyscyplinarne podejście uwzględniające wykonywaną pracę, środowisko, organizację pracy i inne czynniki dotyczące pracownika,

- konieczna jest współpraca wszystkich zainteresowanych stron w przygotowaniu i realizacji tego typu programów.

Koordinacja działań i programów z różnych sektorów

W zakresie wzrostu i wydłużenia aktywności zawodowej społeczeństwa konieczne jest skoordynowanie działań różnych resortów (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów, Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych i inni instytucji tj. NFZ, IMP, PIP, PIS). W chwili obecnej programy profilaktyki są realizowane przez:

- Ministerstwo Zdrowia – programy narodowe, programy europejskie,
- NFZ – własne środki lub programy europejskie,
- ZUS i instytucje uczestniczące w orzecznictwie,
- GIS (PIS),
- Samorządy lokalne – programy zdrowotne zgodnie z ustawą z dnia z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Instytucje publiczne (IMP, PIP, CIOP i inne) w zakresie własnych środków lub środków europejskich,
- PARPA – programy walki z uzależnieniem od alkoholu,
- NGO.

Instytucje zaangażowane w prowadzenie działań wiążących się z profilaktyką mają świadomość konieczności koordynacji podejmowanych działań przez powyższe, liczne instytucje. Można powiedzieć, że jest to koordynacja podejmowana oddolnie:

„My tutaj staraliśmy się, wydając opinie o projektach programów zdrowotnych samorządowych, troszeczkę nakierowywać samorządy na to, aby nie dublowały tych działań profilaktycznych, które są już w ogólnopolskich programach, ale raczej te środki przekazywali na rzecz dotarcia z informacją, propagowania tych programów. Chociażby do ułatwienia do nich dostępu przez tak proste działania, jak wiele gmin robiło, jak dowóz kobiet na mammografie, czy na cytologie w jakiejś małej gminie, [gdyż – dopisek badacza] albo autobus tam nie dotarł, albo nie było możliwości.” [IDI]

Aspekty dotyczące priorytetów i obowiązków związanych ze zdrowiem poruszane są głównie po stronie Ministerstwa Zdrowia.

W obecnym systemie ochrony zdrowia podejmowane są przede wszystkim działania, które mają zapewnić pod względem finansowym dostępność do świadczeń zdrowotnych. Celem systemu ochrony zdrowia, oprócz wskaźników czysto klinicznych, są aspekty zdrowia publicznego dotyczące: zmniejszenia częstości występowania chorób, liczby i nasilenia chorób, zmniejszenie śmiertelności. Wszystkie powyższe cele wiążą się przede wszystkim z chorobą i efektami jej leczenia, a w mniejszym stopniu z profilaktyką czy oceną wpływu tych chorób na aktywizację:

„To jest podstawowa słabość tego naszego systemu też. Cały system jest nastawiony na leczenie bardziej niż na zapobieganie.” [IDI]

Wszystkie założenia do poprawy systemu ochrony zdrowia zostały przedstawione w Projekcie Ustawy o Zdrowiu Publicznym.

W zakresie koordynacji konieczne jest ujednoczenie i uregulowanie w ramach jednolitych ram aktów prawnych związanych ze zdrowiem publicznym. Liczne akty prawne nie podejmują jednak próby usystematyzowania mapy pojęciowej w zakresie zdrowia publicznego, systemu wszystkich organów administracji państwowej odpowiedzialnych za realizację zadań związanych ze zdrowiem publicznym oraz nie wskazują koordynatora.

W zakresie konkretnych działań konieczne jest:

- Określenie strategii działań na rzecz profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- Określenie kompetencji i miejsca poszczególnych instytucji w systemie,
- Określenie lub zmiana ram legislacyjnych,
- Stworzenie ośrodka koordynacji i analiz,
- Zbudowanie systemu identyfikacji i przeciwdziałania głównym zagrożeniom zdrowia publicznego,
- Określenie celów i zasad finansowania poszczególnych instytucji,
- Opracowanie kompleksowych programów, w tym strategii edukacyjnej ponadsektorowej i promocji zdrowia,
- Stworzenie możliwości prowadzenia działalności naukowej i badawczej.

Oceny zmian i efektów w systemach.

Obecny system monitorowania zdrowia ludności, analizy oraz raportowania jest niewystarczająco ujednoczony oraz umocowany prawnie. Z tego powodu konieczne jest stworzenie mapy baz, publikowanie informacji na temat zmian w systemie oraz stworzenia ram prawnych. Obecnie nie jest możliwe dogłębne dokonanie analizy potrzeb z powodu braku dostępności do danych lub opracowań wielu instytucji administracji publicznej. W obecnym kształcie systemu dane dotyczące działań podejmowanych przez różne instytucje nie są dostępne w domenie publicznej (pomimo finansowania ich ze środków publicznych) oraz nie jest dokonywana żadna ocena efektywności podejmowanych działań.

„[należy badać – dopisek badacza] które działanie było najskuteczniejsze, ale takiej wiedzy generalnie jest mało.” [IDI]

Jak wskazano powyżej, ocena efektów programu profilaktycznego powinna być elementem każdego programu. Warto zaznaczyć, że nie chodzi tylko o podsumowanie zrealizowanych działań poprzez sporządzenie sprawozdania z ich realizacji, ale o zbadanie rzeczywistych efektów w jakiś czas po podjęciu działań.

Potrzeby w zakresie działań profilaktycznych (w ujęciu regionalnym)

W celu przygotowania analizy potrzeb systemu zdrowia w zakresie działań profilaktycznych w ujęciu regionalnym, konieczne jest posiadanie bardzo dokładnych danych z poziomu lokalnego (zarówno w zakresie danych epidemiologicznych, jak i wdrażanych działań) i innych

szczegółowych danych z poziomu instytucji publicznych. Jak wskazano powyżej, dane te w Polsce nie są dostępne.

W rozbiciu regionalnym dostępne są dane dotyczące śmiertelności (GUS, KRN), chorobowości szpitalnej (PZH), chorób zawodowych (Centralny Rejestr Chorób Zawodowych). Dane epidemiologiczne dla całego kraju dostępne są dla nowotworów (KRN) oraz wybranych jednostek chorobowych (rejestry chorób zakaźnych NIZP-PZH, rejestry CHUK założone w ramach programu POLKARD). Jednocześnie nieprowadzone są żadne rejestry dotyczące danych osób nieobjętych opieką lub nieleczonych z powodu określonych chorób. GUS publikuje co kilka lat Raport o Stanie Zdrowia Ludności, a NIZP-PZH raport "Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania". Pośrednio informacje można pozyskać także z opublikowanych statystyk JGP na stronie internetowej NFZ. Dodatkowo można także przeanalizować różne dane raportowane szczerkowo przez jednostki samorządu terytorialnego oraz inne opublikowane dane i sprawozdania. Wszystkie te informacje jednak są niewystarczające do rzetelnego określenia potrzeb w zakresie programów profilaktycznych w ujęciu regionalnym.

Najpełniejsze dane z poziomu określonych lokalizacji oraz na poziomie pacjenta są gromadzone w systemach NFZ lub innych zasobach informatycznych systemu ochrony zdrowia w Polsce. Należy uwzględnić także to, że dane NFZ odnoszą się do zrealizowanych świadczeń, a nie do rzeczywistego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Jednakże praktycznie są one niedostępne w przestrzeni publicznej z powodu braku współpracy NFZ z podmiotami publicznymi czy komercyjnymi. Alternatywą byłoby przeprowadzenie bardzo szczegółowych badań epidemiologicznych lub zebranie danych z poziomu lokalnych społeczności – tutaj jednak pojawia się ograniczenie związane z bardzo długim czasem koniecznym do uzyskania takich danych oraz kosztami.

W ramach dyskusji na temat reformy NFZ przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia wielokrotnie wspominali o konieczności stworzenia w ramach każdego województwa mapy potrzeb zdrowotnych. Na podstawie map potrzeb zdrowotnych regionalne fundusze będą tworzyły plany zakupów świadczeń oraz podejmowały inne działania. Tworzeniem map mają się zajmować specjalne zespoły powołane przez wojewodów. Informacje, które służyłyby do stworzenia takich map potrzeb zdrowotnych byłyby także użyteczne do określenia tego, jakie są potrzeby systemu ochrony zdrowia w zakresie działań profilaktycznych, nie tylko w ujęciu krajowym, ale także regionalnym.

W ramach badania zidentyfikowano pojedyncze dokumenty pozwalające na bardzo ogólną ocenę potrzeb profilaktycznych. Dokładne określenie potrzeb w systemie zdrowia powinno być przedmiotem dokładnej analizy wraz z identyfikacją brakujących danych do oceny na poziomie lokalnym.

Poniżej przedstawiono zalecenia dla wybranych województw opracowane na podstawie opracowania sporządzonego przez Związek Powiatów Polskich („Ochrona Zdrowia w regionalnych strategiach rozwoju”) w odniesieniu do działań związanych z profilaktyką:

Kujawsko – Pomorskie

- Rozwój profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowia, które zamierza się realizować poprzez zaplanowaną długofalową działalność, w szczególności w zakresie chorób cywilizacyjnych, na które w największym stopniu zapadają mieszkańcy województwa;
- Przeprowadzenia szerokiej akcji promocyjnej oraz ułatwienie mieszkańcom dostępu do badań profilaktycznych;

Lubuskie

- Promocja zdrowia i kształtowanie prozdrowotnych postaw mieszkańców województwa lubuskiego: wspieranie inicjatyw na rzecz podnoszenia świadomości społecznej w zakresie zdrowego stylu życia, propagowanie działań na rzecz promocji zdrowia;

Łódzkie

- Dla poprawy sytuacji zdrowotnej mieszkańców województwa zakłada się podejmowanie działań z zakresu profilaktyki zdrowotnej, jak również poprawę dostępności do podstawowych usług medycznych.
- Rozwój usług i programów profilaktyki zdrowotnej poprzez: wspieranie realizacji programów profilaktycznych ukierunkowanych na zmniejszanie zachorowalności na choroby cywilizacyjne, programów edukacyjnych, szkoleń i akcji promocyjnych na rzecz zdrowego stylu życia oraz regularnego korzystania z badań profilaktycznych, upowszechnianie zachowań prozdrowotnych, wspieranie rozwoju usług opieki środowiskowej dla osób przewlekle chorych i starszych;

Małopolskie

- Opracowanie i wdrożenie wieloletnich programów ochrony zdrowia, w tym profilaktyki zdrowotnej m.in. w obszarach onkologii, kardiologii i psychiatrii;
- Kształtowanie, promocja postaw, aktywna edukacja na rzecz zdrowego stylu życia;

Mazowieckie

- Promocja zdrowia oraz prowadzenie działań profilaktycznych z zakresu ochrony zdrowia;

Opolskie

- Wspieranie działań profilaktycznych, w tym programów edukacyjnych i promocji zdrowia;

Podkarpackie

Kierunek: Promocja zdrowia:

- Zakładane efekty realizowanych działań:
 - zwiększenie wykrywalności chorób we wczesnym stadium rozwoju poprzez profilaktykę chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego, chorób i zaburzeń psychicznych,
 - wzmocnienie współpracy jednostek ochrony zdrowia i organizacji pozarządowych w zakresie promocji zdrowia,
 - wzrost świadomości w zakresie zagrożeń związanych z uzależnieniami,
 - zwiększenie wiedzy mieszkańców na temat zdrowego trybu życia poprzez edukację zdrowotną.

Podlaskie

- Kształtowanie prozdrowotnego stylu życia;

Pomorskie

- Intensyfikacja działań profilaktycznych i diagnostycznych w zakresie chorób cywilizacyjnych;

Śląskie

- Wsparcie profilaktyki zdrowotnej, w tym działania na rzecz ograniczania uzależnień i chorób cywilizacyjnych oraz promocja zdrowego i aktywnego trybu życia, z uwzględnieniem zmian demograficznych;
- Tworzenie warunków dla aktywnego i zdrowego stylu życia, w tym rozwój infrastruktury sportowo- rekreacyjnej;
- Rozwijanie i integracja systemu ścieżek rowerowych;

Warmińsko – mazurskie

- Profilaktyka i wsparcie potrzebujących (promocji zdrowego stylu życia, system pomocy dla osób uzależnionych);

Wielkopolskie

- Rozwijanie profilaktyki zdrowotnej głównych problemów zdrowotnych i chorób cywilizacyjnych;
- Wzmacnianie zachowań prozdrowotnych, w szczególności w zakresie odżywiania, aktywności fizycznej i psychospołecznej poprzez rozwój edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia;

Zachodniopomorskie

- Podnoszenie poziomu wykształcenia personelu medycznego oraz kształcenie w zakresie profilaktyki, promocji i edukacji zdrowotnej;
- Promocja zdrowia i zdrowego trybu życia.

W zakresie możliwości oceny potrzeb na poziomie regionalnym konieczna jest ocena merytoryczna (cel oraz efekty) obecnie przeprowadzonych programów zdrowotnych (nie wszystkie informacje na ten temat są dostępne publicznie) realizowanych przez samorządy i inne organizacje, wraz z określeniem wysokości ich finansowania.

Identyfikacja dobrych praktyk na podstawie obecnie realizowanych programów polskich i zagranicznych

W ramach badania dokonano analizy kilku wybranych programów zdrowotnych krajowych i zagranicznych w celu identyfikacji potencjalnych dobrych praktyk.

Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD⁴⁸

Program POLKARD jest realizowany od 10 lat i jest zgodny z priorytetami zdrowotnymi określonymi w Narodowym Programie Zdrowia. Zamieszczony na stronach Ministerstwa Zdrowia dokument opisujący Program POLKARD 2010-2012 jest dokumentem ogólnym. Opis programu zawiera cel ogólny i cele dla poszczególnych dziedzin objętych programem łącznie z uzasadnieniem, terminami realizacji i kosztami realizacji, jednak głównie w odniesieniu do zakupu sprzętu. Problem zdrowotny i dane epidemiologiczne są przedstawione szczegółowo i uzasadniają potrzebę wdrożenia programu.

Program POLKARD został zaprojektowany kompleksowo i obejmuje trzy podstawowe elementy:

⁴⁸ www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma.../docs/program_pol kard_08062010.pdf

- zakup aparatury medycznej (według zdiagnozowanych potrzeb),
- monitorowanie sytuacji epidemiologicznej w zakresie CHUK w Polsce
- edukację (jedynie 9% środków).

Dzięki jego długoletniemu funkcjonowaniu uzyskano poprawę w dostępie do nowoczesnych metod leczenia w kardiologii, kardiochirurgii i neurologii (poprawa wskaźników ratujących życie procedur wysokospecjalistycznych), poprawiono wykrywanie i kontrolę czynników ryzyka. Zwiększyła się również świadomość i wiedza społeczeństwa, w tym dzieci i młodzieży w zakresie czynników ryzyka zawału serca i udaru mózgu.

W ramach monitorowania programu powstały również rejestry częstości występowania czynników ryzyka CHUK oraz procedur diagnostycznych i terapeutycznych. Na podstawie danych z Ogólnopolskiego Rejestru Ostrych Zespołów Wieńcowych stwierdzono, że dzięki wprowadzeniu całodobowych dyżurów leczenia zawału, udało się zmniejszyć śmiertelność w tej chorobie. **Ten element programu POLKARD można uznać za „dobrą praktykę”**. Dzięki rejestrům dostępne stały się dane epidemiologiczne CHUK. Tego elementu zabrakło w programie profilaktyki CHUK poddawany ocenie w ramach niniejszego badania.

Ze względu na to, że program POLKARD służy wyrównywaniu dostępności do leczenia CHUK, 91% kosztów jest przeznaczonych na zakupy sprzętu, a jedynie 9% jest przeznaczonych na profilaktykę i promocję zdrowego stylu życia. Opis części dotyczącej profilaktyki i promocji zdrowia jest ramowy, ale zawiera cele i opis czynników ryzyka, których ma dotyczyć edukacja. Czynniki ryzyka, które były celem edukacji w programie POLKARD, obejmowały palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie, brak aktywności fizycznej i otyłość, a także zwiększenie świadomości o potrzebie wykonywania regularnych badań układu sercowo – naczyniowego, a w szczególności pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Planowane (i wykonane w poprzednich edycjach) działania mają charakter ogólnopolski i obejmują szerokie spektrum odbiorców (organizacje społeczne, zawodowe, szkolnictwo) oraz wykorzystanie wszystkich dostępnych mediów. **To również można uznać za „dobrą praktykę”**. Jest to element, którego zabrakło w ocenianym w niniejszym badaniu programie profilaktyki CHUK.

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych⁴⁹

Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest programem długoterminowym, który jako projekt został złożony do Sejmu w 1999 i jest wdrażany od 1 lipca 2005 w ramach działań Polskiej Unii Onkologii. W ramach programu opracowano etapy jego realizacji poprzez włączenie licznych instytucji publicznych w Polsce oraz poprzez elastyczne wydłużanie programu o kolejne etapy.

Główne cele programu dotyczą różnorodnych aspektów zwalczania chorób nowotworowych poprzez:

- edukację zdrowotną społeczeństwa,
- prewencję i aktywną profilaktykę,
- edukację ustawiczną lekarzy, studentów, pielęgniarek,
- kompleksową diagnostykę i leczenie,
- rehabilitację i opiekę paliatywną,
- badania naukowe,
- inwestycje aparaturowe.

⁴⁹ Materiały opracowano na podstawie wszystkich informacji na stronie <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=101&mx=0&ma=14856&mr=m16&ms=0&ml=pl&mi=0&mx=0&ma=14856>

Realizacja głównych celów programu powinna być oceniana na podstawie konkretnych wskaźników w czasie wraz ze wskazaniem konkretnych interwencji wdrożonych w ramach kolejnych lat (2006-2012). W ramach opisu projektu programu na kolejne lata przedstawiono konkretne akcje edukacyjne w określonych grupach docelowych, badania przesiewowe (rak szyjki macicy, rak piersi, rak jelita grubego) oraz pozostałe moduły, które dotyczą przede wszystkim zakupu sprzętu oraz doposażenia oddziałów onkologicznych czy radioterapii, wprowadzenie wytycznych i standardów leczenia określonych grup pacjentów, wdrożenie programów edukacyjnych oraz prowadzenie Krajowego Rejestru Nowotworów w Polsce. Aby ocenić zasadność prowadzenia tego programu konieczna jest ocena skuteczności jego działań. W obecnej chwili skutki wdrożenia tego programu w zależności od grup docelowych są analizowane przez Ministerstwo Zdrowia oraz Sejm. Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych jest przykładem szerokiej strategii budowania poprawy efektów zapobiegania nowotworom na poziomie ogólnokrajowym oraz lokalnie. W zakresie działań profilaktycznych obejmuje głównie działania polegające na skrinnigu, wczesnej diagnostyce oraz edukację zdrowotną społeczeństwa.

Jako **dobre praktyki przyczyniające się do efektywniejszej realizacji założeń programu wskazano:**

- Dążenie do poprawy kolejnych edycji programu w zakresie realizacji zadań programu,
- Zbudowanie kompleksowej strategii edukacyjnej dla lekarzy onkologów i innych specjalizacji (w zakresie profilaktyki nowotworów, diagnostyki, wytycznych, kosztów innych aspektów) wraz z oceną jakości szkoleń,
- Częściowo zintegrowano program z działaniami NFZ,
- Wyznaczono kluczowe instytucje i stworzono ośrodek koordynacji działań,
- Dążenie do uproszczenia i ciągłości procedur stosowanych w programie,
- Opracowano dwa programy przesiewowe raka szyjki macicy i raka piersi – obecnie jest opracowywana strategia poprawy efektywności programu⁵⁰.

Słabymi stronami programu jest brak jednoznacznych wskaźników liczbowych w sprawozdaniach z realizacji oraz restrykcyjnego systemu monitorowania. Budżet wynosi ponad 200-250 mln PLN rocznie.

Narodowy Program Przeciwdziałania Chorobom Cywilizacyjnym

Narodowy program przeciwdziałania chorobom cywilizacyjnym został opracowany głównie w celach profilaktycznych dotyczących 3 aspektów – nadwagi i otyłości, cukrzycy oraz niedoboru jodu, które przedstawiono w osobnych modułach⁵¹. W chwili obecnej moduły te są w trakcie realizacji i nie jest możliwa ocena ich wpływu na poprawę zdrowia grup docelowych. W ramach każdego modułu przedstawiono zakres określonych interwencji (przede wszystkim edukacji społeczeństwa w ramach kampanii medialnych) oraz szkoleń personelu medycznego w zakresie czynników ryzyka, wykonywania systematycznych badań i odpowiednio szybkiego reagowania na pojawienie się niepokojących objawów choroby. Program jest wdrażany od 2010 r. i ma charakter otwarty – w ramach programu mogą być zgłaszane nowe jednostki chorobowe lub mogą być wdrażane nowe interwencje. W ramach każdego modułu przedstawiono szczegółowo czynniki ryzyka, epidemiologię potencjalne grupy ryzyka oraz populacje docelowe.

⁵⁰ http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/2177_sprawozdrelac_20120621.pdf

⁵¹ <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m41&ms=946&ml=pl&mi=946&mx=0&ma=19944>

Jako **dobre praktyki przyczyniające się do efektywniejszej realizacji założeń programu wskazano:**

- Szczegółowe przedstawienie celu głównego oraz szczegółowych celów **wraz ze wskazaniem mierzalnych efektów programu,**
- Nakierowanie programu na grupy szczególnego ryzyka (nadwaga i otyłość) będącego przyczyną wielu chorób,
- Opracowano szczegółowe materiały,
- Określono grupy adresatów,
- Wskazano interwencje z opisem ich zakresu oraz metod wdrożenia,
- Opublikowanie materiałów na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia,
- W ramach programu wskazano konkretne działania wraz z kosztorysem nakierowane głównie na edukację w szkołach, szpitalach, poprzez narzędzia interaktywne, współpracę różnych podmiotów (prywatnych i publicznych), koordynację współpracy różnych instytucji wdrażających mniejsze programy.
- W ramach programu określono szczegółowe wskaźniki monitorowania oczekiwanych efektów na grupach objętych programem.

Preventing Occupational Hearing Loss – A Practical Guide – Prewencja Utraty Słuchu z Przyczyn Zawodowych – Praktyczny Przewodnik (wydany przez U.S. Of And Human Services, Public, National Institute for Occupational Safety – Amerykański Departament Zdrowia i Opieki Społecznej, Publiczna Służba Zdrowia, Narodowy Instytut Bezpieczeństwa Zawodowego).

Najbardziej kompleksową opiekę nad pracownikami narażonymi na hałas w miejscu pracy rozwinęto dotychczas w Stanach Zjednoczonych. W omawianym opracowaniu przedstawiono praktyczne wskazówki działań profilaktycznych utraty słuchu w miejscu pracy, główne zagadnienia z związane z utratą słuchu w miejscu pracy oraz podstawowe zalecenia.

Zgodnie z zaleceniami zawartymi w omawianym dokumencie, program ochrony słuchu powinien być realizowany przez zespół realizatorów dopasowany do wielkości firmy i liczby pracowników narażonych na kontakt z czynnikami ryzyka utraty słuchu. Z związku z tym, w zależności od potrzeb, zespół może składać się z wybranych lub wszystkich osób, takich jak: lekarz, pielęgniarka, audiolog, higienistka przemysłowa, przedstawiciel służb higieny pracy, technik ochrony słuchu, inżynier akustyczny i przedstawiciel pracowników. W opracowaniu zwrócono jednak szczególną uwagę, że najważniejszymi członkami zespołu są pracownicy.

Zaangażowanie pracowników jest kluczowym elementem stanowiącym o powodzeniu programu. Mimo, iż pracownicy nie podejmują decyzji o prowadzonych interwencjach, nie projektują strategii edukacyjnej, ani nie monitorują przebiegu programu, to od ich współdziałania z osobami prowadzącymi program zależy osiągnięcie założonych celów. Dlatego tak ważne jest osobiste zaangażowanie i uczestnictwo pracowników, zamiast odgórnego narzucania programu.

Ponadto stwierdzono, że poziom zaangażowania prezentowany przez kierownictwo jest także bezpośrednio związany z ogólną skutecznością programu zapobiegania utraty słuchu.

Jako **dobre praktyki przyczyniające się do efektywniejszej realizacji założeń programu wskazano:**

- Dążenie do doskonałości w realizacji zadań programu, a nie tylko spełnianie wymagań minimalnych,
- Aktywne budowanie klimatu bezpieczeństwa programu, co zachęci pracowników do angażowania się w działania prewencyjne,
- Zintegrowanie programu z ogólnym programem bezpieczeństwa i higieny pracy,
- Kształcenie i motywowanie pracowników tak, aby praktyki zapobiegania utracie słuchu stały się integralną częścią ich zachowania w pracy i poza nią,
- Wyznaczenie kluczowej osoby – koordynatora programu,
- Dążenie do uproszczenia i ciągłości procedur stosowanych w programie,
- Zaangażowanie pracowników w proces opracowywania i wdrażania programu profilaktycznego,
- Ustanowienie praktyki zapewniania jakości, dającej pewność, że wszystkie informacje wykorzystane w programie są dokładne i aktualne,
- Ewaluacja programu nie rzadziej niż raz w roku i dokonywanie zmian, jeśli są konieczne.

Jako główne punkty z zakresu działań profilaktycznych wskazano według istotności:

- zapobieganie występowaniu czynników ryzyka utraty słuchu lub możliwości utraty słuchu,
- kontrolowanie ekspozycji lub przeniesienie pracownika do bezpiecznego obszaru,
- stosowanie barier pomiędzy pracownikiem a czynnikiem ryzyka (środki ochrony osobistej).

Powyższa hierarchia działań podkreśla zasadę, że najlepszą ze wszystkich strategii jest nie narażanie na czynniki powodujące lub przyczyniające się do utraty słuchu, poprzez automatyzację urządzeń lub obsługę urządzeń przez pracowników z cichego pomieszczenia kontrolnego, wolnego od szkodliwych substancji chemicznych, hałasu i ciepła. W przypadku braku możliwości usunięcia czynników ryzyka utraty słuchu z miejsca pracy, pracownik musi być chroniony.

Ponadto, **dokument amerykański zwraca uwagę na kwestię związaną prowadzeniem dokumentacji programu**, co bywa pomijane w polskich opracowaniach programów zdrowotnych.

Doświadczenia implementacji programu ochrony słuchu w Stanach Zjednoczonych pokazują, że system prowadzenia dokumentacji przez firmy realizujące program jest niewystarczający w momencie, kiedy informacje są najbardziej potrzebne. Szczególnie negatywne skutki nieprawidłowo prowadzonej dokumentacji firmy odczuwały przy roszczeniach odszkodowawczych.

W omawianym opracowaniu stwierdzono, że problemów można uniknąć poprzez wprowadzenie skutecznego prowadzenia dokumentacji. Prowadzona dokumentacja powinna:

- wspierać zarządzanie systemem, być dostępna,

- zawierać wszystkie informacje dokładne i kompletne,
- pracownicy powinny potwierdzić zawarte informacje.

Ponadto gromadzenie danych powinno obejmować wszystkie elementy programu: pomiar czynników ryzyka, indywidualną ocenę audiometryczną, urządzenia ochrony osobistej słuchu, kształcenie i motywację, ewaluację programu.

Zagrożenia psychospołeczne – Rząd Stanu Alberta, Kanada (Psychosocial Hazard – by Government of Alberta State)

Dokument ten można określić jako element programu profilaktycznego w ramach profilaktyki pierwotnej.

Celem opracowania „The Work Safe Alberta Occupational Health and Safety Teacher Resources” jest dostarczenie nauczycielom materiałów, aby przygotować ich do bezpiecznego wprowadzania uczniów do środowisk zakładów pracy (praca wakacyjna, praca dorywcza, zawieszenie nauki w szkole w celu podjęcia pracy etatowej, itd.). Młodzi pracownicy są bardziej narażeni na różne urazy i wypadki niż dorośli pracownicy. Wynika to z braku wiedzy, umiejętności, doświadczenia, chęci zaimponowania przełożonym, niechęci do zadawania pytań lub okazania niekompetencji, większej chęci do podejmowania ryzyka oraz zaufania, że przełożeni dbają o nich nie dając im niebezpiecznych zadań do wykonania. Celem głównym tego programu jest dostarczenie wiedzy uczniom o środowisku pracy, zdrowiu związanym z pracą zawodową oraz o bezpieczeństwie.

W ramach tego opracowania poruszano takie obszary jak prawodawstwo, system BHP, zagrożenia fizyczne, zagrożenia chemiczne, zagrożenia biologiczne, zagrożenia psychospołeczne oraz ergonomia.

W części dotyczącej zagrożeń psychospołecznych opracowano podręcznik poświęcony następującym zagrożeniom: zmęczenie, praca zmianowa, stres, przemoc w miejscu pracy, zastraszanie w miejscu pracy oraz praca w odosobnieniu.

W poszczególnych obszarach podano definicje, oznaki danego zagrożenia, przyczyny i konsekwencje danego zagrożenia, sposoby na uniknięcie wystąpienia danego zagrożenia. W materiałach zawarto różne narzędzia (np. kalkulator do liczenia godzin snu), wskazano dalsze materiały do pogłębiania wiedzy, przygotowano zestawy ćwiczeń, opisy wielu przykładów, zestaw slajdów.

Materiały przygotowane są w sposób bardzo przejrzysty, zaś wiedza podana jest w sposób uporządkowany, nieprzeładowany i łatwy do zrozumienia.

W zakresie dobrych praktyk, materiał ten może służyć jako przykład wzorcowego opracowania dokumentów w zakresie edukacji dla przyszłych pracowników.

Program Psychiatryczna Opieka Zdrowotna na lata 2009-2013

Celem edycji programu na lata 2009-2013 jest zapewnienie niezakłóconego wykonywania orzeczeń sądowych o zastosowaniu środka zabezpieczającego poprzez zwiększenie dostępności populacji osób niepełnosprawnych, wykazujących zaburzenia preferencji seksualnych sprawców przestępstw skierowanych przeciwko wolności seksualnej oraz uzależnionych od substancji psychoaktywnych, wobec których wydane zostały postanowienia o zastosowaniu izolacyjnego środka zabezpieczającego, do specjalistycznego leczenia psychiatrycznego. Osoby te, z uwagi na fakt, iż na odpowiednią terapię zostały skierowane na mocy orzeczenia sądu wydanego w związku z popełnionym czynem zabronionym, wymagają specjalnych warunków leczenia w

odpowiednio przystosowanych i wyposażonych oddziałach psychiatrycznych i zakładach ambulatoryjnych.

Zamieszczony na stronach Ministerstwo Zdrowia dokument opisujący Program Psychiatryczna opieka zdrowotna na lata 2009-2013 jest dokumentem ogólnym. Zasadniczym celem programu jest zapewnienie odpowiedniej liczby miejsc w zakładach psychiatrycznych i zakładach leczenia odwykowego przeznaczonych do wykonywania środków zabezpieczających, aby możliwe było sprawne wykonywanie orzeczeń sądowych o zastosowaniu izolacji.

Program ten nie jest przykładem programu profilaktycznego, gdyż nie ma on cech charakterystycznych dla tego typu programów i inaczej określone są jego zadania⁵².

Niezbędne zmiany systemowe mające na celu usprawnienie systemu ochrony zdrowia w obszarze działań profilaktycznych

Działania profilaktyczne, z definicji nastawione na przeciwdziałanie chorobom, powinny być powiązane w systemie z realizacją zadań związanych z promocją zdrowia. O ile w przypadku profilaktyki chorób grupą docelową są grupy ryzyka określonych chorób, celem jest redukcja czynników ryzyka, wczesne wykrywanie zmian chorobowych oraz zapobieganie skutkom choroby, o tyle w przypadku promocji zdrowia celem jest wyposażenie jednostek i grup w taki poziom wiedzy i umiejętności oraz w takie możliwości działania, aby mogły nie tylko reagować właściwie w sytuacjach zagrożenia zdrowia, ale także na co dzień realizować normy wynikające z przyjęcia prozdrowotnego stylu życia. Obie formy działań służących poprawie zdrowia populacji powinny wzajemnie wspierać się i uzupełniać, z tą jednak różnicą, że efektywność działań promocji zdrowia zależy od wielosektorowych działań skierowanych do całej populacji, natomiast efektywność profilaktyki chorób opiera się głównie na działaniach pracowników opieki zdrowotnej. Dlatego tak ważny dla działań profilaktycznych jest odpowiedni dobór przeszkolonych w tym zakresie kadr i przeznaczenie adekwatnych do zaplanowanych działań środków finansowych przeznaczonych na lecnictwo ambulatoryjne.

Ponadto działania profilaktyczne powinny być prowadzone na podstawie analizy danych zbieranych przez Główny Urząd Statystyczny, Wojewódzkie Centra Zdrowia Publicznego, Narodowy Fundusz Zdrowia, Państwowy Zakład Higieny, między innymi na temat zapadalności i chorobowości w zakresie chorób najczęściej występujących w populacji. Pozwoli to skoncentrować wysiłki na działaniach profilaktycznych dotyczących najszerzej rozpowszechnionych problemów zdrowotnych populacji.

Obecnie w Polsce jest realizowany Narodowy Program Zdrowia (NPZ) na lata 2007-2015 (załącznik Uchwały Nr 90/2007 Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007). Cel główny NPZ to: „poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności oraz zmniejszenie nierówności w zdrowiu, osiągnięty przez kształtowanie prozdrowotnego stylu życia społeczeństwa; tworzenie środowiska życia, pracy i nauki sprzyjającego zdrowiu; aktywizowanie jednostek samorządu terytorialnego i organizacji pozarządowych do działań na rzecz zdrowia”. W dokumencie tym znajdują się wyszczególnione cele strategiczne i operacyjne NPZ. Najważniejsze cele strategiczne i operacyjne są finansowane poprzez realizację opisanych w niniejszym raporcie krajowych programów profilaktycznych takich, jak „Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – Polgard” oraz „Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych”. Obecnie w Ministerstwie Zdrowia (Departamencie Zdrowia Publicznego) trwają prace nad kwestiami związanymi z przeprowadzeniem monitoringu realizacji NPZ na lata

⁵² (http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prog_zdr_psych_04042012.pdf)

2007-2015, oceną osiągnięcia efektów zdrowotnych dotyczącą jego realizacji oraz koncepcją piątej już edycji Narodowego Programu Zdrowia. Wypracowanie nowej koncepcji NPZ będzie obejmowało również identyfikację braków systemowych oraz zasobów systemowych, co będzie pomocne przy planowaniu kolejnych działań mających na celu usprawnienie systemu ochrony zdrowia w zakresie działań profilaktycznych.

Obecnie istotną kwestią wymagającą dopracowania jest jakość sprawozdawanych Ministerstwu Zdrowia, do 15 lutego każdego roku, danych o programach zdrowotnych realizowanych przez Jednostki Samorządu Terytorialnego (JST) w ramach NPZ oraz jakość samych programów zdrowotnych. Każdego roku Urzędy Marszałkowskie sprawozdają do kilkuset programów realizowanych w każdym województwie. **Analiza tych danych pokazuje, że konieczne jest utworzenie bazy danych modelowych programów zdrowotnych, obejmujących ich obowiązkową ewaluację i publikację wyników.**

Istotną kwestią jest również poszukiwania nowych rozwiązań i nowych metod diagnostycznych w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób będących najczęstszą przyczyną dezaktywizacji zawodowej. Z tego względu konieczne jest wspieranie jednostek, które posiadają potencjał naukowy i badawczy w tym zakresie do prowadzenia odpowiednich badań naukowych i testowanie ich wyników.

Ze względu na szeroki zakres zagadnienia ujętego w pytaniu autorzy raportu uznali, że do niniejszego opracowania, dotyczącego wskazania elementów modelu wsparcia programów profilaktycznych w Polsce, warto powtórzyć i przytoczyć zalecenia Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2012 sformułowane dla Polski, gdyż są one nadal aktualne i zasadne. W dokumencie tym „Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce” przedstawiono następujące zalecenia „służące” dalszemu rozwojowi polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy (część tych zaleceń cytowano we wcześniejszej części raportu):

- Efektywne i skuteczne działania promocji zdrowia w miejscu pracy powinny być opracowane i wdrażane jako integralna część systemu ochrony zdrowia pracujących i należy je zintegrować z innymi działaniami realizowanymi w miejscu pracy oraz z działaniami całego sektora zdrowia.
- Zgodnie z ratyfikowaną przez Polskę Konwencją MOP Nr 161 zaleca się przygotowanie Krajowej Polityki i Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących wraz z odpowiednim Planem Działania. Zaleca się, aby plany dotyczące promocji zdrowia w miejscu pracy były włączone do ogólnej strategii i programu ochrony zdrowia pracujących. Polityka i strategia służby zdrowia pracujących powinny być ujęte w Narodowym Programie Zdrowia, jako jego zasadnicze części.
- W celu przeprowadzenia kompleksowej analizy obecnej sytuacji zaleca się pilne opracowanie Krajowego Profilu Służby Zdrowia Pracujących, zgodnie z modelem przekazany przez Europejskie Biuro Regionalne WHO, który posłuży do planowania ogólnokrajowych programów.
- Proponuje się reformę polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących w celu odejścia od obecnie obowiązującego podejścia medycyny pracy, które ma ograniczony charakter, i przyjęcia kompleksowego podejścia ochrony zdrowia pracujących, obejmującego promocję zdrowia w miejscu pracy. Zreformowana służba zdrowia pracujących powinna mieć charakter wielodyscyplinarny i obejmować zarówno

promocję, jak i profilaktykę zdrowotną, nadzór, rozpoznawanie i ocenę zagrożeń zdrowia (dla celów służby ochrony zdrowia pracujących, inna niż ocena zagrożeń BHP dla celów przepisów BHP), informację i edukację w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, informację i doradztwo w zakresie zdrowych i bezpiecznych praktyk pracy, badania lekarskie, ocenę i promocje zdolności do pracy itp.

- Potrzebna i zalecana jest nowa ustawa oraz przepisy wykonawcze stanowiące podstawę prawną działania nowego systemu ochrony zdrowia pracujących.
- Istnieje wiele modeli realizacji świadczeń ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. W celu spełnienia potrzeb różnych sektorów zatrudnienia zaleca się wykorzystanie dwóch lub więcej alternatywnych modeli (model dużych przedsiębiorstw i model podstawowej opieki zdrowotnej – p. strony internetowe EN WHP). Zaleca się przyjęcie systemu podstawowej ochrony zdrowia pracujących (BOHS) w celu zapewnienia dostępu tym grupom i sektorom, które obecnie nie są objęte świadczeniami.
- Potrzebna jest odpowiednia liczba specjalistów medycyny pracy (lekarzy i pielęgniarek), jak również wielodyscyplinarnych specjalistów (psychologów, specjalistów ergonomii i higieny pracy), których należy odpowiednio przeszkolić w zakresie nowoczesnego i kompleksowego systemu ochrony zdrowia pracujących. Trzeba przygotować reformę systemu wynagrodzeń personelu służby zdrowia pracujących, zwłaszcza lekarzy, aby zapewnić realizację kompleksowych świadczeń ochrony zdrowia pracujących oraz promocję zdrowia w miejscu pracy. Oznacza to odejście od obecnie funkcjonującego systemu wynagrodzeń, odnoszącego się głównie do wykonywanych indywidualnych badań lekarskich.
- Należy zapewnić odpowiednie szkolenia i informacje na temat ochrony zdrowia pracujących – a w szczególności na temat przysługujących w tym zakresie świadczeń – dla przedstawicieli pracodawców i pracobiorców oraz dla osób odpowiedzialnych za ochronę zdrowia pracujących w ministerstwach i właściwych instytucjach.
- Należy zapewnić trwałe i odpowiednie finansowanie służby zdrowia pracujących oraz promocji zdrowia w miejscu pracy, wykorzystując właściwe źródła finansowania: finanse publiczne, ubezpieczenia, bezpośrednie finansowanie świadczeń przez pracodawców lub połączenie tych metod. Finansowanie powinno zabezpieczyć długofalowy rozwój i kontynuację działania systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy, jak również finansowanie instytutów badawczych zaangażowanych w rozwój systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce.
- Zaleca się, aby wszystkie strategie, plany i programy, jak również działania wdrożeniowe w zakresie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy były przygotowywane i realizowane w ścisłej współpracy z kluczowymi interesariuszami ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy, w tym z Ministerstwem Zdrowia, Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Państwową Inspekcją Pracy, partnerami społecznymi, organizacjami pracodawców i związkami zawodowymi, a także instytutami badawczymi, Instytutem Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Centralnym Instytutem Ochrony Pracy, CIOP-PIB oraz Ogólnopolską Siecią Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.
- Zaleca się wzmocnienie stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia poprzez powołanie w jego ramach specjalnej jednostki ds. ochrony zdrowia pracujących.



Jednostka ta powinna ściśle współpracować ze wszystkimi interesariuszami istotnymi dla ochrony zdrowia pracujących w Polsce.

5. Wnioski i rekomendacje

5.1. Wnioski

Ewaluowane programy profilaktyczne zostały przygotowane w oparciu o rzetelną analizę dokumentów (polskich i zagranicznych), co pozwoliło na zidentyfikowanie czynników ryzyka obecnych zarówno w środowisku pracy, jak i poza nim i przygotowanie kompleksowych programów profilaktycznych. Właściwie dobrano katalog odbiorców, włączono wszystkie grupy, które powinny być odbiorcami i dopasowano do nich odpowiednie działania. Sposób dotarcia poprzez zakłady pracy należy uznać za właściwy i skuteczny, ponieważ z jednej strony pozwolił dotrzeć do osób pracujących (do których z wielu przyczyn trudno jest bezpośrednio dotrzeć), uświadamiając im czynniki ryzyka, z drugiej informacja została skierowana także do pracodawców i służb bhp. Wielowymiarowość sposobów przekazywania informacji – prowadzenie szkoleń, warsztatów, sesji naukowych i konferencji (skierowanych m.in. do służb medycznych oraz przedstawicieli PIS, PIP i BHP), spotkania informacyjno-edukacyjne w zakładach pracy z pracownikami, a także wydanie podręczników, prezentacji i filmów edukacyjnych dostępnych dla wszystkich na stronie projektu, także niewątpliwie przyczyniła się do zwiększenia skuteczności dotarcia do adresatów. Ciekawym rozwiązaniem jest przygotowanie w ramach Programu Ochrony Słuchu Interaktywnego programu ochrony słuchu, który można bezpłatnie pobrać ze strony i wykorzystać do pomiaru i gromadzenia informacji na temat narażenia pracowników na hałas oraz szacowania ryzyka uszkodzenia słuchu. Natomiast ograniczone działania wdrożeniowe należy uznać za niewątpliwą wadę przygotowanych programów. Także brak szerokiej kampanii informacyjnej, który uniemożliwił rozpowszechnienie informacji o projekcie i jego efektach oraz dotarcie do szerokiej grupy odbiorców należy uznać za słabą stronę programów. Opisana powyżej sytuacja wynikała między innymi z ograniczonych środków finansowych oraz ustaleń i negocjacji z Komisją Europejską.

Choroby zawodowe nie są główną przyczyną dezaktywizacji zawodowej Polaków i Polek. Do głównych zdrowotnych przyczyn przerywania aktywności zawodowej należą choroby układu krążenia (plasujące nasz kraj wciąż na wysokim miejscu wśród krajów UE), choroby nowotworowe, choroby (zaburzenia) psychiczne, choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego oraz choroby układu oddechowego. Przyszłe programy profilaktyczne powinny być nakierowane na zapobieganie tym chorobom. Programy profilaktyczne powinny zawierać wszystkie elementy, w tym diagnozę, cele i mierzalne efekty, szczegółowy harmonogram, zaplanowaną ocenę efektów, szczegółowy wykaz interwencji (działań) wraz z uzasadnieniem, skierowany do jasno określonych grup oraz rzetelnie uzasadnione działania mające na celu skuteczne docieranie do grup docelowych, w tym kampanie informacyjne (a nawet medialne, jeśli skala programu tego wymaga). Zważywszy, że główne czynniki ryzyka związane z chorobami, które najczęściej dezaktywizują zawodowo wynikają ze stylu życia Polaków, programy profilaktyczne powinny obejmować działania z zakresu promocji zdrowia oraz edukacji prozdrowotnej. W realizację programów zdrowotnych należy włączać szeroki wachlarz instytucji i grup, a także prowadzić je w wielu miejscach (miejscu pracy, szkołach, uczelniach, mediach, itp.). W Polsce programy profilaktyczne są realizowane przez wiele instytucji. Konieczna jest ich koordynacja i gromadzenie oraz analizowanie informacji o ich efektach i skuteczności po to, aby kolejne programy budować w oparciu o wnioski i dobre praktyki wynikające z wcześniejszych doświadczeń.

5.2. Tabela rekomendacji

L.p.	Wniosek	Rekomendacja	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji
1	Program Ochrony Słuchu Brak odrębnego dokumentu, będącego gotową instrukcją do wdrożenia przez pracodawcę kompleksowego Programu Ochrony Słuchu.	Przygotowanie odrębnego dokumentu zawierającego wskazanie osób odpowiedzialnych za wdrożenie i prowadzenie programu, zadania poszczególnych osób, listę i opis prowadzonych interwencji harmonogram zadań, sposób monitorowania i ewaluacji.	MZ, IMP	Zlecenie przez MZ/IMP przygotowania takiego dokumentu, co umożliwi wdrożenie POS w zakładach pracy	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020
Program profilaktyczny dotyczący CHUK, układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, zagrożeń psychospołecznych					
2.	Przedstawione kompleksowe programy profilaktyczne nie zawierały wszystkich elementów wymaganych dla wdrożenia efektywnego programu profilaktycznego.	Prawidłowo zaprojektowany program profilaktyczny powinien uwzględniać niezbędne aspekty wymienione w rozdziale 3.5.	MZ, IMP	W kolejnym okresie programowania uwzględnienie wymogu, aby wszystkie finansowane programy zdrowotne zawierały wszystkie elementy prawidłowo zaprojektowanego programu profilaktycznego	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020 – w ramach przygotowania wytycznych do projektów w ramach PO WER (dokumentacji konkursowej)
3.	Przedstawiono kompleksowy program profilaktyczny obejmujący duży zakres interwencji dotyczących czynników ryzyka w zależności od typu schorzenia.	Zaproponowane przez autorów ocenianych programów profilaktycznych programy można wykorzystać do opracowania programów ukierunkowanych na określone czynniki ryzyka, typy branż z uwzględnieniem różnych poziomów promocji i edukacji	MZ, IMP	Wykorzystanie opracowanych programów zdrowotnych, po ich uzupełnieniu o brakujące elementy, jako modeli do wdrożenia na poziomie lokalnym	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020 – w ramach przygotowania wytycznych do projektów w ramach PO WER (dokumentacji konkursowej)
4.	Przedstawiono kompleksowe dokumenty opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentację i film edukacyjny na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia	Możliwe jest wykorzystanie opracowanych materiałów w opracowaniu celowanych informacji w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji oraz jako podstawę do zbudowania	MZ, IMP	Wykorzystanie opracowanych w ramach programów zdrowotnych materiałów jako modeli do zastosowania w programach finansowanych na poziomie regionalnymi i	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020 – w ramach przygotowania wytycznych do projektów w ramach PO WER (dokumentacji

		dedykowanych materiałów do określonych grup adresowych.		lokalnym	konkursowej)
5.	Brak odrębnego dokumentu będącego gotową instrukcją do wdrożenia przez pracodawcę każdego z opracowanych kompleksowych programów poddanych ocenie.	Przygotowanie odrębnego dokumentu zawierającego wskazanie osób odpowiedzialnych za wdrożenie i prowadzenie programu, zadania poszczególnych osób, listę i opis prowadzonych interwencji harmonogram zadań, sposób monitorowania i ewaluacji.	MZ/IMP	Zlecenie przez MZ/IMP przygotowania takiego dokumentu, co umożliwi wdrożenie opracowanych kompleksowych programów w zakładach pracy	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020
6.	Główne zdrowotne przyczyny dezaktywacji zawodowej są związane z CHUK, chorobami (zaburzeniami) psychicznymi, chorobami układu kostno-stawowo-mięśniowego, chorobami układu oddechowego i nowotworami.	Programy profilaktyczne wspierane ze środków UE powinny być skierowane na choroby, które najczęściej powodują dezaktywację zawodową	MZ	Ukierunkowanie w PO WER programów profilaktycznych na CHUK, choroby (zaburzenia) psychiczne), choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego, choroby układu oddechowego, choroby nowotworowe.	W trakcie prac nad PO WER
7.	Często wskazywanym problemem w Polsce w realizacji programów profilaktycznych jest skuteczne dotarcie do grup docelowych	Aby poprawić dotarcie do grup docelowych, należałoby prowadzić działania profilaktyczne (w tym identyfikację osób obciążonych czynnikami ryzyka) w ramach obowiązkowych okresowych badań profilaktycznych. Można również wprowadzić takie działania w postaci zintegrowanej strategii w miejscu pracy oraz rozważyć wprowadzenia bardzo wczesnej edukacji w szkołach. Takie działania powinny być wsparte kampanią medialną.	MZ	W przyjmowanych do realizacji programach profilaktycznych należy zwrócić uwagę na stosowanie skutecznych metod docierania do grup docelowych	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020 – w ramach przygotowania wytycznych do projektów w ramach PO WER (dokumentacji konkursowej)
8.	W zakresie CHUK, układu ruchu czy zagrożeń psychospołecznych do poprawy stanu zdrowia populacji osób pracujących mogą się przyczynić działania z zakresu promocji	Działania z zakresu promocji zdrowia powinny obejmować kilka czynników ryzyka równocześnie, powinny być realizowane równocześnie w	MZ	W przyjmowanych do realizacji programach profilaktycznych należy uwzględnić elementy promocji zdrowia i edukacji	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020 – w ramach przygotowania wytycznych do

	zdrowia i edukacji zdrowotnej.	wielu miejscach (szkoły, miejsca pracy, instytucje opieki zdrowotnej, społeczności lokalne, rodziny). Ponadto takie działania powinny być wsparte kampanią medialną skierowaną na znaczenie niektórych czynników ryzyka lub kwestii edukacji w tym zakresie.		zdrowotnej	projektów w ramach PO WER (dokumentacji konkursowej)
9.	W chwili obecnej funkcjonują w Polsce różne programy zdrowotne ukierunkowane na określone schorzenia powadzone przez różne organizacje i instytucje.	Konieczne jest skoordynowanie różnorodnych działań prowadzonych przez różne instytucje i organizacje i dostosowanie ich do potrzeb zdrowotnych, najlepiej identyfikowanych w ramach regionu.	MZ	Opracowanie systemu koordynacji programów profilaktycznych na różnych poziomach oraz systemu oceny ich skuteczności	Do końca 2014 r. w celu umożliwienia wykorzystania efektów tego rozwiązania w ramach PO WER
10.	Obecnie w Polsce brak gromadzonej i udostępnianej informacji na temat skuteczności efektów prowadzonych programów profilaktycznych na różnych poziomach, co uniemożliwia jednoznaczne stwierdzenie, która działania są najskuteczniejsze	Konieczne jest prowadzenie rzetelnej oceny skuteczności realizowanych projektów oraz analiza wyników tej oceny w celu stałej poprawy realizowanych programów profilaktycznych	MZ	Wprowadzenie obowiązku oceny skuteczności realizowanych programów profilaktycznych i analiza tych wyników oraz publikowanie zbiorczych wyników tej analizy	Do końca 2014 r. w celu umożliwienia wykorzystania efektów tego rozwiązania w ramach PO WER
11	Brak jest instrumentów stymulujących jednostki, które posiadają potencjał naukowy i badawczy do poszukiwania nowych rozwiązań/metod diagnostycznych w zakresie zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób będących istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej.	Ministerstwo Zdrowia powinno wspierać projekty przyczyniające się do poszukiwania i testowania nowych metod zapobiegania i wczesnego wykrywania chorób będących istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej.	MZ	Uwzględnienie w PO WER lub zapewnienie innych źródeł finansowania przedsięwzięć przyczyniających się do poszukiwania i testowania nowych metod zapobiegania i wykrywania chorób będących istotną przyczyną dezaktywacji zawodowej.	W terminie umożliwiającym zastosowanie w okresie programowania 2014-2020

5.3. Opinie nt. programów profilaktycznych

5.3.1. Opinia ekspercka nt. programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu ochrony słuchu

Opinia 1

Kompleksowy program profilaktyczny w zakresie zapobiegania chorobom narządu słuchu pochodzenia zawodowego.

Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego (Program Ochrony Słuchu, POS) został przygotowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawienie jakości funkcjonowania systemu ochrony pracy” i opracowany został przez zespół z Zakładu Zagrożeń Fizycznych oraz Kliniki Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi. Celem programu było opracowanie interwencji związanych z realizacją działań służących ograniczeniu narażenia pracowników na uszkodzenia lub utratę słuchu w środowisku pracy.

Oceniany program profilaktyczny obejmował następujące elementy, dostępne na stronie internetowej www.programyzdrowotne.pl:

- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego”, opracowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.
- „Sprawozdanie z realizacji programu” w ramach Programu operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Tytuł projektu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” – „Kompleksowy Program profilaktyczny w zakresie zapobiegania chorobom narządu słuchu pochodzenia zawodowego. Raport z realizacji zadania 1 – badania i analizy dot. Programu słuchu”.
- „Minimalizowanie ryzyka utraty słuchu w miejscu pracy. Poradnik dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników”, pod redakcją Małgorzaty Pawlaczyk - Łuszczynskiej
- „Profilaktyka zawodowych uszkodzeń słuchu. Poradnik dla lekarzy”, pod redakcją Małgorzaty Pawlaczyk - Łuszczynskiej
- „Hałas w miejscu pracy – minimalizowanie ryzyka uszkodzenia słuchu” – prezentacja multimedialna, pod redakcją Marioli Śliwińskiej - Kowalskiej
- informacje dostępne na stronie internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl>, w zakresie programu ochrony słuchu.

Problem zdrowotny:

Przedstawiono opis problemu zdrowotnego wskazując szacowaną liczbę osób narażonych na hałas stwarzający ryzyko uszkodzenia słuchu w kraju (ok. 640 tys. osób) oraz wskazano współczynniki zapadalności na 100 tys. mieszkańców, z uwzględnieniem województw oraz branż o najwyższym współczynniku zapadalności. Jednocześnie wskazano, że zawodowe ubytki słuchu zajmują czwarte miejsce wśród wszystkich rozpoznawanych chorób zawodowych.

Ponadto zaprezentowano uzasadnienie potrzeby programu wskazując na brak zintegrowanych działań krajowych lub wojewódzkich w zakresie ochrony słuchu w miejscu pracy. Wskazano w dokumentach, że nieliczne podejmowane interwencje profilaktyczne w niektórych województwach nie są wystarczająco opisane oraz nie doczekały się ewaluacji programów. Jedyne województwo, które prowadzi program profilaktyki chorób słuchu oraz publikuje dane z realizowanych działań to województwo lubuskie.

W oparciu o aktualne przepisy prawne i dostępną literaturę polską i światową zidentyfikowano czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy, odpowiedzialne za rozwój chorób zawodowych oraz chorób zawodowych z zakresu słuchu. Poza tym szczegółowo opisano metodę indywidualnego ryzyka uszkodzenia słuchu wywołanego hałasem oraz dodatkowymi czynnikami mającymi istotny wpływ na głębokość uszkodzenia słuchu (uwarunkowania zawodowe, środowiskowe oraz osobnicze).

Cele i efekty:

W dokumentach podlegających ocenie jako cel główny podano ograniczenie zapadalności na choroby słuchu spowodowane narażeniem na hałas w miejscu pracy. Nie podano oczekiwanego poziomu zmniejszenia zjawiska oraz czasu, w jakim ewentualne efekty miałyby być obserwowane.

Efektem mierzalnym programu, pośrednio wskazanym w przedstawionym materiale, jest obniżenie liczby nowych zachorowań związanych z uszkodzeniem słuchu w miejscu pracy. Nie wskazano jednak, w jakim okresie czasu ani w jakim stopniu ma nastąpić poprawa sytuacji związana z prowadzeniem programu ochrony słuchu. Mierniki efektywności wskazano jedynie dla poszczególnych elementów programu, między innymi dla indywidualnych pomiarów uszkodzenia słuchu czy doboru biernych ochronników słuchu.

W przedstawionych dokumentach wskazano coroczną ocenę skuteczności wszystkich działań podejmowanych działań, jednak nie podano jasno sprecyzowanych kryteriów świadczących o ewentualnym powodzeniu lub niepowodzeniu programu.

Można więc wnioskować, że pomiar cząstkowych elementów programu może być wskazówką dla określenia stopnia powodzenia wdrażanych działań.

Populacja:

Dokładnie przedstawiono kryteria włączenia pracowników do programu ochrony słuchu, opierając je na obecnie obowiązujących przepisach, opracowanych algorytmach, badaniach oceny stanu słuchu oraz ryzyka uszkodzenia słuchu, a także, dodatkowo, badaniach kwestionariuszowych wśród pracowników. Wszystkie wymienione elementy zostały szczegółowo i wyczerpująco opisane w dokumentach.

Oszacowano populację ogólnopolską, która jest narażona na hałas w miejscu pracy, stwarzający ryzyko utraty słuchu (640 tys. osób) oraz wskazano branże, w których najczęściej rozpoznaje się uszkodzenia słuchu: pracownicy górnictwa węgla kamiennego i brunatnego, produkcji metali, wyrobów metalowych i maszyn oraz budownictwa.

Dodatkowo, opracowując „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego”, przeprowadzono badania środowiskowe wśród pracowników dwóch różnych branż, tj. pracowników Zakładu Taboru Szynowego w Zielonej

Górze oraz muzyków Filharmonii Koszalińskiej. Wskazuje to na konieczność zwrócenia uwagi na ochronę słuchu wśród innych zawodów, które nie występują w czołówce najbardziej narażonych.

Biorąc pod uwagę informacje przedstawione w ocenianych dokumentach, należy uznać, że populację, która miałyby zostać objęta interwencjami, określono wystarczająco.

Interwencja:

W przedstawionych dokumentach jasno opisano stosowane interwencje, opierając ich dobór o przepisy prawne oraz przegląd literatury polskiej i światowej.

W formie tabeli przedstawiono odpowiedzialność i uprawnienia podmiotów zaangażowanych w realizację programu ochrony słuchu oraz schemat blokowy programu. Przedstawiono wymaganą częstotliwość pomiarów i badań hałasu oraz innych czynników wpływających na istotne pogorszenie słuchu.

Główne założenia programu oparto o doświadczenia Stanów Zjednoczonych, które od roku 1983 zajmują się problemami ochrony słuchu w miejscu pracy i mają najbardziej kompleksową opiekę na pracownikami narażonymi na hałas. Skorzystano z wypróbowanych i dobrze opisanych doświadczeń Kompleksowego Amerykańskiego Programu Ochrony Słuchu oraz programów stanowych. Elementy programu zostały zaprojektowane w oparciu: o przegląd adekwatnego piśmiennictwa z poszczególnych zakresów, tj. obowiązującego prawa, w tym przepisów BHP, otolaryngologii oraz opracowań na temat stosowania urządzeń do ochrony słuchu.

Jako narzędzie wspomagające koordynację działań podejmowanych w programie, przygotowano i szczegółowo opisano program komputerowy służący do szacowania ryzyka uszkodzenia słuchu. Aplikacja gotowa do użycia umożliwi archiwizację wszystkich zbieranych w czasie programu danych, m.in. dotyczących badań audiometrycznych pracowników, czynników ryzyka na stanowisku pracy itp. Ponadto aplikacja umożliwi łatwą i bezpieczną wymianę informacji pomiędzy pracodawcą, zakładowym działem higieny a lekarzem medycyny pracy.

Opracowano podręcznik na temat profilaktyki chorób słuchu dla lekarzy oraz podręcznik dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników na temat profilaktyki uszkodzeń słuchu w miejscu pracy. Oba podręczniki w sposób zrozumiały wyjaśniają problemu ochrony słuchu. Dodatkowym atutem publikacji jest przejrzysty układ treści oraz estetyczna szata graficzna.

Nie przedstawiono odrębnie harmonogramu programu. Jednak można uznać, że na podstawie zaproponowanych metod, możliwe jest stworzenie takiego harmonogramu realizowania poszczególnych interwencji, takich jak: ankiety i badania wśród pracowników, pomiary czynników ryzyka uszkodzenia słuchu oraz szkolenia dla pracowników.

Implementacja:

W dwóch zakładach pracy przeprowadzono badania obejmujące pomiar hałasu, ocenę stanu słuchu i ryzyko jego uszkodzenia. Przeprowadzono także weryfikację rzeczywistej skuteczności stosowanych dotychczas przez pracowników ochronników słuchu metodą pomiaru czasowego przesunięcia progu słuchu.

W analizowanych dokumentach nie znaleziono informacji na temat przeprowadzenia wszystkich zaproponowanych interwencji w przykładowym zakładzie pracy.

W ramach rozpowszechnienia założeń „Kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego” uruchomiono Centrum Diagnostyczno – Konsultacyjne dla pracowników, pracodawców i lekarzy, oparte o stronę internetową, za

pośrednictwem której specjaliści tworzący Kompleksowy Program udzielali informacji w zakresie problematyki chorób zawodowych, oraz przeprowadzono:

:

- jedną jednodniową konferencję szkoleniową dla służb medycznych,
- jedną jednodniową konferencję szkoleniową dla pracowników PIS, PIP, BHP,
- dwa 2,5 dniowe szkolenia warsztatowe dla kluczowych trenerów,
- jedną jednodniową ogólnopolską sesję dot. ochrony słuchu z udziałem wykładowców zagranicznych,
- dwa jednodniowe szkolenia warsztatowe dot. interaktywnego programu ochrony słuchu,
- spotkania edukacyjno-informacyjne w zakładach pracy.

Ocena efektów programu:

Działaniem pozwalającym ocenić efekty przygotowanego programu jest wdrożenie go w całości w przykładowym zakładzie pracy. Pozwala to ocenić, czy realizacja zaplanowanych interwencji przebiega bez problemów, czy też konieczne są ewentualne korekty zaplanowanych działań. Ma to na celu zdobycie praktycznego doświadczenia i usprawnienie kolejnych wdrożeń w następnych zakładach pracy.

Ponieważ metod zaproponowanych w Kompleksowym programie nie przetestowano w przykładowym zakładzie pracy. Trudno jest ocenić efekty wdrożenia programu.

Zważywszy na to, że ocenie w ramach ewaluacji poddano jedynie kompleksowy program, a nie jego zastosowanie w konkretnym zakładzie pracy w postaci programu modelowego, nie jest możliwe, na podstawie analizowanych dokumentów, dokonanie oceny efektów programu kompleksowego.

Koszty i wykorzystanie zasobów:

Nie przedstawiono kosztorysu programu wdrożonego w przykładowej grupie pracowników i nie przedstawiono argumentów przemawiających za opłacalnością kosztową programu.

Partnerzy:

brak

Monitorowanie i ewaluacja:

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania i ewaluacji programu.

Ocena całościowa:

Na podstawie analizy przedstawionych dokumentów można wnioskować, że „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego”:

- został przygotowany w oparciu o rzetelną analizę piśmiennictwa,
- przejrzyste i zrozumiale przedstawiono proponowane interwencje,
- jasno określono zadania poszczególnych uczestników programu,
- załączono niezbędne dokumenty, takie jak podręczniki dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz kwestionariusze, protokoły badań, opis aplikacji komputerowej itp.

Dopracowania wymaga więc harmonogram programu, a także wskazane jest wdrożenie metod zaproponowanych w programie, w przykładowym zakładzie pracy..

Ocenę programu przeprowadziła:

Dr n. med. Agnieszka Wojtecka, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Opinia 2

Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący ochrony słuchu przygotowano w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawienie jakości funkcjonowania systemu ochrony pracy”. Opracowany został przez zespół wykonawców z Zakładu Zagrożeń Fizycznych oraz Kliniki Audiologii i Foniatrii Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi.

Ocenie poddane zostały następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków beneficjenta o płatność; Program Operacyjny Kapitał Ludzki, tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób narządu słuchu pochodzenia zawodowego” opracowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”,
- sprawozdanie z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” – „Kompleksowy program profilaktyczny w zakresie zapobiegania chorobom narządu słuchu pochodzenia zawodowego. Raport z realizacji zadania 1 – badania i analizy dot. programu ochrony słuchu”,
- „Minimalizowanie ryzyka utraty słuchu w miejscu pracy”, poradnik dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników pod redakcją Małgorzaty Pawlaczyk-Łuszczynskiej,
- „Profilaktyka zawodowych uszkodzeń słuchu”, poradnik dla lekarzy pod redakcją Marioli Śliwińskiej- Kowalskiej,
- „Hałas w miejscu pracy – minimalizowanie ryzyka uszkodzenia słuchu” – prezentacja multimedialna,
- informacje w zakresie programu ochrony słuchu, znajdujące się na stronie internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl>.

Program profilaktyczny dotyczący ochrony słuchu jest jednym z elementów projektu obejmującego 8 programów profilaktycznych.

Problem zdrowotny

Przedstawione dokumenty zawierają szczegółowy opis problemu zdrowotnego wraz szacowaną liczbą osób narażonych na hałas w miejscu pracy, stwarzający ryzyko uszkodzenia słuchu (w Polsce to 640 tys. osób bez uwzględnienia rolnictwa indywidualnego). Prezentują także, w których województwach notowano największe współczynniki zapadalności oraz gałęzie przemysłu, w których najczęściej rozpoznaje się choroby zawodowe związane z uszkodzeniem słuchu.

Potrzebę opracowania niniejszego programu uzasadniono brakiem kompleksowych działań w zakresie ochrony słuchu, zarówno w skali kraju, jak i w poszczególnych województwach. Ponadto dokumenty zawierają opis prowadzonych do tej pory programów profilaktycznych, z których jak do tej pory tylko jeden został szczegółowo opisany, a także zawiera istotne dane na ten temat. Mowa tu o „Programie Walki z Hałasem”, realizowanym przez Wojewódzką Stację Sanitarno-Epidemiologiczną w Zielonej Górze.

Czynniki ryzyka związane z pracą zawodową zidentyfikowano w oparciu o aktualne przepisy prawne i dostępne piśmiennictwo polskie i zagraniczne.

Poza tym w analizowanych materiałach przedstawiono opis szacowania ryzyka zawodowego zgodnie z polską normą, jak również opis, innych niż zawodowe, czynników mogących powodować uszkodzenie słuchu (np. substancje ototoksyczne, narażenie na rozpuszczalniki, drgania miejscowe, palenie papierosów, nadciśnienie, hiperlipidemia) oraz szczegółowo opisano sposoby identyfikacji czynników ryzyka w miejscu pracy i poza miejscem pracy. Dodatkowo opisano zmodyfikowaną przez autorów metodę szacowania indywidualnego ryzyka uszkodzenia słuchu, przygotowaną z uwzględnieniem czynników zawodowych i pozazawodowych, na podstawie analizy: danych zawierających informacje nt. stanu słuchu pracowników narażonych zawodowo na hałas lub/i inne czynniki ototoksyczne, zgromadzonych w Zakładzie Zagrożeń Fizycznych, Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi. Nie przedstawiono jednak przeglądu piśmiennictwa na temat pozazawodowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu.

Ponadto, przygotowano kwestionariusze do identyfikacji zawodowych i pozazawodowych czynników ryzyka uszkodzenia słuchu i samooceny stanu słuchu pracowników.

Zaprezentowano także kompleksowe podejście do oceny czynników ryzyka uszkodzenia słuchu obejmujące szacowanie indywidualnego ryzyka uszkodzenia słuchu - na podstawie zawodowych i pozazawodowych czynników ryzyka, aplikacje programową, którą można wykorzystać do szacowania ryzyka uszkodzenia słuchu, kwestionariusze, pomocne w ocenie czynników ryzyka oraz algorytm profilaktyczno-diagnostyczny.

Cele i efekty

Głównym celem ocenianego programu było zmniejszenie zapadalności na choroby słuchu związane z zawodowym narażeniem na hałas. Jednakże nie podano oczekiwanego zmniejszenia zapadalności (które można by przyjąć jako mierzalny efekt programu) oraz czasu, w jakim obserwowano by ten efekt.

Wskazano natomiast mierniki efektywności dla poszczególnych składowych programu, takie jak użyteczność indywidualnych pomiarów uszkodzenia słuchu czy skuteczność doboru biernych ochronników słuchu.

Nie podano jednakże jasno sprecyzowanych kryteriów oceny powodzenia lub niepowodzenia programu. Można domniemywać, że ocena użyteczności indywidualnych pomiarów uszkodzenia słuchu i skuteczności doboru biernych ochronników słuchu może pośrednio wspomagać ocenę stopnia powodzenia opisywanych działań.

Populacja

Szczegółowo opisano kryteria kwalifikujące pracowników do Programu Ochrony Słuchu w oparciu o obowiązujące przepisy prawne, badania stanu słuchu i szacowanie ryzyka jego uszkodzenia, badaniach ankietowych wśród pracowników oraz opracowane w ramach programu algorytmy. Ocenę i monitorowanie populacji umożliwia aplikacja komputerowa specjalnie opracowana przez autorów programu. Opisano także algorytm profilaktyczno-diagnostyczny uszkodzeń słuchu spowodowanych hałasem, obejmujący metodę wczesnej identyfikacji osób wymagających objęcia programem ochrony słuchu w oparciu o tzw. znaczące przesunięcie progu słuchu i propozycje rozszerzenia zakresu badań diagnostycznych.

Wielkość populacji narażonej na hałas w miejscu pracy oszacowano na 640 tys. osób. Na najbardziej narażonych wskazuje się pracowników górnictwa węgla kamiennego i brunatnego, produkcji metali, wyrobów metalowych i maszyn oraz budownictwa.

Ponadto, przeprowadzono badania środowiskowe wśród pracowników Zakładu taboru Szynowego w Zielonej Górze i muzyków Filharmonii Koszalińskiej. Obejmowały one: pomiary hałasu, badania słuchu pracowników. Przeprowadzono także wśród nich badanie ankietowe w celu oceny stanu słuchu i ryzyka jego uszkodzenia.

Przedstawiony program ma charakter kompleksowy, zatem można uznać, że populację, do której adresowany jest program, opisano wyczerpująco.

Interwencja

Interwencje zaproponowane w tym programie obejmowały: opracowanie materiałów i edukację skierowaną do wszystkich służb zaangażowanych w opiekę nad pracownikami, pracodawców i pracowników oraz opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego ochrony słuchu.

W ocenianych dokumentach szczegółowo i precyzyjnie opisano metody ograniczenia narażenia na hałas i minimalizujące ryzyko uszkodzenia słuchu, obejmujące ograniczenie ekspozycji metodami technicznymi i organizacyjno-administracyjnymi, stosowanie indywidualnych ochronników słuchu i profilaktykę medyczną.

Na schemacie przedstawiono szczegółowo odpowiedzialność i uprawnienia poszczególnych podmiotów uczestniczących w realizacji programu (wymieniono pracodawców, służby BHP, służby medyczne i pracowników). W formie algorytmów opisano także poszczególne etapy programu, diagnostykę uszkodzeń słuchu oraz częstotliwość wykonywania badań i pomiarów.

Ocenę skuteczności interwencji proponowanych w programie oparto o przepisy prawne i przepisy BHP, przegląd piśmiennictwa (z zakresu obowiązującego prawa, otolaryngologii, stosowania urządzeń do ochrony słuchu) oraz „dobrych praktykach”, w szczególności wynikających z doświadczeń USA, opisanych w Kompleksowym Amerykańskim Programie

Ochrony Słuchu i programach stanowych, a także wynikłych z przeglądu piśmiennictwa z zakresu otolaryngologii i opracowań na temat urządzeń do ochrony słuchu.

Metody ochrony słuchu opisane w programie obejmowały: pomiary hałasu wraz z identyfikacją stanowisk i pracowników, którzy powinni podlegać ochronie słuchu; techniczne i organizacyjno-administracyjne metody ograniczenia narażenia na hałas; systematyczną kontrolę narażenia na hałas oraz inne czynniki ototoksyczne; zastosowanie odpowiednio dobranych środków ochrony indywidualnej; identyfikację zawodowych i pozazawodowych czynników ryzyka; ocenę uszkodzenia słuchu i szacowanie ryzyka uszkodzenia słuchu; identyfikowanie grup obciążonych zwiększonym ryzykiem uszkodzenia słuchu; działania edukacyjno-informacyjne na temat ochrony słuchu skierowane do pracowników i kadry kierowniczej.

Opracowano także specjalną aplikację komputerową wspomagającą działania w ramach programu profilaktycznego, w ramach której możliwe jest szacowanie ryzyka uszkodzenia słuchu wraz z archiwizacją danych i możliwością wymiany informacji pomiędzy podmiotami zaangażowanymi w realizację programu. Zaplanowano także okresową ewaluację i weryfikację proponowanych działań. Wszystkie wymienione metody zostały szczegółowo opisane.

Opracowano także 2 podręczniki (dla lekarzy oraz dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników) na temat czynników ryzyka, szacowania ryzyka oraz profilaktyki uszkodzeń słuchu w miejscu pracy oraz prezentacje multimedialną i film edukacyjny dotyczący tych zagadnień.

Mimo, iż nie zaprezentowano harmonogramu tego programu, to na podstawie przedstawionych szczegółowych informacji oraz algorytmów, możliwe jest stworzenie takiego harmonogramu.

Przedstawiony program ochrony słuchu w sposób kompleksowy podchodzi do problemu ochrony słuchu – poprzez szkolenie wszystkich kluczowych osób a także działania, które obejmują kontrolę narażenia i zastosowania działań ochronnych.

Implementacja

W dwóch grupach pracowników przeprowadzono badania środowiskowe, które obejmowały pomiar hałasu, ocenę stanu słuchu i ryzyka jego uszkodzenia. Ocenę rzeczywistej skuteczności stosowanych dotychczas ochronników słuchu oceniono w oparciu o metodę pomiaru czasowego przesunięcia progu słuchu. Ze względu na to, że ocenie poddano kompleksowy program zdrowotny, analizowane materiały nie zawierają informacji o zastosowaniu rozwiązań opracowanych w programie w konkretnym zakładzie pracy.

Informacje na temat czynników ryzyka oraz założeń kompleksowego programu profilaktycznego rozpowszechniano w ramach:

- konferencji szkoleniowej dla służb medycznych (1 x 1 dzień; 61 uczestników),
- konferencji szkoleniowej dla pracowników PIS, PIP, BHP (1 x 1 dzień; 82 uczestników),
- szkoleń warsztatowych dla kluczowych trenerów (2 x 2,5 dnia; 38 uczestników),
- ogólnopolskiej sesji na temat ochrony słuchu z udziałem wykładowców zagranicznych (1 x 1 dzień; 95 uczestników),
- szkoleń warsztatowych na temat interaktywnego programu ochrony słuchu (2 x 1 dzień; 44 uczestników),
- spotkań edukacyjno-informacyjnych w 2 zakładach pracy (128 uczestników).

Uruchomiono także Centrum Diagnostyczno-Konsultacyjne typu hot-line (e-health), prowadzone przez personel medyczny projektu i obsługiwane poprzez stronę internetową, które świadczyło pomoc w zakresie problematyki chorób zawodowych skierowaną do pracowników i pracodawców oraz lekarzy różnych specjalności.

Ocena efektów programu

Ze względu na fakt, że ocenie nie podlegał modelowy program ochrony słuchu, który został wdrożony w konkretnym zakładzie pracy, lecz program kompleksowy, nie jest możliwe, jedynie na podstawie materiałów związanych z kompleksowym programem, dokonanie oceny efektów programu kompleksowego.

Koszty i wykorzystanie zasobów

W analizowanych materiałach nie przedstawiono kosztów związanych z wdrożeniem programu na pilotażowej grupie pracowników ani informacji na temat opłacalności proponowanych rozwiązań.

Podane we wniosku o dofinansowanie koszty są kosztami przygotowania programu profilaktycznego i jego wdrożenia w postaci szkoleń. Efektywność kosztową (opłacalność) można oszacować po uzyskaniu informacji o wdrożeniu programu w konkretnym zakładzie pracy i ocenie jego efektów po wdrożeniu.

Partnerzy

Nie było partnerów.

Monitorowanie i ewaluacja

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania programu oraz ewaluacji.

Ocena całościowa

Analizując łącznie wszystkie oceniane dokumenty dotyczące Kompleksowego Programu Ochrony Słuchu można stwierdzić, że program:

- przygotowano w oparciu o rzetelną analizę piśmiennictwa oraz dobre praktyki,
- w przejrzysty sposób opisuje proponowane interwencje,
- jasno określono zadania poszczególnych uczestników programu,
- obejmuje niezbędne dokumenty takie jak podręczniki dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru, oraz kwestionariusze, protokoły badań, opis aplikacji komputerowej, prezentacje multimedialną i film edukacyjny.

Jednakże:

- dopracowaniu powinien ulec harmonogram programu,
- opracowania wymaga analiza efektywności kosztowej, monitoring i ewaluacja,
- wskazane jest przetestowanie całości programu na małej grupie.

Opinię programu przeprowadziła:

dr n. med. (Wydział Ochrony Zdrowia UJ) Małgorzata Bała, specjalista zdrowia publicznego.

5.3.2. Opinia ekspercka nt. programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego

Opinia 1

W ramach oceny programu profilaktycznego uwzględniono następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków beneficjenta o płatność; Program Operacyjny Kapitał Ludzki, tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy” opracowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”,
- sprawozdanie z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy. Raport z realizacji zadania 1. Badania i analizy.,
- „Jak zapobiegać chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanym sposobem wykonywania pracy. Poradnik dla specjalistów BHP, pracodawców i pracowników” pod redakcją P. Krawczyk-Szulc,
- „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy. Poradnik dla lekarzy” pod redakcją P. Krawczyk-Szulc, E. Wagrowskiej-Koski,
- „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy” - film
- „Program profilaktyki chorób zawodowych w zakresie układu ruchu i obwodowego układu nerwowego” – prezentacja multimedialna,
- informacje na stronie internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl> w zakresie profilaktyki zagrożeń psychospołecznych.

Program profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego jest jednym z elementów projektu obejmującego 8 programów profilaktycznych.

Cele i efekty programu

W ramach opisu wniosku o dofinansowanie przedstawiono główny cel oraz cele szczegółowe w zakresie wszystkich opracowanych programów profilaktycznych. W ramach kompleksowego programu profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy sprecyzowano główny cel (poprawę stanu zdrowia u osób pracujących poprzez minimalizowanie ryzyka wystąpienia zawodowych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego u osób zatrudnionych w warunkach zagrożeń dla układu mięśniowo-szkieletowego) oraz cele szczegółowe. Cele szczegółowe ukierunkowane są na opracowanie algorytmu postępowania w ramach programu profilaktycznego w obszarze: pierwszorzędowej prewencji z zakresu ergonomii koncepcyjnej, drugorzędowej – wczesna diagnostyka oraz eliminacja wystąpienia chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, oraz w niewielkim stopniu trzeciorzędowej – poprzez zahamowanie rozwoju istniejących procesów chorobowych.

Na potrzeby programu nie sprecyzowano oczekiwanych mierzalnych efektów, czasu ich uzyskania i sposobu ich pomiaru w czasie, ani kryteriów oceny powodzenia programu w zakresie celu głównego, jak i celów szczegółowych. Jednocześnie ze względu na charakter projektu, zgodnie z opisem we wniosku, można go określić jako badawczy i ramowy - wprowadzający do opracowania i wdrożenia kolejnych szczegółowych programów profilaktycznych.

Efektym mierzalnym programu, pośrednio wskazanym w przedstawionym materiale, jest zmniejszenie obciążeń pracowników w pracy poprzez prawidłowe ruchy oraz odpowiednie przygotowanie stanowisk pracy, a przez to zmniejszenie rozwoju objawów choroby lub nowych zachorowań związanych z uszkodzeniem układu ruchu czy nerwowego.

Problem zdrowotny We wszystkich opracowanych w programie dokumentach przedstawiono rozbudowany opis zawodowych i pozazawodowych chorób układu mięśniowo-szkieletowego oraz nerwowego. Przedstawiono najczęstsze przyczyny oraz czynniki ryzyka wraz z danymi epidemiologicznymi dla chorób zawodowych z tej grupy czy pośrednio związanych z tą chorobą. Jednocześnie wskazano, że prawidłowa ocena czynników ryzyka w ramach konkretnych programów jest zależna od ich miejsca wdrażania. Nie omówiono szerzej czynników ryzyka dla wszystkich omawianych chorób zawodowych (przedstawiono je dla wybranych chorób) oraz przedstawiono wybrane grupy narażenia zawodowego (m.in. pielęgniarki, lekarze, kierowcy).

Nie opisano w ramach programu, w sposób systematyczny, możliwych czynników ryzyka w zależności od grup pacjentów, których objęto programem profilaktycznym lub którzy zostaną objęci programem profilaktycznym w ramach programu kompleksowego. Przedstawiono jedynie grupy wymagające doszkolenia oraz objęcia edukacją w ramach najnowszych doniesień naukowych w zakresie kolejnych programów lub akcji profilaktycznych (lekarzy, pielęgniarek, pracowników instytucji PIS, PIP i BHP). Jednakże przedstawiony kompleksowy program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy, czego nie określono w ramach opisu programu.

W badaniach własnych w większości przypadków zidentyfikowano częstości narażenia dla poszczególnych grup zawodowych w danym zakładzie pracy.

Populacja objęta programem

Ze względu na charakter opisanego programu, nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia adresatów programów, lecz wskazano określone grupy zawodowe – potencjalnie do włączania do kompleksowych badań profilaktycznych, jak i edukacji/szkoleń. W ramach badań i analiz prowadzonych w ramach projektu, badaniem objęto 210 pracowników z 2 zakładów pracy w wojewódzkim Łódzkiem. Nie określono kryteriów doboru oraz wielkości tej populacji.

Przeprowadzono ankietę wśród 167 pracowników w celu określenia stanu i kondycji oraz – poprzez określenie charakterystyki konkretnej grupy zawodowej – jej czynników ryzyka oraz oczekiwań. Na podstawie wyników ankiet oraz przeglądu piśmiennictwa został opracowany kompleksowy program profilaktyczny. Można przyjąć, że proponowany kompleksowy program jest skierowany do wszystkich pracowników, bez względu na grupę ryzyka.

W ramach programu nie przedstawiono sposobu selekcji doboru grup do spotkań szkoleniowych oraz informacyjno-edukacyjnych, jednak w sposób pośredni można domniemać, kto został objęty zakresem programu, w jakim zakresie i jakie jest uzasadnienie tych działań.

Opis interwencji

Ze względu na zakres programu i jego charakter badawczy, podjęte interwencje w ramach tego programu stanowią działania w zakresie:

- edukacji - przygotowanie materiałów i zakup sprzętu do szkoleń lekarzy, pielęgniarek, pracowników instytucji oraz szkolenie trenerów,
- badanie pilotażowe wraz z wykorzystaniem niektórych interwencji (ergonomiczna ocena stanowisk pracy – metoda RULA, metoda REBA, badania stadiometryczne, posturografia, badania dynamometryczne) oraz badanie ankietowe w celu oceny częstości dolegliwości i ich zależności od stanowiska prac,
- opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego – przedstawienie 10 interwencji wraz z uszczegółowieniem niektórych z nich (ergonometryczna ocena stanowiska, ćwiczenia profilaktyczne przez pracowników),

Prowadzono również szkolenia na temat chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy dla służb medycznych i innych zaangażowanych w opiekę nad pracownikami, a także szkolenia dla pracowników i pracodawców, jednak na podstawie dokumentów dostępnych dla ekspertów w momencie przygotowywania opinii nie można było ocenić ich wpływu na poziom wiedzy uczestników. Podano informację o tym, ile osób uczestniczyło w szkoleniach, jednak to za mało by ocenić skuteczność szkoleń. Nabytą wiedzę można ocenić np. za pomocą testu sprawdzającego poziom wiedzy przed i po szkoleniu.

W zakresie opracowanych materiałów dla lekarzy i pracowników BHP przedstawiono kompleksowe materiały z zakresu czynników ryzyka, chorób zawodowych oraz metod ich zapobiegania (niektóre interwencje opisano bardzo szczegółowo w zakresie ich wdrażania oraz zasadności – ergonomia, metody wczesnej diagnostyki i inne). Jednakże w ramach tych

opisów nie odwołano się do dowodów ich skuteczności lub „dobrych praktyk” stosowanych w innych krajach.

W ramach badania pilotażowego wśród pracowników 2 zakładów pracy, przebadano 210 pracowników, natomiast wśród 167 przeprowadzono ankietę (brak informacji o wielkości zakładów oraz doboru tych grup); w celu oceny występowania dolegliwości w pracy przeanalizowano: dane demograficzne, informacje kliniczne i wyniki badań diagnostycznych, ocenę stanowiska pracy przez pracowników, a także dane dotyczące wykształcenia, zatrudnienia, charakterystyki pracy zawodowej, rodzaju firmy, organizacji pracy i narażenia na czynniki ryzyka.

W ramach kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono określony zakres interwencji, które mogą być podejmowane w ramach programów prewencji, przede wszystkim pierwszorzędowej (edukacja, ergonomia stanowiska pracy) oraz drugorzędowej (wczesna diagnostyka oraz czynne poradnictwo). Przedstawiono ogólne zalecenia co do zakresu, sposobu przeprowadzenia wczesnej diagnostyki przez lekarzy czy szkolenia pracowników. Ze względu na ramowy charakter przedstawionego programu, proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie. Ponadto opracowano podręcznik na temat środowiska pracy i podręcznik dla lekarzy oraz przedstawicieli służb BHP, PIS, PIP poruszający kwestię czynników ryzyka w aspekcie pracy zawodowej i aktywności pozazawodowej.

Nie przedstawiono harmonogramu działań, kolejności wdrażania działań oraz szczegółowego zakresu, odpowiedzialności i zakresu obowiązków osób włączonych do programów oraz sposobu oceny implementacji. Poza tym, w ramach programu, nie zaprezentowano jako załączników konkretnych narzędzi do wdrożenia w określonych zakładach. Konieczne jest opracowanie szczegółowych materiałów do każdego programu, w zależności od grupy docelowej.

Implementacja

W ramach całego programu nie przetestowano wszystkich interwencji proponowanych działań w ramach programu profilaktycznego. W ramach rozpowszechnienia założeń kompleksowego programu przeprowadzono:

- jedną jednodniową konferencję szkoleniową dla służb medycznych (73 uczestników),
- jedną jednodniową konferencję szkoleniową dla pracowników PIS, PIP, BHP (66 uczestników),
- dwa 2,5 dniowe szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy i POZ (40 uczestników),
- dwa 2,5-dniowe warsztaty trenerskie dla kluczowych trenerów (41 uczestników),
- spotkania edukacyjno-informacyjne w zakładach pracy,
- badanie pilotażowe w 2 zakładach pracy.

Uruchomiono także Centrum Diagnostyczno-Konsultacyjne typu hot-line (e-health) – brak możliwości oceny tego programu oraz zakresu interwencji.

Ocena efektów programu

Nie przedstawiono efektów programów ze względu na postawione cele główne i szczegółowe. W ramach każdego z programów przedstawiono szczegółowe wyniki dotyczące charakterystyki pracowników, jednak nie oceniano ich wpływu na poprawę zdrowia czy zmiany w miejscu pracy (po zakończeniu programów oraz w okresie follow-up). Trudno więc uznać na podstawie ocenianych materiałów, czy opracowano strategię edukacyjną dla określonych grup odbiorców, z uwagi na brak informacji o planach czy implementacji. Taka ocena byłaby możliwa na podstawie analizy wdrożenia programu w konkretnym zakładzie pracy, jednak modelowy program zdrowotny nie podlegał ocenie w ramach ewaluacji.

Koszty i wykorzystanie zasobów

W ramach składanego wniosku o dofinansowanie, przedstawiono koszty związane z opracowaniem materiałów i przeprowadzeniem tego programu.

Nie przedstawiono kosztów związanych z wdrożeniem programu na pilotażowej grupie pracowników czy w określonym zakładzie, ani informacji na temat opłacalności proponowanych rozwiązań. Dopiero te informacje łącznie z informacjami o korzyściach pozwoliłyby na opracowanie analizy opłacalności.

Partnerzy

Nie przedstawiono partnerów, opisano jedynie (w sprawozdaniach z programów) z kim została nawiązana współpraca w zakresie programów.

Monitorowanie i ewaluacja

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania programu oraz jego ewaluacji (poza sprawozdawczością finansową oraz kolejnymi etapami realizacji zadań).

Podsumowanie ocen

Ze wstępnej analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że przykładowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego:

- w części dotyczącej identyfikacji zawodowych czynników ryzyka, został przygotowany w oparciu o rzetelną oraz kompleksową analizę piśmiennictwa, jednakże wymaga uproszczenia w przekazie oraz uporządkowania sposobu prezentacji w zależności od grup docelowej,
- przedstawia szeroki zakres interwencji (niektóre opisane zostały jedynie w sposób ogólny, a niektóre bardzo szczegółowo, bez wskazania dowodów skuteczności, co do typu i ich zakresu), który wymaga, co do niektórych interwencji, doszczegółowienia zakresu możliwych działań, jak i ich wdrożenia,
- ze względu na charakter programu, w ogólny sposób określono zadania poszczególnych uczestników programu oraz przypisano zasoby do poszczególnych programów czy ich zadań – z tego powodu nie jest możliwa ocena wydajności programów oraz przypisanie określonych kosztów do uzyskanych efektów,

- przedstawia kompleksowe dokumenty opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentację multimedialną na temat czynników ryzyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego – ze względu na zakres danych sugerowane jest opracowanie celowanych informacji lub materiałów w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji,
- dopracowania wymaga harmonogram programu w czasie, monitorowanie jego przebiegu oraz – przede wszystkim – monitorowanie osiągnięcia założonych efektów.

Ocenę programu przeprowadziła:

Magdalena Władysiuk, lek. med. MBA, Specjalista EBM i HTA

Opinia 2

W ramach oceny programu profilaktycznego przeanalizowano następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków beneficjenta o płatność; Program Operacyjny Kapitał Ludzki, tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy” opracowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”,
- sprawozdanie z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy. Raport z realizacji zadania 1. Badania i analizy.,
- „Jak zapobiegać chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanym sposobem wykonywania pracy. Poradnik dla specjalistów BHP, pracodawców i pracowników” pod redakcją P. Krawczyk-Szulc,
- „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy. Poradnik dla lekarzy” pod redakcją P. Krawczyk-Szulc, E. Wągrowskiej-Koski,
- „Profilaktyka chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy” - film
- „Program profilaktyki chorób zawodowych w zakresie układu ruchu i obwodowego układu nerwowego” – prezentacja multimedialna,
- informacje na stronie internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl> w zakresie profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Cele i efekty programu

We wniosku o dofinansowanie przedstawiono główny cel oraz szczegółowe cele w zakresie wszystkich opracowanych programów profilaktycznych. Celem głównym kompleksowego programu profilaktyki chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego jest poprawa stanu zdrowia osób pracujących poprzez minimalizowanie ryzyka wystąpienia zawodowych chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego, u osób zatrudnionych w warunkach zagrożeń dla układu ruchu i obwodowego układu nerwowego. Celami szczegółowymi są: usprawnienie procedur wczesnej identyfikacji zagrożeń w środowisku pracy, podniesienie świadomości zdrowotnej pracujących i wypracowanie odpowiednich zachowań prozdrowotnych oraz podniesienie wiedzy lekarzy, sprawujących opiekę profilaktyczną, psychologów, pracowników PIS, PIP, BHP w zakresie wczesnego diagnozowania i profilaktyki oraz minimalizacji zagrożeń.

Program zapobiegania chorobom układu ruchu i obwodowego układu nerwowego spowodowanych sposobem wykonywania pracy obejmuje następujące działania:

- identyfikację i monitorowanie zawodowych i pozazawodowych czynników zagrożenia zdrowotnego, zwiększających ryzyko chorób układu mięśniowo-szkieletowego,
- właściwy dobór zdrowotny kandydatów do pracy,
- ergonomiczne dostosowanie stanowisk pracy do wykonywanych czynności zawodowych,
- modyfikację organizacji pracy w celu ograniczenia uciążliwości i sytuacji stresowych,
- szkolenie pracowników w zakresie wykonywania czynności zawodowych w sposób ograniczający, bądź eliminujący przeciążenia układu ruchu,
- szkolenie pracowników w zakresie radzenia sobie ze stresem,
- prowadzenie czynnego poradnictwa u osób zagrożonych chorobami układu mięśniowo-szkieletowego,
- kształtowanie prozdrowotnych postaw pracowników – prowadzenie programów z zakresu promocji zdrowia dotyczących zwalczania nałogów i złych nawyków żywieniowych oraz propagujących racjonalne formy wypoczynku, zwiększanie aktywności fizycznej, zmniejszanie ciężaru ciała itp.

Celem projektu jest także powstanie współpracy między pracodawcą, pracownikiem i wysoko wykwalifikowaną kadrą służb BHP oraz medycyny pracy, która to jest podstawą powodzenia programów profilaktycznych, mających na celu redukcję częstości chorób zawodowych układu ruchu i obwodowego układu nerwowego oraz chorób pośrednio związanych z pracą.

W analizowanych dokumentach nie odnaleziono informacji o tym jakie mają być oczekiwane mierzalne efekty po wprowadzeniu tego programu. Nie przedstawiono także informacji po jakim czasie spodziewane są te efekty oraz jakie są kryteria oceny programu w odniesieniu do jego celów. Przy ocenie tego programu przyjęto założenie na podstawie wniosku o dofinansowanie – że projekt ten ma charakter badawczy i przygotowuje on podłoże pod opracowywanie i wdrażanie szczegółowych kompleksowych programów w poszczególnych zakładach pracy. Efekty mierzalne nie zostały też zaadresowane do grup adresatów objętych programem.

Problem zdrowotny

W analizowanych dokumentach, opisujących program profilaktyczny, przedstawiono opis poszczególnych chorób zawodowych układu mięśniowo-szkieletowego oraz nerwowego. Przedstawiono opisy:

- chorób zawodowych układu ruchu wywołanych sposobem wykonywania pracy i pośrednio związanych z pracą:
 - chorób zawodowych układu ruchu:
 - Przewlekłego zapalenia ścięgna i jego pochewki,
 - Przewlekłego zapalenia kaletki maziowych i przewlekłe uszkodzenie łąkotki,
 - Przewlekłego zapalenia okołostawowego barku,
 - zapalenia nadkłykcia kości ramiennej,
 - zmęczeniowego złamanie kości;
 - Zespołu bólowego kręgosłupa – chorób pośrednio związanych z pracą:
- Chorób obwodowego układu nerwowego wywołanych sposobem wykonywania pracy:
 - Zespołu cieśni nadgarstka,
 - Zespołu rowka nerwu łokciowego,
 - Zespołu kanału de Guyon,
 - Neuropatie nerwu strzałkowego wspólnego.

W opracowaniach przedstawiono główne przyczyny oraz czynniki ryzyka wraz z międzynarodowymi danymi epidemiologicznymi dla chorób zawodowych z obu analizowanych grup. Dane dotyczące Polski są szacunkowe. Ponadto uzupełniono je badaniami własnymi.

W opracowaniu nie przeanalizowano jednak czynników ryzyka występujących we wszystkich opisanych powyżej chorobach zawodowych. Zostały one przedstawione jedynie dla kilku jednostek chorobowych. W opracowaniu dokładniejszej analizie poddano kilka wybranych grup zawodowych, takich jak lekarze, pielęgniarki oraz kierowcy. Autorzy opracowania wskazują na to, że ocena czynników ryzyka jest zależna od miejsca ich wdrażania – przedstawiono materiały są jednakże niejasne i mało czytelne dla odbiorcy.

Przedstawiony w analizowanych dokumentach kompleksowy program profilaktyczny ukierunkowany jest na wszystkich pracowników zakładów pracy, co nie pozwala na wnioskowanie w jaki sposób będą realizowane wszystkie interwencje w ramach szczególnie licznych przedsiębiorstw.

W badaniach własnych oceniono czynniki ryzyka, w zależności od grup zawodowych oraz typów stanowisk – na podstawie badań oraz ankiet.

Populacja objęta programem

Ze względu na charakter opisanego programu profilaktycznego nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia konkretnych pracowników do programów profilaktycznych. Przedstawiony program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy, przez co

nie wskazano w jego ramach konkretnych grup docelowych w zależności od zastosowanych interwencji (jedynie grupy zawodowe). Można przyjąć, że proponowany program jest skierowany do wszystkich pracowników, bez względu na grupę ryzyka. Na podstawie ocenianych opracowań istnieje możliwość oceny potencjalnych ryzyk zawodowych i opracowanie szczegółowych rozwiązań, dostosowanych do konkretnego przedsiębiorstwa.

Opis interwencji

W ramach analizowanych opracowań przedstawiono ogólny schemat działań profilaktycznych, obejmujący zarówno zawodowe czynniki ryzyka, jak i interwencje.

W ramach kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono określony zakres interwencji, które mogą być podejmowane w ramach kompleksowych programów prewencji, przede wszystkim pierwszorzędowej oraz drugorzędowej. Ze względu na zakres programu i jego charakter badawczy, podjęte interwencje w ramach tego programu stanowią działania w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania do działań profilaktycznych, w zależności od grup zawodowych oraz grup ryzyka.

W opracowaniach skupiono się głównie na edukacji/szkoleniach w zakładach pracy, przeprowadzaniu badań pilotażowych oraz opracowaniu kompleksowego programu profilaktycznego, w ramach którego opisano 10 interwencji.

W poszczególnych opracowaniach opisano wiele interwencji medycznych, jednak nie przedstawiono dowodów (wiarygodnych badań naukowych) potwierdzających ich skuteczność i bezpieczeństwo.

W projekcie przeprowadzono badanie pilotażowe w 2 zakładach pracy. Do badania włączono 210 osób, natomiast wśród 167 osób przeprowadzono ankietę. W badaniu uwzględniono charakterystyki pracowników wraz z oceną ich stanowisk pracy.

Ze względu na ramowy charakter przedstawionego programu, proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie. Opracowano podręczniki dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców lekarzy na temat czynników ryzyka analizowanych chorób w pracy wraz z opisem szczegółowym wybranych interwencji. W ramach kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono także określony zakres interwencji, które mogą być podejmowane w ramach programów prewencji, przede wszystkim pierwszorzędowej (edukacja, ergonomia stanowiska pracy) oraz drugorzędowej (wczesna diagnostyka oraz czynne poradnictwo). Przedstawiono ogólne zalecenia co do zakresu, sposobu przeprowadzenia wczesnej diagnostyki przez lekarzy oraz dotyczące szkoleń pracowników.

Nie przedstawiono odrębnie harmonogramu działań, ich kolejności oraz szczegółowego zakresu, odpowiedzialności i zakresu obowiązków osób włączonych do programów. Nie zawarto czasu trwania programów oraz oceny ich implementacji. Można uznać, że na podstawie zaproponowanych metod, możliwe jest stworzenie szczegółowego programu profilaktycznego dopasowanego do sytuacji każdego przedsiębiorstwa. W ramach programu nie przedstawiono jako załączników konkretnych narzędzi do wdrożenia w określonych zakładach. Oznacza to, że konieczne jest opracowanie szczegółowych materiałów do każdego programu w zależności od grupy docelowej.

Implementacja

W ramach ocenianych opracowań nie opisano wdrożenia kompleksowego programu profilaktycznego. Nie przetestowano również wszystkich interwencji proponowanych działań w ramach kompleksowego programu profilaktycznego. Przedstawiono jedynie ogólne założenia dla niektórych interwencji (np. szkolenia dla służb medycyny pracy). W ramach rozpowszechnienia założeń programu przeprowadzono szkolenia oraz konferencje. Przeprowadzono także badanie pilotażowe w 2 zakładach pracy, bez podanie czasu trwania, rekrutacji pracowników, trudności w zbieraniu danych oraz kosztów. Uruchomiono także Centrum Diagnostyczno-Konsultacyjne w Łodzi, bez podania szczegółów możliwej współpracy w zakresie chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Ocena efektów programu

Aby można było ocenić efekty analizowanego programu profilaktycznego, należałoby go wdrożyć w co najmniej jednym zakładzie pracy. Dopiero takie działanie pozwoliłoby na ocenę efektów takiego programu i wyciągnięcie odpowiednich wniosków na przyszłość.

W związku z tym, że w ramach niniejszej ewaluacji, opinia odnosi się do programu kompleksowego, a nie do programu modelowego, który został wdrożony w konkretnym miejscu pracy, przeprowadzenie oceny efektów programu nie jest możliwe.

Niemniej jednak należy stwierdzić, że opracowane materiały dla specjalistów są kompleksowe i w sposób szczegółowy przedstawiają czynniki ryzyka i niektóre interwencje, w oparciu o dokumentację polską i zagraniczną.

Koszty i wykorzystanie zasobów

Nie przedstawiono kosztów związanych z wdrożeniem programu ani informacji na temat opłacalności wdrożonych zadań czy proponowanych rozwiązań.

Partnerzy

Nie opisano partnerów projektu.

Monitorowanie i ewaluacja

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania programu oraz jego ewaluacji (poza sprawozdawczością finansową oraz kolejnych etapów realizacji zadań).

Podsumowanie ocen

Ze wstępnej analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że przykładowy program profilaktyczny dotyczący układu ruchu i układu nerwowego:

- w części dotyczącej identyfikacji zawodowych czynników ryzyka dokumenty zostały opracowane w oparciu o analizę piśmiennictwa oraz w sposób kompleksowy. Na

podstawie opisów nie można określić czy analizowane problemy zostały przeanalizowane w sposób systematyczny,

- przeszkolono m.in. pracowników służb medycznych, , pracowników PIS, PIP oraz BHP wraz z możliwością powrotu do materiałów udostępnionych na stronie internetowej,
- przeprowadzono badania własne – zarówno ankietowe w celu oceny stanu pracowników, jak i badania diagnostyczne dotyczące obciążenia pracownika w zależności od stanowiska pracy,
- podjęto próbę opracowania kompleksowego programu profilaktycznego (jednocześnie konieczne jest uzupełnienie danych na temat adresatów, przygotowania materiałów dla pracowników oraz pracodawców),
- przedstawiono szeroki zakres interwencji, który wymaga – co do niektórych interwencji – doszczegółowienia oceny ich skuteczności, grup docelowych i metod implementacji,
- ze względu na charakter programu, w ogólny sposób określono zadania poszczególnych uczestników programu oraz przypisanie zasobów do poszczególnych programów czy ich zadań – z tego powodu nie jest możliwa ocena wydajności programów oraz przypisanie określonych kosztów do uzyskanych efektów.

Ocenę programu przeprowadził:

Mgr ekonomii Robert Plisko – specjalista w obszarze EBM oraz HTA.

5.3.3. Opinia ekspercka nt. programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu chorób układu krążenia

Opinia 1

Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia (CHUK) przygotowano w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawienie jakości funkcjonowania systemu ochrony pracy”. Opracowany został przez zespół wykonawców z Zakładu Fizjologii i Ergonomii Pracy Instytut Medycyny Prac im. Prof. J. Nofera w Łodzi.

Ocenie poddano następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2. „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków beneficjenta o płatność; Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2. „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- sprawozdanie z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz

poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia". Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych – choroby układu krążenia”. Zadanie I. Badania i analizy do programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu krążenia. Okres realizacji 01.01.2009–31.05.2010,

- Wpływ czynników zawodowych i środowiskowych na występowanie chorób układu krążenia – przegląd piśmiennictwa,
- Wpływ czynników zawodowych i środowiskowych na występowanie chorób układu krążenia – badania własne,
- „Środowisko pracy a choroby układu krążenia”, poradnik dla specjalistów BHP, PIP, PIS, pracowników i pracodawców, pod reakcją Alicji Bortkiewicz,
- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia”, opracowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych – choroby układu krążenia,
- „Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej”, poradnik dla lekarzy, pod reakcją Alicji Bortkiewicz,
- Prezentacja multimedialna – „Zawodowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia”,
- informacje w zakresie profilaktyki chorób układu krążenia zawarte na stronie internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl>.

Program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia jest jednym z elementów projektu obejmującego 8 programów profilaktycznych.

Problem zdrowotny

W analizowanych dokumentach przedstawiono opis problemu zdrowotnego dotyczącego chorób układu krążenia, a także zaprezentowano dane epidemiologiczne (zgony) w skali kraju (50% wszystkich zgonów) oraz w Europie.

Autorzy programu potrzebę jego przeprowadzenia uzasadniają nieskutecznością istniejących w Polsce programów profilaktycznych (okresowy wzrost umieralności) oraz możliwością rozpoczęcia działań prozdrowotnych w ramach – badań profilaktycznych prowadzonych przez lekarzy medycyny pracy, i w związku z tym, potrzebę edukacji służb medycznych w tym zakresie. Co istotne, choroby układu krążenia nie są uznawane za choroby zawodowe – nie ma ich na urzędowej liście chorób zawodowych. Są jednak uznawane za choroby związane z pracą, ze względu na złożoną etiologię, występowanie w populacji ogólnej i fakt, że zawodowe czynniki ryzyka i warunki pracy są jednymi z czynników ryzyka, które wpływają na ujawnienie, przyspieszenie lub pogorszenie przebiegu choroby.

Czynniki ryzyka CHUK, zarówno klasyczne (dotyczące całej populacji – takie jak palenie tytoniu, aktywność fizyczna, otyłość, cholesterol oraz choroby takie jak cukrzyca, nadciśnienie i obturacyjny bezdech senny), jak i czynniki zawodowe i środowiskowe (fizyczne – przede wszystkim hałas, mikroklimat, pole elektromagnetyczne; chemiczne – m.in. takie jak dwusiarczek węgla, nitrogliceryna, tlenek węgla, ołów, kobalt, rozpuszczalniki organiczne, związki fosforoorganiczne, arsen i antymon; czynniki wynikające z charakteru pracy – wysiłek fizyczny w pracy, praca zmianowa i wydłużony czas pracy, stres) zostały zidentyfikowane w oparciu o przegląd piśmiennictwa oraz badania własne. Na tej podstawie oszacowano także

wpływ tych czynników na występowanie CHUK. Klasyczne czynniki ryzyka tłumaczą około 50% przypadków CHUK, za pozostałą zaś część mogą być odpowiedzialne inne czynniki, m.in. środowiskowe i zawodowe czynniki ryzyka (około 200 czynników).

Materiały edukacyjne, takie jak film edukacyjno-informacyjny i prezentacja multimedialna w sposób rzetelny podsumowują zawodowe i środowiskowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia.

W sprawozdaniu z realizacji programu, w części dotyczącej przeglądu piśmiennictwa, która obejmuje 205 pozycji piśmiennictwa, nie przedstawiono metodologii identyfikacji danych literaturowych – nie podano jednak informacji, czy był to przegląd systematyczny, czy też badania dobrano według innych zasad. W dużej części przypadków nie podano też metodologii badań, na których oparto identyfikację czynników ryzyka (np. kliniczno-kontrolne lub kohortowe) i nie oceniono, na ile były wiarygodne. Sposób prezentacji przeglądu piśmiennictwa nie ułatwia czytelnikowi zapoznania się z podanymi informacjami – brak tabel i wyróżnień najważniejszych informacji znacznie utrudnia zorientowanie się, które czynniki ryzyka obecne w środowisku pracy mają największy wpływ na rozwój CHUK związanych. W podobny sposób zostały przygotowane poradniki BHP oraz poradniki dla lekarzy. Można więc uznać, że czynniki ryzyka zostały zidentyfikowane właściwie, a jedynie nie przedstawiono ich w sposób czytelny. Zidentyfikowano czynniki ryzyka CHUK opisane w literaturze krajowej i zagranicznej.

Przegląd literatury uzupełniono badaniami własnymi. Było to badanie ankietowe obejmujące 294 chorych pracujących hospitalizowanych z powodu zawału serca w okresie jednego roku. Ankietę wypełniał lekarz prowadzący i pracownicy Zakładu Fizjologii Pracy i Ergonomii IMP w Łodzi. Pytania obejmowały: dane demograficzne, informacje kliniczne i wyniki badań diagnostycznych, przyjmowane leki, a także dane dotyczące wykształcenia, zatrudnienia, charakterystyki pracy zawodowej, rodzaju firmy, organizacji pracy, narażenia na czynniki chemiczne, fizyczne, pyły, nieprzyjemne warunki pracy, czynniki psychospołeczne, stres w pracy, zmęczenie, warunki materialne, narażenie na klasyczne czynniki ryzyka CHUK. Reprezentatywność badanej próby porównano z rozkładem dla populacji łódzkiej i polskiej.

Przegląd piśmiennictwa pomógł zidentyfikować grupy ryzyka poprzez narażenie na czynniki ryzyka - w niektórych przypadkach podano konkretne zawody lub branże związane z danym narażeniem i wielkość tego narażenia. W poradniku dla lekarzy i pracowników BHP przedstawiono tabelę opracowaną na podstawie badania szwedzkiego (ze względu na brak polskich danych w tym zakresie), w której określono liczbowo ryzyko pierwszego zawału serca w populacji szwedzkiej według grup zawodowych. Nie wskazano niestety, czy poszukiwano innych danych lub czy są one dostępne. Warto byłoby uzupełnić te informacje danymi pochodzącymi z innych krajów oraz na podstawie analizy piśmiennictwa lub zawrzeć informację, że innych danych na ten temat nie zidentyfikowano.

W badaniach własnych, przeprowadzonych u chorych na pierwszy zawał serca, w większości przypadków nie identyfikowano częstości narażenia na poszczególne czynniki ryzyka CHUK dla poszczególnych grup zawodowych, a jedynie przedstawiono częstość narażenia na poszczególne czynniki ryzyka.

Określenie grup ryzyka poprzez narażenie na określone czynniki, uzupełnione w niektórych przypadkach informacją o konkretnych zawodach lub branżach, na podstawie przedstawionej analizy piśmiennictwa można uznać za właściwe, również dlatego, że niektóre czynniki ryzyka CHUK nie są związane z konkretnym zawodem, a jedynie z charakterem i warunkami pracy. Ta informacja jest uzupełniona wzmianką o zwiększeniu ryzyka dla poszczególnych branż na podstawie badania szwedzkiego.

Cele i efekty

W ramach opisu wniosku o dofinansowanie przedstawiono główny cel oraz szczegółowe cele w zakresie wszystkich opracowanych programów profilaktycznych.

Na podstawie ocenianych dokumentów można stwierdzić, że celem programu jest prewencja chorób układu krążenia i zmniejszenie wpływu niekorzystnych czynników na układ krążenia. Ze względu na charakter opisanego programu nie sprecyzowano jednak w jasny sposób oczekiwanych mierzalnych efektów, czasu ich uzyskania i sposobu ich pomiaru, ani kryteriów oceny powodzenia i niepowodzenia programu.

Populacja

Ze względu na charakter opisanego programu profilaktycznego nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia adresatów do programu profilaktycznego. Jednakże wskazano określone rodzaje narażenia, i w niektórych przypadkach, również grupy zawodowe, które taki program profilaktyczny mógłby objąć. Nie określono kryteriów doboru populacji docelowych czy adresatów w zależności od zastosowanych interwencji czy działań. Ze względu na ukierunkowanie programu głównie na klasyczne czynniki ryzyka (aktywność fizyczna, palenie tytoniu i dieta) oraz profilaktykę stresu i rozszerzenie zakresu badań profilaktycznych można uznać, że adresatami programu są wszyscy pracownicy.

W filmie edukacyjnym przedstawiono ponadto ogólne informacje na temat programu profilaktycznego, przygotowanego we współpracy z Miejskim Przedsiębiorstwem Komunikacji w Łodzi. Program ten obejmował edukację zdrowotną na temat stylu życia, radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej, palenia tytoniu. Można uznać, że ze względu na ukierunkowanie na klasyczne czynniki ryzyka oraz profilaktykę stresu, adresatami programu byli wszyscy pracownicy.

Dodatkowo, autorzy przeprowadzili wśród 407 pracowników ankietę na temat stanu zdrowia i kondycji fizycznej oraz oczekiwań związanych z planowanymi przez pracodawcę działaniami profilaktycznymi. Na jej podstawie powstał przykładowy program profilaktyczny. Według przedstawionego przez autorów opisu, na podstawie wyników takich ankiet można przygotować programy profilaktyczne ukierunkowane na konkretną grupę zawodową czy czynniki ryzyka, przy uwzględnieniu oczekiwań pracowników. Można przyjąć, że proponowany program jest skierowany do wszystkich pracowników.

Ze względu na charakter opisanego programu nie oszacowano wielkości populacji, której włączenie do programu jest możliwe oraz nie określono w jakim czasie. Nie uwzględniono także zasad rekrutacji pracowników do programu profilaktycznego. Ponadto nie podano uzasadnienia potrzeby wdrożenia programu w konkretnej grupie zawodowej ze względu na fakt, że opisany program profilaktyczny dotyczy klasycznych czynników ryzyka dla całej populacji. W przeglądzie piśmiennictwa dla niektórych grup ryzyka podano liczbę osób narażonych zawodowo.

Zaproponowany program profilaktyczny ma charakter kompleksowy i wymaga dostosowania i stworzenia na jego podstawie programu ukierunkowanego na konkretny zakład pracy.

Interwencja

Ze względu na charakter programu podjęte w nim interwencje to działania w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania do działań profilaktycznych w zależności od grup zawodowych oraz grup ryzyka. W tym zakresie główne działania dotyczyły edukacji skierowanej do wszystkich służb zaangażowanych w opiekę nad pracownikami oraz pracodawców i pracowników (w tym przygotowania materiałów), ankietowego badania

pilotażowego (ocena preferencji pracowników w zakresie interwencji) oraz opracowanie kompleksowego programu profilaktycznego, a także opracowanie programu profilaktycznego we współpracy z Miejskim Przedsiębiorstwem Komunikacji w Łodzi. Program ten obejmował edukację zdrowotną na temat stylu życia, radzenia sobie ze stresem, aktywności fizycznej i palenia tytoniu.

W ramach programu profilaktycznego przedstawiono ogólny schemat działań profilaktycznych, obejmujący zarówno zawodowe, jak i klasyczne czynniki ryzyka. Jako interwencje ze strony pracodawcy wymieniono identyfikację, monitorowanie i nadzór nad czynnikami fizycznymi i chemicznymi (regulowane szczegółowymi przepisami prawnymi) i psychospołecznymi, poprawa warunków pracy (odpowiednia organizacja pracy, zmiana procesów technologicznych, poprawa sposobów wykonywania pracy, stosowanie środków ochrony osobistej), eliminacja stresorów i programy radzenia sobie ze stresem wśród pracowników, a także propagowanie i promocja postaw prozdrowotnych wśród pracowników. W stosunku do klasycznych czynników ryzyka jako interwencje wymieniono edukację i promocję zachowań prozdrowotnych. Ze względu na charakter przedstawionego programu proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie – wszystkie dotyczyły klasycznych czynników ryzyka CHUK oraz profilaktyki stresu. Przeprowadzono ankietę wśród 407 pracowników na temat interwencji, którymi byliby zainteresowani. Jednak dla zdecydowanej większości proponowanych interwencji nie podano danych na temat ich skuteczności. Dobrze byłoby uzupełnić program o informacje na temat skuteczności proponowanych metod (np. oparte na przeglądach systematycznych lub zaleceniach wytycznych). W sposób ramowy opisano więc, jakie elementy powinny być uwzględnione w działaniach profilaktycznych ukierunkowanych na zwiększenie aktywności fizycznej, ograniczenie palenia tytoniu, poprawę nawyków żywieniowych, profilaktykę stresu oraz rozszerzenie zakresu badań profilaktycznych.

W ramach zaprezentowanego w filmie edukacyjnym programu profilaktycznego, w Miejskim Przedsiębiorstwie Komunikacji w Łodzi, przeprowadzono edukację zdrowotną w zakresie takim, jak opisano w kompleksowym programie profilaktycznym. Wymieniono również, jakie działania w zakresie profilaktyki CHUK powinien podjąć pracodawca i pracownik, m.in. ograniczenie narażenia na hałas, zapylenie, czynniki fizyczne, ograniczenie stresu związanego z pracą, zapewnienie (pracodawca) i korzystanie (pracownik) ze środków ochrony osobistej i odpowiedniej odzieży ochronnej oraz dbanie o odpowiednią organizację pracy. Ponadto ze strony pracownika wymieniono również zaprzestanie palenia tytoniu, stosowanie diety lekkostrawnej, kontrolowanie masy ciała, ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu i glukozy, aktywny odpoczynek, walkę ze stresem, przestrzeganie zasad BHP, świadomość narażenia na stanowisku pracy, a także niebagatelizowanie swoich dolegliwości.

W ramach kompleksowego programu opracowano podręcznik na temat środowiska pracy i CHUK dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników oraz podręcznik na temat CHUK w aspekcie pracy zawodowej dla lekarzy, a także film edukacyjno-informacyjny i prezentację multimedialną na temat zawodowych czynników ryzyka. Oba podręczniki, prezentacja i film przybliżają zawodowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia.

Nie przedstawiono odrębnie harmonogramu programu. W formie algorytmu przedstawiono jedynie ogólny schemat działań profilaktycznych dla CHUK, bez szczegółowego opisu odpowiedzialności za zadania i czasu ich wykonania. Można jednak uznać, że na podstawie zaproponowanych metod, możliwe jest stworzenie szczegółowego harmonogramu przygotowania programu obejmującego następujące etapy: badania ankietowe wśród pracowników, zbieranie opinii pracodawców, służb BHP i lekarzy, a następnie zaproponowanie

preferowanych działań. Na podstawie przedstawionego ramowego opisu interwencji możliwe jest stworzenie programu profilaktycznego ukierunkowanego na konkretny zakład pracy.

Implementacja

We wniosku o płatność podano, że modelowy program profilaktyczny dotyczący CHUK został wdrożony w zakładzie VW Polkowice, ale nie podano szczegółów na ten temat. W ramach opisanego w filmie edukacyjnym programu profilaktycznego w Miejskim Przedsiębiorstwie Komunikacji w Łodzi prowadzono edukację zdrowotną w zakresie opisanym w kompleksowym programie profilaktycznym. Nie podano jednakże szczegółów na ten temat.

Informacje na temat czynników ryzyka oraz założeń kompleksowego programu profilaktycznego rozpowszechniano w ramach:

- konferencji szkoleniowej dla służb medycznych (1 x 1 dzień; 57 uczestników),
- konferencji szkoleniowej dla pracowników PIS, PIP, BHP (1 x 1 dzień, 87 uczestników)
- szkoleń dla lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy i POZ (2 x 2 dni; 75 uczestników),
- konferencji szkoleniowej dla lekarzy orzeczników ZUS (1 x 1 dzień, 36 uczestników),
- warsztatów trenerskich dla kluczowych trenerów (2 x 2,5 dnia, 41 uczestników),
- spotkania edukacyjno-informacyjne w zakładach pracy.

Uruchomiono także Centrum Diagnostyczno-Konsultacyjne typu hot-line (e-health), prowadzone przez personel medyczny projektu i obsługiwane poprzez stronę internetową, które świadczyło pomoc w zakresie problematyki chorób zawodowych skierowaną do pracowników i pracodawców oraz lekarzy różnych specjalności.

Ocena efektów programu

W ramach niniejszej ewaluacji ocenie poddano jedynie kompleksowy program zdrowotny. Nie oceniano przetestowania metod zaproponowanych w programie na małej grupie w ramach programu modelowego. W związku z tym, nie jest możliwe dokonanie oceny efektów programu.

Koszty i wykorzystanie zasobów

Nie przedstawiono kosztów związanych z wdrożeniem programu na pilotażowej grupie pracowników ani nie zaprezentowano informacji na temat opłacalności proponowanych rozwiązań. Podano koszty przygotowania programu profilaktycznego i jego wdrożenia w postaci szkoleń. Efektywność kosztową (opłacalność) można oszacować po uzyskaniu informacji o wdrożeniu programu w konkretnym zakładzie pracy i ocenie jego efektów po wdrożeniu.

Partnerzy

Nie było partnerów.

Monitorowanie i ewaluacja

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania programu oraz ewaluacji.

Ocena całościowa

Analizując łącznie wszystkie oceniane dokumenty dotyczące kompleksowego programu profilaktycznego dotyczącego CHUK można stwierdzić, że :

- w części dotyczącej identyfikacji zawodowych czynników ryzyka został przygotowany w oparciu o rzetelną analizę piśmiennictwa i wyniki badań własnych,
- ze względu na charakter programu w ogólny sposób przedstawiono szeroki zakres interwencji dotyczących czynników ryzyka CHUK, ale nie poparto ich wybór dowodami na skuteczność; zbadano także preferencje pracowników w stosunku do interwencji profilaktycznych,
- szeroki był zakres grup docelowych do których skierowano edukację – przygotowano kompleksowe dokumenty dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentację multimedialną i film edukacyjno-informacyjny na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia,
- nie przedstawiono oczekiwanych mierzalnych w określonym czasie efektów proponowanych działań profilaktycznych oraz sposobów ich pomiaru,
- ze względu na charakter programu w ogólny sposób określono zadania poszczególnych uczestników programu,
- brak harmonogram programu, brak informacji na temat monitorowania przebiegu programu oraz osiągania założonych efektów
- brak informacji na temat kosztów (po wdrożeniu w konkretnym zakładzie pracy) i efektywności kosztowej proponowanych rozwiązań
- brak informacji na temat efektów wdrożenia programu profilaktycznego opisywanego w filmie edukacyjnym lub w innym zakładzie pracy,
- nie załączono wykorzystanych w badaniu kwestionariuszy.

Wskazane jest uproszczenie w przekazie informacji na temat czynników ryzyka prezentowanej w podręcznikach oraz uporządkowanie sposobu prezentacji w zależności od grup docelowej, opracowanie celowanych informacji lub zakresów materiałów w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji. Dopracowania wymaga opis proponowanych interwencji i dowodów na ich skuteczność oraz harmonogram programu. Opracowania wymaga analiza efektywności kosztowej, monitoring i ewaluacja oraz wyniki wdrożenia zaproponowanych metod w zakładzie pracy lub zaplanowanie takiego testowania.

Ocenę programu przeprowadziła:

dr n. med. (Wydział Ochrony Zdrowia UJ) Małgorzata Bała, specjalista zdrowia publicznego

Opinia 2

W ramach oceny programu profilaktycznego zostały poddane następujące dokumenty:

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków beneficjenta o płatność Program Operacyjny Kapitał Ludzki, pod tytułem: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- sprawozdanie z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych – choroby układu krążenia”. Zadanie I. Badania i analizy do programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu krążenia. Okres realizacji 01.01.2009–31.05.2010. Wpływ czynników zawodowych i środowiskowych na występowanie chorób układu krążenia – przegląd piśmiennictwa; Wpływ czynników zawodowych i środowiskowych na występowanie chorób układu krążenia – badania własne,
- „Środowisko pracy a choroby układu krążenia”, poradnik dla specjalistów BHP, PIP, PIS, pracowników i pracodawców,
- Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący chorób układu krążenia. w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych – choroby układu krążenia”,
- poradnik dla lekarzy – „Choroby układu krążenia w aspekcie pracy zawodowej”,
- prezentacja multimedialna – „Zawodowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia”,
- informacje na stronie <http://www.programyzdrowotne.pl>, w zakresie profilaktyki CHUK.

Program profilaktyki chorób krążenia jest elementem całościowego projektu obejmującego 8 programów profilaktycznych. W ramach opisów projektu nie przedstawiono streszczenia zakresu programu – jego założeń oraz osiągniętych efektów.

Cele i efekty programu

We wniosku o dofinansowanie przedstawiono główny cel oraz szczegółowe cele w zakresie wszystkich opracowanych programów profilaktycznych. W ramach programu profilaktyki układu krążenia przedstawiono bardzo ogólny cel związany z wdrożeniem programu profilaktycznego. Cele szczegółowe określają poszczególne interwencje, bez wskazania oczekiwanych efektów związanych z ich wdrożeniem.

Problem zdrowotny

We wszystkich opracowanych dokumentach przedstawiono uzasadnienie dla potrzeby wdrożenia prewencji chorób układu krążenia z powodu niskiej wydajności i efektywności istniejących programów w Polsce (wzrost epidemiologii i umieralności) oraz możliwości wdrażania ich w środowiskach pracy przez służby związane z ochroną pracy.

W ramach przeglądu piśmiennictwa oraz własnych, oszacowano wpływ czynników klasycznych, zawodowych oraz środowiskowych. Ze względu na liczne czynniki ryzyka nie oceniono ich w

ramach przeglądów systematycznych (nie jest jasne w jaki sposób dobrano materiały na potrzeby opracowań) w określonych środowiskach pracy i nie podjęto się próby oceny wiarygodności uzyskanych danych. Prezentacja przeglądu oraz brak danych epidemiologicznych dla niektórych czynników na pozwala na przejrzystą orientację w zakresie wagi poszczególnych parametrów, szczególnie dla określonych grup adresatów lub jasny przekaz dla edukowanych lekarzy czy innych specjalistów.

W ocenianych dokumentach przedstawiono opisy czynników ryzyka dla wybranych grup zawodowych, ze względu na typ narażenia oraz wielkość. Dane oparto jedynie na badaniach szwedzkich – nie wskazano, czy poszukiwano innych danych lub czy są one dostępne. Nie jest też jasny związek przedstawianych danych z populacją docelową, szczególnie objętą badaniem własnym.

Populacja objęta programem

Ze względu na charakter opisanego programu profilaktycznego, nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia adresatów programów, a jedynie wskazano określone grupy zawodowe – potencjalnie do włączania do badań profilaktycznych. Nie określono doboru kryteriów populacji docelowych ani adresatów, w zależności od zastosowanych interwencji (szkoleń, badań własnych) czy działań. W celu opracowania programu profilaktycznego przeprowadzono ankietę wśród pracowników na temat stanu zdrowia i kondycji fizycznej oraz oczekiwań związanych z planowanymi przez pracodawcę działaniami profilaktycznymi. Celem badania ankietowego było wypracowanie kryteriów, zakresu działań ukierunkowanych na konkretne czynniki ryzyka.

Nie przedstawiono szczegółowych wniosków w tym zakresie – w programie czy wynikach badania. W ramach przedstawionych programów nie oszacowano wielkość grup adresatów oraz sposobu ich rekrutacji. Nie oszacowano także wielkości populacji, której włączenie do programu jest możliwe, ani nie określono w jakim czasie program miałby być przeprowadzony.

Opis interwencji

Ze względu na zakres programu i jego charakter badawczy, podjęte interwencje w ramach tego programu stanowią działania w zakresie opracowania materiałów oraz przygotowania do działań profilaktycznych w zależności grup zawodowych oraz grup ryzyka.

W tym zakresie główne działania dotyczą:

- edukacji – obejmującej przygotowanie materiałów i zakup sprzętu do szkoleń lekarzy, pielęgniarek, pracowników instytucji oraz szkolenie trenerów,
- badania pilotażowego wraz z wykorzystaniem niektórych interwencji wczesnej diagnostyki – ocena częstości dolegliwości i ich zależności od stanowiska prac,
- opracowania kompleksowego programu profilaktycznego,
- konsultacji.

W ramach programu profilaktycznego przedstawiono ogólny zapis czynników ryzyka i działań prewencyjnych obejmujących edukację i promocję zachowań prozdrowotnych. Nie przedstawiono metodyki selekcji oraz oceny skuteczności poszczególnych działań (nie podano szczegółów zakresu szkoleń, materiałów oraz sposobu ich przeprowadzenia). Opracowano

podręcznik na temat środowiska pracy i CHUK dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców i pracowników oraz podręcznik na temat CHUK w aspekcie pracy zawodowej dla lekarzy. Oba podręczniki przybliżają czynniki ryzyka CHUK, klasyczne i zawodowe. W zakresie opracowanych materiałów dla lekarzy, pracowników BHP, przedstawiono kompleksowe materiały z zakresu czynników ryzyka, chorób zawodowych oraz metod ich zapobiegania. Jednakże w ramach tych opisów nie odwołano się do dowodów ich skuteczności lub „dobrych praktyk” stosowanych w innych krajach. W ramach kolejnych działań sugerowane jest opracowanie materiałów, skierowanych osobno do określonych grup zawodowych (pracowników, pracodawców czy innych zawodowo związanych służb).

W ramach sprawozdania przedstawiono wyniki badań ankietowych obejmujących 294 pracowników hospitalizowanych z powodu zawału serca w okresie ostatniego roku (nie włączono pacjentów z innymi objawami chorób układu krążenia). Ankietę wypełniał lekarz prowadzący i pracownicy Zakładu Fizjologii Pracy i Ergonomii IMP w zakresie metryczki demograficznej, typu prac oraz narażenia na czynniki chemiczne, fizyczne, czynniki psychospołeczne oraz narażenie na klasyczne czynniki CHUK. Reprezentatywność badanej próby porównano z rozkładem dla populacji łódzkiej i polskiej.

Poprzez opisanie ogólnego schematu działań profilaktycznych, nie opisano algorytmu ich wdrażania, zakresu informacji na poszczególnych etapach, odpowiedzialności poszczególnych edukatorów oraz brak czasu ich wykonania. Przedstawione rekomendacje mogą być podstawą do opracowania na kolejnych etapach szczegółowych rozwiązań poprzez realizację badań ankietowych, zebranie opinii pracodawców, lekarzy służb BHP, a następnie wdrożenie indywidualnych rozwiązań dla określonych grup.

W filmie edukacyjnym przedstawiono program profilaktyczny, zaś w Miejskim Przedsiębiorstwie Komunikacji w Łodzi przeprowadzano edukację zdrowotną w zakresie takim, jak opisano w kompleksowym programie profilaktycznym. Opisano działania czy zakres edukacji w zakresie profilaktyki CHUK dla pracodawcy i pracownika w odniesieniu do narażenia na hałas, zapylenie, czynniki fizyczne, nasilenie stresu w związku z pracą, zapewnienie (pracodawca) i korzystanie (pracownik) ze środków ochrony osobistej i odpowiedniej odzieży ochronnej oraz dbanie o odpowiednią organizację pracy. Ponadto odniesiono się do klasycznych czynników ryzyka, takich jak palenie tytoniu, typ diety, masy ciała, ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu i glukozy, typu odpoczynku, walki ze stresem, przestrzeganie zasad BHP, świadomość narażenia na stanowisku pracy czy świadomość własnych dolegliwości.

W ramach (rozwiązań e-health) stworzono Centrum Konsultacyjno-Diagnostyczne, prowadzone przez personel medyczny projektu i obsługiwane on-line, które świadczyło pomoc w zakresie problematyki chorób zawodowych skierowaną do pracowników i pracodawców oraz lekarzy różnych specjalności.

Implementacja

W ramach całego programu nie przetestowano wszystkich interwencji proponowanych działań w ramach programu profilaktycznego. W ramach rozpowszechnienia założeń programu przeprowadzono:

- konferencję szkoleniową dla służb medycznych (1 x 1 dzień; 57 uczestników),
- konferencję szkoleniową dla pracowników PIS, PIP, BHP (1 x 1 dzień, 87 uczestników)
- szkolenia dla lekarzy i pielęgniarek służb medycyny pracy i POZ (2 x 2 dni; 75 uczestników),
- konferencję szkoleniową dla lekarzy orzeczników ZUS (1 x 1 dzień, 36 uczestników),

- warsztatów trenerskich dla kluczowych trenerów (2 x 2,5 dnia, 41 uczestników),
- spotkania edukacyjno-informacyjne w zakładach pracy.

Uruchomiono także Centrum Diagnostyczno-Konsultacyjne typu hot-line (e-health) – brak jednak możliwości oceny tego programu oraz zakresu interwencji prowadzonych przez personel projektu w zakresie problematyki chorób zawodowych skierowanych do pracowników i pracodawców oraz lekarzy różnych specjalności ze względu na brak szczegółowych informacji w materiałach poddanych analizie.

We wniosku o płatność podano, że modelowy program profilaktyczny dotyczący CHUK został wdrożony w zakładzie VW Polkowice, ale nie podano szczegółów na ten temat (brak opisu interwencji, harmonogramu, grup docelowych oraz kosztów). W ramach opisanego w filmie edukacyjnym programu profilaktycznego, w Miejskim Przedsiębiorstwie Komunikacji w Łodzi prowadzono edukację zdrowotną w zakresie opisanym w kompleksowym programie profilaktycznym.

Ocena efektów programu

Nie przedstawiono efektów programów ze względu na postawione cele główne i szczegółowe. W ramach każdego przedstawiono tylko szczegółowe wyniki dotyczące charakterystyki pracowników. Nie oceniano także ich wpływu na poprawę zdrowia czy zmiany w miejscu pracy (po zakończeniu programów oraz w okresie follow-up). Konieczne jest przedstawienie wyników badań do ich oceny.

Koszty i wykorzystanie zasobów

W ramach składanego wniosku o dofinansowanie, przedstawiono koszty związane z opracowaniem materiałów i przeprowadzeniem tego programu.

Nie przedstawiono kosztów związanych z wdrożeniem programu na pilotażowej grupie pracowników, ani informacji na temat opłacalności proponowanych rozwiązań.

Partnerzy

W ramach sprawozdań opisano jedynie z kim zostanie nawiązana współpraca (bez określenia zakresu).

Monitorowanie i ewaluacja

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania programu oraz jego ewaluacji (poza sprawozdawczością finansową oraz kolejnych etapów realizacji zadań).

Podsumowanie ocen

Ze wstępnej analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że program profilaktyczny dotyczący układu krążenia:

- w części dotyczącej identyfikacji zawodowych czynników ryzyka został przygotowany w oparciu o rzetelną analizę piśmiennictwa, jednakże wymaga uproszczenia w przekazie oraz uporządkowania sposobu prezentacji, w zależności od grup docelowej,
- przedstawiono szeroki zakres interwencji (niektóre jedynie w sposób ogólny, a niektóre bardzo szczegółowo, bez wskazania dowodów skuteczności co do typu i ich zakresu), który wymaga co do niektórych interwencji doszczegółowienia zakresu możliwych działań, jak i ich wdrożenia oraz ustalenia ich zakresu w zależności od grupy docelowej,

- ze względu na charakter programu, w ogólny sposób określono zadania poszczególnych uczestników programu oraz przypisanie zasobów do poszczególnych programów czy ich zadań – z tego powodu nie jest możliwa ocena wydajności programów oraz przypisanie określonych kosztów do uzyskanych efektów,
- konieczne jest opracowanie materiałów dla poszczególnych grup docelowych oraz rozważenie dopasowanie metod komunikacji w zależności od wieku, wykształcenia czy grup zawodowych,
- przedstawiono kompleksowe dokumenty opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentację multimedialną na temat czynników ryzyka chorób układu krążenia – ze względu na zakres danych sugerowane jest opracowanie celowanych informacji lub zakresów materiałów w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji,
- dopracowania wymaga harmonogram programu w czasie oraz monitorowanie przebiegu oraz, przede wszystkim, monitorowanie osiągniętych założonych efektów,
- w ramach programów konieczne jest rozważenie sposobu komunikacji z różnymi grupami zawodowymi poprzez ocenę skuteczności tych działań, ale także koszty (czyli zaangażowanie poszczególnych realizatorów programu).

Oceną programu przeprowadziła:

Magdalena Władysiuk, lek. med. MBA, Specjalista EBM i HTA

5.3.4. Opinia ekspercka nt. programu profilaktycznego związanego z pracą oraz chorób zawodowych z zakresu zagrożeń psychospołecznych

Opinia 1

Celem programu profilaktycznego ds. zagrożeń psychospołecznych było opracowanie bazy wiedzy dla realizacji działań profilaktycznych, polegających na ograniczaniu narażenia pracowników na psychospołeczne czynniki występujące w środowisku pracy oraz na ograniczaniu negatywnych skutków oddziaływania tych czynników na zdrowie i funkcjonowanie zatrudnionych.

Oceniany program profilaktyczny obejmował następujące elementy:

- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy” opracowany w ramach W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Priorytet II Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawienie jakości funkcjonowania systemu ochrony pracy”,
- Sprawozdanie z realizacji programu dotyczącego profilaktyki zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy (raport z badań i analiz), w ramach W ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki Priorytet II Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawienie jakości funkcjonowania systemu ochrony pracy”
- mini przewodnik po psychospołecznych zagrożeniach zawodowych – przewodnik dla specjalistów BHP, PIP, PIS, pracowników i pracodawców, autorzy: Dorota Merecz, Adrianna Potocka, Agata Wężyk, Małgorzata Waszkowska

- „Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy” – poradnik dla lekarzy, pod redakcją Doroty Merez
- Podręcznik dla psychologów – „Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy. Od teorii do praktyki”, pod redakcją Doroty Merez
- prezentację – „Poprawa psychospołecznych warunków pracy jako strategia w profilaktyce dolegliwości stresozależnych”,
- informacje pochodzące ze strony internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl>, w zakresie profilaktyki zagrożeń psychospołecznych.

Problem zdrowotny:

Szeroko przedstawiono opis problemu zdrowotnego, uwzględniając rodzaje psychospołecznych zagrożeń zawodowych oraz ich skutki. Powołano się na światowe badania i piśmiennictwo w tym zakresie. W dokumencie opisującym program zdrowotny nie przedstawiono jednak danych dotyczących Polski ani nie ekstrapolowano danych światowych na warunki polskie, ani nie oszacowano innymi metodami skali problemu w kraju.

Dane dotyczące Polski nie są zebrane w całość, więc poszczególnych informacji należy wyszukiwać w analizowanych dokumentach. Przykładowo, częstość narażenia na mobbing jest podana w załączonym do sprawozdania artykule „Mobbing: metody pomiaru, częstość narażenia”. Dlatego też wnioskowanie o skali problemu w kraju na podstawie tak podanych informacji jest utrudnione.

W opisie programu przedstawiono ponadto uzasadnienie potrzeby przeprowadzenia programu profilaktycznego dotyczącego zagrożeń psychospołecznych w miejscu pracy, powołując się na szacunkowe dane przedstawione przez australijskich autorów na temat tego, jakie konsekwencje ponosi pracodawca w przypadku mobbingu w miejscu pracy. Podane także, opierając się na przeglądzie piśmiennictwa, inne skutki ekonomiczne-społeczne wynikające z mobbingu.

Nie podano w jasny sposób skutków narażenia na inne czynniki stresogenne w środowisku pracy. Wnioskowanie na temat skutków narażenia na stres i sposobach zapobiegania im wymaga bardzo długotrwałej i wnikliwej analizy przedstawionych dokumentów oraz wymienionych w nich pozycji literaturowych.

Cele i efekty:

W ramach programu profilaktyki zagrożeń psychospołecznych, sprecyzowano główny cel, którym jest opracowanie bazy wiedzy dla realizacji działań profilaktycznych związanych z ograniczeniem narażenia pracowników na psychospołeczne czynniki występujące w środowisku pracy, a także ograniczenie negatywnych skutków oddziaływania tych **czynników na zdrowie i funkcjonowanie pracowników**. Określono także cele szczegółowe związane z opracowaniem algorytmu postępowania w ramach programu profilaktycznego, w zakresie pierwszorzędowej, drugorzędowej i trzeciorzędowej prewencji psychospołecznych zagrożeń, powodujących: stres chroniczny, agresję w relacjach pracowniczych i relacjach pracownik-klient, mobbing oraz psychospołeczne zagrożenia o charakterze traumatycznym. W związku z tym, w ramach prewencji pierwotnej, zalecane są działania zmierzające do eliminacji lub ograniczenia występowania psychospołecznych zagrożeń, natomiast w ramach profilaktyki drugo- i

trzeciorzędowej zalecane są działania mające charakter wspierający, które mają wzmacniać potencjał pracujących, związany z radzeniem sobie z tymi zagrożeniami oraz łagodzenie negatywnych skutków narażenia na te zagrożenia.

Ponieważ poddane analizie dokumenty nie zawierają opisu wyników wdrażania modelowego programu profilaktycznego dotyczącego psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy, i odnoszą się jedynie do programu kompleksowego, nie jest możliwa ocena efektów tego programu.

Populacja:

Nie opisano w ramach programu, w sposób systematyczny, możliwych czynników ryzyka w zależności od grup pacjentów, których objęto programem profilaktycznym lub którzy zostaną objęci programami profilaktycznymi w ramach programu kompleksowego. Przedstawiony program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy, przez co nie wskazano w jego ramach grupy docelowej.

W dokumentach podano ogólne zasady budowania programów zdrowotnych. Można wnioskować, że na podstawie przedłożonych do analizy opracowań, potencjalny realizator programu powinien na ich podstawie dopiero stworzyć program zdrowotny i samodzielnie określić populację.

W opracowaniu nie identyfikowano częstości narażenia dla poszczególnych grup zawodowych.

W sprawozdaniu z realizacji programu, w części dotyczącej przeglądu piśmiennictwa, która obejmuje kilkaset pozycji piśmiennictwa (załączniki 1-5 do sprawozdania oraz bibliografia w ocenianych dokumentach), nie przedstawiono metodologii identyfikacji danych literaturowych – czy był to przegląd systematyczny, czy też badania dobrano według innych zasad. Nie podano również metodologii badań, na których oparto identyfikację czynników ryzyka (np. kliniczno kontrolne lub kohortowe) ani nie oceniono, na ile były wiarygodne. Publikacje te zostały wykorzystane do przygotowania kilku artykułów oraz najprawdopodobniej do przygotowania ocenianych w tym dokumencie opracowań. Nie przedstawiono także dogłębnej analizy przeanalizowanych artykułów.

Interwencja:

Na potrzeby niniejszego programu, opisano profilaktykę i realizację sugerowanych, ogólnie opisanych działań, w tym edukacji, z zakresu:

- stresu chronicznego w miejscu pracy,
- agresji w miejscu pracy,
- mobbingu w miejscu pracy,
- stresu traumatycznego w miejscu pracy.

Nie przedstawiono konkretnych interwencji, przykładowych scenariuszy szkoleń dla pracowników i kadry zarządzającej. Z opisu programu nie wynika zresztą zakres obowiązków poszczególnych podmiotów potencjalnie zaangażowanych w realizację programu profilaktycznego. Nie przedstawiono przykładowych schematów blokowych organizacji

programu. Nie przedstawiono potencjalnych narzędzi wspomagających zarządzanie danymi, które miałyby być zbierane podczas prowadzenia interwencji (badania kwestionariuszowe, indywidualna ocena zdrowia pacjenta, i inne).

Potencjalny podział zadań wynika pośrednio z podręczników przygotowanych dla lekarzy, BHP, PIS, PIP oraz psychologów. Jednak na potrzeby stworzenia programu należałoby dokonać starannego przeglądu załączonych podręczników oraz informacji zawartych artykułach i opisie programu.

W ramach punktu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych – zagrożenia psychospołeczne”, w sprawozdaniu do programu, 3 osoby wymieniły – w 3 odrębnych załącznikach – w sumie kilkaset pozycji literaturowych. Nie przeprowadzono jednak przeglądu tej literatury, i tym samym, nie podano wniosków z niej płynących.

Implementacja:

W ramach kompleksowego programu przeprowadzono:

- identyfikację czynników obecnych w środowisku pracy odpowiedzialnych za rozwój chorób zawodowych,
- analizę wcześniejszych działań w zakresie opieki profilaktycznej nad pracownikiem pod względem zagrożeń psychospołecznych,
- analizę stanu wiedzy i świadomości zagrożonych grup zawodowych.

Wyniki analiz przedstawiono w formie artykułów naukowych - załączników do sprawozdania. Wynika z nich, że analizom poddano wybrane zagadnienia lub przedstawiano w artykułach rozwiązania teoretyczne. Konieczne byłoby syntetyczne zebranie wyników analiz.

Ponadto dokonano oceny poziomu stresu wśród pracowników PKP Cargo S.A. ze szczególnym uwzględnieniem mobbingu. Nie prowadzono w tej instytucji działań rekomendowanych w opisie programu w ramach ograniczenia występowania szkodliwych czynników stresogennych, a zatem przeprowadzone działania nie są adekwatne do celów, jakie mogłyby być realizowane w programie profilaktycznym.

Ocena efektów programu:

Nie przedstawiono efektów programów ze względu na podstawione cele główne i szczegółowe.

Koszty i wykorzystanie zasobów:

Nie przedstawiono przykładowego kosztorysu programu.

Partnerzy:

brak

Monitorowanie i ewaluacja:

Nie przedstawiono metod ewaluacji i monitorowania programu.

Ocena całościowa:

Ze wstępnej analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że:

- nie zbudowano typowego programu profilaktyki pierwotnej zagrożeń psychospołecznych,
- przedstawione opracowania mogą służyć do opracowania takiego programu dostosowanego do potrzeb każdego przedsiębiorstwa,
- w części dotyczącej identyfikacji zawodowych czynników ryzyka opis tych czynników wymaga uproszczenia w przekazie oraz uporządkowanie sposobu ich prezentacji w zależności od grup docelowych,
- przedstawiono szeroki zakres interwencji, który wymaga co do niektórych interwencji uszczegółowienia jego zakresu – możliwych działań jak i ich wdrożenia,
- ze względu na charakter programu, w ogólny sposób określono zadania poszczególnych uczestników programu oraz przypisanie zasobów do poszczególnych programów czy ich zadań – z tego powodu nie jest możliwa ocena wydajności programów oraz przypisanie określonych kosztów do uzyskanych efektów,
- przedstawiono podręczniki opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentację na temat ryzyka zagrożeń psychospołecznych – ze względu na zakres danych sugerowane jest opracowanie informacji lub zakresów materiałów, w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji,
- dopracowania wymaga monitorowanie przebiegu programu oraz ewaluacja programu w zakresie założonych celów.

Ocenę programu przeprowadziła:

Dr n. med. Agnieszka Wojtecka, Zakład Zdrowia Publicznego i Medycyny Społecznej, Gdański Uniwersytet Medyczny

Opinia 2

Oceniany program profilaktyczny obejmował następujące elementy:

- wniosek o dofinansowanie projektu: Program Operacyjny Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3 „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- 5 wniosków beneficjenta o płatność; Program Operacyjny Kapitał Ludzki, tytuł projektu: „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych”,
- „Kompleksowy program profilaktyczny dotyczący psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy” opracowany w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”,
- sprawozdanie z realizacji programu w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet II. Działanie 2.3: „Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia”. Tytuł projektu:

Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych – zagrożenia psychospołeczne. Zadanie 1. Badania i analizy do programu profilaktycznego dotyczącego zagrożeń psychospołecznych”,

- „Mini przewodnik po psychospołecznych zagrożeniach zawodowych – przewodnik dla specjalistów BHP, PIP, PIS, pracowników i pracodawców” – D. Merecz, A. Potocka, A. Wężyk, M. Waszkowska.
- –„Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy. Poradnik dla lekarzy” pod redakcją D. Merecz,.
- –„Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy – od teorii do praktyki. Podręcznik dla psychologów” pod redakcją D. Merecz,
- –„ Poprawa psychospołecznych warunków pracy jako strategia w profilaktyce dolegliwości stresozależnych” – prezentacja multimedialna,
- informacje na stronie internetowej <http://www.programyzdrowotne.pl> w zakresie profilaktyki zagrożeń psychospołecznych.

Program profilaktyki zagrożeń psychospołecznych w środowisku pracy jest jednym z elementów projektu obejmującego 8 programów profilaktycznych.

Cele i efekty programu

W ramach opisu wniosku o dofinansowanie przedstawiono główny cel oraz szczegółowe cele w zakresie wszystkich opracowanych programów profilaktycznych. W ramach programu profilaktyki zagrożeń psychospołecznych sprecyzowano główny cel, którym jest opracowanie know-how dla realizacji działań profilaktycznych polegających na ograniczaniu narażenia pracowników na psychospołeczne czynniki występujące w środowisku pracy oraz na ograniczaniu negatywnych skutków oddziaływania tych **czynników na zdrowie i funkcjonowanie zatrudnionych**. Określono cele szczegółowe które skierowane są na opracowanie algorytmu postępowania w ramach programach profilaktycznych w ramach: pierwszorzędowej prewencji, drugorzędowej, trzeciorzędowej w obrębie psychospołecznych zagrożeń powodujących stres chroniczny, agresję w relacjach pracowniczych i relacjach pracownik-klient, mobbing oraz psychospołeczne zagrożenia o charakterze traumatycznym. W ramach prewencji pierwotnej zalecane są działania zmierzające do eliminacji lub ograniczenia występowania psychospołecznych zagrożeń, w ramach profilaktyki drugo i trzeciorzędowej zalecane są działania mające charakter wspierający, które mają wzmacniać potencjał pracujących na radzenie sobie z tymi zagrożeniami oraz łagodzenie negatywnych skutków narażenia na te zagrożenia.

Przeanalizowane dokumenty nie zawierają założeń modelowego programu profilaktycznego w związku z tym nie sprecyzowano oczekiwanych mierzalnych efektów, czasu ich uzyskania i sposobu ich pomiaru w czasie, ani kryteriów oceny powodzenia programu w zakresie celu głównego jak i szczegółowych. Jednocześnie charakter projektu, zgodnie z opisem z wniosku, można określić jako badawczy i prowadzący do opracowania i wdrożenia kolejnych programów.

Efekt mierzalnym programu, pośrednio wskazanym w przedstawionym materiale jest zmniejszenie ryzyka występowania zagrożeń psychospołecznych a przez to zmniejszenie konsekwencji tych zagrożeń.

Problem zdrowotny

W analizowanych dokumentach przedstawiono bardzo szeroki opis problemu zdrowotnego. Opisy te zawierają rodzaje psychospołecznych zagrożeń zawodowych oraz prawdopodobne konsekwencje wynikające z tych zagrożeń. W tym celu autorzy powołują się na przeanalizowaną literaturę. Uzasadnienie potrzeby opracowania programu obejmuje przedstawienie aktualnego stanu prawnego, który to nakłada na pracodawców obowiązki związane z zachowaniem bezpieczeństwa i higieny pracy a jednocześnie wg autorów niewielki odsetek pracodawców dostrzega potencjalne niebezpieczeństwa związane z zagrożeniami psychospołecznymi. Pomimo istniejących rozwiązań prawnych działania profilaktyczne nastawione na ograniczanie ryzyka psychospołecznego są rzadko wdrażane przez pracodawców.

Nie przedstawiono częstości występowania tych zjawisk w Polsce oraz jaki stanowią one aktualnie problem. Na podstawie tych dokumentów trudno jest wnioskować o skali występowania tych zjawisk w Polsce (psychospołeczne zagrożenia powodujące stres chroniczny, agresja w relacjach pracowniczych i relacjach pracownik-klient, mobbing oraz psychospołeczne zagrożenia o charakterze traumatycznym). Przedstawione dane są szczytkowe. O skali tego zjawiska może świadczyć badanie przeprowadzone przez autorów programu w PKP Cargo, które jest jednym z wielu przedsiębiorstw i trudno jest przenosić wyniki tego badania na całe społeczeństwo.

W opracowaniach przedstawiono najczęstsze zagrożenia psychospołeczne, które zostały zidentyfikowane prawidłowo.

Nie opisano w ramach programu w sposób systematyczny możliwych czynników ryzyka w zależności od grup pacjentów, których objęto programem profilaktycznym lub zostaną objęte programami profilaktycznymi w ramach programu kompleksowego. Przedstawiony program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy przez co nie wskazano w jego ramach grupy docelowej.

W opracowaniu nie identyfikowano częstości narażenia dla poszczególnych grup zawodowych.

W sprawozdaniu z realizacji programu przedstawiono przegląd piśmiennictwa, w którym wymieniono kilkaset pozycji. Nie przedstawiono kryteriów doboru literatury. Większa wiarygodność tego typu opracowania zapewniłoby zebranie tej literatury w sposób systematyczny. Kolejnym brakującym elementem jest brak analizy wiarygodności przeanalizowanej literatury. Publikacje te zostały wykorzystane do przygotowania kilku artykułów oraz najprawdopodobniej do przygotowania ocenianych w tym dokumencie opracowań.

Populacja objęta programem

Ze względu na charakter opisanego programu profilaktycznego nie przedstawiono konkretnych kryteriów włączenia adresatów programów. Przedstawiony program ukierunkowany jest na wszystkich pracowników określonych zakładów pracy przez co nie wskazano w jego ramach grupy docelowej. Można przyjąć, że proponowany kompleksowy program jest skierowany do wszystkich pracowników bez względu na grupę ryzyka.

W opracowaniu nie przedstawiono kryteriów włączenia do programu profilaktycznego a jedynie sposoby pomiaru czynników stresogennych w miejscu pracy oraz poziomu stresu u pracowników.

Na podstawie ocenianych opracowań istnieje możliwość oceny potencjalnych zagrożeń psychospołecznych i opracowanie szczegółowych rozwiązań dostosowanych do konkretnego przedsiębiorstwa.

Opis interwencji

W ramach analizowanych opracowań przedstawiono ogólny schemat działań profilaktycznych, obejmujący zarówno zawodowe czynniki ryzyka oraz interwencje.

W ramach kompleksowego programu profilaktycznego przedstawiono określony zakres interwencji które mogą być podejmowane w ramach programów prewencji przede wszystkim pierwszorzędowej oraz drugorzędowej i trzeciorzędowej. Przedstawiono je oddzielnie dla wszystkich zidentyfikowanych zagrożeń psychospołecznych:

- stres chroniczny w miejscu pracy
- agresja w miejscu pracy
- mobbing w miejscu pracy
- stres traumatyczny w miejscu pracy

Ze względu na ramowy charakter przedstawionego programu proponowane do zastosowania interwencje opisano bardzo ogólnie. Opracowano podręczniki dla pracowników BHP, PIS, PIP, pracodawców lekarzy i psychologów na temat zagrożeń psychospołecznych w pracy.

Nie przedstawiono odrębnie harmonogramu działań, ich kolejności oraz szczegółowego zakresu, odpowiedzialności i zakresu obowiązków osób włączonych do programów. Nie przedstawiono czasu trwania programów oraz oceny ich implementacji. Można uznać, że na podstawie zaproponowanych metod możliwe jest stworzenie szczegółowego programu profilaktycznego dopasowanego do sytuacji każdego przedsiębiorstwa. W ramach programu nie przedstawiono jako załączników konkretnych narzędzi do wdrożenia w określonych zakładach. Oznacza to, że konieczne jest opracowanie szczegółowych materiałów do każdego programu w zależności od grupy docelowej.

Implementacja:

W ramach ocenianych opracowań nie dokonano wdrożenia kompleksowego programu profilaktycznego. W ramach całego programu nie przetestowano wszystkich interwencji proponowanych działań w ramach programu profilaktycznego. W ramach rozpowszechnienia założeń programu przeprowadzono szkolenia oraz konferencje. Autorzy przygotowali także kilka artykułów, które mają na celu rozpropagowywanie pewnych zakresów poszczególnych opracowań.

W ramach projektu przedstawiono wyniki badania przeprowadzonego wśród pracowników PKP Cargo. Analizowano u nich poziom stresu oraz mobbing. Celem tego badania niestety nie było zastosowanie narzędzi które mogłyby zmniejszyć narażenie pracowników tej firmy na występowanie zagrożeń psychospołecznych.

Ocena efektów programu

Aby można było ocenić efekty analizowanego programu profilaktycznego, należałoby go wdrożyć w co najmniej jednym zakładzie pracy. Dopiero takie wdrożenie pozwoliłoby na ocenę efektów takiego programu i wyciągnięcie odpowiednich wniosków na przyszłość.

W związku z tym, że ocenie podlegał kompleksowy program profilaktyczny, a nie modelowy program profilaktyczny, który został wdrożony, nie jest to możliwe dokonanie oceny efektów programu poddawanego ewaluacji. .

Koszty i wykorzystanie zasobów:

Nie przedstawiono kosztów związanych z wdrożeniem programu ani informacji na temat opłacalności proponowanych rozwiązań.

Partnerzy:

Nie przedstawiono partnerów. Opisano jedynie z kim została nawiązana współpraca w zakresie programów, lecz jedynie w ramach sprawozdań z programów.

Monitorowanie i ewaluacja:

Nie przedstawiono odrębnie sposobu monitorowania programu oraz jego ewaluacji (poza sprawozdawczością finansową oraz kolejnych etapów realizacji zadań).

Podsumowanie ocen

Ze wstępnej analizy ocenianych dokumentów można wywnioskować, że:

- w ramach ocenionych dokumentów nie odnaleziono typowego modelowego programu profilaktyki pierwotnej zagrożeń psychospołecznych,
- opracowania mogą służyć do opracowania takiego programu dostosowanego do potrzeb każdego przedsiębiorstwa,
- przedstawiono szeroki zakres interwencji, który wymaga co do niektórych interwencji doszczegółowienia zakresu możliwych działań jak i ich wdrożenia.
- ze względu na charakter programu w ogólny sposób określono zadania poszczególnych uczestników programu oraz przypisanie zasobów do poszczególnych programów czy ich zadań – z tego powodu nie jest możliwa ocena wydajności programów oraz przypisanie określonych kosztów do uzyskanych efektów.
- przedstawiono kompleksowe dokumenty opracowane dla lekarzy, pracowników, pracodawców i instytucji nadzoru oraz prezentację na temat ryzyka zagrożeń psychospołecznych– ze względu na zakres danych sugerowane jest opracowanie celowanych informacji lub zakresów materiałów w zależności od grupy docelowej lub typu interwencji.
- dopracowania wymaga monitorowanie przebiegu oraz przede wszystkim monitorowania i osiągnięcia założonych efektów.



Ocenę programu przeprowadził:

Mgr ekonomii Robert Plisko – specjalista w obszarze EBM oraz HTA.



5.4. Narzędzia badawcze

Narzędzia badawcze znajdują się w oddzielnym pliku.