



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 83/2023 z dnia 21 grudnia 2023 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej w zakresie
promocji zdrowia dla pracowników ochrony zdrowia na terenie
Województwa Dolnośląskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości **pozytywnie** opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia dla pracowników ochrony zdrowia na terenie Województwa Dolnośląskiego” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Zaplanowane interwencje skierowane do pracowników ochrony zdrowia obejmują działania edukacyjne tj. szkolenia tematyczne skierowane do pracowników ochrony zdrowia, w tym utworzenie interaktywnej platformy e-learningowej oraz stacjonarne warsztaty psychoedukacji dla pielęgniarek/pielęgniarzy i stacjonarne warsztaty fizjoprofilaktyki wraz z indywidualnym zestawem ćwiczeń dla pielęgniarek, położnych oraz personelu pomocniczego.

W przedłożonym projekcie wątpliwości budzi jednak główny cel programu dotyczący poprawy stanu zdrowia, który został sformułowany w zbyt ogólny sposób. Ponadto cele szczegółowe odnoszące się do wiedzy i umiejętności nie zostały odpowiednio doprecyzowane, a przez to są trudno mierzalne („nabycie umiejętności”, „wzrost poziomu umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz relaksacji”).

Dodatkowo, w opisie programu nie przedstawiono opisu akcji informacyjnej, a także nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji działań. Należy to doprecyzować w opisie PPZ.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący promocji zdrowia dla pracowników ochrony zdrowia na terenie Województwa Dolnośląskiego.

Całkowity koszt programu oszacowano na 16 798 870 zł.

Okres realizacji programu obejmuje lata 2024-2026.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.) wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

Ocena projektu programu polityki zdrowotnej

Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu dotyczy działań, mających na celu promocję zdrowia w miejscu pracy, skierowanych do osób zatrudnionych w sektorze ochrony zdrowia. W opisie problemu zdrowotnego szczegółowo scharakteryzowano zagrożenia biologiczne, chemiczne, fizyczne oraz psychospołeczne (czynniki wywołujące stres, związane z pracą zmianową oraz wypaleniem zawodowym).

Oceniany projekt programu zawiera referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Odniesiono się do informacji w zakresie chorób zawodowych, chorób zakaźnych, przewlekłych bólów kręgosłupa oraz chorób spowodowanych przez stres. Wskazano m.in., że w Polsce w 2022 roku wśród pracujących w opiece zdrowotnej stwierdzono 1 040 przypadków chorób zawodowych.

Według danych pochodzących z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (BASiW) w województwie dolnośląskim z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego hospitalizowanych było 31 687 osób (1100,08/10 tys.), w tym 5531 (192,02/10 tys.) z powodu innych schorzeń grzbietu i 1829 (63,50/10 tys.) z powodu chorób kręgosłupa (MPZ 2022-2026). Wskazano także, że w Polsce w 2021 roku liczba osób korzystająca z opieki psychiatrycznej wynosiła 1 454 186 (4669,53/10 tys.), w województwie dolnośląskim liczba ta wynosiła 103 505 (4347,82/10 tys.) (MPZ 2022-2026).

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w województwie dolnośląskim, ze świadczeń rehabilitacji medycznej w ramach NFZ skorzystało o 16% mniej pacjentów na 100 tys. ludności niż średnio w kraju (14. miejsce wśród województw). W ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa dolnośląskiego wskazano m. in. na wyrównanie dostępności do świadczeń umożliwiając tym samym dostęp do świadczeń rehabilitacyjnych jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta. Najważniejszym zadaniem jest wzmocnienie ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej, w tym opieki w ośrodkach/oddziałach dziennych, w celu odciążenia leczenia szpitalnego oraz zwiększenie dostępu do świadczeń ambulatoryjnych, leczenia środowiskowego, oddziałów dziennych oraz poradni leczenia uzależnień, jako upowszechnienie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej we wszystkich obszarach o ograniczonej dostępności.

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest poprawa stanu zdrowia pracowników ochrony zdrowia w województwie dolnośląskim w latach 2024-2026.

Należy podkreślić, że cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań.

Cel główny programu został sformułowany w sposób zbyt ogólny, co utrudnia prawidłowy dobór mierników efektywności. Należy podkreślić, że poprawa stanu zdrowia może nastąpić w wyniku wielu innych czynników. W związku z powyższym określenie skuteczności działań podjętych w programie może być utrudnione. Brakuje również określenia wartości docelowej w celu głównym oraz uzasadnienia dla niej.

W treści projektu programu zaproponowano następujące cele szczegółowe:

- 1) Wzrost poziomu wiedzy oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz relaksacji pracowników ochrony zdrowia biorących udział w programie w latach 2024-2026;
- 2) Wzrost poziomu wiedzy oraz nabycie umiejętności stosowania w prawidłowy sposób, samodzielnie ćwiczeń pozwalających zwiększyć sprawność, elastyczność, wydolność oraz siłę organizmu pracowników ochrony zdrowia biorących udział w programie w latach 2024-2026;
- 3) Wzrost poziomu wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych i stosowania zasad ergonomii w miejscu pracy u uczestników.

Cele szczegółowe powinny odnosić się do skutków zastosowania interwencji, stanowić uzupełnienie celu głównego, zaś ich osiągnięcie powinno być elementem warunkującym osiągnięcie celu głównego. Podobnie jak cel główny, powinny być mierzalne i możliwe do osiągnięcia w okresie realizacji programu polityki zdrowotnej.

Cele szczegółowe nr 1 i 2 składają się z dwóch odrębnych założeń. Założenie odnoszące się do nabycia umiejętności stanowi działanie, natomiast założenie wzrost poziomu umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz relaksacji, jest trudno mierzalne (nie przedstawiono osobnego kwestionariusza dot. pomiaru ww. umiejętności). Założenie odnoszące się do pomiaru poziomu wiedzy uczestników programu zostało sformułowane prawidłowo. Możliwy jest wzrost wiedzy w związku z wdrażanymi działaniami edukacyjnymi. Pomiary zostały zaplanowane w projekcie, jednak nie dołączono wzoru pre- i post-testu. Wnioskodawca nie oszacował także poziomu zdawalności testu, a więc nie jest jasne, jaki jego wynik będzie uznawany za istotną poprawę poziomu wiedzy uczestnika programu.

Warto podkreślić, że prawidłowo zaplanowana akcja edukacyjna powinna zakończyć się wzrostem lub utrzymaniem wysokiego poziomu wiedzy u wszystkich osób uczestniczących w programie. Należy przy tym zdefiniować co oznacza wysoki poziom wiedzy (np. min. 75% poprawnych odpowiedzi).

W przypadku celu szczegółowego nr 1 wnioskodawca wskazał, że do oceny zmniejszenia natężenia stresu w sytuacjach zawodowych zastosowane zostaną narzędzia takie jak Testy Mini – COPE oraz PSS-10. Ponadto zaznaczono, że testy pre/post wiedzy, kwestionariusz oceny umiejętności wykonywanych ćwiczeń oraz badanie aktywności fizycznej uczestników zostanie opracowane przez realizatora programu. Wnioskodawca przedstawił wartości docelowe dla ww. celów, natomiast nie przedstawił uzasadnienia dla powyższych wartości docelowych.

Biorąc pod uwagę powyższe, opis celów głównego i szczegółowych wymaga odpowiednich zmian i uzupełnień.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpił wzrost poziomu wiedzy na temat stosowania zasad ergonomii w miejscu pracy (wartość docelowa 80%);
- 2) odsetek pracowników medycznych, u których stwierdzono wzrost wiedzy z zakresu prawidłowego wykonywania ćwiczeń fizycznych (80%);
- 3) odsetek pracowników medycznych, u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy z zakresu psychoedukacji (80%);
- 4) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpiła poprawa wiedzy na temat stresu, technik radzenia sobie z sytuacjami stresowymi oraz technik relaksacji (80%);
- 5) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpiło zmniejszenie natężenia stresu w sytuacjach zawodowych, którzy deklarowali wysoki poziom odczuwanego stresu (80%);
- 6) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpiła poprawa wiedzy na temat stosowania prawidłowej aktywności fizycznej w czasie pozazawodowym (80%);
- 7) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpił wzrost umiejętności wykonywania ćwiczeń fizycznych w celu poprawy sprawności, elastyczności, wydolności organizmu (50%);
- 8) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpił wzrost codziennej aktywności fizycznej w czasie pozazawodowym (30%);
- 9) odsetek pracowników medycznych, u których nastąpił wzrost wiedzy na temat właściwych zachowań zdrowotnych w miejscu pracy (80%).

Mierniki efektywności powinny umożliwiać obiektywną i precyzyjną ocenę stopnia realizacji wyznaczonych celów oraz powinny być istotnym odzwierciedleniem zdarzeń lub faktów występujących w danym programie, wyrażonych w odpowiednich jednostkach miary. Mierniki muszą dotyczyć rezultatów, a ich wartości powinny być określane według stanu przed realizacją programu polityki zdrowotnej oraz po zakończeniu realizacji.

Mierniki nr 3, 5, 6 nie odnoszą się bezpośrednio do celów programu, mogą natomiast zostać wykorzystane podczas ewaluacji.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby pracujące w sektorze ochrony zdrowia na terenie województwa dolnośląskiego. Przyjęto, że 100% populacji docelowej, tj. 74 544 osób weźmie udział w działaniach edukacyjnych.

Uwzględniono, że udział w psychoedukacji weźmie 9 926 osób (pielęgniarki), a w warsztatach z fizjoprofilaktyki 14 426 osób (pielęgniarki, położne, personel pomocniczy).

Kryterium włączenia do działań edukacyjnych stanowi status osoby pracującej w sektorze ochrony zdrowia na terenie województwa dolnośląskiego.

Kryteria włączenia do warsztatów psychoedukacji stanowią: posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonywanie pracy w sektorze ochrony zdrowia na terenie województwa dolnośląskiego oraz ukończenie na platformie edukacyjnej szkoleń z zakresu ergonomii.

Kryteria włączenia do warsztatów fizjoprofilaktyki stanowią: posiadanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i wykonywanie pracy w sektorze ochrony zdrowia na terenie województwa dolnośląskiego; wykonywanie pracy na stanowisku salowa, sanitariusz, opiekun medyczny w podmiotach leczniczych na terenie województwa dolnośląskiego oraz ukończenie na platformie edukacyjnej szkoleń z zakresu ergonomii.

Dla każdej interwencji przedstawiono także kryteria wyłączenia z programu, które stanowią niespełnienie wskazanych kryteriów włączenia.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencji zaplanowane w programie obejmują:

1. działania edukacyjne (w tym uruchomienie interaktywnej platformy e-learningowej),
2. warsztaty psychoedukacji,
3. warsztaty fizjoprofilaktyki wraz z indywidualnym zestawem ćwiczeń.

W treści projektu wskazano, że działania edukacyjne realizowane będą za pomocą szkoleń e-learningowych, które zostaną umieszczone na platformie edukacyjnej. Szkolenia będą dostępne dla wszystkich pracujących w sektorze ochrony zdrowia i będą dopasowane do potrzeb w zależności od wykonywanych czynności zawodowych. Zaplanowana edukacja obejmuje szkolenia w zakresie higieny i ergonomii w pracy i w życiu codziennym oraz w zakresie profilaktyki stresu, wypalenia zawodowego, relaksacji, odporności psychicznej, dobrej komunikacji interpersonalnej.

Stacjonarne warsztaty psychoedukacyjne zaadresowano do pielęgniarek/pielęgniarzy. Zaznaczono, że przeprowadzona analiza problemów zdrowotnych personelu medycznego oraz dane epidemiologiczne wskazują, że grupą pracowników ochrony zdrowia najbardziej narażoną na obciążenia psychofizyczne jest personel pielęgniarski. Warsztaty zaplanowano w ramach 4 modułów szkoleniowych po 5 godzin (1 godz. = 60 minut) każdy, w grupach max. 10 osobowych. Zaznaczono, że warsztaty będą dotyczyły następujących obszarów tematycznych: stres, skuteczna komunikacja, zarządzanie emocjami oraz zarządzanie sobą poprzez planowanie i realizację celów.

Stacjonarne warsztaty z zakresu fizjoprofilaktyki zaadresowano do grupy pracowników ochrony zdrowia z województwa dolnośląskiego, która jest najbardziej narażona na obciążenia biomechaniczne, czego konsekwencją są bóle kręgosłupa. Wskazano, że grupą tą będą: pielęgniarki, położne oraz personel pomocniczy pracujący bezpośrednio z pacjentem (salowa, sanitariusz, opiekun

medyczny). W ramach interwencji zaplanowano warsztaty z zakresu fizjoprofilaktyki. Podkreślono, że każdy uczestnik z grupy docelowej będzie mógł skorzystać z 3 indywidualnych, godzinnych warsztatów prowadzonych przez fizjoterapeutę. Zaznaczono, że celem warsztatów będzie opracowanie i przećwiczenie indywidualnego, dostosowanego do potrzeb danej osoby zestawu ćwiczeń, który ma za zadanie zwiększyć sprawność, elastyczność, wydolność oraz siłę organizmu. Zaznaczono, że celem warsztatów będzie również dobór optymalnego rodzaju aktywności fizycznej w czasie pozazawodowym. Nie przedstawiono bardziej szczegółowego opisu ww. interwencji, nie jest zatem jasne jaki będzie jej zakres.

Na zakończenie cyklu warsztatów przewidziano pomiar poziomu wiedzy oraz ocenę umiejętności prawidłowego wykonywania ćwiczeń fizycznych. Do projektu programu nie załączono jednak przykładowego testu wiedzy czy kwestionariusza do oceny wykonywania ćwiczeń fizycznych.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt programu zakłada przeprowadzenie jego monitorowania i ewaluacji. Należy pamiętać, że monitorowanie i ewaluacja są istotnymi elementami programu, które umożliwiają bieżącą ocenę jego przebiegu oraz określenie wpływu programu na sytuację społeczną i zdrowotną w perspektywie wieloletniej. Monitorowanie jest procesem zbierania danych o realizacji programu i służy kontrolowaniu ich przebiegu i postępu. Ewaluacja natomiast jest analizą danych uzyskanych w programie, realizowaną po jego zakończeniu w celu oceny efektów prowadzonych działań.

Ocena zgłaszalności do programu obejmie analizę: liczby osób włączonych do programu, liczby logowań na platformę e-learningową, liczby osób, które zrealizowały szkolenia e-learningowe, liczby osób, które nie ukończyły szkoleń e-learningowych, liczby osób, które wzięły udział w warsztatach z zakresu psychoedukacji, liczby grup, które zrealizowały warsztaty z zakresu psychoedukacji oraz liczby osób, które wzięły udział w warsztatach fizjoprofilaktyki. Przedstawione powyżej wskaźniki uznaje się za prawidłowo zaplanowane.

Ocena jakości świadczeń w programie prowadzona będzie po zakończeniu programu. Do projektu programu załączono wzory ankiet satysfakcji dotyczących oceny jakości szkoleń e-learningowych i warsztatów. Przedstawione dokumenty nie budzą zastrzeżeń. Wnioskodawca podkreślił także, że ocena jakości może być przeprowadzona przez zewnętrznego eksperta.

Ewaluacja programu ma zostać dokonana po zakończeniu programu z wykorzystaniem co najmniej zdefiniowanych wcześniej mierników efektywności odpowiadających celom programu. Ewaluacja programu powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w projekcie programu.

Warunki realizacji

W projekcie przedstawiono etapy i działania podejmowane w programie oraz odniesiono się do warunków dotyczących personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizator programu zostanie wybrany na podstawie procedury otwartego konkursu ofert, co jest zgodne z przepisami ustawy.

W treści projektu wnioskodawca zdawkowo odniósł się do informacji na temat akcji informacyjnej. Wskazano jedynie, że w ramach programu powołana zostanie Rada ds. programu w skład której wejdą interesariusze zaangażowani w powodzenie programu (m. in. przedstawiciele JST, przedstawiciele lokalnych ośrodków zdrowia, podmioty odpowiedzialne za prowadzenie kampanii informacyjnej, eksperci itp.).

Całkowity budżet programu oszacowano na 16 798 870 zł (2024 r. – 4 102 000 zł, 2025 r. – 6 342 000 zł, 2026 r. – 4 827 700 zł; 1 527 170 zł – koszty pośrednie).

Wskazano następujące koszty jednostkowe: 10 000 zł – koszt wdrożenia platformy e-learningowej, 3 500 zł/miesiąc – koszt korzystania z platformy e-learningowej, 50 000 zł – koszt opracowania merytorycznego i technicznego szkoleń e-learningowych, 8 000 zł – koszt warsztatów psychoedukacji, 450 zł – koszt warsztatów fizjoprofilaktyki.

Nie uwzględniono kosztów monitorowania i ewaluacji oraz akcji informacyjnej.

Wnioskodawca wskazał całkowite koszty bezpośrednie programu w podziale na etapy i poszczególne interwencje. Przedstawiono także koszty programu dla wskazanych interwencji w podziale na poszczególne lata realizacji.

Program będzie współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego w perspektywie finansowej 2021-2027.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Według WHO określenie „choroba zawodowa” dotyczy choroby będącej konsekwencją ekspozycji na czynniki ryzyka wynikające z charakteru pracy. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy definiuje chorobę zawodową jako chorobę spowodowaną działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy, określoną w wykazie chorób zawodowych.

Podsumowanie wytycznych

Wytyczne dotyczące zarządzania stresem w miejscu pracy

- Dobrze zaplanowane, ukierunkowane i wdrażane programy promocji zdrowia (redukcji/modyfikacji czynników stresowych) w miejscu pracy mogą być skuteczną interwencją przy niewielkich nakładach inwestycyjnych (WHO 2010, NICE 2015).
- Programy zarządzania stresem w pracy powinny być rozpatrywane w dwóch płaszczyznach – na szczeblu organizacyjnym i na szczeblu indywidualnym (ETUC 2005). Jednak działania zindywidualizowane nie mogą być substytutem dla podejścia systemowego (VHPF 2006, EC 2002).
- Najczęściej programy dzielone są ze względu na cel działania, tj. na zapobieganie (odpowiednia organizacja warunków pracy celem eliminowania źródeł stresu), reagowanie w odpowiednim czasie (w momencie dostrzeżenia problemu należy go rozwiązać, np. szkolenia, techniki relaksacyjne, zmiana w zakresie chorobotwórczego stylu życia) oraz na rehabilitację (EC 2002).
- Zaleca się podjęcie działań prawnych tj.: opracowanie regulaminów pracy (przepisy, zasady, normy zachowania obowiązujące w firmie), potwierdzanie umów o pracę na piśmie, doprecyzowywanie zakresu obowiązków i odpowiedzialności pracowników, udzielanie urlopów i dni wolnych od pracy, uzupełnienie zakładowej oceny ryzyka zawodowego o czynniki psychospołeczne (PIP 2012).
- Technicznymi działaniami profilaktycznymi w zakresie ograniczania negatywnych skutków stresu zawodowego są m.in.: zakupy nowych maszyn i urządzeń, remonty pomieszczeń, konserwacja użytkowanych maszyn, przeprowadzanie dodatkowych badań czynników środowiska pracy, wyposażanie pracowników w środki ochrony indywidualnej, doposażenie zakładowej grupy ratowniczej w sprzęt medyczny (PIP 2012).
- Ryzyko wystąpienia zagrożeń psychospołecznych jest zazwyczaj identyfikowane poprzez metody kwestionariuszowe, tj. ankiety oraz wywiady (WHO 2010, IMP 2012). Celem określenia

stresu zawodowego, jego etiologii i konsekwencji zaleca się monitorowanie: zakresu i warunków pracy, relacji społecznych w miejscu pracy, stanu zdrowia pracowników, ich samopoczucia i produktywności (EC 2002).

- Istotne jest eliminowanie lub modyfikowanie źródeł stresu w miejscu pracy poprzez działania mające bezpośredni wpływ na środowisko pracownicze lub zmiany organizacyjne jak np. elastyczność zadań w pracy, otwarta i szczerza komunikacja, prewencja sytuacji konfliktowych, kontrola i wsparcie przez kadre kierowniczą (WHO 2010, VFPH 2006, PIP 2012).
- Zaleca się tworzenie i wdrażanie kompleksowej polityki w zakresie zdrowych i bezpiecznych warunków pracy (WHO 2010, WHO 2012), a w przypadku zarządzania stresem warto opracować działania systemowe, łączące trzy rodzaje prewencji (pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową), mające wpływ na poprawę zdrowia psychicznego/fizycznego pracowników i redukcję nieobecności w pracy (VFPH 2006).
- Zasadne jest organizowanie i wdrażanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przez odpowiednią kadre specjalistyczną, najlepiej lokalnych ekspertów w ww. dziedzinie (WHO 2010, EC 2002, PIP 2012). ILO 2016 dodaje, że należy zapewnić odpowiednie szkolenia w celu dopasowania umiejętności pracowników do ich obowiązków pracowniczych, ergonomii pracy, a tym samym dostarczenia informacji nt. zagrożeń psychospołecznych i stresu związanego z pracą oraz sposobów zapobiegania ww. problemom.
- Model dobrej praktyki (HSE 2007-2017) w zakresie prewencji stresu zawodowego wymaga: zaangażowania kadry kierowniczej, aktywnego podejścia, kompleksowego programu zapobiegania stresowi czy strategii zapobiegania nadmiernym sytuacjom stresowym, oceny ryzyka wraz z oceną obowiązków zawodowych, interwencji dot. indywidualnych pracowników, grupy oraz organizacji (połączenie podejść).
- Zasadne jest partycypowanie wszystkich pracowników w programie zarządzania stresem w miejscu pracy (ILO 2016, CSA 2013, PIP 2012).
- Świadomość pracowników nt. stresu można zwiększać przy pomocy: ulotek informacyjnych, krótkich kursów poświęconych problematyce stresu, ekspertów zewnętrznych, regularnych spotkań z pracownikami, podczas których omawiane są kwestie związane ze stresem (EU-OSHA 2013). Warto zwrócić też uwagę na szeroki dostęp do informacji w zakresie BHP kierowanych drogą elektroniczną przez np. ILO, WHO czy współpracujące ze sobą centra/agencje w zakresie bezpieczeństwa i zdrowych warunków pracy (WHO 2010).
- Kadra kierownicza sprawująca nadzór nad innymi pracownikami powinna być odpowiednio przeszkolona w zakresie komunikacji interpersonalnej i zarządzania stresem w miejscu pracy (NICE 2015, CSA 2013, ETUC 2005, EU-OSHA 2012).

Wytyczne dot. promocji zdrowia w miejscu pracy:

- Promowanie ochrony zdrowia w miejscu pracy powinno następować poprzez: poprawę organizacji pracy, ulepszenie środowiska pracy, zachęcanie pracowników do aktywności poprawiającej ich stan zdrowia, zachęcanie do rozwoju osobistego (EU-OSHA 2010).
- Zaleca się informowanie wszystkich zainteresowanych o programie promowania zdrowia w miejscu pracy z wykorzystaniem zróżnicowanych kanałów komunikacyjnych (plakaty, tablice informacyjne, sieć intranet, bezpośrednie spotkania) (EU-OSHA 2010).
- Do zadań pracodawców w zakresie BHP należy: ocena i zarządzanie zagrożeniami, podejmowanie działań zapobiegawczych i kontrolnych, zapewnianie środków ochrony indywidualnej (PPE). Pracodawcy powinni także dbać o to, aby pracownicy i ich przedstawiciele brali udział w konsultacjach, byli informowani i szkoleni w zakresie wszystkich aspektów BHP związanych z ich pracą, w tym zasad postępowania w sytuacjach nadzwyczajnych (ILO 2015).

Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa:

- W większości zaleceń zaznacza się, że ważnym elementem powinna być edukacja w zakresie zasad ergonomii w życiu codziennym. Istotne jest również pozyskanie wiedzy na temat ochrony przed nadmiernymi przeciążeniami podczas codziennych czynności, a tym samym eliminowanie czynników podtrzymujących ryzyko nawrotu dolegliwości i rozwijanie przydatnych strategii ruchowych (ICSI 2018, PTF/PTMR/KLR 2017, IHE 2017, ACP 2017, DAI 2017, APTA 2017, OPTIMa 2017, NICE 2016).

Podsumowanie dowodów naukowych skuteczności klinicznej/bezpieczeństwa

Interwencje poprawiające zgłaszalność chorób zawodowych przez lekarzy:

- Wyniki przeglądu Curti 2015 wskazują na skuteczność interwencji w postaci spotkań edukacyjnych oraz wieloczynnikowej kampanii edukacyjnej. Stwierdzono również, że wysłanie wiadomości przypominającej lekarzom o obowiązku zgłaszania chorób zawodowych może dawać niewielkie pozytywne rezultaty.

Interwencje skracające czas spędzany w pozycji siedzącej w pracy:

- W ramach wniosków z przeprowadzonego przeglądu Shrestha 2016 stwierdza się, że zastosowanie interwencji w postaci biurek typu siedz/stój skróceniu może ulec czas spędzany w pozycji siedzącej w krótkim okresie obserwacji. Autorzy przeglądu stwierdzili również, że brakuje spójnych dowodów potwierdzających skuteczność interwencji w przypadku zmian regulaminu pracy czy też prowadzenia kampanii informacyjnej/poradnictwa.
- Autorzy przeglądu Chu 2016 stwierdzili, że otrzymane wyniki potwierdzają korzystny wpływ interwencji dotyczących zmian w środowisku pracownika, a także w przypadku wieloczynnikowej interwencji na redukcję czasu związanego z siedzącym trybem pracy. Najślabszy efekt obserwowano w ramach prowadzenia działań dotyczących edukacji i terapii behawioralnych.

Interwencje obniżające poziom stresu vs. choroby układu krążenia:

- Wyniki przeglądu Backe 2012 wskazują, że mniejsza korelacja w zakresie wpływu stresu na wystąpienie incydentów sercowo-naczyniowych jest zauważalna w populacji poniżej 55 lat. Autorzy przeglądu stwierdzili, że oprócz indywidualnych metod radzenia sobie ze stresem w miejscu pracy, niezbędne są również zmiany organizacyjne, które mogą przyczyniać się do obniżenia poziomu stresu w pracy.

Interwencje związane ze zdrowiem psychicznym:

- Autorzy przeglądu Chu 2014 stwierdzili, że aktywność fizyczna w miejscu pracy i ćwiczenia związane z jogą wpływają na znaczne obniżenie częstości występowania objawów depresji i zaburzeń lękowych. Ich wpływ na redukcję stresu jest mniej wyraźny. Należy przy tym pamiętać, że wyniki oceniono na podstawie niskiej jakości badań.
- Wyniki przeglądu systematycznego Harvey 2017 potwierdzają złożoność problemu, jakim jest utrzymywanie odpowiedniego poziomu zdrowia psychicznego pracowników. Zaburzenie równowagi w modelu wymagania – kontrola – wsparcie (JDCA), niósłoby za sobą ryzyko wystąpienia powszechnych zaburzeń psychicznych. Podobne wnioski zostały przedstawione odnośnie do modelu równowagi między wysiłkiem a nagrodą (ERI) oraz Modelu sprawiedliwej organizacji. Autorzy przeglądu zwrócili również uwagę na niską jakość badań prowadzonych w zakresie określenia wpływu poszczególnych modeli. W poszczególnych badaniach

włączanych do przeglądów metaanaliz nie były określone jasno punkty końcowe, co utrudniało ich porównanie.

- W przeglądzie Cornelius 2011 oceniano efektywność czynników prognostycznych związanych z długotrwałą niezdolnością do pracy spowodowaną zaburzeniami psychicznymi. Według autorów przeglądu, wiek powyżej 50 lat wiąże się z przedłużającą niezdolnością i dłuższym czasem potrzebnym na powrót do pracy w porównaniu do braku interwencji. Dowiedziono również, że ciągłość prowadzenia działań związanych z opieką medyczną skraca czas trwania absencji chorobowej u pacjentów z zaburzeniami adaptacyjnymi.

Interwencje związane z wypaleniem zawodowym:

- Przegląd Awa 2010 wskazuje iż programy interwencyjne w kierunku przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz jego redukcji są korzystne i powinny być kontynuowane celem podtrzymania efektów. Ponadto, powinno się oferować przede wszystkim programy łączące podejście indywidualne z organizacyjnym, które będą poddawane ewaluacji.

Interwencje określające ogólny stan zdrowia pracowników (TWH):

- Wyniki przeglądu systematycznego Feltner 2016 wskazują, że zintegrowane interwencje TWH mogą poprawić zachowania zdrowotne, np. ograniczyć palenie tytoniu i siedzący tryb życia oraz poprawić dietę pracowników. W przypadku punktów końcowych dotyczących stresu, wypadków przy pracy czy też ogólnej jakości życia, skuteczność zintegrowanych interwencji TWH nie została określona z uwagi na ograniczenia w badaniach.

Rehabilitacja

- W przeglądzie Pollock 2014C stwierdzono, że rehabilitacja fizyczna jest bardziej efektywna niż zwyczajna opieka w poprawie: funkcji motorycznych, równowagi i szybkości chodu.
- Przegląd Oosterhuis 2014 miał na celu ustalenie czy aktywna rehabilitacja po operacji dysku odcinka lędźwiowego jest bardziej efektywna niż brak interwencji. Programy ćwiczeń rozpoczynające się 4-6 tygodni po operacji wydają się prowadzić do szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności (mała lub średnia wielkość efektu) w porównaniu do braku interwencji. Natomiast programy ćwiczeń o wysokiej intensywności wydają się prowadzić do nieznacznie szybszego obniżenia bólu i niepełnosprawności w porównaniu do programów ćwiczeń o niskiej intensywności.
- W przeglądzie Mehrholz 2014, którego celem była ocena treningu na bieżni i wsparcia masy ciała, osobno lub w połączeniu, w poprawie chodzenia, w porównaniu z innymi metodami treningu chodu, placebo lub brakiem interwencji, na podstawie dowodów o umiarkowanej jakości, stwierdzono, że szybkość chodu i wytrzymałość mogą ulec poprawie.

Profilaktyka przewlekłych bólów kręgosłupa

- Skuteczną formą profilaktyki bólów krzyża są ćwiczenia fizyczne, w tym ćwiczenia uzupełnione edukacją. W przeglądzie systematycznym wspartym metaanalizą sieciową Huang 2020 wykazano, że ćwiczenia połączone z edukacją wiązały się ze znamiennej szansą na redukcję częstości występowania bólu krzyża (OR=0,59 [95% CI: (0,41-0,82)]), podobnie jak ćwiczenia stosowane jako jedyna forma profilaktyki (OR=0,59 [95% CI: (0,36-0,92)]). Dodatkowo ćwiczenia redukowały, na granicy znamienności statystycznej, absencję chorobową w pracy (OR=0,04 [95% CI: (0,00- 0,34)]).
- Ćwiczenia stosowane jako jedyna forma prewencji zmniejszyły ryzyko bólów dolnego odcinka kręgosłupa (LBP) o 33% (RR=0,67 [95% CI: (0,53, 0,85)]), a ćwiczenia połączone z edukacją zmniejszyły je o 27% (RR=0,73 [95% CI: (0,59-0,91)]) (Shiri 2018).

- W metaanalizie Moreira-Silva 2016 zebrano dowody umiarkowanej jakości wskazujące, że interwencja w postaci wprowadzenia ćwiczeń fizycznych w miejscu pracy istotnie zmniejsza ogólny ból mięśniowo-szkieletowy (SMD=-0,40 [95% CI: (-0,78-0,02)]) oraz ból szyi i przedramienia (SMD=-0,37 [95% CI: (-0,63- - 0,12)]). Dowody niskiej jakości wskazują, że ćwiczenia fizyczne mogą też zredukować ból krzyża (SMD=-0,21 [95% CI: (-0,58-0,17)]).
- Metaanaliza Zhang 2019 sugeruje, że grupowa terapia behawioralno-psychologiczna połączona z fizjoterapią wykazuje korzystny wpływ na złagodzenie bólu w porównaniu z terapią standardową, zarówno w obserwacji krótkoterminowej (SMD=-0,33 [95%CI (-0,50- - 0,15)]), jak i długoterminowej (SMD=-0,34 [95%CI (-0,52- - 0,16)]). Nie znaleziono jednak wystarczających dowodów na potwierdzenie tezy, że taka forma terapii powinna być rutynowo oferowana pacjentom ze zdiagnozowanym bólem krzyża.

Analizy ekonomiczne

- Autorzy przeglądu Baxter 2014 stwierdzili, że pozytywny zwrot z inwestycji (ROI) w postaci prowadzenia programów profilaktyki w miejscu pracy był obserwowany na podstawie wszystkich włączonych badań [ROI=1,38 (95%CI 1,37-1,39)] z wyjątkiem RCT [ROI= -0,22 (95%CI -0,27 - -0,16)].
- Według wyników przeglądu Baxter 2014 prowadzenie programów dotyczących szczepień pracowników było opłacalne dla pracodawców [ROI=1,80 (95%CI 1,74-1,86)]. W przypadku badań związanych z prowadzeniem programów profilaktycznych odnoszących się do rzucenia palenia, odpowiedniej diety, redukcji spożycia alkoholu, aktywności fizycznej i/lub profilaktyki zdrowia psychicznego, wskaźnik ROI był niższy [ROI=1,39 (95%CI 1,38-1,40)].

Podsumowanie opinii ekspertów klinicznych

- Z przedstawionych opinii eksperckich wynika, że popierają oni celowość prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób związanych ze środowiskiem pracy, z budżetu jednostek samorządów terytorialnych.
- Eksperci zgodnie wskazywali na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w miejscu pracy, polegających na ograniczaniu/eliminacji czynników szkodliwych, czy też wczesnym wykrywaniu chorób związanych z pracą.
- Działania prewencyjne podejmowane w miejscu pracy wpływają na wolniejszy rozwój chorób związanych z pracą u osób na nie narażonych, a co za tym idzie – umożliwiają kontynuowanie pracy przez te osoby (KK w dziedzinie zdrowia środowiskowego).
- Zagrożenia występujące w środowisku pracy mogą być rozpoznane już w miejscu i przez lekarza medycyny pracy. Jest to pierwsza prewencja chorób związanych z pracą, wykorzystywana przez najbardziej właściwą do tego służbę (KW w dziedzinie medycyny pracy dla woj. mazowieckiego).
- Eksperci zwracają uwagę na problem „starzejącego się” się społeczeństwa (w niedalekiej przyszłości może pojawić się brak zasobów kadrowych). W związku z tym konieczne jest pilne podjęcie działań mających na celu niwelowanie skutków statycznego trybu życia, jak i części chorób cywilizacyjnych, tak aby jak najdłużej pracownik był w stanie pozostawać na rynku pracy.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, opiniuję, jak na wstępie.

ZASTĘPCA PREZESA

Daniel Rutkowski

/dokument podpisany elektronicznie/

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.80.2023 „Program Polityki Zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia dla pracowników ochrony zdrowia na terenie Województwa Dolnośląskiego” oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 201/2023 z dnia 18 grudnia 2023 roku o projekcie Programu Polityki Zdrowotnej w zakresie promocji zdrowia dla pracowników ochrony zdrowia na terenie Województwa Dolnośląskiego realizowany przez Województwo Dolnośląskie