



Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 5/2025 z dnia 22 stycznia 2025 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn.
„Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na
terenie województwa małopolskiego”

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego”, pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

Uzasadnienie

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań z zakresu profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących. W ramach programu zaplanowano prowadzenie działań w formie warsztatów psychoedukacyjnych i działań edukacyjnych. Oceniany program dzięki swoim założeniom może stanowić wsparcie w zabezpieczeniu zdrowia populacji i wnosi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących świadczeń gwarantowanych.

Należy zauważyć, że Agencja opiniowała już dwa podobne projekty programów, które otrzymała od Województwa Małopolskiego. Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wydał dwie opinie: jedną pozytywną warunkowo nr 155/2018 oraz negatywną nr 34/2024. Uwagi do drugiego opiniowanego programu zostały w większości uwzględnione w obecnie ocenianym projekcie programu.

Z pierwszego opiniowanego programu wpłynął do Agencji raport końcowy z realizacji poprzedniej edycji PPZ. W treści raportu końcowego wskazano, że program był realizowany zgodnie z założeniami w latach 2019-2022, a efekty zdrowotne oraz rezultaty związane z aktywnością zawodową zostały osiągnięte w stopniu przewyższającym założenia.

W celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości należy uwzględnić uwagi przedstawione w dalszej części niniejszej opinii, a w szczególności dotyczące poprawnego określenia miernika efektywności odnoszącego się do celu głównego, doprecyzowania populacji programu oraz uzupełnienia danych w zakresie budżetu programu, w tym m.in. odniesienie się do kosztów monitorowania i ewaluacji programu.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, aby świadczenia udzielane w ramach programu nie powielały u danego pacjenta świadczeń finansowanych w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia oraz działań podejmowanych w ramach ogólnopolskich programów polityki

zdrowotnej realizowanych przez Ministra Zdrowia, co zostało uwzględnione w ocenianym projekcie.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób od stresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego, zaplanowany na lata 2025-2029. Całkowity koszt programu oszacowano na 2 086 476 zł.

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 2024 r., poz. 146. 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 odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zagrożenia psychospołeczne w miejscu pracy, a w szczególności nadmierny stres zawodowy i choroby/zaburzenia będące jego konsekwencją.

W projekcie przedstawiono referencje bibliograficzne oraz wykaz piśmiennictwa, na podstawie których przygotowana została treść problemu zdrowotnego.

Zgodnie z informacjami zawartymi w Mapach Potrzeb Zdrowotnych (MPZ) na lata 2022-2026 w ramach rekomendowanych kierunków działań dla województwa małopolskiego znajduje się m.in. *podejmowanie działań mających na celu zwiększenie dostępności i jakości usług z zakresu psychiatrii dla dorosłych, szczególnie na obszarach, gdzie dostęp do wybranych form opieki jest ograniczony*.

W projekcie odniesiono się do danych globalnych, ogólnopolskich, jak i regionalnych. Zgodnie z MPZ wskazano, że w 2022 roku w województwie małopolskim leczonych w systemie ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych było 143 251 osób, co stanowi 4,2% ludności Małopolski. Spośród leczonych ogółem mężczyźni stanowili 38,2% (54 691), zaś kobiety 61,8% (88 560). Najczęściej leczeni byli pacjenci z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych (51 170 osób), depresji nawracających i zaburzeń dwubiegunowych (17 067 osób) oraz zaburzeń organicznych (15 682 osoby).

Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *„zwiększenie o co najmniej 20% umiejętności radzenia sobie ze stresem, wśród co najmniej 75% osób pracujących w populacji objętej programem w województwie Małopolskim”*. Cel główny powinien być wyraźnie zdefiniowany i precyzyjnie określony w czasie, a jego osiągnięcie powinno stanowić potwierdzenie skuteczności zaplanowanych działań. Powyższy cel odnosi się do zwiększenia umiejętności radzenia sobie ze stresem, co wydaje się być możliwe do realizacji w wyniku zaplanowanych w projekcie warsztatów psychoedukacyjnych. Pomiar stopnia realizacji celu zaplanowano poprawnie, przy użyciu kwestionariusza Mini-COPE.

W treści projektu programu zaproponowano 3 cele szczegółowe:

- 1) *„podniesienie lub utrzymanie w trakcie trwania programu wysokiego poziomu wiedzy na temat źródeł i objawów stresu wśród 75% populacji docelowej programu (min. 70% poprawnych odpowiedzi dla testów końcowych w porównaniu z testami wstępnymi)”*,
- 2) *„nabycie nowych umiejętności w radzeniu sobie ze stresem u 75% uczestników programu po zakończeniu warsztatów (min. 70% poprawnych odpowiedzi dla testów końcowych w porównaniu z testami wstępnymi)”*,

- 3) „wzrost samooceny własnych umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem po zakończeniu warsztatów u minimum 75% uczestników programu (w skali od 1-10 wzrost o co najmniej 3 punkty w post-teście w stosunku do pre-testu)”.

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.

Zaproponowane cele wydają się możliwe do zrealizowania. Ponadto, w celu szczegółowym nr 1 zaplanowano wykonanie pre- i post- testów umożliwiające weryfikację poziomu wiedzy uczestników. Wzory ww. testów zostały dołączone do projektu i nie budzą zastrzeżeń. Wskazano także uzasadnienia dla przyjętych wartości docelowych celu głównego oraz celów szczegółowych.

W projekcie programu określono następujące mierniki efektywności:

- 1) „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”,
- 2) „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy na temat źródeł i objawów stresu oraz sposobu reagowania na objawy stresu względem pre-testu (min. 70% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu”,
- 3) „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano nabycie nowych umiejętności w radzeniu sobie ze stresem (min. 70% poprawnych odpowiedzi w post-teście)”,
- 4) „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano wzrost samooceny własnych umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem po zakończeniu warsztatów (w skali od 1-10 wzrost o co najmniej 3 punkty w post-teście w stosunku do pre-testu)”.

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.

Wskaźniki nr 2,3 oraz 4 odnoszą się kolejno do celów szczegółowych i zostały zaplanowane w sposób prawidłowy. Miernik nr 1 został przez przypisaną do celu głównego, jednak nie jest z nim spójny, gdyż cel główny dotyczy umiejętności radzenia sobie ze stresem, natomiast miernik nr 1 odnosi się do pomiaru wzrostu poziomu wiedzy i częściowo stanowi powielenie miernika nr 2 (odnoszącego się do celu szczegółowego nr 1). Należy więc wskazać, że nie zaplanowano prawidłowo sformułowanego miernika efektywności odnoszącego się do celu głównego, co należy uzupełnić. Warto jednak zauważyć, że w projekcie zaplanowano zastosowanie kwestionariusza Mini-COPE, który służy do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem i jego wyniki można wykorzystać do pomiaru stopnia realizacji celu głównego.

Populacja docelowa

Populację docelową programu stanowią osoby dorosłe, zamieszkujące województwo małopolskie, które w swojej pracy narażone są na stres i chcą zwiększyć umiejętności w radzeniu sobie z nim poprzez poznanie i udoskonalenie technik skutecznej komunikacji, asertywnych zachowań i umiejętne zarządzanie swoimi emocjami.

Według danych Urzędu Statystycznego w Krakowie w zakresie Badań Aktywności Ekonomicznej Ludności (BAEL), w ostatnim kwartale 2022 r. liczba osób w wieku 15–89 lat w województwie małopolskim wyniosła 2 621 tys., natomiast liczba osób pracujących w tej grupie wiekowej kształtowała się na poziomie 1 461 tys. osób. Osoby pracujące stanowiły 55,7% ogółu populacji w wieku 15–89 lat.

Należy zauważyć, że ww. populacja nie stanowi liczby osób kwalifikujących się do udziału w programie, gdyż zgodnie z kryteriami włączenia program skierowany jest tylko do osób pełnoletnich (powyżej 18 r.ż.), natomiast zakres wiekowy populacji zawiera osoby od 15 r.ż. Powyższa kwestia wymaga doprecyzowania. Należy podkreślić, że nie uwzględniono uwagi w tym zakresie z poprzedniej opinii. Oszacowano, że z uwagi na posiadane środki finansowe, udział w programie będzie mogło wziąć ok. 900 osób.

W projekcie poprawnie przedstawiono kryteria włączenia i wyłączenia, które nie budzą zastrzeżeń.

Interwencja

Zgodnie z treścią projektu interwencje zaplanowane w programie obejmują przeprowadzenie warsztatów psychoedukacyjnych oraz działań edukacyjnych.

Warsztaty psychoedukacyjne

Warsztaty będą obejmowały 24 godziny zegarowe, w 4 modułach, po 6 godzin każdy, dwa dni pod rząd w dwutygodniowych odstępach. Warsztaty mają być realizowane w grupach po 8-10 osób. Zaznaczono, że każdy z uczestników będzie mógł wziąć udział tylko w jednym pełnym cyklu warsztatów.

W ramach warsztatów wykorzystane zostaną techniki relaksacyjne, w tym relaksacja neuromięśniowa (trening Jacobsona). Ponadto, zaplanowano prowadzenie treningu uważności oraz technik poznawczo-behawioralnych.

W treści projektu wskazano także szczegółowy przebieg i zakres tematyczny 4 modułów: „Stres”, „Skuteczna komunikacja”, „Zarządzanie emocjami” oraz „Zarządzanie sobą poprzez planowanie i realizację celów”.

W ramach modułu I – „Stres” działania przeprowadzone mają zostać w formie ćwiczeń integrujących grupę, przeprowadzenia mini wykładu i prezentacji multimedialnej, tzw. burzy mózgow oraz przeprowadzenia poszczególnych treningów, ćwiczeń fizycznych, a także przekazania materiałów edukacyjnych.

Działania w ramach modułu II – „Skuteczna komunikacja i trening asertywności” obejmować mają: przeprowadzenie „mini wykładu”, prezentacji multimedialnej, „burzy mózgow”, oceny poziomu asertywności przez uczestników, przeprowadzenie treningów oraz przekazanie materiałów edukacyjnych.

Moduł III – „Zarządzanie emocjami” obejmować ma działania w formie: „mini wykładu”, prezentacji multimedialnej, „burzy mózgow”, wypisania własnych myśli i przekonań na temat emocji przez uczestników, przeprowadzenia treningów oraz przekazania materiałów edukacyjnych.

Ostatni moduł IV – „Zarządzanie sobą poprzez planowanie i realizację celów” odbywać się będzie, podobnie jak w przypadku pozostałych modułów, w formie „mini wykładów”, prezentacji multimedialnej oraz burzy mózgow. Przeprowadzone zostaną także treningi oraz przekazane zostaną materiały edukacyjne. Ponadto, wśród zaplanowanych działań wskazano wyznaczenie celów i określenie trudności i metod ich pokonywania i rysowanie mapy potrzeb związanych z pracą.

Przed przeprowadzeniem pierwszych i po odbyciu ostatnich warsztatów, uczestnicy zostaną poproszeni o wypełnienie testu wiedzy, oraz dwóch kwestionariuszy: Mini-COPE (służącego do pomiaru dyspozycyjnego radzenia sobie ze stresem, tj. oceny typowych sposobów reagowania i odczuwania w sytuacjach doświadczania silnego stresu) oraz PSS-10 (stosowanego w celu dokonania oceny natężenia stresu związanego z sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca). Wszystkie ww. testy i kwestionariusze zostały załączone do projektu i nie budzą zastrzeżeń.

Działania edukacyjne

Działania edukacyjne realizowane będą w okresie realizacji projektu oraz minimum 6 miesięcy po jego zakończeniu. Zostaną skierowane do całej populacji kwalifikującej się do udziału w PPZ i dotyczyć będą stresu, jego konsekwencji i sposobów radzenia sobie ze stresem. W projekcie zaplanowano pomiar przyrostu wiedzy za pomocą pre- i post- testu, co jest działaniem zasadnym. Do projektu dołączono wzory ww. testu, które nie budzą zastrzeżeń.

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 obligatoryjne wskaźniki zawarte na Liście Wskaźników Kluczowych 2021-2027 i w regulaminie wyboru projektów (tj. „liczbę osób objętych wsparciem w obszarze zdrowia”, „liczbę osób, które dzięki wsparciu w obszarze zdrowia podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie”) oraz „odnotowanie każdego kandydata na uczestnika na etapie rekrutacji do programu oraz zakwalifikowania do programu, prowadzenie list uczestników programu”, a także analizę „odsetka osób, które nie zostały zakwalifikowane do programu”, „odsetka osób, które zostały objęte programem”, „odsetka osób, które ukończyły warsztaty (cykl 4 spotkań)” oraz „odsetka osób, które zostały zakwalifikowane do programu, w tym osoby wykonujące zawody o szczególnym ryzyku narażenia na stres, objęte wsparciem w programie”. Przedstawione wskaźniki zostały zaplanowane prawidłowo. Należałoby dodatkowo przedstawić wskaźnik dotyczący liczby osób, które zrezygnowały z udziału w programie ze wskazaniem przyczyn.

Ocena jakości świadczeń udzielanych w programie zostanie przeprowadzona na podstawie wyników anonimowych ankiet satysfakcji uczestników programu, co jest działaniem prawidłowym. Do projektu załączony został wzór ww. ankiety, który nie budzi zastrzeżeń.

Ocena efektywności programu obejmie analizę przedstawionych w projekcie mierników efektywności. Należy zauważyć, że dwa z zaplanowanych wskaźników tj. „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu” oraz „odsetek osób objętych programem, u których w post-teście odnotowano taki sam wysoki poziom wiedzy na temat źródeł i objawów stresu oraz sposobu reagowania na objawy stresu względem pre-testu (min. 70% poprawnych odpowiedzi) lub wzrost poziomu wiedzy o co najmniej 20% względem pre-testu” częściowo się powielają, co należy skorygować.

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

Projekt zawiera opis etapów i działań podejmowanych w ramach programu. Przedstawiono także informacje dotyczące personelu, wyposażenia i warunków lokalowych.

Realizatorem programu będzie podmiot, wyłoniony w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi.

Wskazano, że kampania informacyjna będzie obejmowała przygotowanie i rozpowszechnienie informacji o realizacji programu (zawierającej elementy edukacyjne odnoszące się do problemu

i profilaktyki chorób odstresowych) za pośrednictwem Internetu (strony www, portale społecznościowe) oraz tablic ogłoszeń w poradniach zdrowia psychicznego, w poradniach POZ oraz w innych podmiotach leczniczych, a także u realizatorów programu.

Koszty całkowite oszacowano na 2 086 476 zł. W projekcie jednak nie wyodrębniono poszczególnych kosztów wchodzących w skład kosztów pośrednich, ani nie przedstawiono kosztów monitorowania i ewaluacji programu. Ponadto wskazano koszty z podziałem tylko na 3 lata realizacji programu, a wskazano na 5 letni okres realizacji PPZ. Powyższe kwestie wymagają uzupełnienia.

Program ma zostać sfinansowany w 85% ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, w 5% z budżetu państwa oraz w 10% z wkładu własny Beneficjenta.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zaburzenia lękowe (dawniej określane jako „nerwicowe”) stanowią grupę różnorodnych zaburzeń o wspólnej genezie historycznej związanej z pojęciem „nerwicy”, a w ich powstawaniu, rozwoju i przebiegu istotną rolę odgrywają czynniki psychologiczne.

Według klasyfikacji ICD-10 zalicza się do nich: zaburzenia lękowe w postaci fobii, zaburzenie obsesyjno kompulsyjne (ang. obsessive-compulsive disorder – OCD), reakcję na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia występujące pod postacią somatyczną, inne zaburzenia lękowe, inne zaburzenia nerwicowe .

W rozwoju zaburzeń lękowych ważną rolę odgrywają czynniki psychologiczne, przyczyny ich powstawania można rozważać w pełni, opierając się na tzw. modelu biopsychospołecznym. Uwzględnia on także czynniki biologiczne, środowiskowe, społeczne czy kulturowe. Ich złożoność rozpatruje się indywidualnie w przypadku konkretnego pacjenta i konkretnego zaburzenia.

Rozpoznanie omawianych zaburzeń wymaga specjalistycznego badania psychiatrycznego, czasami popartego badaniem przeprowadzonym przez psychologa klinicznego. Elementy diagnostyki to wywiad psychiatryczny i psychologiczny, wykonanie ewentualnych testów psychologicznych i w razie potrzeby – wykluczenie somatycznych przyczyn zgłaszanych przez pacjenta objawów na podstawie wyników badań przeprowadzonych lub zleconych przez lekarzy innych specjalności. Jednak w przypadku niektórych zaburzeń, zwłaszcza gdy nie zachodzi zjawisko współchorobowości (równoczesnego występowania innych zaburzeń psychicznych – na przykład afektywnych czy związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych), diagnostyki i leczenia i wyboru może się podjąć doświadczony w tym zakresie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Alternatywne świadczenia

W ramach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z NFZ, finansowane są porady psychiatryczne, psychologiczne oraz psychoterapia dostępne w poradniach zdrowia psychicznego.

Podsumowanie wytycznych

Wytyczne dot. zarządzania stresem w miejscu pracy

- Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi dobrze zaplanowane, ukierunkowane i wdrażane programy promocji zdrowia (redukcji/ modyfikacji czynników stresowych) w miejscu pracy mogą być skuteczną interwencją przy niewielkich nakładach finansowych (EC 2023, WHO 2010, NICE 2015).
- Programy zarządzania stresem w pracy powinny być rozpatrywane w dwóch płaszczyznach – na szczeblu organizacyjnym i na szczeblu indywidualnym (EC 2023). Jednak działania zindywidualizowane nie mogą być substytutem dla podejścia systemowego (VHPF 2006, EC 2023).

- Wskazuje się, że nie można stworzyć uniwersalnego programu dla wszystkich miejsc zatrudnienia, gdyż sytuacja w każdym miejscu pracy jest bardzo zróżnicowana (EC 2023).
- Najczęściej programy te 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 stylu życia) oraz na rehabilitację (wsparcie pracowników w radzeniu sobie ze stresem, poradnictwo, debriefing, opieka medyczna) (EC 2023).
- 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 kadrę kierowniczą (WHO 2010, VFPH 2006, PIP 2012). Zasadne jest partycypowanie wszystkich pracowników w programie zarządzania stresem w miejscu pracy (ILO 2016, CSA 2013, PIP 2012).
- Zaleca się tworzenie i wdrażanie kompleksowej polityki w zakresie zdrowych i bezpiecznych warunków pracy (WHO 2010, WHO 2012). Wśród działań systemowych w kierunku zarządzania stresem w pracy zaleca się łączenie zmian organizacji pracy, z modyfikacją stresorów poprzez, np. relaksacje, medytacje oraz poradnictwo czy programy rehabilitacyjne (VFPH 2006, EC 2023).
- Zasadne jest organizowanie i wdrażanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przez odpowiednią kadrę specjalistyczną, najlepiej lokalnych ekspertów w ww. dziedzinie (WHO 2010, EC 2023, PIP 2012).

Podsumowanie dowodów naukowych

Interwencje stosowane w ramach powrotów do pracy:

- Autorzy przeglądu Arends 2012 stwierdzili, że w terapii rozwiązywania problemów należy zaznaczyć, że istotnie statystycznie zmniejszył się czas niezbędny do częściowego powrotu pracownika na stanowisko pracy. Autorzy przeglądu Arends 2012 nie stwierdzili istotnych statystycznie różnic w przypadku tej terapii w odniesieniu do czasu potrzebnego do całkowitego powrotu do 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 lekowych. 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 (JDACS), niosło za sobą ryzyko wystąpienia powszechnych zaburzeń psychicznych. Podobne wnioski zostały przedstawione odnośnie 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 porównanie ich.
- 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.

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci kliniczni popierają celowość prowadzenia programów polityki zdrowotnej z zakresu profilaktyki i wczesnego wykrywania chorób związanych ze środowiskiem pracy, z budżetu jednostek samorządów terytorialnych. Wskazują, że także na zasadność prowadzenia działań profilaktycznych w miejscu pracy, polegających na ograniczaniu/eliminacji czynników szkodliwych, czy też wczesnym wykrywaniu chorób związanych z pracą. Konsultant Krajowy w dziedzinie zdrowia środowiskowego zaleca podejmowanie działań umożliwiających poprawę warunków pracy, np. zmniejszenie ekspozycji na czynniki szkodliwe i uciążliwe oraz stosowanie środków ochrony osobistej. Eksperci w dziedzinie medycyny pracy 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. Dodatkowo zwracają uwagę, że w większości małych przedsiębiorstw występuje większe niż w dużych firmach ryzyko związane z bezpieczeństwem pracy i zdrowiem pracowników, a także notuje się więcej wypadków przy pracy oraz chorób zawodowych. W małych przedsiębiorstwach środowisko pracy, jego wymiar ergonomiczny, fizyczny i chemiczny stwarza więcej zagrożeń. Jednakże często nie są one odpowiednio rozpoznawane, a w konsekwencji ich skutki w postaci chorób zawodowych lub odniesionych przy pracy urazów nie są ujmowane w sprawozdawczości. Małe przedsiębiorstwa mają niewielkie możliwości w zakresie finansowania własnych działań w obszarze ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy

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

Z upoważnienia Prezesa

ZASTĘPCA PREZESA

Anna Kowalczuk

/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. 2024 poz. 146 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu OT.431.97.2024 o programie polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego” realizowany przez: Województwo Małopolskie oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 14/2025 z dnia 20 stycznia 2025 roku o projekcie programu „Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego” realizowany przez: Województwo Małopolskie.