The WHO Regional Office for Europe

The World Health Organization (WHO) is a specialized agency of the United Nations created in 1948 with the primary responsibility for international health matters and public health. The WHO Regional Office for Europe is one of six regional offices throughout the world, each with its own programme geared to the particular health conditions of the countries it serves

Member States

Albania
Andorra
Armenia
Austria
Azerbaijan
Belarus
Belgium
Bosnia and Herzegovina
Bulgaria
Croatia
Cyprus
Czech Republic
Denmark
Estonia
Finland
France
Georgia
Germany
Greece
Hungary
Iceland
Ireland
Israel
Italy
Kazakhstan
Kyrgyzstan
Latvia
Lithuania
Luxembourg
Malta
Monaco
Montenegro
Netherlands
Norway
Poland
Portugal
Republic of Moldova
Romania
Russian Federation
San Marino
Serbia
Slovakia
Slovenia
Spain
Sweden
Switzerland
Tajikistan
The former Yugoslav Republic of Macedonia
Turkey
Turkmenistan
Ukraine
United Kingdom
Uzbekistan

Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce

Niniejszy raport przedstawia analizę obecnej sytuacji oraz zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej organów rządu nad działaniami związanymi z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy prowadzonymi w ramach systemu ochrony zdrowia pracujących.

Przedstawione informacje zostały przekazane ekspertom WHO podczas misji, która odbyła się we wrześniu 2010 roku, przez interesariuszy zaangażowanych w promocję zdrowia w miejscu pracy w Polsce. W kwietniu 2011 roku omówiono – wraz interesariuszami – wyniki analizy i sformułowano wstępne zalecenia. Przeprowadzone dotychczas badania wykazały, że programy promocji zdrowia w miejscu pracy są bardziej skuteczne i przynoszą trwalsze efekty, jeżeli stanowią integralną część systemu ochrony zdrowia pracujących oraz ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego uznanie ochrony zdrowia pracujących jako istotnej dziedziny zdrowia publicznego jest niezmiernie istotne dla poprawy promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce i wymaga zaangażowania Ministerstwa Zdrowia. Ważną rolę odgrywa również wielosektorowa, szeroko zakrojona współpraca między Ministerstwem Zdrowia a pozostałymi interesariuszami zajmującymi się ochroną zdrowia pracujących i promocją zdrowia w miejscu pracy (np. Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Państwową Inspekcją Pracy, sektorem ochrony zdrowia, instytutami badawczymi, stowarzyszeniami zawodowymi oraz partnerami społecznymi reprezentującymi pracodawców i pracobiorców). Proponuje się, aby w ramach reformy polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących odejść od mającej pewne ograniczenia koncepcji „medycyny pracy", która koncentruje się na badaniach zdrowotnych i wprowadzić bardziej kompleksową koncepcję „systemu ochrony zdrowia pracujących", której głównym zadaniem byłaby profilaktyka i promocja zdrowia, jak również opieka zdrowotna.

W tym celu zaleca się powołanie przez Ministerstwo Zdrowia specjalnej jednostki do spraw ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy oraz organizację corocznej konferencji poświęconej zagadnieniom dotyczącym funkcjonowania nowoczesnego systemu ochrony zdrowia pracujących, w której uczestniczyliby działający w tej dziedzinie interesariusze z całego kraju.

WORLD HEALTH ORGANIZATION
REGIONAL OFFICE FOR EUROPE
Scherfigsvej 8, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Tel.: +45 39 17 17 17. Fax: +45 39 17 18 18. E-mail: contact@euro.who.int
Web site: www.euro.who.int

Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce

World Health Organization
REGIONAL OFFICE FOR Europe

Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce

Jorma Rantanen, 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

Jorma Rantanen i Rokho Kim

Abstrakt

Niniejszy raport przedstawia analizę obecnej sytuacji oraz zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej organów rządu nad działaniami związanymi z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy prowadzonymi w ramach systemu ochrony zdrowia pracujących.

Przedstawione informacje zostały przekazane ekspertom WHO podczas misji, która odbyła się we wrześniu 2010 roku, przez interesariuszy zaangażowanych w promocję zdrowia w miejscu pracy w Polsce. W kwietniu 2011 roku omówiono – wraz interesariuszami – wyniki analizy i sformułowano wstępne zalecenia. Przeprowadzone dotychczas badania wykazały, że programy promocji zdrowia w miejscu pracy są bardziej skuteczne i przynoszą trwalsze efekty, jeżeli stanowią integralną część systemu ochrony zdrowia pracujących oraz ogólnego systemu opieki zdrowotnej. Dlatego uznanie ochrony zdrowia pracujących jako istotnej dziedziny zdrowia publicznego jest niezmiernie istotne dla poprawy promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce i wymaga zaangażowania Ministerstwa Zdrowia. Ważną rolę odgrywa również wielosektorowa, szeroko zakrojona współpraca między Ministerstwem Zdrowia a pozostałymi interesariuszami zajmującymi się ochroną zdrowia pracujących i promocją zdrowia w miejscu pracy (np. Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Państwową Inspekcją Pracy, sektorem ochrony zdrowia, instytutami badawczymi, stowarzyszeniami zawodowymi oraz partnerami społecznymi reprezentującymi pracodawców i pracobiorców). Proponuje się, aby w ramach reformy polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących odejść od mającej pewne ograniczenia koncepcji „medycyny pracy", która koncentruje się na badaniach zdrowotnych i wprowadzić bardziej kompleksową koncepcję „systemu ochrony zdrowia pracujących", której głównym zadaniem byłaby profilaktyka i promocja zdrowia, jak również opieka zdrowotna.

W tym celu zaleca się powołanie przez Ministerstwo Zdrowia specjalnej jednostki do spraw ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy oraz organizację corocznej konferencji poświęconej zagadnieniom dotyczącym funkcjonowania nowoczesnego systemu ochrony zdrowia pracujących, w której uczestniczyliby działający w tej dziedzinie interesariusze z całego kraju.

Słowa kluczowe

PROMOCJA ZDROWIA W MIEJSCU PRACY
POLITYKA ZDROWIA
SŁUŻBA ZDROWIA PRACUJĄCYCH – organizacja i administracja
OCENA PROGRAMU
WYTYCZNE
POLSKA

Zapytania na temat publikacji proszę kierować do Europejskiego Biuro Regionalnego WHO na adres:
Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark
Można również skorzystać ze strony internetowej w celu uzyskania informacji, elektronicznej wersji książki, zgody na wykorzystanie cytatów lub na tłumaczenie tekstu publikacji:
http://www.euro.who.int/pubrequest

© World Health Organization 2012

Wszystkie prawa zastrzeżone. Europejskie Biuro Światowej Organizacji Zdrowia wymaga zezwolenia lub zgody na tłumaczenie i powielanie całościowe lub częściowe publikacji.

Opisy i materiały wykorzystane dla potrzeb tej publikacji nie reprezentują oficjalnej opinii Światowej Organizacji Zdrowia w sprawach dotyczących statusu prawnego danego państwa, terytorium, miasta lub obszaru czy też jego władz oraz przebiegu granic. Linie kropkowane na mapach pokazują przybliżone granice, które nie są w pełni uznane.

Nadmienienie w tekście nazwy marek, produktów, firm nie oznacza, że są one aprobowane lub rekomendowane przez Światową Organizację Zdrowia ani w żaden sposób faworyzowane w stosunku do innych im podobnych, które nie zostały nadmienione. Nazwy własne produktów pisane są co do zasady wielką literą, z wyjątkiem tych, gdzie popełniono błąd lub które zostały pominięte.

Światowa Organizacja Zdrowia podjęła wszelkie racjonalne kroki w celu zweryfikowania informacji zawartych w niniejszej publikacji, jednakże nie udziela żadnych gwarancji w stosunku do publikowanego materiału. Odpowiedzialność za interpretację i wykorzystanie podanych informacji spoczywa na odbiorcy. Światowa Organizacja Zdrowia nie ponosi odpowiedzialności za jakiekolwiek szkody powstałe w związku z wykorzystaniem niniejszej publikacji. Poglądy wyrażone przez autorów, redaktorów i ekspertów niekoniecznie reprezentują decyzje lub politykę Światowej Organizacji Zdrowia.

Europejskie Centrum ds. Środowiska i Zdrowia WHO, Biuro w Bonn, Europejskie Biuro Regionalne koordynowało opracowywanie niniejszego dokumentu WHO przy wsparciu polskiego Biura Krajowego WHO w Warszawie. Projekt okładki autorstwa Jisun Kim.

Spis treści

ABSTRAKT 2
WSPÓŁPRACA I PODZIĘKOWANIA 6
WYKAZ AKRONIMÓW I SKRÓTÓW 7
PRZEDMOWA 8
KONSPEKT 10
WNIOSKI 10
ZALECENIA 11
1. WPROWADZENIE 13
2. WYZWANIA ZWIĄZANE Z PROMOCJĄ ZDROWIA W MIEJSCU PRACY W OBECNYCH UWARUNKOWANIACH ŻYCIA ZAWODOWEGO 13
3. UWAGI TEORETYCZNE 16
4. POLITYKA WHO W ZAKRESIE PROMOCJI ZDROWIA 17
5. EUROPEJSKA SIEĆ PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY (ENWHP) 17
6. KLUCZOWE UWARUNKOWANIA PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY 19
7. KLUCZOWE PODMIOTY PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY 21
8. POLSKI PROFIL ZATRUDNIENIA 25
9. SYTUACJA OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH 26
10. ZAPLECZE INSTYTUCJONALNE PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY 28
11. INTEGRACJA PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY I OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH 32
12. NARODOWY PROGRAM ZDROWIA 2007-2015 37
13. WNIOSKI DOTYCZĄCE OBECNEGO SYSTEMU PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY I OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH 38
14. ZALECENIA DOTYCZĄCE ZINTEGROWANEGO ROZWOJU OCHRONY ZDROWIA PRACUJĄCYCH I PROMOCJI ZDROWIA W MIEJSCU PRACY W POLSCE 42
ZAŁĄCZNIK: MATERIAŁY ŹRÓDŁOWE 46

Współpraca i podziękowania

Autorzy

Jorma Rantanen, profesor emeritus i przewodniczący Rady Uniwersytetu Jyväskylä w Finlandii oraz były przewodniczący Międzynarodowej Komisji Zdrowia w Środowisku Pracy (ICOH);
Rokho Kim, pracownik naukowy, specjalista w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących z Europejskiego Centrum WHO ds. Środowiska i Zdrowia w Bonn w Niemczech.

Współpracownicy

Ministerstwo Zdrowia, Departament Zdrowia Publicznego, Warszawa, Polska
dr Wojciech Kłosiński
Anna Pietruszka
Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, Polska
dr med. Wojciech Hanke
dr med. Marek Jakubowski
dr Jerzy A. Kopias
dr Elżbieta Korzeniowska
dr Krzysztof Puchalski
dr Stanisław Tarkowski
Jolanta Walusiak-Skorupa
Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP-PIB), Warszawa, Polska
dr med. Danuta Koradecka
dr Dorota Żołnierczyk-Zreda
dr med. Joanna Bugajska
mgr inż. Alfred Brzozowski
Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych (OPZZ), Warszawa, Polska
Wiesława Taranowska
Jarosław Czarnowski
Państwowa Inspekcja Pracy (PIP), Warszawa, Polska
Grzegorz Łyjak
Krzysztof Kowalik
Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych Lewiatan, Warszawa, Polska
Anna Karaszewska
Światowa Organizacja Zdrowia, Biuro Krajowe, Warszawa, Polska
dr Paulina Miśkiewicz
Anna Kozieł

Podziękowania

Autorzy pragną podziękować następującym osobom za wkład wniesiony w realizację misji i przygotowanie raportu:
dr med. Paulinie Miśkiewicz, dyrektorowi Biura Krajowego WHO w Warszawie;
pani Annie Kozieł, specjaliście z Biura Krajowego WHO w Warszawie;
dr med. Danucie Koradeckiej, dyrektorowi generalnemu Centralnego Instytutu Ochrony Pracy w Warszawie;
dr med. Konradowi Rydzyńskiemu, dyrektorowi Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi;
panu Jin-Won Noh z Eulji University w Seongnam w Korei.

Wykaz akronimów i skrótów

BOHS	System podstawowej ochrony zdrowia pracujących
CIOP-PIB	Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
POCHP	Przewlekła obturacyjna choroba płuc
UE	Unia Europejska
ENWHP	Europejska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy
ICOH	Międzynarodowa Komisja Zdrowia w Środowisku Pracy
MOP (ILO)	Międzynarodowa Organizacja Pracy
MZ	Ministerstwo Zdrowia
MPiPS	Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej
IMP	Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera
PIP	Państwowa Inspekcja Pracy
PEROSH	Partnerstwo na rzecz Badań Europejskich w Dziedzinie Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy
SWOT	Analiza słabych i mocnych stron, możliwości i zagrożeń
ONZ	Organizacja Narodów Zjednoczonych
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia

Przedmowa

Jeżeli połączymy siły, zwalczając choroby niezakaźne, możemy zdziałać znacznie więcej, możemy nie tylko leczyć poszczególnych pacjentów, ale stanąć na straży naszej przyszłości.

Ban Ki-Moon, sekretarz generalny ONZ

Inwestycje w profilaktykę i poprawę zwalczania chorób niezakaźnych zmniejszą liczbę przedwczesnych zgonów, poprawią wskaźniki zachorowalności i nabytej niepełnosprawności oraz podniosą jakość życia i dobrostan wielu ludzi i społeczeństw. W europejskim regionie WHO aż 86% zgonów i 77% obciążenia chorobami spowodowanych jest przez schorzenia należące do tej grupy.

Stawiając czoła regionalnym i ogólnoświatowym wyzwaniom, jakie niosą ze sobą choroby niezakaźne, podczas Pierwszej Światowej Konferencji Ministerialnej nt. Zdrowego Stylu Życia i Zwalczania Chorób Niezakaźnych, która odbyła się w Moskwie w kwietniu 2011 roku, przyjęto deklarację moskiewską, a podczas posiedzenia sześćdziesiątej pierwszej sesji Regionalnej Komisji Europejskiego Biura Regionalnego WHO, która miała miejsce w Baku we wrześniu 2011 roku, przyjęto plan działania dla wdrożenia Europejskiej Strategii Profilaktyki i Zwalczania Chorób Niezakaźnych na lata 2012-2016. Podczas sesji w Nowym Jorku we wrześniu 2011 roku Zgromadzenie Ogólne NZ przyjęło raport sekretarza generalnego ONZ, pana Ban Ki-Moona, *Profilaktyka i zwalczanie chorób niezakaźnych*, zawierający konkretne zalecenia dla państw członkowskich, sektora prywatnego, społeczeństwa obywatelskiego, agend Narodów Zjednoczonych oraz organizacji międzynarodowych.

Pracownicy stanowią połowę ludności i wnoszą istotny wkład w rozwój społeczny i gospodarczy świata. Około 400 milionów europejskich pracowników pracuje w bardzo zróżnicowanych warunkach, a wykonywana przez nich praca ma pozytywne i negatywne skutki dla ich zdrowia i dobrostanu. Niestety, w regionie europejskim ponad 300 tys. osób umiera corocznie z powodu różnych chorób związanych z pracą (nie licząc zgonów spowodowanych odniesionymi obrażeniami), z których większość stanowią choroby niezakaźne. Czynniki narażenia występujące w przypadku tych chorób są niezależne od pracowników, a można je ograniczać, podejmując zorganizowane działania w skali społecznej i w ramach przedsiębiorstw.

Zakłady pracy są istotnym miejscem realizacji programów promocji zdrowia ukierunkowanych na profilaktykę i zwalczanie chorób niezakaźnych. Promocja zdrowia w miejscu pracy, opracowana i wdrożona w formie kompleksowej inicjatywy na rzecz zdrowego miejsca pracy, skutecznie ogranicza czynniki narażenia na choroby niezakaźne, odnosząc się do braku aktywności fizycznej, niezdrowych nawyków żywieniowych, palenia papierosów i picia alkoholu w miejscu pracy oraz psychospołecznych czynników narażenia i angażując zarówno pracowników, jak i kierownictwo.

Niniejszy raport przedstawia analizę obecnej sytuacji oraz zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej organów rządu nad działaniami związanymi z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. Na podstawie zebranych dowodów wskazuje decydentom i interesariuszom możliwości pozycjonowania promocji zdrowia w miejscu pracy jako integralnej części powszechnego systemu ochrony zdrowia.

W imieniu WHO pragniemy podziękować profesorowi Jormie Rantanenowi i ekspertom krajowym, którzy przyczynili się do powstania raportu. Mamy nadzieję, że okaże się on cennym materiałem dla podmiotów kształtujących politykę i interesariuszy oraz posłuży do wzmocnienia promocji zdrowia w miejscu pracy i systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce. Jesteśmy przekonani, że wnioski i zalecenia sformułowane w raporcie będą przydatne dla innych krajów, które stoją w obliczu podobnych wyzwań. WHO będzie nadal zachęcać wszystkie państwa do podejmowania odpowiednich działań w zakresie kształtowania polityki i współpracy międzysektorowej niezbędnej dla zapewnienia efektywnej i skutecznej promocji zdrowia w miejscu pracy dla wszystkich pracowników.

dr Guénaël R. M. Rodier
Dyrektor Wydziału Chorób Zakaźnych w Departamencie Bezpieczeństwa Zdrowia i Środowiska,
Europejskie Biuro Regionalne WHO

Konspekt

Na prośbę Ministerstwa Zdrowia RP Europejskie Biuro Regionalne WHO oraz Biuro WHO w Polsce uzgodniły z Ministerstwem Zdrowia (MZ) realizację zadania obejmującego przeprowadzenie analizy i przygotowanie zaleceń dotyczących wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej MZ nad działaniami w zakresie poprawy promocji zdrowia w miejscu pracy, przewidzianymi w dwuletniej umowie o współpracy na lata 2010-2012 (BCA 2010-2012).

Niniejszy raport powstał w oparciu o materiał zebrany podczas spotkań i rozmów z kluczowymi polskimi przedstawicielami pełniącymi aktywną rolę w obszarze administracji oraz planowania i wdrażania promocji zdrowia w miejscu pracy, odbytych podczas misji pracowników i konsultantów WHO we wrześniu 2010 r. Podstawę raportu stanowiły obserwacje, dyskusje, analiza SWOT i wnioski z odbytej misji, analiza odpowiednich międzynarodowych i polskich dokumentów oraz piśmiennictwa poświęconego promocji zdrowia w miejscu pracy, jak również analiza trendów promocji zdrowia w Europie. Zgodnie z wynikami badań nad skutecznością i trwałością efektów promocji zdrowia w miejscu pracy w raporcie przyjęto holistyczne podejście do zagadnień promocji zdrowia w miejscu pracy, traktując je jako integralną część systemu ochrony zdrowia pracujących oraz krajowej polityki zdrowia. Projekt raportu przedstawiono podczas ogólnokrajowych warsztatów w kwietniu 2011 r. W raporcie uwzględniono uwagi przedłożone zarówno przed, jak i po zakończeniu warsztatów.

Wnioski

Główne wnioski dotyczące obecnego systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce:

- W Polsce spełniono kilka podstawowych wymogów niezbędnych dla rozszerzenia i rozwoju promocji zdrowia w miejscu pracy, ale podejście do ochrony zdrowia pracujących nie jest wystarczająco silnie zaznaczone w Narodowym Programie Zdrowia.
- Dobrze zorganizowana i powszechnie wdrożona służba zdrowia pracujących, obejmująca promocję zdrowia w miejscu pracy, może w znaczący sposób przyczynić się do osiągnięcia ogólnych celów zdrowotnych populacji.
- Polska posiada wysokie kompetencje i dobrze rozwinięte zaplecze do promocji zdrowia w miejscu pracy w postaci Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera oraz Centralnego Instytutu Ochrony Pracy.
- Dla wprowadzenia trwałych rozwiązań i działań w zakresie systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy niezbędne są zarówno kompetencje, jak i powszechnie dostępna infrastruktura. Zdolności operacyjne i warunki działania oraz kompetencje funkcjonującej w obecnym kształcie w Polsce służby zdrowia pracujących nie są optymalne dla wdrożenia ogólnokrajowych, kompleksowych programów ochrony zdrowia pracujących.
- Interesariusze zgadzają się, że istnieje pilna potrzeba przygotowania narodowej strategii i programu ochrony zdrowia pracujących, które obejmowałyby elementy promocji zdrowia w miejscu pracy, oraz podjęcia działań prawnych i regulacyjnych niezbędnych dla dalszego rozwoju systemu.
- Badania dowodzą, że prowadzenie odrębnych działań promocji zdrowia w miejscu pracy nie stanowi optymalnej metody wdrożenia. Skuteczne wdrożenia opisane w raportach badawczych zdecydowanie przemawiają za zintegrowaniem promocji zdrowia w miejscu pracy z ogólnymi strategiami realizowanymi w miejscu pracy oraz za wdrażaniem promocji zdrowia jako jednego z „normalnych” działań przy wsparciu ze strony służby zdrowia pracujących i innych zasobów dostępnych w zakładzie pracy.

- Podobnie mało skuteczne okazało się ukierunkowanie promocji zdrowia w miejscu pracy na indywidualne aspekty behawioralne grupy docelowej, podczas gdy efektywne okazuje się kompleksowe, wielodyscyplinarne podejście uwzględniające wykonywaną pracę, środowisko i organizację pracy oraz szereg czynników dotyczących pracownika.
- Efekty działań podejmowanych w formie projektów i kampanii będą prawdopodobnie mniej trwałe niż włączenie promocji zdrowia w miejscu pracy jako integralnej części do stale działającego systemu ochrony zdrowia pracujących.
- Interesariusze i specjaliści medycy pracy dostrzegają potrzebę podniesienia kompetencji, poprawienia orientacji i systemu realizacji świadczeń, warunków działania, finansowania oraz modelu realizacji świadczeń w polskim systemie ochrony zdrowia pracujących, zwłaszcza w perspektywie upowszechnienia promocji zdrowia w miejscu pracy w polskich zakładach pracy.
- Stwierdzono potrzebę przeprowadzenia reformy programów szkolenia specjalistów medycyny pracy (lekarzy i pielęgniarek) oraz innych, wielodyscyplinarnych zasobów w celu przygotowania ich do wdrażania kompleksowego programu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. Nowe programy kształcenia powinny skupiać się na profilaktyce i promocji zdrowia pracujących, zdolności do pracy oraz na kształtowaniu środowiska i warunków pracy w sposób bardziej sprzyjający zdrowiu.
- Dla rozwoju systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy, jako zasadniczej części ogólnej polityki zdrowotnej realizowanej w Polsce, niezbędne jest wzmocnienie przywódczej roli Ministerstwa Zdrowia w kontekście ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. W ramach tego przywództwa konieczna jest bliska współpraca ze wszystkimi kluczowymi interesariuszami w zakresie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce – czyli z Ministerstwem Pracy i Polityki Społecznej, Państwową Inspekcją Pracy, sektorem ochrony zdrowia, instytutami badawczymi, stowarzyszeniami branżowymi oraz partnerami społecznymi, pracodawcami i pracobiorcami.

Zalecenia

W ramach przeprowadzonej konsultacji sformułowano następujące zalecenia służące dalszemu rozwojowi polskiego systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy:

- 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 Konwencją MOP Nr 161 (którą Polska ratyfikowała) 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 przekazanym 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, inną 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 oraz zdrowego stylu życiu, badania lekarskie, ocenę i promocję 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 (np. model dużych przedsiębiorstw i model podstawowej opieki zdrowotnej). 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.
- Zaleca się organizację corocznej ogólnokrajowej konferencji poświęconej zagadnieniom nowoczesnego systemu ochrony zdrowia pracujących, umożliwiającej omówienie międzynarodowych doświadczeń w zakresie rozwoju systemu ochrony zdrowia pracujących. W niedalekiej przyszłości zaleca się zorganizowanie tego typu spotkania na szczeblu europejskim.

1. Wprowadzenie

Na prośbę Ministerstwa Zdrowia RP Europejskie Biuro Regionalne WHO oraz Krajowe Biuro WHO w Polsce uzgodniły z Ministerstwem Zdrowia (MZ) realizację zadania obejmującego przeprowadzenie analizy i przygotowanie zaleceń dotyczących wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej MZ nad działaniami w zakresie poprawy promocji zdrowia w miejscu pracy, przewidzianego w dwuletniej umowie o współpracy między WHO a Polską na lata 2010-2011 (1).

Realizując powierzone zadanie, prof. Jorma Rantanen, międzynarodowy konsultant, i dr Rokho Kim, pracownik naukowy i specjalista ds. ochrony zdrowia pracujących, odbyli w dniach 8-11 września 2010 r. wizyty w Warszawie i w Łodzi. Spotkali się z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia i z kluczowymi interesariuszami zaangażowanymi w promocję zdrowia w miejscu pracy. Celem ich misji było dokonanie analizy obecnej sytuacji i opracowanie zaleceń dotyczących przyszłego rozwoju promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce.

Niniejszy raport powstał w oparciu o materiał zebrany podczas spotkań i rozmów z kluczowymi przedstawicielami polskich interesariuszy zajmujących się administracją, planowaniem i wdrażaniem promocji zdrowia w miejscu pracy. Wcześniej opracowana została ankieta zawierająca pytania dotyczące sprawowania nadzoru, mobilizacji i pozyskiwania zasobów, realizacji świadczeń, finansowania oraz międzynarodowego i unijnego wymiaru promocji zdrowia w miejscu pracy, a także zainteresowania interesariuszy uczestnictwem w dalszych działaniach związanych z rozwojem promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. Odpowiednie części ankiety wykorzystywane były podczas wywiadów prowadzonych z poszczególnymi interesariuszami (2).

Oprócz obserwacji zebranych podczas misji konsultant WHO dokonał przeglądu odpowiedniej dokumentacji i piśmiennictwa na temat promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce i Europie w celu przygotowania analizy sytuacyjnej i zaleceń przedstawionych w niniejszym raporcie. Projekt raportu przedstawiono i omówiono z interesariuszami podczas warsztatów zorganizowanych w Warszawie przez Ministerstwo Zdrowia i Biuro Krajowe WHO w dniu 19 kwietnia 2011 r. W raporcie uwzględniono uwagi interesariuszy przedłożone zarówno przed, jak i po zakończeniu warsztatów.

2. Wyzwania związane z promocją zdrowia w miejscu pracy w obecnych uwarunkowaniach życia zawodowego

Obecnie prawie wszystkie aspekty życia zawodowego podlegają dynamicznym zmianom w związku z globalizacją gospodarek światowych, narastającymi zawirowaniami gospodarczymi i powracającymi falami kryzysu finansowego. Na skutek ostrej konkurencji i wymogów zwiększania wydajności oraz wprowadzania nowych technologii pracownicy przez cały czas odczuwają presję związaną z nieustannie wprowadzanymi zmianami. Nowe sposoby organizacji pracy - rosnąca mobilność pracowników, niestabilność umów o pracę, brak bezpieczeństwa zatrudnienia w powiązaniu z wysokimi wskaźnikami bezrobocia, zmianami demograficznymi (w tym z procesem starzenia się populacji pracujących), fragmentaryzacją zakładów pracy, zmniejszaniem skali produkcji oraz zlecaniem prac zewnętrznym wykonawcom (tak zwany outsourcing), nowymi metodami zarządzania i nową kulturą biznesu - oznaczają stałe zmiany. Globalny trend wskazuje na dalszą fragmentaryzację przedsiębiorstw i powstawanie coraz mniejszych jednostek, mikroprzedsiębiorstw, a także firm jednoosobowych (3, 4, 5).

W państwach Europy Wschodniej, które przechodziły proces transformacji, doszło do reorganizacji i prywatyzacji dużych państwowych kombinatów. Jednocześnie nastąpiło rozdrobnienie jednostek produkcyjnych, rozwinął się outsourcing i zaobserwowano redukcję zakładów usługowych. W tym

samym czasie dynamicznie rosła liczba osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą i mikroprzedsiębiorstwa. Na ogół tego typu przekształcenia powodują zepchnięcie na dalszy plan zagadnień ochrony zdrowia pracujących oraz programów uwzględniających wymiar społeczny życia zawodowego.

Wyniki badań dowodzą, 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 stwarzają 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 (4, 5, 6, 7, 8).

W wielu państwach UE, w tym w Polsce, wzrasta wiek osób pracujących, a co więcej – zjawisko to postępuje szybciej w Europie niż w Azji czy w obu Amerykach. Średni wiek populacji osób pracujących w Europie przyrasta w tempie 2 lat w ciągu dziesięciolecia. Oznacza to wyższą zapadalność na choroby przewlekłe, mniejszą zdolność do pracy i większą potrzebę interwencji w obszarze ochrony zdrowia pracujących. Młodsze grupy wiekowe są na ogół mniej liczne, a przyrost ludności jest zerowy lub ujemny, co spowoduje niedobory siły roboczej. Politycy UE obawiają się, że budżety państw i programy zabezpieczenia społecznego nie zdołają udźwignąć takich obciążeń. Jednocześnie w wielu krajach UE coraz większego znaczenia nabiera polityka w zakresie obniżenia absencji chorobowej, ograniczenia występowania chorób zawodowych i związanych z pracą urazów, a także niezdolności do pracy. W całej Europie konieczne jest wydłużenie okresu aktywności zawodowej. Wspomniane trendy wyznaczają potrzebę wzmocnienia ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w celu zapobiegania niepotrzebnej utracie zdolności do pracy oraz umożliwienia wydłużenia okresu aktywności zawodowej powyżej obecnie obowiązującego wieku emerytalnego (9, 10, 11).

W europejskich zakładach pracy nadal pozostaje wiele do zrobienia w zakresie profilaktyki i zwalczania tradycyjnych zagrożeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pracy. Narażenie na działanie szkodliwych dla zdrowia czynników w miejscu pracy stanowi jeden z 10 najważniejszych czynników ryzyka wpływających na obciążenie chorobami w Europie. W tym regionie co roku około 300 tys. osób umiera z powodu chorób zawodowych, a 27 tys. w wyniku urazów odniesionych w związku z wykonywaną pracą. Straty spowodowane przez choroby zawodowe i urazy przy pracy szacowane są na ok. 4-5% PKB. Wskaźniki zachorowalności i umieralności są w poszczególnych krajach bardzo zróżnicowane, co w dużej mierze spowodowane jest różnicami w systemach sprawozdawczości. Niemniej wiadomo, że liczba zagrożeń i czynników ryzyka w miejscu pracy oraz chorób zawodowych jest znacznie wyższa w państwach przechodzących transformację gospodarczą niż w starych państwach członkowskich UE. Należy podjąć działania w celu pełnego wdrożenia uchwały WHA60.26 Światowego Zgromadzenia Zdrowia, która kładzie nacisk na możliwości łączenia ochrony zdrowia przed zagrożeniami związanymi z pracą z promocją zdrowia w miejscu pracy (7, 12, 13).

Opisane powyżej zmiany niekorzystnie wpływają na warunki ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. Działania w obszarze promocji zdrowia potrzebne są obecnie bardziej niż kiedykolwiek wcześniej, lecz jednocześnie często wymaga się przedstawienia dowodów na to, że mają pozytywne oddziaływanie na stan zdrowia pracowników, a co za tym idzie – na wydajność przedsiębiorstw. W czasie gdy wzrasta zapotrzebowanie na programy promocji zdrowia w miejscu pracy, nowe trendy w sferze życia zawodowego sprawiają, że wdrożenie tych programów staje się coraz trudniejsze. Przykładowo: większość pozytywnych wyników wdrożenia programów promocji zdrowia w miejscu pracy uzyskano w dużych firmach zatrudniających ponad 500 pracowników, podczas gdy 90% przedsiębiorstw działających we wszystkich krajach zatrudnia

poniżej 50 pracowników (6, 13, 14). Dotarcie do zakładów pracy, zwłaszcza tych najmniejszych, jest dużym wyzwaniem. Poza tym metody wykorzystywane w przypadku małych przedsiębiorstw z pewnością muszą być inne niż te stosowane w programach kierowanych do dużych firm. W małych przedsiębiorstwach brakuje zasobów takich jak komisje BHP czy narzędzia do rozwoju zasobów ludzkich, istotnych dla realizacji programu promocji zdrowia w miejscu pracy i uzyskania jego trwałych efektów. Co więcej, w najmniejszych firmach nie ma nawet przedstawiciela pracowników ds. BHP. Rotacja zarówno pracowników, jak i też samych firm jest wyższa w przypadku małych przedsiębiorstw niż dużych firm, co prawdopodobnie niekorzystnie odbija się na trwałości efektów programów promocji zdrowia w miejscu pracy, jeżeli są one prowadzone.

W sektorze małych przedsiębiorstw i osób prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą potrzebne są z pewnością zasoby zewnętrzne, a w większości przypadków – zewnętrzne finansowanie ze źródeł publicznych. Niektóre z modeli działań Międzynarodowej Organizacji Pracy, takie jak WISE i WIND, dały pozytywne rezultaty przy zastosowaniu sektorowych lub szeroko zakrojonych interwencji grupowych adresowanych do małych przedsiębiorstw (15, 16).

3. Uwagi teoretyczne

Istnieje wiele profesjonalnych i naukowych publikacji na temat promocji zdrowia w miejscu pracy, których w tym raporcie nie możemy szeroko przedstawić. Zamieszczamy wykaz dostępnych materiałów, z których można zaczerpnąć więcej informacji. W tabeli 1 wymieniono najczęściej stosowane teorie bez podawania szczegółowych opisów.

Tabela 1. Przykłady podejść teoretycznych stosowanych w promocji zdrowia

Teoria	**Przykłady**
Teorie indywidualne	model przekonań zdrowotnych teoria autowaloryzacji teoria zachowania zasobów teoria samostanowienia teoria uzasadnionego działania i teoria planowanego działania transteoretyczny model zmiany zachowań
Teorie grupowe	teoria społeczno-poznawcza
Teorie społeczne	teoria organizacji społeczeństwa rozwój zasobów społeczności
Teorie komunikacji	teoria dyfuzji innowacji teoria kompetencji zdrowotnych model zmiany zachowań zdrowotnych poprzez komunikację teoria marketingu społecznego
Teorie organizacyjne	teorie zmiany organizacyjnej modele działania międzysektorowego
Podejście ekologiczne	teoria społecznego działania płeć i władza teoria domeny interaktywnej
Teorie determinizmu społecznego	społeczne determinanty zdrowia podejście siedliskowe

Źródło: Green, J. (2000); Nutbeam, D., Harris, E. (1998); US National Cancer Institute (2005). US National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH (2008); Terris M. (1992).

Początkowo promocję zdrowia rozpoczęto od indywidualnych działań ukierunkowanych na zachowania, co wynikało z przekonania, że zachowanie zdrowotne jest skutkiem wyboru dokonywanego przez daną osobę, a wybór ten zależy od jej zainteresowań, wiedzy i wartości, jaką przypisuje zdrowiu. W ramach WHO wypracowano bardziej kompleksowe podejścia i filozofię promocji zdrowia, uwzględniające, oprócz indywidualnego wyboru jednostki, czynniki środowiskowe i zakładu pracy, warunki pracy, uwarunkowania społeczne i społeczne determinanty zdrowia. Determinanty pochodzą z wielu źródeł, poczynając od globalnych polityk i gospodarek, a kończąc na strukturalnych, kulturowych, zarządczych i organizacyjnych aspektach miejsca pracy. Dobór stosowanych teorii i modeli promocji zdrowia w miejscu pracy zależy od charakteru programu i tego, na jakim poziomie jest wdrażany. Wyniki badań ewaluacyjnych i metaanaliz przemawiają za wykorzystywaniem w poszczególnych zakładach pracy wielu teorii i łączeniem podejść indywidualnych, grupowych, organizacyjnych i ekologicznych, przy jednoczesnym uwzględnieniu specyfiki i potrzeb danego miejsca pracy oraz traktowaniu promocji zdrowia w miejscu pracy jako integralnej części systemu ochrony zdrowia pracujących (22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32). Najnowsze trendy wskazują, że w programach realizowanych na poziomie

polityki, systemów czy społeczności najbardziej skuteczne jest zastosowanie kompleksowego modelu łączącego podejście społecznych determinant zdrowia z podejściem siedliskowym.

4. Polityka WHO w zakresie promocji zdrowia

Koncepcja promocji zdrowia powstała w dużej mierze za sprawą WHO, a w szczególności Europejskiego Biura Regionalnego WHO, które rozpoczęło prace nad rozwijaniem polityki WHO w zakresie promocji zdrowia w połowie lat osiemdziesiątych ubiegłego wieku. Inicjatywa ta została upowszechniona na świecie dzięki I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia, którą zorganizowano w Ottawie w Kanadzie w 1986 roku. Od tego czasu WHO, we współpracy z partnerami, zorganizowała łącznie siedem międzynarodowych konferencji. Ostatnia odbyła się w Nairobi w Kenii w 2009 roku, a następna będzie miała miejsce w Helsinkach w Finlandii od 10 do 16 czerwca 2013 roku. Podczas konferencji oceniane jest wdrożenie i efekty zaleceń formułowanych w trakcie wcześniejszych konferencji oraz określane są wytyczne dla przyszłych działań w obszarze promocji zdrowia. W konferencjach biorą udział przedstawiciele i uczestnicy z ponad 100 państw członkowskich, a także specjaliści i przedstawiciele organizacji pozarządowych, co świadczy o tym, jak ważną rolę odgrywa promocja zdrowia w nowoczesnej polityce ochrony zdrowia (33, 34).

Tematy siedmiu międzynarodowych konferencji, przyjęte deklaracje i zalecenia wskazują na bardzo kompleksową wizję promocji zdrowia, która wykorzystuje i uwzględnia większość wymienionych powyżej podejść teoretycznych. Ponadto analizuje i ocenia dotychczasowe doświadczenia, praktykę, podejmowane działania i ich oddziaływanie, przez co stanowi jedną z kluczowych zasad promocji zdrowia, czyli wspólne uczenie się na poziomie globalnym.

W działaniach podejmowanych na rzecz promocji zdrowia Europejskie Biuro Regionalne WHO koncentrowało się w szczególności na promocji zdrowia w miejscu pracy, wprowadzaniu dobrych praktyk i ścisłej współpracy z UE oraz Europejską Siecią Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (ENWHP), która zyskała silne wsparcie UE. Ważną inicjatywą było przeprowadzenie ewaluacji programów promocji zdrowia w miejscu pracy, dzięki której powstała ponad 500-stronicowa publikacja zawierająca ocenę promocji zdrowia w miejscu pracy (26). Kolejnym krokiem było rozszerzenie działań i programów promocji zdrowia w miejscu pracy poza „starą" Europę i objęcie nimi państw przechodzących niedawno proces transformacji społeczno-gospodarczej, która pociągała za sobą szeroko zakrojone reformy zarówno w sektorze zatrudnienia, jak i ochrony zdrowia. Polska odegrała bardzo istotną rolę w procesie rozszerzania zasięgu wspomnianych programów (35, 36).

5. Europejska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (ENWHP)

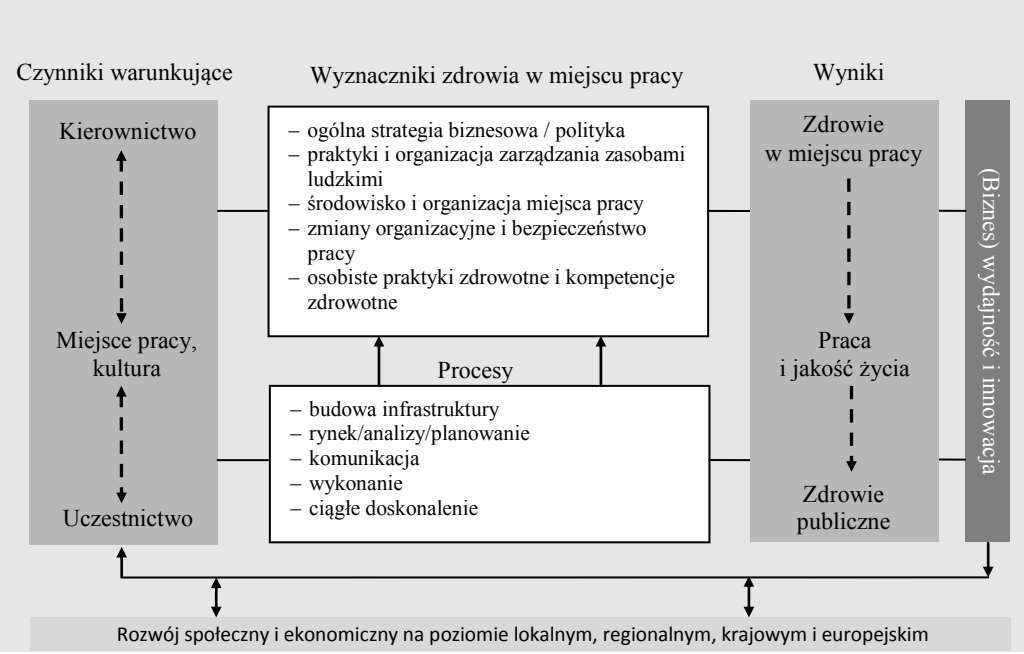
Europejska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy jest nieformalną siecią zrzeszającą krajowe instytuty ochrony zdrowia pracujących i bezpieczeństwa pracy, instytucje działające w obszarze zdrowia publicznego i promocji zdrowia oraz ustawowe instytucje ubezpieczenia społecznego. Sieć powstała w 1996 roku za sprawą grupy wiodących europejskich instytucji zajmujących się promocją zdrowia, ochroną zdrowia i bezpieczeństwem pracy. Upowszechnia dobre praktyki promocji zdrowia w miejscu pracy i jest rzecznikiem ich wdrażania we wszystkich europejskich zakładach pracy. Dotychczas sieć uruchomiła 8 wspólnych inicjatyw dotyczących konkretnych aspektów promocji zdrowia w miejscu pracy, takich jak kryteria jakości, małe przedsiębiorstwa, sektor publiczny, państwa Europy Południowej, infrastruktura, starzenie się społeczeństw, aktywność fizyczna w Europie oraz praca w harmonii z życiem (zdrowie psychiczne). Powołano również specjalną inicjatywę dla rozszerzonej Europy, obejmującą państwa przechodzące proces transformacji, w których promocja zdrowia w miejscu pracy stanowi nową koncepcję. ENWHP

opracowała wytyczne i dobre praktyki kierowane do różnych grup docelowych lub sektorów i pomogła w tworzeniu centralnych punktów kontaktowych oraz infrastruktury promocji zdrowia w miejscu pracy w państwach europejskich, w tym krajowych sieci promocji zdrowia w miejscu pracy (14).

ENWHP opracowała pięć deklaracji przyjętych podczas posiedzeń plenarnych Sieci, określających podstawowy konsensus dotyczący wspólnych celów, wizji i misji (37). Są to:

- deklaracja edynburska o promocji zdrowia i dobrostanie psychicznym w miejscu pracy;
- deklaracja luksemburska o promocji zdrowia w miejscu pracy w Unii Europejskiej;
- oświadczenie lizbońskie o zdrowiu w miejscu pracy w małych i średnich przedsiębiorstwach (MŚP);
- memorandum z Cardiff o promocji zdrowia w miejscu pracy w MŚP;
- deklaracja barcelońska o rozwijaniu w Europie dobrej praktyki zdrowotnej w miejscu pracy.

Dokumenty te, wraz z polityką WHO oraz deklaracjami przyjmowanymi podczas międzynarodowych konferencji promocji zdrowia, stanowią kluczowe, międzynarodowe wytyczne dla rozwoju promocji zdrowia, a deklaracje Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy odgrywają szczególną rolę, ponieważ odnoszą się do promocji zdrowia w miejscu pracy, która w innych międzynarodowych dokumentach dotyczących promocji zdrowia nie jest tak silnie akcentowana.



Rys. 1. Paradygmat ENWHP dla promocji zdrowia w miejscu pracy (38)
Źródło: Breucker G. (2004).

Teoretyczne podejście przyjęte przez ENWHP jest bardzo kompleksowe i obejmuje wszystkie istotne, wymienione powyżej (rys. 1) uwarunkowania. Model ten został już przetestowany w praktyce i sprawdził się podczas realizacji wielu programów i projektów.

Oprócz tradycyjnych indywidualnych oraz behawioralnych aspektów zdrowia model zawiera także aspekty polityczne, społeczne, kulturalne, zarządcze, strukturalne (miejsce pracy) oraz usługowe. Model europejski uwzględnia czynniki warunkujące zdrowie i zdolność do pracy oraz skupia się na poszczególnych zagadnieniach związanych z miejscem pracy (37, 38).

6. Kluczowe uwarunkowania promocji zdrowia w miejscu pracy

Wiele raportów badawczych i ewaluacyjnych dotyczących promocji zdrowia w miejscu pracy oraz opisów przypadków określa kluczowe uwarunkowania skutecznych programów promocji zdrowia w miejscu pracy (18, 20, 29, 30, 31, 32, 39). Najbardziej istotne spośród wielu wskazówek ujętych w raportach i opracowaniach przedstawiono poniżej:

Planowanie programu

- wyraźne określenie i zdefiniowane celów oraz kluczowych kroków w procesie wdrażania programu;
- wykorzystanie kompleksowego paradygmatu uwzględniającego jednostki, grupy, środowisko i organizację pracy;
- zapewnienie odpowiednich zasobów i przyjęcie realistycznych harmonogramów pracy;
- uwzględnienie determinant, zagrożeń występujących w środowisku pracy i zachowań zdrowotnych;
- odniesienie się do charakterystycznych cech zakładu pracy i dostosowanie programu do specyfiki potrzeb zakładu pracy;
- planowanie i przygotowanie ewaluacji programu na podstawie przyjętych miar, wskaźników i kryteriów.

Poziom organizacyjny

- zapewnienie wielopoziomowego wsparcia;
- zaangażowanie partnerów zakładu pracy, pracodawców, pracobiorców i kierownictwa średniego szczebla;
- dostosowanie programu do kultury zakładu pracy i metod pracy, np. pracy zmianowej;
- wprowadzenie systematycznych spotkań i praktyki wymiany informacji ze wszystkimi jednostkami zaangażowanymi w realizację programu.

Wdrożenie

- mobilizacja zasobów własnych zakładu pracy, ustalenie jego zdolności do wniesienia wkładu własnego oraz wykorzystanie kompetencji wielodyscyplinarnych;
- podział i delegowanie zadań i obowiązków;
- nawiązanie kontaktów i wprowadzenie praktyki sprawozdań dla interesariuszy;
- wykorzystanie sprawdzonych, odpowiednich i wykonalnych metod;
- zapewnienie długofalowej trwałości programu.

Zarówno w Europie, jak i w innych regionach rozpoznano liczne czynniki ułatwiające praktyczne wdrożenie programów promocji zdrowia w miejscu pracy. Mogą one mieć decydujący wpływ na skuteczność wdrażanych projektów.

Czynniki ułatwiające realizację programu

- Promocji zdrowia w miejscu pracy poświęcono wiele badań. Powstało dużo opracowań i wytycznych dotyczących zarówno teorii, jak i praktycznych aspektów tego zagadnienia.

- Promocja zdrowia w miejscu pracy traktowana jest jako ważne narzędzie realizacji ogólnej polityki zdrowotnej przez wiele międzynarodowych organizacji (szczególnie WHO, ale również UE).
- Ze względu na zmiany demograficzne i zmiany zachodzące w życiu zawodowym oprócz tradycyjnego podejścia do bezpieczeństwa pracy zorientowanego na zagrożenia (zapobieganie wypadkom przy pracy i chorobom zawodowym), które nadal pozostaje zasadne i ważne, potrzebne są działania w zakresie promocji zdrowia mające na celu przeciwdziałanie i rozwiązywanie problemów dotyczących chorób zawodowych, stresu w pracy, zdolności do pracy, przedwczesnego odchodzenia na emeryturę oraz absencji chorobowej.
- Prowadzone ewaluacje wykazały, że wiele, a prawdopodobnie nawet większość programów promocji zdrowia w miejscu pracy charakteryzuje się słabą podbudową metodologiczną lub wykazuje inne braki. Jednakże coraz więcej dowodów pozyskanych w czasie badań ewaluacyjnych i metaanaliz wskazuje na pozytywne oddziaływanie zdrowotne wielu dobrze zaprojektowanych programów promocji zdrowia w miejscu pracy.
- Badania prowadzone pod kątem ekonomicznej oceny programów wskazują na ich pozytywne efekty ekonomiczne przy istotnym zróżnicowaniu stóp zwrotu z inwestycji i przekonują kadrę zarządzającą przedsiębiorstw o tym, że warto inwestować w programy promocji zdrowia w miejscu pracy.

Przeszkody

Większość piśmiennictwa poświęconego promocji zdrowia nie daje gwarancji skutecznego wdrożenia programów w praktyce. Istnieje luka wdrożeniowa, którą podkreślano podczas międzynarodowych konferencji promocji zdrowia (33, 34). Promocja zdrowia w miejscu pracy nie jest wyjątkiem od tej reguły. Można wyróżnić kilka powodów istnienia luki wdrożeniowej w obszarze programów promocji zdrowia w miejscu pracy:

- niewystarczająca znajomość najczęściej występujących kultur organizacyjnych i realnych warunków funkcjonowania w życiu zawodowym wśród osób planujących programy, która może utrudniać dostęp do zakładów pracy i podważać zaufanie między partnerami;
- niewystarczające kompetencje i wiedza na temat zagrożeń występujących w obszarze ochrony zdrowia pracujących i bezpieczeństwa pracy oraz nieznajomość kluczowych problemów dostrzeganych przez partnerów związanych z miejscem pracy;
- duże zróżnicowanie metod, podejść i modeli bez wystarczającej standaryzacji i walidacji;
- niska efektywność i brak trwałości efektów działań podejmowanych przez zewnętrzne jednostki wdrażające promocję zdrowia w miejscu pracy ze względu na brak ich zakorzenienia w codziennej rzeczywistości zakładów pracy;
- wykorzystywanie modeli zorientowanych tylko na zachowania jednostek i pomijanie pozostałych czynników, takich jak warunki pracy i środowisko pracy;
- posługiwanie się językiem sektora ochrony zdrowia w środowiskach, którym nie jest on znany i które mogą posługiwać się własnym językiem;
- przykładanie zbyt małej wagi do zasady partycypacji, która powinna być naczelną zasadą w realizacji wszystkich działań podejmowanych na rzecz rozwoju zakładu pracy – zainteresowanie przedstawicieli zakładów pracy partycypacją może być niewielkie lub może zanikać w trakcie realizacji programu;
- wdrażanie krótkoterminowych projektów zamiast włączenia programów promocji zdrowia w miejscu pracy w istniejące struktury i działania realizowane w zakładzie pracy, co pozwoliłoby na zapewnienie długofalowej trwałości programu;

- trudności z udowodnieniem efektywności i rzeczywistego oddziaływania projektów i programów poza środowiskiem klinicznym, ponieważ interwencje w miejscu pracy podejmowane są w formie „naturalnych eksperymentów", w przypadku których opracowanie idealnej metodologii badania może okazać się niemożliwe;
- nowoczesne przeszkody w postaci szybko zmieniających się uwarunkowań życia zawodowego, metod pracy, organizacji pracy, upowszechnienia krótkookresowych umów o pracę oraz wysokiej rotacji zarówno pracowników, jak i samych przedsiębiorstw.

Ważne jest rozpoznanie czynników, które mogą ułatwiać lub utrudniać wdrożenie, i uwzględnienie ich na etapie planowania programów promocji zdrowia w miejscu pracy.

7. Kluczowe podmioty promocji zdrowia w miejscu pracy

W ciągu ostatnich lat promocja zdrowia w miejscu pracy cieszy się coraz większym zainteresowaniem jako element polityki zdrowia. Rola organów rządowych w tym obszarze nie była wyraźnie zdefiniowana, zwłaszcza jeśli chodzi o działania na rzecz podniesienia efektywności i długofalowej trwałości programów promocji zdrowia w miejscu pracy. Programy te wprowadzano w zakładach pracy w wymiarze jednostkowym, nie włączając ich do działań w zakresie konwencjonalnej ochrony zdrowia pracujących. Jednakże dowody zebrane podczas licznych badań wskazują, że programy promocji zdrowia w miejscu pracy są bardziej skuteczne i przynoszą długofalowe efekty w przypadku, gdy zostaną zintegrowane z ogólną polityką ochrony zdrowia i bezpieczeństwa.

Promocja ochrony zdrowia w miejscu pracy jako kampania promocji zdrowia

W świecie uprzemysłowionym pojawiło się wiele niekorzystnych trendów w obszarze zdrowia ludności związanych z oddziaływaniem kilku czynników stylu życia zwiększających ryzyko przewlekłych chorób niezakaźnych takich jak cukrzyca typu II, choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu ruchu, zaburzenia związane ze stresem psychicznym (np. depresja), choroby układu oddechowego (np. przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP)) oraz zaburzenia spowodowane nadużywaniem alkoholu i substancji psychoaktywnych. Wiele czynników stylu życia zwiększa ryzyko wystąpienia tego typu chorób i zaburzeń, np. niewłaściwa dieta, spożywanie nadmiernej ilości pokarmów, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, siedzący tryb życia, niezdrowe nawyki snu oraz inne niekorzystne trendy ujawniające się w zachowaniach zdrowotnych.

Zakład pracy stał się istotnym ogniwem promocji zdrowia, ponieważ stanowi kluczowe miejsce dotarcia do osób w wieku produkcyjnym oraz miejsce realizacji interwencji i kampanii w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy na szczeblu grupy, zakładu pracy czy przedsiębiorstwa.

Efektywne i skuteczne programy promocji zdrowia w miejscu pracy prowadzone jako kampanie na rzecz zdrowia mogą pozytywnie oddziaływać na stan zdrowia ludności i stać się elementem działań profilaktycznych podejmowanych w celu przeciwdziałania czynnikom ryzyka, które wiążą się z zapadalnością na najczęściej występujące choroby niezakaźne.

Interwencje w obszarze zdrowia publicznego dotyczące promocji zdrowia w miejscu pracy podejmowane są na ogół przez instytucje rządowe, organizacje zdrowia publicznego, jednostki środowiskowe, organizacje pozarządowe aktywnie działające na rzecz promocji zdrowia oraz pracowników naukowych prowadzących badania w tej dziedzinie. Od strony merytorycznej programy skupiają się głównie na edukacji zdrowotnej i realizowane są w dużej mierze przez specjalistów spoza zakładu pracy. Mocną stroną podejścia zdrowia publicznego jest doświadczenie i kompetencje organizacji zdrowia publicznego w zakresie interwencji zdrowotnych oraz ich

wysokie kompetencje w dziedzinie edukacji i informacji zdrowotnej (22, 23, 29, 40). Ich słabością jest natomiast zewnętrzny charakter podejmowanych interwencji, który ogranicza edukację zdrowotną i metody interwencji, słaba znajomość zakładu pracy, mniejsze doświadczenie i rozpoznanie rzeczywistych warunków zakładu pracy, często nieznajomość zagrożeń dla zdrowia i bezpieczeństwa w zakładzie pracy, jak też sposobu funkcjonowania zakładu i jego załogi. Większość projektów ma ograniczony czas wdrażania i ukierunkowana jest na indywidualnych pracowników lub grupy pracownicze, zamiast odnosić się do całego zakładu pracy, warunków i środowiska pracy oraz organizacji pracy (20, 22, 24, 29, 32). Działania uzgadniane są z kierownictwem firm bez angażowania w ten proces pracowników i ich przedstawicieli, co negatywnie odbija się na ich zainteresowaniu i partycypacji w projekcie. Niektóre raporty odnotowują brak zaufania zakładów pracy do zewnętrznych ekspertów zdrowia publicznego lub innych specjalistów wdrażających promocję zdrowia w miejscu pracy, którzy nie posługują się językiem używanym w zakładach pracy. Trend, który wyłania się z ostatnio wdrażanych programów promocji zdrowia w miejscu pracy, realizowanych zgodnie z podejściem zdrowia publicznego, wskazuje na skuteczność połączenia tradycyjnych metod zorientowanych na jednostkę z szerszym podejściem ukierunkowanym na grupy i całe przedsiębiorstwa oraz silniejsze akcentowanie zasad partycypacji. Zaobserwowane problemy z partycypacją skłaniają do kwestionowania powszechnie stosowanej doktryny dotarcia z programami zdrowia publicznego do populacji osób pracujących poprzez ich zakłady pracy (22, 23, 29).

Promocja zdrowia w miejscu pracy jako element kompleksowego systemu ochrony zdrowia pracujących

Podejście ochrony zdrowia pracujących odnosi się do aspektów życia zawodowego i ochrony zdrowia pracujących, uwzględniając specyfikę zakładu pracy, sektora gospodarki (np. produkcja lub usługi) i parametry firmy takie jak wielkość i organizacja przedsiębiorstwa, rodzaj wykonywanej pracy, środowisko pracy oraz różne wzorce zatrudnienia (np. pracownicy posiadający umowę o pracę a osoby samozatrudniające się lub pracownicy sektora nieformalnego, lub pracownicy posiadający stałą umowę a osoby zatrudnione czasowo). Podejście to zakłada, że główny ciężar realizacji programu spoczywa na zasobach własnych przedsiębiorstwa, ale osoby te wspierane są przez pracowników służby zdrowia pracujących, a także często przez instytuty ochrony zdrowia pracujących. Argumenty przemawiające za włączeniem promocji zdrowia w miejscu pracy do programów ochrony zdrowia pracujących wiążą się z kilkoma nowymi trendami, które obserwowane są w obszarze życia zawodowego i zdrowia pracowników:

- Ze względu na zmiany demograficzne ludność pracująca w krajach uprzemysłowionych szybko się starzeje, a trend ten szczególnie silnie uwidacznia się w Europie. Zjawisko starzenia powoduje rosnące ryzyko występowania chorób niezakaźnych, którym przynajmniej częściowo można zapobiegać, stosując środki i działania z obszaru ochrony zdrowia pracujących.
- Zmniejszająca się z wiekiem zdolność do pracy, krótko- lub długotrwała niepełnosprawność, wczesne przechodzenie na emeryturę i absencja chorobowa powodują obniżenie łącznego wkładu pracy w poszczególnych krajach, które również z powodów demograficznych cierpią na niedobór siły roboczej. Przewiduje się, że trend ten będzie narastał w przyszłości. Z powodu zmniejszającej się liczby osób pracujących i opłacających składki na ubezpieczenia społeczne oraz rosnącej grupy osób korzystających ze świadczeń, rośnie obciążenie systemów emerytalnych i systemów zabezpieczenia społecznego.
- Rośnie liczba dowodów potwierdzających istnienie związku pomiędzy pracą a najważniejszymi chorobami występującymi w populacji, takimi jak choroby układu krążenia, układu ruchu, układu oddechowego, cukrzyca typu II, depresja, choroby skóry i liczne choroby zakaźne (41, 42, 43, 44, 45). Skoro ich występowanie wiąże się w całości lub w części z warunkami pracy i wpływają one w znaczący sposób na zdolność do pracy, to potencjał, jaki niesie ze sobą

profilaktyka polegająca na uregulowaniu czynników przyczynowych występujących w miejscu pracy, może stworzyć nowe możliwości poprawy stanu zdrowia i przyczynić się do zapobiegania zapadalności.

- Wcześniej wspomniano, że część programów promocji zdrowia w miejscu pracy przyniosła korzystne wyniki ekonomiczne, osiągając dodatni wskaźnik korzyści do kosztów. Pozwoliło to przedsiębiorstwom poprawić kontrolę strat, a także zwiększyć wydajność i miało dodatni wpływ na wyniki firm.
- Zmniejszając liczbę utraconych produkcyjnych lat pracy poprzez zapobieganie absencji chorobowej, utracie zdolności do pracy, niepełnosprawności i przedwczesnemu przechodzeniu na emeryturę, promocja zdrowia w miejscu pracy przyczynia się do wydłużenia okresu aktywności zawodowej, wspiera długofalowo działalność przedsiębiorstw i ekonomiczną trwałość programów zabezpieczenia społecznego.

Brytyjczycy i Kanadyjczycy, którzy dokonali krytycznej oceny efektywności działań w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy, wykorzystując jako punkt odniesienia wytyczne dobrych praktyk, podają mniej przekonujące wyniki dotyczące ogólnej efektywności programów promocji zdrowia w miejscu pracy, a w szczególności podejścia zdrowia publicznego (22, 23). Należy jednak zaznaczyć, że tylko mniej więcej jedna czwarta ocenianych przez nich interwencji była wdrażana w odpowiedzi na wyraźnie określone potrzeby pracowników. Zaledwie w kilku przypadkach istniała możliwość zbudowania rzeczywistego partnerstwa. Większość ocenianych programów ukierunkowana była na indywidualne zachowania pracowników.

Tylko nieliczne interwencje dostosowane były do charakteru wykonywanej pracy, ukierunkowane na środowisko, warunki i organizację pracy. Większość przeprowadzonych ewaluacji nie przystawała do promocji zdrowia w miejscu pracy i była nawet mniej odpowiednia dla oceny poprawy warunków pracy. Jednakże wskazano pewne czynniki, które przyczyniają się do sukcesu interwencji. Istnieje spora rozbieżność między dobrą praktyką promocji zdrowia w miejscu pracy a tym, co opisano w piśmiennictwie odnoszącym się do oceny efektywności. Poza tym metody ewaluacji – jeżeli w ogóle ewaluacja jest przeprowadzana – nie zawsze są właściwe, ponieważ analiza nie obejmuje wskaźników dotyczących zakładu pracy. Ze względu na brak zasad partycypacji uczestnictwo pracowników nie zawsze jest na zadawalającym poziomie. Większe prawdopodobieństwo partycypacji występuje wtedy, gdy pracownicy widzą również poprawę środowiska pracy, sprzyjającą lepszemu zapobieganiu i zwalczaniu zagrożeń zdrowia w pracy.

Przywołani analitycy doszli do wniosku, że partycypację w programach promocji zdrowia w miejscu pracy można zwiększyć, jeżeli interwencje uwzględniają ryzyka zdrowotne wynikające z wykonywanej pracy, czyli gdy stosuje się rzeczywiste podejście ochrony zdrowia pracujących. Sformułowali następujące zalecenia dla poprawy efektywności programów promocji zdrowia w miejscu pracy i wypracowania partnerstwa z pracownikami w trakcie ich realizacji:

- widoczne i entuzjastyczne wsparcie i zaangażowanie najwyższego kierownictwa w działania podejmowane w ramach interwencji;
- zaangażowanie pracowników ze wszystkich szczebli organizacji w planowanie, wdrażanie i bezpośrednie działania podejmowane w czasie interwencji;
- skoncentrowanie się na definiowalnych i modyfikowalnych czynnikach ryzyka występującego przy pracy i w środowisku pracy, które są priorytetowe dla konkretnej grupy pracowników i dzięki którym interwencja będzie bardziej akceptowalna dla tej grupy pracowników, co zwiększy partycypację;
- interwencje powinny być „szyte na miarę” i dopasowane do specyfiki i konkretnych potrzeb danej grupy.

Kompleksowe badania ewaluacyjne zdecydowanie potwierdzają trafność założeń podejścia ochrony zdrowia pracujących. Oznacza to ścisłą integrację programów promocji zdrowia w miejscu pracy z kulturą zakładu pracy, systemem zarządzania i partycypacji, działaniami BHP i ochrony zdrowia pracujących, a często również z rozwojem firmy i programami rozwoju zasobów ludzkich. Pracownicy i kierownictwo uczestniczą w programach promocji zdrowia w miejscu pracy na równych prawach, zgodnie z dwustronnymi zasadami nowoczesnego życia zawodowego. Komisje i specjaliści BHP zatrudniani przez pracodawcę i specjalnie wyznaczeni przedstawiciele pracowników ds. promocji zdrowia w miejscu pracy oraz ochrony zdrowia pracujących i bezpieczeństwa pracy stanowią kluczowe zasoby w realizacji promocji zdrowia w miejscu pracy, przy wsparciu specjalistów i służby zdrowia pracujących i innych właściwych zasobów. Promocja zdrowia w miejscu pracy jest dostosowana do działania zakładu pracy i kluczowych potrzeb pracowników, które istotnie się różnią w zależności od rodzaju zakładu pracy i typu jego działalności.

Słabością podejścia ochrony zdrowia pracujących jest mniejsze doświadczenie specjalistów z tej dziedziny w zakresie interwencji zdrowia publicznego, a także często słabsze kompetencje w obszarze edukacji zdrowotnej i teorii promocji zdrowia w miejscu pracy. Poza tym pewną przeszkodę stanowi fakt, że realizatorzy programów należą do załogi zakładu pracy i „zbyt dobrze" go znają, co może być czynnikiem hamującym działania, a także to, że w kulturze organizacyjnej mogły utrwalić się usztywnione, niechętne zmianom postawy (46, 47). W przypadku części zakładów pracy, w szczególności małych przedsiębiorstw, promocja zdrowia w miejscu pracy, a nawet służba zdrowia pracujących mają charakter zewnętrzny. Może być również tak, że w danym kraju cały system ochrony zdrowia pracujących zorganizowany jest w formie zewnętrznych świadczeń (23). W niektórych państwach świadczenia w zakresie ochrony zdrowia pracujących realizowane są przez indywidualnie zatrudnianych lekarzy. Często sprowadza się to do indywidualnych badań lekarskich i leczenia, przy czym brak jest kontaktu z zakładem pracy lub ma on bardzo ograniczony charakter. Tego typu rozwiązania stwarzają wyzwania podobne do tych występujących w przypadku zastosowania podejścia kampanii na rzecz promocji zdrowia.

Podsumowując, obserwowane praktyki zostały podzielone między dwa główne podejścia promocji zdrowia w miejscu pracy – powierzenie zadania zewnętrznym organizacjom zdrowia publicznego lub wdrażanie programów przy pomocy wewnętrznych zasobów zakładu przy wsparciu służby zdrowia pracujących. Najnowszy trend wskazuje, że połączenie obu podejść i innowacyjne wykorzystanie wielodyscyplinarnych zasobów zewnętrznych oraz zasobów własnych przedsiębiorstwa daje najlepsze wyniki. Zgodnie ze Światowym Planem Działań na Rzecz Zdrowia Pracowników ministrowie zdrowia powinni pełnić wiodącą rolę w procesie włączania promocji zdrowia w miejscu pracy oraz działań na rzecz zachowania zdolności do pracy do głównego nurtu zadań służb ochrony zdrowia pracujących. Podejście to stworzyłoby stałą infrastrukturę i zapewniłoby szeroki zasięg oraz trwałe funkcjonowanie promocji zdrowia w miejscu pracy jako elementu systemu ochrony zdrowia pracujących, w przeciwieństwie do ograniczonych w czasie działań „projektowych" lub „kampanijnych" (48).

8. Polski profil zatrudnienia

W porównaniu do 15 państw członkowskich UE polską gospodarkę charakteryzuje stosunkowo duży udział rolnictwa i przemysłu, a także dość wysokie zatrudnienie w sektorze publicznym i w dużych sektorach przemysłowych (tabela 2). Udział małych i średnich przedsiębiorstw w polskiej gospodarce jest nadal stosunkowo niski, ale szybko rośnie. Nadal relatywnie duże jest zatrudnienie w sektorach o wysokim zagrożeniu dla zdrowia. Ryzyko występowania wypadków przy pracy i chorób zawodowych jest w Polsce wyższe niż w 15 państwach UE, pomimo że wiele przypadków pozostaje niezgłaszanych. Wszystkie wymienione cechy polskiego życia zawodowego wyraźnie wskazują, jak ważne jest prawidłowe funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia pracujących.

Tabela 2. Dane statystyczne dotyczące polskiego życia zawodowego. Dane za rok 2007; dane dotyczące bezrobocia za rok 2008 (49).

Parametr	**× 1000**	**%**
Całkowita liczba ludności	38 200	100
Liczba osób powyżej 15 roku życia (n × 1000)	31 461	
Oczekiwana długość życia (w 15 państwach UE przeciętnie 80 lat)	76 lat	
Populacja aktywna ekonomicznie (n × 1000, % ludności powyżej 15 roku życia)	17 660	56,1
Populacja zatrudnionych (n × 1000, % ludności powyżej 15 roku życia)	15 961	50,7
Rolnictwo, leśnictwo i rybołówstwo (% zatrudnionych)		15,8
Przemysł i budownictwo (% zatrudnionych)		27,4
Usługi (% zatrudnionych)		57,4
Sektor publiczny (% zatrudnionych)		25,5
Sektor prywatny (% zatrudnionych)		74,5
Bezrobocie (n × 1000, % ludności aktywnej zawodowo)	1 699	9,6
Pracujący w warunkach szkodliwych dla zdrowia (n × 1000, % pracowników otrzymujących wynagrodzenie)*	1 123,8	9,76
Liczba wypadków przy pracy bez skutków śmiertelnych (zarejestrowanych przez PIP)*	94 207	8,12/1000
Liczba wypadków przy pracy ze skutkiem śmiertelnym (zarejestrowanych przez PIP)*	444	0,04/1000
Choroby zawodowe* (zarejestrowane przez PIP w 2009)	3 100	0,3/1000

* z wyłączeniem prywatnych gospodarstw rolnych

Źródło: GUS, Polska, *Mały rocznik statystyczny*, 2011.

Polska gospodarka nadal przechodzi proces transformacji. Wysoki udział sektora produkcji podstawowej w strukturze zatrudnienia przy stosunkowo niewielkim odsetku zatrudnionych w sektorze usług istotnie odróżnia ją od 15 gospodarek państw „starej" UE (tabela 2). Obecny kształt struktury zatrudnienia ma wpływ na wykonywaną przez pracowników pracę, która w wielu przypadkach wiąże się z większym narażeniem na tradycyjne zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa w zakładzie pracy. Jednocześnie w Polsce dynamicznie rozwija się „nowa gospodarka", co oznacza podwójne obciążenie problemami zdrowotnymi związanymi z pracą zawodową – zarówno

tradycyjnymi (wypadki przy pracy i choroby zawodowe), jak i nowoczesnymi (zaburzenia związane ze stresem i problemy powodowane przez stosowanie nowych technologii). Dlatego też konieczne jest odpowiednie dostosowanie metod i treści promocji zdrowia w miejscu pracy i ochrony zdrowia pracujących. W praktyce oznacza to uwzględnienie zagrożeń zdrowotnych w środowisku pracy jako istotnych determinant zdrowia pracowników i odpowiednie ukierunkowanie działań profilaktycznych.

Tabela 3. Wielkość polskich przedsiębiorstw w latach 2004-2005 (50)

Wielkość przedsiębiorstwa	Liczba przedsiębiorstw	%	Liczba pracowników	%
Mikro	1 349 882	95,9	2 967 909	39,2
Małe	41 296	2,9	906 172	12,0
Średnie (51-250)	13 491	1,0	1 415 292	18,7
Małe i średnie przedsiębiorstwa	1 404 669	99,8	5 289 373	69,8
Duże (250+)	2 660	0,2	2 286 551	30,2

Źródło: European Commission Enterprise and Industry SBS Fact Sheet. Poland. 2009.

Większość, bo aż 70% polskich firm zatrudnia poniżej 250 pracowników, a prawie połowa mniej niż 50 pracowników (tabela 3). Tendencja do zmniejszania się przeciętnej wielkości przedsiębiorstwa ma charakter stały. Małe przedsiębiorstwa (11-50 pracowników) zatrudniają 12% polskiej siły roboczej, a mikroprzedsiębiorstwa (<10 pracowników) ponad 40%. Około 1,3 miliona osób (10% ludności w wieku produkcyjnym) to przedsiębiorcy lub osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą. W strukturze sektora rolnego, który jest rozproszony, przeważają indywidualne gospodarstwa rodzinne, w których pracuje 2,13 miliona osób (15,2% ludności w wieku produkcyjnym). Przy tak dużej liczbie firm oraz zakładów pracy, w których istnieją poważne zagrożenia zdrowotne, i ich rozproszeniu prowadzenie działań w zakresie promocji zdrowia stanowi duże wyzwanie zarówno z punktu widzenia ochrony zdrowia pracujących, jak i promocji zdrowia.

9. Sytuacja ochrony zdrowia pracujących

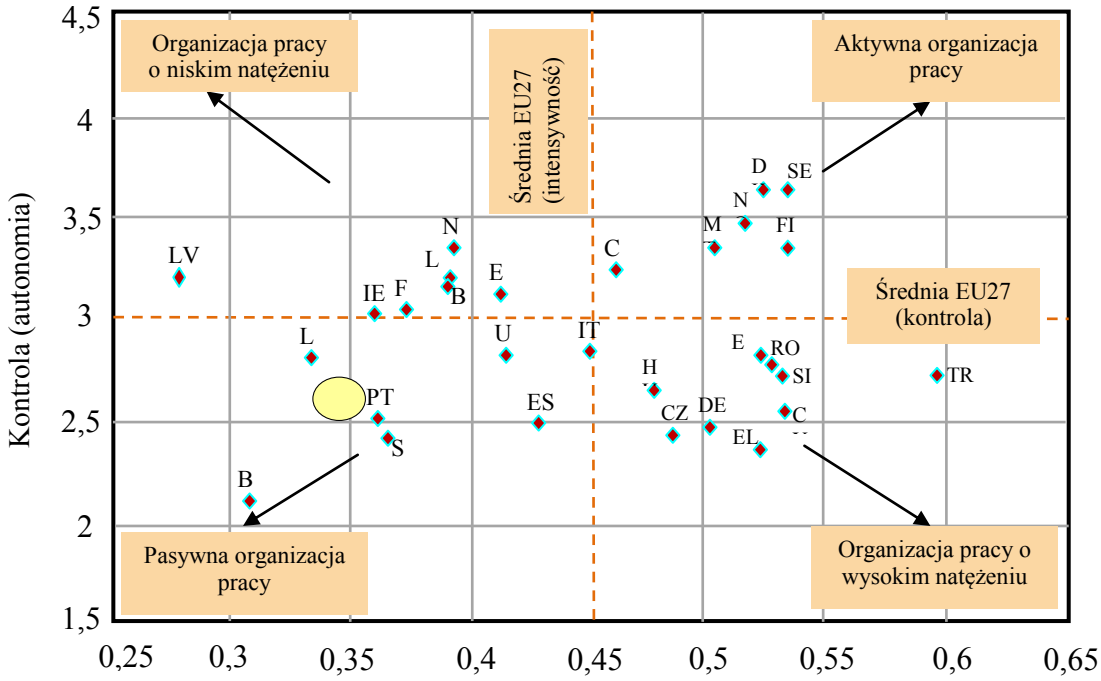
Czwarte europejskie badanie warunków pracy w państwach UE wskazuje liczne, kluczowe parametry dotyczące warunków pracy. Badanie przeprowadzono na bazie reprezentacyjnej próby pracowników pochodzących ze wszystkich państw członkowskich, w tym Polski (51). Tabela 4 zawiera krótkie porównanie warunków pracy w Polsce w stosunku do pozostałych państw członkowskich UE. Przedstawione dane statystyczne oraz pozostałe ustalenia wskazują na transformację polskiego życia zawodowego, które charakteryzuje się narażeniami występującymi w przemyśle wytwórczym i w branży produkcji podstawowej i w mniejszym stopniu „nowymi zagrożeniami dla zdrowia", takimi jak szybkie tempo pracy i niska autonomia pracy. Indeks intensywności pracy w Polsce należy do najniższych, podobnie jak odnotowywany stres. Pozycja Polski na mapie wymagań i zakresu kontroli w pracy według modelu Karaska wskazuje na pasywny, mało intensywny i mało wymagający profil pracy (rys. 2). Wyniki badań mogą wpłynąć na dostrzeżenie potrzeby włączenia promocji zdrowia w miejscu pracy do głównego nurtu ochrony zdrowia pracujących. Ogólny profil życia zawodowego w Polsce charakteryzuje pasywność, dlatego nie można oczekiwać inicjatyw podejmowanych przez zakłady pracy. Natomiast istnieje potrzeba zainicjowania publicznych i profesjonalnych działań zewnętrznych. Pasywna kultura pracy nie sprzyja ani poprawie warunków pracy, ani prawidłowym indywidualnym zachowaniom zdrowotnym.

Tabela 4. Wybrane wskaźniki warunków pracy w Polsce w porównaniu z najbardziej i najmniej korzystnymi warunkami pracy w 27 państwach członkowskich UE (52)

Parametr	**% Polska**	**% najlepszego wyniku w całym badaniu**	**% najgorszego wyniku w całym badaniu**
Zadowolenie z pracy	78,8	92,5	56,1
Stwierdzenie zagrożenia zdrowia w pracy	49,0	23,0	54,0
Problemy ergonomiczne w pracy	25,5	13,0	40,9
Absencja w pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy	17,5	11,6	47,3
Narażenie na zagrożenia środowiskowe w pracy przez co najmniej 50% czasu	13,8	6,3	26,7
Narażenia na substancje chemiczne przez co najmniej 50% czasu	6,4	3,1	11,4
Szybkie tempo pracy (przez ponad 50% czasu)	13,8	13,8	31,5
Tempo pracy ustalane przez inne czynniki, a nie przez samego pracownika	34,4	34,4	44,5

Źródło: Peña-Casas R., Pochet P. (2009).

Wyniki badania warunków pracy wskazują, że zdolność do pracy i sytuacja w zakresie ochrony zdrowia pracujących w Polsce są mniej optymalne niż ich średnia w UE. Przy wysokiej liczbie osób przedwcześnie przechodzących na emeryturę wiek emerytalny jest stosunkowo niski. Wymaga to podjęcia szczególnych działań przez służby zajmujące się ochroną zdrowia pracujących w celu promowania i zachowania zdolności do pracy oraz w celu promocji zdrowia w miejscu pracy. Kraj boryka się z problemem przedwczesnego kończenia aktywności zawodowej w związku z przechodzeniem osób pracujących na rentę (średni wiek zakończenia aktywności zawodowej to 57 lat), co przekłada się na krótki oczekiwany okres aktywności zawodowej. Wynika to po części z niskiej zdolności do pracy, ale spowodowane jest również przez system orzekania o zdolności do pracy i niepełnosprawności. Co więcej, istnieje szereg przepisów prawnych nadających poszczególnym grupom zawodowym uprawnienia do wcześniejszej emerytury, co stanowi zagrożenie dla wydajności gospodarki oraz trwałości systemu emerytalnego. Istnieje potrzeba dokładniejszego zdefiniowania pojęcia niepełnosprawności oraz dopracowania systemu oceny zdolności do pracy, funkcjonującego w ramach systemu ochrony zdrowia.



Rys. 2. Wymagania (intensywność pracy) i zakres kontroli (autonomia pracowników) w poszczególnych krajach (model Karaska) (51)
Źródło: Parent-Thirion A., Fernández M. E., Hurley J., Vermeylen G. (2007).

Dane dotyczące pracowników pracujących w polskich zakładach pracy i ich doświadczeń z ochroną zdrowia wskazują na istnienie dużej luki wdrożeniowej nawet na poziomie obowiązujących przepisów prawnych regulujących ochronę zdrowia pracujących i promocję zdrowia w miejscu pracy (53, 54). Dane te są spójne z wynikami europejskiego badania warunków pracy.

- W 44% firm przestrzegane są wyłącznie przepisy BHP i żadne inne.
- 15% firm w ogóle nie interesuje się zdrowiem pracowników.
- 54% jest przekonanych, że nie jest w stanie ograniczyć/kontrolować szkodliwego wpływu warunków pracy na zdrowie swoich pracowników (nierównowaga Karaska).
- 90% pracowników twierdzi, że powinna być prowadzona promocja zdrowia w zakładach pracy.

Gdyby monitorowano doświadczenia mikroprzedsiębiorstw, osób samodzielnie prowadzących działalność gospodarczą oraz sektora nieformalnego zatrudnienia, sytuacja byłaby nawet gorsza niż to wynika z powyższych danych.

10. Zaplecze instytucjonalne promocji zdrowia w miejscu pracy

Polska, pod przewodnictwem Ministerstwa Zdrowia, aktywnie współpracowała z organizacjami międzynarodowymi (WHO) i Unią Europejską w dziedzinie promocji zdrowia w miejscu pracy. Jednocześnie Polska odgrywała rolę lidera w promocji zdrowia w „Nowej Europie", w państwach członkowskich, które dołączyły do Unii Europejskiej w 2004 roku oraz w krajach do niej kandydujących. W promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce najbardziej aktywne są dwie instytucje:

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (IMP)

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy przy Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (IMP) aktywnie działa w Europejskiej Sieci Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (ENWHP). Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy pełniło m.in. rolę koordynatora w ramach Inicjatywy Rozszerzenia Sieci ENWHP. W 1996 roku opracowano program promocji i profilaktyki zdrowotnej dla Ogólnopolskiej Sieci Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. W Narodowym Programie Zdrowia na lata 2007-2015 promocja zdrowia stanowi jeden z priorytetów (55). Program koordynowany jest przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy przy Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera. Centrum jest także koordynatorem Ogólnopolskiej Sieci Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (53, 56) i prowadzi trzy rodzaje działalności związanych z promocją zdrowia w miejscu pracy:

1. *Programy badawcze*

Badania promocji zdrowia i zdolności do pracy oraz rozwoju kapitału ludzkiego wchodzą w zakres prac badawczych prowadzonych przez IMP. Centrum prowadzi następujące programy badawcze:

- badania i analizy świadomości społecznej zdrowia, zachowań zdrowotnych i stylów życia w różnych grupach społecznych;
- systematyczny monitoring przebiegu procesów promocji zdrowia w przedsiębiorstwach;
- systematyczne analizy postaw kluczowych interesariuszy w stosunku do promocji zdrowia w miejscu pracy (personel medycyny pracy, kadra zarządzająca, pracodawcy, pracobiorcy);
- analizy uwarunkowań zarówno krajowych, jak i międzynarodowych systemów promocji zdrowia w miejscu pracy;
- ocena jakości i efektywności procesów promocji zdrowia w miejscu pracy;
- opracowanie metodologii i przygotowanie do wdrożenia i oceny programów promocji zdrowia w miejscu pracy.

2. *Konsultacje*

Centrum prowadzi konsultacje dla przedsiębiorstw, szkoli specjalistów na potrzeby promocji zdrowia w miejscu pracy i koordynuje funkcjonowanie Ogólnopolskiej Sieci Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

3. *Program Operacyjny Kapitał Ludzki*

IMP wspiera zdrowie pracowników i promocję zdrowia w miejscu pracy, skupiając się na najczęściej występujących problemach prowadzących do obniżenia zdolności do pracy. W Polsce prowadzi się szereg programów profilaktycznych dla najbardziej powszechnych chorób zawodowych:

- utraty słuchu;
- chorób skóry;
- chorób alergicznych;
- chorób zakaźnych;
- zaburzeń układu ruchu;
- chorób układu krążenia;
- zagrożeń psychospołecznych;

- zaburzeń narządu głosu;
- pylic płuc;

Są to modelowe projekty opracowane dla najczęściej występujących chorób zawodowych lub związanych z wykonywaną pracą.

Dotychczasowe dokonania Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy są bardzo znaczące (35). Zorganizowano szereg seminariów poświęconych promocji zdrowia w miejscu pracy, powołano Ogólnopolską Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy i utworzono portal promocji zdrowia w miejscu pracy. Przeprowadzono i kontynuuje się wdrażanie wielu projektów interwencyjnych i prowadzi pilotaż interwencji ukierunkowanych na konkretne choroby. Powołano ogólnokrajowe i lokalne sojusze na rzecz promocji zdrowia w miejscu pracy, wdrażające projekty w przedsiębiorstwach. Opracowano liczne materiały informacyjne i edukacyjne oraz przygotowano wytyczne dobrych praktyk i wytyczne dla zapewnienia jakości promocji zdrowia w miejscu pracy. Pozyskano i przeszkolono około 200 osób jako liderów promocji zdrowia w miejscu pracy, a około 500 osób z ponad 100 firm przeszkolono w zakresie prowadzenia interwencji w zakładach pracy.

Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy jest aktywnym i poważanym członkiem ENWHP. Wśród działań Centrum należy wyróżnić projekt Dragon-Fly ukierunkowany na rozwijanie struktur upowszechniania dobrych praktyk w promocji zdrowia w miejscu pracy w nowych państwach członkowskich i przystępujących do UE. Projekt koordynowany przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera miał na celu zbudowanie ram dla współpracy pomiędzy odpowiednimi partnerami w państwach członkowskich i kandydujących. Po ustanowieniu Narodowych Biur Kontaktowych ENWHP na Cyprze, Malcie, Litwie, w Estonii, Łotwie, Słowenii i Słowacji dokonano analizy bieżącej sytuacji w zakresie strategii, polityki i praktyk w dziedzinie promocji zdrowia w miejscu pracy. Centrum wydało również przełomową publikację poświęconą promocji zdrowia w miejscu pracy w rozszerzającej się Europie (35).

Ogólnopolska Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy wspiera, a jednocześnie sama korzysta ze wsparcia Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy oraz uczestniczy w upowszechnianiu informacji, szkoleń, badań i wdrażaniu działań w obszarze promocji zdrowia w miejscu pracy. Sieć funkcjonuje na czterech poziomach (53, 56):

- Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, jako koordynator;
- ośrodki lokalne i lokalni liderzy promocji zdrowia w miejscu pracy;
- ośrodki wspierające;
- przedsiębiorstwa wdrażające programy promocji zdrowia w miejscu pracy i liderzy z tych przedsiębiorstw.

Celem sieci jest utworzenie – we wszystkich wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (WOMP) i największych stacjach sanitarno-epidemiologicznych – stanowisk lub komórek do spraw promocji zdrowia w miejscu pracy, przygotowanie kadr do wdrażania promocji zdrowia w miejscu pracy, popularyzowanie tej koncepcji i korzyści wynikających z niej dla pracodawców, kadry zarządzającej zakładów pracy i związków zawodowych. Obecna strategia sieci przewiduje następujące priorytety:

- stworzenie mocnego rynku dla usług promocji zdrowia w miejscu pracy wśród kadry zarządzającej przedsiębiorstw;
- opracowanie regionalnych strategii promocji zdrowia w miejscu pracy;
- aktywne wspieranie koncepcji promocji zdrowia w miejscu pracy na szczeblu krajowym;

- zaangażowanie w inicjatywy europejskiej sieci ENWHP;
- udoskonalenie marketingu promocji zdrowia w miejscu pracy.

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, CIOP-PIB

CIOP-PIB prowadzi badania dotyczące zdrowia w miejscu pracy, koncentrując się szczególnie na promocji zdrowia wśród populacji pracujących, w tym promocji i utrzymaniu zdolności do pracy osób starszych, oraz zapobieganiu występowania - w miejscu pracy, środowisku pracy oraz życiu zawodowym - czynników, które mają negatywny wpływ na zdolność do pracy, sprzyjają absencji oraz wcześniejszemu odchodzeniu na emeryturę. Profil CIOP wnosi ważny wkład w promocję zdrowia w miejscu pracy, zapewniając oprócz promocji zdrowia – a zwłaszcza promocji zdrowia w miejscu pracy, jak chociażby poprzez działania dotyczące utrzymania zdolności do pracy – kompetencje w zakresie środowiska i bezpieczeństwa pracy. Programy badań CIOP dotyczące tematów istotnych z punktu widzenia promocji zdrowia w miejscu pracy opracowywane są na wysokim poziomie merytorycznym i posiadają silnie zaznaczony wymiar europejski i międzynarodowy. CIOP organizuje także szereg innych działań – kampanii, konkursów, konferencji czy seminariów. Opracowywane przez CIOP informacje oraz materiały szkoleniowe w zakresie ochrony zdrowia pracujących i bezpieczeństwa pracy nie tylko reprezentują najwyższą jakość, ale są także dobrze przyjmowane przez zakłady pracy. Materiały związane z promocją zdrowia w miejscu pracy zdobyły zarówno polskie, jak i międzynarodowe nagrody. Często odwiedzana strona internetowa CIOP jest dobrze opracowana i zawiera ważne materiały związane z promocja zdrowia w miejscy pracy. CIOP umożliwia ponad 5 milionom pracujących dostęp do wszelkiego rodzaju informacji na temat bezpieczeństwa oraz zdrowia w miejscu pracy.

CIOP odgrywa kluczową rolę w zakresie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w miejscu pracy w wielu krajowych sieciach, takich jak np. Sieć Ekspertów ds. Bezpieczeństwa i Higieny Pracy oraz Sieć Regionalnych Ośrodków Bezpieczeństwa i Higieny Pracy. Do zadań tych struktur należy promowanie zdrowego i bezpiecznego stylu pracy oraz stylu życia, jak i podkreślanie roli profilaktyki.

Warto przytoczyć stałe inicjatywy takie jak promocja zdrowia w miejscu pracy realizowana przez Ośrodek Informacji Naukowej i Dokumentacji CIOP we współpracy z Europejską Agencją Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (dla której CIOP jest krajowym punktem kontaktowym). CIOP bierze również udział w kilku innych programach europejskich, między innymi w PEROSH – sieci europejskich instytutów badawczych w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy – oraz w wielu działaniach Międzynarodowej Organizacji Pracy (MOP). Pełni również rolę Krajowego Centrum CIS oraz punktu kontaktowego dla sieci Międzynarodowej Organizacji Pracy – Global Information Network.

CIOP kładzie nacisk na kompleksowe podejście do promocji zdrowia w miejscu pracy, łącząc zagadnienia z dziedziny zdrowia i bezpieczeństwa pracy z aspektami ekonomicznymi oraz zapewniając partycypację partnerów społecznych na wszystkich poziomach: pracodawców, pracobiorców oraz ich organizacji. CIOP popiera również ideę bliższej współpracy pomiędzy instytucjami działającymi na rzecz promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce.

Sytuacja promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce jest pozytywna, lecz widoczne są pewne wyzwania. Dzięki działaniom Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy i licznym inicjatywom, które koordynuje, oraz Centralnemu Instytutowi Ochrony Pracy zgromadzono podstawowe zasoby informacji, wiedzy, materiałów szkoleniowych i wzorów dobrych praktyk. Przeprowadzono szkolenia i zebrano wyniki modelowych interwencji. To wszystko stanowi mocne i solidne podstawy dla promocji zdrowia w miejscu pracy. Słabością jest brak ogólnokrajowej infrastruktury, programów szkoleniowych w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy dla lekarzy

medycy pracy i ścisłe rozgraniczenie działań służb medycyny pracy i BHP na wszystkich poziomach. Przezwyciężenie istniejących barier stanowi wyzwanie dla polityki, z którym można byłoby częściowo się zmierzyć, wzmacniając przywódczą rolę Ministerstwa Zdrowia w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy i opracowując Narodową Strategię Ochrony Zdrowia Pracujących i Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy.

Lepsza współpraca międzyresortowa oraz międzysektorowa, a zwłaszcza współpraca z Państwową Inspekcją Pracy, jak również większe zaangażowanie ze strony partnerów społecznych, organizacji pracodawców, jak i związków zawodowych, umożliwią wzmocnienie promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce.

11. Integracja promocji zdrowia w miejscu pracy i ochrony zdrowia pracujących

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia pracujących jest szczegółowo uregulowane w polskim prawodawstwie. Obejmuje on swoim działaniem formalnie zatrudnionych i dobrze zorganizowane przedsiębiorstwa, ale małe, rozproszone zakłady pracy i pracownicy pracujący bez umowy o pracę pozostają poza zasięgiem systemu. Formalne działania noszą nazwę „medycyny pracy", która – zgodnie z ogólnie przyjętymi międzynarodowymi zasadami – stanowi część szerszej koncepcji ochrony zdrowia pracujących określonej w Konwencji MOP Nr 161 (57) o pracowniczej służbie zdrowia i w definicjach WHO. Nie wartościując działań służby medycyny pracy, należy stwierdzić, że są one ściśle ukierunkowane na zapewnienie świadczeń klinicznych i badań lekarskich, mają charakter wysoce monodyscyplinarny i w mniejszym stopniu oddziaływają na zdrowie populacji osób pracujących.

Polska ratyfikowała Konwencję MOP Nr 161, ale jej wdrożenie wymaga starań. Jednym z pierwszych działań przewidzianych przez Konwencję Nr 161 jest opracowanie Krajowej Polityki i Programu Ochrony Zdrowia Pracujących. Konwencja MOP Nr 161 oraz związana z nią Rekomendacja Nr 171 (57, 58) szczegółowo określają zasady polityki, zasięg, obowiązki rządu, pracodawców i pracobiorców, zawartość i działania służby, model personelu wielodyscyplinarnej służby zdrowia pracujących, opcje w zakresie modelu realizacji świadczeń i warunków działania, współpracę między pracodawcami, pracobiorcami oraz finansowanie świadczeń. Do opracowania Krajowej Polityki i Programu Ochrony Zdrowia Pracujących pomocny byłby Krajowy Profil Służby Zdrowia Pracujących. Pomógłby on określić mocne strony, słabości, wyzwania i luki w krajowym systemie ochrony zdrowia pracujących, a jednocześnie umożliwiłby przedstawienie usystematyzowanych informacji dla wszystkich interesariuszy. Obecnie Europejskie Biuro Regionalne WHO opracowuje profile kilku krajów, które mogą posłużyć jako wzór do przygotowania profilu.

W Polsce działania w obszarze medycyny pracy prowadzone są albo przez lekarzy zatrudnionych przez przedsiębiorstwa, albo w większości przypadków przez zewnętrznych lekarzy specjalistów medycyny pracy. Zaangażowanie zewnętrznych specjalistów ogranicza się do przeprowadzenia wymaganych prawnie wstępnych i okresowych badań pracowniczych. Według Polskiego Towarzystwa Medycyny Pracy typowe czynności lekarzy medycyny pracy obejmują (59, 60):

- wstępne badanie lekarskie pracownika;
- okresowe badania pracownicze;
- nadzór zdrowotny;
- analizę ergonomii miejsca pracy;
- testy na obecność alkoholu lub narkotyków;

- ocenę miejsca pracy pod kątem zagrożeń dla zdrowia kobiet w ciąży i młodych matek.

Badania lekarskie wykonywane są również okresowo w czasie trwania zatrudnienia w celu oceny zdolności do wykonywania pracy.

Przepisy prawa stanowią, że każdy pracownik, zanim zostanie zatrudniony, musi przejść badania wstępne w celu ustalenia jego fizycznej i psychicznej zdolności do podjęcia pracy. Służba medycyny pracy w Polsce posiada znaczące zasoby ludzkie – uprawnienia do prowadzenia badań pracowniczych posiada 8000 lekarzy. Około połowa z nich to specjaliści medycyny pracy. W przeliczeniu na etaty liczba lekarzy medycyny pracy wygląda zadowalająco: na jednego lekarza medycyny pracy przypada średnio 1700 pracowników, natomiast na jednego specjalistę medycyny pracy – około 3400. Oba wskaźniki w analizie porównawczej wypadają dobrze. Badanie dotyczące rozpoznawania różnych kompetencji przez lekarzy medycyny pracy wykazało, że zagrożenia zdrowotne, promocję zdrowia i ocenę zdolności do pracy traktują oni jako najważniejsze obszary kompetencji w swoim profilu zawodowym (61). Z drugiej strony w badaniach regionalnych analizowano realizację zadań wynikających z obowiązujących przepisów, a w szczególności wykonywanie badań lekarskich, i stwierdzono znaczące różnice jakościowe między specjalistami medycyny pracy i lekarzami nieposiadającymi tej specjalizacji. Zauważono także różnice w zakresie włączania różnych przewidzianych przepisami zadań do programów realizowanych świadczeń. Zaproponowano zwiększenie liczby szkoleń (62, 63, 64, 65).

Badanie ankietowe przeprowadzone na próbie polskich lekarzy medycyny pracy wykazało, że ponad 90% z nich jest zainteresowanych udziałem w programach promocji zdrowia w miejscu pracy i traktuje to jako przynależne im zadanie (46). Badani wskazali kilka korzyści wynikających z tego typu programów dla ochrony zdrowia pracujących, w tym większą możliwość wpływania na stan zdrowia pacjenta, większą satysfakcję z pracy, śledzenie nowości w obszarze medycyny pracy i zdrowia publicznego, zyskanie większego szacunku w oczach kadry zarządzającej zakładów pracy i pacjentów. Wymienili również liczne przeszkody utrudniające działanie na tym polu, a wśród najważniejszych znalazły się: brak zainteresowania i wsparcia ze strony pracodawców, zróżnicowana gotowość do realizacji promocji zdrowia w miejscu pracy i brak przeszkolenia, a także brak zainteresowania ze strony pracowników. Wnioski z badania wskazują, że pomimo dużego zainteresowania polscy lekarze medycyny pracy nie są w pełni przygotowani do tego, aby stać się aktywnymi członkami czy kierownikami wielodyscyplinarnych zespołów zrzeszających specjalistów ochrony zdrowia pracujących, działających na szczeblu przedsiębiorstw, w ramach kompleksowego systemu służby zdrowia pracujących, który ma integrować podejścia medyczne, techniczne, higieny i psychospołeczne – tworząc kompleksową służbę doradczą dla przedsiębiorstw i ich pracowników. Podobnie badanie przeprowadzone w grupie pielęgniarek medycyny pracy wykazało duże zainteresowanie praktycznymi działaniami promocji zdrowia w miejscu pracy (61).

Zarówno potencjał, jak i zainteresowanie polskich służb medycyny pracy promocją zdrowia w miejscu pracy są wysokie, ale nie są spełnione praktyczne wymogi konieczne do realizacji tego typu zadań. Doceniając olbrzymią wartość działających w Polsce służb medycyny pracy, należy jednocześnie zauważyć istnienie barier – rozpoznanych na podstawie analizowanych dokumentów i wywiadów przeprowadzonych w latach 2010-2011 – którymi są:

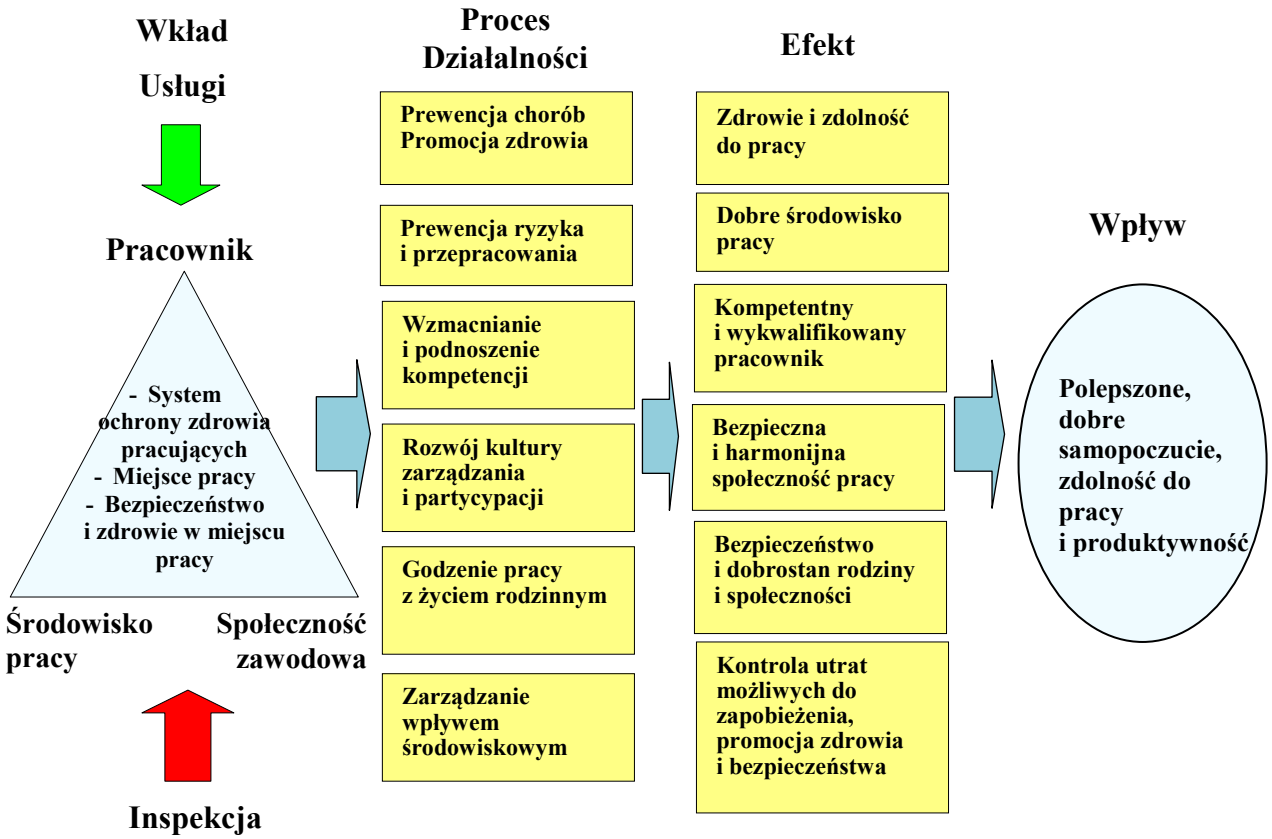
- przestarzała struktura i monodyscyplinarna funkcja służby medycyny pracy oraz niski poziom działań ukierunkowanych na środowisko pracy, organizację pracy i społeczność pracujących;
- niski stopień gotowości lekarzy medycyny pracy do przyjęcia zadań promocji zdrowia w miejscu pracy i jeszcze niższa gotowość do objęcia roli przywódczej w promocji zdrowia w miejscu pracy;
- brak przeszkolenia lekarzy medycyny pracy w zakresie promocji zdrowia w miejscu pracy;

- brak tradycji pracy wielodyscyplinarnej w zakładzie pracy, we współpracy z innymi specjalistami;
- ścisły rozdział służb medycyny pracy i BHP;
- niski poziom świadomości promocji zdrowia w miejscu pracy wśród pracodawców i pracobiorców;
- brak narodowej strategii systemu ochrony zdrowia pracujących i suboptymalne przywództwo organów rządowych w ogólnym obszarze ochrony zdrowia pracujących oraz brak jasno określonej roli przywódczej w sferze strategicznego rozwoju służby zdrowia pracujących.

Personel służby medycyny pracy wykonuje badania lekarskie, wystawia orzeczenia o zdolności do pracy, ale podejmuje niewiele działań na rzecz poprawy warunków zdrowotnych w zakładzie pracy. Specjaliści medycy pracy wynagradzani są zgodnie z zasadą kapitacji oraz za przeprowadzone badania, co powoduje, że w swojej pracy skupiają się na tych działaniach. Przeprowadzono ankietę wśród personelu służby medycyny pracy, badając zainteresowanie rozszerzeniem obecnie pełnionych funkcji – ograniczonych do medycyny pracy – o szerszy profil ochrony zdrowia pracujących. Odpowiedzi wskazują na dążenie do uzyskania wyższego statusu zawodowego, wykonywania pracy o większym znaczeniu i możliwości rozwoju, aby dotrzymywać kroku dynamicznym zmianom zachodzącym w życiu zawodowym (61).

W celu poprawy stanu zdrowia polskiej populacji pracujących oraz wspierania starań o wydłużenie okresu aktywności zawodowej istnieje potrzeba wprowadzenia bardziej kompleksowej ochrony zdrowia pracujących, obejmującej program promocji zdrowia w miejscu pracy. Modernizacja służby zdrowia pracujących będzie prawdopodobnie wymagała zmiany obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa, przeprowadzenia krytycznego przeglądu obecnej organizacji służby, w tym modeli realizacji świadczeń, oraz działań i metod. W procesie kształtowania i rozwijania w Polsce przyszłej służby zdrowia pracujących oraz promocji zdrowia w miejscu pracy powinni wziąć udział wszyscy istotni interesariusze, pracodawcy, pracobiorcy oraz władze. Należy dokładnie przeanalizować modele realizacji świadczeń i sposoby organizacji pracy służby. Dostępne są modele kompleksowej służby zdrowia pracujących oraz wytyczne opracowane przez międzynarodowe organizacje. MOP i WHO zapewniają wsparcie dla rozwoju tego typu służb. Jako przykład kompleksowej służby zdrowia pracujących na rysunkach 3 i 4 przedstawiono funkcjonowanie fińskiej służby zdrowia pracujących. Promocja i utrzymywanie zdolności do pracy należą do kluczowych zadań zintegrowanego systemu ochrony zdrowia pracujących w Finlandii (48, 62).

Rys. 3. Schemat logiczny fińskiego systemu służby zdrowia pracujących (66)



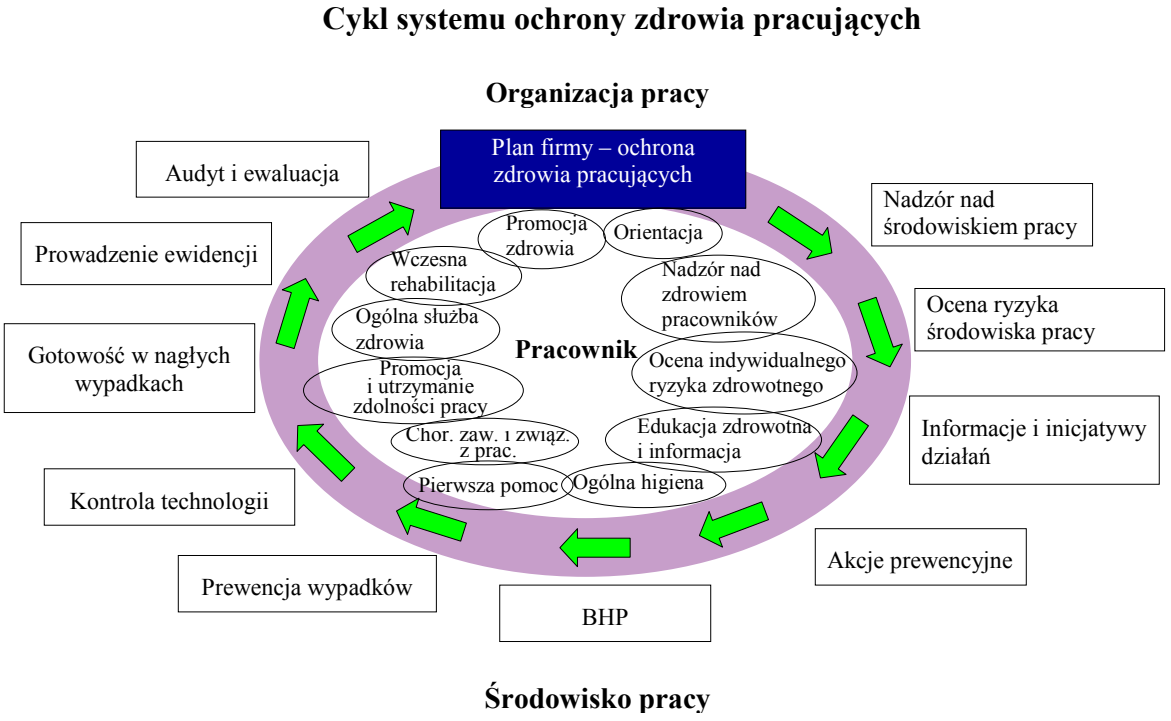
Działalność i wpływ systemu ochrony zdrowia pracujących

Źródło: Rantanen J. (2009).

W Finlandii działa kilka dużych jednostek służby zdrowia pracujących, które mogą sobie pozwolić na zatrudnienie wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów. Jednak wiele mniejszych jednostek nie jest w stanie zapewnić tak kompleksowych świadczeń bez korzystania ze wsparcia zewnętrznego. Wsparcie to zapewniają ośrodki regionalne Fińskiego Instytutu Ochrony Zdrowia Pracujących, a jeśli istnieje taka potrzeba, to również inne służby zewnętrzne, np. psychologów zapewniają gminne ośrodki zdrowia (jednostki podstawowej opieki zdrowotnej). W Finlandii i kilku innych krajach funkcjonuje system podstawowej ochrony zdrowia pracujących (BOHS), opracowany przez WHO/MOP/ICOH, w celu wypełnienia luki w realizacji świadczeń dla grup i sektorów niebędących w pełnym zasięgu działania służby zdrowia pracujących oraz dla sektorów w ogóle nieobjętych świadczeniami (67).

Olbrzymim wyzwaniem dla polskiej służby zdrowia pracujących będzie rozszerzenie zasięgu jej działania w celu objęcia świadczeniami większej liczby pracowników. Nie ma informacji na temat dostępu do służby zdrowia pracujących osób samozatrudniających się, mikroprzedsiębiorstw czy pracowników sektora nieformalnego. Według ostrożnych szacunków liczba nieobjętych świadczeniami osób pracujących wynosi co najmniej 3 miliony zatrudnionych w rolnictwie, najmniejszych przedsiębiorstwach oraz samozatrudniających się. Objęcie świadczeniami mocno rozdrobnionych, rozproszonych i mniej zorganizowanych zakładów pracy byłoby możliwe przy interwencji sektora publicznego i finansowaniu ze środków publicznych. Zapewnienie świadczeń w zakresie ochrony zdrowia pracujących dla grup, które obecnie nie mają do nich pełnego lub żadnego dostępu, wymaga przeprowadzenia strukturalnych zmian w modelach realizacji świadczeń i zastosowania podejścia podstawowej opieki zdrowotnej.

Rys. 4. Działania i cykl działań fińskiej kompleksowej służby zdrowia pracujących (66)



Źródło: Rantanen J. (2009).

Dostępne materiały badawcze, dokumenty oraz dyskusje odbyte z interesariuszami podczas misji prowadzą do wniosku, że polska służba medycyny pracy w obecnym kształcie nie wszędzie byłaby w stanie prowadzić promocję zdrowia w miejscu pracy, ale jej specjaliści są tym zainteresowani, mogliby zostać przeszkoleni i wdrożeni do tego zadania. Najbardziej realistycznym rozwiązaniem dla zabezpieczenia długofalowo działającej, dobrze zintegrowanej i mającej szeroki zasięg promocji zdrowia w miejscu pracy będzie włączenie jej w zakres działań służby zdrowia pracujących. Odrębnie prowadzone działania promocji zdrowia w miejscu pracy okazały się nieskuteczne i nie dały trwałych efektów. Aby umożliwić służbie zdrowia pracujących realizację tego celu, konieczna jest zmiana ukierunkowania i sposobu realizacji świadczeń obecnie działającej służby medycyny pracy. Więcej kompetencji i działań należy ukierunkować na profilaktykę i promocję oraz wdrażanie kompleksowego podejścia ochrony zdrowia pracujących, przewidującego bardziej zróżnicowane i wielodyscyplinarne działania, wykraczające poza tradycyjne badania lekarskie i orzekanie o zdolności do pracy. Wymaga to również szeroko zakrojonego programu szkoleń dla personelu służby zdrowia pracujących. Poza tym niezbędne są zmiany strukturalne w modelach realizacji świadczeń oraz ogólnym sposobie organizacji służby zdrowia pracujących. Pójście w tym kierunku wydaje się nieuniknione – nie tylko z punktu widzenia promocji zdrowia w miejscu pracy, ale również z perspektywy wyzwań dla zdrowia, bezpieczeństwa i zdolności do pracy obecnej i przyszłej populacji pracujących oraz generalnie życia zawodowego. Osiągnięcie tego celu wymaga silnego przywództwa oraz opracowania nowych polityk i strategii przez Ministerstwo Zdrowia.

12. Narodowy Program Zdrowia 2007-2015

Projekt Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015 (55) został przygotowany przez grupę ekspertów powołaną przez Ministerstwo Zdrowia i zatwierdzoną przez rząd. Program zawiera jeden cel strategiczny i pięć celów operacyjnych odnoszących się do promocji zdrowia. Szczególnie istotny jest cel operacyjny nr 15, przewidujący zwiększenie i optymalizację wykorzystania systemu ochrony zdrowia i infrastruktury samorządowej dla celów promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Cele te nie odnoszą się bezpośrednio do promocji zdrowia w miejscu pracy, ale gdy opracowywany będzie Narodowy Plan Promocji Zdrowia, zakłady pracy powinny być uznane za główne obszary działania ochrony zdrowia pracujących w celu poprawy stanu zdrowia dorosłych obywateli w wieku produkcyjnym.

Ponieważ populacja pracujących stanowi dużą grupę w populacji dorosłych, istotne jest właściwe uwzględnienie w kolejnej nowelizacji Narodowego Programu Zdrowia ochrony zdrowia pracujących i zdolności do pracy. Ujęcie w nim pewnych aspektów ochrony zdrowia pracujących wspomagałoby realizację ogólnych celów programu. Część celów programu realnie można osiągnąć tylko za pomocą podejścia ochrony zdrowia pracujących (np. zmniejszenie rozpowszechnienia palenia tytoniu, diagnostyka nowotworów, POCHP, zdrowie psychiczne, wiele chorób związanych z wykonywaną pracą, w tym choroby układu ruchu, układu krążenia, układu oddechowego, alergie i depresja związana z pracą). Nowoczesne, ukierunkowane na profilaktykę podejście ochrony zdrowia pracujących ogólnie wzmocniłoby również przewidziane w programie aspekty profilaktyczne i aspekty zdrowia publicznego, które według naszej oceny, należałoby znacząco wzmocnić w całym programie.

Projekt programu należy zatem uzupełnić, wprowadzając do niego odpowiednie elementy ochrony zdrowia pracujących, w tym promocję zdrowia w miejscu pracy. Nie kwestionując wartości medycyny ukierunkowanej na diagnozę i leczenie chorób, zaleca się wzmocnienie w całym programie profilaktyki i aspektu zdrowia publicznego w celu zapewnienia ich długotrwałego oddziaływania na stan zdrowia ludności i skutecznego rozwiązywania głównych problemów zdrowotnych w Polsce.

Narodowy Program Zdrowia został zatwierdzony przez Prezesa Rady Ministrów, a za jego koordynację odpowiada Ministerstwo Zdrowia. W praktyce koordynacją zajmuje się Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego, ale ostatnio ministerstwo powołało własnego pełnomocnika ds. koordynacji programu. Ministerstwo zapewniło środki finansowe na wdrożenie programu, ale ze względu na kryzys finansowy były one ograniczone. Wdrożenie programu stanowi również wyzwanie, ponieważ wszyscy istotni partnerzy są mocno przeciążeni innymi zadaniami w związku z postępującym procesem przekształceń sektora zdrowia w Polsce.

Narodowy Program Zdrowia przygotowano z zamiarem zaakcentowania roli profilaktyki jako ważnej strategii poprawy stanu zdrowia ludności, ale w praktyce nacisk nadal kładzie się na leczenie, a profilaktyka pozostaje priorytetem drugoplanowym. Jest to charakterystyczne dla wszystkich sektorów systemu ochrony zdrowia. Instytucjonalna, skupiona na leczeniu opieka zdrowotna ma pozycję dominującą, a podstawowej opiece zdrowotnej Narodowy Program Zdrowia nie nadaje wystarczająco wysokiego priorytetu ważności ani nie przypisuje odpowiednio wysokich środków.

Zrealizowano szereg specjalistycznych programów poświęconych ograniczaniu zdrowotnych następstw palenia tytoniu, chorobom niezakaźnym, chorobom układu krążenia, gotowości systemu ochrony zdrowia na wypadek sytuacji kryzysowej, społecznym determinantom zdrowia, kapitałowi ludzkiemu itp. Świadczenia opieki zdrowotnej finansowane są ze środków przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia ze składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne w wysokości

około 9% wynagrodzenia pracownika. Ze środków budżetu państwa finansowane są programy specjalne, takie jak program ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu, program profilaktyki chorób układu krążenia itp. Świadczenia medycyny pracy finansowane są przez pracodawców, jednakże duży odsetek osób pracujących nie posiada umowy o pracę i w związku z tym nie ma dostępu do tych świadczeń.

13. Wnioski dotyczące obecnego systemu promocji zdrowia w miejscu pracy i ochrony zdrowia pracujących

1. W Polsce spełnione są podstawowe wymogi niezbędne dla rozszerzenia i rozwoju promocji zdrowia w miejscu pracy. Promocja zdrowia stanowi element Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015, ale cele związane z ochroną zdrowia pracujących i promocją zdrowia w miejscu pracy nie są w programie wystarczająco mocno akcentowane. Uwzględnienie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy byłoby niezwykle istotne, zwłaszcza biorąc pod uwagę profilaktykę chorób zawodowych i wypadków przy pracy, starzenie się siły roboczej, zapadalność na choroby związane z wykonywaną pracą, problemy z utrzymaniem zdolności do pracy, rosnące wymagania i obciążenie pracą w związku z konkurencją zawodową oraz szerzącą się współcześnie epidemię stresu zawodowego.

2. Oprócz profilaktyki i kontroli występowania chorób zawodowych i wypadków przy pracy dobrze zorganizowany system ochrony zdrowia pracujących może w znaczący sposób przyczynić się do podniesienia ogólnego stanu zdrowia ludności – obejmując swoim działaniem największą podgrupę ludności w każdym kraju (populację pracujących). Grupa ta obejmuje połowę ludności i stanowi kluczową populację z punktu widzenia ogólnego rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i wytwarzanego PKB. Promocja i utrzymywanie zdolności do pracy pracowników jest nie tylko kwestią zdrowotną, ale ma również istotne znaczenie dla długofalowego funkcjonowania gospodarki kraju, osiąganej wydajności pracy oraz długofalowej polityki społecznej (69).

3. Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy przy Instytucie Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera (IMP) posiada odpowiednie kompetencje i zasoby wiedzy w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. IMP jest odpowiednio przygotowany do opracowania – we współpracy z kluczowymi partnerami oraz właściwymi instytucjami krajowymi i regionalnymi – ogólnokrajowego programu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. W Polsce spełnionych jest wiele podstawowych wymogów warunkujących możliwość wdrożenia ogólnokrajowego programu promocji zdrowia w miejscu pracy.

4. Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP) również posiada odpowiednie możliwości, zaplecze badawcze, doświadczenie praktyczne, kompetencje i zainteresowanie zagadnieniami promocji zdrowia w miejscu pracy. CIOP-PIB ma kontakty z zakładami pracy, partnerami społecznymi, pracodawcami i związkami zawodowymi. Daje to podstawy do bliskiej współpracy między IMP i CIOP, a także ogólnej współpracy między obszarami bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony zdrowia pracujących, z uwzględnieniem promocji zdrowia w miejscu pracy.

5. W Polsce istnieją ograniczone warunki dla praktycznego działania ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. Obecnie działanie służby zdrowia pracujących zasadniczo ogranicza się do przeprowadzania badań lekarskich i kontroli sprawności. Z kolei promocja zdrowia w miejscu pracy polega na realizacji indywidualnych projektów i celów i nie ma szerszego, systemowego charakteru. Podejście ukierunkowane na indywidualnych pracowników działa dobrze, ale jest słabo zorientowane na warunki pracy i środowisko pracy. Nasuwa się wniosek, że choć dostępna jest zarówno metodologia, jak i odpowiednie kompetencje do

podjęcia bardziej kompleksowych działań w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy, to brakuje w Polsce wdrożeń na większą skalę. Szersze wdrożenie wymaga szerokiej, systemowej infrastruktury umożliwiającej dotarcie do wszystkich zakładów pracy i pracowników w ich środowisku pracy. Ogólnopolska Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy osiągnęła imponujące wyniki, ale dla systemowego wdrożenia niezbędna jest narodowa strategia ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. Sprawnie funkcjonujący i posiadający szeroki zasięg działania system służby zdrowia pracujących stanowiłby najlepszą infrastrukturę dla wszystkich działań w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, w tym promocji zdrowia w miejscu pracy.

6. Jeżeli podjęte zostaną odpowiednie działania w zakresie przyjęcia polityki, właściwych uregulowań prawnych oraz szkoleń, służba zdrowia pracujących mogłaby zapewnić realistyczną możliwość wdrożenia promocji zdrowia w miejscu pracy w sposób systemowy. Praktycznie wszyscy interesariusze, z którymi misja WHO przeprowadziła rozmowy, stwierdzili, że istnieje potrzeba powołania krajowego systemu nowoczesnej służby zdrowia pracujących. Bez posiadania infrastruktury umożliwiającej praktyczne funkcjonowanie na poziomie podstawowym trudno będzie zapewnić integrację działań promocji zdrowia w miejscu pracy na poziomie zakładu pracy i ich wdrożenie na dużą skalę. Dlatego też przygotowanie narodowej strategii i programu rozwoju systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce stanowi podstawowy warunek efektywnego wdrożenia promocji zdrowia w miejscu pracy. Opracowanie odrębnych programów dedykowanych wyłącznie promocji zdrowia w miejscu pracy nie byłoby dobrym rozwiązaniem ze względu na duplikowanie działań i mniejszą efektywność w porównaniu z kompleksowym systemem ochrony zdrowia pracujących (patrz poniżej).

7. Wszyscy interesariusze istotni dla ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce (2) stwierdzili, że zasadne jest przygotowanie Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących, obejmującej Program Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Strategia powstałaby na podstawie analizy obecnej sytuacji oraz trendów w zakresie rozwoju życia zawodowego, stanu zdrowia, bezpieczeństwa pracy i zdolności do pracy polskiej siły roboczej. Odnosiłaby się także do zidentyfikowanych zagrożeń, wyzwań i możliwości, definiując cele strategiczne i proponując plan działań wdrożeniowych.

8. Badania dowodzą, że prowadzenie odrębnych działań promocji zdrowia w miejscu pracy nie stanowi optymalnej metody wdrożenia. Korzystne byłoby ich zintegrowanie z działaniami nowoczesnej służby zdrowia pracujących, w ramach której promocja zdrowia w miejscu pracy stanowi integralny element ochrony zdrowia pracujących i jest możliwie najściślej zintegrowana z systemem ogólnej opieki zdrowotnej. Ten pogląd potwierdzają doświadczenia wielu krajów. Warunkiem skutecznej integracji jest dobrze funkcjonujący i posiadający szeroki zasięg działania system ochrony zdrowia pracujących i odpowiednia infrastruktura umożliwiająca funkcjonowanie nowoczesnej, kompleksowej służby zdrowia pracujących na poziomie przedsiębiorstwa.

9. Dostępne dowody naukowe podkreślają nieefektywność wąsko zaprojektowanych działań promocji zdrowia w miejscu pracy, koncentrujących się wyłącznie na indywidualnych pracownikach i ich stylu życia. Jednocześnie wyniki badań wskazują efektywność kompleksowych programów promocji zdrowia w miejscu pracy, zintegrowanych ze służbą ochrony zdrowia pracujących i ogólnym systemem ochrony zdrowia, ukierunkowanych na stan zdrowia pracowników, środowisko pracy, organizację pracy, społeczne determinanty zdrowia i uwzględniających konieczność łączenia życia zawodowego i rodzinnego.

10. Polscy interesariusze są zdania, że obecnie działająca w Polsce służba medycyny pracy prezentuje się słabo, jeśli chodzi o profilaktykę zagrożeń w miejscu pracy, promocję i utrzymywanie zdolności do pracy pracowników oraz promocję ochrony zdrowia pracujących

i odpowiednich warunków pracy. Niezbędna jest zmiana kierunku działania tej służby i rozszerzenie jej kompetencji w zakresie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w celu poprawy jej funkcjonowania w zakładach pracy.

11. Potrzebna jest reforma programów kształcenia specjalistów medycyny pracy i służby zdrowia pracujących oraz wypracowanie bardziej wielodyscyplinarnych kompetencji w tym obszarze. Niezbędna jest również zmiana orientacji systemu medycyny pracy i ochrony zdrowia pracujących, tak aby odpowiadał na potrzeby nowoczesnego życia zawodowego, czyli koncentrował się na profilaktyce i promocji.

12. Pomimo że w Polsce istnieje duży potencjał i spełnionych jest szereg warunków wstępnych, to jednak nie można skutecznie sprostać wyzwaniom ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy wyłącznie poprzez realizację programu promocji zdrowia w miejscu pracy. Potrzebna jest ogólnosystemowa reforma systemu ochrony zdrowia pracujących, który powinien obejmować promocję zdrowia w miejscu pracy. Niezbędna jest również poprawa – na wszystkich poziomach – współpracy między służbą ochrony zdrowia pracujących, promocją zdrowia w miejscu pracy, powszechnym systemem ochrony zdrowia oraz służbami BHP. Można to osiągnąć przy determinacji osób odpowiedzialnych za kształtowanie polityki z ramienia Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej oraz przy współpracy ze strony Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Centralnego Instytutu Ochrony Pracy CIOP-PIB, Państwowej Inspekcji Pracy, partnerów społecznych i interesariuszy.

    W tabeli 5 podsumowano mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia dla promocji zdrowia w miejscu pracy oraz ochrony zdrowia pracujących w Polsce.

Tabela 5. Analiza SWOT

ANALIZA SWOT	
MOCNE STRONY • promocja zdrowia jest elementem Narodowego Programu Zdrowia 2007-2015; • silna tradycja służby medycyny pracy, która rozwinęła się przed przekształceniami gospodarczymi w latach dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku; • około 8000 lekarzy działających w obszarze medycyny pracy; • zaplecze instytucjonalne medycyny pracy i BHP w postaci IMP i CIOP; • działające przy IMP Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy i Ogólnopolska Sieć Ośrodków Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy; • aktywny udział IMP i CIOP w projektach międzynarodowych i europejskich (WHO, MOP, UE); • zainteresowanie kluczowych partnerów, w tym IMP i sektorów ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i higieny pracy (PIP i CIOP) oraz organizacji pracodawców i związków zawodowych; • dostępność międzynarodowych modeli dobrej praktyki i przykładów skutecznego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy.	**SŁABE STRONY** • brak przepisów prawnych i regulacji kompleksowej ochrony zdrowia pracujących; • słaba współpraca między MZ a MPiPS i partnerami społecznymi; • brak systemowej polityki i programów rozwoju promocji zdrowia w miejscu pracy stanowiących element ochrony zdrowia pracujących; • przestarzałe ukierunkowanie medycyny pracy na wykonywanie badań lekarskich bez profilaktyki prowadzonej w zakładzie pracy; • działanie służby zdrowia pracujących nie obejmuje MŚP, mikroprzedsiębiorstw i osób samozatrudniających się; • słabe zrozumienie potencjału wynikającego z podejścia uwzględniającego dotarcie do zakładów pracy z działaniami w zakresie ochrony zdrowia pracujących jako instrumentu realizacji celów Narodowego Programu Zdrowia; • nierówność w ochronie zdrowia pracowników z sektorów, w których występuje wysokie ryzyko zdrowotne; • brak zainteresowania wśród pracodawców, a częściowo również wśród pracobiorców.
MOŻLIWOŚCI • włączenie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy do Narodowego Programu Zdrowia; • rozszerzenie zasięgu działania i wzmocnienie kompetencji służby zdrowia pracujących; • zmiana kierunku działania służby zdrowia pracujących wraz z odpowiednim przeszkoleniem; • wiele możliwości współpracy w ramach sektora ochrony zdrowia oraz między resortami zdrowia i pracy oraz ich instytucjami; • poprawa zdolności ludności do pracy dzięki zastosowaniu nowoczesnego podejścia ochrony zdrowia pracujących, co wzmocni zdolność do pracy, wydajność i konkurencyjność ludności; • wykorzystanie wytycznych WHO i MOP oraz dobrych praktyk z innych państw europejskich; • przygotowanie połączonych ze sobą narodowej strategii i programów ochrony zdrowia pracujących oraz promocji zdrowia w miejscu pracy.	**ZAGROŻENIA** • fragmentaryzacja ważnych ogólnokrajowych i ogólnosystemowych działań w formie odrębnych, indywidualnych projektów bez koordynacji i systemowego działania; • nieuwzględnianie populacji pracujących w strukturze priorytetowych grup docelowych krajowej polityki zdrowotnej i w konsekwencji brak możliwości poprawy zdrowia ludności i zdolności do pracy; • natężenie problemów wykluczenia z rynku pracy z powodu nabytej w związku z pracą niepełnosprawności i z powodu bezrobocia; • opóźnianie reformy systemu ochrony zdrowia pracujących, która przystosowałaby go do potrzeb nowoczesnego życia zawodowego; • zagrożenie trwałości programów zabezpieczenia społecznego oraz wydajności gospodarki spowodowane przedwczesnym przechodzeniem na emeryturę i niskim wskaźnikiem zatrudnienia.

14. Zalecenia dotyczące zintegrowanego rozwoju ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce

Poniższe zalecenia sformułowano na podstawie analizy wyników krajowych i międzynarodowych badań, przeglądu dokumentów dotyczących polityki, analizy szeregu aspektów życia zawodowego w Polsce, działań w zakresie ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy oraz wyników rozmów przeprowadzonych z najbardziej reprezentatywnymi interesariuszami podczas misji WHO w Polsce.

1. Międzynarodowe doświadczenia i dowody naukowe wskazują, że wyodrębnione i ukierunkowane na indywidualnych pracowników programy promocji zdrowia, realizowane bez ścisłego związku ze służbą zdrowia pracujących i innymi partnerami zakładu pracy, są mniej efektywne niż programy kompleksowe i zintegrowane. Wynika to głównie z potrzeby modyfikacji i uwzględnienia szeregu czynników i determinant zdrowia w pracy oraz czynników środowiska pracy bez ograniczania się wyłączne do zachowania i stylu życia indywidualnych pracowników. Dlatego też zaleca się, aby programy promocji zdrowia w miejscu pracy były opracowywane jako element ogólnego programu ochrony zdrowia pracujących stanowiącego część narodowego systemu ochrony zdrowia.

2. Zaleca się zreformowanie systemu ochrony zdrowia pracujących w Polsce, zgodnie z wytycznymi Konwencji Nr 161 MOP, Rekomendacją 171 i wytycznymi zawartymi w opracowanym przez WHO Światowym Planie Działania na Rzecz Zdrowia Pracowników. Zaleca się, aby pierwszym krokiem w ramach reformy było opracowanie – we współpracy ze wszystkimi kluczowymi interesariuszami, w tym właściwymi resortami (MZ, MPiPS), partnerami społecznymi, instytutami badawczymi i stowarzyszeniami zawodowymi – **Krajowej Polityki i Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących** wraz z odpowiednim **Planem Działania**. W wielu krajach przygotowanie tego dokumentu powierzano krajowej komisji lub grupie zadaniowej, w skład której wchodzili wszyscy kluczowi partnerzy, reprezentujący istotne kompetencje w obszarze ochrony zdrowia pracujących.

3. Zaleca się opracowanie Krajowego Profilu Służby Zdrowia Pracujących. Profil powinien zawierać informacje na temat niezbędnych uregulowań prawnych i pozostałych warunków koniecznych do funkcjonowania ochrony zdrowia pracujących, narodowych programów, zasobów materialnych i ludzkich, kluczowych instytucji, partnerów społecznych, kluczowych wyzwań i problemów, silnych stron i możliwości oraz wskaźników ochrony zdrowia pracujących i bezpieczeństwa pracy, takich jak choroby zawodowe, urazy odniesione przy pracy, utrata efektywnych lat pracy z powodu absencji chorobowej i niezdolności do pracy.

4. Proponowana reforma polskich służb ochrony zdrowia pracujących ma na celu odejście od obecnie stosowanego, ograniczonego podejścia medycyny pracy i przyjęcie kompleksowego podejścia ochrony zdrowia pracujących, koncentrującego się na podstawowej profilaktyce i ochronie zdrowia, zgodnie z definicją wypracowaną wspólnie przez WHO i MOP. Rys. 3 i rys. 4 ilustrują kompleksowy model działania systemu ochrony zdrowia pracujących. Zreformowany system powinien obejmować kluczowe działania wchodzące w zakres nowoczesnej i kompleksowej ochrony zdrowia pracujących, którymi są:

   - *profilaktyka zagrożeń w miejscu pracy* jako główny element działalności w zakresie ochrony zdrowia pracujących – ukierunkowana w dużej mierze na środowisko i organizację pracy, a nie na badania lekarskie pracowników;
   - *promocja zdrowia i zdolności do pracy pracowników* ze szczególnym uwzględnieniem zawodowych determinant zdrowia, zagrożeń psychospołecznych, problemów związanych

z łączeniem życia zawodowego i rodzinnego oraz indywidualnych czynników związanych z pracą;

- *nadzór, rozpoznanie, profilaktyka, ocena ryzyka i monitorowanie zagrożeń* będących przyczyną chorób zawodowych oraz chorób i urazów związanych z wykonywaną pracą, a także inicjowanie działań profilaktycznych na poziomie zakładów pracy;
- *informacja i edukacja zdrowotna, doradztwo i wsparcie specjalistyczne* dla pracodawców i pracowników w celu kształtowania bezpiecznych, zdrowych i odpowiednich warunków pracy;
- *edukacja zdrowotna i poradnictwo* w zakresie bezpiecznych i sprzyjających zdrowiu praktyk pracy oraz zdrowego stylu życia i upowszechnianie organizacji pracy sprzyjającej zdrowiu i bezpieczeństwu;
- *wstępne i okresowe badania lekarskie* stanowią jedno z zadań służby zdrowia pracujących, ale traktowane są jako drugorzędne w stosunku do podstawowych działań profilaktycznych i ukierunkowanych na zakłady pracy.

5. Nowoczesna, kompleksowa służba zdrowia pracujących powinna działać na podstawie nowoczesnych regulacji prawnych, powinna być zintegrowana z innymi działami sektorów ochrony zdrowia i pracy, i powinna być przez nie wspierana. W związku z tym służba zdrowia pracujących powinna rozwijać się jako część **systemu ochrony zdrowia i znaleźć swoje miejsce w Narodowym Programie Zdrowia** oraz innych właściwych programach sektora zdrowia. Przy realizacji programów ukierunkowanych na zwalczanie poszczególnych typów chorób lub innych krajowych programów należy rozważyć partycypację instytucji ochrony zdrowia pracujących w celu dotarcia do pracowników w zakładach pracy. System ochrony zdrowia pracujących powinien również współpracować z sektorem BHP, np. inspekcje powinny być prowadzone według odpowiednich wytycznych MOP.

6. **Zalecane są różne modele realizacji świadczeń ochrony zdrowia pracujących,** w zależności od potrzeb różnych typów zakładów pracy i pracowników. Duże przedsiębiorstwa zachęca się do utrzymywania własnej służby zdrowia pracujących, podczas gdy małe i średnie przedsiębiorstwa oraz osoby prowadzące jednoosobową działalność gospodarczą mają możliwość zorganizowania dostępu do usług zewnętrznych świadczonych przez specjalistyczne jednostki służby zdrowia pracujących lub podstawowej opieki zdrowotnej, w których pracują specjaliści przeszkoleni w zakresie ochrony zdrowia pracujących, zwłaszcza w wymiarze podstawowym (BOHS). W celu objęcia systemem ochrony zdrowia pracujących osób, które obecnie nie mają dostępu do świadczeń, zaleca się stosowanie systemu podstawowej ochrony zdrowia pracujących (BOHS) jako elementu publicznego systemu opieki zdrowotnej.

7. **Potrzebna jest odpowiednia liczba kompetentnych specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących**. Dla systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy należy zapewnić lekarzy i pielęgniarki medycyny pracy, psychologów, specjalistów od higieny i ergonomii pracy. Wymaga to zorganizowania odpowiedniego ogólnokrajowego programu szkoleń z zakresu nowoczesnej, kompleksowej ochrony zdrowia pracujących dla personelu tego sektora. Tam gdzie nie ma możliwości utworzenia wielodyscyplinarnych zespołów służby zdrowia pracujących – poza zespołem lekarzy i pielęgniarek medycyny pracy – należy zapewnić, w ramach drugiego i trzeciego poziomu, wsparcie pozostałych specjalistów (ergonomii pracy, higieny pracy, psychologów). Potrzebne są specjalne szkolenia dla personelu medycyny pracy celem podniesienia jego kompetencji w zakresie kompleksowej ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy.

8. Model, w którym świadczeniodawcy świadczeń ochrony zdrowia pracujących otrzymują wynagrodzenie za działania o ograniczonym charakterze – takie jak badania lub orzeczenia

lekarskie – powoduje nieefektywne wykorzystanie kompetencji specjalistów medycyny pracy i zawęża zakres realizowanych przez nich świadczeń. Nie sprzyja to rozwojowi kompleksowego, nastawionego na profilaktykę i ukierunkowanego na zakład pracy modelu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy. Reforma systemu ochrony zdrowia pracujących powinna przewidywać **zmodyfikowanie obecnie obowiązującego systemu finansowania i wynagradzania** personelu służby zdrowia pracujących.

9. Należy zapewnić **odpowiednie szkolenia i informacje** na temat ochrony zdrowia pracujących, a w szczególności na temat służby zdrowia pracujących, dla przedstawicieli pracodawców i pracobiorców oraz osób odpowiedzialnych za organizację systemu ochrony zdrowia pracujących w ministerstwach i właściwych instytucjach, w tym instytutach odpowiedzialnych za ochronę zdrowia pracujących. Wymagałoby to przyjęcia ogólnokrajowego programu szkoleń z zakresu funkcjonowania nowoczesnej służby zdrowia pracujących. Wskazane byłoby powołanie ogólnokrajowego centrum informacji o ochronie i służbie zdrowia pracujących.

10. W celu szczególnego wzmocnienia ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy zaleca się opracowanie ***Krajowego Programu Promocji i Utrzymania Zdolności do Pracy Pracowników,*** jako elementu proponowanej powyżej *Krajowej Polityki i Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących*. Zalecane jest rozszerzenie obecnego modelu promocji zdrowia w miejscu pracy i ujęcie w nim kompleksowego modelu promocji i utrzymania zdolności do pracy, który koncentrowałby się głównie na wzmacnianiu zdolności do pracy, zapobieganiu niezdolności do pracy, wspieraniu kontynuacji aktywności zawodowej w starszym wieku oraz skupiałby się na poprawie środowiska i organizacji pracy, ponieważ poprawa tych czynników umożliwiłaby osiągnięcie celu związanego z utrzymywaniem zdolności do pracy. Działania te powinny być wspierane przez wielodyscyplinarną grupę specjalistów. Zalecane jest, aby w opracowywaniu i wdrażaniu programu uczestniczyli przedstawiciele pracodawców, pracobiorców i odpowiednich środowisk eksperckich. Program powinien być wdrażany przy pomocy zreformowanej służby zdrowia pracujących i przy istotnym zaangażowaniu jej personelu, a także odpowiednich służb wspierających oraz pozostałych ekspertów i partnerów, zwłaszcza organizacji pracodawców i pracobiorców.

11. Należy zapewnić **odpowiednie, długofalowe finansowanie** systemu ochrony zdrowia pracujących i stanowiącej jego integralną część promocji zdrowia w miejscu pracy. Przygotowując reformę systemu finansowania, należy uwzględnić zróżnicowane sytuacje poszczególnych grup docelowych systemu ochrony zdrowia pracujących. Przykładowo: trzeba uwzględnić różne możliwości finansowe dużych przedsiębiorstw, mikroprzedsiębiorstw, osób samozatrudniających się czy pracowników sektora nieformalnego. Należy rozważyć możliwość finansowania ze środków publicznych świadczeń dla sektorów, które obecnie nie mają pełnego dostępu do systemu. Inne możliwe rozwiązanie polega na włączeniu zasady solidarności do modeli ubezpieczeniowych (patrz: zalecenie 12).

12. Model **finansowania zarówno systemu ochrony zdrowia pracujących, jak i promocji zdrowia w miejscu pracy** powinien być opracowany z uwzględnieniem ogólnego modelu finansowania sektora zdrowia w danym kraju. W większości nowych państw członkowskich UE funkcjonuje model ubezpieczeniowy. Wybierając model ubezpieczeniowy, odpowiedzialność pracodawcy - jako podmiotu finansującego funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy - należy kształtować zgodnie z zasadami MOP. W niektórych krajach koszty ochrony zdrowia pracujących pokrywa się z części składek na ubezpieczenie od wypadków przy pracy, opłacanych przez pracowników. Świadczenia na rzecz sektorów i grup pracowników nieobjętych lub tylko częściowo objętych systemem ochrony zdrowia pracujących (np. pracownicy sektora rolnego, nieformalnego i osoby samozatrudniające się) powinny być finansowane z budżetu państwa.

13. Należy zorganizować i zapewnić stałe **wsparcie badawcze** dla rozwoju systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy przez odpowiednie jednostki badawcze – IMP, NIZP, CIOP-PIB. Zaleca się powołanie forum współpracy tych instytucji.

14. Należy wzmocnić **nadzór i rolę zarządczą Ministerstwa Zdrowia** poprzez powołanie w ministerstwie specjalnej jednostki odpowiedzialnej za system ochrony zdrowia pracujących. Jednostka ta powinna współpracować ze wszystkimi istotnymi interesariuszami ochrony zdrowia pracujących w Polsce. Należy zapewnić pełną partycypację oraz określić rolę i obowiązki Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej, Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera i Centralnego Instytutu Ochrony Pracy w procesie opracowywania i praktycznego wdrażania systemu ochrony zdrowia pracujących. Zaleca się zagwarantowanie długofalowego finansowania tego typu działań podejmowanych przez wspomniane instytucje publiczne. Podobnie należy zapewnić partycypację partnerów społecznych, pracodawców i pracobiorców.

15. Dla wzmocnienia działań ogólnosystemowych na rzecz modyfikacji polityki, zarządzania i praktyki ochrony zdrowia pracujących w Polsce (w tym promocji zdrowia w miejscu pracy) proponuje się zorganizowanie **Krajowej Konferencji Nowoczesnego Systemu Ochrony Zdrowia Pracujących**, uwzględniającej w miarę możliwości międzynarodowy wkład merytoryczny (np. Sieć Państw Regionu Bałtyckiego ds. Zdrowia i Bezpieczeństwa Pracy). W przyszłości można byłoby kontynuować tradycję organizowania tego typu konferencji w formie Krajowego Forum Ochrony Zdrowia Pracujących. Promocja zdrowia w miejscu pracy powinna być jednym z kluczowych punktów programu takiego forum.

16. W procesie opracowywania kompleksowego systemu ochrony zdrowia pracujących zaleca się wykorzystanie **międzynarodowych doświadczeń i dobrych praktyk**, w tym działań w zakresie promocji i utrzymania zdolności do pracy i zdrowia pracowników. Wymianie doświadczeń służyć może spotkanie ekspertów europejskich na temat strategii działania systemu ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy, którego organizacja zalecana byłaby w najbliższej przyszłości. Wyniki tego spotkania należałoby wykorzystać w procesie planowania na szczeblu krajowym działań związanych z przygotowaniem polityki i strategii ochrony zdrowia pracujących i promocji zdrowia w miejscu pracy.

Załącznik: Materiały źródłowe

1. Biennial Collaborative Agreement (BCA) between the Minister of Health of the Republic of Poland and the Regional Office for Europe of the World Health Organization 2010/2011. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/107554/POL_2010_2011.pdf

2. Rantanen J, Kim R. Strengthening stewardship function of the Ministry of Health for the Improvement of health promotion at the workplace in Poland. A Report by Professor Jorma Rantanen and Dr. Rokho Kim on Mission for Strengthening stewardship function of the Ministry of Health for the Improvement of health promotion at the workplace in Poland 8-11 September 2010. WHO Country Office, Poland 2010.

3. Hasle P, Limborg H J. A review of the literature on preventive occupational health and safety activities in small enterprises. Industrial health 44, 6-12, 2006. http://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/44/1/6/_pdf

4. O. H. Sørensen, P. Hasle, E. Bach: Working in Small Enterprises - is there a Special Risk? Safety Science. 2007. Vol. 45 (10), p. 1044-1059.

5. Elsler D. (Ed) Occupational safety and health and economic performance in small and medium-sized enterprises: a review. European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), Spain 2009. http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-80-09-640-EN-N_occupational_safety_health_economic_performance_small_medium_sized_enterprises_review

6. The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP) Small, Healthy and Competitive. Report on the Current Status of Workplace Health Promotion in Small and Medium-Sized Enterprises (SMEs). New Strategies for Improved Health in Small and Medium-Sized Enterprises. Federal Association of Company Health Insurance Funds (BKK Bundesverband), European Information Centre, Essen Germany 2001. http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/report_on_the_current_status.pdf

7. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Health and safety at work in SMEs: Strategies for employee information and consultation. http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0911028s/tn0911028s.pdf

8. Morse T, Dillon C, Weber J, Warren N, Bruneau H, Rongwei Fu. Prevalence and reporting of occupational illness by company size: Population trends and regulatory implications. *American Journal of Industrial Medicine* Vol 45, 4, 361–370, 2004

9. Healthy work in an ageing Europe. 5th Initiative of the ENWHP 2004 – 2006. http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/5th-initiative-healthy-work-in-an-ageing-europe.html

10. Morschhäuser M, Sochert R: Healthy Work in an Ageing Europe -Strategies and Instruments for Prolonging Working Life, 2006 (PDF 0.6 MB).

11. Ilmarinen J. The ageing workforce—challenges for occupational health. Occup Med (Lond) (September 2006) 56 (6): 362-364.

12. Villosio C, Di Pierro D, Giordanengo A, Paolo Pasqua P, Richiardi M. Working conditions of an ageing workforce. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions Working conditions of an ageing workforce. Office for Official Publications of the European Communities Luxembourg 2008. http://www.epha.org/IMG/pdf/ef0817en.pdf

13. World Health Organization. Regional Office for Europe. The European health report 2009: Health and health systems. World Health Organization 2009. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/82386/E93103.pdf

14. European Network for Workplace Health Promotion. A Brochure. Published by BKK Bundesverband / ENWHP Secretariat, Essen, Germany 2009.
http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Image_brochure/ENWHP_Broschuere_englisch.pdf

15. Kawakami T. Participatory approaches to improving safety, health and working conditions in informal economy workplaces . Experiences of Cambodia, Thailand and Viet Nam.
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_emp/---emp_policy/documents/meetingdocument/wcms_125988.pdf

16. Munar L (Ed.). Mainstreaming OSH into business management. European Agency for safety and health, Bilbao 2010.
http://osha.europa.eu/en/publications/reports/mainstreaming_osh_business

17. Green, J. The role of theory in evidence-based health promotion practice. Health Education Research, 18. 2000.

18. Nutbeam, D. and Harris, E. (1998). Theory in a Nutshell. National Centre for Health Promotion, Sydney.

19. US National Cancer Institute (2005). Theory at a Glance: A Guide for Health Promotion Practice (second edition). U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health.
www.cancer.gov/theory/pdf

20. National Institute for Occupational Safety and Health, NIOSH. USA. Essential Elements of Effective Workplace Programs and Policies for Improving Worker Health and Wellbeing. Washington 2008.
http://www.cdc.gov/niosh/worklife/essentials.html

21. Terris M. Concepts of health promotion: dualities in public health theory.
http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd68/paho557/s6.pdf

22. Harden A, Peersman G, Oliver S, Mauthner M, Oakley A. A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace.
Occupational medicine Oxford England (1999), Volume: 49, Issue: 8, Pages: 540-548

23. Eakin J. M., Cava M. and Smith T. F. From Theory to Practice: A Determinants Approach to Workplace Health Promotion in Small Businesses. Health Promot Pract 2001; 2; 172.

24. Martin A, Sanderson K, Cocker F. Meta-analysis of the effects of health promotion intervention in the workplace on depression and anxiety symptoms.. Scand J Work Environ Health, 35(1):7-18, 2009

25. Goldgruber J, Ahrens D. Effectiveness of workplace health promotion and primary prevention interventions: a review. J Public Health (2010) 18:75–88.

26. World Health Organization, Regional Office for Europe. Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series No 92, Copenhagen, 2001

27. WHO and World Economic Forum. Preventing Noncommunicable Diseases in the Workplace through Diet and Physical Activity. WHO/World Economic Forum report of a joint event. World Health Organization / World Economic Forum 2008
https://members.weforum.org/pdf/Wellness/WHOWEF_report.pdf

28. Sockoll I, Kramer I, Bödeker W. IGA-Report 13e Effectiveness and economic benefits of workplace health promotion and prevention Summary of the scientific evidence 2000 to 2006. BKK Bundesverband (Federal Association of Company Health Insurance Funds) Germany, 2009

29. Peersman G, Harden A, Oliver S. Effectiveness of health promotion interventions in the workplace: a Review Health Education Authority, UK, 1998.

http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=501959

30. Pelletier, K R. A Review and Analysis of the Clinical and Cost-Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: Update VI 2000-2004. Journal of Occupational & Environmental Medicine:
Volume 47 - Issue 10 - pp 1051-1058, 2005.
http://www.nice.org.uk/niceMedia/documents/effective_workplace.pdf

31. De Greef M, Van den Broek K. Making the Case for Workplace Health Promotion. Analysis of the effects of WHP. European Network for Workplace Health Promotion. Healthy employees in Healthy Organisations.
http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/report_business_case.pdf

32. CDC USA. Workplace Health Model. Building a workplace health program should involve a coordinated, systematic and comprehensive approach
http://www.cdc.gov/workplacehealthpromotion/model/index.html

33. World Health Organization. Milestones in health promotion. WHO Geneva 2009.
http://www.who.int/healthpromotion/milestones/en/index.html

34. Nairobi Call to Action. 7th Global Conference on Health Promotion. Promoting Health and Development: Closing the Implementation Gap, Nairobi, Kenya, 26-30 October 2009.
http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/e/GFPstaerken/Netzwerke/Nairobi-Call-to-Action-Nov09.pdf

35. Workplace Health Promotion in Enlarging Europe. Edited by Elżbieta Korzeniowska and Krzysztof Puchalski. http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/6th_Initiative/DRAGON-FLY_WHP_in_Enlarging_Europe_Polen_Nofer2006_2.pdf

36. European Network for Workplace Health Promotion, ENWHP. Disseminating Good Workplace Health in Eastern European Countries, 6th Initiative (2005 - 2007)
http://www.enwhp.org/enwhp-initiatives/6th-initiative-whp-in-an-enlarging-europe.htmlcountries

37. The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP))
http://www.enwhp.org/home.html

38. Breucker G. Towards Healthy Organisations in Europe – From Utopia to Real Practice.
BKK Federal Association , Essen, Germany 2004.
http://www.enwhp.org/fileadmin/downloads/Publications/Towards_Healthy_Organisations_in_Europe.pdf

39. The Canadian Council on Integrated Health care: A Discussion Paper on Workplace Health, 2002.
http://www.ccih.ca/docs/CCIH_DiscussionPaper_on_WorkplaceHealth_LastVersion.pdf

40. Quintiliani L, Sattelmaier J, Sorensen G. The workplace as a setting for interventions to improve diet and promote physical activity. Background paper prepared for the WHO/WEF Joint Event on Preventing Non-communicable Diseases in the Workplace, (Dalian/ China, September 2007)
http://www.who.int/dietphysicalactivity/Quintiliani-workplace-as-setting.pdf

41. Fingerhut M. (2005) Contribution of occupational risks to the global burden of disease.
Am J Ind Med; 48: 395–541.

42. Hämäläinen P, Saarela K-L, Takala J. Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at region and country level.
Journal of Safety Research 40 (2009) 125–139

43. Nelson, D., Concha-Barrientos, M., Driscoll, T., Steenland, K., Fingerhut, M., Punnett, L., et al. The Global Burden of Selected Occupational Diseases and Injury Risks: Methodology and Summary. American Journal of Industrial Medicine, 48, 400−418, 2005.

44. Nurminen M, Karjalainen A. Epidemiologic estimate of the proportion of fatalities related to occupational factors in Finland. Scand J Work Environ Health 2001;27(3):161—213.

45. Rosengren A, Hawken S, Öunpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet* 2004; 364**:** 953-962.

46. Puchalski K, Korzeniowska E, Pyzalski J, Wojtaszczyk P. Opinions of Polish occupational medicine physicians on workplace health promotion. IJOMEH 2005;18(3) 241-249.

47. WHO Regional Office for Europe. Good Practice in Occupational Health Services:
A Contribution to Workplace Health. Copenhagen 2002.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/115486/E77650.pdf

48. Occupational Health 2015. Development Strategy for Occupational Health Care. A Government Resolution. Publications of the Ministry of Social Affairs and Health, Finland 2004:5, Helsinki.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3947.pdf

49. Central Statistical Office, Poland. Concise Statistical Yearbook of Poland. 2010
http://www.stat.gov.pl/gus/5840_737_ENG_HTML.htm

50. European Commission Enterprise and industry SBS Fact sheet. Poland
http://ec.europa.eu/enterprise/policies/sme/files/craft/sme_perf_review/doc_08/spr08_fact_sheet_pl_en.pdf

51. Parent-Thirion A, Fernández M E, Hurley J, Vermeylen G. Fourth European Working Conditions Survey. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Office for Official Publications of the European Communities,
Luxembourg 2007
http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2006/98/en/2/ef0698en.pdf

52. Peña-Casas R, Pochet P. Convergence and divergence of working conditions in Europe: 1990-2005. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities
2009.
http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/104/en/1/EF08104EN.pdf

53. Wojtaszczyk P, Pyżalski J. Polish Network for Workplace Health Promotion
National Centre for Workplace Health Promotion NIOM Poland
Dragon Fly Project , Cracow Seminar 2006.
http://www.imp.lodz.pl/home_pl/search_results/

54. National Center for Health Promotion in the Workplace, Nofer Institute of Occupational Health, Lodz, Poland.
http://www.imp.lodz.pl/home_pl/about_imp/structure/krajowe_centrum_promocji_zdrowia_w_miejscu_pracy_zaklad/

55. Ministry of Health Poland. National Health Programme 2007-201.
WHO Country Office for Poland 2010.

56. Korzeniowska WE, Puchalski K,Chromińska-Szosland D, Pyżalski J, Goszczyńska E, Wojtaszczyk P, Knol K. Polish National Centre for Workplace Health Promotion. A power point presentation. Nofer Institute of Occupational Medicine 2010

57. International Labour Organization. *Convention No. 161 on Occupational Health Services*. Geneva, 1985. . http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C161

58. International labour Organization Recommendation No. 171 on Occupational Health Services. Geneva 1985. http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?R171§

69. Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy. Polish Society of Occupational Medicine. http://www.imp.lodz.pl/home_pl/about_imp/towarzystwa_naukowe/polskie_towarzystwo_medycyny_pracy/

60. An occupational health doctor in Poland. http://www.badania-na-prawo-jazdy-wroclaw.com/occupational-health-doctor.html

61. Puchalski K, Korzeniowska E, Iwanowicz E. Attitudes of occupational medicine nurses towards workers' health promotion. Med Pr. 2007;58(6):485-99.

62. Parszuto J, Jaremin B, Tukalska-Parszuto M. Evaluation of occupational medicine service tasks in the context of the Occupational Medicine Service Act, article 12, on the basis of statistical indicators in the Pomorskie voivodship. Med Pr. 2009;60(1):35-41.

63 . Parszuto J, Zagozdzon P, Bogdan J, Scisło E, Korczak-Michałowska A. A quality assessment of prophylactic examinations carried out by physicians of various specializations and qualifications among employees in the Pomorskie Voivodeship in the years 2005-2008]. Med Pr. 2008;59(6):461-6.

64. Boczkowski A. The competences postulated as requirements for occupational medicine training in Europe as viewed by Polish specialists. IJOMEH vol. 14, no. 1, 63 – 69 2001

65. Wojda M. Human resources and activities in the occupational medicine service of Poland in 2003.Med Pr. 2005; 56(3):191-5.

66. Rantanen J. Occupational health services (OHS) in Finland. A paper presented in the Integration of Workers' Health in the Strategies for Primary Health Care. Government of Chile, Ministry of Health, Ministry of Labour and Social Forecast in collaboration with the World Health Organization. An Intercountry Consultation, 4–7 May 2009, Santiago, Chile.

67. Rantanen J. Basic Occupational Health Services. A WHO/ILO/ICOH/FIOH Guideline. 3rd revised Edition. Finnish Institute of Occupational Health, Helsinki 28 September 2007. http://www.ttl.fi/en/publications/Electronic_publications/Documents/BOHS3Edition28Sept2007_3_.pdf

68. Ilmarinen J. Work Ability – a comprehensive concept for occupational health research and prevention. Editorial.Scand J Work Environ Health 2009;35(1):1-5