



**Opinia Prezesa**  
**Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji**  
**nr 7/2017 z dnia 10 stycznia 2017 r.**  
**o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Regionalny Program**  
**Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na**  
**wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących**  
**w województwie podlaskim”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej został przygotowywany w sposób staranny i rzetelny. Swoimi założeniami i zaplanowanymi interwencjami może przyczynić się do poprawy zdrowia w miejscu pracy na terenie województwa. Ponadto uzupełnia on świadczenia finansowane ze środków publicznych. Niemniej jednak projekt zawiera kilka niejasności, które warto skorygować, tak aby całość projektu nie budziła zastrzeżeń.

Cel główny programu został wskazany poprawnie, jednak należy wskazać dla niego ramy czasowe. Cele szczegółowe (Identyfikacja czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród osób włączonych do Programu; Modyfikacja stylu życia w zakresie zachowań zdrowotnych, co najmniej 30% osób włączonych do Programu) należy zmodyfikować, tak aby nie stanowiły możliwych do podjęcia działań a ich rezultaty. Mierniki efektywności nie budzą zastrzeżeń.

Populacja docelowa określona w ramach projektów została określona poprawnie. Zastrzeżenia budzą jednak niespójne w treści projektu oszacowania liczebności uczestników w III etapie programu, co należy doprecyzować.

Zaplanowane w projekcie interwencje są zgodne z rekomendacjami. Konieczne jest jednak:

- wskazanie uzasadnienia dla zaplanowania udziału edukatorów zdrowotnych w szkoleniu z lekarzami jak i w szkoleniu z pielęgniarkami biorąc również pod uwagę zaplanowane oddzielne szkolenia dla edukatorów;
- uzasadnienie przyjętego rozróżnienia szkoleń dla edukatorów i innych pracowników, pomimo takiego samego zakresu szkolenia;
- wskazanie która z dwóch wymienionych skal dot. oceny ryzyka chorób układu krążenia zostanie wykorzystana w programie;
- jasne określenie miejsca prowadzenia działań edukacyjnych na poziomie III;
- zasady kontynuowania współpracy z edukatorem zdrowotnym.



W ramach monitorowania programu poprawnie określono ocenę zgłaszalności. Ocena jakości udzielanych świadczeń powinna zostać uzupełniona o wskaźniki jakie planuje się w jej ramach wykorzystać. Ewaluacja programu nie budzi zastrzeżeń.

Przedstawione w ramach budżetu oszacowania kosztów cateringu zaplanowanego w ramach szkoleń zawierają różne wartości w zależności od adresatów szkoleń, co nie znajduje uzasadnienia w treści projektu. Należy kwestię to wyjaśnić i doprecyzować.

### **Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący promocji zdrowia w miejscu pracy. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi 8,2 mln zł, zaś okres realizacji to lata 2017-2020.

Opinia Prezesa Agencji została przygotowana w oparciu o ocenę technologii medycznej proponowanej w ramach programu polityki zdrowotnej zgodnie z kryteriami zawartymi w art. 31a ust. 1 i art. 48 ust. 4 ustawy o świadczeniach wraz z oceną założeń projektu programu polityki zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

### **Ocena projektu programu polityki zdrowotnej**

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Projekt programu odnosi się do profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworów oraz zewnętrznych przyczyn zgonów (tj. stres/depresja). Problem zdrowotny został opisany poprawnie. Określono podział ze względu na choroby cywilizacyjne, dokonano również określenia czynników ryzyka.

Program realizuje 4 priorytety zdrowotne tj. zmniejszenie zachorowalności i przedwczesnej umieralności z powodu chorób naczyniowo-sercowych, w tym zawałów serca i udarów mózgu, nowotworów złośliwych, zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych, ograniczanie szkód zdrowotnych spowodowanych paleniem tytoniu oraz 2 cele operacyjne i kierunki interwencji do roku 2020 określonych w Policy Paper 2014-2020.

Dane epidemiologiczne dotyczące chorób układu krążenia, nowotworów oraz zewnętrznych przyczyn zgonów zostały opisane w projekcie programu w sposób dokładny i rzetelny. Z danych w projekcie wynika, że głównymi przyczynami zgonów w województwie podlaskim są tzw. choroby cywilizacyjne, na które składają się: choroby układu krążenia, nowotwory, choroby układu oddechowego, choroby układu kostno-stawowego i mięśniowego, choroby psychiczne i zaburzenia zachowania oraz urazów, zatruc i innych zewnętrznych przyczyn zgonów. Są to choroby spowodowane niewłaściwym stylem życia, które od innych chorób odróżnia przede wszystkim to, że w dużej mierze można im zapobiec wprowadzając zmiany w stylu i środowisku życia.. Czynnikiem ryzyka były: siedzący tryb życia, nadwaga i otyłość, brak aktywności fizycznej, dieta bogata w produkty wysokotłuszczowe i zawierająca zbyt dużą ilość cukrów, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, stres, a także modyfikowalne czynniki ryzyka związane z miejscem pracy.

#### Cele i efekty programu

Celem głównym programu jest poprawa stanu zdrowia populacji pracującej w województwie podlaskim, poprzez przeprowadzenie interwencji w zakresie modyfikacji czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych oraz wdrożenie działań mających na celu zmianę niewłaściwego stylu życia. Cel główny został prawidłowo określony natomiast należałoby określić horyzont czasowy w jakim planowane jest osiągnięcie celu głównego. Dodatkowo wskazano 5 celów szczegółowych. Należy wskazać, że częściowo (cele: Identyfikacja czynników ryzyka chorób cywilizacyjnych wśród osób włączonych do Programu; Modyfikacja stylu życia w zakresie zachowań zdrowotnych, co najmniej 30% osób włączonych do Programu) przedstawiają one możliwe do podjęcia działania, zatem warto je przeformułować, tak aby spełniały regułę SMART, według której cel powinien być m.in. szczegółowy, mierzalny, osiągalny, istotny i terminowy.

Mierniki efektywności określone w projekcie programu zostały przedstawione poprawnie i przejrzysto. Zaplanowano także, że mierniki efektywności odpowiadające celom programu zostaną

poddane analizie porównawczej w odniesieniu do sytuacji sprzed wprowadzenia programu. Należy zaznaczyć, że miernik dotyczący chorobowości hospitalizowanej z powodu chorób układu krążenia i nowotworów w województwie podlaskim powinien odnosić się również do zewnętrznych przyczyn zgonów, tym wypadku do depresji/stresu.

#### Populacja docelowa

Populacja docelowa programu została podzielona na poszczególne jego etapy.

Poziom I (etap szkoleniowy) obejmie lekarzy POZ (261 os.), pielęgniarki POZ (187 os.), lekarzy medycyny pracy (30 os.), edukatorów zdrowotnych (120 os.), pracodawców lub osoby zarządzające (963 os.) oraz pracowników BHP, PIP, PIS (150 os.). Łącznie będzie to 1 711 osób.

Poziom II (etap edukacyjny) obejmie pracowników w wieku 25-50 lat zatrudnionych w zakładach pracy na terenie województwa podlaskiego. Zakłada się włączenie do programu ok. 102 tys. osób w tym 49 tys. kobiet. Oszacowania nie budzą zastrzeżeń.

Poziom III projektu programu obejmie osoby, u których w ramach działań na poziomie II, stwierdzono ryzyko występowania minimum 1 czynnika ryzyka spośród: chorób układu krążenia, nowotworów oraz zewnętrznych przyczyn zgonów/zachorowań (depesji/stresu). Zaplanowano włączenie ok. 70% uczestników z poziomu II tj. ok. 72 tys. osób. Oszacowanie zostało przygotowane w oparciu o wyniki badania WOBASZ II 2013-2014. Należy jednak przy tym zauważyć, że w badaniu WOBASZ II brały udział osoby w wieku 20-74 lata, a oceniany projekt z województwa podlaskiego kierowany jest do populacji w wieku 20-50 lat. W związku z tym istnieje ryzyko, że odsetki populacji z czynnikami ryzyka (założone 72% z minimum 1 czynnikiem ryzyka) odnosi się do szerszej populacji. Dodatkowo w projekcie pojawiają się niespójne informacje dot. odsetka osób z wykrytym czynnikiem ryzyka. W oszacowaniach populacji wskazuje się na 72 tys. osób, zaś w dalszej części projektu 93 tys. osób. Warto również zaznaczyć, że koszty projektu programu dla poziomu III zostały przedstawione z uwzględnieniem 93 tys. os. Powyższe niejasności wymagają doprecyzowania.

#### Interwencja

W ramach programu wskazano poszczególne interwencje do odpowiednich poziomów projektu.

W ramach etapu szkoleniowego (poziom I) zostaną przeprowadzone działania informacyjno-edukacyjne, celem uświadomienia zagrożenia związanego z chorobami cywilizacyjnymi oraz zachęcenia do wzięcia udziału w Programie. Poza tymi działaniami zaplanowano zorganizowanie odrębnych szkoleń dotyczących zagadnień merytorycznych oraz organizacyjnych programu skierowanych do lekarzy POZ i lekarzy podstawowych służb medycyny pracy, pielęgniarek POZ, osób pełniących w ramach realizacji programu funkcje edukatorów zdrowotnych (osoby wykonujące zawody medyczne regulowane właściwymi ustawami oraz absolwenci studiów wyższych II stopnia kierunku zdrowie publiczne), pracowników PIS, PIP i BHP oraz pracodawców i osób zarządzających.

Wątpliwości budzi fakt, że w ramach tego etapu zaplanowano udział edukatorów zdrowotnych w szkoleniu z lekarzami jak i w szkoleniu z pielęgniarkami. Jest to działanie niejasne z uwagi na fakt, że dla samych edukatorów również zostały przewidziane oddzielne szkolenia. Pozostałe grupy tj. pracownicy PIP, BHP, PIS nie będą mieć szkoleń w połączeniu z edukatorami. Warto byłoby tą kwestię doprecyzować.

Ponadto należy zwrócić uwagę, że zakres szkoleń dla pracowników PIP/BHP/pracodawców/edukatorów zdrowotnych jest taki sam. Nie jest jasne czy w obrębie poszczególnych grup uczestników szkoleń będzie istniał jakiś podział (np. większy nacisk będzie kładziony na poszczególne elementy edukacji czy w każdej z tej grup będzie ona identyczna).

Zaplanowane interwencje w ramach poziomu I stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych oraz świadczeń oferowanych w ramach programów populacyjnych dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworów jelita grubego oraz piersi. Obecnie nie są prowadzone szkolenia obejmujące swoim zakresem lekarzy POZ i lekarzy podstawowych służb medycyny pracy, pielęgniarek POZ, osób pełniących w ramach realizacji programu funkcje edukatorów zdrowotnych, pracowników PIS, PIP i BHP oraz pracodawców i osób zarządzających w ramach promocji zdrowia w miejscu pracy.

Należy również stwierdzić, że odnalezione dowody naukowe w postaci wytycznych i rekomendacji potwierdzają zasadność prowadzenia szkoleń dla wymienionych powyżej grup.

Na poziomie II projektu programu zaplanowano przeprowadzenie audytu wstępnego w podmiotach, które zgłosiły chęć uczestnictwa. Do każdego zakładu pracy zostanie wysłany mobilny zespół w skład, którego ma wchodzić lekarz, pielęgniarka oraz edukator zdrowotny. To działanie będzie stanowiło wstęp do docelowych interwencji tj. identyfikacji czynników ryzyka chorób u pracujących z wykorzystaniem przygotowanych ankiet oraz na podstawie badań biochemicznych przy użyciu mobilnych analizatorów, pomiaru ciśnienia krwi, a także określenia BMI. Ocena ryzyka dotycząca chorób układu krążenia będzie opierać się o skale SCORE lub Framingham lub QRISK2.

Należy wskazać, że wskazane skale są standardem w postępowaniu oceny ryzyka chorób układu krążenia, jednak należy wskazać, która z nich zostanie wykorzystana w programie. Na podstawie wyżej opisanych interwencji w ramach poziomu II, lekarz będzie decydował czy należy u pacjenta wykonać dodatkowe badania biochemiczne związane z oznaczaniem poziomu cholesterolu całkowitego, frakcji HDL, LDL, trójglicerydów, glukozy na czczo, kreatyniny.

W przypadku gdy lekarz stwierdzi ryzyko występowania minimum 1 czynnika ryzyka związanego z chorobami układu krążenia, nowotworami złośliwymi czy też zewnętrznymi przyczynami zachorowania i zgonów, uczestnik zostanie skierowany na spotkanie z edukatorem zdrowotnym w celu przeprowadzenia działań z zakresu wczesnej profilaktyki ww. chorób. Dodatkowo w ramach spotkania z edukatorem zostanie określona liczba dodatkowych porad edukacyjnych i ich miejsca (miejsce pracy lub w siedzibie podmiotu POZ) celem kontynuacji interwencji przewidzianej na poziomie III programu.

Należy zauważyć, że całość interwencji na poziomie II zostanie przeprowadzona w miejscu pracy co z pewnością stanowi wartość dodaną. Zaplanowane interwencje w ramach poziomu II stanowią uzupełnienie świadczeń gwarantowanych oraz świadczeń oferowanych w ramach chociażby programów populacyjnych dotyczących profilaktyki chorób układu krążenia, nowotworów jelita grubego oraz piersi. Należy również stwierdzić, że odnalezione dowody naukowe w postaci wytycznych i rekomendacji potwierdzają zasadność prowadzenia ww. interwencji.

Poziom III będzie zawierać działania dotyczące opracowania zindywidualizowanej interwencji dla osób ze zdiagnozowanymi czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, chorób nowotworowych, zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu poprzez objęcie tych osób skojarzonymi działaniami z zakresu profilaktyki pierwotnej. Zaplanowano również przeprowadzenie dodatkowych porad edukacyjnych dla uczestników ze stwierdzonymi czynnikami ryzyka.

W projekcie pojawiają się niespójności dot. miejsca prowadzenia działań edukacyjnych na poziomie III (miejsce pracy vs. Siedziba POZ), co należy wyjaśnić.

Należy również wspomnieć, że zaplanowanie działań edukacyjnych prowadzonych w czasie 15-20 min może okazać się niewystarczającym czasem przeznaczonym na edukację pracownika. W projekcie zakłada się możliwość kontynuowania współpracy z edukatorem zdrowotnym, natomiast nie jest jasne na jakich zasadach ma być ona prowadzona. Warto byłoby rozwinąć i wyjaśnić ten punkt.

W ramach poziomu III autorzy zaplanowali również dystrybucję materiałów informacyjno-edukacyjnych, tzw. dzienników samokontroli obejmujących pakiet monitorujący wskaźniki zdrowia dla poszczególnych grup wiekowych (21-30, 31-40, 41-50, > 50), w wersji elektronicznej i/lub w wersji aplikacji na przenośne urządzenia mobilne. Stanowi to dobre rozwiązanie natomiast warto byłoby uszczegółowić czy dzienniki samokontroli będą testowane przed wprowadzeniem.

Po zakończonym poziomie III przewidziano przeprowadzenie audytu końcowego. Wyniki audytu zostaną przekazane pracodawcy oraz pracownikom. Stworzenie ww. dokumentu może przyczynić się do tworzenia kultury prozdrowotnej w miejscu pracy. Tym samym pracodawca otrzymując informację o potrzebie i kierunku podejmowania działań prozdrowotnych w celu zmniejszenia absencji chorobowej, powinien być bardziej otwarty na problemy i potrzeby zdrowotne pracowników. Działania te są zgodne z zapisami zawartymi w „Kompleksowym programie profilaktycznym dotyczącym chorób układu krążenia” oraz w „Kompleksowym programie

profilaktycznym dotyczącym psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy” opracowanym przez Instytut Medycyny Pracy im. Prof. Nofera z w Łodzi.

#### Monitorowanie i ewaluacja

W projekcie zaplanowano monitorowanie i ewaluację programu.

Ocena zgłaszalności została określona poprawnie. W zakresie oceny jakości udzielanych świadczeń należy przedstawić jakie wskaźniki będą wykorzystywane. Warto również przygotować ankietę satysfakcji dla wszystkich osób biorących udział w programie, również dla kadry biorącej udział w szkoleniach.

Ewaluacja będzie przeprowadzona po każdym roku realizacji programu, zaś na zakończenie programu nastąpi ewaluacja końcowa programu (w odstępie rocznym lub 2 letnim). Ocena efektywności programu ma zostać oparta o mierniki efektywności dotyczące celów programu. Należy pamiętać, że ewaluacja powinna być prowadzona jedynie po zakończeniu programu, w trakcie trwania programu prowadzi się działania związane z monitorowaniem

Ocena trwałości w opinii autorów programu skupi się na „możliwości korzystania ze świadczeń gwarantowanych w przypadku konieczności wykonania poszerzonej diagnostyki”. Należy przy tym zauważyć, że wskaźnikiem trwałości może być zdobyta wiedza podczas szkoleń w ramach poziomu I czy też wiedza z zakresu profilaktyki chorób, uzyskana na poziomie II programu. Zarówno szkolenia jak i edukacja mogą być wykorzystywane już po zakończeniu programu.

#### Warunki realizacji

Projekt zawiera opisane w sposób dokładny części składowe, etapy i działania organizacyjne. Realizator programu ma zostać wyłoniony zgodnie z obowiązującymi przepisami. Opisano również kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu.

Projekt zawiera opis sposobu zakończenia uczestnictwa w programie oraz sposób jego powiązania ze świadczeniami gwarantowanymi. Zaplanowano także kampanię promującą program.

W sposób dokładny i precyzyjny przedstawiono koszty jednostkowe poszczególnych działań tj. koszty wizyt profilaktycznych (ponad 4,5 mln zł), koszty działań informacyjno-edukacyjnych (ok. 237 tys. zł), koszty działań szkoleniowych (ok. 136 tys. zł), koszt zakupu sprzętu i aparatury medycznej (152 tys. zł), koszty materiałów diagnostycznych i pomocniczych (ok. 1,06 mln zł), koszty opracowania narzędzi (80 tys. zł), koszty biura realizatora (80 tys. zł), koszty dodatkowych porad edukacyjnych (ok. 1,7 mln zł) oraz pozostałe koszty (ok. 57 tys. zł). Koszt całkowity programu w latach 2017-2020 został oszacowany na ok. 8,2 mln zł.

Niejasny wydaje się być koszt cateringu prowadzonego w ramach szkoleń dla lekarzy oraz pielęgniarek. W projekcie nie wyjaśniono z jakiego powodu koszt cateringu jest dwukrotnie większy w przypadku szkolenia pielęgniarek niż w przypadku lekarzy pomimo, że liczba pielęgniarek biorąca udział w szkoleniach jest mniejsza niż grupa lekarzy. Warto ta kwestię wyjaśnić.

Projekt ma być finansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS).

### **Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję**

#### Problem zdrowotny

Choroby sercowo-naczyniowe stanowią istotny problem terapeutyczny oraz społeczno-ekonomiczny. Są najczęstszą przyczyną zgonów zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet, stanowią główną przyczynę hospitalizacji, prowadzą do inwalidztwa. Poznano wiele czynników odpowiedzialnych za rozwój miażdżycy. Do czynników ryzyka sercowonaczyniowego podlegających modyfikacji należą: nieprawidłowe żywienie, palenie tytoniu, mała aktywność fizyczna, podwyższone ciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej (podwyższone stężenie w osoczu cholesterolu LDL, triglicerydów i niskie stężenie HDL-cholesterolu), upośledzona tolerancja glukozy lub cukrzyca, nadwaga otyłość.

Choroby nowotworowe są ważnym problemem zdrowotny i społeczny i stanowią jedną z najszerzych przyczyn zgonów. Do najczęściej występujących nowotworów zalicza się nowotwory piersi, jelita grubego, gruczołu krokowego i płuca.

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem u kobiet w Polsce. Stanowi ok. 20% wszystkich nowotworów diagnozowanych u kobiet. Uznaje się, że rak piersi jest związany z rozwojem cywilizacyjnym społeczeństwa. Umieralność może być skutecznie zmniejszona dzięki wczesnemu wykrywaniu.

Rak jelita grubego rozwija się ze zmian łagodnych ( tj. polipów), a tego typu przemiana może trwać nawet kilkanaście lat. Dlatego też niezmiernie ważna jest kwestia wczesnego wykrywania i zapobiegania rozwojowi nowotworów jelita.

Rak gruczołu krokowego jest nowotworem złośliwym, wywodzącym się pierwotnie z obwodowej strefy gruczołu krokowego. Ponadto jest najczęstszym nowotworem złośliwym u mężczyzn w krajach wysokorozwiniętych. Czynnikiem ryzyka są wiek oraz obciążenie genetyczne.

Rak płuc to jeden z najgorzej rokujących nowotworów złośliwych na świecie. Stanowi najczęstszą przyczynę zgonów z powodu raka u mężczyzn i jest na drugim miejscu u kobiet. W 2012 roku rak płuca był przyczyną śmierci 1,6 mln osób. Głównym czynnikiem ryzyka jest narażenie na wdychane karcynogeny, a zwłaszcza dym tytoniowy – aż 70% zgonów jest spowodowanych paleniem tytoniu (które jest jednym z pięciu głównych czynników ryzyka w zachorowaniu na raka, powodując w Europie, co 5 taki przypadek).

Stres odczuwany jest przez osoby, które dostrzegają brak równowagi między oczekiwaniami kierowanymi pod ich adresem a cechami osobistymi, jakimi dysponują, by sprostać tym oczekiwaniom. Choć stres doświadczany jest w sferze psychologicznej, może też wpływać na zdrowie fizyczne. Typowymi czynnikami stresu związanego z pracą są: brak kontroli nad pracą, oczekiwania niedostosowane do możliwości pracowników oraz brak wsparcia ze strony kolegów i kierownictwa. Stres powodują: niedopasowanie osoby do wykonywanej przez nią pracy, złe stosunki międzyludzkie, występowanie przemocy psychicznej lub fizycznej w miejscu pracy, a także konflikt między rolą odgrywaną w pracy i poza nią.

#### Alternatywne świadczenia

Poddany ocenie projekt programu polityki zdrowotnej województwa podlaskiego stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonujących programów dot. chorób układu krążenia, nowotworów, jelita grubego oraz piersi oraz świadczeń gwarantowanych, ponieważ obejmuje inne interwencje (działania edukacyjne, szkolenia personelu programu oraz ocenę występowania ryzyka nowotworu).

#### Ocena technologii medycznej

Odnalezione wytyczne klinicznej wskazują na zasadność prowadzenia działań promocji zdrowia w miejscu pracy. Sugeruje się przekonywanie pracodawców, że programy promocji zdrowia w miejscu pracy mogą stanowić korzyść w funkcjonowaniu zakładu pracy (European Agency for Safety and Health at Work 2012). Istotne jest 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 (World Health Organization 2012). Zastosowane w programach Interwencje powinny być „dopasowane do specyfiki i konkretnych potrzeb danej grupy (World Health Organization 2012).

#### *Szkolenia*

Odnalezione dokumenty wskazują, że działania szkoleniowe powinny być skierowane do szerokiej grupy osób. W tej grupie należy uwzględnić lekarzy, pielęgniarki, pracowników BHP, pracodawców, menadżerów, kierowników czy też pracowników niższego szczebla jeśli zgłaszają taką inicjatywę. Dodatkowo lekarze czy też pielęgniarki powinni mieć prowadzone szkolenia w celu podnoszenia kwalifikacji zawodowych (National Institute for Health and Care Excellence 2016).

#### *Choroby układu krążenia*

Zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami dotyczącymi działań edukacji zdrowotnej sugeruje się u osób z ryzykiem wystąpienia choroby sercowo-naczyniowej przed 50 r.ż. prowadzenie edukacji w zakresie zmiany stylu życia u pacjentów poprzez stosowanie metod poznawczo-behawioralnych,

zaangażowanie w proces terapeutyczny pielęgniarki, dietetyków, psychologów. Rekomenduje się również rozważenie leczenia psychospołecznych czynników ryzyka (np. depresji) w celu zapobiegania choroby niedokrwiennej serca w szczególności gdy też czynnik jest istotnie rozwinięty u pacjenta. Dodatkowo edukacja powinna odnosić się do aktywności fizycznej. Czynniki brany pod uwagę w procesie edukowania pacjenta również powinno być zwrócenie uwagi na problem palenia tytoniu oraz zmiany diety dopasowanej do potrzeb (European Society of Cardiology 2016).

Na podstawie wytycznych World Health Organization 2007 dotyczących prewencji chorób sercowo-naczyniowych, w przypadku prewencji pierwotnej, u osób z czynnikami ryzyka ChSN, które nie mają objawów choroby, w przypadku ograniczonych zasobów, indywidualne poradnictwo i udzielenie świadczeń opieki zdrowotnych może być priorytetyzowane na podstawie właściwie określonego ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. W zależności od indywidualnego ogólnego ryzyka zaleca się u osób niskiego ryzyka (<10%) sugerowane jest konserwatywne postępowanie skupione na interwencjach wpływających na zmianę stylu życia. Zalecenia dotyczące zmiany stylu życia skupiają się w pierwszym rzędzie na działaniach dotyczących ograniczenia palenia tytoniu i zmian diety.

Zaleca się u zdrowych dorosłych osób wykonywanie wysiłku fizycznego w stopniu umiarkowanym trwającym ok. 150 min. w tygodniu lub 75 min. wysiłku bardziej intensywnego. Czynniki brany pod uwagę w procesie edukowania pacjenta również powinno być zwrócenie uwagi na problem palenia tytoniu oraz zmiany diety dopasowanej do potrzeb.

Zaleca się prowadzenie wraz z działaniami edukacyjnymi również kontrolę ciśnienia krwi oraz poziomu cholesterolu, glikemii u osób z możliwymi czynnikami ryzyka w populacji bezobjawowej (Centers for Disease Control and Prevention 2016/ European Society of Cardiology 2016). W przypadku wszystkich bezobjawowych dorosłych z lub bez chorób sercowo-naczyniowych w wywiadzie powinna zostać przeprowadzona ocena globalnego ryzyka wystąpienia incydentu sercowo-naczyniowego (za pomocą np. skali ryzyka Framingham, SCORE, QRISK2) wykorzystujące kilka tradycyjnych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych. Skale te przydatne są przy połączeniu pomiarów pojedynczych czynników ryzyka w jedno ilościowe oszacowanie ryzyka, które może być wykorzystane do podjęcia decyzji dotyczącej wyboru działań prewencyjnych (European Society of Cardiology 2016).

#### *Nowotwory*

Na podstawie australijskich wytycznych z 2011 r. profilaktyka pierwotna nowotworów płuc powinna zostać oparta o programy edukacyjne dla społeczeństwa (np. programy anty-nikotynowe). Dodatkowo warto włączyć do działań związanych z profilaktyką pierwotną również edukację lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Autorzy wytycznych również stwierdzili, że działania profilaktyczne powinny być prowadzone m.in. w zakładach pracy.

#### *Wytyczne National Comprehensive Cancer Network*

NHRC 2013 wskazują natomiast, że ocena ryzyka występowania nowotworów płuc powinna być związana z określeniem m.in. kwestii palenia (aktualnie lub w przeszłości), narażenia zawodowego, raka w historii pacjenta, raka płuca w wywiadzie rodzinnym czy też narażenia na dym tytoniowy (również biernie palenie

Wytyczne kanadyjskie (Ontario's Cancer Screening 2011) zalecają tzw. edukację bezpośrednią kobiet, które mogą być narażone na nowotwór piersi. Metoda ta ma znaczący wpływ na zwiększenie udziału potencjalnych pacjentek w skryningu mammograficznym. Brakuje natomiast badań potwierdzających wpływ zajęć grupowych na wzrost uczestnictwa w mammograficznych badaniach przesiewowych. Sugeruje się żeby w ramach programów były prowadzone działania edukacyjne dot. m.in. samobadania piersi, czynników ryzyka, zmian zachowań mogących mieć wpływ na zachorowanie na raka piersi oraz działania promujące wykonywanie badań przesiewowych w Populacyjnym Programie Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Eksperti kliniczni również wyrazili potrzebę prowadzenia działań edukacyjnych.

Na podstawie informacji zawartych na stronie internetowej World Health Organization stwierdzić należy, że do kluczowych czynników wczesnego wykrywania nowotworu należą: edukacja w zakresie

promocji wczesnej diagnostyki oraz badania przesiewowe. Dodatkowo wytyczne Centers for Disease Control and Prevention 2016 sugerują, żeby prowadzić kompleksowe działania edukacyjne, które będą powiązane z działaniami informacyjnymi. Działania edukacyjne powinny zawierać informacje o czynnikach ryzyka m.in. o zmianie nawyków żywieniowych czy też przeszłości nowotworowej lub też dziedziczeniu nowotworów

#### *Zewnętrzne przyczyny zgonów*

Działania edukacyjne w zakresie zewnętrznych przyczyn zgonów/zachorowań (depresja/stres) w miejscu pracy powinny być nakierowane na wspieranie w miejscu pracy działań związanych z radzeniem sobie ze stresem powodowanym czynnikami związanymi ze restrukturyzacją (European Commission 2010). Pracodawca powinien starać się wspierać pracownika w okresie między zwolnieniem z obecnego stanowiska a znalezieniem nowej pracy. Ma to kluczowe znaczenie dla zdrowia psychicznego pracownika (European Commission 2010).

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.241.2016 „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim” realizowany przez: Województwo Podlaskie”, styczeń 2017 oraz Aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki raka piersi – wspólne podstawy oceny” z czerwca 2015 r., „Programy wczesnego wykrywania raka gruczołu krokowego – wspólne podstawy oceny” z listopada 2016 r., „Profilaktyka i wczesne wykrywanie nowotworów jelita grubego – wspólne podstawy oceny” z maja 2015 r., „Wykrywanie wczesnych zmian nowotworowych górnych dróg oddechowych – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2013 r., „Programy wczesnego wykrywania raka płuca – wspólne podstawy oceny” z maja 2014 r., „Programy profilaktyki chorób odstresowych” ze stycznia 2011 r., „Programy z zakresu profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych – wspólne podstawy oceny” z lutego 2013 r., „Wczesne wykrywanie otępień lub innych zaburzeń funkcji poznawczych – wspólne podstawy oceny” z kwietnia 2013 r., Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny” z lutego 2015 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 4/2017 z dnia 9 stycznia 2017 roku o projekcie programu „Regionalny Program Polityki Zdrowotnej Województwa Podlaskiego ukierunkowany na wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących w województwie podlaskim”