

PRZESZKODY W ROZWOJU PROMOCJI ZDROWIA W ZAKŁADACH PRACY W POLSCE – PERSPEKTYWA REPREZENTANTÓW FIRM

OBSTACLES TO THE DEVELOPMENT OF WORKPLACE HEALTH PROMOTION
IN POLAND – THE PERSPECTIVE OF COMPANIES' REPRESENTATIVES

Krzysztof Puchalski, Elżbieta Korzeniowska

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera / Nofer Institute of Occupational Medicine, Łódź, Poland
Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy / National Centre for Workplace Health Promotion

STRESZCZENIE

Wstęp: Celem pracy było przedstawienie barier i trudności napotykaných przez firmy w Polsce w związku z promocją zdrowia personelu. **Materiał i metody:** Przeszkody te analizowano w aspekcie ilościowym i jakościowym. Dane ilościowe pochodzą z 5 ogólnopolskich sondaży prowadzonych w latach 2000 (N = 755), 2006 (N = 611), 2010 (N = 1002), 2015 (N = 1000) i 2017 (N = 1000) w firmach zatrudniających ≥50 osób. Materiałem jakościowym były swobodne wypowiedzi reprezentantów takich firm zebrane z wykorzystaniem: ankiety audytoryjnej przeprowadzonej podczas konferencji (N = 75), 8 grupowych wywiadów zogniskowanych (N = 64) i indywidualnych wywiadów pogłębionych (N = 14). **Wyniki:** Od lat najczęściej wskazywanymi przeszkodami w promocji zdrowia są niedobór środków finansowych i brak realnego wsparcia (prawnego, fiskalnego) ze strony państwa. W 2017 r. tę pierwszą przeszkodę jako ważną wskazało 53% firm, a drugą – 48% firm. Z pogłębionej analizy wynika, że przeszkody są wzajemnie powiązane, a główną barierą jest mentalność pracodawców i menadżerów – ich niechęć wobec promocji zdrowia, przekonanie o jej wysokich kosztach, mała wiedza o jej znaczeniu dla firmy i sposobach jej realizacji oraz obawa przed nieznanym. Z tym wiążą się inne utrudnienia – m.in. kultura i organizacja pracy niesprzyjająca trosce o zdrowie, słabe przygotowanie i ograniczone możliwości działania wewnątrzfirmowych kadr wdrażających promocję zdrowia, niechętny stosunek pracowników do prozdrowotnych działań pracodawcy, mankamenty ofert adresowanych do firm przez zewnętrznych usługodawców i, w mniejszym stopniu, inne trudności ulokowane poza firmą. **Wnioski:** Do skutecznego złagodzenia ujawnionych przeszkód potrzebne jest zaangażowanie państwa i wdrożenie spójnej strategii wspierania promocji zdrowia w firmach. Postulowane główne kierunki tej strategii to kształtowanie świadomości pracodawców, wsparcie działań prozdrowotnych w firmach poprzez mechanizmy fiskalne (podatkowe, ubezpieczeniowe), edukacja kadr zarządzających kwestiami związanymi ze zdrowiem w firmach i współpraca z oferentami usług prozdrowotnych dla personelu firm. Med. Pr. 2020;71(5):569–586

Słowa kluczowe: zdrowie pracujących, kultura organizacyjna, zarządzanie zdrowiem, promocja zdrowia w pracy, wellbeing w organizacji, pracodawcy

ABSTRACT

Background: The aim of the paper is to present the barriers and difficulties faced by companies in Poland in their employee health promotion activities. **Material and Methods:** The aforementioned obstacles were analyzed in terms of their quantity and quality. Quantitative data come from 5 nationwide surveys conducted in 2000 (N = 755), 2006 (N = 611), 2010 (N = 1002), 2015 (N = 1000) and 2017 (N = 1000), in companies employing ≥50 people. Qualitative data were collected from representatives of such companies by means of an audience survey conducted during a conference (N = 75), 8 focus group interviews (N = 64) and individual in-depth interviews (N = 14). **Results:** Invariably, the most frequently reported difficulty has been the shortage of financial resources for health promotion, as well as the lack of real support (legal, fiscal) from the government. By 2017, the former was indicated by 53% of companies, and the latter by 48%. A detailed analysis has shown that they are interrelated, and the key barrier is the mentality of employers and managers, i.e., their reluctance to health promotion, the fact that they are convinced of its high costs, a poor knowledge about its importance and implementation methods, and fear of the unknown. Other difficulties include: culture and work organization not fostering health care, a poor preparation and limited opportunities for the staff to implement health promotion, employees' reluctance to employer's health-related activities, some drawbacks of offers addressed to companies by external service providers, and, to a lesser extent, other difficulties arising from the business environment. **Conclusions:** To effectively mitigate these barriers, it is necessary to involve the government in the implementation of a coherent strategy to support health promotion in companies. Its main directions would be: shaping employers' awareness, supporting health-related activities through fiscal mechanisms (tax and insurance), educating the managerial staff, and pursuing effective cooperation with external providers of health services for employees. Med Pr. 2020;71(5):569–86

Key words: employee health, organizational culture, health management, workplace health promotion, wellbeing at work, employers

Autor do korespondencji / Corresponding author: Krzysztof Puchalski, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, ul. św. Teresy 8, 91-348 Łódź, e-mail: krzysztof.puchalski@imp.lodz.pl
Nadesłano: 31 grudnia 2019, zatwierdzono: 21 maja 2020

WSTĘP

W ostatnich kilku latach wraz z rozwojem koniunktury gospodarczej po kryzysie ekonomicznym końca pierwszej dekady XXI w. zakłady pracy w Polsce coraz częściej oferują swoim pracownikom różne usługi prozdrowotne, głównie świadczenia prywatnej opieki medycznej i abonamenty sportowo-rekreacyjne [1,2]. Realizują też samodzielnie działania służące ochronie i umocnieniu zdrowia personelu, które wykraczają poza prawne obowiązki pracodawcy [3]. W niektórych branżach i typach firm taka aktywność stała się już standardem i często jest traktowana nie tyle jako promocja zdrowia, ile element systemu wynagrodzeń, manifestacja społecznej odpowiedzialności przedsiębiorstwa czy kreowanie pozytywnego wizerunku pracodawcy [3,4]. W innych zakładach pracy, zwłaszcza mniejszych i o gorszej kondycji ekonomicznej, nieobligatoryjne wsparcie zdrowia personelu jest rzadsze i na ogół mniej rozbudowane [1,5].

Pracodawcy i menadżerowie zarządzający kwestiami zdrowia w zakładach pracy od lat doświadczają licznych trudności w realizacji nieobligatoryjnej działalności prozdrowotnej, co wykazały ogólnopolskie badania średnich i dużych firm, systematycznie prowadzone od 2000 r. przez Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy. Najnowszy, reprezentatywny sondaż z końca 2017 r. pokazał, że zaledwie 18% przedsiębiorstw w całym kraju nie uskarża się na ważne dla nich trudności w tym zakresie [3].

Celem niniejszego artykułu jest przedstawienie przeszkód, na jakie natrafiają średnie i duże firmy w Polsce przy realizacji promocji zdrowia, a więc w związku z działaniami na rzecz zdrowia personelu idącymi dalej, niż wymaga prawo. Przeszkody te są analizowane w 2 aspektach – ilościowym i jakościowym. W aspekcie ilościowym na podstawie zestawienia wyników 5 sondaży z lat 2000–2017 [3,5–7] pokazano, które kwestie są uznawane w firmach za podstawowe utrudnienia w promocji zdrowia personelu i jak w skali kraju zmienia się przypisywane im znaczenie. Z kolei analiza jakościowa służyła poznaniu możliwie pełnego katalogu przeszkód związanych z promocją zdrowia, z którymi borykają się firmy, bez ograniczania ich zakresu do listy odpowiedzi zawartych w skategoryzowanych pytaniach sondażo-

wych. Służy także zdiagnozowaniu bogactwa szczegółowych treści, jakie kryją się pod ogólnymi określeniami utrudnień. W tym drugim ujęciu pokazane są one tak, jak opisują je reprezentanci firm (pracodawcy, kadra zarządzająca, wewnątrzni specjaliści ochrony zdrowia, bezpieczeństwa i higieny pracy, zarządzania zasobami ludzkimi, świadczeniami pozapłacowymi, wizerunkiem organizacji itp.).

Ustalenia te mogą być istotne dla 3 grup odbiorców: pracodawców i menadżerów zarządzających promocją zdrowia w pracy, podmiotów oferujących firmom usługi prozdrowotne dla pracowników, a także dla decydentów polityki zdrowia publicznego. Dla zarządów firm ujawniony obraz trudności może stać się punktem odniesienia w ocenie dotychczasowej działalności i planowaniu firmowej strategii zdrowotnej. Dostawcy usług prozdrowotnych będą mogli na podstawie tych danych lepiej dostosować swoją ofertę do potrzeb klientów, natomiast politycy – racjonalnie planować wsparcie publiczne dla promocji zdrowia w pracy.

Adresowanie ustaleń do polityków wynika z tego, że mimo składanych od lat deklaracji podkreślających znaczenie promocji zdrowia w zakładach pracy dla zdrowia publicznego i rozwoju gospodarki [8] realny udział państwa w kreowaniu oraz wspieraniu takiej aktywności znacząco odbiega od oczekiwań [9,10]. Mimo to liczni pracodawcy biorą na swoje barki coraz większy zakres odpowiedzialności państwa za zdrowie publiczne. Z badań Krajowego Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy wynika, że odsetek średnich i dużych firm w Polsce, które uważają, że powinny dbać o zdrowie pracowników dlatego, że publiczny system ochrony zdrowia słabo to robi, wzrósł z 37% w 2015 r. do 45% w 2017 r. W tym czasie więcej niż co czwarta firma oferowała swoim pracownikom dostęp do przychodni medycznej w zakładzie pracy, a więcej niż co druga – do abonamentowej opieki poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego [3]. Według CBOS w 2018 r. już co dziesiąty dorosły obywatel korzystał z opieki medycznej finansowanej przez pracodawcę [11].

Przejmowanie przez firmy odpowiedzialności za zdrowie społeczeństwa nie ogranicza się do zapewnienia pracownikom opieki medycznej. Przykładowo większość firm w różnorodny sposób (nie tylko poprzez

popularne karnety sportowe) stymuluje i wspiera aktywność ruchową personelu [3,12], co może mieć niebagatelny wpływ na gospodarkę kraju [13]. W tym kontekście jest zrozumiałe to, że organizacje pracodawców oczekują od władz publicznych ograniczenia przynajmniej niektórych barier dla prozdrowotnej aktywności firm. Oczekiwania te dotyczą m.in. możliwości finansowania ze środków publicznych wdrożeń promocji zdrowia w firmach, ulg podatkowych lub niższych składek ubezpieczeniowych dla firm ponadprzeciętnie dbających o zdrowie personelu oraz szkoleń dla pracodawców i pracowników w tym zakresie. Firmy oczekują także wzmocnienia pozycji problematyki promocji zdrowia pracujących w polityce zdrowia publicznego, w tym lepszego wykorzystania potencjału służby medycyny pracy [9,10].

Temat doświadczanych przez firmy w Polsce przeszkód w promocji zdrowia rzadko pojawia się w badaniach innych autorów. Jedynie w 2 badaniach ilościowych (prowadzonych równoległe w Polsce i kilku innych państwach) w dość ograniczonym zakresie próbowano ustalić rozpowszechnienie wybranych utrudnień [14,15]. Z kolei analizę jakościową (opartą na części danych wykorzystanych również tutaj) przedstawia tylko 1 praca, dotycząca promocji zdrowia w kontekście przeciwdziałania skutkom starzenia się społeczeństwa [16]. Więcej jest, z oczywistych względów, badań empirycznych prezentujących ustalenia z innych państw. W opracowaniach z ostatnich lat, głównie amerykańskich, można znaleźć zarówno wyniki reprezentatywnych sondaży prowadzonych w firmach [17,18], jak i analizy jakościowe dotyczące utrudnień w promocji zdrowia w zakładach pracy z wybranych sektorów [19,20]. Istnieją też badania, które głębiej analizują jakiś wybrany typ trudności, zwłaszcza przyczyny niezadowolającego uczestnictwa pracowników w programach prozdrowotnych [21,22]. Warto odnotować, że niektóre analizy barier w realizacji promocji zdrowia więcej uwagi poświęcają czynnikom wspierającym niż utrudnieniom [23,24]. Można spotkać również systematyczne przeglądy prac empirycznych z omawianego zakresu [25]. Część badań i opracowań dotyczy promocji zdrowia w ogóle, część natomiast – utrudnień pojawiających się przy wdrażaniu wybranych działań prozdrowotnych lub rozwiązywaniu konkretnych problemów (np. redukcji masy ciała, ograniczaniu palenia tytoniu).

Większość badań identyfikuje podobne ogólne bariery w realizacji promocji zdrowia w miejscu pracy, nieco różnią się one natomiast w ustaleniach szczegóło-

wych (co jest efektem odmiennych problemów badawczych, metod i narzędzi lub zróżnicowania populacji), w rozłożeniu akcentów i interpretacji ustaleń. Do najczęściej wskazywanych przeszkód należą:

- ograniczenia finansowe oraz niechęć zarządów do inwestowania w zdrowie pracowników;
- wyzwania infrastrukturalne i logistyczne dla wdrożenia działań prozdrowotnych, w tym różne ograniczenia czasowe, niedostatki zewnętrznych zachęt i ułatwień (prawnych, fiskalnych) dla pracodawców;
- brak umocowania promocji zdrowia w strukturze organizacyjnej firm, krótkowzroczne i reaktywne postawy kadry zarządzającej (nieprzychylna profilaktyce) oraz jej ograniczona wiedza o promocji zdrowia;
- brak wewnątrzorganizacyjnej kultury wsparcia promocji zdrowia, w tym bezpośredniego wsparcia dla działań prozdrowotnych ze strony menadżerów;
- różne ograniczenia leżące po stronie pracowników (m.in. przekonania zdrowotne, niewystarczająca motywacja, ograniczenia czasowe, brak zainteresowania prezentowanymi tematami, priorytety inne niż zdrowie);
- trudności w dostępie pracowników do oferowanych im usług prozdrowotnych;
- utrudnienia dotyczące współpracy pracodawców z dostawcami i realizatorami takich usług.

Niedostatek ustaleń dotyczących zakładów pracy w Polsce i odmienność kontekstu kulturowego uzasadniają podjęcie pogłębionych analiz tego zakresu na podstawie danych zgromadzonych w naszym kraju.

MATERIAŁ I METODY

W pracy połączono 2 typy analizy – ilościową i jakościową, co pozwala przedstawić możliwie pełny obraz problemu [26].

Analiza ilościowa opiera się na ustaleniach podłużnych, pochodzących z 5 badań sondażowych przeprowadzonych przy wykorzystaniu zróżnicowanych technik (ankieta, wywiad telefoniczny lub osobisty) w latach 2000 (N = 755), 2006 (N = 611), 2010 (N = 1002), 2015 (N = 1000) i 2017 (N = 1000) w reprezentacji średnich i dużych firm w Polsce [3,5–7]. W każdej badanej firmie respondentem była osoba uznana za najlepiej poinformowaną w kwestiach dotyczących zarządzania zdrowiem personelu. Spośród potencjalnych przeszkód w promocji zdrowia przedstawionych w pytaniu kwestionariusza wskazywała ona te, które oceniała jako najważniejsze w swoim zakładzie pracy. Listę możli-

wych przeszkód sformułowano na podstawie wcześniej gromadzonych doświadczeń eksperckich. W poszczególnych sondażach pytania o doświadczane przeszkody miały nieco odmienną konstrukcję, stąd analizę porównawczą ustaleń ograniczono do poszukiwania ogólnych kierunków przemian, jakie mogły zajść w tej kwestii w minionych latach. Część tych ustaleń była już prezentowana [3,5–7], jednak w innych formach. Obecnie dane zostały ponownie przeliczone w odniesieniu do ogółu badanych firm, a nie tylko do tych, które wdrażają promocję zdrowia – jak pokazano we wcześniejszych publikacjach.

Z kolei analiza jakościowa ma na celu pogłębienie rozumienia znaczeń, jakie kryją się za ogólnymi określeniami przeszkód, sformułowanymi na potrzeby badań sondażowych. Służy też identyfikacji utrudnień, które wcześniej mogły zostać niezauważone. Materiał do analizy obejmuje wypowiedzi osób związanych z promocją zdrowia w pracy, dotyczące barier i przeszkód w podjęciu oraz prowadzeniu takiej działalności, pochodzące z 3 źródeł.

Pierwszym są zapisy odpowiedzi na otwarte pytanie ankiety audytoryjnej, skierowanej do uczestników 2 ogólnopolskich konferencji dotyczących implementacji promocji zdrowia w zakładach pracy, przeprowadzonych w końcu 2017 r. Ankieta zawierała prośbę o opisanie głównych utrudnień towarzyszących promocji zdrowia w firmach („Co, P. zdaniem, najbardziej utrudnia realizację działań na rzecz promocji zdrowia personelu w firmie, w której P. pracuje? Co najbardziej utrudnia wdrażanie tych inicjatyw prozdrowotnych, do których pracodawca nie jest zobligowany przepisami prawa?”) oraz wskazanie czynników, które mogłyby sprzyjać jej rozwojowi. Spośród blisko 160 osób uczestniczących łącznie w obu konferencjach 75 udzieliło wartościowych informacji. Reprezentowały one różne środowiska, głównie kadre zarządzającą firm, działy zasobów ludzkich (osobowe, świadczeń socjalnych, benefitów itp.), struktury zajmujące się społeczną odpowiedzialnością firmy i jej wizerunkiem, specjalistów bezpieczeństwa i higieny pracy oraz służby medycyny pracy.

Drugie źródło to notatki pochodzące z wywiadów swobodnych przeprowadzonych w latach 2017–2018 w 14 dużych firmach z osobami zarządzającymi w nich promocją zdrowia. Wywiady dotyczyły sposobów realizacji takich działań, a także barier w ich wdrażaniu i czynników wspierających wewnątrz firm i w ich otoczeniu.

Trzecim źródłem są nagrania pochodzące z 8 zogniskowanych wywiadów grupowych (łącznie 64 osoby),

przeprowadzonych wiosną 2017 r. z pracodawcami, topmenadżerami i dyrektorami HR reprezentującymi celowo dobrane zakłady pracy, zróżnicowane pod względem branży, wielkości, formy własności, przynależności do struktur korporacyjnych. W wywiadach, które dotyczyły stosunku firm do problematyki starzenia się pracowników, omawiane też były kwestie utrudnień w realizacji działań wspierających zdrowie personelu. Ten ostatni materiał został wykorzystany i szerzej opisany w innej pracy [16], gdzie był analizowany nieco inną metodą i w odmiennym kontekście problemowym.

Opracowanie zebranego materiału przeprowadzono w 3 etapach przy zaangażowaniu 2 badaczy. W pierwszym etapie ze wszystkich przywołanych źródeł badacze wspólnie wyselekcjonowali fragmenty wypowiedzi, które dotyczyły utrudnień w promocji zdrowia. W drugim etapie (analiza subiektywna) każdy z nich samodzielnie interpretował znaczenie zapisanych wypowiedzi i tworzył typologię przeszkód, przydzielając poszczególne stwierdzenia do wyróżnionych przez siebie typów – aż do pogrupowania całości materiału. Trzeci etap (analiza intersubiektywna) polegał na uzgodnieniu wspólnej typologii – podczas dyskusji i reinterpretacji niektórych własnych ustaleń. W artykule przedstawiono efekty trzeciego etapu, czyli typologię przeszkód zilustrowaną wybranymi wypowiedziami. Zamieszczone cytaty oznaczono literą wskazującą na źródło pochodzenia (A – ankieta, W – wywiad swobodny, F – wywiad fokusowy) i liczbą porządkową respondenta.

WYNIKI

Rozpowszechnienie głównych przeszkód w promocji zdrowia w firmach – dane z analiz ilościowych

W 5 badaniach kwestionariuszowych dotyczących aktywności przedsiębiorstw w obszarze promocji zdrowia zadano pytanie o bariery i utrudnienia towarzyszące tej działalności. W tabeli 1 przedstawiono najbardziej rozpowszechnione w firmach na przestrzeni lat ogólnie nazwane przeszkody i hierarchię głównych utrudnień. Z uwagi na odmienną technikę i konstrukcję pytań kwestionariusza w każdym z badań nie jest zasadne bezpośrednio porównanie odsetków wskazań na daną przeszkodę (zwłaszcza między 3 ostatnimi pomiarami).

Niedostatek środków finansowych, które można przeznaczyć na promocję zdrowia personelu, to kwestia, która niezmiennie od lat jest najbardziej rozpowszechnioną przeszkodą w nieobligatoryjnej aktywności proz-

Tabela 1. Najważniejsze trudności w podjęciu lub realizacji promocji zdrowia w firmach w latach 2000–2017
Table 1. The most important obstacles to launching and implementing health promotion activities in companies in 2000–2017

Utrudnienie* Obstacle*	Badanie**** Study****				
	2000 ^a (N = 755) MS	2006 ^a (N = 611) CATI	2010 ^a (N = 1 002) PAPI	2015 ^b (N = 1 000) CATI	2017 ^c (N = 1 000) CAPI
Niedostatek w firmie środków finansowych na promocję zdrowia personelu / The shortage of financial resources in the company for employee health promotion	62 (1)	39 (1)	40 (1)	31 (1)	53 (1)
Niedostatek rozwiązań prawnych i fiskalnych, zachęcających firmy do promocji zdrowia / The shortage of legal and fiscal solutions that would encourage companies to pursue health promotion	48 (2)	28 (2)	18 (3)	17 (2)	48 (2)
Mało dobrych ofert od zewnętrznych dostawców usług prozdrowotnych / Few good offers from external providers of health services for employees	14 (6)	14 (5)	14 (4)	15 (5)	46 (3)
Małe zainteresowanie pracowników promocją zdrowia / Little interest among employees in health promotion	19 (4)	24 (3)	31 (2)	13 (6)	45 (4)
Brak w firmie osób, które dobrze zorganizują działania prozdrowotne / The lack of people in the company who could reasonably organize health-related activities	–	8 (7)	9 (7)	10 (8)	42 (5)
Zaabsorbowanie kadry zarządzającej realizacją innych celów / Focus of the managerial staff on the implementation of other company's goals	20 (3)	17 (4)	11 (5)	16 (3)	41 (6)
Mała świadomość kadry, że promocja zdrowia przynosi firmie korzyści / Low awareness of the managerial staff regarding the benefits of health promotion for the company	–	–	–	12 (7)	37 (7)
Brak informacji i materiałów o korzyściach z promocji zdrowia / The lack of information and materials concerning benefits of health promotion	19 (5)	11 (6)	10 (6)	16 (4)	–

* W kolejnych sondażach opisy trudności nieznacznie się różniły – oryginalne sformułowania są dostępne w publikowanych pracach [3,5–7] / By the respective studies, descriptions of obstacles were diversified – the original descriptions are available in the published papers [3,5–7].

** Rok badania / liczba firm / metoda / Year of the study/the number of companies/method.

*** Wynik podany w %, w nawiasach ranga, jaką w danym badaniu uzyskała dana przeszkoda, biorąc pod uwagę odsetek jej wskazań / Results in %, the rank of an obstacle according to the respective study is provided in brackets.

^a Wybór maks. 3 najważniejszych utrudnień spośród wymienionych w pytaniu / Choosing no more than 3 most important obstacles from those listed in the study.

^b Każde z utrudnień osobno oceniane, czy jest jednym z głównych, drugorzędnych, czy w ogóle nie jest utrudnieniem / Each obstacle was separately assessed whether it was a first-rate obstacle, a second-rate obstacle, or not an obstacle at all.

^c Każde z utrudnień osobno oceniane, czy jest ważne, czy w ogóle nie jest utrudnieniem / Each obstacle was assessed separately whether was important or not.

CAPI – wywiad osobisty wspomagany komputerowo / Computer Assisted Personal Interview, CATI – wywiad telefoniczny ze wspomaganie komputerowym / Computer Assisted Telephone Interview, MS – ankieta pocztowa / mail survey, PAPI – wywiad kwestionariuszowy osobisty / Paper and Pencil Interview.

drowotnej średnich i dużych firm. W 2017 r. częściej niż co druga z nich wskazała, że była to ważna przeszkoda. Warto odnotować, że chociaż za ważną uznawały ją głównie zakłady pracy borykające się z problemami finansowymi (84% firm oceniających swoją kondycję ekonomiczną jako raczej słabą i 60% – jako zmienną), to miała ona istotne znaczenie także dla organizacji będących w dobrej kondycji (55% firm w raczej dobrej i 33% – w bardzo dobrej, $p < 0,0001$). Potwierdzają

to także, chociaż mniej wyraźnie, wcześniejsze badania [5–7]. Oznacza to, że w wielu przypadkach przeszkodą w promocji zdrowia personelu może być nie tyle obiektywny niedobór środków finansowych, ile brak uznania promocji zdrowia za coś, na co warto wyasygnować posiadane środki.

Bardzo ważnym utrudnieniem okazał się też deficyt rozwiązań prawnych i fiskalnych, które byłyby dla firm zachętą do większej troski o zdrowie personelu.

Druga pozycja tej przeszkody w hierarchii najczęściej doświadczanych pozostaje od lat zasadniczo niezmienna (z wyjątkiem 1 badania). W 2017 r. różnica w odsetkach wskazań na tę przeszkodę i na najbardziej rozpowszechnioną okazała się relatywnie niewielka, co może świadczyć o wzroście jej znaczenia. Była ona tak samo ważna dla wszystkich firm, niezależnie od ich kondycji ekonomicznej.

W stosunku do minionych lat w ostatnim czasie wzrosło znaczenie takich utrudnień jak ograniczona podaż korzystnych ofert od firm zewnętrznych świadczących usługi prozdrowotne dla pracowników oraz niedostatek w zakładach pracy osób, które mogą dobrze zorganizować działania prozdrowotne. Im lepiej firmy oceniały swoją kondycję ekonomiczną, tym rzadziej wskazywały na duże znaczenie tej ostatniej trudności (33% wśród firm o bardzo dobrej kondycji i 47% w grupie oceniających ją jako zmienną lub raczej słabą, $p < 0,001$). Dowartościowanie obu tych przeszkód może wiązać się z ujawnioną w ostatnim czasie tendencją do outsourcingu promocji zdrowia [3] – niedobór wewnętrznych kadr skłania do poszukiwania dostawców usług na zewnątrz, a to obnaża słabości tych zewnętrznych ofert.

Znaczenie pozostałych problemów, takich jak małe zainteresowanie pracowników promocją zdrowia oraz zaabsorbowanie kadry zarządzającej i jej mała wiedza o korzyściach z promocji zdrowia, zmieniało się w kolejnych latach bez wyraźnego trendu. W ostatnim czasie każde z tych utrudnień było ważne dla ok. 40% średnich i dużych firm. Im niżej firmy oceniały swoją kondycję ekonomiczną, tym częściej przypisywały duże znaczenie każdej z tych 3 przeszkód. W 2017 r. na małe zainteresowanie pracowników promocją zdrowia narzekało 37% firm o najlepszej kondycji ekonomicznej i 52% – o zmiennej lub raczej słabej ($p < 0,0001$). Zaabsorbowanie kadry zarządzającej jako przeszkodę przywołało, odpowiednio, 37% i 49% firm ($p < 0,001$), natomiast mała wiedza zarządzających o korzyściach z promocji zdrowia była przeszkodą, odpowiednio, dla 26% i 50% ($p < 0,0001$). Niższa samoocena kondycji ekonomicznej firmy ogólnie sprzyja częstszym wskazaniami trudności w promocji zdrowia, co ujawniły też wcześniejsze badania [6].

Typologia barier i utrudnień w promocji zdrowia w firmach – analiza jakościowa

Chociaż analiza swobodnych wypowiedzi na temat przeszkód w promocji zdrowia pokazała, że wiele z nich

można zawrzeć w kategoriach z badań ilościowych, to pozwoliła poznać różne szczegółowe treści, które nie były oczywiste w ujęciu ilościowym. Trudności rozpoznane metodą jakościową przedstawiono w 9 wzajemnie powiązanych grupach:

1. Postawy pracodawców/menadżerów obojętne wobec promocji zdrowia personelu lub deprecjonujące ją.
2. Ograniczenia finansowe i przekonania pracodawców/menadżerów o wysokich kosztach promocji zdrowia.
3. Mała wiedza pracodawców/menadżerów o znaczeniu i sposobach realizacji promocji zdrowia.
4. Niedobór kadr (wewnętrznych i zewnętrznych) i usług służących promocji zdrowia.
5. Zachowawcze postawy i style działania struktur związanych ze zdrowiem w firmach.
6. Kultura organizacji niezgodna z wartościami i zasadami promocji zdrowia.
7. Infrastruktura firmy i organizacja pracy utrudniająca działania prozdrowotne.
8. Niechętny stosunek pracowników do promocji zdrowia w firmie.
9. Otoczenie zewnętrzne niesprzyjające promocji zdrowia.

Postawy kadry zarządzającej

nieprzychylnie promocji zdrowia personelu

W pierwszej kolejności warto wskazać takie postawy pracodawców i kadry zarządzającej firm, które ogólnie deprecjonują znaczenie kwestii zdrowia personelu. To niedostrzeżenie wagi tych spraw dla funkcjonowania zakładu pracy, a w konsekwencji uchylanie się od odpowiedzialności za nie: „Zdrowie pracowników nikogo tu nie obchodzi” (A23), „Brak myślenia zarządu firmy, że zdrowie to ważny dla niej temat i że ktoś powinien się tym zająć” (A47).

Lekceważenie tematu zdrowia w firmie może wynikać z szerszych postaw kadry zarządzającej wobec spraw pracowniczych. Wiąże się z absolutyzowaniem priorytetów produkcyjnych czy finansowych i „eksploatacyjnym” stosunkiem do zasobów ludzkich przedsiębiorstwa: „Priorytetem jest praca, i tylko praca. Tu nie myśli się o ludziach. Firma ani trochę nie jest zainteresowana pracownikami” (A62), „Właściciel ma inne problemy na głowie. Liczą się tylko wyniki, produkcja. Priorytetem zarządzających jest coraz większy zysk, a nie ludzie” (A9).

Innym korelatem braku zainteresowania sprawami zdrowia jest zapożyczony z życia codziennego przekonanie, że dokąd nie widać choroby, dotąd nie ma po-

trzeby, aby firma zajmowała się zdrowiem. Zatem jeżeli pracodawcy oceniają stan zdrowia pracowników jako względnie dobry i nie dostrzegają – bądź nie chcą dostrzec – w firmie istotnych problemów zdrowotnych, to nie mają potrzeby wdrożenia promocji zdrowia. Część zarządzających ma też skłonność do ukrywania, że w zakładzie pracy występują jakiegokolwiek problemy dotyczące zdrowia: „Brak uświadomienia, zrozumienia i akceptacji wśród osób decyzyjnych, że w przedsiębiorstwie istnieją jakieś problemy dotyczące zdrowia, że pracownicy mają potrzeby z tym związane” (A32), „Nasza narodowa cecha. Problemy, i te ze zdrowiem, mogą mieć inni, ale nie w mojej firmie” (A39). Można zaobserwować, że skłonność do nieujawniania problemów dotyczy zwłaszcza takich kwestii jak picie alkoholu i używanie innych substancji psychoaktywnych.

Niektórzy pracodawcy uznają, że w ich roli społecznej nie mieszczą się zadania związane z dbaniem o zdrowie pracowników (przynajmniej w szerszym zakresie, niż wymaga prawo). Uważają, że troska o zdrowie jest tym obszarem, którym w społecznym podziale pracy powinny zajmować się inne zawody i instytucje, zwłaszcza medyczne: „Przedsiębiorca zwyczajnie na to nie ma czasu. To nie jest rolą przedsiębiorcy, żeby zajmował się sprawami zdrowotnymi. Od tego są lekarze” (F4), „To jest dodatkowe obciążenie i to są sprawy medyczne, a my jesteśmy ludźmi innej branży” (F9), „Problem zdrowotny społeczeństwa to nie jest tak naprawdę problem pracodawcy ani jego obowiązek i nigdy nie powinien być. [...] W związku z tym ja w tej chwili, zwłaszcza gdy brak realnych warunków, ani myślę taką rzecz brać na swoje barki” (F55).

Część kadry zarządzającej uznaje, że państwo – tak jak za zdrowie ogółu obywateli – ponosi odpowiedzialność też za zdrowie pracowników. Pracodawca może wdrożyć promocję zdrowia, ale będzie to działalność ideowa, filantropijna, koszt ponoszony na rzecz wsparcia publicznego systemu ochrony zdrowia: „Coś jest nie tak w takim przypadku. Wszyscy od lat płacimy podatki i to państwo jest nieudolne. Udajemy, że ten system opieki zdrowotnej funkcjonuje. I teraz się mówi, że firma ma wypracować zysk i jeszcze spełnić rolę opiekuńczą państwa wobec swojego pracownika” (F64), „Czasem właściciel decyduje, że jest skłonny podzielić się zyskiem albo widzi sens podzielenia się częścią zysku. Tu mamy jakby dodatkowy koszt. Tylko takich filantropów jest po prostu mało, świadomych, że mogą się w coś takiego zaangażować” (F60), „Brak ideowo zaangażowanej kadry kierowniczej. Brak uświadomienia,

że zdrowie to ważny temat dla wszystkich, nie tylko dla rządu” (A51).

Przekonanie o wysokich kosztach

promocji zdrowia i braku środków na ten cel

Kolejna, złożona i licznie reprezentowana grupa przeszkód dotyczy kwestii finansowych. Wyróżnić tu można 2 główne aspekty. Po pierwsze część pracodawców uważa, że nie ma zasobów, które mogliby zainwestować w promocję zdrowia, lub że dysponują bardzo ograniczonymi środkami. Po drugie inni przyznają, że chociaż mają odpowiednie zasoby, to finansowanie promocji zdrowia nie jest ich priorytetem.

Pierwszy aspekt – realne ograniczenia – ilustrują poniższe wypowiedzi: „Brak środków finansowych. Firmom po prostu brakuje funduszy na takie działania i akcje. Choćby nie wiem co, nie mają skąd wziąć tych pieniędzy” (A65), „Mówimy o prostej barierze – jednostka budżetowa. Urząd nie jest w stanie wprowadzić dla wszystkich pracowników na przykład pakietu medycznego” (F30).

Z kolei aspekt drugi – przyjęcie w firmie innych priorytetów, pochłaniających środki potencjalnie przeznaczone na promocję zdrowia – wyrażają następujące wypowiedzi: „Niechęć kadry zarządzającej, by uruchamiać kwestie finansowe na zdrowie. Zwłaszcza że to nie zostało wcześniej zabudżetowane” (A69), „Nie to, że firmy nie stać [na promocję zdrowia]. W drugą stronę – stać, tylko że my w dalszym ciągu chcemy mieć więcej kasy jako wygenerowanego zysku, nie chcemy się podzielić, nie chcemy być bardziej pracowniczy” (F16).

To na ogół wiąże się z postrzeganiem promocji zdrowia w kategoriach kosztu, a nie inwestycji. Nawet jeżeli zostanie potraktowana jako inwestycja, to wstępna ocena jej opłacalności wypada niekorzystnie: „Takie zmiany [wdrożenie promocji zdrowia] muszą być kosztowne, muszą wiązać się z bardzo dużym wysiłkiem. Koszty i straty będą znacznie większe niż ewentualne korzyści” (A5), „[Promocja zdrowia] to jest tak zwana gra niewarta świeczki, bo może 20% firmy z tego skorzysta. A ile koszty operacyjne będą wynosiły, jakie będą koszty samej imprezy? Do tego trzeba dedykować za każdym razem ludzi, którzy się tym zajmą” (F41).

Rezygnację z promocji zdrowia lub jej ograniczoną realizację, zwłaszcza gdy jest ona pojmowana jako koszt, uzasadnia się potrzebą wprowadzania w firmach różnego typu oszczędności. Jej na ogół słabe zakorzenienie w wielu zakładach pracy powoduje, że staje się ona obszarem, w którym relatywnie łatwo można redu-

kować wydatki lub z którego można w ogóle zrezygnować: „Potrzeba oszczędności, a nie dodatkowych kosztów. To [promocja zdrowia] nie da się utrzymać, gdy trzeba ciągle ciąć koszty, oszczędzać” (A44), „Jak będzie trzeba, to ofertę profilaktyki zdrowotnej można ograniczyć, nawet zrezygnować z niej, bo kiedyś jej w ogóle nie było, przynajmniej tak rozbudowanej. Ale produkcja musi iść, a ludziom trzeba zapłacić. Inne firmy też będą ograniczać swoją ofertę zdrowotną, bo nie można w nieskończoność podwyższać kosztów i konkurować, dając coraz większe benefity” (W2), „Szef uważał, że promocja zdrowia to jeden z kolejnych, nowych i nie zawsze przemyślanych wydatków. Trudno było dostać zgodę na kolejne działania, bo firma miała oszczędzać i wciąż były inne, ważniejsze potrzeby. Nie chciał się przekonać, że te same pieniądze, które i tak idą na bhp czy fundusz socjalny, można lepiej podzielić i wydawać lepiej, że można oszczędzić na kosztach absencji, gdy później pracownicy będą mniej chorować. Ważne było tylko oszczędzanie tu i teraz” (W4).

Przekonania o braku środków na promocję zdrowia lub o potrzebie ich ograniczania często zbiegają się z oceną, że koszty lub inwestycje związane z jej wdrożeniem są bardzo wysokie i tak duże, że firma nie może sobie na nie pozwolić: „Jeżeli dana firma posiada odpowiednią nadwyżkę finansową, to może sobie na to pozwolić. [...] Pierwsze wdrożenie to są ogromne pieniądze, więc w większej firmie to jest ogromne, trudne do udźwignięcia przedsięwzięcie” (F14), „Trzeba ponieść wysokie nakłady na pokrycie dodatkowych ubezpieczeń, finansowanie opieki medycznej, dofinansowanie wejść na basen. Nie ma tak dużych środków” (A49), „Nierealne z tej przyczyny, że my płacimy bardzo duży ZUS, bardzo duże świadczenia i że jeżeli dołożymy do tego coś takiego [promocję zdrowia], to nie zmieści się to w budżecie firmy” (F6).

Kadra zarządzająca zwraca uwagę na kwestie, które wyolbrzymiają koszty związane z promocją zdrowia i zniechęcają do ich ponoszenia. Istotną przyczyną nadmiernych kosztów, zdaniem respondentów, jest angażowanie pracowników w działania prozdrowotne w godzinach pracy: „Jak uruchamiamy jakiś program [promocji zdrowia], to [...] są sytuacje, w których to się niestety musi odbyć w czasie godzin pracy i pracownicy nie będą wykonywać swojej pracy, tylko będą realizowali coś zupełnie innego. Czyli płacimy pracownikowi za jakieś tam czynności, natomiast on robi coś zupełnie innego. I płacimy podwójnie tak naprawdę. Bo nie dość, że za benefit, to jednak też za stracony czas” (F23), „Niechęć szefów do odrywania ludzi od pracy. Ale też

to, że pracownicy nie są wtedy na stanowiskach, to też powoduje koszty” (A56).

Z powyższym wiąże się przekonanie, że promocja zdrowia nadmiernie rozbudza oczekiwania pracowników. Zaspokojenie tych oczekiwań staje się źródłem kolejnych kosztów, a brak ich zaspokojenia generuje nowe problemy: „Ja się jeszcze trochę obawiam budowania tej roszczeniowej postawy u pracowników, bo my czasami dużo dajemy i przesadzamy po prostu. I przez to pracownicy chcą jeszcze więcej... I gdzie jest ta granica, że już więcej nie damy, bo już jest wystarczająco dużo, a cały czas oczekiwania rosną. I problem potem z kolei z wycofywaniem pewnych benefitów. Ja miałam np. problem z wycofaniem benefitu – dofinansowanie do obiadu. Jak tutaj zabrać?” (F10), „Jakby rozpoczął taki program, to myślę, że roszczenia pracowników by wzrosły. Tak, bo to tak apetyt rośnie w miarę jedzenia” (F33).

Niektórzy pracodawcy traktują promocję zdrowia jako źródło kolejnych, nieuzasadnionych obciążeń finansowych ponoszonych na rzecz państwa: „Wspomagamy pracownika i oprócz tego, że go próbujemy wspomóc, to musimy jeszcze dodatkowo od tego płacić podatki, czyli to nie jest motywujące. Jeszcze on od tego tak naprawdę powinien zapłacić podatek dochodowy, od tego, że mu pomogłem” (F22), „Jednocześnie płacenie i na ZUS, i na takie świadczenia [promocję zdrowia] to jest podwójne jakby obciążenie i to powinno być prze-myślane w tym aspekcie zusowskim” (F25).

Niedostatki wiedzy o promocji zdrowia wśród kadry zarządzającej

Barierą dla wdrożenia promocji zdrowia w firmach jest ogólna nieznamość tematu wśród zarządzających, co wywołuje obawy przed nieznanym: „Brak informacji generalnie na ten temat. Po co to, co to daje? Więc dla czego miałbym to robić?” (F59), „A po co mi to? Czy ja coś z tego będę miał? Firmy boją się nowego. Dopiero jak ktoś spróbował z jednym tematem, to raczej działa dalej” (A55), „Działania dla zdrowia to zmiany, a – najogólniej mówiąc – nie każdy lubi zamieniać coś, co już zna, na nowe i mało znane” (A70).

Przeszkodą może być nie tyle brak ogólnej wiedzy o promocji zdrowia, ile niedostatek szczegółowych informacji o wynikających z niej korzyściach, o ryzyku strat w efekcie zaniechania jej wdrożenia, o opłacalności inwestycji w zdrowie dla rozwoju firmy itp. „Mała świadomość zysków, jakie można uzyskać z takich inwestycji w zdrowie pracowników, jak to się może przekładać na wynik ekonomiczny” (A2), „Nie mamy bilan-

su zysków i strat wynikających z takich działań. Jeżeli byśmy byli bardziej wyedukowani w tej kwestii i ktoś by nam przeprowadził jakąś symulację, pokazał zarys, jak by to mogło wyglądać, to myślę, że zdecydowanie tak” (F3), „Podam taki przykład – palenie papierosów. Tyle mówi się, jakie to wywołuje choroby, jakie to szkodliwe dla zdrowia, że rak płuca, uzależnienie, że ludzie umierają, że trzeba z tym walczyć, rozdawać ulotki... Ale nikt nam nie mówi, jak to palenie wpływa na firmę, co my, pracodawcy, tracimy, jakie to ma skutki dla tego, co my robimy, czyli dla przedsiębiorstwa, wyników finansowych. Co zyskamy, gdy zabierzemy się za to, czy to się nam w ogóle opłaci, czy tylko poniesiemy dodatkowe koszty? I jakie to będą koszty, na co konkretnie? Bo takie ogólne mówienie, że przerwy na papierosa to w sumie dodatkowy urlop w roku, to mnie nie przekonuje, bo niepalący też nie pracują non stop. U mnie też jeszcze nikt nie zachorował na raka przez papierosy i nie umarł, a nikt mi nie mówi, jak duże jest ryzyko, że stracę dobrego pracownika” (W7).

Firmom realizującym działania prozdrowotne przeszkadza niekiedy brak lub niedostatek konkretnych dowodów i danych ukazujących ich efekty – zwłaszcza te ekonomiczne i inne, które można przedstawić w formie liczb. Menadżerom nie wystarczają ogólne twierdzenia o opłacalności promocji zdrowia ani nawet uogólnione wyliczenia korzyści ekonomicznych. Oni potrzebują jasnego potwierdzenia takich tez we własnym przedsiębiorstwie: „Brakuje takiego zerojedynkowego przełożenia tych naszych działań zdrowotnych w firmie na spadek absencji i wzrost zaangażowania. To zniechęca do ich kontynuowania” (A35), „Mój dyrektor musi mieć raport i pokazany wykres, najlepiej w Power Point, jak to, co zabudżetowałam, doprowadziło do zmniejszenia absencji, spadku kosztów, wzrostu wydajności itp. I to chciałby mieć pokazane w pieniądzu. Liczy się konkretnie to, ile wydał i ile w związku z tym zaoszczędził, ile zyskał” (W5), „To temat, który jeżeli nie przynosi pracodawcy czytelny zysk i nie ma na to w firmie policzonych danych, to jest cięty, gdy trzeba zredukować koszty” (A20).

Zarządzającym brakuje też wiedzy operacyjnej, logistycznej o sposobach realizacji promocji zdrowia. To rodzi obawy przed nieznanym, przed możliwością popełnienia błędu, utrudnia ocenę własnego stosunku do niej, planowanie i racjonalizowanie wdrożenia itp. „Brak wiedzy na temat najlepszych metod takich działań. I jak to robić, żeby nie popełniać błędów” (A59), „Jeszcze chyba brak wiedzy merytorycznej, doświadczenia, jak takie rzeczy wdrażać i żeby to nie była jakaś jednorazowa akcja. Co tu zrobić i jak tak wszystko po kolei

robimy, i jak sprawdzamy efekty” (F39), „Brak konkretnych przykładów, które można zastosować. Dość mała liczba firm działa na rzecz zdrowia, więc nie ma gdzie podpatrzeć” (A26).

Niedostatki kadr i usług w obszarze promocji zdrowia

Kolejna grupa utrudnień dotyczy deficytów kadr dla realizacji promocji zdrowia w firmach. Chodzi tu o osoby lub instytucje, które są dobrze przygotowane do implementacji promocji zdrowia w zakładzie pracy i którym można byłoby powierzyć związane z tym zadania. Takie niedobory mogą występować realnie lub tylko w przekonaniach pracodawców i menadżerów. Mogą być identyfikowane zarówno w środowisku zewnętrznym, jak i wewnątrz firmy.

Respondenci często mówią ogólnie o braku lub małej dostępności specjalistów w omawianej dziedzinie: „Brak w Polsce specjalistów, którzy mogliby takie działania zaplanować, zorganizować i przeprowadzić” (A28), „Mam wrażenie, że u nas w kraju w ogóle brakuje takiej kadry, która by wiedziała po prostu, jak to wdrażać” (F47), „Niska dostępność ludzi dedykowanych specjalnie do takich zadań. Brak specjalistów do tworzenia programów [promocji zdrowia], którzy mogliby służyć pomocą, wsparciem” (A11), „Brak doradztwa takiego finansowego, czyli jak [promocję zdrowia] wprowadzić kosztowo, jak stworzyć biznesplan dla danego przedsiębiorstwa, jakie to pochłonie środki, koszty i tak dalej” (F5).

Część firm sprowadza promocję zdrowia do zakupu wybranych usług prozdrowotnych od zewnętrznego oferenta. W tej sytuacji problemem jest mała dostępność i niezadowalająca jakość ofert zewnętrznych podmiotów. Odnosi się to zwłaszcza do wdrożenia całościowego programu prozdrowotnego: „Kompleksowych rozwiązań nie oferuje żaden podmiot. Czyli, mówiąc wprost, jeżeli chcielibyśmy zaoferować pracownikom szereg benefitów, to musielibyśmy tak naprawdę zwrócić się do pojedynczych podmiotów, z których każdy jest w stanie zaoferować tylko jakąś część tego pakietu, który chcemy. Brak oferty wygodnej do uchwycenia” (F12), „W sytuacji, kiedy ja mam się zgłosić do 5 różnych firm, to nikomu się nie chce tego robić, po prostu. Bo zorganizowanie tego i ogarnięcie to jest często dużo większa praca, niż się wydaje” (F18), „Brak dobrej informacji o placówkach świadczących różne usługi profilaktyczne. Żeby można było wybrać, co komu potrzeba. I żeby to były dobre usługi, a nie tylko takie dobrze zareklamowane” (A31).

Inna kwestia to ograniczone możliwości powierzenia własnym pracownikom zadań związanych z implementacją promocji zdrowia. Wynika to przynajmniej z 2 przyczyn.

Pierwszą jest przekonanie kadry zarządzającej o niedostatkach kompetencji merytorycznych, ale też zdolności menadżerskich, kreatywności czy motywacji do zajmowania się promocją zdrowia wśród tych osób z personelu firmy, którym mogłyby zostać przydzielone związane z nią role: „Problemem jest znalezienie wśród pracowników odpowiedniej osoby, która zajmie się wdrożeniem, która zechce to robić” (A40), „Brak kadry i zasobów w firmie, które mogłyby w kreatywny sposób zarządzać promowaniem zdrowia” (A7), „W firmach brak ludzi chcących podjąć działania w obszarze promocji zdrowia, którzy mogą działać w tym temacie. Nie mają doświadczenia, nie mają wiedzy i nie ma kim tego wprowadzić. Trzeba by zatrudnić dodatkową, wyuczoną osobę, która by zajęła się wdrażaniem takiego projektu” (F36).

Drugą przyczyną jest to, że w praktyce zadania dotyczące promocji zdrowia w firmach na ogół przypisywane są do istniejących już ról zawodowych, w których ważniejsze i bardziej absorbujące są inne sprawy. W związku z tym promocja zdrowia staje się dla nich działalnością dodatkową, a przez to często marginalną: „Wiele znanych mi firm polskich zatrudnia pracowników do spraw bhp tylko na ułamek etatu, więc brak im czasu i motoru dla takich działań” (A24), „A kto będzie to robił, jeżeli wszystko teraz idzie na wynik. Ja mam określone zadania, moi pracownicy mają określone zadania, a przydzielając im tego typu zadania [dotyczące promocji zdrowia], nakładam na nich dodatkowe obowiązki. Ktoś to musi wprowadzać, prowadzić w zakładzie, samo się nie będzie prowadziło” (F20), „Ja muszę przede wszystkim wykonywać te zadania, z których jestem rozliczana, dla których zostało utworzone moje stanowisko. Interesuję się promocją zdrowia i staram się jak najwięcej zrobić w tym temacie. Daje mi to satysfakcję i jestem doceniana za to, że się nią zajmuję – i przez szefa, i osoby z zespołu, i pracowników. Ale ja mam inne funkcje w firmie i często nie mam czasu na te sprawy. A przecież mam też dom i rodzinę” (W6).

Promocji zdrowia mogą nie sprzyjać też zmiany personalne w firmach, które skutkują rotacją kadry zaangażowanej w prowadzenie lub wspieranie działań prozdrowotnych: „Zmieniają się osoby. Na przykład koleżanka, co zajmowała się akcjami prozdrowotnymi, już nie pracuje i nie ma na razie nikogo na jej miejsce” (A75), „Ja przechodzę teraz do zupełnie innego działu, który nie ma

nic wspólnego z bhp i promocją zdrowia. Nie mam polecenia, by przekazać komuś te sprawy, które wychodzą poza obowiązkowe bhp. A w naszym oddziale na razie nie widzę, żeby był jakiś pasjonat, który sam z siebie będzie kontynuował promocję zdrowia” (W10), „Dyrektor od rozwoju zasobów ludzkich był bardzo przychylny, wspierał wszystkie inicjatywy dotyczące zdrowia. Ale awansował na szefa w całym regionie Europy Wschodniej. Teraz kontakt z nim jest bardzo ograniczony. I w ogóle w Polsce nie ma już takiego osobnego stanowiska. A inni dyrektorzy nie rozumieją tych spraw” (W8).

Zachowawcze postawy

osób zarządzających zdrowiem w firmach

Piąta grupa przeszkód dotyczy niesprzyjających promocji zdrowia postaw i sposobów myślenia tych osób, które odpowiadają za działania prozdrowotne w firmie, realizują je lub mogłyby je realizować. Tutaj przywoływane jest zwłaszcza zachowawcze podejście do zagadnień zdrowia, nieprzystające do potrzeb związanych z jego promocją: „Osoby z bhp mają zakorzenione złe przyzwyczajenia. Myślą, jak przyłapać na czymś pracownika, czym go zastraszyć, a nie – jak go zachęcać i wspierać, by sam chciał dbać o zdrowie” (A42), „Organizacje związkowe nie zawsze rozumieją, jak sensownie rozdzielać świadczenia socjalne, by to nie było tylko rozdawanie. Przeszkadza przywiązanie związków zawodowych do wcześniej przyjętych rozwiązań, realizacji roszczeń i niechęć do nowości, do zmian” (A53), „Dział HR robi coś, co robił od lat, ale bez analizy, co tak naprawdę powinno być zrobione. Nie rozumieją, że zdrowie pracownika to najważniejszy z zasobów – zarówno dla niego samego, jak i dla pracodawcy” (A60).

Pokrewnym utrudnieniem, leżącym po stronie kadr zajmujących się promocją zdrowia w zakładzie pracy, są niedostatki myślenia o niej w sposób strategiczny, skoordynowany, w kategoriach celu, któremu ma służyć: „Różne działy zajmują się sprawami dotyczącymi zdrowia i nie komunikują się ze sobą. Każdy chce się pokazać, zabłysnąć i sobie przypisać zasługi, a mało myśli się, czemu naprawdę służą i czemu mają służyć te różne działania i jaki jest tego rzeczywisty efekt” (W3), „Nieskoordynowane różne działania, także brak pomysłu na jakiś konkretny program. Brakuje pomysłu, po co i jak go realizować” (A1), „Brak holistycznego podejścia, a zarazem myślenia analitycznego, oceny skutków, mierzenia efektywności działań, a później wyciągania z tego wniosków. Tak od ściany do ściany” (A73).

Analizując głębiej to zjawisko, można zauważyć, że część działań związanych ze zdrowiem, które są reali-

zowane w firmie, zostaje podporządkowana innym celom niż zdrowie personelu i jednocześnie przestaje służyć tym wartościom, które konstytuują promocję zdrowia: „Nie myśli się o promocji zdrowia, kiedy choroby nie widać. I nie myśli się, co zrobić, żeby pracownicy nie chorowali, nie przychodzili chorzy do pracy i nie narażali innych; ważne tylko, żeby nie brali zwolnień. I wprowadza się premię za brak zwolnień, nie myśląc przy tym, jak to wpłynie na zdrowie w dłuższej perspektywie. To u nas nie jest promocja zdrowia, tylko promowanie braku L4” (W1), „Robimy wiele różnych akcji, eventów, co roku są pikniki, biegi charytatywne, akcje krwiodawstwa, zbieramy kilometry z pomocą aplikacji. To buduje wizerunek i integruje tych, którzy uczestniczą. Ale czy to tak naprawdę służy zdrowiu naszych pracowników? Wszyscy wiedzą, że nie zawsze, że różnie z tym bywa. Potrzebna byłaby strategia, taka, jaką ma [firma X], żeby było wiadomo, w jakim kierunku idziemy, co mamy robić. My takiej strategii jeszcze nie mamy” (W11).

Inną przeszkodą w rozwoju promocji zdrowia, obecną zwłaszcza w myśleniu menadżerów wyższego szczebla, jest oczekiwanie szybkich efektów podejmowanych działań prozdrowotnych lub szybkiego zwrotu z inwestycji w zdrowie. Obietnica efektów odłożonych w czasie nie jest wystarczająco motywująca do ich wdrożenia. To często zbiega się z niedostatkami strategicznego myślenia o firmie: „Krótkowzroczne patrznie, oczekiwanie szybkiego zwrotu poniesionych kosztów. A jak szybko nie ma, to są problemy” (A67), „Ja wiem, tylko że to wszystko jest perspektywa w czasie. Człowiek chyba nie patrzy w ten sposób, że jak ja będę inwestował w tych pracowników, to za kilka lat będą zdrowsi. Ja bym chciał, żeby oni jutro byli zdrowsi, a nie za kilka lat” (F8), „Bo to jest program na lata i wymaga jakiegoś biznesplanu. Na pewno jest to patrznie długofalowe, czyli nie na zasadzie, że ta firma ma być na rynku 2–3 lata, tylko ma być pokoleniami. A kto tak rzeczywiście patrzy wizjonersko na swoje przedsiębiorstwo?” (F44).

Niekorzystne postawy wobec promocji zdrowia wśród jej animatorów mogą być kształtowane przez wcześniejsze błędy i niepowodzenia związane z jej realizacją. Bywają one uogólniane i zniechęcają do kolejnych działań, zamiast stać się bodźcem do uczenia się na błędach: „Bo to nie jest dobrze zdiagnozowana potrzeba. Jeszcze w poprzedniej pracy chcieliśmy wprowadzić kartę sportową i nagle się okazało, że na 100 osób zatrudnionych w biurze zainteresowanie wynosiło 11. To jaki to ma sens, dla kogo to robić?” (F58), „Robimy

coś po omacku i nie zawsze dobrze to wychodzi. Jak człowiek się na czymś sparzy, to niechętnie do tego wraca, nie chce już tego robić” (A36).

Brak wsparcia dla promocji zdrowia w kulturze organizacyjnej

Popularną przeszkodą jest brak lub niedostatek wyraźnego poparcia dla promocji zdrowia ze strony kierownictwa różnych szczebli. Dotyczy to zarówno działań animatorów wdrożeń, jak również prozdrowotnej aktywności pracowników: „Brak zdecydowanej postawy i zaangażowania lub wsparcia najwyższego kierownictwa, szefów, kierowników. Brak też przekonania osób z dozoru, że nie tylko produkcja i wynik są najważniejsze” (A33), „Jeśli chodzi o korporację, to są 2 możliwości. Albo taki przekaz idzie z centrali i wtedy to się po prostu wdraża i nie ma innego wyjścia, albo nie leży to w strategii centrali i wtedy, co by się nie chciało zrobić, to ciężko jest wprowadzić tam, na dole, tego typu działania w jakiejś zorganizowanej formie. Bo jednorazowo to owszem. [...] Więc jeżeli centrala nie wyrazi zgody na to, jeżeli będzie widziała ten temat w inny sposób, to walimy głową w mur w tym momencie” (F31), „Nawet jak już chcemy coś zrobić i dyrekcja daje nam zielone światło, to wszystko hamuje brak wsparcia ze strony kierowników liniowych. Jak oni tego nie rozumieją, to na przykład nie puszcza pracownika na badania, a on boi się z czymś wychylić, co nie wiąże się z produkcją” (W1).

Utrudnienia generuje także autokratyczny model zarządzania w firmie, przenoszony w obszar promocji zdrowia. Wyzwała on u pracowników różne obawy związane z uczestnictwem w działaniach prozdrowotnych, sprzeciw wobec nich i niechęć do udziału: „Ja patrzę tak z perspektywy mojej firmy, gdzie wszystko wprowadzane jest odgórnie. I wszelkie próby takiego odgórnego wprowadzenia jakichś benefitów, wyjazdów spotykały się z oporem. Bo po co to? – Bo muszą” (F42), „U mnie odgórne narzucanie takich rzeczy, oferowanie i zapraszanie spotkało się z obojętnością. Natomiast myślę, że gdyby to wychodziło od pracowników [...], miałyby to większe szanse na powodzenie” (F46), „Szef będzie gorzej oceniał osoby, które nie przystąpiły do danego programu. Czyli oprócz tego, że [pracownik] nie chce, aby wejść w tę jego sferę prywatności, to jeszcze może się bać jakiejś negatywnej oceny, wykluczenia. Czyli jak ktoś nie jest z nami, to jest przeciwko nam” (F38).

Źródłem trudności jest też zła atmosfera społeczna w przedsiębiorstwie. Przenika ona w obszar związany

ze zdrowiem i zniechęca pracowników do aktywności prozdrowotnej w firmowym środowisku: „Teraz u nas atmosfera nie jest najlepsza. Mimo że zarobki są wysokie, to i wymagania są duże, praca na 3 zmiany, dużo nadgodzin, a trudno odmówić. Ludziom nie podoba się wiele rzeczy, bo nie wszystko, co może sprawdzi się gdzie indziej, trzeba tak automatycznie przetranszować do Polski. I od kilku lat coraz mniej osób zapisuje się na piknik podczas dni zdrowia. W tym roku było tak mało, że musiałem go pierwszy raz odwołać” (W9), „Sposób zarządzania pracownikami, zła komunikacja, brak możliwości rozwoju, niejasny system awansów, nawet mobbing. To wszystko wpływa na pracowników demotywująco, zniechęca do angażowania się w cokolwiek, co wiąże się z firmą – tym bardziej w osobistą sferę zdrowia. To sprzyja wypaleniu, odcinaniu się od organizacji” (A14), „Mało kto uczestniczy w tym, co organizuje zakład. Na nasze zawody sportowe zgłosiła się garstka osób, a w różnych innych zawodach na terenie miasta uczestniczy wielu naszych pracowników. Ludzie nie chcą łączyć swojego życia prywatnego z tym, co się dzieje w pracy, chcą spędzać swój czas w innych środowiskach, w innej atmosferze” (W1).

Infrastruktura i organizacja pracy utrudniająca promowanie zdrowia

Kolejne utrudnienia wynikają z modelu zorganizowania struktur firmy, jej infrastruktury materialnej, organizacji procesów pracy, polityki zatrudnienia, a więc szeroko pojętych kwestii wewnątrzorganizacyjnych, wykraczających poza jej kulturę.

Promocji zdrowia nie sprzyja rozproszenie terytorialne jednostek organizacyjnych firmy oraz strukturalny podział na centralę i placówki peryferyjne. Utrudnia to przepływ informacji, możliwości realizowania wspólnych działań i ich logistykę oraz wywołuje poczucie nierówności wśród personelu: „Mamy liczne oddziały w całym kraju, w których pracuje po kilka, najwyżej kilkanaście osób. Trzeba jeździć do wszystkich, ale to zajmuje mnóstwo czasu. I co można zrobić tylko dla tych kilku osób?” (A30), „Rozproszona sieć dystrybucji. Jak cała firma jest w jednym miejscu, to znacznie łatwiej” (A18), „W centrali, w biurach mamy bogatą ofertę. Jest gabinet fizykoterapii, sala do ćwiczeń z siłownią, nowa stołówka, pokoje relaksu, są spotkania z dietetykami, trenerami, różne eventy itp. Ale jak to wszystko wprowadzić w terenie, w małych zespołach. Można tylko zaprosić dwa razy w roku na piknik firmowy. Oni nam, czyli centrali, zazdroszczą, że my mamy tak dużo,

a oni tylko abonamenty medyczne i sportowe, które my też mamy” (W6).

Realizację działań prozdrowotnych może utrudniać sposób zorganizowania pracy: „Akord przy taśmie i praca trzyzmianowa, także w godzinach nocnych, co uniemożliwia zorganizowanie wspólnych akcji” (A16), „Trudno coś zrobić, gdy pracownicy cały czas pracują w terenie, bardzo rzadko są na miejscu i rzadko spotykają się w większych grupach” (A29).

Nadmiernie napięty harmonogram pracy często powoduje przeciążenie pracowników, które utrudnia im uczestnictwo w działaniach prozdrowotnych: „W korporacji nie ma czasu na promocję zdrowia. Tu każda minuta jest policzona, każda czynność ma swój oszacowany czas. No, chyba że uda się kilka minut zaoszczędzić z jakichś innych czynności. Ostatnio np. na ankiecie miałam 20 minut, a wypełniłam ją w 13. Tylko co można byłoby zrobić w te 7 minut?” (W12), „Pracownicy są przeciążeni i nie mają na to czasu. Nie mogą odejść od stanowiska. Przerwy są krótkie, każdy chce chwilę odpocząć i niewiele można w tym czasie zrobić. A po pracy już się nie chce, już nie ma siły” (A27), „Jeżeli pracodawca wymaga od pracowników siedzenia po 12 godzin, bo nadgodziny, bo dużo pracy i tak dalej, to tacy pracownicy nie mają siły już po prostu korzystać z takich benefitów. Więc, no, albo to, albo to. Czyli jeżeli wprowadzamy coś takiego, to też dajmy pracownikom czas na wykorzystanie. Jeżeli tego nie robimy, to jest to tylko takie fałszywe pokazanie, że my jesteśmy fajni, a ty nie chcesz korzystać. Fajne są takie programy [promocji zdrowia] – tylko nie w sytuacji, kiedy pracodawca wymaga siedzenia ponad siły” (F50).

Kolejną kwestią niesprzyjającą promocji zdrowia jest niestały skład osobowy personelu – fluktuacja kadr lub duży odsetek pracowników tymczasowych: „Duża rotacja pracowników produkcyjnych. To co dla nich robić, jak już za chwilę odchodzą? I nie będzie efektu dla ich zdrowia, i firma nic z tego nie zyska, tylko straci” (A38), „My zatrudniamy wielu pracowników tymczasowych. Jak jest zlecenie, to się zatrudnia, jak nie, to się zwalnia. Trudno inwestować w kogoś, kto nie jest związany z firmą. To się nie zwróci w żaden sposób. Owszem, można tak dla dobra publicznego, ale to chyba nie firma powinna robić” (W3).

Utrudnieniem są też duże reorganizacje i inwestycje infrastrukturalne w firmie. W ich efekcie może dojść do czasowej zmiany priorytetów i osłabienia wśród nich pozycji zdrowia, ograniczenia środków materialnych przeznaczanych na promocję zdrowia, zaabsorbowania bieżącymi problemami kadr zarządzających zdro-

wiem itp. „Teraz otwieramy nową fabrykę i na nic nie ma czasu. Trzeba przyjmować nowych ludzi, robić im badania, szkolenia, ergonomiczne charakterystyki stanowisk. Wszyscy skupiają się na tym. Musieliśmy przystopować z planami zapisanymi w strategii zdrowotnej” (W13), „Firma się rozwija, zmienia lokalizację, przenosi do nowego budynku. To duża inwestycja – pochłania środki, rodzi nowe obowiązki dla służby bhp. Do promocji zdrowia chyba wrócimy, gdy już wszystko się ustabilizuje” (W9).

Postawy pracowników niesprzyjające promocji zdrowia w firmie

Duża grupa wskazywanych utrudnień odnosi się do postaw personelu. Respondenci narzekają zwłaszcza na małe zainteresowanie pracowników sprawami zdrowia lub przesuwanie go na odległe pozycje listy osobistych priorytetów: „Pracownikom nie zależy na zdrowiu, pracocholizm. Wolą wziąć dodatkową pracę, więcej zarobić, a nie że dbać o zdrowie” (A57), „Brak mody na zdrowie wśród pracowników, nie interesują się tym, za małą świadomość o zdrowiu” (A55), „Zatrudniamy bardzo młodych ludzi, średnia wieku to u nas 27 lat. Jak im mówię o ubezpieczeniu zdrowotnym, to patrzą na mnie dziwnie i nie wiedzą, o co chodzi. Ważne dla nich, żeby teraz były różne atrakcje, żeby coś nowego się działo, a nie to, jak coś się przekłada na zdrowie. Zastanawiamy się nawet, czy może dni zdrowia organizować tylko raz w roku, bo co kwartał okazuje się chyba za często i mało osób bierze w nich udział” (W14).

Zdaniem części menadżerów pracownicy chcą uczestniczyć tylko w takich aktywnościach, które nie wymagają od nich zaangażowania i z których mogą korzystać w bierny sposób. Jest to nie tylko problem dotyczący skali uczestnictwa, ale również czynnik zniechęcający animatorów promocji zdrowia do kontynuowania i rozwijania działalności: „Najchętniej ludzie będą korzystali z tego, co będzie od nich najmniej wymagać. [...] Natomiast jeżeli od kogoś już będzie wymagana jakaś aktywność, to z takim dystansem będą podchodzić” (F52), „Największą przeszkodą będzie przekonanie samego pracownika, żeby przystąpił do tego programu promocji zdrowia. [...] W zasadzie to są tacy ludzie bardzo zniechęceni już, mam wrażenie” (F61), „Najbardziej przeszkadza firmom i zniechęca obojętność pracowników, brak u nich chęci zaangażowania się w pomysły firmy na temat zdrowego trybu życia, aktywności, odżywiania się” (A64).

Brak zaangażowania pracowników często łączy się z ich roszczeniową postawą w stosunku do pracodawcy,

co dodatkowo wywołuje niekorzystną atmosferę społeczną wokół promocji zdrowia: „Pracownicy oczekują, nawet domagają się różnych działań od firmy, ale sami się w ogóle nie angażują” (A11), „Roszczeniowe podejście pracowników do firmy. Pracownicy wszystko chcą dostać, a jak nawet dostaną, to nie korzystają” (A71), „Duże oczekiwania od firmy, by zaangażowała się w promowanie zdrowia, ale niewielkie lub żadne zaangażowanie indywidualnego pracownika. Nawet jak bierze kartę Multisport, to korzysta z niej córka, żona, ale nie pracownik” (A45).

Odmianą braku zaangażowania pracowników jest ich tzw. słomiany zapał, brak konsekwencji w realizacji postulowanej lub zapoczątkowanej aktywności: „U nas to działa tak zrywami. Pada hasło, że przydałby się Multisport i przez to jest jakiś ferment. Później się okazuje, że te osoby, które się zgłosiły, jednak się wycofują, nie mogą, bo nie mają czasu, i gdzieś to się rozmywa. Słomiany zapał” (F29), „Na początku to niby wszyscy chcą, a już na pierwsze zajęcia przychodzi niewiele osób i z każdym kolejnym spotkaniem jest coraz mniej” (A49).

Deficyty zaangażowania odnoszą się zwłaszcza do tych aktywności prozdrowotnych, które firma organizuje poza czasem pracy: „Brak zainteresowania ze strony pracowników, gdy działania organizowane są po godzinach pracy, w czasie prywatnym” (A41), „Pracownik działa na zasadzie 8 godzin i do domu” (A4).

Innym typem utrudnień ulokowanych w postawach personelu jest niechęć do ujawniania pracodawcy informacji dotyczących życia prywatnego. Pracownicy obawiają się, że takie informacje mogą wyjść na jaw w związku z udziałem w promocji zdrowia i zostać wykorzystane w niekorzystnym dla nich celu: „Pracownik nie za bardzo chce pokazywać wszystko, co się dzieje w jego życiu prywatnym swojemu pracodawcy” (F62), „Ten program [promocji zdrowia] dotyka też takich bardzo prywatnych elementów naszego życia. Bo jest mowa o leczeniu, o finansowaniu leków. No nie każdy chce się chwalić tym, że ma jakieś schorzenie przewlekłe, że się leczy. Nie wszyscy chcą się chwalić tym, że np. palimy, więc robimy to po pracy, w tajemnicy. Jeśli ktoś ma problem z jakąś osobą starszą, to też stara się o tym nie informować, bo może stać się przez to np. mniej dyspozycyjny dla pracodawcy” (F57).

Personel obawia się zwłaszcza tego, że pracodawca może uzyskać dostęp do danych o stanie zdrowia poszczególnych osób, głównie w związku z ich udziałem w badaniach medycznych. Z ujawnieniem informacji o chorobach i problemach zdrowotnych wielu

pracowników łączy ryzyko utraty pracy: „Pracownicy boją się, że jak pójdą na badania, to informacje o ich zdrowiu trafią do pracodawcy. A co on już z tym zrobi? Może zwolni?” (A19), „Takie programy profilaktyczne na niektóre osoby mogą wpływać wręcz przeciwnie. Ja boję poddać się takiej profilaktyce, zbadać się, bo nagle coś mi wyjdzie i pracodawca nagle mnie zwolni” (F28), „Nawet jak widzimy jakiś problem zdrowotny u pracownika i mamy te nasze programy medyczne i proponujemy, żeby skorzystał pracownik, to nie zawsze chce. Dlatego właśnie, że obawia się, że jak pójdzie i okaże się, że on jest chory, albo sam się wyda, to będzie miał problemy w pracy. I nie chce skorzystać” (F26).

Problemem dostrzeganym w postawach pracowników jest również niechęć do nowości i zmian, jakie wiążą się z promocją zdrowia. Odnosi się to zwłaszcza do starszego i gorzej wykształconego personelu oraz do kwestii związanych z użyciem nowych technologii informacyjnych: „Robotnicy wiedzą swoje i tylko denerwują się, gdy ktoś im chce mówić, co mają robić, nawet gdy chce dobrze dla ich zdrowia” (A22), „Jeśli im się mówi, że coś nowego wprowadzimy, to oni mówią: «Pani, ale ja mam 2–3 lata do emerytury, proszę mnie już nic nie uczyć». Więc tutaj by była największa bariera” (F40), „Wyzwania komunikacyjne. Pracownicy produkcyjni nie chcą korzystać z dostępnych komputerów, wolą tablice informacyjne i papierowe plakaty. A my odchodzimy od wersji papierowych, promujemy wydarzenia na FB, w intranecie. Znacznie większe jest zainteresowanie pracowników administracyjnych i młodych. Strach starszych przed technologią” (A74).

Utrudnienia i brak wsparcia w otoczeniu firm

Ostatnia grupa utrudnień to otoczenie zewnętrzne, szeroko rozumiany społeczny kontekst funkcjonowania zarówno firm (m.in. uregulowania prawne i fiskalne), jak i pracowników (m.in. warunki życia).

W kwestiach prawno-fiskalnych respondenci narzekają zwłaszcza na niestabilność i niejasność przepisów regulujących działania firm, co nie sprzyja ich angażowaniu się w dodatkowe aktywności, w tym m.in. w promocję zdrowia: „Brak stabilizacji prawno-fiskalnej, bo nie wiemy, co się będzie działo i czy nas będzie za tydzień stać” (F45), „Nie ma jasnych, stabilnych regulacji prawnych i finansowych na poziomie ogólnokrajowym. Nie wiadomo, co się za chwilę zmieni i jak interpretować przepisy. Nie wiadomo, czy jak coś więcej zrobimy, to czy to się nie obróci przeciwko nam” (A61).

Utrudnieniem są także niektóre regulacje prawne bezpośrednio dotyczące spraw zdrowia w firmie. Ich stosowanie ogranicza swobodę działania, w tym dysponowania środkami celowymi, które można byłoby przeznaczyć na cele prozdrowotne, oraz prowadzi do wzrostu kosztów. „Niesprzyjające przepisy, obostrzenia. Na przykład nie możemy zakupić rowerów do dojazdów do pracy ze środków funduszu socjalnego” (A46), „Gwarantowanie pracownikom dodatkowych badań medycznych stanowi teraz dodatkowe świadczenie podlegające opodatkowaniu i oskładkowaniu. A więc pracodawcy wyrzucają jakieś pieniądze w błoto, a pracownicy jeszcze sugerują, że pracodawca ich naciąga” (A34), „Bo on [personel firmy] w trakcie badań wstępnych i okresowych nie jest teraz przebadany. Pakiet badań, które w tej chwili wchodzi w zakres medycyny pracy, został tak okrojony, że podstawowych badań nie można przeprowadzić” (F54).

Część firm uważa, że ich aktywność w sferze promocji zdrowia powinna uzyskać wsparcie finansowe ze strony państwa – poprzez ulgi podatkowe lub w formie bezpośredniej. Przeszkodą – materialną lub tylko mentalną – jest dla nich brak lub niedostatek takiego wsparcia ze środków publicznych. „Barierą jest brak udogodnień, dofinansowania ze strony państwa. Przynajmniej choćby jakieś ulgi w podatku dla tych, którzy mają taki program [promocji zdrowia]” (F56), „Zupełny brak wsparcia finansowego ze strony rządu, np. w postaci różnych odpisów. Gdyby chociaż rząd pokazał, że chce jakoś pomóc, coś zrobić... Ale żeby też realnie zrobił” (A66), „W kraju, w którym społeczeństwo się starzeje, powinny być pieniądze rządowe na takie wsparcie, a ich nie ma” (F53), „Brakuje dotacji. Może najwyższa pora, żeby też Unia Europejska, mówiąc wprost, ogólnie zaangażowała się” (F49).

Z innej strony niektóre firmy nie chcą angażować się w promocję zdrowia (zwłaszcza gdyby była ona wsparta ze środków publicznych) dlatego, że obawiają się ewentualnej ingerencji organów państwa w sposób jej realizacji albo odpowiedzialności za osiągnięcie określonych skutków w zakładzie pracy: „Jeżeli za wszelkie skutki takich inicjatyw odpowiedzialność by ponosił pracodawca, to myślę, że tutaj i pieniądze mogłyby nie pomóc. My się ciągle boimy następnej odpowiedzialności, następnych konsekwencji, następnych kontroli” (F13), „Jeżeli państwo nie wspiera naszych działań, to nie może też niczego oczekiwać, a takie zakusy mają różne inspekcje i kontrolerzy” (A68), „Takie projekty [promocji zdrowia] sami możemy stworzyć dla swoich firm, ale żeby nikt nam się w to nie wtrącał i nie przeszkadzał” (F35).

Dla niektórych firm przeszkodą jest natomiast niedostatek dostępu do gotowych rozwiązań i narzędzi, które można byłoby uzyskać w domenie publicznej i wykorzystać przy realizacji promocji zdrowia: „Mało dobrych ulotek, broszur, plakatów, filmów do bezpośredniego wykorzystania. Państwo powinno zadbać o to, by były one dostępne” (A8), „Za mało gotowych programów. My, jako pracodawcy, tak naprawdę dostajemy rzeczy gotowe, już nikt nie ma czasu, żeby się głowić i zastanawiać nad tym, co byśmy chcieli” (F11).

Problemem są rozpowszechnione przekazy medialne, które nie zachęcają do promocji zdrowia. Dotyczą one bądź ogólnych kwestii zdrowotnych, bądź związanych ze zdrowiem w zakładzie pracy: „Przedsiębiorcy są postrzegani jako złodzieje, wyzyskiwacze, oszuści i tak są też kreowani w mediach. Generalnie rzadko się chyba słyszy o dobrym pracodawcy czy przedsiębiorcy, który dba o zdrowie pracowników” (F24), „Negatywne kampanie dotyczące szczepień. I coraz mniej pracowników zapisuje się na szczepienia” (A43), „Niewielka liczba programów promujących zdrowy tryb życia, pokazujących dobre trendy. Za mało mówi się o tym w poważnych ogólnopolskich mediach, nie mobilizuje się ludzi. Pełno reklam, że weźmiesz lek i już jesteś zdrowa” (A54).

Wśród zewnętrznych przeszkód respondenci wskazują też zaabsorbowanie pracowników sprawami życia codziennego, co utrudnia im wygospodarowanie czasu na aktywność prozdrowotną: „Organizacja życia codziennego – jeżeli kobieta pracuje więcej niż 8 godzin, jej mąż też i jeszcze dziecko trzeba na jakieś zajęcia zawieźć, to po prostu doby zaczyna brakować” (F7), „Pracownicy są przeciążeni w pracy, potem różne szkolenia, ale też dom, dzieci, starzy rodzice. I nie mają zwyczajnie na to [promocję zdrowia] czasu” (A25), „Z jednej strony fajnie, że mam dostęp do ubezpieczenia, i fajnie, że są jakieś programy, tylko czy ja mam czas z tego korzystać? No nie” (F2).

Niekorzystnym dopełnieniem powyższego obrazu jest utrudniony dostęp do zorganizowanej infrastruktury prozdrowotnej w środowiskach odległych od wielkich miast: „Duża odległość od ośrodków sportowych w sytuacji pracowników mieszkających w ościennych miejscowościach dużych miast” (A15), „Kupimy pracownikowi taką kartę, a okaże się, że w danym mieście nie ma na przykład miejsca, gdzie może z nią pójść” (F27), „Na pewno większe możliwości są w dużym mieście. W małym trudno jest prowadzić profilaktykę i ludzie też mniej chętnie prowadzą zdrowy styl życia” (A21).

OMÓWIENIE

Przedstawione ustalenia ilościowe i jakościowe okazały się zbieżne i poparte wynikami badań innych autorów, którzy podejmowali podobne tematy zarówno w Polsce, jak w innych państwach. Trudno jednak w bezpośredni sposób porównać te wyniki, a zwłaszcza zweryfikować przedstawioną skalę rozpowszechnienia poszczególnych trudności, ponieważ dane z różnych badań odnoszą się do odmiennie zdefiniowanych problemów i populacji oraz były zebrane za pomocą innych metod i narzędzi badawczych (w tym pytań kwestionariusza). Na tle polskich badań i większości zagranicznych niniejsza praca ukazuje i analizuje niewątpliwie najbogatszy materiał empiryczny, stąd może być punktem odniesienia dla syntez i dalszych poszukiwań.

Ustalenia dotyczące Polski pokazują, że deficyt środków finansowych jest wyraźnie odczuwaną i najczęściej wskazywaną przeszkodą we wdrażaniu promocji zdrowia w zakładach pracy. Od lat mówią o niej wszystkie badane organizacje, także te w dobrej kondycji ekonomicznej. Analizy jakościowe dowodzą, że problem ten często nie wynika z obiektywnego niedoboru środków, ale z lekceważenia przez pracodawców tematu zdrowia pracowników i usprawiedliwiania tego deficytem finansowym. Ponadto nie widzą oni realnych (namacalnych, osiąganym w krótkiej perspektywie czasowej) i satysfakcjonujących korzyści z inwestowania w zdrowie personelu i w związku z tym są niechętni promocji zdrowia.

Z innej strony wielu menadżerów uznaje zdrowie pracujących za domenę państwa i nie zamierza go w tej roli wyręczać, zwłaszcza gdy nie dostrzega ku temu chęci i wsparcia. Stąd zapewne tak częste i niezmiennie od lat wskazania na duże znaczenie przeszkód prawno-fiskalnych. Chociaż ustalenia ilościowe innych autorów nie potwierdzają tego wprost (co prawdopodobnie wynika z nieuwzględnienia takiej kategorii w kafeiteriach stosowanych pytań), to pokazują, że pracodawcy oczekują wsparcia systemowego, zwłaszcza różnych ulg podatkowych i ubezpieczeniowych, dla firm realizujących promocję zdrowia [14]. Duże znaczenie tych kwestii potwierdzają też postulaty organizacji pracodawców wyrażone w ich oficjalnych stanowiskach [9,10].

Badania jakościowe pokazały, że przeszkody doświadczane przez firmy w promocji zdrowia nie sprowadzają się do zjawisk uwzględnionych w sondażach. Katalog realnych barier jest bardzo obszerny, są one ulokowane w różnych sferach i na różnych poziomach (m.in. styl i warunki życia, system prawno-fiskalny,

rynek pracy, organizacja procesów pracy, rynek usług zdrowotnych, przekazy medialne, świadomość pracodawców, mentalność pracowników, wzory ról zawodowych), a zarazem powiązane i wzajemnie się wzmacniające.

Wszystkie opisane utrudnienia można podzielić na takie, które wynikają z przekonań, wiedzy i postaw pracodawców, oraz te, które są od nich niezależne. W świetle analiz jakościowych wydaje się, że te pierwsze odgrywają główną rolę. Znajomość potencjalnych korzyści wynikających z promocji zdrowia, sposobów i uwarunkowań jej realizacji, przekonanie o potrzebie i możliwości jej wdrożenia w firmie oraz pozytywne nastawienie menadżerów do niej to czynniki, które mogą osłabiać oportunistyczne postawy. Wiedza o promocji zdrowia, sprzyjające jej przekonania i postawy mogą skłaniać zarządy firm do przemian kultury organizacyjnej, tworzenia i rozwijania w firmie strategii oraz nowych struktur i ról zawodowych dedykowanych promocji zdrowia, szkolenia osób odpowiedzialnych za kwestie zdrowia personelu, poszukiwania możliwości dostosowania działań prozdrowotnych do wymogów infrastrukturalnych i procesów pracy, a także do przezwycięzania innych zidentyfikowanych przeszkód, w tym do kreowania motywacji pracowników do dbania o zdrowie.

Takie myślenie sprzyjające promocji zdrowia nie jest jeszcze rozpowszechnione wśród pracodawców i menadżerów firm (częste współfinansowanie abonamentów medycznych i sportowych dla pracowników nie jest jego dobrym wskaźnikiem [3]). Jego rozwojowi i wynikającym z niego działaniom niewątpliwie mogłoby sprzyjać państwo – nie tylko poprzez kampanie medialne, konkursy czy wspieranie działalności informacyjno-edukacyjnej dla kadry menadżerskiej, ale także przez znaczące i dobrze przemyślane zachęty prawne, fiskalne czy ubezpieczeniowe dla zakładów pracy wdrażających strategię i programy prozdrowotne o dobrej jakości. Tej ostatniej formy, a także całościowej strategii wsparcia promocji zdrowia w firmach, odwołującej się do wiedzy ekspertów z różnych dziedzin, obecnie brakuje (mimo podjętych wcześniej prób jej wypracowania [27]).

Czynnikiem stymulującym zmiany w myśleniu pracodawców jest niewątpliwie bardzo dynamiczny rozwój rynku usług prozdrowotnych dla pracowników (i związany z tym wzrost ich jakości). Dzięki temu z jednej strony maleje znaczenie tej przeszkody, jaką jest niedostatek dobrych ofert takich usług, a z drugiej usługodawcy w ramach swoich działań marketingowych coraz częściej podejmują bezpośrednio kierowane do pracodawców i menadżerów przedsięwzięcia edukacyj-

ne oraz motywacyjne, przekonujące ich i zachęcające do promocji zdrowia. Dostawcy usług prozdrowotnych dla firm często oferują również szkolenia kierowane do kadr niższego szczebla, zarządzających w zakładach pracy kwestiami związanymi ze zdrowiem, a także zajmują się promocją ich ról zawodowych – co może przyczynić się do ograniczeń znaczenia kolejnych przeszkód i stymulować zainteresowanie pracodawców promocją zdrowia. Osobną kwestią, wykraczającą jednak poza ramy tej pracy, jest jakość wielu tego typu usług rozpatrywana w aspekcie założeń promocji zdrowia.

Przedstawione tu ustalenia i analizy nie wyczerpują tematu przeszkód i trudności związanych z promocją zdrowia w pracy. Podstawowym ich ograniczeniem jest to, że wyrażają punkt widzenia tylko jednej, choć niewątpliwie najważniejszej, strony, tj. reprezentantów firm.

WNIOSKI

Przy założeniu, że rozwój promocji zdrowia w zakładach pracy leży w interesie państwa (zdrowia publicznego i gospodarki narodowej), a nie jest wyłącznie interesem poszczególnych pracodawców (czynnikiem przewagi konkurencyjnej), można sformułować następujące rekomendacje.

Różnorodność i wzajemne powiązanie zidentyfikowanych przeszkód w promocji zdrowia w firmach skłania do wniosku, że działania służące ich przezwyciężeniu powinny być wieloaspektowe i skoordynowane w ramach spójnej strategii dotyczącej zdrowia pracujących, realizowanej na poziomie polityki państwa. Przy jej opracowaniu należy uwzględnić szerszy zakres wiedzy o uwarunkowaniach rozwoju promocji zdrowia pracujących, bo opisane tu utrudnienia wyrażają tylko punkt widzenia reprezentantów firm.

W strategii tej główną rolę powinny odgrywać działania służące kształtowaniu wiedzy pracodawców i menadżerów na temat promocji zdrowia oraz budowaniu przychylnych wobec niej postaw i przekonań. Z jednej strony to oddziaływania informacyjno-perswazyjne pokazujące opłacalność i sposoby skutecznego inwestowania w zdrowie personelu. Z drugiej strony potrzebne są publiczne mechanizmy finansowe świadczące o wiarygodności przekazywanych informacji, zachęcające do opracowania i wdrażania firmowych strategii prozdrowotnych, ułatwiające ich realizację oraz zwiększające opłacalność inwestycji w zdrowie personelu.

Ważnym elementem takiej strategii powinny być działania oraz mechanizmy edukacyjne, pozwalające

przedstawicielom firm nabywać i rozwijać swoje kompetencje w zakresie zarządzania promocją zdrowia w organizacjach pracy. Profesjonalnie przygotowane kadry, przy zapewnieniu im przez pracodawców dogodnych warunków działania, pomogą w zniwelowaniu wielu zdiagnozowanych utrudnień dotyczących niedoboru specjalistów promocji zdrowia, niezadowolającego uczestnictwa personelu i innych. Pomogą też w oddziaływaniach kształtujących świadomość pracodawców.

Z uwagi na postępujące w firmach procesy outsourcingu działań dotyczących zdrowia, dynamiczny rozwój komercyjnego rynku usług w tym zakresie i zastrzeżenia firm co do oferowanych im usług w strategii wspierania promocji zdrowia pracujących należy uwzględnić współpracę z przynajmniej kluczowymi podmiotami tego rynku. Mogą one odegrać ważną rolę w kształtowaniu świadomości pracodawców, a także w rozwoju kadr zarządzających kwestiami związanymi ze zdrowiem w firmach.

PIŚMIENNICTWO

1. Grant Thornton, Medcover: Zdrowy pracownik, zdrowy pracodawca. Jak w dobie walki o talenty polscy pracodawcy dbają o zdrowie swoich kadr, lipiec 2019 [Internet]. Grant Thornton, 2019 [cytowany 21 listopada 2019]. Adres: <https://grantthornton.pl/wp-content/uploads/2019/07/Zdrowy-pracownik-zdrowy-pracodawca-RAPORT-Grant-Thornton-Medcover.pdf>
2. Instytut Badawczy Randstad: Plany Pracodawców. Wyniki 34 edycji badania [Internet]. Randstad, 2017 [cytowany 9 czerwca 2019]. Adres: <https://www.randstad.pl/dla-pracodawcy/plany-pracodawcow-34-edycja-raport-5062017.pdf>
3. Puchalski K., Korzeniowska E.: Promocja zdrowia w średnich i dużych firmach w Polsce w 2017 r. – rozpowszechnienie, realizacja, efekty i trudności. *Med. Pr.* 2019;70(3):275–294, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00802>
4. Forum Odpowiedzialnego Biznesu: Raport Odpowiedzialny biznes w Polsce. Dobre praktyki 2018 [Internet]. Forum Odpowiedzialnego Biznesu, 2018 [cytowany 20 października 2019]. Adres: <http://odpowiedzialnybiznes.pl/wp-content/uploads/2019/04/Raport2018.pdf>
5. Puchalski K., Korzeniowska E.: Zaangażowanie zakładów pracy w Polsce w promocję zdrowia personelu. Kierunki rozwoju w latach 1998–2001. *Med. Pr.* 2002;53(5):355–360
6. Puchalski K., Korzeniowska E.: Health promotion – the rationale and the obstacles in workplaces with different employment and financial soundness. *Med. Pr.* 2013;64(6):743–754, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.2013.0076>
7. Puchalski K., Korzeniowska E.: Promocja zdrowia w zakładach pracy w Polsce w 2015 r. – diagnoza na podstawie reprezentatywnego badania firm zatrudniających powyżej 50 pracowników. *Med. Pr.* 2017;68(2):229–246, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00532>
8. Puchalski K., Korzeniowska E.: Promocja zdrowia w miejscu pracy w politykach zdrowia publicznego w Polsce. *Med. Pr.* 2008;59(1):55–64
9. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej: I Kongres Zdrowia Pracodawców RP. Zdrowy obywatel, zdrowa Polska. Księga Rekomendacji [Internet]. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Warszawa 2016 [cytowany 4 października 2019]. Adres: <http://kongreszdrowia.pl/archiwum/wp-content/uploads/2016/10/I-Kongres-Zdrowia-Pracodawcow-RP-Ksiega-Rekomendacji.pdf>
10. Business Centre Club: Opinia. Promocja zdrowia w miejscu pracy [Internet]. Business Centre Club, Warszawa 2015 [cytowany 12 września 2019]. Adres: http://old.bcc.org.pl/uploads/media/2015.05.28_Opinia_nt_promocji_zdrowia_w_miejscu_pracy.pdf
11. Centrum Badania Opinii Społecznej: Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych. Komunikat z badań. Centrum, Warszawa 2018
12. Korzeniowska E., Puchalski K.: Co firmy powinny wiedzieć, by skutecznie promować zdrowe odżywianie i aktywność fizyczną pracowników? raport z reprezentatywnego badania 1000 pracowników średnich i dużych firm w Polsce. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 2019
13. Well.hr [Internet]. Well.hr, 2019 [cytowany 13 września 2019]. Rusz się! Jak wspierać aktywność fizyczną pracowników? Adres: <https://well.hr/pl/article/37/rusz-si-najnowszy-raport-well-hr-o-tym-jak-wspiera-aktywno-fizyczn-pracownikow-.html#>
14. Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej, Luxmed: Zdrowie w miejscu pracy – diagnoza i oczekiwane zmiany. Międzynarodowe badanie oczekiwań wobec programów zdrowotnych w miejscu pracy – Polska, Wielka Brytania, Hiszpania, Australia. Praca niepublikowana
15. Buck Consultants, Xerox: Working well. Międzynarodowe badanie dotyczące promocji zdrowia i jakości środowiska pracy. Raport polski, VI edycja – sierpień 2014. Buck Consultants, 2014
16. Goszczyńska E.: Promocja zdrowia w zakładach pracy przeciwdziałających skutkom starzenia się personelu. Czym różni się od działań w innych firmach i jakie napotyka przeszkody? *Med. Pr.* 2020;71(3):289–307, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00938>
17. Sedani A., Stover D., Coyle B., Wani R.J.: Assessing Workplace Health and Safety Strategies, Trends, and Barriers through a Statewide Worksite Survey. *Int. J. Environ. Res.*

- Public Health 2019;16(14):2475, <https://doi.org/10.3390/ijerph16142475>
18. Linnan L., Bowling M., Childress J., Lindsay G., Blakey C., Pronk S. i wsp.: Results of the 2004 National Worksite Health Promotion Survey. *Am J Public Health* 2008;98(8): 1503–1509, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.100313>
 19. Hannon P.A., Hammerback K., Garson G., Harris J.R., Sopher C.J.: Stakeholder perspectives on workplace health promotion: a qualitative study of midsized employers in low-wage industries. *Am. J. Health Promot.* 2012;27(2): 103–110, <https://doi.org/10.4278/ajhp.110204-QUAL-51>
 20. Quirk H., Crank H., Carter A., Leahy H., Copeland R.J.: Barriers and facilitators to implementing workplace health and wellbeing services in the NHS from the perspective of senior leaders and wellbeing practitioners: a qualitative study. *BMC Public Health* 2018;18:1362, <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6283-y>
 21. Person A.L., Colby S.E., Bulova J.A., Eubanks J.W.: Barriers to participation in a worksite wellness program. *Nutr Res Pract.* 2010;4(2):149–154, <https://doi.org/10.4162/nrp.2010.4.2.149>
 22. Olson A., Chaney J.D.: Overcoming barriers to employee participation in worksite health promotion programs. *Am. J. Health Stud.* 2009;24(3):353–357
 23. Taylor A.W., Pilkington R., Montgomerie A., Feist H.: The role of business size in assessing the uptake of health promoting workplace initiatives in Australia. *BMC Public Health* 2016;16:353, <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3011-3>
 24. Waterworth P., Pescud M., Chappell S., Davies C., Roche D., Shilton T. i wsp.: Culture, management and finances as key aspects for healthy workplace initiatives. *Health Prom. Int.* 2018;33:162–172, <https://doi.org/10.1093/heapro/daw068>
 25. McCoy K., Stinson K., Scott K., Tenney L., Newman L.S.: Health Promotion in Small Business. A Systematic Review of Factors Influencing Adoption and Effectiveness of Worksite Wellness Programs. *J. Occup. Environ. Med.* 2014;56(6): 579–587, <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000171>
 26. Boczkowski A.: Badania ilościowe i jakościowe w socjologii. Między separacją epistemologiczną a praktyczną komplementarnością. *Rocz. Nauk Społ.* 2018;46(4):63–80, <https://doi.org/10.18290/rns.2018.46.4-4>
 27. Rantanen J., Kim R.: 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, Europejskie Biuro Regionalne, Kopenhaga 2012