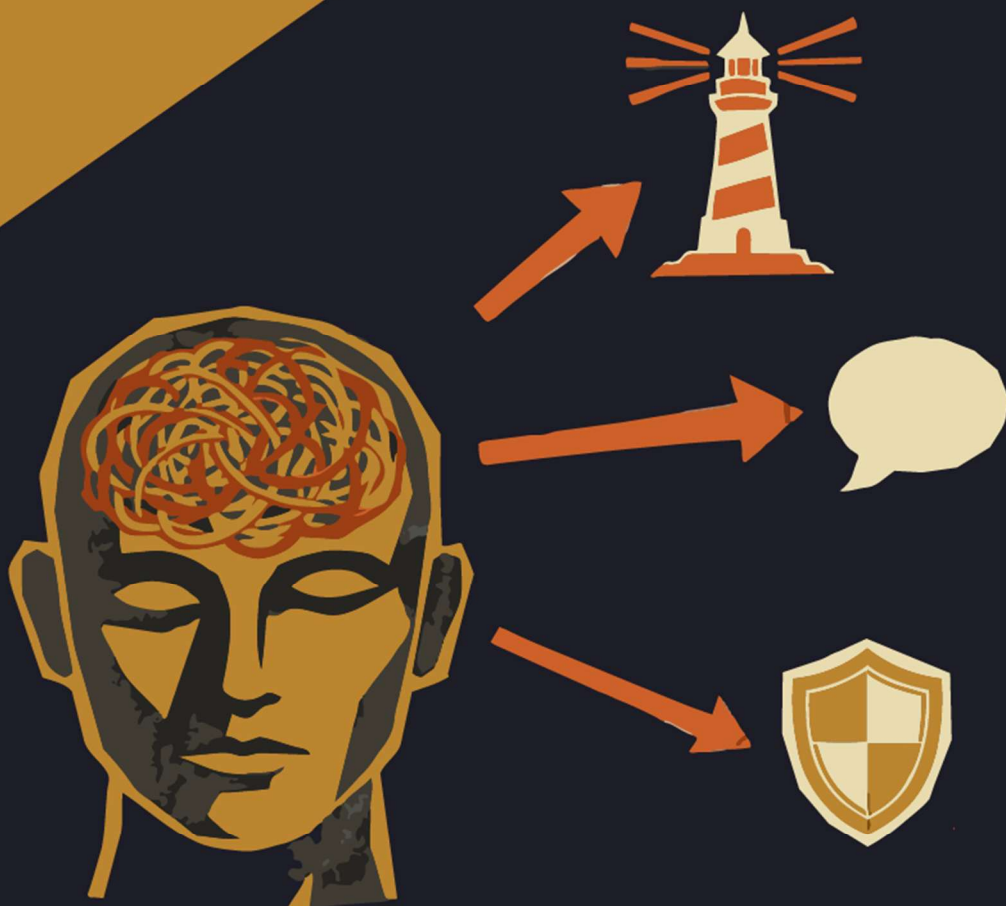


BADANIE POTRZEB I KIERUNKÓW ROZWOJU W OBSZARZE ZAWODÓW, KWALIFIKACJI I UMIEJĘTNOŚCI ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM W WOJEWÓDZTWIE PODLASKIM



Badanie potrzeb i kierunków rozwoju
w obszarze zawodów, kwalifikacji
i umiejętności związanych
ze zdrowiem psychicznym
w województwie podlaskim

Autorzy:

dr Maciej Białous, UwB

dr Łukasz Kiszkiel, UwB

dr Emilia Kramkowska, UwB

dr Piotr Paweł Laskowski, UwB

dr Małgorzata Skowrońska, UwB

Koordynator projektu ze strony Uniwersytetu w Białymstoku:

dr Agnieszka Ertman

Lider projektu:

Województwo Podlaskie

Recenzja:

dr hab. n. med. Mateusz Grajek, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

dr hab. Monika Adamczyk prof. KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski

Redakcja i korekta językowa:

Krzysztof Rutkowski

Skład techniczny i projekt okładki:

Tomasz Poskrobko

Wydawca:

Uniwersytet w Białymstoku

Publikacja w formie elektronicznej

ISBN: 978-83-7431-869-3

Publikacja przygotowana w ramach projektu „Zbudowanie systemu koordynacji i monitorowania regionalnych działań na rzecz kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie, w tym uczenia się dorosłych” współfinansowanego ze środków Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, inwestycja A.3.1.1. Wsparcie rozwoju nowoczesnego kształcenia zawodowego, szkolnictwa wyższego oraz uczenia się przez całe życie.

Publikacja bezpłatna

Spis treści

1. Cel, zakres badania i metodyka badania	6
1.1. Cel badania	6
1.2. Techniki badawcze	7
1.3. Zalety i ograniczenia zastosowanych metod badawczych	10
2. Pojęcie zdrowia psychicznego – ewolucja definicji i koncepcji badawczych	14
2.1. Analiza podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem psychicznym człowieka	14
2.2. Zdrowie psychiczne w kontekście rynku pracy: wypalenie i stres zawodowy	19
3. Trendy i wyzwania w obszarze zdrowia psychicznego w obliczu współczesnych zmian cywilizacyjnych	24
3.1. Trendy i wyzwania w wymiarze międzynarodowym i krajowym	24
3.2. Trendy i wyzwania w wymiarze regionalnym	32
4. Prawne i systemowe uwarunkowania sektora zdrowia psychicznego	38
4.1. Prawne i instytucjonalne ramy wykonywania zawodów wspierających zdrowie psychiczne	38
4.2. Klasyfikacja zawodów i specjalności w obszarze zdrowia psychicznego	43
4.3. Kluczowe kwalifikacje i kompetencje specjalistów	50
4.4. Rola kadr pomocniczych i innych zawodów wspierających zdrowie psychiczne	56
5. Charakterystyka sektora zdrowia psychicznego – kontekst krajowy i regionalny	65
5.1. Systemowa transformacja modelu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce	65
5.2. Struktura sektora zdrowia psychicznego	68
5.3. Struktura zaburzeń zdrowia psychicznego i różnice populacyjne	75
5.4. Depresja – szczególny problem zdrowia publicznego	90
5.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w województwie podlaskim	106
5.6. Wpływ zaburzeń psychicznych na rynek pracy i ekonomię	115
6. Analiza danych z badania ilościowego	119
6.1. Charakterystyka próby badawczej w badaniu CAWI	119
6.2. Świadomość problematyki zdrowia psychicznego w organizacjach oraz zapotrzebowanie na specjalistów	123
6.3. Kondycja psychiczna pracowników i skala problemów organizacyjnych	131
6.4. Formy wsparcia i działania podejmowane przez organizacje na rzecz kondycji psychicznej pracownika	149
6.5. Prognozy oraz bariery w obszarze zdrowia psychicznego	160
6.6. Kompetencje i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego w opinii badanych – diagnoza zapotrzebowania na kompetencje i umiejętności oraz ocena ich dostępności na rynku pracy	164
7. Jakościowa diagnoza rynku pracy w obszarze zdrowia psychicznego	168
7.1. Przedsiębiorcy, trenerzy biznesu i przedstawiciele organizacji pozarządowych – analiza jakościowa na podstawie wywiadów FGI i IDI	169
7.2. Specjaliści zdrowia psychicznego	180
7.3. Urzędnicy i przedstawiciele uczelni oraz innych instytucji edukacyjnych kształcących w zakresie wsparcia zdrowia psychicznego	213

7.4. Podsumowanie badań jakościowych	221
8. Systemowe uwarunkowania rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego – analiza instrumentów wsparcia	225
8.1. Ramy analityczne oceny instrumentów wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego	225
8.2. Ramy prawne i dowodowe dla dobrostanu psychicznego w przedsiębiorstwach ...	226
8.3. Mapa instrumentów finansowania rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego	227
8.4. Programy i narzędzia ukierunkowane na dobrostan psychiczny w miejscu pracy...	228
8.5. Ocena dostępności i skuteczności instrumentów wsparcia w obszarze rozwoju kompetencji i wdrażania działań na rzecz zdrowia psychicznego w województwie podlaskim (perspektywa podregionalna)	230
8.6. Zestawienie programów i instrumentów	232
8.7. Wnioski	237
9. Diagnoza luk kompetencyjnych w obszarze zdrowia psychicznego	240
9.1. Cel analizy i założenia badawcze	240
9.2. Technika badawcza zastosowana w analizie	240
9.3. Zakres diagnozowanych kompetencji i umiejętności	241
9.4. Logika analizy niedopasowania	241
9.5. Analiza luki jakościowej (kompetencyjnej)	242
9.6. Analiza luki ilościowej – ujęcie zintegrowane (przedsiębiorstwa i system ochrony zdrowia).....	245
10. Wnioski i rekomendacje	256
10.1. Wnioski według celów badania.....	257
10.2. Rekomendacje.....	262
11. Spisy.....	264
11.1. Bibliografia	264
11.2. Spis wykresów	270
11.3. Spis tabel.....	273
12. Aneks.....	275
12.1. Kwestionariusz ankiety CAWI	275
12.2. Scenariusze FGI	283
12.3. Scenariusze IDI	289

1. Cel, zakres badania i metodyka badania

1.1. Cel badania

Celem głównym realizowanego badania jest kompleksowa diagnoza zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, z uwzględnieniem aktualnej sytuacji na rynku pracy, dostępności zasobów kadrowych, uwarunkowań instytucjonalnych oraz prognozowanych zmian wynikających z procesów społecznych, demograficznych i technologicznych.

Badanie ma charakter diagnostyczno-analityczny, a jego nadrzędnym celem jest dostarczenie rzetelnych i porównywalnych danych wspierających procesy decyzyjne w zakresie regionalnej polityki rynku pracy, polityki edukacyjnej planowania interwencji systemowych w obszarze zdrowia psychicznego, w szczególności w zakresie rozwoju zasobów pracy, kształcenia i doskonalenia kadr, dopasowania kompetencji do potrzeb rynku pracy oraz wsparcia pracodawców w działaniach profilaktycznych i well-beingowych. Wyniki badania stanowią podstawę do identyfikacji luk kompetencyjnych, określenia zawodów deficytowych oraz formułowania rekomendacji dotyczących rozwoju oferty edukacyjnej i instrumentów wsparcia.

W ramach realizacji celu głównego sformułowano następujące cele szczegółowe, którym podporządkowano dobór metod i technik badawczych:

1. Ocena sytuacji na rynku pracy w sektorze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, w tym analiza podaży i popytu na pracę w wybranych zawodach związanych ze zdrowiem psychicznym, z wykorzystaniem danych zastanych oraz statystyk publicznych.
2. Identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego – zarówno z perspektywy pracodawców, jak i instytucji publicznych oraz organizacji pozarządowych, z uwzględnieniem specyfiki trzech podregionów województwa (białostockiego, łomżyńskiego i suwalskiego).
3. Ocena dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w sektorze zdrowia psychicznego, w tym liczby specjalistów, ich rozmieszczenia terytorialnego, form zatrudnienia oraz barier w dostępie do świadczeń.
4. Określenie stopnia niedostosowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności do potrzeb rynku pracy, ze szczególnym uwzględnieniem rozróżnienia na luki ilościowe i jakościowe (kompetencyjne).
5. Prognoza przyszłych potrzeb w zakresie zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych ze zdrowiem psychicznym w kontekście cyfryzacji usług, rozwoju nowych technologii, zmian organizacji pracy oraz rosnącego znaczenia profilaktyki i well-beingu pracowników.

6. Ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia, instrumentów polityki rynku pracy oraz działań edukacyjnych ukierunkowanych na rozwój kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego na poziomie regionalnym.

Realizacja powyższych celów umożliwia wielowymiarowe ujęcie problematyki zdrowia psychicznego w kontekście rynku pracy, łącząc perspektywę ilościową (analiza danych statystycznych i wyników badań ankietowych) z perspektywą jakościową (opinie kluczowych interesariuszy). Tak zaprojektowana struktura celów zapewnia spójność badania z dokumentami strategicznymi szczebla krajowego i regionalnego oraz umożliwia formułowanie operacyjnych rekomendacji dla polityki publicznej.

1.2. Techniki badawcze

Do realizacji zakładanych celów badawczych wykorzystano komplementarny zestaw metod i technik badawczych, obejmujący zarówno podejście ilościowe, jak i jakościowe, uzupełnione analizą danych zastanych (*desk research*). Zastosowanie triangulacji metodologicznej umożliwiło wielowymiarowe ujęcie badanej problematyki oraz zwiększyło rzetelność i trafność uzyskanych wyników.

W ramach analizy *desk research* wykorzystano dane statystyki publicznej oraz instytucji rynku pracy, dokumenty strategiczne szczebla krajowego i regionalnego oraz wyniki wcześniejszych badań i opracowań eksperckich. Metoda ta została zastosowana we wszystkich celach badawczych, stanowiąc punkt odniesienia dla analiz ilościowych i jakościowych.

Zogniskowane wywiady grupowe (FGI – *focus group interview*) stanowiły uzupełnienie badań ilościowych oraz przygotowanie do indywidualnych wywiadów pogłębionych i zostały zrealizowane w celu pogłębienia interpretacji wyników oraz konfrontacji perspektyw kluczowych interesariuszy rynku pracy i systemu wsparcia zdrowia psychicznego.

Łącznie przeprowadzono trzy zogniskowane wywiady grupowe (fokusowe), zorganizowane zgodnie z założeniami metodologicznymi projektu. W każdej z grup zapewniono reprezentację wszystkich kluczowych typów interesariuszy, to jest:

- specjalistów zdrowia psychicznego,
- przedstawicieli pracodawców i przedsiębiorców,
- reprezentantów organizacji pozarządowych,
- przedstawicieli instytucji publicznych oraz sektora edukacji i kształcenia.

Dobór uczestników miał charakter celowy i uwzględnił również zróżnicowanie terytorialne poprzez udział osób badanych z trzech podregionów województwa podlaskiego: białostockiego, łomżyńskiego oraz suwalskiego. Takie rozwiązanie umożliwiło uchwycenie zarówno wspólnych problemów o charakterze regionalnym, jak i specyficznych uwarunkowań lokalnych.

Zogniskowane wywiady grupowe były prowadzone na podstawie częściowo ustrukturyzowanego scenariusza, opartego na wspólnym rdzeniu tematycznym, co zapewniło porównywalność uzyskanych danych pomiędzy poszczególnymi grupami. Dyskusje koncentrowały się na identyfikacji zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego, ocenie dostępności zasobów pracy, rozpoznaniu luk kompetencyjnych oraz ocenie skuteczności istniejących rozwiązań systemowych.

Zastosowanie techniki FGI umożliwiło analizę dynamiki opinii, procesów uzgadniania stanowisk oraz zróżnicowanych perspektyw interesariuszy, a uzyskane wnioski stanowiły istotne uzupełnienie wyników badań ilościowych i danych zastanych, wspierając realizację celów badawczych od 2 do 6.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI – *individual in-depth interview*) zostały zrealizowane zgodnie z założeniami metodologicznymi projektu. Łącznie przeprowadzono 30 indywidualnych wywiadów pogłębionych z rozmówcami dobranymi w sposób celowy, z uwzględnieniem podziału terytorialnego na podregiony białostocki, łomżyński i suwalski oraz zróżnicowania ról instytucjonalnych i zawodowych.

Wywiady zrealizowano w czterech głównych grupach badawczych:

- specjalistów zdrowia psychicznego, w tym między innymi psychologów, psychoterapeutów, terapeutów uzależnień, psychiatrów, psychologów szkolnych oraz doradców zawodowych;
- przedsiębiorców i przedstawicieli pracodawców, w tym właścicieli firm oraz menedżerów (w szczególności *human relations*) reprezentujących podmioty o zróżnicowanej wielkości zatrudnienia;
- przedstawicieli organizacji pozarządowych, w szczególności kadry zarządzającej organizacjami realizującymi działania w obszarze zdrowia psychicznego i wsparcia społecznego;
- przedstawicieli sektora edukacji: kadry zarządzającej instytucjami edukacyjnymi oraz osoby kształcące się w zawodach związanych ze zdrowiem psychicznym (studentów kierunków właściwych i uczniów szkół policealnych).

Technika indywidualnych wywiadów pogłębionych jest jedną z podstawowych metod badań jakościowych i polega na prowadzeniu szczegółowej, pogłębionej rozmowy z osobą badaną według częściowo ustrukturyzowanego scenariusza. Celem zastosowania IDI było uzyskanie pogłębionej wiedzy dotyczącej funkcjonowania rynku pracy w obszarze zdrowia psychicznego, identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w tym obszarze, rozpoznanie barier w dostępie do specjalistów oraz diagnoza luk kompetencyjnych o charakterze jakościowym.

Zastosowanie IDI umożliwiło poznanie indywidualnych doświadczeń, opinii, postaw i ocen rozmówców, przy jednoczesnym ograniczeniu wpływu dynamiki grupowej charakterystycznej dla badań fokusowych. Indywidualne wywiady pozwoliły również na analizę kategorii poznawczych związanych z wiedzą, kompetencjami oraz oceną

skuteczności istniejących rozwiązań systemowych. Wyniki badań jakościowych stanowiły istotne uzupełnienie analiz *desk research* oraz badań ilościowych i były wykorzystywane do realizacji wszystkich celów badawczych.

Badania ilościowe zrealizowano w formule *mix-mode*, z wykorzystaniem technik CAWI i CATI, na próbie 154 respondentów. Ich celem była identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego, a także rozpoznanie skali i charakteru działań podejmowanych przez organizacje w zakresie wsparcia dobrostanu psychicznego pracowników. Badanie miało charakter eksploracyjno-diagnostyczny; nie było projektowane jako reprezentatywne ani jako podstawa do wnioskowania na poziomie podregionów. Uzyskane dane umożliwiają analizę porównawczą w obrębie badanej próby. Jednocześnie zakres kwestionariusza pozwolił objąć analizą szersze spektrum zagadnień niż pierwotnie zakładana identyfikacja zapotrzebowania – w tym praktyki organizacyjne, dostępność i formy wsparcia psychologicznego, plany inwestycyjne oraz postrzeganie odpowiedzialności za dobrostan pracowników.

Standaryzowane kwestionariusze (CAWI/CATI) zrealizowano z wykorzystaniem platformy LimeSurvey. CAWI (*computer assisted web interview*) polegało na samodzielnym wypełnianiu ankiety online, natomiast CATI (*computer assisted telephone interview*) – na wywiadach telefonicznych wspomaganych komputerowo. Zastosowanie podejścia *mix-mode* zwiększyło zasięg badania i poziom realizacji próby wśród podmiotów o zróżnicowanych możliwościach uczestnictwa w badaniu online.

Kwestionariusz obejmował następujące bloki tematyczne:

- Blok I. Metryczka i rekrutacja do badania (charakterystyka organizacji: wielkość zatrudnienia, branża, lokalizacja, sposób dotarcia do respondenta);
- Blok II. Zapotrzebowanie na specjalistów zdrowia psychicznego i dobrostanu;
- Blok III. Kondycja psychiczna pracowników;
- Blok IV. Formy wsparcia zdrowia psychicznego w miejscu pracy;
- Blok VI. Edukacja i świadomość w zakresie zdrowia psychicznego w organizacji;
- Blok VII. Prognozy i oczekiwania dotyczące przyszłych potrzeb;
- Blok VIII. Luki kompetencyjne w obszarze zdrowia psychicznego.

Dobór próby miał charakter celowy i wielotorowy, adekwatny do specyfiki badanej populacji. Rekrutację prowadzono poprzez:

- dystrybucję zaproszeń mailowych do klastrów zrzeszających podmioty gospodarcze w regionie;
- wysyłkę zaproszeń za pośrednictwem bazy mailingowej utworzonej na potrzeby projektu;
- zastosowanie metody „kuli śnieżnej”;
- rekrutację telefoniczną w formule CATI, zakończoną przestaniem linku do ankiety online.

Łącznie zebrano 154 kompletne kwestionariusze, które poddano analizie statystycznej w ujęciu regionalnym oraz z uwzględnieniem wybranych charakterystyk organizacyjnych.

Tabela 1. Zastosowane metody i techniki badawcze do uzyskania celów badawczych

Cele badawcze	Desk research	Badanie ilościowe mix-mode (CAWI & CATI, N=154)	Badanie jakościowe (3 FGI, 30 IDI)
Ocena sytuacji na rynku pracy w sektorze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.	[X]	[X]	[X]
Identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.	[X]	[X]	[X]
Ocena dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w sektorze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.	[X]	[X]	[X]
Określenie stopnia niedostosowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.	[X]	[X]	[X]
Prognoza zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych ze zdrowiem psychicznym w świetle nowych technologii, cyfryzacji oraz trendów społecznych.	[X]	[X]	[X]
Ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia i innych rozwiązań systemowych dla rozwoju kompetencji istotnych w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.	[X]	[X]	[X]

Źródło: opracowanie własne.

1.3. Zalety i ograniczenia zastosowanych metod badawczych

Zastosowane w badaniu metody i techniki badawcze zostały dobrane w sposób adekwatny do celów projektu i specyfiki analizowanej problematyki. Umożliwiły one wielowymiarowe ujęcie zjawisk związanych z rynkiem pracy w obszarze zdrowia psychicznego, łącząc perspektywę ilościową i jakościową. Jednocześnie należy uwzględnić ich ograniczenia metodologiczne przy interpretacji wyników.

1.3.1. Analiza danych zastanych (*desk research*)

Analiza danych zastanych stanowiła kluczowy komponent badania, umożliwiający identyfikację trendów oraz osadzenie analiz w kontekście danych publicznych i administracyjnych. Jej istotną zaletą jest szeroki zakres źródeł oraz możliwość porównań w czasie i przestrzeni.

Ograniczenia tej metody wynikają przede wszystkim z charakteru danych wtórnych – ich zróżnicowanej aktualności, poziomu agregacji oraz ograniczonej szczegółowości,

przede wszystkim w odniesieniu do sektora prywatnego i organizacji pozarządowych. Ponadto klasyfikacje statystyczne nie zawsze odzwierciedlają dynamiczne zmiany w obszarze zdrowia psychicznego, co może prowadzić do niedoszacowania nowych ról zawodowych.

1.3.2. Zogniskowane wywiady grupowe (FGI/ OFGI)

Zogniskowane wywiady grupowe umożliwiły identyfikację wspólnych wzorców opinii, doświadczeń oraz mechanizmów funkcjonowania sektora z perspektywy różnych interesariuszy. Istotną wartością tej techniki jest możliwość obserwacji interakcji społecznych i konfrontacji stanowisk.

Realizacja części wywiadów w formule online (OFGI) zwiększyła dostępność respondentów i efektywność organizacyjną badania. Jednocześnie należy uwzględnić ograniczenia związane z dynamiką grupową (na przykład dominacja niektórych uczestników, konformizm) oraz specyfiką środowiska zdalnego, w tym ograniczoną komunikację niewerbalną.

Uzyskane wyniki mają charakter jakościowy i interpretacyjny, co oznacza, że nie służą do określania skali zjawisk, lecz do ich pogłębionego rozumienia.

1.3.3. Indywidualne wywiady pogłębione (IDI/OIDI)

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI), w tym częściowo realizowane w formule zdalnej (OIDI), stanowiły kluczowy komponent jakościowy badania, umożliwiający pogłębioną analizę doświadczeń, opinii i postaw przedstawicieli różnych grup interesariuszy. Istotną wartością tej techniki jest możliwość rekonstrukcji mechanizmów społecznych i instytucjonalnych, identyfikacji barier oraz uchwycenia kontekstu decyzyjnego, który pozostaje niewidoczny w danych ilościowych. IDI pozwalają także na eksplorację nowych lub słabo rozpoznanych zjawisk, w tym wyłanianie się nowych ról zawodowych, modeli współpracy czy praktyk organizacyjnych w obszarze zdrowia psychicznego. Dodatkowo technika ta sprzyja pozyskiwaniu wiedzy eksperckiej i operacyjnej, szczególnie w sytuacjach, gdy respondenci dysponują unikalnym doświadczeniem praktycznym lub zarządczym.

Do istotnych zalet należy również elastyczność procesu badawczego, umożliwiająca doprecyzowywanie wątków w trakcie rozmowy oraz dostosowanie przebiegu wywiadu do specyfiki respondenta, a także większa otwartość wypowiedzi w warunkach indywidualnego kontaktu, co sprzyja ujawnianiu opinii trudnych, niejednoznacznych lub krytycznych. W przypadku wywiadów zdalnych dodatkową korzyścią była większa dostępność respondentów, w tym osób o wysokim obciążeniu zawodowym, oraz możliwość dotarcia do przedstawicieli różnych części regionu bez ograniczeń logistycznych.

Jednocześnie należy uwzględnić ograniczenia tej techniki, wynikające przede wszystkim z celowego doboru próby oraz ograniczonej liczby rozmówców. Badania IDI nie mają charakteru reprezentatywnego i nie służą uogólnianiu wyników na populację,

lecz ich pogłębionej interpretacji. W przypadku wywiadów realizowanych online dodatkowym czynnikiem ograniczającym może być brak pełnej obserwacji komunikacji niewerbalnej oraz wpływ warunków technicznych na przebieg rozmowy.

Uzyskane wnioski mają charakter interpretacyjny i analityczny. Ich znaczenie polega na identyfikacji mechanizmów, barier oraz uwarunkowań instytucjonalnych i rynkowych, które nie są możliwe do uchwycenia przy zastosowaniu wyłącznie metod ilościowych. W tym sensie pełnią one funkcję wyjaśniającą i uzupełniającą wobec analiz statystycznych.

Kolejnym ograniczeniem zastosowanych technik jakościowych jest fakt, że część przedsiębiorców uczestniczących w wywiadach IDI oraz FGI nie zawsze trafnie i w sposób zgodny z przyjętymi w raporcie definicjami rozróżniała poszczególne profesje związane ze zdrowiem psychicznym. W wypowiedziach respondentów pojęcia takie jak psycholog, psychoterapeuta, psychiatra, terapeuta czy *coach* bywały stosowane zamiennie, bez odniesienia do formalnych kwalifikacji, zakresu uprawnień czy regulacji prawnych. Z tego względu w dalszej części raportu – tam, gdzie analiza dotyczy deklaracji badanych – poszczególne zawody odnoszące się do wsparcia psychicznego zostały w niektórych fragmentach sprowadzone do wspólnej kategorii „specjaliści zdrowia / dobrostanu psychicznego”, co pozwala zachować spójność interpretacyjną i uniknąć nadinterpretacji wynikającej z nieprecyzyjnego nazewnictwa używanego przez respondentów.

Zastosowanie triangulacji metodologicznej pozwoliło na wzajemne uzupełnianie się danych pochodzących z różnych technik badawczych, wzmacniając wiarygodność wniosków oraz umożliwiając ich interpretację w szerszym kontekście analitycznym. Formułowane wnioski należy interpretować z uwzględnieniem wskazanych ograniczeń, natomiast rekomendacje traktować jako narzędzie wspierające procesy decyzyjne, a nie jako bezpośrednie odzwierciedlenie struktury całej populacji regionu.

1.3.4. Badania ilościowe CAWI/CATI

Badanie ilościowe zrealizowane w formule CAWI/CATI miało charakter eksploracyjno-diagnostyczny i stanowiło istotne uzupełnienie analiz jakościowych oraz danych zastanych. Jego główną wartością jest możliwość uporządkowania obserwowanych zjawisk, identyfikacji kierunków zmian oraz porównywania odpowiedzi pomiędzy grupami respondentów, co pozwala na uchwycenie wzorców występujących w badanych organizacjach. Zastosowanie dwóch technik badawczych zwiększyło dostępność badania oraz umożliwiło dotarcie do bardziej zróżnicowanej grupy podmiotów, w tym organizacji o odmiennym profilu i skali działalności.

Jednocześnie badanie nie miało charakteru reprezentatywnego, co oznacza, że uzyskane wyniki nie mogą być bezpośrednio ekstrapolowane na całą populację przedsiębiorstw i instytucji funkcjonujących w województwie podlaskim. Ograniczenie to wynika zarówno z celowego i wielotorowego doboru próby, jak i z braku pełnego odzwierciedlenia struktury populacji w podziale na wielkość przedsiębiorstw (mikro,

małe, średnie i duże podmioty) oraz ich rozmieszczenie terytorialne, w tym proporcje pomiędzy podregionami województwa.

Dodatkowo w przypadku techniki CAWI istnieje ryzyko autoselekcji respondentów, polegające na częstszym udziale w badaniu podmiotów bardziej zainteresowanych tematyką zdrowia psychicznego. Technika CATI, mimo zwiększenia dostępności i częściowego ograniczenia tego efektu, nie eliminuje w pełni ryzyka selektywności próby.

Pomimo wskazanych ograniczeń badanie ilościowe dostarcza cennego materiału diagnostycznego, umożliwiającego identyfikację trendów, kierunków zmian oraz relatywnego natężenia zjawisk w badanej grupie podmiotów. W połączeniu z wynikami badań jakościowych oraz analizą danych zastanych pełni ono funkcję uzupełniającą i triangulacyjną, wzmacniając spójność i wiarygodność wniosków.

Z tego względu wyniki badania należy interpretować jako wsparcie dla analizy zjawisk i procesów zachodzących w sektorze, a nie jako podstawę do formułowania wniosków o charakterze statystycznie generalizującym na poziomie całej populacji regionu.

1.3.5. Zastosowane kategorie pojęciowe

W opracowaniu wykorzystywane są określenia zbiorcze, takie jak „specjaliści do spraw dobrostanu psychicznego” czy „zawody wspierające zdrowie psychiczne”, które pełnią funkcję kategorii analitycznych o charakterze opisowym. Pozwalają one na całościowe ujęcie szerokiego spektrum profesji zaangażowanych w obszar zdrowia psychicznego, w tym także tych ról zawodowych, które w praktyce organizacyjnej odgrywają istotną funkcję, choć rzadziej ujmowane są w klasycznych klasyfikacjach.

Zastosowanie tych kategorii odzwierciedla również język i sposób konceptualizacji problemu przez respondentów, w szczególności pracodawców i przedsiębiorców uczestniczących w badaniach jakościowych. W ich perspektywie kluczowe znaczenie mają funkcje wsparcia psychologicznego oraz działania profilaktyczne realizowane w środowisku pracy, które są definiowane przez pryzmat doświadczeń praktycznych i potrzeb organizacyjnych.

Przyjęte podejście umożliwia lepsze uchwycenie realnych procesów zachodzących na rynku pracy, przy jednoczesnym zachowaniu świadomości różnic pomiędzy ujęciem analitycznym a formalno-prawnym. W związku z tym stosowane w publikacji określenia należy interpretować jako narzędzie porządkujące analizę oraz komunikujące wyniki badań w sposób zrozumiały dla szerokiego grona odbiorców.

2. Pojęcie zdrowia psychicznego – ewolucja definicji i koncepcji badawczych

2.1. Analiza podstawowych pojęć związanych ze zdrowiem psychicznym człowieka

W preambule do Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, ogłoszonej w 1946 roku, czytamy, że zdrowie to stan całkowitego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu człowieka; to pożądaný przez niego stan samopoczucia rozpatrywanego w trzech aspektach: fizycznym, psychicznym i społecznym¹. Takie podejście określone jest pozytywną definicją zdrowia, gdyż jest ono rozumiane jako coś więcej niż jedynie brak choroby czy niepełnosprawności, a ponadto uwzględnia subiektywne odczucia jednostki.

Powszechny dotąd w medycynie zachodniej tradycyjny model biomedyczny utożsamiał zdrowie jedynie z brakiem choroby. A zatem osobę, u której nie stwierdzono żadnej z jednostek chorobowych widniejących w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, można było uznać za zdrową². Jednak posługiwanie się ściśle medycznymi kryteriami warunkującymi myślenie o zdrowiu to uproszczony sposób postrzegania zagadnienia. Zdrowie jest bowiem zasobem wieloaspektowo determinującym codzienne funkcjonowanie człowieka – zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym.

Bycie zdrowym oznacza stan optymalnej zdolności do wykonywania cenionych zadań, możliwości produktywnego, sensownego i twórczego życia w sferze jednostkowej, społecznej i ekonomicznej. Zdrowie to wartość oddziałująca na jakość życia człowieka³, to szczególny rodzaj kapitału, który kształtowany poprzez prozdrowotny styl życia, dietę, higienę czy nowoczesną medycynę stanowi rozpoznawalny zasób, istotny zarówno dla podtrzymania pozycji społecznej, jak też awansu społecznego ściśle związanego z sytuacją zawodową człowieka⁴. I choć *soma* i *psyche* to nierozłączne składowe zdrowia, w dalszej części rozdziału będzie mowa o pierwiastku psychicznym.

Zdrowie psychiczne definiowane jest jako dobrostan, dzięki któremu jednostka realizuje własne możliwości, jest w stanie skutecznie stawiać czoła problematycznym sytuacjom życiowym, aktywnie uczestniczy w życiu społecznym oraz produktywnie pracuje⁵. W jednym z najważniejszych i najbardziej kompleksowych raportów

¹ WHO, [WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution](#) (dostęp: 10.02.2026).

² Anthony Giddens i inni, Socjologia, Warszawa 2017, s. 165.

³ Jan Domaradzki, O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowia, „Hygeia Public Health” 2013, t. 48, s. 408–409.

⁴ Anna Schneider-Kamp, [Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health](#), „Social Theory & Health” 2021, t. 19(3), DOI: 10.1057/s41285-020-00145-x.

⁵ Lucyna Gromulska, Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, „Przegląd Epidemiologiczny – Epidemiological Review” 2010, t. 64(1).

przygotowanych przez Światową Organizację Zdrowia „World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All” (2022) czytamy, że zdrowie psychiczne jest nieodłączną i instrumentalną częścią życia wszystkich ludzi. Wpływa na to, jak myślimy, czujemy i działamy. Stanowi podstawę naszej zdolności do podejmowania decyzji, budowania relacji i kształtowania świata, w którym żyjemy.

Zdrowie psychiczne jest również podstawowym prawem człowieka. Ma kluczowe znaczenie dla rozwoju osobistego, społecznego i społeczno-ekonomicznego. Jest częścią nas przez cały czas, nawet gdy o nim nie myślimy⁶. Światowa Organizacja Zdrowia przekonuje zatem, że zdrowie psychiczne jest fundamentem dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania w społeczeństwie⁷, co już w latach 60. XX wieku podkreślał amerykański socjolog Talcott Parsons. Według niego zdrowie to stan pozwalający jednostce na sprawne wykonywanie ról i zadań (na przykład w pracy, w rodzinie), wyznaczonych jej przez proces socjalizacji. Perspektywa Parsonsa podkreślała, że warunkiem sukcesu społecznego, rozumianego jako stan ładu i równowagi w szybko zmieniającym się świecie, jest kondycja zdrowotna obywateli, w tym ich zdrowie psychiczne.

Jest to przykład funkcjonalnego ujęcia zdrowia psychicznego, analizowanego jako wartość instrumentalna, czyli warunek podejmowania efektywnych działań na rzecz społeczeństwa i rozwoju zarówno w wymiarze społecznym, jak i jednostkowym. W koncepcji Parsonsa wskaźnikiem zdrowia psychicznego są zdolności adaptacyjne człowieka do zmieniających się warunków, jego przystosowanie do norm kultury, środowiska, internalizacja wartości w procesie socjalizacji, umiejętność współżycia w grupie czy też prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych⁸. Podejście to osadza zatem analizę zdrowia psychicznego jednostki w kontekście społeczno-kulturowym, co ma swoje praktyczne zastosowanie. Przekonujemy się o tym, zapoznając się z raportem przygotowanym przez Światową Organizację Zdrowia „World Mental Health Today”. W dokumencie czytamy między innymi o wysokich ekonomicznych konsekwencjach zaburzeń zdrowia psychicznego. Mamy tu zatem do czynienia z sytuacją, w której jednostka nie jest w stanie podejmować efektywnych działań na rzecz społeczeństwa⁹. Szerzej będzie o tym mowa w dalszej części opracowania.

W najnowszych ujęciach psychologii pozytywnej zdrowie psychiczne utożsamiane jest z pojęciami: „dobra jakość życia”, „dobre życie”, „życie szczęśliwe”, „życie w dobrostanie psychicznym” czy „*well-being*”¹⁰. To ostatnie rozumiane jest jako efekt

⁶ WHO, *World Mental Health Report: Transforming mental health for all*, 2022, s. 11 (dostęp: 24.02.2026).

⁷ <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=training.en.bibliography.1143,%202001%20r>. (dostęp: 10.02.2026).

⁸ Ewa Kasperek-Golimowska, O różnych ujęciach zdrowia psychicznego, (w:) Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii: wybrane zagadnienia z teorii i praktyki, red. Katarzyna Waszyńska, Monika Filipiak, Poznań 2015, s. 154.

⁹ WHO, *World mental health today. Latest data*, 2025 (dostęp: 24.02.2026).

¹⁰ Tamże.

„poznawczej i emocjonalnej oceny własnego życia, w której notuje się wysoki poziom zadowolenia z życia i spełnienia, przewagę pozytywnych doświadczeń i przyjemnych emocji, a tym samym niski poziom negatywnych nastrojów”¹¹.

W interesujący sposób koncepcję dobrostanu rozumie Michel Foucault. Postrzega on go jako narzędzie regulacji. A mówiąc dokładniej zdaniem Foucault *well-being* wymaga od człowieka analizy własnych pragnień, traum i potrzeb, co można uznać za formę nowoczesnej spowiedzi¹². *Well-being* oznacza zatem holistyczny stan zadowolenia, pomagający jednostce w osiągnięciu szczęścia. W ten nurt pojmowania zdrowia psychicznego wpisuje się definicja zawarta w materiałach opracowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), w których czytamy, że zdrowie psychiczne „to poczucie własnej wartości i umiejętność czerpania radości z życia”¹³.

Co ciekawe z punktu widzenia problematyki podejmowanej w niniejszym opracowaniu koncepcja *well-beingu* pracownika wydawała się w czasach przedpandemicznych nieco zapomniana. Ostatnie lata przyniosły gwałtowną zmianę tego stanu rzeczy. „Pojęcie to stało się przedmiotem zarówno lawinowo rosnącej liczby publikacji naukowych, jak i szeregu działań praktycznych. Trudno wręcz wyobrazić sobie ambitny dział HR, którego przedstawiciele pozostają obojętni wobec działań *wellbeingowych*”¹⁴.

Wspólnym mianownikiem przywołanych terminów i definicji jest zwrócenie uwagi na kryterium subiektywnej oceny różnych wymiarów sytuacji życiowej, dokonywanej przez poszczególne osoby. To jednostka sama określa optymalny dla siebie poziom funkcjonowania i stopień satysfakcji z życia. Dobrostan psychiczny ulega więc zmianom w zależności od fazy życia, w której znajduje się człowiek, jego działań i warunków, w których funkcjonuje. Ważne są również uwarunkowania genetyczne czy umiejętności emocjonalne człowieka, podobnie jak warunki społeczne czy ekonomiczne¹⁵.

W tym miejscu należy wspomnieć o medykalizacji i ekonomizacji życia bądź zdrowia człowieka, w tym zdrowia psychicznego. Medykalizacja definiowana jest jako „wkraczanie medycyny w kolejne obszary ludzkiego życia i czynienie z nich terytorium eksploracji dla medycyny, definiowanie naturalnych stanów i zachowań w kategoriach patologii, zaburzenia lub choroby i stosowanie interwencji medycznych w celu ich wyleczenia”¹⁶. Pisz o tym między innymi Michel Foucault, wyjaśniając, że medycyna stała się narzędziem władzy i kontroli społecznej¹⁷. Foucault postrzega medykalizację

¹¹ Alan Carr, *Psychologia pozytywna: nauka o szczęściu i ludzkich siłach*, Poznań 2009, s. 35.

¹² Michel Foucault, *Historia seksualności*, t. 1: *Wola wiedzy*, Warszawa 2000.

¹³ *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2021, s. 2

¹⁴ Małgorzata Sidor-Rządkowska, Mirosław Wójcik, *Wellbeing – moda czy konieczność? Znaczenie programów wspierających dobrostan pracowników w zarządzaniu kapitałem ludzkim*, „*Journal of Modern Science*” 2025, nr 1(61), s. 180.

¹⁵ *Mental Health: Strengthening...*

¹⁶ Magdalena Wieczorkowska, *Ciało i medycyna (w:) Ciało i społeczeństwo. Socjologia ciała w badaniach i koncepcjach teoretycznych*, red. Dominika Byczkowska-Owczarek, Łódź 2023, s. 295.

¹⁷ Michel Foucault, *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Warszawa, 2020.

jako proces, w którym coraz większe obszary ludzkiego życia trafiają pod nadzór lekarzy i instytucji zdrowia. Zdaniem badacza społeczne praktyki dyskursywne konstytuują to, co nazywamy zdrowiem albo chorobą. W związku z tym zdrowie nie jest wyłącznie prywatną sprawą jednostki¹⁸. Według niego choroba (i zdrowie jako jej lustrzane odbicie) to produkty normatywnych wykluczeń¹⁹. Medykalizacja powoduje, że zaczynamy postrzegać zachowania jednostek przez pryzmat medyczny, co prowadzi do przekonania, że każde cierpienie lub odmienność można rozwiązać za pomocą interwencji medycznej lub farmakologicznej.

Ma to konkretne konsekwencje. Medykalizacja zdrowia psychicznego sprawia zatem, że naturalne ludzkie doświadczenia – takie jak żałoba, stres czy smutek – mogą być klasyfikowane jako zachowania społecznie niepożądane. Efektem może być doświadczane przez jednostkę poczucie winy lub utrata poczucia sprawstwa. Nie można wykluczyć, iż jednostka przestanie szukać przyczyn swojego stanu w relacjach czy sytuacji życiowej, a zacznie postrzegać siebie jako „zepsuty mechanizm”, który wymaga naprawy chemicznej. A to z kolei skutkuje komercjalizacją „szczęścia” i rozwojem przemysłu farmakologicznego (ekonomizacja zdrowia)²⁰.

Nie ulega więc wątpliwości, że społeczny dyskurs dotyczący zdrowia, w tym zdrowia psychicznego, społeczne postrzeganie osób doświadczających w tym zakresie trudności, oddziałuje na ich kondycję psychiczną i może skutecznie obniżać jej poziom. Normatywne wykluczenia, o których pisze Foucault, mogą być również mechanizmem powstrzymującym jednostki przed poszukiwaniem pomocy. W dalszej (wynikowej) części opracowania będzie mowa o stygmatyzacji społecznej jako o czynniku utrudniającym dostęp do specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego.

Liczne badania i ekspertyzy wskazują również, iż w czasach współczesnych kondycja psychiczna człowieka jest w znacznym stopniu związana z jego życiem zawodowym²¹. Jest to szczególnie widoczne, gdy brakuje stanu równowagi między pracą a sferą osobistą pracownika.

Work-life balance (WLB) to stan harmonii, w którym pracownik efektywnie zarządza czasem i energią, aby realizować zarówno cele zawodowe, jak i potrzeby osobiste, rodzinne, zdrowotne i rozwojowe bez nadmiernego obciążania żadnej ze sfer. Koncepcja ta wykształciła się na przełomie lat 70. i 80. XX wieku jako odpowiedź na zauważalny

¹⁸ Ewa Bińczyk, *Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy*, (w:) *W stronę socjologii zdrowia*, Włodzimierz Piątkowski, Anna Titkow (red.), Lublin 2002, s. 186.

¹⁹ Michel Foucault, *Narodziny kliniki*, Warszawa 1999.

²⁰ Nikolas Rose, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London 1999.

²¹ Zbigniew Małyś, Aleksandra Jędrzysek-Geisler (red.), *Współczesne społeczeństwo Polski a adaptacja, rozwój i zdrowie psychiczne jednostki*, Warszawa 2024; Paulina Adamczyk, *Współczesność jako czynnik wysokiego ryzyka. Zdrowie psychiczne w kulturze sukcesu*, (w:) [Międzynarodowe uwarunkowania współczesnych rozwiązań społeczno-ekonomicznych](#), 2019, s. 24–35 (dostęp: 9.02.2026); Monika Bujewska, *W jaki sposób życie w cyfrowym świecie niszczy zdrowie fizyczne i psychiczne?*, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy” 2020, nr 15, s. 5–15; Piotr Długosz, *Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie*, Warszawa 2021.

spadek motywacji pracowników. Wynikiem prowadzonych wówczas badań i diagnoz było wskazanie, że samopoczucie człowieka czy wypełnianie przez niego obowiązków zawodowych zależy zarówno od jego sytuacji rodzinnej, jak też od jego działalności społecznej, towarzyskiej, hobby, wypoczynku czy kształcenia. Wskazano zatem na wiele istotnych elementów życia człowieka, które mogą pozostawać albo w równowadze, albo w konflikcie z jego pracą²².

Funkcjonują różne ujęcia definiujące koncepcję *work-life balance*. Niektórzy wskazują, że jest to „stan, w którym jednostka radzi sobie z potencjalnym konfliktem między różnymi wymaganiami dotyczącymi jej czasu i energii w taki sposób, że zostaje zaspokojone jej pragnienie dobrobytu i spełnienia”²³. Inni z kolei podkreślają, że WLB to zdolność łączenia pracy z pozostałymi wymiarami życia ludzkiego, w tym z domem, rodziną, aktywnością społeczną i osobistymi zainteresowaniami²⁴. Implementacja podejścia *work-life balance* oznacza zatem, że wszystkim dziedzinom życia dana osoba poświęca wystarczającą ilość swego czasu, energii i zaangażowania, co przyczynia się do odczuwania przez nią satysfakcji.

Rosnące zainteresowanie zagadnieniem przyczyniło się również do wypracowania takich definicji WLB, które akcentują znaczącą rolę środowiska pracy. Jej przykładem jest podejście prezentowane przez Sangeetha oraz Neeraj P. Kumar, zdaniem których *work-life balance* to „tworzenie i utrzymywanie wspierającego i zdrowego środowiska pracy, mające umożliwić pracownikom zachowanie równowagi pomiędzy pracą a osobistymi obowiązkami, a tym samym wzmocnić lojalność i produktywność pracowników”²⁵. Można zatem powiedzieć, że pracownik posiadający zdolność skutecznego zarządzania granicami pomiędzy pracą a obszarami niezwiązanymi z pracą posiada istotny zasób w postaci wspierającego środowiska pracy. Przykładem wspierających rozwiązań mogą być elastyczne formy i godziny pracy, dłuższy urlop rodzicielski czy też wprowadzenie bezpłatnego urlopu opiekuńczego i urlopu z powodu siły wyższej²⁶.

Koncepcja WLB od lat cieszy się szczególną popularnością w USA, a od 2019 roku rozwijana jest również w krajach Unii Europejskiej w wyniku wypracowanej i wprowadzonej w życie dyrektywy 2019/1158²⁷. Obliguje ona państwa członkowskie do dostosowania krajowych rozwiązań prawnych do zapisów dyrektywy, co w Polsce

²² Anna Tomaszuk, Przemysław Olszewski, [Postrzeganie work-life balance w percepcji pokoleń dominujących na rynku pracy](#), „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2023, t. 52(1), DOI: 10.17512/znpcz.2023.4.09.

²³ David Clutterbuck, *Równowaga między życiem zawodowym a osobistym: przewodnik dla specjalistów do spraw personalnych*, Kraków 2005, s. 26.

²⁴ Stanisława Borkowska, *Przyszłość pracy w XXI wieku*, Warszawa 2005, s. 54.

²⁵ R. Sangeetha, Neeraj Pradeep Kumar, *The Impact of Work-Life Balance on Employee Job Satisfaction*, „XIBA Business Review” 2016, t. 2(2), s. 22–28.

²⁶ [Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw](#), Dz.U. 2023 poz. 641.

²⁷ Directive (EU) 2019/1158 of the European Parliament and of the Council of 20 June 2019 on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU, OJ L, t. 188, 2019.

obowiązuje od kwietnia 2023 roku. Idea *work-life balance* jest odpowiedzią na nasilające się w społeczeństwie problemy wynikające z obciążenia wykonywaną pracą zawodową. Wśród nich można wyszczególnić: pracobolizm, mniejszą motywację do pracy, spadek efektywności, wypalenie zawodowe, chroniczny stres czy różne postaci problemów zdrowotnych²⁸.

2.2. Zdrowie psychiczne w kontekście rynku pracy: wypalenie i stres zawodowy

Pojęcie wypalenia zawodowego wypracował psychiatra Herbert Freudenberger w roku 1974. Zdefiniował je jako „stan zmęczenia czy frustracji wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody”²⁹. Można powiedzieć, że definicja Freudenbergera jest dość ogólnikowa i trudno doszukać się w niej cech specyficznych opisywanego zjawiska. Nieco inaczej rozumie je Christina Maslach, dla której wypalenie zawodowe to „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi”³⁰. Definicja Maslach to, po pierwsze, zwrócenie uwagi na psychologiczne uwarunkowania problemu, a po drugie – podkreślenie, które grupy zawodowe są szczególnie narażone na jego doświadczenie. Co więcej, Maslach pisze o zespole czynników składających się na sytuację wypalenia zawodowego, stąd powszechne stało się wyrażenie: syndrom wypalenia zawodowego³¹.

Nieco inną percepcję zagadnienia przejawiają Ayala Pines i Elliot Aronson (1988), definiując pojęcie wypalenia zawodowego jako stan wyczerpania fizycznego, emocjonalnego i psychicznego, spowodowany długotrwałym zaangażowaniem w sytuację obciążającą pod względem emocjonalnym. Według autorów specyfika wykonywanego zawodu nie ma w tym zakresie większego znaczenia. Problem ten egalitarnie może dotknąć każdego³². Wspólnym mianownikiem przywołanych definicji jest wyczerpanie, będące następstwem zaangażowania jednostki w wykonywaną pracę, zaś opisana powyżej koncepcja *work-life balance* nie znajduje stosowania.

Przyczyn występowania syndromu wypalenia zawodowego jest wiele. Christina Maslach i Michael Leiter wyróżniają sześć obszarów stanowiących uwarunkowania pojawienia się tego zjawiska. Są to:

²⁸ Teresa Piecuch, Elżbieta Szczygieł, *Work-life balance w teorii i praktyce funkcjonowania współczesnych organizacji*, Rzeszów 2019.

²⁹ Martyna Ostrowska, Aneta Michcik, *Wypalenie zawodowe – przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie*, „Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka” 2013, t. 8, s. 12

³⁰ Christina Maslach, Michael Leiter, *Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej*, (w:) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*, red. Helena Sęk, Warszawa 2010, s. 16.

³¹ Dagmara Szonert-Rzepecka, *Wypalenie zawodowe w świetle literatury*, „Człowiek w kryzysie – psychospołeczne aspekty kryzysu” 2010, t. 11(1), s. 25.

³² Magdalena Kraczlą, *Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu*, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2013, t. 14(2).

- nadmierne obciążenie pracą;
- brak poczucia kontroli nad własnym życiem i niemożliwość podejmowania samodzielnych decyzji;
- niewystarczająca nagroda (wynagrodzenie);
- załamanie wspólnoty spowodowane brakiem troski o pracowników czy ich nierównym traktowaniem;
- brak zaufania, szacunku i otwartości między pracownikami;
- konflikt wartości, którymi jednostka kierowała się w życiu (na przykład rodzina *versus* zadowolenie pracodawcy)³³.

Przywołaną listę należy uzupełnić jeszcze jednym czynnikiem, istotnie zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego. Jest nim stres. Światowa Organizacja Zdrowia od kilku dekad przypomina, że w XXI wieku stres jest jednym z największych zagrożeń dla zdrowia człowieka. Stres – rozumiany jest jako określona relacja między osobą a otoczeniem, oceniania przez jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby. Człowiek zaczyna go odczuwać, gdy uznaje dany czynnik za szkodliwy lub zagrażający. Osadzając te treści w perspektywie aktywności zawodowej, można skonstruować, że stres pojawia się wtedy, gdy jednostka nie jest w stanie podołać wymaganiom pracodawcy lub współpracowników³⁴. Długotrwałe doświadczanie stresu wskazywane jest najczęściej jako główne źródło pojawienia się wypalenia zawodowego.

Czynniki stresogenne związane z pracą zawodową bywają klasyfikowane na wiele sposobów. Przykładowo Agnieszka Mackiewicz stresory zawodowe zgrupowała w trzy kategorie:

- czynniki środowiskowe – warunki, w jakich danej jednostce przyszło pracować, na przykład natężenie hałasu czy temperatura powietrza;
- czynniki zawodowe – dotyczące samej pracy, zakresu obowiązków oraz wymagań, ilości pracy oraz zakresu kontroli nad wykonywanymi zadaniami;
- czynniki socjalne – kontakty z innymi ludźmi, współpracownikami, ale także ze znajomymi, osobami najbliższymi spoza organizacji³⁵.

Inna typologia przyczyn stresu zawodowego uwzględnia kulturę organizacyjną danego przedsiębiorstwa lub miejsca pracy. Do najczęstszych źródeł negatywnego, niemotywuującego stresu zawodowego (dystresu) zaliczyć można:

- treść pracy, na przykład niska wartość pracy, monotonia, praca poniżej kwalifikacji;
- ilościowe i jakościowe obciążenie pracą, na przykład przeciążenie lub niedociążenie pracą (skutkuje niską samooceną, spadkiem motywacji);

³³ Christina Maslach, Michael Leiter, Pokonać wypalenie..., s. 60–79.

³⁴ Nina Ogińska-Bulik, Stres zawodowy w zawodach usług społecznych: źródła, konsekwencje, zapobieganie, Warszawa 2006, s. 16.

³⁵ Agnieszka Mackiewicz, Psychologia zwolnień: jak właściwie prowadzić działania derekrutacyjne, Warszawa 2010, s. 196.

- harmonogram pracy, na przykład praca zmianowa, nadgodziny, nagłe zmiany grafiku (zakłócenie rytmu okołodobowego, konflikt praca–życie prywatne);
- kontrola nad pracą, na przykład brak wpływu pracownika na sposób wykonywania zadań, niemożność przerywania pracy, brak wiedzy o celach i efektach pracy;
- rola w firmie lub zespole, na przykład niejasność pełnionej roli (brak pewności co do obowiązków i kryteriów oceny) lub konflikt ról (sprzeczne wymagania);
- relacje interpersonalne, na przykład z przełożonymi, podwładnymi i współpracownikami. Słabe relacje międzyludzkie i niski poziom wsparcia wpływają na wysoki poziom lęku, wyczerpanie emocjonalne, będąc jednocześnie źródłem patologii (mobbing, dyskryminacja, molestowanie);
- przebieg kariery zawodowej, na przykład brak awansu lub zbyt szybki awans, niepewność zatrudnienia, brak perspektyw rozwoju (frustracja, spadek wydajności, lęk)³⁶.

Stres związany z pracą (stres zawodowy) stanowi bardzo poważny problem nie tylko dla jednostek go doświadczających, ale także dla organizacji i całego społeczeństwa. Dotyczy to głównie krajów uprzemysłowionych i przejawia się w gwałtownie rosnących wskaźnikach absencji chorobowej i niezdolności do pracy wywołanej stresem. Szczegółowe statystyki dotyczące tego zagadnienia zostaną opisane w dalszej części opracowania.

W kontekście zmian i wyzwań współczesnego rynku pracy polscy pracownicy zdają sobie sprawę, że odporność psychiczna jest kluczową kompetencją w procesie adaptacji do zmian. W dokumencie „Bliżej siebie – presja zmian a emocje i zdrowie psychiczne w środowisku pracy” podkreśla się w tym zakresie rolę kompetencji ludzkich (nazwanych w tekście *power skills*), takich jak umiejętność współpracy, komunikacji, otwartości na nowe pomysły, elastyczności myślenia i działania. Konieczny jest również rozwój przywództwa w procesach zmian i umiejętności zarządzania emocjami u liderów, w tym poprawa komunikacji w zespołach na temat kondycji i problemów psychicznych³⁷. Oczekiwane wsparcie powinno oddziaływać jednocześnie w dwóch kierunkach: Bliżej siebie.

- bezpośrednim wsparciu psychologicznym i psychoedukacji poprzez szkolenia, warsztaty, dostęp do materiałów (książek, e-booków, kursów wideo), pracowniczych pakietów medycznych obejmujących dostęp do wsparcia psychologicznego i psychiatrycznego, dofinansowywaniu psychoterapii lub sesji coachingowych;
- wsparciu psychologicznym poprzez ingerencję w kulturę organizacji, na przykład przeciwdziałaniu mobbingowi, tworzeniu przestrzeni ciszy i skupienia w miejscach pracy, wprowadzaniu elastycznych form pracy, integracji pracowników i innych.

³⁶ Agnieszka Kaszubska, Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, Warszawa 2025, s. 9–12.

³⁷ [Presja zmian a emocje i zdrowie psychiczne w środowisku pracy](#), 2024, s. 80 (dostęp: 2.02.2026).

Wydaje się, że do osiągnięcia najlepszych efektów wymagana jest synergia obu kierunków działań. W obu niezbędna jest też współpraca pomiędzy pracodawcami a specjalistami ochrony zdrowia psychicznego, chociaż w różnym zakresie (udzielanie doraźnego wsparcia pracownikom lub współtworzenie zdrowszej kultury organizacyjnej). Agnieszka Kaszubska zwraca w tym kontekście uwagę na rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia oraz Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia formę przeciwdziałania stresowi zawodowemu oraz jego skutkom, jaką jest model Zarządzania Ryzykiem Psychospołecznym (ZRP)³⁸. Został on opracowany w projekcie „Psychosocial Risk Management – European Framework” (PRIMA – EF), zrealizowanym w ramach 6. Programu Ramowego Unii Europejskiej³⁹. Działanie zgodnie z modelem ZRP składa się z pięciu etapów:

1. Po pierwsze, ocena ryzyka oraz audyt dotychczas stosowanych praktyk. Określenie negatywnych i pozytywnych cech pracy oraz skutków doświadczania stresu (na przykład wskaźniki absencji, fluktuacji kadry, efektywności wykonywanej pracy). Określenie czynników psychospołecznych stanowiących największe zagrożenie i ich źródła.
2. Po drugie, opracowanie planu działania. Plan powinien być realny, zawierać cele, harmonogram, narzędzia ewaluacji. Planowane działania mogą przebiegać na trzech poziomach: organizacyjnym (zmiana organizacji pracy, rozwój kadry menedżerskiej), styku organizacji i pracownika (szkolenia interpersonalne, grupy wsparcia, specjalistyczna pomoc) i pracowniczym (doskonalenie umiejętności radzenia sobie ze stresem, promocja zdrowego stylu życia).
3. Po trzecie, wdrożenie planu przy jednoczesnym, ciągłym monitorowaniu jego efektywności.
4. Po czwarte, ewaluacja i ocena realizacji wdrożenia planu.
5. Po piąte, uczenie się organizacji. Prezentacja i dyskusja efektów z pracownikami oraz innymi interesariuszami, wykorzystanie wniosków w przyszłości⁴⁰.

Raport „Kondycja psychiczna polskich pracowników” wskazuje natomiast na siedem zadań dla organizacji, których realizacja może wpływać pozytywnie na dobrostan psychiczny pracowników. Są to:

1. opracowanie skutecznej strategii wellbeingowej,
2. destygmatyzacja zdrowia psychicznego w miejscu pracy,
3. zaangażowanie liderów (zarządu) w kwestie dobrostanu psychicznego pracowników,
4. inkluzywność wsparcia psychologicznego,
5. budowanie efektywnej komunikacji oraz współpracy zespołów i menadżerów,

³⁸ Tamże, s. 29.

³⁹ Małgorzata Waszkowska i inni, Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w ochronie zdrowia pracujących, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19(4).

⁴⁰ Agnieszka Kaszubska, Stres w pracy..., s. 29–33.

6. skuteczna komunikacja wewnątrzfirmowa w obszarze zdrowia psychicznego,
7. holistyczne podejście do pracownika, zwrócenie uwagi na związek pomiędzy jakością pracy i innymi sferami życia⁴¹.

Ten sam dokument zawiera listę konkretnych dobrych praktyk związanych z dobrostanem psychicznym w miejscach pracy. Znalazły się na niej następujące elementy:

- „informacje dotyczące wsparcia psychologicznego są łatwo dostępne na różnych platformach komunikacyjnych dla wszystkich pracowników;
- regularnie przypominanie pracownikom o dostępnych narzędziach wsparcia;
- wykorzystywanie różnych kanałów komunikacji: e-maile, spotkania, wideokonferencje, newslettery;
- nieużywanie języka, który może być stygmatyzujący, w kontekście zdrowia psychicznego, skupianie się na wzmocnieniu pozytywnych aspektów;
- organizowanie kampanii edukacyjnych i szkoleń dotyczących zdrowia psychicznego, aby podnosić świadomość pracowników;
- zapewnianie 100% anonimowości korzystania ze wsparcia psychologicznego i zapewnianie o niej pracowników;
- angażowanie ambasadorów i wewnątrzfirmowych liderów opinii – osób, które staną się zarówno przykładem, jak i inspiracją dla innych;
- traktowanie obszaru *mental health* jako odrębną część procesu onboardingowego;
- przeprowadzanie regularnego badania satysfakcji pracowników z jakości wsparcia psychologicznego i dostosowywanie na podstawie jego wyników działania w obszarze *mental health*”⁴².

Nie ulega wątpliwości, iż stres i wypalenie zawodowe to zagadnienia, którym należy poświęcać dużo uwagi i podejmować działania na rzecz przeciwdziałania problemowi. I choć osoby wykonujące różne zawody narażone są na doświadczanie przywoływanego stresorów, to warto zwrócić szczególną uwagę na przedstawicieli tak zwanych zawodów pomocowych. Zakres ich obowiązków zawodowych w swej istocie jest szczególnie ukierunkowany na innych ludzi i silnie obciążający emocjonalnie. Uznaje się więc, że koszty psychologiczne ponoszone w takich zawodach jak nauczyciele, lekarze, psycholodzy, pracownicy pomocy społecznej czy pracownicy służb ratunkowych są szczególnie poważne. Co więcej, istnieją dowody na to, że specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym są bardziej podatni na stres⁴³, o czym będzie mowa w dalszej części opracowania.

⁴¹ Kondycja psychiczna polskich pracowników, Wellbee Sp. z o.o., 2023, s. 6–7.

⁴² Tamże, s. 20.

⁴³ Ana Lima i inni, [Identificação de indicadores de bem-estar subjetivo e estresse em psicólogos](#), „Revista de Psicologia da Unesp” 2020, t. 19(2), DOI: 10.5935/1984-9044.20200027, s. 96–124.

3. Trendy i wyzwania w obszarze zdrowia psychicznego w obliczu współczesnych zmian cywilizacyjnych

3.1. Trendy i wyzwania w wymiarze międzynarodowym i krajowym

Obszar zdrowia psychicznego jest rosnącym problemem współczesności w skali globalnej. Badania międzynarodowe pokazują systematyczny wzrost przekonań, że zdrowie psychiczne jest największym wyzwaniem dla ochrony zdrowia mieszkańców. Rośnie również przekonanie, że kwestia ta wymaga działań w skali globalnej⁴⁴.

W analizach prowadzonych przez IPSOS (Institut Public de Sondage d'Opinion Secteur, Instytut Badań Rynku i Konsultingu) w 31 krajach świata zauważono średni wzrost takich deklaracji z 27% w roku 2018 do 45% w roku 2024 (w Polsce w tym samym czasie odnotowano wzrost liczby deklaracji z 19% w 2018 roku do 40% w roku 2024)⁴⁵. Upowszechnienie się takich przekonań było w wielu krajach szczególnie widoczne w latach 2020–2021, kiedy pandemia COVID-19 wpływała na życiowe czynności, sferę zawodową i prywatną oraz na poczucie stabilności i bezpieczeństwa ogromnych grup ludności na całym świecie.

Wśród globalnych czynników wpływających na dobrostan psychiczny współczesnych ludzi znajdują się również, między innymi ryzyka i niepewności związane z kryzysem klimatycznym, zagrożeniami konfliktami zbrojnymi czy gwałtownym i trudnym do przewidzenia rozwojem technologii, intensywnie zmieniających rynek pracy. W badanym okresie (2018–2024) zdrowie psychiczne stało się w perspektywie badanych poważniejszym wyzwaniem niż nowotwory i otyłość (które globalnie widziano jako większe wyzwania dla zdrowia publicznego w 2018 roku).

W związku z tymi zmianami zauważyć można, iż współczesny rynek pracy w sektorze ochrony zdrowia (w tym ochrony zdrowia psychicznego) charakteryzuje się nierównowagą między popytem a rosnącym popytem na usługi specjalistyczne. W najnowszym raporcie Światowej Organizacji Zdrowia „World mental health today”, czytamy, że systemy opieki psychiatrycznej na całym świecie charakteryzują się dużymi lukami i nierównościami w zakresie zasobów, usług, informacji i badań, a także zarządzania. Co więcej, w ramach budżetów przeznaczonych na zdrowie psychiczne, środowiskowa opieka psychiatryczna jest stale niedofinansowana⁴⁶. W związku z tym wyzwaniem jest opracowanie możliwie skutecznych narzędzi ochrony zdrowia psychicznego na dużą skalę w sposób optymalny, z wykorzystaniem nowych technologii oraz rozproszonego wsparcia, odciążającego częściowo pracowników medycznych⁴⁷.

⁴⁴ Vikram Patel i inni, [The Lancet Commission on global mental health and sustainable development](#), „Lancet” 2018, nr 392(10157), s. 1553–1598, DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31612-X.

⁴⁵ Joseph Nadler, Melissa Dunne, [Ipsos World Mental Health Day 2024](#) (dostęp: 13.02.2026).

⁴⁶ WHO, [World mental health today...](#)

⁴⁷ Vikram Patel i inni, [The Lancet...](#), s. 26–42.

Z danych OECD wynika, że aż 20 krajów Unii Europejskiej, w tym Polska, zgłosiło w latach 2022–2023 istotne niedobory lekarzy, a 15 krajów wskazało na deficyty w personelu pielęgniarskim⁴⁸. Sytuacja ta jest szczególnie alarmująca w kontekście prognoz demograficznych, wskazujących na proces „podwójnego starzenia się” – zarówno populacji pacjentów, którzy będą wymagali zintensyfikowanej, wyspecjalizowanej opieki, jak i kadry medycznej. Dla przykładu w skali całej Unii Europejskiej ponad jedna trzecia lekarzy przekroczyła 55. rok życia, co zapowiada masowe odejścia na emeryturę w najbliższym dziesięcioleciu⁴⁹. Polska – mimo odnotowanego wzrostu liczby studentów medycyny w przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców w latach 2012–2023 o połowę – dopiero w ostatnich latach osiąga poziom średniej unijnej⁵⁰.

Wspomniane problemy dotyczą całego systemu ochrony zdrowia, nie tylko zawodów i specjalności związanych z ochroną zdrowia psychicznego, niemniej w tym obszarze można spodziewać się dynamicznie wzrastającej nierównowagi między popytem i popytem, również ze względów kulturowych. Jak zwraca uwagę raport „State of Health in the EU: Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2023”, „problemy ze zdrowiem psychicznym mogą być w Polsce bardziej powszechne niż jest to zgłaszane ze względu na brak świadomości, stygmatyzację społeczną i słaby dostęp do usług. Depresja najczęściej zgłaszana jest przez kobiety z najniższego kwintyla dochodów. Opiekę w zakresie zdrowia psychicznego świadczą głównie szpitale psychiatryczne, podejmowane są jednak kroki związane z przejściem na model środowiskowy, a także starania mające na celu zmniejszenie stygmatyzacji związanej z korzystaniem z opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego”⁵¹.

Warto przy tym zauważyć, że wyzwania związane ze stygmatyzacją należą do trudnych, ponieważ w istocie mamy do czynienia ze zjawiskiem wielowymiarowym⁵². Po pierwsze, można mówić o stygmatyzacji strukturalnej (na przykład niechęć do zatrudniania osób z historiami zaburzeń psychicznych, dyskryminacja takich osób w miejscach pracy), po drugie, o autostygmatyzacji, czyli sytuacji, w której osoby dotknięte zaburzeniami internalizują negatywne stereotypy, co prowadzi do obniżenia samooceny, rezygnacji z poszukiwania pomocy czy stopniowego wycofywania się z rynku pracy⁵³.

Innymi słowy – nierównowaga pomiędzy popytem a popytem na tego rodzaju usługi może szybko pogłębiać się nie tylko za sprawą czynników obiektywnych – na przykład

⁴⁸ OECD, European Commission, Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing 2024, s. 13.

⁴⁹ Tamże.

⁵⁰ [State of Health in the EU...](#), s. 3.

⁵¹ Tamże.

⁵² Pierre Bourdieu, Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia, Warszawa 2005.

⁵³ Graham Thornicroft i inni, The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health, „The Lancet” 2022, nr 400(10361), s. 1438–1480.

przedłużonych skutków pandemii COVID-19, negatywnych skutków korzystania z mediów społecznościowych⁵⁴ czy zmiany modelu systemowego ze „szpitalnego” na „środowiskowy”, ale również z powodu czynników subiektywnych – na przykład rosnącej świadomości potrzeby korzystania z ochrony zdrowia w zakresie psychiki. Tym bardziej, że jak pokazują badania, młodzi dorośli (pokolenie Z) są bardziej skłonni do zgłaszania problemów związanych ze zdrowiem psychicznym⁵⁵. Wobec tego w dłuższej perspektywie wpływ zjawiska takich jak stygmatyzacja społeczna zaburzeń psychicznych może tracić na znaczeniu.

Jak wspomniano, w porównaniu z innymi krajami lub ze średnią dla Unii Europejskiej mieszkańcy Polski rzadziej zgłaszają zaburzenia psychiczne (14% wobec średniej UE wynoszącej 17%), ale prawdopodobnie nie oznacza to lepszej kondycji psychicznej społeczeństwa⁵⁶. Ryzyko zaburzeń w populacji rozkłada się nierównomiernie. Raport „State of Health in the EU: Polska” zwraca uwagę, że według dostępnych danych najbardziej narażone na depresję są osoby o niższych dochodach, szczególnie kobiety. Mężczyźni natomiast częściej popełniają samobójstwa, a wskaźnik samobójstw mężczyzn jest obecnie wyższy niż średnia dla Unii Europejskiej (22 osoby na 100 tysięcy mieszkańców Polski w porównaniu z 17 osobami na 100 tysięcy mieszkańców w całej Unii)⁵⁷. Według danych z pierwszej połowy 2022 roku 30% mieszkańców Polski ma niezaspokojone potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, z czego ponad jedna czwarta (27%) dotyczy niezaspokojonych potrzeb opieki w zakresie zdrowia psychicznego⁵⁸. Odsetek ten jest w Polsce wyższy niż średnia dla Unii Europejskiej, która wynosi 18% osób deklarujących niezaspokojone potrzeby, z czego 22% dotyczyła potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego.

Badania porównawcze wskazują również na inne ważne trendy dotyczące zdrowia psychicznego. W społeczeństwie powszechne jest przekonanie, że systemy ochrony zdrowia skupiają się raczej na kwestiach związanych z ciałem aniżeli psychiką. Takiego zdania jest 41% badanych mieszkańców badanych przez IPSOS 31 krajów świata (a 49% badanych mieszkańców Polski), 31% uważa, że nacisk rozłożony jest równomiernie (20% badanych w Polsce), a 13% widzi priorytetyzację zdrowia psychicznego (10% badanych w Polsce)⁵⁹.

Polacy należą do czołówki społeczeństw, w których mieszkańcy w ciągu ostatniego roku wielokrotnie odczuli, że poziom stresu odbił się negatywnie na ich życiu codziennym – stwierdziło tak 45% badanych (taki sam odsetek jak w Turcji). Wyższy wskaźnik (51%) osiągnięto jedynie w Szwecji, a uśredniony wskaźnik dla badanych krajów Unii Europejskiej wyniósł 36%, co pokazuje, że mieszkańcy Polscy częściej

⁵⁴ OECD, European Commission, Health at a Glance..., s. 14.

⁵⁵ Joseph Nadler, Melissa Dunne, Ipsos World Mental..., s. 2.

⁵⁶ State of Health in the EU..., s. 20.

⁵⁷ Tamże.

⁵⁸ Tamże, s. 21.

⁵⁹ Joseph Nadler, Melissa Dunne, Ipsos World Mental..., s. 8.

niż w innych krajach Europy mogą odczuwać negatywne skutki stresu⁶⁰. Polska jest natomiast na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o wskazania sytuacji, w których w ciągu ostatniego roku wielokrotnie odczuwali poczucie stresu w takim natężeniu, z którym nie byli w stanie sobie poradzić. Wskaźnik ten wyniósł w Polsce 42%, dla porównania w Turcji – 41%, w Szwecji – 39%, a średnia dla badanych krajów Unii Europejskiej wyniosła 32%⁶¹. W badanych krajach częściej wysoki poziom stresu deklarowali przedstawiciele młodszych pokoleń (Z, Y) aniżeli starszych (X, *baby boomers*), częściej były to kobiety niż mężczyźni.

Co szczególnie istotne w kontekście rynku pracy – oprócz tego, że Polacy najczęściej deklarowali powracający stres, z którym nie byli w stanie sobie poradzić – inaczej rozkładają się wyniki odpowiedzi na pytanie, czy odczuwali stres, przez który nie mogli pracować. Odpowiedzi takiej udzieliło 19% badanych w Polsce i dla porównania 30% w Turcji, 19% w Szwecji, średnio w badanych krajach Unii Europejskiej było to 16%⁶². Sugeruje to (wątek ten zostanie rozwinięty w dalszej części tekstu), że pomimo silnego lub długotrwałego napięcia mieszkańcy Polski nie przerywają pracy zawodowej. Wniosek taki jest istotny zarówno dla konkretnych pracowników, jak i z perspektywy pracodawców czy całego rynku pracy. Znaczenie zdrowia i zaburzeń psychicznych w kontekście rynku pracy jest również przedmiotem innych, realizowanych współcześnie w Polsce badań i analiz.

Dla przykładu – z danych Zakładu Ubezpieczeń Społecznych wynika, że liczba zwolnień lekarskich wystawionych z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania systematycznie rośnie. I tak w latach 2022–2023 odnotowano wzrost liczby tego rodzaju zwolnień o 8,7%, co oznaczało, że w 2023 roku wystawiono w Polsce ponad 1,4 miliona takich zaświadczeń⁶³. Przełożyło się to na około 26 milionów dni absencji chorobowej (rok wcześniej, w 2022 roku – 1,3 miliona zwolnień na około 23,8 miliona dni absencji chorobowej).

Wśród jednostek chorobowych będących główną przyczyną wystawiania zaświadczeń lekarskich z tytułu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania były w 2023 roku: reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (ponad 477 tysięcy zwolnień, na około 8,8 miliona dni absencji), epizod depresyjny (ponad 250 tysięcy zwolnień, na około 5,1 miliona dni absencji) oraz inne zaburzenia lękowe (około 246 tysięcy zwolnień, na około 4,8 miliona dni absencji)⁶⁴.

Zagadnienie społecznych kosztów zwolnień lekarskich wynikających z pogorszenia kondycji psychicznej pracownika powróci w dalszej części opracowania, omawiającej wyniki *desk reserach*. Natomiast w tym miejscu warto podkreślić, że oprócz absencji

⁶⁰ Tamże, s. 13.

⁶¹ Tamże, s. 14.

⁶² Tamże, s. 16.

⁶³ [Bliżej siebie. Presja zmian a emocje i zdrowie psychiczne w środowisku pracy](#), Grupa ArteMis, 2014, s. 11.

⁶⁴ Tamże.

można mówić o innych, wymiernych skutkach zaburzeń psychicznych w miejscu pracy. Uważa się, że nadmiar stresu odbijający się negatywnie na pracownikach może powodować nawet pięciokrotny wzrost ryzyka wypadku przy pracy, zmniejsza wydajność pracy i zwiększa rotację pracowników⁶⁵, jest więc wysoce niekorzystny dla efektywnego działania przedsiębiorstw. Nic więc dziwnego, że w jednym z swoich opracowań Światowa Organizacja Zdrowia wraz z Międzynarodową Organizacją Pracy podkreślają, iż zdrowie psychiczne pracownika jest istotnie skorelowane z systemem i kulturą organizacyjną miejsca jego zatrudnienia⁶⁶.

Interesujące wnioski z wykorzystaniem perspektywy samych pracowników przynosi raport „Blżej siebie. Presja zmian a emocje i zdrowie psychiczne w środowisku pracy”⁶⁷. Badanie oparte na wywiadach kwestionariuszowych online z osobami pracującymi w średnich i dużych przedsiębiorstwach w Polsce – zarówno na stanowiskach zarządzających, jak i niezarządzających – przeprowadzono wiosną 2024 roku. Jednym z głównych wniosków z badania jest spostrzeżenie, że ponad połowa pracowników (52%) czuje się przeciążona emocjonalnie, a odsetek ten jest niemal taki sam wśród pracowników zarządzających (liderów) jak i niezarządzających (pracowników). Odsetek osób zgłaszających przeciążenie emocjonalne znacznie wzrósł w porównaniu do odsetka z analogicznych badań z roku 2023 (wzrost z 41% do 52% dla pracowników i z 31% do 51% dla liderów). Ponad połowa (55%) respondentów uważa, że praca powoduje duży stres i zmęczenie, a 40%, że stres często utrudnia im realizację bieżących zadań.

Podobne odsetki badanych wskazują na wypalenie zawodowe (48%) i inne trudności psychologiczne: wyczerpanie psychiczne (47%) oraz zaburzenia nastroju, na przykład depresję (25%). Blisko połowa pracowników (43%) i liderów (45%) stwierdziła, że przez pracę ma coraz mniej czasu na życie osobiste. Nadmiar obowiązków i zmęczenie sprawiają, że 39% pracowników i 38% liderów myśli o zmianie pracy.

Takie wyniki pokazują więc powszechność nadmiernego stresu i przeciążenia emocjonalnego w pracy, co odbija się zarówno na życiu osobistym jak i destabilizuje sytuację na rynku pracy – pracownicy są wypaleni, nie radzą sobie z realizacją bieżących zadań, myślą o zmianie pracy.

Jakie czynniki mają zdaniem badanych największy wpływ na ich kondycję psychiczną w kontekście zawodowym? Respondenci wskazywali przede wszystkim na presję czasu i tempo pracy (38%), zbyt małe zarobki (31%) oraz zbyt dużą liczbę zadań (29%). Przyczyną stresu mogą być również zmiany w miejscu pracy. Szczególnie z perspektywy pracowników planowane i wdrażane zmiany mogą wiązać się z obawami o przyszłość zawodową i pozycję w firmie. Pierwsza reakcja na informację o zmianie w miejscu pracy

⁶⁵ Agnieszka Kaszubska, Stres w pracy..., s. 23.

⁶⁶ WHO, [WHO guidelines on mental health at work](#), 2022 (dostęp: 24.02.2026).

⁶⁷ [Blżej siebie...](#), s. 11.

to dla większości badanych (58%) negatywne i nieprzyjemne emocje, takie jak niepewność, stres, lęk i niepokój.

Statystyki wskazują również, że w ocenie pracowników, w ograniczonym stopniu posiadają oni wystarczające zasoby, by radzić sobie z doświadczanym stresem. Niecała połowa (46%) badanych uważa, że ma wystarczające umiejętności radzenia sobie ze stresem w obliczu liczby i tempa zmian. Przy tym liderzy oceniają swoje umiejętności wyżej niż pracownicy. Ponad dwie trzecie z nich (68%) ocenia swoją zdolność przystosowywania się do nowych sytuacji i zmian jako ponadprzeciętną. Sugeruje to nierównomierny dostęp do narzędzi radzenia sobie ze stresem w pracy (szkolenia, superwizja, *coaching* i inne), a jednocześnie duże zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne pracowników na stanowiskach niezarządzających.

Badani pracownicy oczekują dostępu do konsultacji ze specjalistami w zakresie zdrowia psychicznego (21%), ale również – a nawet częściej – wskazywali na potrzeby zmian w środowisku pracy, które pozwalają na lepsze zarządzanie własnymi zasobami i dążenie do dobrostanu, na przykład elastyczne godziny pracy (32%) czy elastyczne formy pracy (26%). Tym bardziej, że – jak pokazują wyniki innych badań – stan zdrowia psychicznego koreluje z trybem pracy, a największe deklarowane trudności na tle psychicznym zgłaszają osoby pracujące w trybie stacjonarnym (w porównaniu z trybem zdalnym lub hybrydowym)⁶⁸.

Badania sugerują, że coraz więcej pracodawców w Polsce dostrzega potrzebę dbania o zdrowie psychiczne pracowników – 68% badanych uważa, że wsparcie psychologiczne sprzyja budowaniu bezpiecznego psychologicznie miejsca pracy. Jednak działania, które są podejmowane, ograniczane są najczęściej do stosunkowo wąskiej puli narzędzi (na przykład szkolenia na temat radzenia sobie ze stresem, konsultacje psychologiczne dla osób zagrożonych kryzysem), które okazują się jednak mało skuteczne. Są one bowiem nakierowane na wygaszanie kryzysów zamiast identyfikowania i niwelowania ich źródeł (związanych na przykład z organizacją pracy i stylami zarządzania). Taki model rozwiązań jest mało skuteczny ze względu na wspomniane wyżej skutki – rosnącą liczbę absencji czy szybki wzrost obciążeń systemu ochrony zdrowia w zakresie zdrowia psychicznego.

Raport „Zdrowie psychiczne na polskim rynku pracy” sugeruje konieczność otwarcia organizacji na diagnozowanie problemów wewnętrznych, również we współpracy z pracownikami, albowiem wśród nich nadal powszechne są obawy przed otwartym mówieniem o problemach psychicznych. Około 44% pracowników bałoby się mówić otwarcie w pracy o pogorszeniu kondycji psychicznej, 41% wskazało, że kondycja psychiczna pracowników jest w ich miejscu pracy tematem tabu. Co więcej, 28% stwierdziło, że osoby z problemami są odsuwane od zespołu, co łączy lęk przed mówieniem o kondycji psychicznej z obawą o stabilne zatrudnienie i częściowo

⁶⁸ [Zdrowie psychiczne na polskim rynku pracy](#), LUXMED, s. 9 (dostęp: 24.02.2026).

tłumaczy, dlaczego pomimo wysokiego poziomu stresu Polacy rzadziej niż mieszkańcy wielu innych krajów Unii Europejskiej przerywają z tego powodu pracę.

Prawie 60% polskich pracowników nie ma przekonania, że w sytuacjach obciążenia psychicznego otrzymają pomoc w miejscu pracy. Badani deklarują częściej, że pracodawcy nie podejmują działań na rzecz dobrostanu psychicznego pracowników i nie interesują się ich kondycją psychiczną⁶⁹. Według raportu „Kondycja psychiczna polskich pracowników” jedynie 30% pracodawców podejmuje obecnie jakiejkolwiek działania w tym obszarze⁷⁰.

Istotną kwestią pozostaje również ochrona zdrowia psychicznego osób pracujących w systemie ochrony zdrowia. Na tym skupiał się na przykład projekt METEOR, finansowany ze środków Unii Europejskiej w latach 2021–2024. Stawiał on sobie za cel ewaluację zdrowia psychicznego pracowników systemu ochrony zdrowia i zapobieganie odpływowi kadr. W ramach projektu przeprowadzono badania ankietowe w szpitalach w czterech krajach Unii Europejskiej (Belgia, Włochy, Holandia i Polska) oraz zorganizowano warsztaty dla interesariuszy, mające na celu opracowanie zaleceń dla polityk publicznych. Podstawowym wyzwaniem była poprawa warunków pracy pracowników szpitali oraz wskaźników utrzymania pracowników. Według danych z 2022 roku w badanych krajach i szpitalach średnio tylko 13% lekarzy i 16% pielęgniarek było zadowolonych ze swojej pracy, a około jedna czwarta pracowników obu kategorii zgłaszała wyczerpanie emocjonalne. Pomimo tego zamiar odejścia z zawodu pozostawał na stosunkowo niskim poziomie: 9% wśród lekarzy i 13% wśród pielęgniarek⁷¹.

Zagadnienie stresu i kondycji psychicznej pracowników ochrony zdrowia, a dokładniej specjalistów zdrowia psychicznego, jest też przedmiotem badań środowiska naukowego. Przykładowo w 2015 roku Cristobal Guerra i Noemi Pereda przeprowadzili badania wśród hiszpańskich psychologów (N = 259 specjalistów, w tym 190 kobiet i 69 mężczyzn) spośród których 56,4% pracowało w specjalistycznych ośrodkach dla ofiar przemocy wobec dzieci i wykorzystywania seksualnego, a pozostałe 43,6% zajmowało się innymi typami pacjentów. Badania wykazały, że psychologowie pracujący z ofiarami przemocy wobec dzieci i wykorzystywania seksualnego wykazywali znacznie wyższy poziom stresu niż ci, którzy pracowali z innymi typami pacjentów⁷².

Z kolei badania przeprowadzone w Portugalii wśród psychologów szkolnych (N = 211; tym 88,6% kobiet i 11,4% mężczyzn, w wieku od 28 do 62 lat, ze średnim stażem pracy wynoszącym 17 lat) wskazały, że badani doświadczali wyższego poziomu stresu w sytuacji przepracowania. Co więcej, stres i wypalenie zawodowe korelowały

⁶⁹ Tamże, s. 12.

⁷⁰ Kondycja psychiczna polskich... , s. 5.

⁷¹ OECD, European Commission, Health at a Glance..., s. 42.

⁷² Cristóbal Guerra, Noemí Pereda, Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos y abuso sexual: un estudio exploratorio, „Anuario de Psicología” 2025, t. 45, s. 177–188.

pozytywnie w odniesieniu do wyczerpania emocjonalnego i negatywnie w odniesieniu do satysfakcji z pracy i życia⁷³. W 2021 roku Donna McCade, Amie Frewen i Daniel Fassnacht przeprowadzili badanie mające na celu zbadanie związku między wypaleniem zawodowym a depresją wśród australijskich psychologów. W ankiecie internetowej wzięło udział łącznie 248 psychologów. Wyniki wskazały, że 27,8% psychologów spełniało kryteria wypalenia zawodowego, a 16,9% zgłaszało co najmniej łagodne objawy depresji⁷⁴.

Do zupełnie innych wniosków doszedł indyjski badacz Mohd Kamaal Ali, prowadząc ankietę wśród 98 uczestników, w tym 49 psychologów i 49 specjalistów z innych dziedzin, takich jak szkolnictwo/edukacja, biznes, praca socjalna, farmacja, będących w wieku od 20 do 40 lat oraz mieszkających w różnych miastach Indii. Celem badania było porównanie poziomu stresu, lęku i depresji wśród psychologów oraz wśród pracowników z innych grup zawodowych. Na podstawie uzyskanych danych badacz stwierdził, że nie ma znaczącej różnicy w poziomie stresu, lęku i depresji między psychologami a pozostałymi specjalistami, co sugeruje, że charakter pracy psychologów nie musi wcale u nich prowadzić do wyższego poziomu problemów ze zdrowiem psychicznym w porównaniu z innymi specjalistami. Autor stawia więc tezę, iż zawód wykonywany przez daną osobę może nie być istotnym czynnikiem determinującym poziom stresu psychicznego w społeczeństwie indyjskim.

Inne czynniki, takie jak osobiste okoliczności życiowe czy mechanizmy radzenia sobie i cechy osobowości, mogą odgrywać bardziej znaczącą rolę⁷⁵. Wyniki badania przeprowadzonego wśród mieszkańców Indii różnią się do innych, wyżej omówionych. Wydaje się więc, że stres zawodowy będący udziałem przedstawicieli różnych zawodów, w tym specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, wymaga pogłębionej diagnozy.

Badania pokazują również, że wyzwania związane ze zdrowiem psychicznym są istotne nie tylko w kontekście pracowników, ale również osób, które wkrótce w pełni wejdą na rynek pracy, na przykład osób studiujących. Co prawda częstotliwość zaburzeń lękowych czy depresyjnych wśród polskich studentek i studentów jest porównywalna z danymi międzynarodowymi, ale są to wskaźniki wysokie i niepokojące – częstość występowania poważnych objawów zaburzeń lękowych w polskiej populacji studenckiej waha się od 30% do 65%, a rozpowszechnienie depresji wśród nich można szacować na 22–23%. Innymi słowy – znaczna grupa młodych dorosłych w Polsce

⁷³ Edgar Galindo i inni, *Psychology in education and health IV: Proceedings of the IV Leipzig-Evora Scientific Meeting in Psychology*. 1st International Scientific Meeting in Psychology, 14th and 15th October, 2019, Madeira, Portugal, Universidade da Madeira 2019.

⁷⁴ Donna McCade, Amie Frewen, Daniel Fassnacht, [Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of self-compassion](#), „Australian Psychologist” 2021, t. 56(2), DOI: 10.1080/00050067.2021.1890979.

⁷⁵ Mohd Kamaal Ali, [A Study of Stress, Anxiety and Depression among Psychologists and Other Professionals in India](#), „International Journal of Indian Psychology” 2024, t. 12(3), DOI: 10.25215/1203.085, s. 876–883.

doświadcza silnego lęku, jest zagrożona zaburzeniami depresyjnymi lub aktualnie ich doświadcza, co wywiera wpływ na ich codzienne funkcjonowanie w środowisku akademickim, w życiu codziennym i może wpływać również na procesy ich wejścia na rynek pracy⁷⁶. Co więcej, osoby studiujące nisko oceniają dostępność bezpłatnej pomocy psychologicznej oraz działania prewencyjne funkcjonujące na polskich uczelniach. Ponad dwie trzecie studentek i studentów ocenia działania uczelni jako nieefektywne, 55% stwierdza, że takie działania w ogóle nie są podejmowane⁷⁷. Tego rodzaju dane pokazują konieczność intensyfikacji wsparcia psychologicznego również wśród studentów – oraz równocześnie pracowników akademickich, którzy również zgłaszają wysoki poziom obciążenia psychicznego w pracy.

Omawiane dokumenty wskazują na konieczność dywersyfikacji ról zawodowych i ewolucji kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego. Kluczowym trendem jest optymalizacja tak zwanej *skill-mix*, czyli struktury umiejętności personelu czy też ludzi młodych przygotowujących się do aktywności zawodowej oraz *task shifting* (lub *task sharing*), czyli tworzenie podstaw do działania w tej sferze osób niebędących specjalistami. Innymi słowy, demokratyzacja dostępu do opieki psychicznej przy zachowaniu standardów jakości⁷⁸. W Polsce poza lekarzami psychiatrami odnotowuje się zapotrzebowanie na psychologów i psychoterapeutów, a także nowe specjalizacje, takie jak asystenci zdrowienia. Ponadto w dobie cyfryzacji niezbędne stają się umiejętności z zakresu zarządzania danymi, jak oszczędzanie czasu na zadania administracyjne pozwalające na większe skupienie się na pracy z pacjentami, z obsługi narzędzi telemedycznych i związanych z generatywną sztuczną inteligencją. Zwiększa się również rola psychologów szkolnych i akademickich oraz specjalistów wspierających osoby z grup mniejszościowych lub osoby neuroatypowe.

3.2. Trendy i wyzwania w wymiarze regionalnym

Poniżej zostaną streszczone trzy ważne dokumenty z perspektywy ochrony zdrowia psychicznego w województwie podlaskim. Będą to miejskie programy ochrony zdrowia psychicznego w trzech największych ośrodkach miejskich regionu: Białymstoku, Suwałkach i Łomży.

„Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2030” dla Białegostoku⁷⁹ opiera się na założeniu, że ochrona zdrowia psychicznego polega w szczególności na zapewnieniu osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej opieki zdrowotnej oraz innych form pomocy, a także na kształtowaniu właściwych

⁷⁶ Konrad Piotrowski i inni, Analiza badań nad zdrowiem psychicznym i jakością życia w środowisku akademickim, Warszawa 2024.

⁷⁷ Tamże, s. 20.

⁷⁸ Emily Holmes i inni, The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science, „The Lancet Psychiatry” 2018, nr 5(3), s. 237–286.

⁷⁹ [Miejski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2030](#) (dostęp: 5.02.2026).

postaw społecznych, przeciwdziałając dyskryminacji wobec osób z zaburzeniami psychicznymi.

Instytucje realizujące program to międzysektorowy układ interesariuszy, w skład którego wchodzi:

- Urząd Miejski w Białymstoku,
- Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Białymstoku (MOPR),
- Uniwersytet Medyczny w Białymstoku,
- publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej realizujące zadania z zakresu ochrony zdrowia psychicznego,
- placówki oświatowe (szkoły publiczne i niepubliczne),
- organizacje pozarządowe.

W dokumencie znajdują się dane na temat najczęstszych zaburzeń psychicznych wśród mieszkańców Białegostoku. Wskaźniki z 2024 roku pokazały, że są to, w przypadku dorosłych: zaburzenia adaptacyjne (3979 pacjentów), zaburzenie depresyjne i lękowe mieszane (3663 pacjentów), schizofrenia paranoidalna (2191 pacjentów), natomiast najczęstsze zachorowania u dzieci i młodzieży to: autyzm dziecięcy (812 pacjentów), zaburzenia adaptacyjne (641 pacjentów), zespół Aspergera (525 pacjentów).

W kontekście młodzieży zwraca się uwagę na pokoleniowe pogorszenie kondycji psychicznej, znaczący spadek poziomu optymizmu, wzrost poziomu odczuwania stresu oraz wzrost poziomu deklarowanych potrzeb pomocy specjalistycznej, przewyższających dwukrotnie wskaźniki pomocy udzielanej. Jeśli chodzi o dobrostan psychiczny dorosłych, dokument – bazując na badaniach realizowanych przez Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Uniwersytet w Białymstoku „Diagnoza zdrowia mieszkańców Białegostoku” – zwraca uwagę, że blisko trzech czwartych badanych Białostoczan osobiście doświadczyło pogorszenia dobrostanu psychicznego.

Najczęstszymi problemami osobistymi są przewlekłe zmęczenie/wyczerpanie (57%), zaburzenia lękowe uogólnione (56%) oraz depresja (55%).

Najbardziej stresujące są: praca/sytuacja zawodowa, brak pracy lub liczba obowiązków (69% respondentów, średnia 6,4), zdrowie bliskich (56%, średnia 6,58), własne zdrowie (62%, średnia 5,9). Praca/sytuacja zawodowa najbardziej stresuje osoby młodsze (18–30 lat, średnia 7,05). Lepszy dostęp do opieki zdrowotnej jest najważniejszą potrzebą dla 87,1% badanych.

Cel główny, jakim jest zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym uzależnionym i doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb powiązано z celami szczegółowymi i zadaniami zawartymi w tabeli 2.

Tabela 2. Cele szczegółowe i zadania programu w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w mieście Białystok

Cel szczegółowy	Zadania
Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego	Wspieranie projektów NGO służących rozwojowi różnych form oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności powiatowych centrów pomocy rodzinie. Wspieranie projektów z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego skierowanych do dzieci i młodzieży oraz dorosłych i seniorów.
Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi	Zwiększenie dostępności rehabilitacji zawodowej i organizacja poradnictwa zawodowego dla osób niepełnosprawnych, w tym z zaburzeniami psychicznymi. Prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi.
Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy	Kontynuacja działań miejskiego zespołu koordynującego realizację programu. Realizacja, koordynowanie i monitorowanie programu. Przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej. Wspieranie współpracy interdyscyplinarnej placówek i instytucji poprzez organizację szkoleń, seminariów, konferencji.
Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego uczniom, rodzicom i nauczycielom	Zapewnienie wsparcia specjalistycznego dzieciom i uczniom, ich rodzinom oraz nauczycielom przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne przy współpracy z innymi podmiotami. Udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty.
Zapewnienie ciągłości wsparcia finansowego projektom organizacji pozarządowych realizujących różnorodne formy oparcia społecznego	Wspieranie usług z zakresu pomocy psychologiczno-terapeutycznej dla rodzin z dzieckiem niepełnosprawnym. Prowadzenie usług pomocowych i interwencyjnych w stanach kryzysu psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2026–2030”.

Program ma być finansowany ze środków Miasta Białystok oraz środków zewnętrznych (na przykład z PFRON).

„Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Mieszkańców Suwałk do 2030 roku”⁸⁰ wskazuje podmioty, które dbają w Suwałkach o dobrostan psychiczny mieszkańców. Są to: Specjalistyczny Psychiatryczny SP ZOZ w Suwałkach (SP SPZOZ), w którego strukturze działa Centrum Zdrowia Psychicznego (CZP), Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna w Suwałkach, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Suwałkach (MOPR), środowiskowe domy samopomocy (ŚDS), Powiatowy Urząd Pracy w Suwałkach (PUP),

⁸⁰ Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Mieszkańców Suwałk do 2030 roku, Powiatowy Urząd Pracy w Suwałkach, Suwałki 2025.

Ośrodek Wsparcia Ekonomii Społecznej w Suwałkach (OWES), organizacje pozarządowe, szkoły, Suwalski Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli (SODN).

Cel główny programu to zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki i wsparcia adekwatnych do ich potrzeb. Na tej podstawie opracowano następujące cele szczegółowe i zadania (tabela 3).

Tabela 3. Cele szczegółowe i zadania lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w Suwałkach

Cel szczegółowy	Zadania
Upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego na podstawie modelu opieki środowiskowej	Opracowanie lokalnego programu zwiększenia dostępności do środowiskowej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Utworzenie centrum zdrowia psychicznego (CZP).
Upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego	Aktualizacja i rozszerzenie form oparcia społecznego (bytowa, mieszkaniowa, samopomoc). Wspieranie finansowe projektów organizacji pozarządowych (NGO). Zwiększenie udziału zagadnień pomocy osobom z zaburzeniami psychicznymi w działalności MOPR (rehabilitacja społeczna).
Aktywizacja zawodowa i społeczna osób z zaburzeniami psychicznymi	Zwiększanie dostępności rehabilitacji zawodowej i poradnictwa. Prowadzenie kampanii szkoleniowo-informacyjnej adresowanej do pracodawców promującej zatrudnianie osób z zaburzeniami psychicznymi. Zwiększenie udziału zatrudnienia osób z zaburzeniami psychicznymi w działalności PUP.
Skoordynowanie dostępnych form opieki i pomocy	Powołanie i kontynuacja działania lokalnego zespołu koordynującego realizację programu. Opracowanie i aktualizacja lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego. Realizacja, koordynowanie i monitorowanie lokalnego programu. Przygotowanie i udostępnienie mieszkańcom oraz samorządowi województwa aktualizowanego corocznie przewodnika informującego o lokalnie dostępnych formach opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i aktywizacji zawodowej (w formie papierowej lub elektronicznej).
Udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom	Zapewnienie wsparcia specjalistycznego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną. Udzielanie pomocy psychologiczno-pedagogicznej w jednostkach systemu oświaty. Prowadzenie badań własnych przez SODN oraz koordynowanie sieci wsparcia i samokształcenia pedagogów i psychologów szkolnych. Organizacja konferencji i kampanii informacyjnych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego Mieszkańców Suwałk do 2030 roku”, Powiatowy Urząd Pracy w Suwałkach, Suwałki 2025.

„Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Miasta Łomży na lata 2024–2029”⁸¹ za główny cel uznaje promowanie dobrostanu psychicznego, zapobieganie chorobom psychicznym oraz zapewnienie wsparcia i leczenia.

Przytoczone w dokumencie wnioski z badania ankietowego mieszkańców wskazują między innymi, że blisko połowa dorosłych (45%) doświadczyła odczuć depresyjnych lub lękowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Tylko około 10% zostało o te problemy zapytanych przez lekarza. Niemal dwie trzecie dorosłych (62%) ocenia dostępność publicznej służby zdrowia psychicznego jako przeciętną, niską lub bardzo niską. Ponadto 68% dorosłych nie wie, gdzie znajduje się najbliższa poradnia zdrowia psychicznego. 64% dorosłych jest gotowa wziąć udział w bezpłatnych wydarzeniach edukacyjnych, a 54% uważa, że istnieje potrzeba poszerzenia działań promocyjnych dotyczących zdrowia psychicznego.

Wnioski z badania ankietowego realizowanego wśród uczniów wskazały natomiast, że 45% uczniów ocenia swoje samopoczucie jako przeciętne, złe lub bardzo złe. 25% uczniów odczuło negatywne skutki pandemii i tyle samo uważa, że media społecznościowe negatywnie wpływają na ich zdrowie psychiczne. Zdecydowana większość uczniów nigdy nie korzystała z pomocy psychologicznej (70%) ani psychiatrycznej (87%). 53% uczniów, którzy skorzystali z psychologicznej pomocy w szkołach, uznało ją za niewystarczającą.

Cele szczegółowe i zadania opracowano w następujący sposób (tabela 4).

Tabela 4. Cele szczegółowe i zadania „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Miasta Łomży na lata 2024–2029”

Cel szczegółowy	Zadania
Wsparcie dla dzieci i młodzieży	• Wspieranie dzieci i młodzieży w problemach natury psychicznej. • Realizacja działań wspierających przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne. • Dążenie do zwiększania dostępności wsparcia psychologicznego. • Wczesne wykrywanie depresji i innych zaburzeń. • Wzrost kompetencji rodziców i nauczycieli w zakresie rozpoznawania problemów. • Realizowanie działań profilaktycznych i edukacyjnych. • Prowadzenie działań edukacyjnych i profilaktycznych na temat zaburzeń i uzależnień. • Rozwijanie umiejętności radzenia sobie ze stresem przez warsztaty i prelekcje. • Wykorzystanie nowych mediów (na przykład mediów społecznościowych) do działań profilaktycznych. • Budowanie atrakcyjnej, integrującej oferty spędzania czasu wolnego, zachęcającej do relacji poza internetem.

⁸¹ Uchwała nr 42/VII/24 Rady Miejskiej Łomży z dnia 25 września 2024 r. w sprawie przyjęcia „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Miasta Łomży na lata 2024–2029”, Rada Miejska Łomży, Łomża 2024.

Cel szczegółowy	Zadania
Skuteczne i dostępne wsparcie dla dorosłych	• Realizacja działań wspierających. • Utrzymywanie wysokiej aktywności i jakości usług centrum zdrowia psychicznego. • Zapewnianie dostępności świadczeń z zakresu psychologii i psychiatrii. • Tworzenie grup terapeutycznych i socjoterapeutycznych. • Rozwój systemu wsparcia. • Rozwój CZP i placówek psychiatrycznej opieki zdrowotnej. • Działania zmierzające do zwiększania dostępu do specjalistycznej opieki (psychiatrycznej, psychoterapeutycznej, psychologicznej). • Poszerzanie możliwości wsparcia zdalnego (teleporady, telefony zaufania, poradnie internetowe). • Rozwój wsparcia dla opiekunów osób chorych (grupy wsparcia, usługi opieki wytchnieniowej).
Upowszechnianie pomocy i oparcia społecznego	• Wykorzystywanie instrumentów pomocy społecznej. • Zwiększanie skali specjalistycznych usług opiekuńczych. • Udzielanie wsparcia przez kadry pomocy społecznej (asystentura, pomoc finansowa, projekty socjalne). • Tworzenie mieszkań wspomaganych. • Wspieranie rozwoju placówek wsparcia. • Wspieranie rozwoju środowiskowych domów samopomocy, dziennych domów pobytu i warsztatów terapii zajęciowej (WTZ).
Podniesienie wiedzy i profilaktyka	• Upowszechnianie wiedzy. • Realizacja programów informacyjno-edukacyjnych na temat zdrowia psychicznego i zagrożeń. • Działania na rzecz ograniczenia stygmatyzacji. • Rozpowszechnianie materiałów w formie tradycyjnej (ulotki) i elektronicznej (posty, wideo). • Prowadzenie działań profilaktycznych. • Realizacja programów profilaktyki (uniwersalnej, selektywnej, wskazującej). • Promocja zdrowego stylu życia (festyny, aktywny czas wolny). • Prowadzenie działań aktywizujących osoby starsze i z niepełnosprawnością w celu zmniejszania ryzyka wykluczenia społecznego.
Wysoki poziom aktywności zawodowej i społecznej	• Aktywizacja zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi. • Wykorzystywanie instrumentów powiatowego urzędu pracy (doradztwo, szkolenia zawodowe). • Prowadzenie działań informacyjnych wśród pracodawców na temat korzyści z zatrudniania tych osób. • Wspieranie tworzenia miejsc pracy chronionej i rozwoju podmiotów ekonomii społecznej.
Budowa wysokiej jakości i kompetentnego systemu wsparcia	• Koordynacja działań różnych podmiotów. • Organizacja spotkań i konsultacji. • Wspieranie organizacji pozarządowych i rozwoju wolontariatu. • Gromadzenie i analizowanie informacji o zrealizowanych zadaniach i ocena ich efektywności. • Podnoszenie kompetencji. • Uczestnictwo osób wspierających w szkoleniach i warsztatach. • Podnoszenie kwalifikacji pracowników podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w zakresie postępowania z osobami przejawiającymi zaburzenia.

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Miasta Łomży na lata 2024–2029”.

4. Prawne i systemowe uwarunkowania sektora zdrowia psychicznego

4.1. Prawne i instytucjonalne ramy wykonywania zawodów wspierających zdrowie psychiczne

Specyfiki wykonywania poszczególnych zawodów wspierających zdrowie psychiczne możemy szukać w regulacjach prawnych, które wspomnianych zawodów dotyczą. O ile bowiem lekarz psychiatra, psycholog czy psychoterapeuta funkcjonują na co dzień w szeroko rozumianej sieci specjalistów, o tyle każda z tych profesji podlega nieco innym regulacjom i rozwiązaniom legislacyjnym.

Wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy jest w Polsce gwarantowana przez konstytucję. Jednocześnie ustawa zasadnicza dopuszcza pewne wyjątki od tej reguły. Wówczas przepisy ustaw określać mogą pewne ograniczenia czy wymogi dotyczące aktywności zawodowej, obejmujące zdobycie ściśle określonego wykształcenia, odbycie stażu lub praktyki czy zdanie egzaminu państwowego. Zawody w ten sposób skodyfikowane nazywane są zawodami regulowanymi⁸².

Spśród zawodów wspierających zdrowie i dobrostan psychiczny w najwyższym stopniu uregulowany jest zawód lekarza psychiatry. Status prawny tej profesji wynika bezpośrednio z przepisów dotyczących zawodu lekarza, które precyzuje Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty⁸³. Akt ten określa zasady dotyczące przyznawania prawa wykonywania zawodu (PWZ). W przypadku zawodu psychiatry ściśle uregulowana jest też kwestia funkcjonowania samorządu zawodowego i odpowiedzialności dyscyplinarnej. Przepisy dotyczące wymienionych zagadnień zawarto w Ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich⁸⁴. 22 maja 2023 roku w dzienniku ustaw opublikowano również Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 maja 2023 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów, określające najnowsze ramy czasowe i program specjalizacji z psychiatrii.

Wykonywanie zawodu psychiatry poprzedza jasno opisana i certyfikowana przez państwo ścieżka kształcenia i doskonalenia kwalifikacji. Obejmuje ona kolejno:

- ukończenie 6-letnich jednolitych studiów magisterskich na kierunku lekarskim;
- odbycie 13-miesięcznego stażu podyplomowego i złożenie Lekarskiego Egzaminu Końcowego (egzamin państwowy) z wynikiem pozytywnym;
- uzyskanie pełnego prawa wykonywania zawodu (PWZ) przyznawanego przez właściwą izbę lekarską;

⁸² Zawody regulowane (dostęp: 16.02.2026).

⁸³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dostęp: 16.02.2026).

⁸⁴ Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (dostęp: 16.02.2026).

- odbycie w trybie rezydentury lub w trybie pozarezydenckim pięcioletniego szkolenia w dziedzinie psychiatrii. Szkolenie odbywać się powinno w jednostkach akredytowanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego;
- złożenie Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego przed komisją powołaną przez Centrum Egzaminów Medycznych, którego pozytywny wynik pozwala lekarzowi posługiwać się tytułem specjalisty psychiatrii.

Zawód psychiatrii, będący zawodem zaufania publicznego, podlega też ścisłemu nadzorowi ze strony izby lekarskiej, sądu lekarskiego, rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Każdy lekarz o takiej specjalizacji figuruje również w rejestrze publicznym, a jego podstawowe dane (w tym PWZ i dane specjalizacyjne) są jawne i dostępne w Centralnym Rejestrze Lekarzy. Lekarze (w tym psychiatrzy) dysponują także uprawnieniami zastrzeżonymi w postaci prawa do diagnozowania jednostek chorobowych według klasyfikacji ICD-11/DSM-5, wystawiania recept, zwolnień lekarskich oraz orzeczeń o stanie zdrowia.

Należy podkreślić, że wymogi dotyczące zawodu lekarza-psychiatrii nie są zróżnicowane ze względu na sektor, w którym prowadzona jest tego typu działalność. Innymi słowy, wskazane powyżej regulacje obowiązują w równym stopniu w ramach kontraktu NFZ jak i na rynku prywatnym. Odstępstwa od określonych prawnie standardów pracy (w tym standardów etycznych) podlegają odpowiedzialności karnej.

Zawody psychoterapeuty i psychologa są uregulowane w znacznie mniejszym stopniu niż zawód lekarza psychiatrii. Jak pokazuje ożywiona dyskusja wokół pojawiających się czy faktycznie procedowanych projektów ustaw, regulacje takie są bezwzględnie potrzebne. Jednocześnie powstawaniu takich dokumentów towarzyszy wiele napięć i konfliktów środowiskowych.

Do niedawna jeszcze zawód psychoterapeuty był profesją niemal zupełnie wolną od jakichkolwiek ograniczeń czy wymogów. W wyniku nowelizacji ustawy o ochronie zdrowia psychicznego i uchwalenia Ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych od 1 stycznia 2024 roku wprowadzono w istocie drobne regulacje dotyczące opisywanego zawodu⁸⁵. Przepisy te precyzują elementarne kwalifikacje terapeutów pracujących w ramach publicznej opieki zdrowotnej oraz wprowadzają ustawową definicję psychoterapii.

Zgodnie z artykułem 87 obowiązującej dziś ustawy „Psychoterapia to celowe i planowane oddziaływania psychologiczne, zmierzające do złagodzenia lub usunięcia objawów zaburzenia oraz do poprawy funkcjonowania psychicznego i społecznego, wspierające dążenia jednostki lub rodziny do zdrowia i rozwoju, kierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi”⁸⁶. W ramach opieki zdrowotnej psychoterapię prowadzić

⁸⁵ Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (dostęp: 16.02.2026).

⁸⁶ Tamże.

mogą osoby posiadające certyfikat psychoterapeuty oraz spełniające łącznie następujące kryteria:

- posiadają tytuł zawodowy lekarza lub tytuł zawodowy magistra, lub spełniają warunki określone w art. 63 ust. 1 ustawy z dnia 8 czerwca 2001 roku o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów;
- ukończyły podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych, które posiadają udowodnioną naukowo skuteczność (terapia humanistyczno-doświadczeniowa, integracyjna, poznawczo-behawioralna, psychoanalityczna, psychodynamiczna, systemowa) i odbyły – realizowane po rozpoczęciu szkolenia – psychoterapię własną doświadczenia własnego, supervizję psychoterapii lub staże, które łącznie ze szkoleniem obejmują co najmniej 1200 godzin albo ukończyły przed 2012 roku podyplomowe szkolenie w zakresie oddziaływań psychoterapeutycznych mających zastosowanie w leczeniu zaburzeń zdrowia w wymiarze czasu określonym w programie tego szkolenia;
- zdały egzamin certyfikujący przeprowadzony przez zewnętrzną wobec podmiotu szkolącego komisję.

Ustawa mówi także o innych kategoriach osób prowadzących psychoterapię. Chodzi o osoby posiadające tytuł specjalisty w dziedzinie psychoterapii dzieci i młodzieży bądź specjalisty w dziedzinie psychoterapii ewentualnie posiadające równoważny dorobek zawodowy lub naukowy oraz osoby w trakcie szkolenia podyplomowego w zakresie psychoterapii spełniające opisane wcześniej wymagania.

Ramy codziennego funkcjonowania terapeutach uzależnień ich praktyki zawodowej określa także Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, której artykuł 22 ustęp 3 był podstawą do wydania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2018 r. w sprawie podmiotów sprawujących opiekę nad uzależnionymi od alkoholu⁸⁷. Jak podaje Polska Rada Psychoterapii (PRP), niektóre kompetencje i wymogi szczegółowe związane na przykład z definicją supervizji precyzują poszczególne rozporządzenia i zarządzenia ministra zdrowia⁸⁸.

Powyższe regulacje obowiązują dziś wyłącznie osoby prowadzące psychoterapię w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej (najczęściej psychiatrycznej). Oznacza to, że opisanymi wymogami związani są tylko ci terapeuci, którzy pracują w szpitalach, przychodniach i innych podmiotach leczniczych oraz w domach pomocy społecznej. Ograniczenia nie dotyczą natomiast podmiotów prywatnych, które między innymi w związku z rosnącą skalą problemów i kryzysów psychicznych w Polsce dominują dziś na rynku usług psychoterapeutycznych. Nie da się oczywiście wykluczyć stopniowego upowszechniania się wśród takich podmiotów

⁸⁷ Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 października 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (dostęp: 4.02.2026).

⁸⁸ Akty prawne i standardy szkolenia psychoterapeutów, Polska Rada Psychoterapii (dostęp: 16.02.2026).

standardów stosowanych w placówkach publicznych. Ponadto standardy etyczne egzekwują (z różną skutecznością) ośrodki szkolące i certyfikujące. Niemniej jednak opisywana nowelizacja ustawy i zawarte tam przepisy prawa jak dotąd nie uregulowały i nie ujednoliciły standardów pracy prywatnych praktyk terapeutycznych, co pozostaje istotnym problemem środowiskowym – zwłaszcza w wypadku występowania praktyk nieetycznych i błędów w sztuce.

Zawód terapeuty nie doczekał się jak dotąd bezpłatnej i publicznie dostępnej ścieżki kształcenia. Z kolei ścieżka kształcenia psychologicznego jest dostępna w ramach publicznej i prywatnej edukacji wyższej, a studia psychologiczne od lat cieszą się niestabnącą popularnością.

Jeszcze do niedawna psychologów obowiązywała Ustawa z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów. Niemniej jednak było to tak zwane *lex imperfecta*, nigdy bowiem faktycznie nie wprowadzono w życie przepisów o powołaniu izb zawodowych wydających prawo do wykonywania zawodu. W związku z tym zawód psychologa przez wiele lat funkcjonował w pewnej próżni regulacyjnej.

Psychologów obowiązywały oczywiście Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta czy kluczowe przy pracy z danymi wrażliwymi (dokumentacja) przepisy RODO. W sądach i komisjach dyscyplinarnych powoływano się także na przykład na „Kodeks etyczny psychologa” – dokument uchwalony przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne, pełniący często rolę „standardu należytej staranności”⁸⁹.

W latach 2024–2025 Rządowe Centrum Legislacji intensywnie procedowało projekt ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym. Ustawę uchwalono 26 stycznia 2026 roku⁹⁰, a 12 lutego 2026 podpisał ją Prezydent RP⁹¹.

Zawarte w niej przepisy precyzują, kto może posługiwać się tytułem zawodowym psychologa, a sam zawód ustanawia zawodem zaufania publicznego. Zgodnie z nowymi regulacjami prawo do wykonywania zawodu uzyskać może osoba, która ukończyła jednolite studia magisterskie na kierunku psychologia lub osoba, która studiowała w modelu 3+2, z tym że zarówno studia pierwszego stopnia, jak i magisterium należy zrealizować na kierunku psychologia.

Jedynym z najbardziej oczekiwanych zapisów nowej ustawy jest ustanowienie Krajowej Rady Psychologów i rad/izb regionalnych odpowiedzialnych za dokonywanie wpisów do publicznego rejestru. Zdobyty dyplom powinien więc zostać potwierdzony wpisem do rejestru, co pozwalać ma na szybką weryfikację kwalifikacji i umożliwiać

⁸⁹ [Kodeks etyczny psychologa](#) (dostęp: 16.02.2026).

⁹⁰ [Ustawa z dnia 23 stycznia 2026 r. o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów](#) (dostęp: 16.02.2026).

⁹¹ [Ustawa o zawodzie psychologa z podpisem prezydenta](#), Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (dostęp: 16.02.2026).

pacjentom sprawdzenie, czy ktoś, kto podaje się za psychologa, jest nim w rzeczywistości.

Nowa ustawa w jakimś zakresie odpowiada na zapotrzebowanie dotyczące błędów w sztuce czy praktyk nieetycznych. Dotąd za tego rodzaju wykroczenia osobom prowadzącym praktykę psychologiczną groziły jedynie pozwy cywilne i utrata renomy środowiskowej. Samorząd psychologów powołuje do życia sądy dyscyplinarne, które za działanie na szkodę pacjenta, naruszenie kodeksu etyki czy złamanie tajemnicy zawodowej nakładają na osobę dopuszczającą się takich praktyk konkretne kary – począwszy od upomnienia, przez nagany, kary pieniężne, zawieszenie prawa do wykonywania zawodu, aż do całkowitego pozbawienia takiego prawa.

Nowe przepisy odnoszą się też do praktyki terapeutycznej, porządkując status osób które wchodzi do zawodu ze ścieżki psychologicznej. Innymi słowy, jeśli zawód terapeuty wykonuje psycholog, to dotyczą go regulacje w zakresie wykonywania zawodu psychologa.

Co ważne, jeśli idzie o jakość usług psychologicznych i ochronę pacjentów przed nieetycznymi praktykami, nowe przepisy dotyczą nie tylko usług psychologicznych wykonywanych w gabinetach stacjonarnych, ale także wizyt świadczonych wirtualnie.

Chociaż nowa ustawa z pewnością będzie przeciwdziałać raportowanym przez lata niekorzystnym zjawiskom czy nieetycznym praktykom, jej zapisy spotkały się i wciąż spotykają z dość intensywną krytyką formułowaną przez różne organizacje/towarzystwa psychologiczne czy nieformalne grupy skupiające praktykujących psychologów. Ustawa spotkała się też z uwagami rozmaitych gremiów czy urzędów, na przykład Rzecznika Praw Obywatelskich. Można się zatem spodziewać, że skumulowane napięcia i uwagi krytyczne zaowocują w przyszłości kolejnymi zmianami i nowelizacją ustawy.

Podsumowując, ramy prawne zawodów wspierających zdrowie psychiczne w Polsce charakteryzują się zróżnicowanym stopniem sformalizowania, przy czym najbardziej uregulowana jest profesja psychiatry, oparta na ustawie o zawodzie lekarza oraz przepisach o izbach lekarskich.

W przypadku zawodu psychoterapeuty zmiany przyniosła nowelizacja ustawy o ochronie zdrowia psychicznego z 2023 roku, która zdefiniowała proces psychoterapii i określiła wymogi kwalifikacyjne. Obecnie jednak regulacje te obowiązują specjalistów pracujących w publicznej ochronie zdrowia, podczas gdy sektor prywatny wciąż nie podlega jednolitym standardom ustawowym.

Sytuacja prawna psychologów ulega obecnie gruntownej zmianie wraz z uchwaleniem 26 stycznia 2026 roku nowej ustawy o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym. Ustawa ta zastępuje częściowo niedziałające przepisy z 2001 roku. Nowa regulacja formalnie czyni zawód psychologa zawodem zaufania publicznego i wprowadza wymóg uzyskania prawa jego wykonywania poprzez wpis do rejestru prowadzonego przez regionalne izby. Istotnym elementem nowych ram prawnych jest także powołanie sądów dyscyplinarnych, które za naruszenia zasad etyki

lub błędy w sztuce mogą nakładać kary, w tym zawieszać prawo do wykonywania zawodu lub całkowicie go pozbawiać.

4.2. Klasyfikacja zawodów i specjalności w obszarze zdrowia psychicznego

Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy (KZiS) jest usystematyzowanym zbiorem zawodów i specjalności występujących na rynku pracy. KZiS określa nazwy zawodów i specjalności oraz ich kody (symbole cyfrowe), stanowiąc istotne narzędzie do obsługi rynku pracy. Klasyfikacja znajduje zastosowanie w pośrednictwie pracy i poradnictwie zawodowym. „Umożliwia prowadzenie badań statystycznych, analiz i prognoz dotyczących rynku pracy. Pozwala na gromadzenie i analizę danych statystycznych dotyczących zatrudnienia i bezrobocia, które służą do określania polityki przeciwdziałania bezrobociu oraz polityki kształcenia i szkolenia zawodowego młodzieży i dorosłych”⁹².

Klasyfikacja zawodów i specjalności w obszarze zdrowia psychicznego grupuje zawody związane z pomocą i wsparciem psychicznym w odpowiednie zbiory, a podstawą kategoryzacji jest podobieństwo kompetencji. W grupie „Specjaliści” pod kodem 22 wymienieni są „Specjaliści do spraw zdrowia”, w tym lekarz – specjalista psychiatrii (kod: 221256) oraz lekarz – specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży (kod: 221257). KZiS wymienia również psychologa (kod: 263401), psychologa biznesu (kod: 263402), psychologa klinicznego (kod: 263403) czy psychologa organizacji (263404). Z kolei pod kodem 2299 wymienieni są „Specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani”, do których zaliczany jest: psychoterapeuta (kod: 229905), specjalista psychoterapii uzależnień (kod: 229906) czy też specjalista terapii uzależnień (kod: 229907). Niżej zostanie przedstawiona podstawowa charakterystyka poszczególnych zawodów, kluczowych z punktu widzenia niniejszego opracowania⁹³.

4.2.1. Specjaliści do spraw zdrowia

Lekarz – specjalista psychiatrii (kod: 221256)

- synteza: rozpoznaje, różnicuje i leczy zaburzenia psychiczne, nerwice, upośledzenia umysłowe wrodzone i nabyte, uzależnienia, choroby psychiczne i zespoły nieprzystosowania społecznego; podejmuje działania na rzecz promocji zdrowia i zapobiegania chorobom psychicznym;
- zadania zawodowe:
 - badanie psychiatryczne podmiotowe i przedmiotowe w celu ustalenia rozpoznania lub kontroli i oceny stanu psychicznego;

⁹² Maciej Gruza, Teresa Hordyjewicz, Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy. Tworzenie i stosowanie, Warszawa 2014, s. 5.

⁹³ [Wyszukiwarka opisów zawodów](#), Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (dostęp: 10.02.2026).

- nawiązywanie kontaktu i współpracy z chorym i jego rodziną, wyjaśnianie celu i potrzeby leczenia, łagodzenie lęku i niepokoju;
- kierowanie materiału biologicznego na badania dodatkowe (laboratoryjne): biochemiczne, bakteriologiczne, immunologiczne i inne;
- kierowanie chorych na badania dodatkowe: radiologiczne, tomograficzne, NMR, izotopowe i inne oraz na konsultacje do innych specjalistów medycznych;
- przeprowadzanie prób (testów) sprawności psychicznej w dziedzinie poznawczej, psychoruchowej oraz rozwoju sfery afektywnej;
- wykonywanie badań EEG, pola widzenia i innych;
- interpretacja i ocena wyników wykonanych badań pomocniczych (dodatkowych);
- formułowanie rozpoznania lekarskiego (diagnozy) i rozpoznań mniej prawdopodobnych (różnicowych);
- prowadzenie dokumentacji lekarskiej (historii choroby) oraz wypisywanie skierowań, recept i zwolnień lekarskich;
- odbywanie konsultacji lekarskich dla innych specjalności medycznych⁹⁴.

Lekarz – specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży (kod: 221257)

- synteza: rozpoznaje, różnicuje i leczy zaburzenia psychiczne, nerwice, upośledzenia umysłowe i inne choroby psychiczne wieku rozwojowego oraz uzależnienia i inne formy nieprzystosowania społecznego dzieci i młodzieży;
- zadania zawodowe:
 - badanie psychiatryczne umożliwiające postawienie rozpoznania lub kontroli i oceny stanu psychicznego dziecka;
 - nawiązywanie bliskiego kontaktu z chorym, jego rodziną i otoczeniem w celu zapewnienia współpracy w leczeniu;
 - przeprowadzanie wywiadów środowiskowych (szkoła, dom, inne) umożliwiających uzyskanie dodatkowych informacji o dziecku;
 - kierowanie pacjentów na badania dodatkowe (uzupełniające) oraz na konsultacje do innych specjalistów medycznych;
 - przeprowadzanie prób (testów) sprawności psychicznej w dziedzinach: poznawczej, psychoruchowej i oceny dojrzałości sfery afektywnej
 - wykonywanie badań neurologicznych i EEG, interpretacja i ocena wyników wykonanych badań dodatkowych (pomocniczych);
 - formułowanie rozpoznania lekarskiego (diagnozy) i rozpoznań mniej prawdopodobnych (różnicowych);
 - prowadzenie dokumentacji lekarskiej (historii choroby) oraz wypisywanie skierowań, recept i zwolnień lekarskich;

⁹⁴ Tamże.

- odbywanie konsultacji lekarskich dla innych specjalności medycznych⁹⁵.

4.2.2. Psycholodzy i pokrewni

Psycholog (kod: 263401)

- synteza: prowadzi badania, analizuje procesy psychiczne i zachowania indywidualne i grupowe ludzi oraz stosuje tę wiedzę w celu lepszego przystosowania jednostki lub grup do życia społecznego i rozwoju osobistego, edukacyjnego lub zawodowego; prowadzi działania profilaktyczne i terapeutyczne w stosunku do osób z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi, diagnozuje skutki dziedziczności oraz wpływ różnorodnych czynników (na przykład społecznych) na psychikę ludzką, prowadzi poradnictwo i doradztwo psychologiczne w zakresie doboru i szkolenia zawodowego lub zatrudnienia; prowadzi działalność korekcyjno-wyrównawczą, w celu usunięcia niedoborów rozwojowych oraz braków w wiadomościach, umiejętnościach i postawach dzieci i młodzieży;
- zadania zawodowe:
 - prowadzenie badań psychologicznych i rozwijanie teorii w zakresie psychologii ogólnej i subdyscyplin (psychologii klinicznej, ogólnej, pracy, wychowawczej, społecznej oraz psychologii pracy);
 - planowanie i przeprowadzanie testów w celu dokonania pomiarów psychicznych, fizycznych i innych cech, takich jak inteligencja, zdolności, umiejętności;
 - interpretowanie i ocenianie wyników testów oraz udzielanie porad;
 - analizowanie wpływu dziedziczności oraz czynników społecznych, zawodowych i innych na sposób myślenia i zachowanie;
 - prowadzenie poradnictwa lub wywiadów i zajęć terapeutycznych z jednostkami i grupami (treningi interpersonalne i inne);
 - utrzymywanie kontaktów z członkami rodzin, władzami oświatowymi lub pracodawcami i zalecanie możliwych rozwiązań problemów i postępowań;
 - studiowanie czynników psychologicznych i emocjonalnych lub zaburzeń osobowości oraz konsultowanie się z odpowiednimi specjalistami;
 - opracowywanie programów szkoleń w zakresie problematyki psychologicznej;
 - prowadzenie szkoleń nauczycieli w zakresie rozwiązywania problemów niedostosowania społecznego, niepowodzeń szkolnych, narkomanii i innych zjawisk patologicznych w szkole.

Psycholog kliniczny (kod: 263403)

- synteza: prowadzi badania diagnostyczne oraz działalność korekcyjno-wyrównawczą zaburzeń u dzieci i ludzi dorosłych w ramach: psychologii lekarskiej (u osób z zaburzeniami somatycznymi i psychicznymi), psychologii sądowej

⁹⁵ Tamże.

(u przestępców), defektologii (u osób ze zmianami w psychice wywołanej defektami organicznymi); stosuje profilaktykę w celu zapobiegania występowaniu zaburzeń;

- zadania zawodowe:
 - badanie i analizowanie psychologicznych czynników wpływających na przykład na zaburzenia psychosomatyczne oraz psychologicznych konsekwencji chorób przewlekłych;
 - diagnozowanie zaburzeń w rozwoju umysłowym i społecznym, zaburzeń neurologicznych u dzieci i dorosłych (mowy, pamięci, percepcji wzrokowej) oraz zaburzeń osobowości u pacjentów psychiatrycznych, na podstawie wywiadu diagnostycznego i testów klinicznych;
 - stosowanie psychoterapii w leczeniu schorzeń wewnętrznych, chirurgicznych i innych (psychoterapia podtrzymująca), nerwic i psychoz (psychoterapia objawowa, relaksacyjna i psychoanalityczna), schorzeń neurologicznych (psychoterapia grupowa);
 - prowadzenie rehabilitacji psychologicznej chorych po przebytych ostrych chorobach internistycznych i chirurgicznych;
 - ścisła współpraca z personelem lekarskim przy diagnozowaniu, leczeniu i prewencji chorób;
 - badanie procesów psychologicznych towarzyszących okresowi ciąży i porodu oraz psychoprofilaktyka porodu;
 - prowadzenie badań w zakresie eugeniki, psychologii zeznań świadków, przydatności zawodowej więźniów i innych oraz doradztwo psychologiczne służące zapobieganiu przestępstwom i reedukacji przestępców;
 - utrzymywanie wymaganych kontaktów z członkami rodzin pacjentów, przedstawicielami innych dyscyplin psychologicznych i pokrewnych, nauczycielami, pracodawcami i innymi⁹⁶.

Psycholog biznesu (kod: 263402)

- synteza: analizuje i ocenia zachowania ekonomiczne i rynkowe różnych grup społecznych wykorzystując wiedzę psychologiczną; określa wpływ reklamy na postawy konsumentów i sposoby budowania marki; kreuje wizerunek firmy; doradza pracodawcom jak podejmować ryzykowne i trudne decyzje; przygotowuje psychologiczne ekspertyzy i uczestniczy w negocjacjach biznesowych;
- zadania zawodowe:
 - prowadzenie interdyscyplinarnych badań nad zachowaniami ekonomicznymi i konsumenckimi określonych grup społecznych: ich potrzeb i emocji związanych z nabywaniem produktów, motywacją ludzi do oszczędzania i inwestowania;

⁹⁶ Tamże.

- określanie preferencji konsumenckich potencjalnych klientów na określone marki, logo i rodzaj produktów oferowanych do sprzedaży;
- przygotowywanie ekspertyz wskazujących producentom towarów i usług, jak zaciekać i zwrócić uwagę konsumentów na oferowany towar lub usługę;
- stosowanie odpowiednich zasad, metod i technik wywierania wpływu w marketingu i reklamie wpływających na zwiększenie sprzedaży;
- przygotowywanie ekspertyz dotyczących zachowań finansowych potencjalnych klientów banków, giełdy, centrów badań rynkowych, firm doradczo-inwestycyjnych;
- doradzanie właścicielom firm, jak podejmować decyzje ryzykowne i niepewne na podstawie psychologicznych teorii podejmowania decyzji;
- kreowanie wizerunku firmy;
- opracowanie systemu identyfikacji wizualnej: logo firmy, druki firmowe i materiały reklamowe, identyfikatory, ubiór pracowników, wystrój stoisk firmowych;
- uczestniczenie bądź służyć radą i pomocą w negocjacjach biznesowych;
- opracowywanie programów szkoleń oraz ich prowadzenie dla kadry menedżerskiej i właścicieli firm z zakresu psychologii zarządzania i inwestowania, rozwiązywania konfliktów, zachowań konsumenckich i psychologii reklamy, motywowania i przywództwa;
- uczestniczenie w przygotowywaniu kampanii reklamowych i strategii marketingowych określonych produktów i usług;
- przestrzeganie standardów etycznych w działalności psychologów biznesu.

Psycholog organizacji (kod: 263404)

- synteza: diagnozuje i analizuje organizację pracy i kulturę organizacyjną firmy; lokalizuje źródła konfliktu i wskazuje sposoby ich rozwiązywania; organizuje proces selekcji i rekrutacji pracowników; bada kompetencje pracowników i wskazuje im drogi rozwoju zawodowego; stosuje psychologiczne metody i techniki badań pracowników; współpracuje ze specjalistami zarządzania zasobami ludzkimi;
- zadania zawodowe:
 - prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie psychologii pracy, organizacji i zarządzania oraz dziedzin pokrewnych;
 - planowanie i realizowanie programów z zakresu humanizacji pracy służących budowaniu więzi wśród pracowników, zwalczaniu stresu, poprawie stosunków interpersonalnych;
 - optymalizowanie warunków pracy w celu podniesienia efektywności pracowników;
 - lokalizowanie źródeł konfliktów w organizacji i wskazywanie sposobów ich rozwiązywania;
 - analizowanie stanowisk pracy i opracowywanie ich profili kompetencyjnych;

- badanie kompetencji pracowników oraz planowanie ścieżek ich rozwoju zawodowego w firmie;
- budowanie systemów oceny pracowników, ich awansowania i nagradzania;
- planowanie, organizowanie i uczestnictwo w procesie selekcji i rekrutacji pracowników;
- badanie sposobów i metod zarządzania przez kadrę menedżerów;
- kształtowanie elastycznych postaw kadry menedżerów i wdrażanie nowoczesnych metod zarządzania zasobami ludzkimi;
- stosowanie psychologicznych metod i technik badań osobowości, motywacji, kompetencji pracowników i kadry menedżerskiej firmy;
- interpretowanie i ocenianie wyników badań psychologicznych;
- współpraca z doradcami zawodowymi i personalnymi w zakresie doboru pracowników na określone stanowiska pracy;
- opracowywanie programów szkoleń oraz ich prowadzenie dla kadry menedżerskiej i właścicieli firm z zakresu psychologii zarządzania zasobami ludzkimi;
- przestrzeganie standardów etycznych w działalności psychologów pracy, organizacji i zarządzania;

4.2.3. Specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani

Psychoterapeuta (kod: 229905)

- synteza: prowadzi terapię osób uzależnionych, z zaburzeniami osobowości, chorobami psychicznymi, fobiami, nerwicami; pomaga rozwiązywać problemy małżeńskie, rodzinne, zawodowe za pomocą różnorodnych metod i technik psychoterapeutycznych, takich jak: psychoanaliza, muzykoterapia, treningi interpersonalne, ćwiczenia relaksacyjne, hipnoza, gry, psychodramy, pozytywne myślenie, indywidualnie lub grupowo w celu modyfikacji zachowań klientów
- zadania zawodowe:
 - nawiązywanie kontaktu z klientem, zapewnianie mu poczucia bezpieczeństwa i komfortu psychicznego;
 - przeprowadzanie wywiadu, obserwowanie zachowania, wystuchanie klienta, zapoznawanie się z jego problemami w przypadku psychoterapii indywidualnej;
 - analizowanie przyczyn zaburzeń klienta, dokonywanie diagnozy jego problemów;
 - wybór odpowiedniej metody i techniki terapeutycznej do rozwiązania problemów klienta, na przykład w przypadku psychoanalizy stosowanie techniki wglądu, swobodnych skojarzeń, analizy marzeń sennych, oporu, przeniesienia;
 - dobór do grupy terapeutycznej uczestników o określonych cechach;
 - przygotowywanie grupy terapeutycznej do zajęć w przypadku psychoterapii zbiorowej;

- gromadzenie informacji o osobach poddawanych psychoterapii oraz o efektach psychoterapii;
- przeprowadzanie treningów terapeutycznych dla różnych grup klientów: pacjentów szpitali psychiatrycznych, osób pragnących poprawić swoje relacje z innymi ludźmi, mających problemy emocjonalne, nie radzących sobie w różnych sferach życia: w rodzinie, pracy;
- wybór odpowiedniej techniki treningu, na przykład treningu interpersonalnego nakierowanego na kształtowanie dobrych kontaktów międzyludzkich lub techniki poznania samego siebie, rozwoju duchowego lub zawodowego;
- współpraca z lekarzami leczącymi pacjentów⁹⁷.

Specjalista psychoterapii uzależnień (kod: 229906)

- synteza: prowadzi terapię indywidualną, grupową oraz rodzinną na terenie szkół, w placówkach poradni uzależnień oraz specjalistycznych oddziałach dla osób uzależnionych od alkoholu, nikotyny i środków odurzających; prowadzi zajęcia profilaktyczne na terenie szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych; organizuje grupy wsparcia dla osób uzależnionych; współpracuje z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, ośrodkami pomocy społecznej, sądami, policją, kuratorami sądowymi, rodzicami; nadzoruje instruktorów terapii uzależnień.
- zadania zawodowe:
 - rozpoznawanie sytuacji psychologicznej, zdrowotnej, wychowawczej i rodzinnej osoby uzależnionej;
 - diagnozowanie źródeł trudności i problemów oraz podejmowanie działań profilaktycznych;
 - planowanie oddziaływań terapeutycznych wobec osób uzależnionych lub członków jej rodziny;
 - prowadzenie psychoterapii indywidualnej i grupowej pacjenta uzależnionego oraz członków rodziny w zakresie mechanizmów współuzależnienia;
 - organizowanie zajęć profilaktycznych na terenie szkół, poradni psychologiczno-pedagogicznych oraz innych placówek, w których można spotkać osoby uzależnione;
 - współpraca z poradniami psychologiczno-pedagogicznymi, ośrodkami pomocy społecznej, sądami, policją, kuratorami sądowymi, rodzicami oraz prawnymi opiekunami;
 - organizowanie grup wsparcia dla osób uzależnionych;
 - prowadzenie poradnictwa rodzinnego dotyczącego objawów przebiegu choroby oraz możliwości podjęcia terapii;
 - doskonalenie własnych kwalifikacji, uczestnictwo w różnych formach doskonalenia i samokształcenia;
 - nadzorowanie instruktorów terapii uzależnień.

⁹⁷ Tamże.

Specjalista terapii uzależnień (kod: 229907)

- synteza: wykonuje działania diagnostyczno-analityczne, terapeutyczne, profilaktyczne, psychoedukacyjne i psychospołeczne osób uzależnionych w celu realizacji założeń terapeutycznych; diagnoza zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych (zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10); prowadzenie terapii indywidualnej i grupowej, działania psychoedukacyjne, psychospołeczne i profilaktyczne wobec osób uzależnionych, współuzależnionych oraz ich środowiska życia; przygotowywanie analizy i diagnozy, programy profilaktyczne i psychoedukacyjne skierowane do osób z obszaru niskiego i wysokiego ryzyka, dzieci, młodzieży i dorosłych oraz wdrażanie ich; prowadzenie diagnozy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania spowodowanych używaniem substancji psychoaktywnych w celu określenia zagrożeń i następstw w wymiarze indywidualnym i społecznym; opracowywanie indywidualnego programu terapii; ocena i ewaluacja bieżących efektów pracy z pacjentem/klientem oraz dbanie o samodoskonalenie.
- zadania zawodowe:
 - planowanie i organizowanie pracy z uwzględnieniem przepisów prawa pracy, BHP zasad ergonomii oraz zasad etycznych;
 - konstruowanie programów profilaktycznych spójnych z programem terapii uzależnień;
 - prowadzenie zajęć psychoedukacyjnych i profilaktycznych uzależnień;
 - nawiązywanie kontaktu terapeutycznego z pacjentem/klientem;
 - diagnozowanie na potrzeby opracowania planu terapii/leczenia;
 - opracowywanie celów i planów terapii uzależnień dostosowanych do potrzeb pacjenta/klienta;
 - prowadzenie pracy terapeutycznej grupowej i/lub indywidualnej oraz dobieranie odpowiednich metod, technik i narzędzi pracy;
 - prowadzenie dokumentacji merytorycznej/lecniczej;
 - monitorowanie, ocenianie efektów realizowania planów terapeutycznych uzależnień;
 - autoanalizowanie pracy podczas superwizji⁹⁸.

4.3. Kluczowe kwalifikacje i kompetencje specjalistów

Specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym wymagają odpowiedniego przygotowania, dzięki któremu nabędą właściwe kwalifikacje i kompetencje niezbędne w codziennej praktyce. W ich opisie pomocna będzie Europejska Klasyfikacja Umiejętności/ Kompetencji, Kwalifikacji i Zawodów (European Skills, Competences, Qualifications and Occupations, ESCO), postrzegana jako rozbudowany słownik

⁹⁸ Tamże.

identyfikujący i kategoryzujący zasoby ludzkie, łączący świat pracy z systemem edukacji i szkolenia w całej Unii Europejskiej, ułatwiający mobilność i zrozumienie kwalifikacji⁹⁹. Przedstawioną powyżej charakterystykę poszczególnych zawodów i specjalności związanych ze zdrowiem psychicznym człowieka należy zatem uzupełnić treściami dotyczącymi niezbędnych kwalifikacji i kompetencji.

4.3.1. Specjaliści do spraw zdrowia

Lekarz – specjalista psychiatrii (kod: 221256) oraz specjalista psychiatrii dzieci i młodzieży (kod: 221257)

Jak wspomniano, rozpoczęcie wykonywania zawodu psychiatrii poprzedza jasno opisana i certyfikowana przez państwo ścieżka kształcenia i doskonalenia kwalifikacji. W klasyfikacji ESCO specjalista psychiatrii nie figuruje jako osobna profesja, jednak wytyczne w tym zakresie zawarto w Europejskich Ramach Kompetencji w Psychiatrii, opracowanych przez Europejską Radę Psychiatrii. Odwołują się one do eksperckiej roli psychiatrii podejmującego decyzje kliniczne, który powinien „pojmować, rozumieć i stosować umiejętności diagnostyczne w badaniu, wyjaśnianiu, opisywaniu i definiowaniu psychopatologicznych i innych danych klinicznych”¹⁰⁰. W dalszej kolejności w dokumencie wymienione są rola psychiatrii jako komunikatora potrafiącego nawiązać z pacjentem relację terapeutyczną, rola współpracownika posiadającego umiejętność skutecznego konsultowania się z innymi lekarzami i profesjonalistami opieki zdrowotnej, rola organizatora potrafiącego dysponować ograniczonymi zasobami opieki zdrowotnej czy też rola rzecznika zdrowia, uczonego bądź profesjonalisty.

Wymienione role wymagają od psychiatrów posiadania szeregu kompetencji twardych. W Europejskich Ramach Kompetencji w Psychiatrii mowa jest o pojmowaniu, rozumieniu i stosowaniu umiejętności diagnostycznych w badaniu, wyjaśnianiu, opisywaniu i definiowaniu psychopatologicznych i innych danych klinicznych. W kolejnym punkcie czytamy o stosowaniu umiejętności terapeutycznych w efektywnym i etycznym prowadzeniu zdiagnozowanych problemów spektrum pacjentów na przykład poprzez nawiązywanie, podtrzymywanie i naprawianie relacji terapeutycznej, określanie, które z dostępnych interwencji psychiatrycznych biologicznych, psychoterapeutycznych i społecznych są stosowne do oczekiwań pacjenta i okoliczności i inne¹⁰¹.

Zawód lekarza psychiatrii, polegający na diagnozowaniu, leczeniu i profilaktyce zaburzeń psychicznych, emocjonalnych i behawioralnych, bezdyskusyjnie wymaga zatem specjalistycznej i rozległej wiedzy.

⁹⁹ Zawody. Europejska klasyfikacja umiejętności/kompetencji, kwalifikacji i zawodów (ESCO) (dostęp: 10.02.2026).

¹⁰⁰ Jacek Bomba, Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii, „Psychiatria Polska” 2011, nr 45, s. 137.

¹⁰¹ Tamże, s. 138–163.

4.3.2. Psycholodzy i pokrewni

Zawód psychologa, należąc do grupy zawodów pomocowych i zawodów zaufania publicznego, wymaga jasnych standardów wykonywania tejże profesji, na które składają się zarówno kwalifikacje merytoryczne osoby go wykonującej, jak również jej predyspozycje osobowościowe czy etyczne. ESCO precyzuje kwalifikacje i kompetencje psychologa oraz psychologa klinicznego. Brakuje jednak opisu odnoszącego się do psychologa biznesu czy organizacji.

European Federation of Psychologists' Associations (EFPA) rekomenduje model kształcenia psychologów składający się z trzech etapów. Jego wprowadzenie w polskich warunkach jest możliwe, choć wymaga pewnego nakładu pracy.

Pierwszy etap kształcenia odpowiada poziomowi licencjatu i obejmuje między innymi praktyki w wymiarze 100 godzin (4 ECTS). Etap drugi to studia magisterskie, podczas których student/studentka zobligowani są do odbycia 375 godzin praktyk, co odpowiada 15 ECTS. Wymienione etapy mogą być łączone i wówczas są prowadzone jako jednolite studia magisterskie. Trzeci etap kształcenia jest obligatoryjnym stażem realizowanym pod opieką superwizora, który obejmuje co najmniej 1500 godzin pracy zawodowej oraz 50 godzin superwizji. Co do zasady staż taki trwa rok. Jego celem jest przygotowanie psychologa do samodzielnej praktyki, wdrożenie do roli zawodowej oraz integracja wiedzy teoretycznej i praktycznej. Psycholog kończący staż powinien być gotowy do prowadzenia samodzielnej praktyki i posiadać wszystkie niezbędne kompetencje, a za dobrą praktykę uznaje się dalszą pracę pod superwizją w ramach specjalizacji lub niezależnej działalności¹⁰².

Na podstawie dostępnych informacji należy przyjąć, że osoba wykonująca zawód psychologa powinna posiadać podstawową wiedzę w zakresie: diagnostyki psychologicznej, doradztwa nakierowanego na klienta, interwencji psychologicznych i kryzysowych, oceny sprawności psychologicznej; psychiatrii, psychopatologii, psychofarmakologii, metod doradztwa stosowanych w doradztwie psychologicznym, psychologii zaburzeń zachowania, projektowania badań oraz zasad etyki zawodowej osób zatrudnionych w ochronie zdrowia¹⁰³.

Z kolei na katalog umiejętności i kompetencji psychologa składają się:

- prowadzenie współpracy ze stronami w środowiskach badawczych i zawodowych,
- analizowanie wzorców emocjonalnych,
- badanie wzorców zachowań,
- budowanie zaufanie,
- udzielanie wsparcia w sytuacjach kryzysowych,
- diagnozowanie objawów psychiatrycznych,

¹⁰² Adam Tarnowski, Kamila Łaszewska, [Model kompetencji psychologa rekomendowany przez Europejską Federację Stowarzyszeń Psychologicznych](#), „Przegląd Psychologiczny” 2025, t. 68(1), DOI: 10.31648/przegldpsychologiczny.10910.

¹⁰³ [Zawody. Europejska klasyfikacja umiejętności...](#)

- korzystanie z kompetencji klinicznych w zależności od kontekstu,
- dokonywanie syntezy informacji oraz doradzanie klientom,
- identyfikowanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym,
- interpretowanie wyników testów psychologicznych,
- monitorowanie postępów terapeutycznych,
- myślenie abstrakcyjne oraz ocenianie działań związanych z badaniami,
- pełnienie funkcji indywidualnego mentora,
- promowanie innowacji w pracach badawczych oraz promowanie transferu wiedzy,
- prowadzenie badań naukowych z różnych dziedzin i przekazywanie informacji o odkryciach naukowych z zachowaniem zasad etyki i rzetelności naukowej,
- stosowanie techniki oceny klinicznej,
- wykazywanie się wiedzą specjalistyczną w danej dyscyplinie,
- zapewnianie bezpieczeństwa osób korzystających z opieki zdrowotnej,
- przestrzeganie wytycznych klinicznych i organizacyjnych¹⁰⁴.

Przywołany katalog kompetencji jest rozbudowany. Adam Tarnowski i Kamila Łaszewska proponują zastosowanie podziału kompetencji psychologa na funkcjonalne i podstawowe.

Kompetencje funkcjonalne bazują na przesłankach naukowych i odnoszą się do działań psychologów na poszczególnych etapach realizacji usług psychologicznych. Są to kompetencje niezbędne podczas wykonywania takich aktywności jak identyfikacja potrzeb i wyznaczanie celu, planowanie działania, wdrażanie działania czy ewaluacja efektów. Pomyślna realizacja wymienionych działań wymaga niezbędnej wiedzy i „znajomości podstawowych zasad psychologii, problematyki zdrowia psychicznego, uwarunkowań typowych i nietypowych funkcjonowania człowieka, a także psychopatologii i zachowań nieadaptacyjnych w kontekście klinicznym i nieklinicznym”¹⁰⁵.

Pożądaną kompetencją psychologa jest również umiejętność nawiązywania kontaktu psychologicznego z klientami w różnych stanach emocjonalnych, umiejętność przeprowadzania wywiadu, słuchania i obserwacji, gromadzenia i rozumienia dodatkowych informacji ze środowiska. Zasobem dobrego psychologa jest też ciekawość i rzeczywiste zainteresowanie problemem klienta, otwartość, empatia i chęć współpracy z zachowaniem szacunku¹⁰⁶.

Kompetencje podstawowe z kolei odnoszą się do wiedzy psychologicznej, umiejętności i postaw warunkujących kompetencje funkcjonalne. Chodzi głównie

¹⁰⁴ Tamże.

¹⁰⁵ Adam Tarnowski, Kamila Łaszewska, Model kompetencji psychologa..., s. 116.

¹⁰⁶ Tamże.

o kierowanie się etyką zawodową, prawem, ciągłym dążeniem do podnoszenia własnych kwalifikacji i kompetencji¹⁰⁷.

4.3.3. Specjaliści ochrony zdrowia gdzie indziej niesklasyfikowani: psychoterapeuta, specjalista psychoterapii uzależnień, specjalista terapii uzależnień

Podstawowe wytyczne, które powinna spełniać osoba prowadząca psychoterapię, zostały opisane powyżej.

O kwalifikacjach i kompetencjach psychoterapeuty informuje również ESCO. Klasyfikacja europejska zaleca, by psychoterapeuta posiadał podstawową wiedzę w zakresie: diagnostyki psychologicznej, kierunków psychoterapii, historii problemów psychoterapeutycznych pacjenta, interwencji o charakterze psychospołecznym, klinicznej pracy socjalnej, nadzoru nad osobami, psychiatrii, psychofarmakologii, psychologii, psychopatologii i psychosomatyki, teorii osobowości, teorii psychologicznych i rozwoju osobowości, terapii w zakładach opieki zdrowotnej czy też zaburzeń psychicznych i wpływających na samoświadomość oraz wiedzy dotyczącej zasad etyki zawodowej.

ESCO wymienia również kompetencje niezbędne w pracy psychoterapeuty. Są nimi:

- dbanie o rozwój osobisty w ramach psychoterapii,
- diagnozowanie objawów psychiatrycznych,
- doradzanie klientom,
- identyfikowanie problemów związanych ze zdrowiem psychicznym,
- komunikowanie się w kwestii opieki zdrowotnej,
- korzystanie z kompetencji klinicznych w zależności od kontekstu,
- monitorowanie postępów terapeutycznych,
- nawiązywanie relacji psychoterapeutycznych,
- nawiązywanie stosunków terapeutycznych bazujących na współpracy,
- omawianie kwestii związanych z zakończeniem interwencji terapeutycznej,
- opracowywanie koncepcji potrzeb osoby korzystającej z opieki zdrowotnej,
- opracowywanie strategii leczenia chorób stanowiących zagrożenie dla zdrowia człowieka,
- opracowywanie zindywidualizowanych modeli terapii,
- podejmowanie decyzji w kwestii podejścia psychoterapeutycznego,
- podejmowanie odpowiedzialności za własne działania,
- przeprowadzanie oceny ryzyka związanego z psychoterapią,
- przeprowadzanie sesji terapeutycznych,
- przestrzeganie norm jakości związanych z praktyką w zakresie opieki zdrowotnej,

¹⁰⁷ Tamże, s. 119.

- przestrzeganie przepisów regulujących kwestie związane z opieką zdrowotną oraz wytycznych klinicznych i organizacyjnych,
- reagowanie na skrajne emocje osób korzystających z opieki zdrowotnej,
- wykazywanie się empatią w stosunku do osoby korzystającej z opieki zdrowotnej,
- zapewnianie bezpieczeństwa osób korzystających z opieki zdrowotnej,
- śledzenie aktualnych trendów w dziedzinie psychoterapii¹⁰⁸.

Europejska klasyfikacja nie zawiera osobnego opisu specjalisty psychoterapii uzależnień oraz specjalisty terapii uzależnień. Osoby trudniące się tą profesją w ESCO zostały nazwane doradcami osób uzależnionych od alkoholu lub narkotyków, które powinny posiadać podstawową wiedzę dotyczącą doradztwa nakierowanego na klienta, metod doradztwa, nadzoru nad osobą, nauk społecznych, psychologii, rozwoju psychologicznego człowieka i dodatkowo – rozwoju dzieci i młodzieży. Osoba taka powinna również posiadać wiedzę z zakresu teorii psychologicznych, terapii behawioralnej, terapii poznawczo-behawioralnej czy też uzależnienia od substancji psychoaktywnych¹⁰⁹. Do podjęcia pracy w zawodzie specjalisty terapii uzależnień wymagane jest wyższe wykształcenie, ukończenie szkolenia w dziedzinie uzależnień zgodnie z programem wybieranym przez Krajowe Biuro do Spraw Przeciwdziałania Narkomanii lub Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz uzyskanie pozytywnego wyniku egzaminu.

Pożądane kompetencje i umiejętności specjalisty psychoterapii czy terapii uzależnień to:

- budowanie konstruktywnych relacji z osobami korzystającymi z pomocy,
- kierowanie osób korzystających z pomocy do innych podmiotów,
- komunikowanie się z kolegami z innych dziedzin w kwestiach zawodowych,
- kształtowanie pozytywnego nastawienia wśród młodzieży,
- nieangażowanie się emocjonalnie,
- ocenianie rozwoju młodzieży, jak też stopnia uzależniania klientów od alkoholu i narkotyków,
- pielęgnowanie zaufania usługobiorców,
- poddawanie się ustawicznemu rozwojowi zawodowemu,
- podejmowanie odpowiedzialności za własne działania,
- pomaganie klientom w podejmowaniu decyzji w trakcie sesji terapeutycznych,
- promowanie ochrony osób młodych i praw człowieka,
- stosowanie w terapii uzależnień zachęt motywacyjnych¹¹⁰.

¹⁰⁸ Zawody. Europejska klasyfikacja umiejętności...

¹⁰⁹ Tamże.

¹¹⁰ Tamże.

4.4. Rola kadr pomocniczych i innych zawodów wspierających zdrowie psychiczne

Kadry pomocnicze związane z sektorem zdrowia psychicznego to specjaliści z jednej strony wspierający proces profesjonalnego przebiegu leczenia (superwizor), z drugiej zaś wspomagający proces zdrowienia pacjentów (asystent zdrowienia).

Ogólne ramy działania superwizora precyzuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. w sprawie świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Wprowadza ono podstawową definicję procesu superwizji, wyróżnia również zadania przewidziane dla superwizora psychoterapii oraz superwizora psychoterapii aplikanta¹¹¹.

Superwizor to doświadczony psychoterapeuta, mentor i specjalista, nadzorujący pracę innych terapeutów (superwizantów). Jego zadaniem jest pomoc w analizowaniu trudnych przypadków i dbania o najwyższą jakość terapii, co zapewnia bezpieczeństwo i skuteczność leczenia dla pacjentów. Takie wsparcie jest kluczowym elementem rozwoju zawodowego, zapewniającym psychoterapeutom i psychologom obiektywne spojrzenie i wsparcie w bezpiecznej, poufnej atmosferze. Superwizja jest bowiem „działaniem na rzecz zapewnienia osobom przygotowującym się do i wykonującym zawód oraz samym profesjom tego, co jest potrzebne, by ich praca mogła być wykonywana lepiej”¹¹².

Przeprowadzenie procesu uczenia się (superwizji), podczas którego przy wsparciu superwizora praktyk rozwija swoje kompetencje, refleksyjność i odpowiedzialność zawodową, wymaga od specjalisty większego doświadczenia zawodowego niż to, które posiada osoba superwizowana, oraz odpowiedniego przeszkolenia i działania ramach etycznych. Biegłość zawodową superwizor zyskuje dzięki ukończeniu akredytowanego szkolenia superwizyjnego, procesowi certyfikacji prowadzonemu przez uznane instytucje zawodowe, jak też niezbędną własną superwizję superwizorską, doskonalącą pracę specjalisty. Superwizor powinien znać i świadomie stosować różne modele superwizji, dostosowując je do potrzeb osób superwizowanych i do kontekstu pracy¹¹³.

Superwizor, będąc kompetentnym profesjonalistą, powinien posiadać zintegrowany zasób wiedzy, umiejętności i postaw, umożliwiających skuteczne prowadzenie procesu superwizji. Należą do nich:

- kompetencje merytoryczne:
 - pogłębiona wiedza teoretyczna z zakresu danej profesji,
 - umiejętność integrowania teorii z praktyką,
 - zdolność analizy złożonych sytuacji zawodowych i relacyjnych,

¹¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2022 poz. 2184.

¹¹² Michael Carroll, One More Time: What is Supervision?, „Psychotherapy in Australia” 2007, t. 13(3), s. 34–40

¹¹³ Tamże.

- kompetencje relacyjne i komunikacyjne:
 - umiejętność budowania bezpiecznej, opartej na zaufaniu relacji superwizyjnej,
 - aktywne słuchanie i udzielanie konstruktywnej informacji zwrotnej,
 - wrażliwość na dynamikę relacji i procesy nieświadome,
- kompetencje refleksyjne:
 - umiejętność stymulowania refleksji nad praktyką zawodową,
 - pomaganie superwizowanemu w rozumieniu własnych reakcji, emocji i postaw,
 - wspieranie rozwoju tożsamości zawodowej¹¹⁴,
- kompetencje etyczne i normatywne:
 - dbanie o przestrzeganie zasad etyki zawodowej,
 - ochrona dobra klienta/pacjenta,
 - reagowanie na nieprawidłowości w praktyce zawodowej,
- kompetencje osobiste:
 - dojrzałość emocjonalna,
 - zdolność do autorefleksji,
 - świadomość własnych ograniczeń,
 - gotowość do korzystania z własnej superwizji¹¹⁵.

Dla osób wykonujących zawody pomocowe oraz będących specjalistami w szeroko rozumianym obszarze „pracy z ludźmi” superwizja jest jedną z podstawowych form uczenia się i rozwoju zawodowego.

Asystent zdrowienia to z kolei osoba, która doświadczyła kryzysu psychicznego, przeszła proces zdrowienia i wykorzystuje własne doświadczenie w sposób profesjonalny, aby wspierać osoby aktualnie korzystające z pomocy psychiatrycznej lub psychoterapeutycznej. Kluczową cechą tej roli jest bazowanie na doświadczeniu osobistym, a nie wyłącznie na wiedzy akademickiej¹¹⁶. Na stronach rządowych znajdujemy następujące wyjaśnienie terminu: „Asystent zdrowienia stanowi pomost między pacjentem i jego rodziną a personelem terapeutycznym (lekarzami, psychologami, psychoterapeutami, pracownikami socjalnymi i innymi). Dzięki doświadczeniu własnego kryzysu psychicznego pomaga personelowi lepiej zrozumieć pacjenta, jego ograniczenia, możliwości oraz potrzeby w całym procesie leczenia. Potrafi też spojrzeć na różne kwestie z perspektywy użytkownika opieki psychiatrycznej. Jest przykładem, że można pokonać kryzys, co daje pacjentowi nadzieję”¹¹⁷. Wynika z powyższego, że ów nowy zawód związany z pomocą w obszarze zdrowia

¹¹⁴ Ian James i inni, [Conducting Successful Supervision: Novel Elements Towards an Integrative Approach](#), „Behavioural and Cognitive Psychotherapy” 2007, t. 35(2), DOI: 10.1017/S1352465806003407 (dostęp: 5.02.2026).

¹¹⁵ Agnieszka Golczyńska-Grondas, Katarzyna Waniek, [Superwizja w jakościowych badaniach społecznych. O radzeniu sobie z trudnymi emocjami badających i badanych](#), „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2002, t. 18(4), DOI: 10.18778/1733-8069.18.4.01.

¹¹⁶ Monika Bartosiewicz-Niziołek i inni, [The role and functioning of Mental Health Recovery Assistants \(Ex-In\) in the community model of psychiatric care](#), „Studia Psychologica” 2021, t. 21(2), DOI: 10.21697/sp.2021.21.2.01.

¹¹⁷ [Kim jest asystent zdrowienia?](#), „Pacjent” (dostęp: 10.02.2026).

psychiatrycznego oparty jest na paradygmacie zdrowienia, w którym ważne jest nie tylko ustąpienie objawów choroby czy niedyspozycji zdrowotnej, ale również sam proces budowania satysfakcjonującego życia, nawet pomimo trwających ograniczeń wynikających z choroby¹¹⁸.

Do głównych zadań asystenta zdrowienia należą:

- udzielanie wsparcia emocjonalnego i społecznego opartego na relacji partnerskiej,
- dzielenie się własnym doświadczeniem kryzysu i zdrowienia w sposób przemyślany i celowy,
- wspieranie procesu budowania tożsamości poza chorobą,
- wzmacnianie samostanowienia i odpowiedzialności za własne życie,
- pomoc w poruszaniu się po systemie ochrony zdrowia i wsparcia społecznego,
- współpraca z zespołem terapeutycznym jako równoprawny członek zespołu,
- wykonywanie zadań zleconych do realizacji przez lekarzy,
- uczestniczenie w zajęciach grupowych w charakterze obserwatora lub osoby współpracującej (na przykład psychoedukacja),
- współprowadzenie zajęć warsztatowych i edukacyjnych,
- towarzyszenie pacjentom w wyjściach indywidualnych lub grupowych,
- przeprowadzanie indywidualnych rozmów z pacjentami,
- motywowanie pacjentów do aktywności,
- dzielenie się swoimi spostrzeżeniami odnośnie do postępów w zdrowieniu poszczególnych pacjentów z terapeutami i personelem placówki,
- uczestniczenie w zebraniach społeczności¹¹⁹.

Asystent zdrowienia nie zastępuje lekarza, psychologa ani terapeuty, lecz uzupełnia ich działania, wnosząc unikalną perspektywę osoby z doświadczeniem kryzysu psychicznego. Stąd jego rola jako kadry pomocniczej ma istotne znaczenie.

Aby zostać asystentem zdrowienia, należy mieć doświadczenie własnego kryzysu psychicznego, przeżyć terapię i wykonać pracę własną, polegającą między innymi na zrozumieniu swoich przeżyć (ich „przepracowaniu”). Oprócz tego na stronach rządowych znajdujemy wskazanie, iż wymagane jest ukończenie półrocznego specjalistycznego kursu, odbycie kilkumiesięcznych staży w placówkach zajmujących się zdrowiem psychicznym (między innymi w szpitalnych oddziałach psychiatrycznych, środowiskowych domach samopomocy, zespołach leczenia środowiskowego, fundacjach oraz stowarzyszeniach) oraz umiejętność mówienia o swoich doświadczeniach związanych z chorobą i procesem zdrowienia¹²⁰. Profesjonalizacja tej

¹¹⁸ Bartosz Olszewski, [Wrażliwość na słowa – o kształtowaniu dyskursu publicznego i stereotypów wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – perspektywa Asystentów Zdrowienia \(Ex-In\)](#), „Forum Pedagogiczne” 2024, t. 14(2.1), DOI: 10.21697/fp.2024.2.1.12.

¹¹⁹ [Kim jest asystent zdrowienia?](#)

¹²⁰ Tamże.

roli stanowi warunek jej skuteczności i bezpieczeństwa zarówno dla asystenta, jak i dla osób korzystających ze wsparcia.

Dlatego asystent zdrowienia powinien posiadać kluczowe kompetencje, do których należą:

- umiejętność budowania relacji opartej na równości i zaufaniu,
- zdolność słuchania i empatycznego reagowania,
- świadomość granic własnej roli,
- umiejętność oddzielania własnych doświadczeń od doświadczeń osoby wspieranej,
- znajomość zasad etyki i poufności,
- gotowość do współpracy zespołowej oraz korzystania z superwizji¹²¹.

Badania wskazują, że obecność asystentów zdrowienia zwiększa zaangażowanie pacjentów w proces leczenia, wzmacnia poczucie nadziei i sprawczości, redukuje stygmatyzację, jak też sprzyja bardziej partnerskiemu modelowi opieki¹²². Ważny jest również aspekt deinstytucjonalizacji, czyli przekształcania opieki instytucjonalnej w usługi świadczone w środowisku lokalnym. Jej celem jest zarówno zapewnienie osobom potrzebującym niezbędnego wsparcia (na przykład starszym, niepełnosprawnym, z zaburzeniami psychicznymi), jak też działanie na rzecz ich samodzielności, godności i pełnego uczestnictwa w życiu społecznym zamiast ich izolacji.

To partycypacyjne podejście służy lepszemu zrozumieniu potrzeb poszczególnych osób oraz tworzeniu społeczeństwa bardziej otwartego i wspierającego wszystkie grupy. Dodać też należy, iż podjęcie działań na rzecz przejścia od modelu opieki szpitalnej na rzecz zintegrowanej opieki środowiskowej, to jedno z kluczowych rekomendacji zawartych w raporcie Światowej Organizacji Zdrowia „World Mental Health Report: Transforming Mental Health for All”¹²³. Można więc uznać, że wszelkie aktywności związane z promowaniem opisywanego tu nowego zawodu, którym jest asystent zdrowienia, stanowią odpowiedź na rekomendacje WHO.

Powyższą listę specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym warto uzupełnić informacjami dotyczącymi zawodów wspierających zdrowie psychiczne pracowników. Mowa o coachach czy trenerach biznesu – profesjach istotnych z punktu widzenia tematyki niniejszego opracowania.

W KZiS pod kodem 2359 sklasyfikowani są „Specjaliści nauczania i wychowania gdzie indziej niesklasyfikowani”, do których zaliczony jest trener osobisty, czyli coach,

¹²¹ Monika Bartosiewicz-Niziołek i inni, [The role and functioning...](#)

¹²² Declan Patton, [Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice](#), „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2005, t. 12(3), DOI: 10.1111/j.1365-2850.2005.00829.x; Ian James i inni, [Conducting Successful Supervision...](#); Rachel Perkins, Julie Repper, [Prejudice, discrimination and social exclusion: reducing the barriers to recovery for people diagnosed with mental health problems in the UK](#), „Neuropsychiatry” 2013, t. 3(4), DOI: 10.2217/np.13.34.

¹²³ Pim Cuijpers, Afzal Javed, Kamaldeep Bhui, [The WHO World Mental Health Report: a call for action](#), „The British Journal of Psychiatry” 2023, nr 222(6), s. 227–229, DOI: 10.1192/bjp.2023.9.

mentor, tutor (kod: 235920). Syntetyczny opis tejże profesji zakłada, że: pomaga on klientowi dokonywać zmiany w rozwoju osobistym i zawodowym oraz w realizacji wyznaczonych celów; wspiera proces zmiany we wszystkich obszarach życia; odkrywa niewykorzystany potencjał człowieka w sesjach indywidualnych i grupowych; wzbudza motywację do działania; wspólnie z klientem znajduje skuteczne rozwiązania¹²⁴. Choć *coaching* nie odnosi się do zdrowia psychicznego w takim zakresie jak zawody omówione w poprzednich punktach, to aktywność coacha jest określana profesją o charakterze rozwojowo-pomocowym, a nadto istotną na rynku pracy czy w biznesie.

Coach to osoba wspierająca innych w rozwoju osobistym i zawodowym poprzez zadawanie pytań, wspieranie procesu refleksji i motywowanie do działania. Główne cele procesu coachingowego mogą obejmować poprawę umiejętności interpersonalnych, zwiększenie efektywności zawodowej czy lepsze zarządzanie sobą w sytuacjach stresowych. *Coach* działa partnersko, wykorzystując potencjał klienta, pomaga mu w znalezieniu odpowiedzi i osiągnięciu zamierzonych rezultatów¹²⁵. Ideę uprawiania coachingu jako profesji o charakterze rozwojowo-pomocowym doskonale oddaje definicja sformułowana przez Roberta Diltsa, który stwierdza: „Technika coachingu polega na wydobywaniu mocnych stron ludzi, pomaganiu im w omijaniu osobistych barier i ograniczeń w osiąganiu celu, a także ułatwieniu im bardziej efektywnego funkcjonowania w zespole. *Coaching* koncentruje się na rozwiązywaniu problemów (nie na poszukiwaniu ich przyczyn), promując rozwój nowych strategii myślenia i działania”¹²⁶.

W KZiS odnajmujemy rozbudowaną listę zadań zawodowych, stanowiących przestrzeń oddziaływania coacha. Należą do nich:

- nawiązanie kontaktu z potencjalnym klientem, zawarcie umowy na przeprowadzanie sesji coachingowych;
- uświadomienie klientowi, czym jest *coaching*, jak będą przebiegały sesje;
- zidentyfikowanie obszaru i rodzaju przyczyny zgłoszenia się klienta na sesję coachingową (na przykład rozwiązywanie problemów rodzinnych, dokonywanie osiągnięć sportowych i zawodowych);
- zaproponowanie klientowi ogólnej strategii i struktury pracy w procesie coachingu w zależności od jego celu i obszaru życia (na przykład tworzenia trwałych związków, przeprowadzanie w życiu ważnych zmian, zaplanowanie na nowo kariery zawodowej w przypadku utraty pracy);
- przeprowadzanie indywidualnych sesji, w trakcie których następuje precyzyjne wyznaczanie nowych bądź zmodyfikowanych celów;
- stosowanie różnych technik coachingowych;

¹²⁴ Wyszukiwarka opisów zawodów.

¹²⁵ Sara Thorpe i inni, Podręcznik coachingu, Poznań 2007, s. 15–41.

¹²⁶ Robert Dilts, Od przewodnika do inspiratora, czyli Coaching przez duże „C”, przekład Beata Szczepaniak, Warszawa 2006, s. 20.

- ukierunkowywanie klienta na realizację wyznaczonych celów oraz wspieranie go w identyfikowaniu i eliminowaniu przeszkód, w dostrzeganiu i wykorzystaniu możliwości przy ich realizacji;
- odkrywanie przez klienta błędów i niepowodzeń w różnych sferach za pomocą odpowiednio zadawanych pytań i uważnego słuchania;
- skłanianie klienta do optymalnego i świadomego wykorzystywania swoich umiejętności i zasobów wewnętrznych oraz kreatywnego rozwiązywania istniejących problemów;
- wzbudzanie u klienta motywacji i zaangażowania do realizacji wyznaczonych celów oraz wspieranie go w podejmowaniu kluczowych decyzji i w trudnych sytuacjach;
- poszukiwanie wspólnie z klientem skutecznych rozwiązań;
- prowadzenie szkoleń i warsztatów dla pracowników i menedżerów poświęconych na przykład skutecznemu kierowaniu zespołem, poprawie komunikacji interpersonalnej, jakości codziennej pracy;
- stosowanie w praktyce zasad zgodnych z etyką zawodową;
- promowanie i popularyzowanie idei coachingu: publikowanie swoich dokonań, udział w konferencjach, seminariach i wykładach;
- stałe doskonalenie umiejętności coachingowych¹²⁷.

W Polsce zawód coacha nie jest prawnie uregulowany, co oznacza dużą swobodę coacha w wyborze metod pracy i podejść do rozwoju klienta oraz brak konieczności posiadania licencji czy certyfikatu do wykonywania tej profesji. Niemniej coach posiadający akredytacje od organizacji takich jak ICF (International Coaching Federation), European Mentoring and Coaching Council (EMCC) lub Izby Coachingu potwierdza, że działa zgodnie z międzynarodowymi standardami etycznymi. Zasadnicze zasady, których przestrzegania wymagają ICF, EMCC czy IC, to zasada poufności, transparentności oraz szacunku dla autonomii klienta. ICF wypracowało również rekomendacje dotyczące kompetencji, które powinna posiadać osoba pracująca jako *coach*.

W pierwszej kolejności wymieniana jest dojrzałość emocjonalna. „Coach jest osobą w pełni świadomą podejmowanej odpowiedzialności. (...) Wysoka stabilność emocjonalna jest jednym z podstawowych wymogów wobec coacha. Chwiejność emocjonalna dyskwalifikuje osobę jako coacha – okresowo lub zupełnie”¹²⁸. Nie mniej ważna jest otwartość na nowe doświadczenia, otwartość poznawcza, stały rozwój zarówno na polu zawodowym, jak i ogólnoludzkim.

Zasobem coacha jest również kreatywność, twórcze poszukiwanie nowych sposobów na jeszcze lepsze działanie. W praktyce coachingowej postuluje się, że istotne jest „lubienie ludzi”. Zakłada się, że „jeżeli coach nie jest w stanie »lubić« swojego klienta, szanować Go jako Osoby i Jego świata wartości (z całą jego

¹²⁷ [Wyszukiwarka opisów zawodów](#).

¹²⁸ Anna Nowak, [Coach idealny? Profil psychologiczny coacha – rozważania teoretyczne](#), „Coaching Review” 2016, t. 1(8), DOI: 10.7206/cr.2081-7029.39, s. 161.

różnorodnością), jeśli nie może go doceniać mimo wszelkich jego niezdolności lub ułomności – nie powinien podjąć się współpracy. Szacunek dla klienta jako Osoby i »lubienie« ma bardzo znaczący wpływ na relacje oraz na późniejsze efekty coachingu¹²⁹. Oczekiwania ICC dotyczą również ugodowości coacha, odnoszącej się do postrzegania ludzi, ich motywów, charakteru relacji między nimi. Osoby o wysokiej ugodowości są skłonne do udzielania pomocy innym, a to wpisuje się w definicję zawodu coacha. Ostatnią wymienianą kompetencją jest sumienność odnosząca się do stopnia realizacji celu, stopnia zorganizowania, dokładności i pracowitości. *Coach* powinien wyróżniać się precyzją w działaniu, dbałością o szczegóły w aspekcie współpracy i organizacji oraz odpowiedzialnością¹³⁰.

Coaching występuje w różnych wymiarach. Może być to coaching indywidualny, grupowy, coaching biznesowy, coaching przywództwa, coaching międzykulturowy, życiowy czy kariery, autocoaching czy coaching zdrowia¹³¹. W ramach tego ostatniego porusza się między innymi zagadnienie zarządzania stresem – w myśl przekonania, że stres jest zazwyczaj drugą stroną medalu wszystkich wysokich wymagań dotyczących wydajności lub efektem ubocznym radzenia sobie ze złożonymi, niepewnymi sytuacjami lub konfliktami.

Stres spowodowany presją czasu lub zbyt dużą liczbą zadań, awariami technicznymi, ciągłymi przerwami w działaniu, niejasnymi lub sprzecznymi instrukcjami, a także nieuczciwym zachowaniem przełożonych stanowi z jednej strony zagrożenie dla ludzkiego zdrowia fizycznego i psychicznego, z drugiej – może być (i coraz częściej jest) przedmiotem pracy podczas sesji coachingowych. Siegfried Grief wyjaśnia ponadto, że *coaching* zdrowotny w obecnej odśtonie nierzadko odnosi się do zarządzania stresem i zapobiegania wypaleniu zawodowemu¹³², stanowiącego coraz większe wyzwanie współczesnego człowieka.

Choć Klasyfikacja Zawodów i Specjalności nie wymienia wprost trenera biznesu, to wydaje się, że do zawodów stanowiących uszczegółowienie wspomnianego powyżej trenera osobistego – obok coacha, mentora i tutora – można dodać trenera biznesu.

Trener biznesu to specjalista wspierający rozwój zawodowy i osobisty pracowników oraz menedżerów poprzez szkolenia, warsztaty i doradztwo. Jest to zatem profesjonalista z zakresu nauczania i wychowania. Zadaniem trenera jest pomoc w kształtowaniu kluczowych kompetencji (miękkich i twardych), rozwiązywaniu problemów biznesowych i osiąganiu celów firmowych. Trener przyjmuje zatem rolę mentora i eksperta od praktycznych rozwiązań w zarządzaniu, sprzedaży, marketingu czy budowaniu zespołów. W przeciwieństwie do coacha specyfiką aktywności trenera

¹²⁹ Tamże.

¹³⁰ Siegfried Greif, *The Future of Coaching: Building Bridges Between Science and Practice*, Cham 2025, s. 227–241.

¹³¹ Tamże, s. 55–58.

¹³² Tamże, s. 55–56.

jest dostarczanie gotowych strategii, wiedzy i narzędzi, które można od razu zastosować w praktyce¹³³.

Trener biznesu odgrywa kluczową rolę we współczesnym środowisku biznesowym, gdzie ciągłe doskonalenie i adaptacja do zmieniających się warunków rynkowych są nieodzowne dla sukcesu firmy. Jego obecność w firmie przyczynia się do tworzenia środowiska, w którym pracownicy mogą rozwijać swoje umiejętności, przekraczać własne granice i wpływać na efektywność całego zespołu. Specjalista taki ma również istotny wpływ na kulturę organizacyjną, ponieważ promuje wartości związane z ciągłym doskonaleniem i współpracą. Zadaniem trenera jest nie tylko przekazywanie wiedzy, lecz także kształtowanie umiejętności, inspirowanie i wspieranie rozwoju osobistego każdego pracownika. Można więc powiedzieć, że przyjmuje on rolę edukatora, stratega czy mentora¹³⁴.

Ważnym aspektem pracy trenera biznesowego jest jego doświadczenie oraz umiejętność dostosowania się do różnych środowisk i potrzeb uczestników szkoleń. W związku z tym osobę wykonującą ten zawód powinna wyróżniać podstawowa wiedza merytoryczna, w tym szeroka znajomość dziedzin związanych z zarządzaniem, komunikacją, psychologią oraz rozwojem osobistym i zawodowym. Trener musi być ekspertem w swojej dziedzinie, aby skutecznie przekazywać wiedzę i udzielać praktycznych wskazówek¹³⁵.

Europejska klasyfikacja ESCO zawiera opis kluczowych kompetencji i umiejętności, które powinien posiadać trener biznesu. Należą do nich:

- doradztwo w zakresie poprawy efektywności,
- ocenianie postępów klientów i pracowników,
- opracowywanie stylu szkolenia,
- organizowanie projektów służących zaspokojeniu potrzeb edukacyjnych,
- poddawanie pracowników coachingowi,
- prowadzenie prezentacji publicznych,
- stosowanie strategii nauczania,
- udzielanie konstruktywnych informacji zwrotnych,
- wykonywanie pracy w zorganizowany sposób¹³⁶.

Trener biznesu to w Polsce dość młoda profesja, jednak ciesząca się coraz większym zainteresowaniem. Po wstąpieniu Polski do struktur Unii Europejskiej rozpoczęła się dekada wyspecjalizowanych usług w branży szkoleniowej. Wpływ na to miały przede wszystkim pojawiające się środki unijne, które diametralnie zmieniły kształt polskiego

¹³³ Sławomir Jarmuż, Tomasz Witkowski, Podręcznik trenera: praktyka prowadzenia szkoleń, Taszów 2007.

¹³⁴ Anna Gorzołka, Trener w teatrze świata szkoleń. Profesjonalizacja zawodu trenera biznesu a wyzwania i zagrożenia edukacji lifelong learning potowy XXI wieku, (w:) Podmioty, środowiska i obszary edukacyjne. Wyzwania i zagrożenia potowy XXI wieku, red. Andrzej Zduniak, Natalia Majchrzak, Poznań 2015.

¹³⁵ Tamże.

¹³⁶ [Zawody. Europejska klasyfikacja umiejętności...](#)

sektora usług rozwojowych¹³⁷. Choć 20 lat później można mówić o nasyceniu rynku specjalistami pomagającymi w rozwoju kompetencji zawodowych pracowników i menedżerów, to zapotrzebowanie na tych specjalistów wciąż jest zauważalne.

¹³⁷ Andrzej Niemczyk, Trener skuteczny: procedury dla prowadzących szkolenia, Warszawa 2012.

5. Charakterystyka sektora zdrowia psychicznego – kontekst krajowy i regionalny

Z analizy danych zastanych wynika, że sektor zdrowia psychicznego w Polsce w ostatnich latach znajduje się w fazie intensywnych zmian. Z jednej strony obserwujemy wzrost liczby pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień – zarówno w populacji dorosłych, jak też dzieci i młodzieży. Z drugiej – trwa proces stopniowego przestawiania systemu z opieki instytucjonalnej na bardziej zróżnicowane, elastyczne, środowiskowe formy leczenia, obejmujące między innymi poradnie, oddziały dzienne, zespoły leczenia środowiskowego i centra zdrowia psychicznego.

Województwo podlaskie wpisuje się w te ogólnopolskie trendy, jednocześnie ujawniając własną specyfikę, którą współtworzą: ponadprzeciętny odsetek mieszkańców korzystających z opieki psychiatrycznej, wysoka dynamika wzrostu liczby dzieci i młodzieży w systemie, większy niż przeciętnie udział intensywnych form leczenia (oddziały dzienne i stacjonarne dla dzieci) oraz utrwalone nierówności przestrzenne w dostępie do poradni.

W dalszej części rozdziału zostanie przedstawiona struktura i kondycja sektora w województwie podlaskim, wraz z najważniejszymi trendami, a także przedstawione będą ramy analityczne do dalszych badań regionalnych.

5.1. Systemowa transformacja modelu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce

W Polsce od kilku lat trwa zmiana modelu systemowej ochrony zdrowia psychicznego – od modelu „szpitalnego” w kierunku modelu „środowiskowego”. Proces ten wiąże się między innymi z wejściem w życie ustawy o zdrowiu publicznym z 2015 roku, która przeniósła punkt ciężkości z Narodowego Programu Zdrowia¹³⁸.

Zamiast leczenia powszechnie występujących chorób zwiększono znaczenie promocji zdrowego stylu życia oraz ograniczanie czynników ryzyka. W edycji Narodowego Programu Zdrowia na lata 2021–2025¹³⁹ uwzględniono natomiast między innymi cel operacyjny dotyczący promocji zdrowia psychicznego, składający się z dwóch podstawowych kierunków działań – nakierowanych na promocję zdrowia psychicznego oraz na zapobieganie zachowaniom samobójczym. Pierwszy z celów ma być realizowany poprzez następujące zadania:

¹³⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (dostęp: 16.02.2026).

¹³⁹ Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (dostęp: 13.02.2026).

- realizacja projektów i programów edukacyjnych, wychowawczych, interwencyjnych oraz profilaktycznych opartych na podstawach naukowych, w tym programów profilaktyki uniwersalnej, wskazującej i selektywnej;
- podnoszenie kompetencji kadr medycznych i innych specjalistów uczestniczących w realizacji działań profilaktycznych na rzecz opieki psychiatrycznej;
- kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań;
- koordynacja, monitorowanie oraz ewaluacja skuteczności i efektywności zadań prowadzonych w celu profilaktyki problemów zdrowia psychicznego i poprawy dobrostanu psychicznego¹⁴⁰.

Pomimo że podejmowane są działania na rzecz zmniejszenia stygmatyzacji dotyczącej zdrowia psychicznego, system opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego w Polsce nadal w istotnym stopniu opiera się na szpitalach psychiatrycznych, co nie ułatwia tego procesu. Środki na ochronę zdrowia psychicznego to ponad 3% wydatków NFZ¹⁴¹, a ich ponad 70% przeznaczają się na opiekę instytucjonalną – głównie na szpitale psychiatryczne. Co więcej, większość podmiotów świadczących opiekę w zakresie zdrowia psychicznego posiada kontrakt na świadczenie tylko jednego rodzaju usług (na przykład opieka ambulatoryjna, społeczna, całodobowa, szpitalna), co oznacza ograniczenie dostępu do kompleksowej opieki dla pacjentów.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego¹⁴², obowiązujący w latach 2017–2022, doprowadził między innymi do wdrożenia we wszystkich województwach projektów pilotażowych środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego, których liczba zwiększyła się w Polsce w latach 2018–2023 z 40 do około 80¹⁴³. W ramach tego modelu działania wprowadzono nowe kategorie pracowników, takich jak asystenci zdrowienia czy koordynatorzy do spraw zdrowia psychicznego. Niemniej ograniczone finansowanie usług w zakresie zdrowia psychicznego oraz – co ważne z perspektywy niniejszego opracowania – niedobór dostępnych pracowników należą do głównych barier w osiągnięciu docelowego poziomu 250–300 środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego do 2027 roku.

Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030¹⁴⁴ zakłada następujące cele:

¹⁴⁰ Tamże.

¹⁴¹ Anna Sagan i inni, [Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services](#), „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022, t. 19(9), DOI: 10.3390/ijerph19095774.

¹⁴² [Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego](#), Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 9.02.2026).

¹⁴³ [State of Health in the EU...](#), s. 21.

¹⁴⁴ [Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030](#), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów (dostęp: 16.02.2026).

1. W zakresie zapewniania osobom z zaburzeniami psychicznymi, w tym osobom uzależnionym oraz doświadczającym kryzysu psychicznego, wszechstronnej i kompleksowej opieki oraz wsparcia adekwatnych do ich potrzeb:
 - a. upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego na podstawie modelu opieki środowiskowej;
 - b. upowszechnienie nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży opartego na trzech poziomach referencyjnych;
 - c. upowszechnianie i zapewnienie dostępu do specjalistycznych programów terapeutycznych oraz procedur diagnostycznych;
 - d. upowszechnienie zróżnicowanych form pomocy i oparcia społecznego;
 - e. aktywizację zawodową i społeczną osób z zaburzeniami psychicznymi;
 - f. skoordynowanie dostępnych form opieki i wsparcia;
 - g. udzielanie wsparcia psychologiczno-pedagogicznego dzieciom, uczniom, rodzicom i nauczycielom;
 - h. opracowanie i wdrożenie nowego, zintegrowanego i kompleksowego modelu opieki nad osobami uzależnionymi i ich bliskimi;
 - i. upowszechnienie rekomendowanych założeń do programów terapeutycznych dla dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych;
 - j. opracowanie we współpracy z towarzystwami naukowymi właściwymi w sprawach uzależnień oraz z podmiotami zrzeszającymi psychoterapeutów uzależnień, standardów lub rekomendacji postępowania medycznego, psychologicznego i psychoterapeutycznego w podmiotach prowadzących działalność leczniczą w zakresie leczenia uzależnień.
2. W zakresie prowadzenia działań na rzecz zapobiegania stygmatyzacji i dyskryminacji osób z zaburzeniami psychicznymi:
 - a. prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących przedstawiania wizerunku osób z zaburzeniami psychicznymi w mediach,
 - b. prowadzenie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących konieczności respektowania praw osób z zaburzeniami psychicznymi¹⁴⁵.

Cel 1a nawiązuje do wspomnianych wcześniej środowiskowych ośrodków zdrowia psychicznego. Wśród zadań związanych z jego realizacją zapisano między innymi monitorowanie postępów wdrażania przez Narodowy Fundusz Zdrowia kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego bazującego na leczeniu środowiskowym w ramach centrów zdrowia psychicznego¹⁴⁶, jak również ustalenie kompetencji niezbędnych do realizacji środowiskowego modelu ochrony zdrowia i wdrażanie na poziomie przeddyplomowym i podyplomowym szkolenia kadr o kompetencjach

¹⁴⁵ Tamże, s. 7–8.

¹⁴⁶ Tamże, s. 10.

niezbędnych w środowiskowej psychiatrycznej opiece zdrowotnej¹⁴⁷. Oznacza to, że planowane dalsze wdrażanie i rozwijanie centrów zdrowia psychicznego musi być powiązane ze zwiększeniem podaży kadr gotowych do podjęcia w nich pracy. Specjaliści zatrudniani w centrach zdrowia psychicznego to: lekarz psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, terapeuta zajęciowy, koordynator rejestracji, koordynator opieki, asystent zdrowienia¹⁴⁸.

Zadania związane z koniecznością szkolenia kadr zapisano również w kontekście ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (cele 1b i 1h), wysokospecjalistycznych programów terapeutycznych i procedur diagnostycznych (cel 1c).

5.2. Struktura sektora zdrowia psychicznego

5.2.1. Główne segmenty świadczeń i formy opieki

Na poziomie krajowym system opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dorosłych oraz dzieci i młodzieży obejmuje:

- poradnie psychiatryczne/psychologiczne (dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży);
- poradnie leczenia i terapii uzależnień (dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży);
- oddziały psychiatryczne (dla dorosłych, dzieci i młodzieży), oddziały dzienne psychiatryczne, oddziały leczenia uzależnień, oddziały detoksykacyjne, zespoły leczenia środowiskowego i inne formy opieki środowiskowej;
- programy pilotażowe i nowe modele opieki (w tym pilotaż centrów zdrowia psychicznego) oraz dodatkowe elementy systemu, jak: izby przyjęć, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza czy programy koordynowane.

Dominującą rolę pełnią poradnie psychiatryczne i psychologiczne, które koncentrują większość pacjentów, podczas gdy hospitalizacja i formy dzienne pozostają narzędziem dla bardziej złożonych klinicznie przypadków.

Wśród dorosłych liczba pacjentów wzrosła z około 1,5 miliona do prawie 1,6 miliona, a liczba porad zwiększyła się jeszcze bardziej – z około 8,6 miliona do ponad 10,2 miliona. Liczba hospitalizacji pozostaje stabilna lub lekko spada. Analogicznie wśród dzieci i młodzieży obserwuje się dynamiczny wzrost liczby pacjentów (szczególnie dziewcząt), znacząco silny wzrost liczby porad oraz wzrost liczby hospitalizacji (zwłaszcza u dziewcząt). Wskazuje to na rosnące znaczenie opieki ambulatoryjnej i jednocześnie utrzymanie – lub niewielkie zwiększenie – roli leczenia stacjonarnego dla najcięższych przypadków.

Aby pokazać, jak opieka psychiatryczna sytuuje się na tle innych rodzajów świadczeń medycznych, warto odwołać się do porównania liczby pacjentów według rodzaju świadczeń.

¹⁴⁷ Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów (dostęp: 16.02.2026).

¹⁴⁸ Centra zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, Białystok 2025 (dostęp: 16.02.2026).

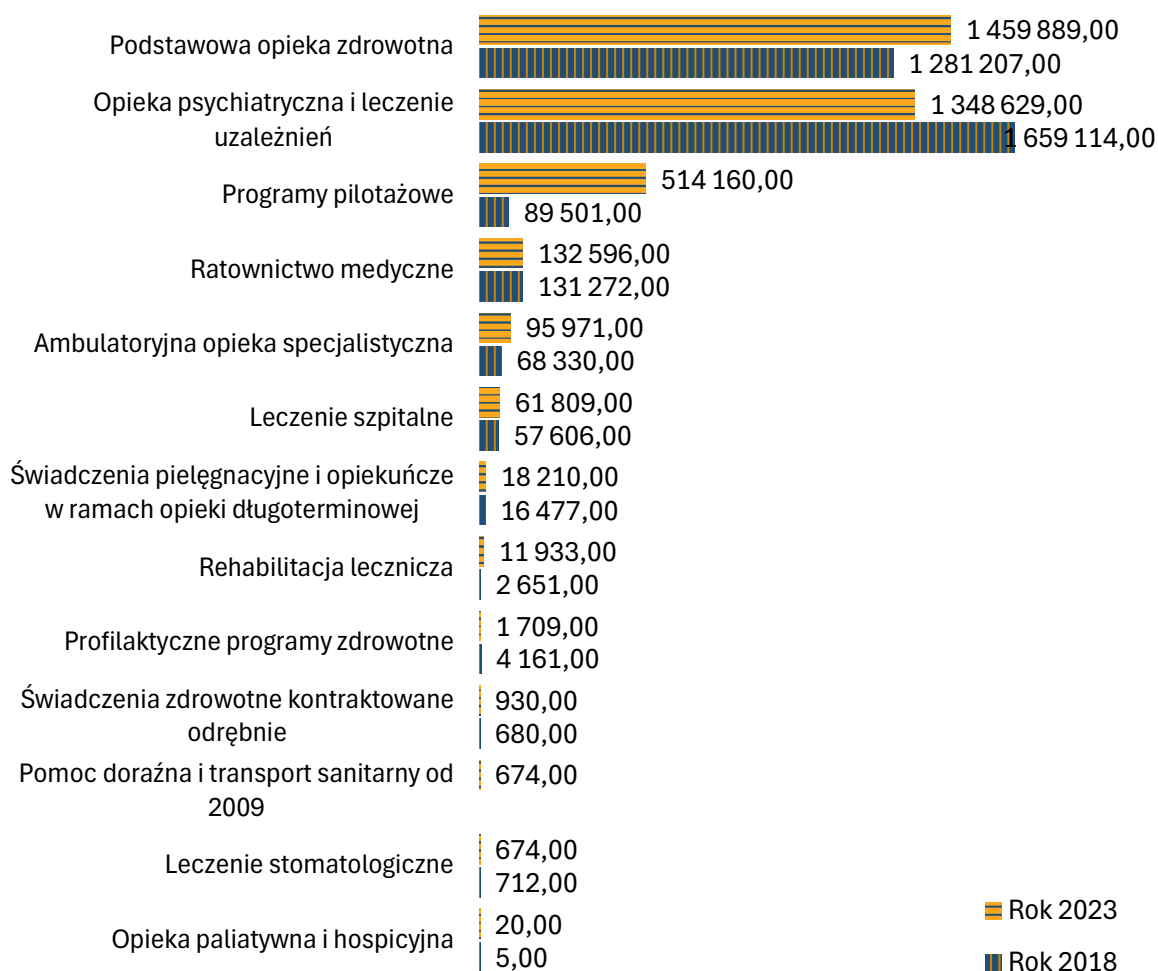
Tabela 5. Liczba pacjentów, porad oraz hospitalizacji w obszarze zdrowia psychicznego w Polsce w latach 2018–2023

Rok	Liczba pacjentów	Liczba porad	Liczba hospitalizacji
2018	1507532,0	8584500	272328
2023	1599944	10155846	253487

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

Liczba pacjentów dorosłych według rodzaju świadczeń pomiędzy rokiem 2018 i 2023 wzrosła z około 1,35 miliona do ponad 1,65 miliona pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień. Liczba pacjentów dzieci i młodzieży w tym samym czasie wzrosła z około 175 tysięcy do ponad 246 tysięcy pacjentów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień.

Wykres 1. Liczba pacjentów dorosłych według rodzaju świadczeń (lata 2018 i 2023) w Polsce

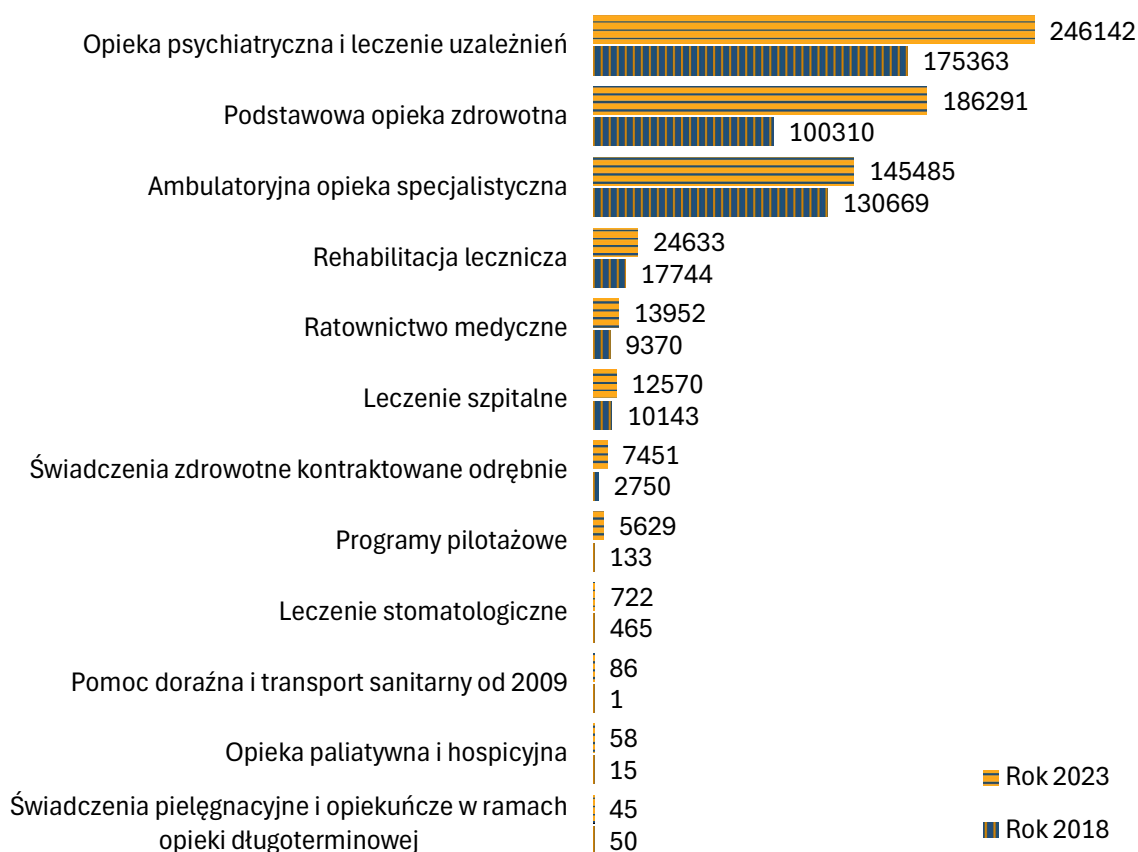


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

Największą grupę stanowią osoby objęte opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień. W tej kategorii liczba pacjentów wzrosła z około 1,35 miliona w 2018 roku

do ponad 1,65 miliona w 2023 roku. Podstawowa opieka zdrowotna również odnotowała wzrost zapotrzebowania pacjentów – z 1,28 miliona do prawie 1,46 miliona. Należy podkreślić dynamiczny wzrost liczby pacjentów w programach pilotażowych. W 2023 roku było ich ponad pięć razy więcej niż 5 lat wcześniej. W pozostałych kategoriach, takich jak ratownictwo medyczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna czy leczenie szpitalne, liczby pacjentów są znacznie niższe, ale również wykazują tendencję wzrostową. Najmniej osób korzystało ze świadczeń takich jak opieka paliatywna i hospicyjna, pomoc doraźna czy leczenie stomatologiczne, gdzie liczby pacjentów pozostają na znacząco niskim poziomie. Dane wskazują na rosnące zapotrzebowanie dorosłych pacjentów na opiekę psychiatryczną, podstawową oraz na nowe formy wsparcia, takie jak programy pilotażowe.

Wykres 2. Liczba pacjentów dzieci i młodzież według rodzaju świadczeń (lata 2018 i 2023) w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń (dostęp: 20.01.2026).

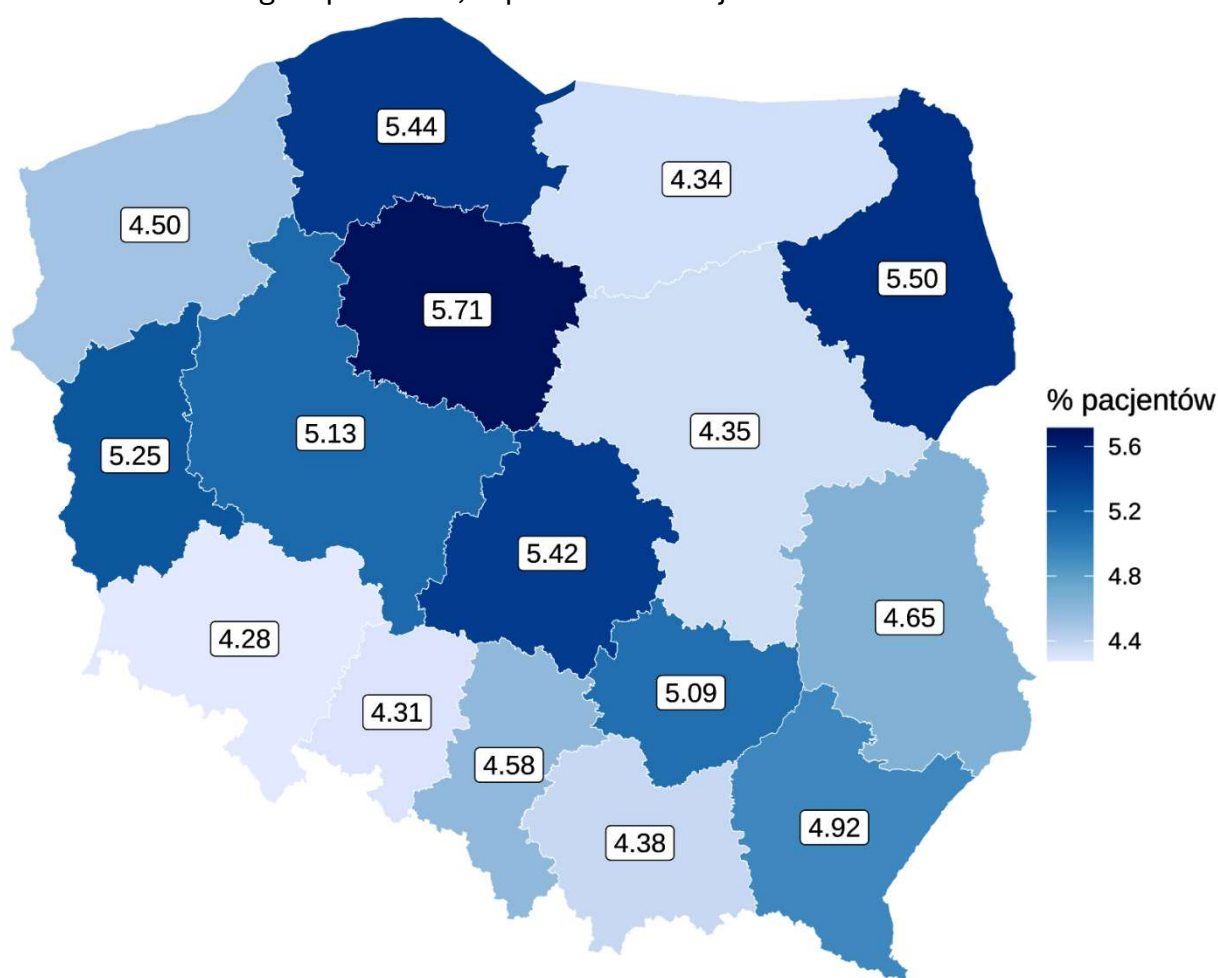
Najwięcej osób objętych było opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień, gdzie liczba pacjentów wzrosła z około 175 tysięcy w 2018 roku do ponad 246 tysięcy w 2023 roku. Podstawowa opieka zdrowotna również odnotowała znaczący wzrost, osiągając w 2023 roku prawie 186 tysięcy pacjentów. Wzrosty zauważalne są także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz rehabilitacji leczniczej, choć w tej ostatniej kategorii liczby są znacznie mniejsze. Pozostałe formy świadczeń, takie jak

ratownictwo medyczne, leczenie szpitalne czy programy pilotażowe, obejmują znacznie mniejszą liczbę pacjentów, a w niektórych przypadkach, jak opieka paliatywna i hospicyjna czy pomoc doraźna, liczby te są marginalne. Dane wskazują na rosnące zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną, podstawową i specjalistyczną, przy jednoczesnym utrzymaniu niskiego poziomu korzystania z innych, bardziej wyspecjalizowanych form świadczeń.

5.2.2. Udział pacjentów sektora zdrowia psychicznego w strukturze ogółu populacji

W 2018 roku odsetek dorosłych pacjentów z rozpoznanymi zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami w poszczególnych województwach oscylował w przedziale około 4,3–5,7% populacji. W 2023 roku wartości te wzrosły do około 4,5–6,4%, co wskazuje zarówno na wzrost zachorowalności, poprawę wykrywalności i zgłaszalności, jak i rozwój sieci świadczeń i diagnostyki.

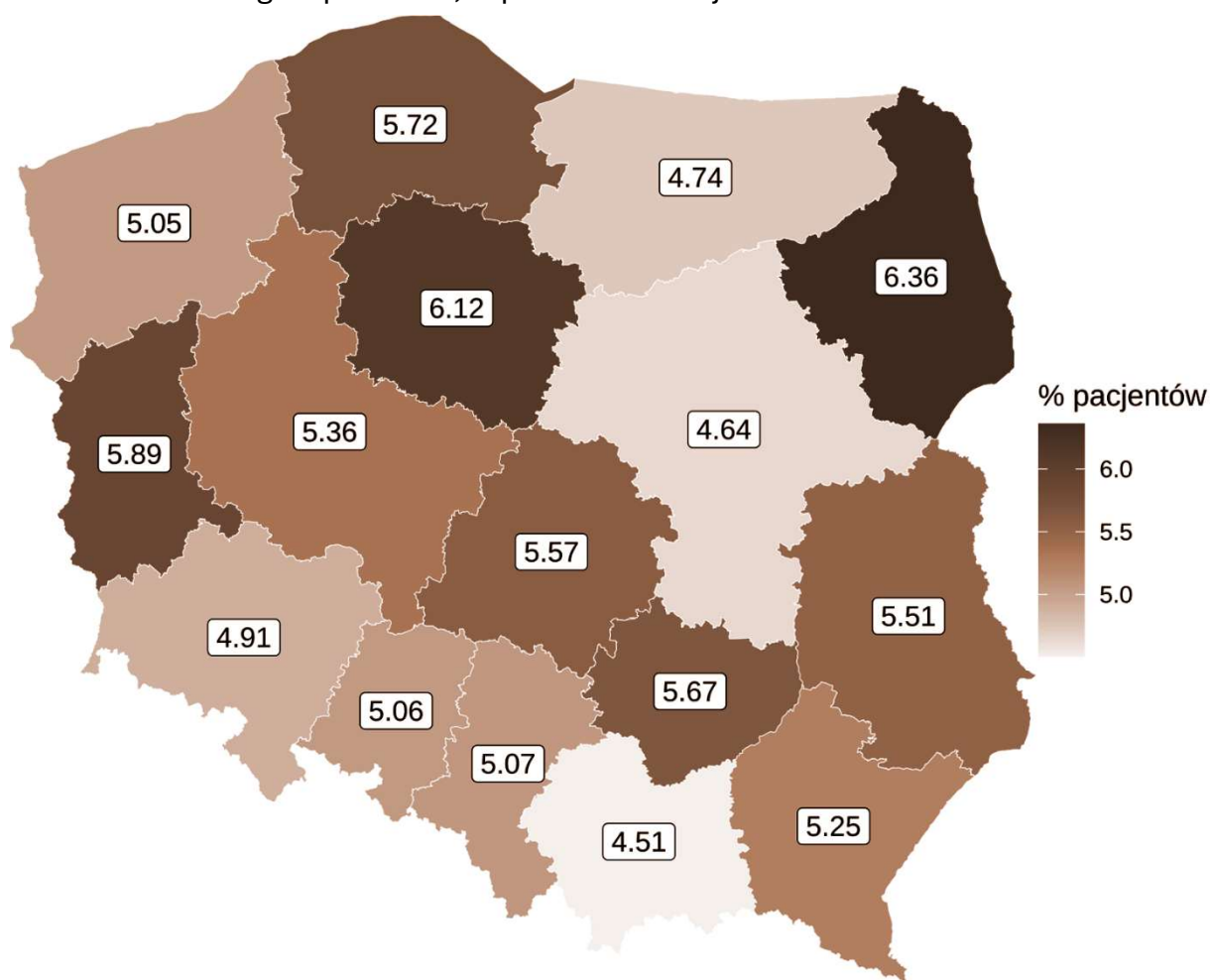
Wykres 3. Odsetek dorosłych pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2018 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń (dostęp: 20.01.2026).

Mapa przedstawia odsetek dorosłych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w 2018 roku, obliczony jako liczba pacjentów w województwie podzielona przez liczbę ludności tego województwa. Wartości oscylują w przybliżeniu między ~4,3% a ~5,7%, przy czym najciemniejsze (najwyższe) wskaźniki skupiają się przede wszystkim w części centralnej i północnej, natomiast najniższe występują w niektórych południowo-zachodnich i południowych obszarach.

Wykres 4. Odsetek dorosłych pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2023 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

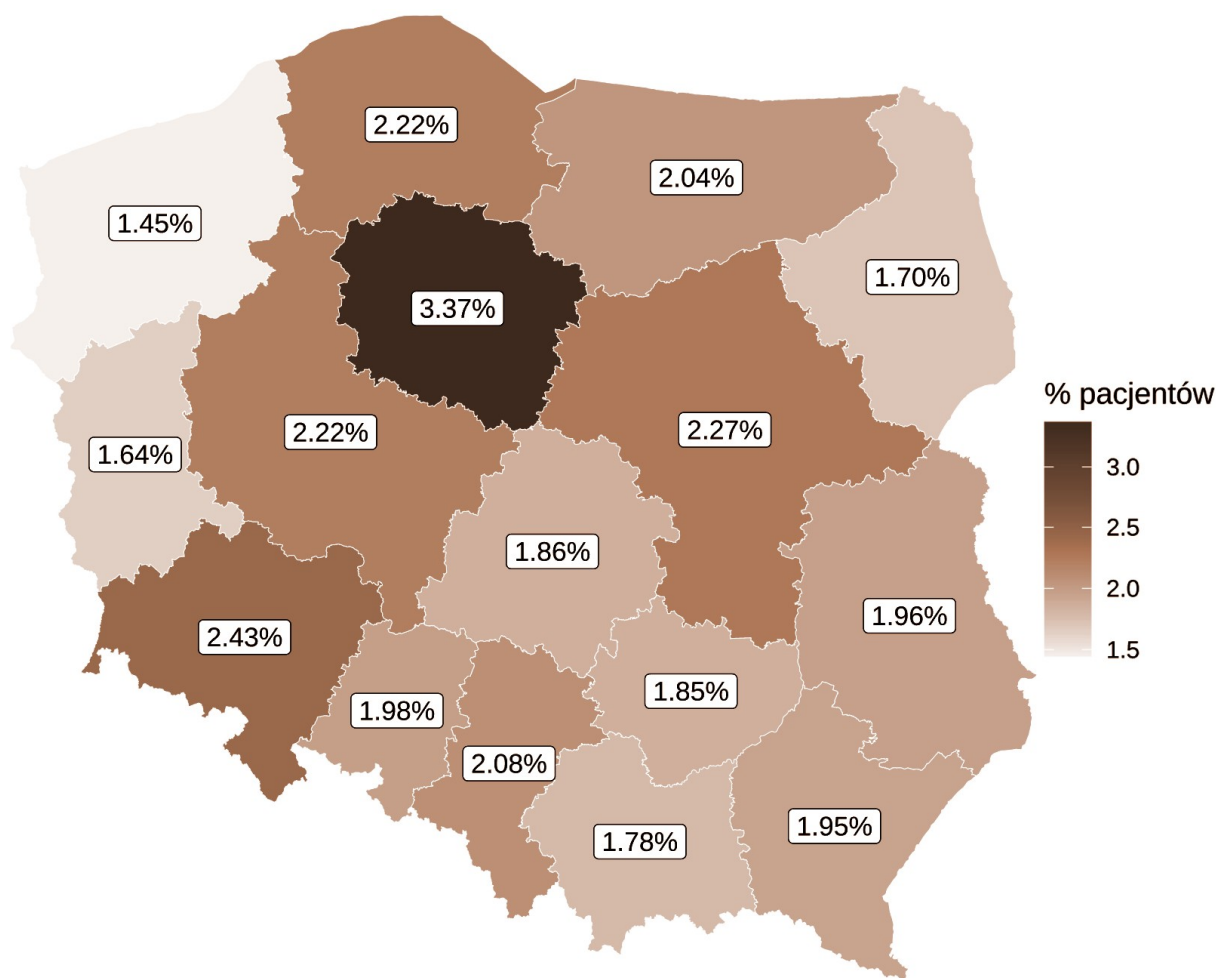
Mapa za 2023 rok pokazuje odsetek dorosłych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi w przeliczeniu na ludność województw; wartości wahają się mniej więcej między 4,5% a 6,4%. Najwyższe wskaźniki zauważalne są w północno-wschodniej części kraju (najciemniejszy województwo podlaskie ~6,36%) oraz w kilku regionach centralnych (wartość powyżej w województwie kujawsko-pomorskim ~6%), natomiast najniższe wartości mają: małopolskie (4,51% – południe), mazowieckie (4,64% – centrum/wschód) oraz warmińsko-mazurskie (4,74% – północ).

Między mapami z lat 2018 i 2023 obserwuje się ogólną tendencję do wzrostu udziału dorosłych pacjentów z zaburzeniami w populacji – skala kolorów w 2023 pokazuje wyraźniejsze, ciemniejsze plamy i wyższe wartości maksymalne (około 6,3% w 2023 wobec ~5,7% w 2018). Najbardziej widoczne wzrosty udziału pacjentów koncentrują się w północno-wschodniej części kraju oraz w niektórych województwach centralnych.

Interpretacja tych różnic wymaga ostrożności, ponieważ obserwowane zmiany mogą wynikać zarówno z realnego wzrostu częstości zaburzeń, jak i z czynników pozamerytorycznych: zmian w jakości i kompletności rejestracji, różnic w dostępności i progu wejścia do systemu opieki, demograficznych przesunięć (starzenie się populacji), migracji czy ewentualnych zmian metodologicznych między latami.

Podobne zjawisko obserwujemy w populacji dzieci i młodzieży – między rokiem 2018 a 2023 udział pacjentów z zaburzeniami psychicznymi wzrósł we wszystkich województwach, a różnice regionalne uległy spłaszczeniu.

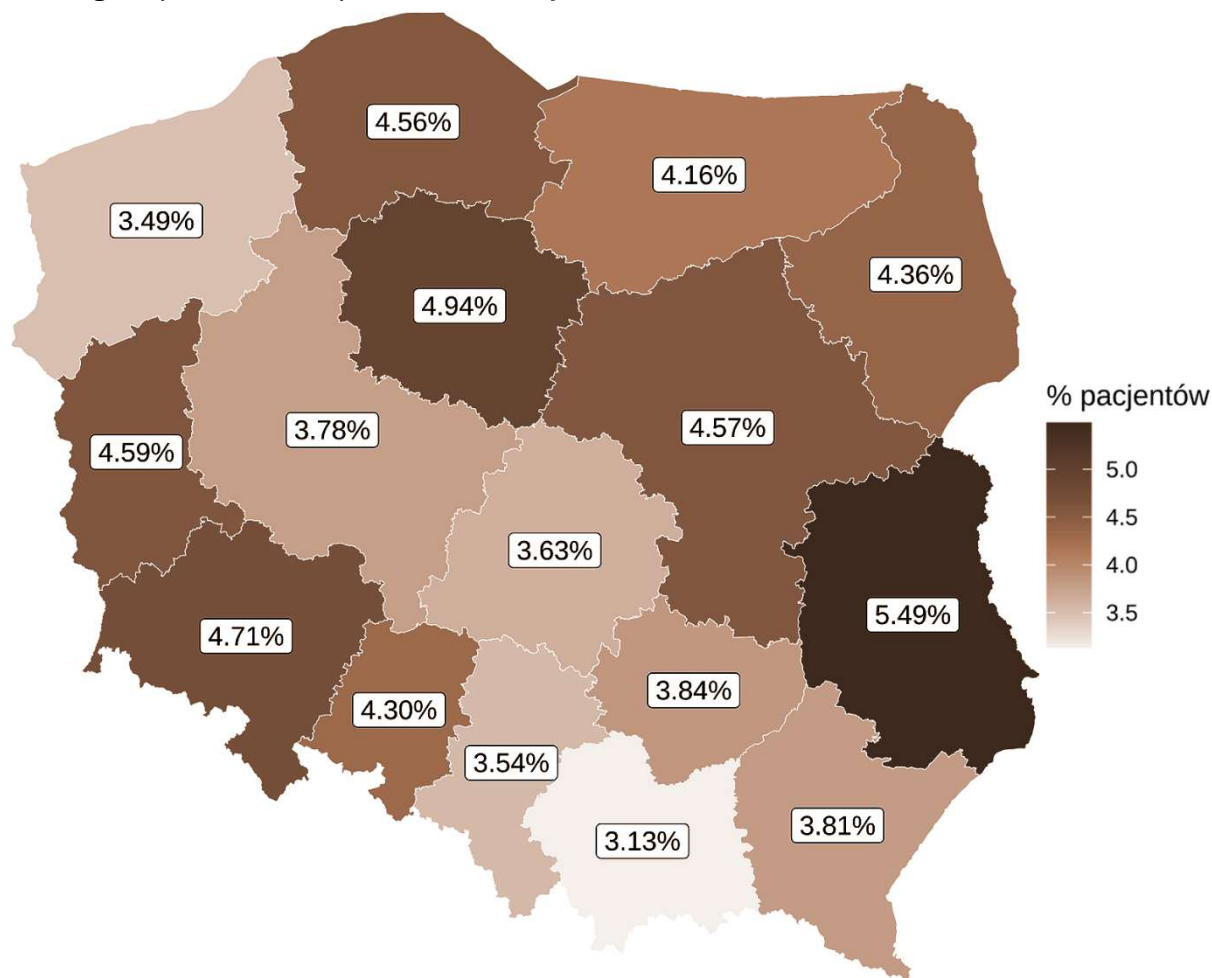
Wykres 5. Odsetek pacjentów (dzieci i młodzieź) objętych opieką psychiatryczną według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2018 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń (dostęp: 20.01.2026).

Zdecydowanie najwyższy udział ma województwo kujawsko-pomorskie – około 3,37%, podczas gdy najniższe wartości sięgają około 1,45% (zachodniopomorskie). Większość województw mieści się w przedziale około 1,7–2,4% (jasnoniebieski odcień).

Wykres 6. Odsetek pacjentów (dzieci i młodzież) objętych opieką psychiatryczną według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2023 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

Wartości na mapie mieszczą się w przybliżeniu między ~3,1% a ~5,5%. Większość województw wykazuje udziały w przedziale około 3–4,5%, kilka regionów ma wyraźnie wyższe wartości (najwyższa na mapie około 5,5%), a nieliczne – nieco niższe (około 3,1–3,5%). Kolorystyka i etykiety pokazują przestrzenne zróżnicowanie – ciemniejsze obszary oznaczają większy odsetek pacjentów (dzieci i młodzieży) z zaburzeniami.

Ogólny odsetek pacjentów (dzieci i młodzieży) z zaburzeniami w 2023 roku był stosunkowo wysoki i wyraźnie zróżnicowany przestrzennie. Najwyższe udziały w kilku województwach wskazują na większe występowanie rozpoznanych zaburzeń lub lepszy dostęp do diagnostyki i opieki w tych regionach; niższe udziały mogą odzwierciedlać mniejszą liczbę rozpoznań, gorszą dostępność usług lub różnice w praktykach diagnostycznych. Jeżeli porównać to z wcześniejszymi danymi (na przykład z 2018 roku),

to zaznacza się ogólny wzrost wskaźnika, co sugeruje wzrost zgłaszalności, rozpoznań lub rzeczywiste zwiększenie zachorowalności.

W 2018 roku wartości te były wyraźnie niższe i bardziej zróżnicowane regionalnie – najwyższy odsetek pacjentów odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (3,37%), podczas gdy w wielu regionach, zwłaszcza na zachodzie i południu kraju, wskaźniki nie przekraczały 2%. W 2023 roku zaznacza się wyraźny wzrost odsetka pacjentów we wszystkich województwach, co doprowadziło do konwergencji wskaźników regionalnych. Najwyższy udział pacjentów występuje w województwie lubelskim (5,49%), a w większości regionów wskaźnik przekroczył 4%.

5.3. Struktura zaburzeń zdrowia psychicznego i różnice populacyjne

5.3.1. Struktura zaburzeń zdrowia psychicznego osób dorosłych w Polsce i w województwie podlaskim według danych z lat 2018 i 2023

Największy odsetek dorosłych pacjentów dotyczy zaburzeń lękowych (ponad 30% wszystkich rozpoznań – około 32,6% w 2018 roku i nawet 34–38% w roku 2023), na drugim miejscu znajdują się zaburzenia nastroju (około 17–18%), istotny udział mają także uzależnienia, zaburzenia organiczne oraz schizofrenia. Struktura ta jest względnie stabilna, choć zaznacza się stopniowy wzrost udziału zaburzeń lękowych i nastroju.

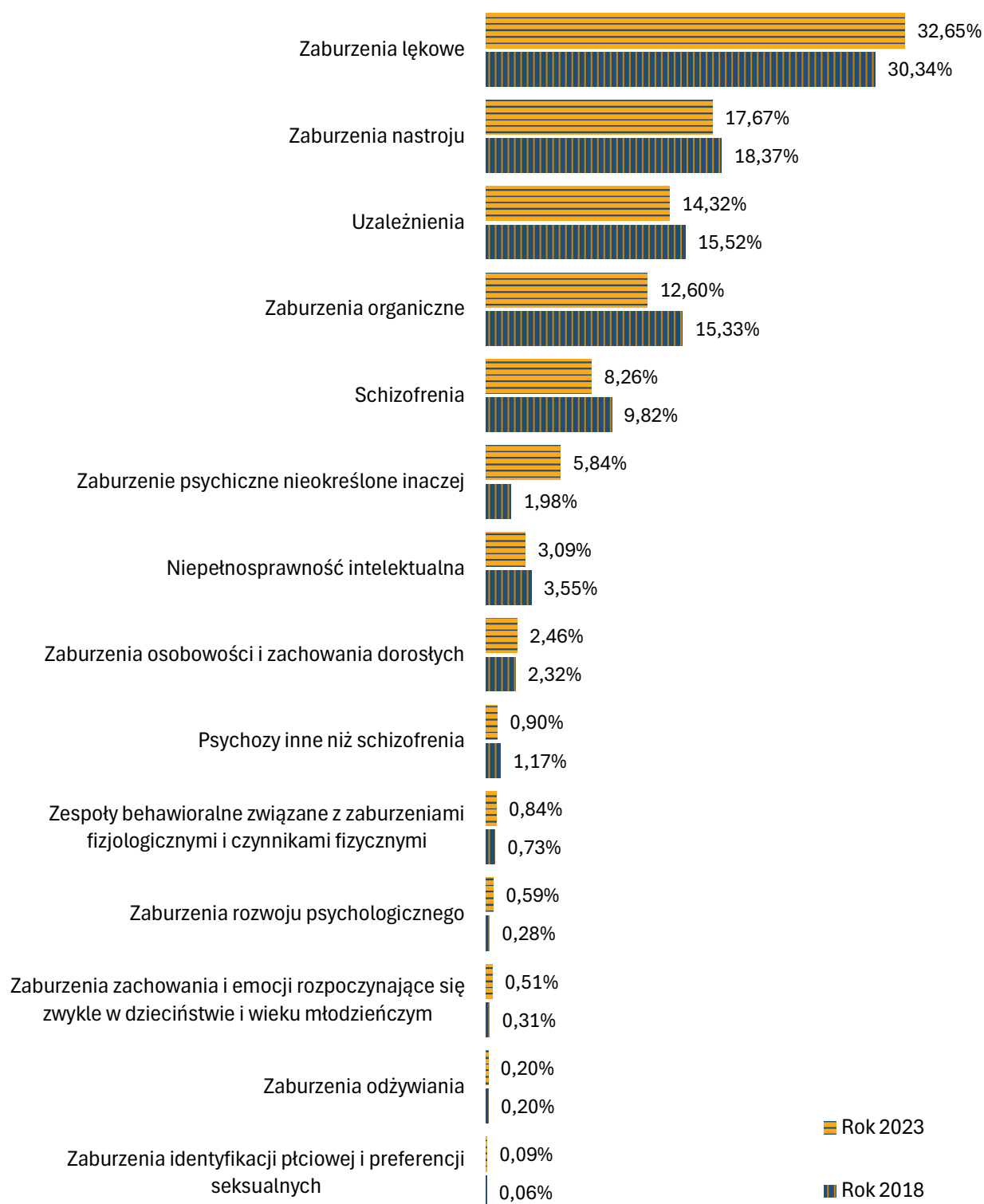
Największy odsetek pacjentów w obu latach dotyczy zaburzeń lękowych, choć ich udział nieznacznie spadł z 32,65% w 2018 roku do 30,34% w roku 2023. Na drugim miejscu znajdują się zaburzenia nastroju, których udział wzrósł z 17,67% do 18,37%. Wzrosty procentowe zauważalne są także w przypadku uzależnień, zaburzeń organicznych oraz schizofrenii, co świadczy o rosnącym znaczeniu tych problemów w populacji dorosłych pacjentów.

W liczbach bezwzględnych największą grupę stanowią osoby z zaburzeniami lękowymi, których liczba wzrosła z ponad 1,1 miliona w 2018 roku do ponad 1,23 miliona w 2023 roku. Na kolejnych miejscach znajdują się pacjenci z zaburzeniami nastroju oraz zaburzeniami organicznymi, gdzie również obserwuje się wzrosty, choć nieco mniejsze niż w przypadku zaburzeń lękowych. Liczba osób z uzależnieniami oraz schizofrenią utrzymuje się na wysokim poziomie, przy czym w obu tych kategoriach obserwuje się niewielki wzrost liczby pacjentów w 2023 roku.

W województwie podlaskim struktura rozpoznań dorosłych jest podobna, lecz z kilkoma istotnymi różnicami. Zaburzenia lękowe dominują, ale ich udział spada (z około 30,8% w 2018 roku do około 26,3% w roku 2023), rośnie udział zaburzeń organicznych (z około 13,0% do około 16,7%) i schizofrenii (z około 9,9% do około 12,2%) oraz wzrasta także udział uzależnień.

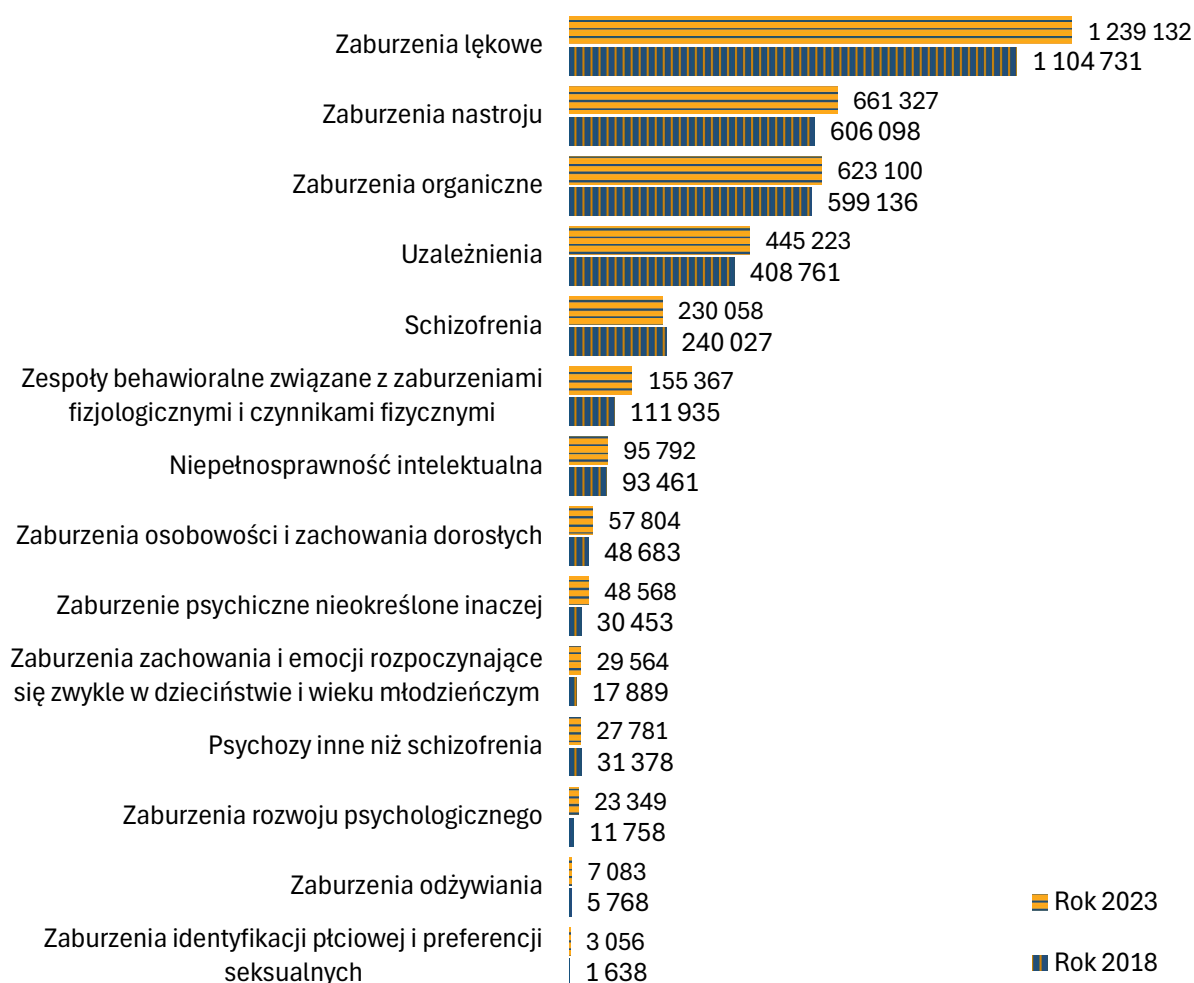
Dopełnieniem obrazu klinicznego populacji dorosłych jest szczegółowe zestawienie danych liczbowych dla całego kraju, które precyzuje skalę obciążenia systemu poszczególnymi jednostkami chorobowymi (tabela 6).

Wykres 7. Porównanie procentowe zdiagnozowanych zaburzeń w Polsce wśród osób dorosłych w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych (dostęp: 20.01.2026).

Wykres 8. Liczba dorosłych pacjentów według grup zaburzeń w Polsce w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

Tabela 6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) w Polsce w 2024 roku

Typ zaburzenia	Liczba pacjentów	Udział %
Zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne	748519,0	40,8%
Zaburzenia nastroju (afektywne) / depresja	423473,0	23,1%
Organiczne zaburzenia psychiczne	198046,0	10,8%
Zaburzenia rozwojowe	166478,0	9,1%
Schizofrenia	126912,0	6,9%
Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	64004,0	3,5%
Upośledzenie umysłowe	57655,0	3,1%
Inne zaburzenia psychiczne	25482,0	1,4%
Inne zaburzenia psychotyczne (nieschizofreniczne)	23858,0	1,3%
RAZEM	1834427,0	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., stat.gov.pl oraz danych z Instytutu Psychiatrii i Neurologii (dostęp: 20.01.2026).

Wyniki powyższej analizy w kontekście trendów obserwowanych w ciągu kilku ostatnich dekad umożliwiają wyciągnięcie wniosków na temat zmieniających się potrzeb zdrowotnych ludności. W przypadku dorosłych najbardziej widoczna jest rosnąca przewaga zaburzeń lękowych i nastroju, przy stabilnej bądź lekko obniżającej się częstości występowania schizofrenii i zaburzeń organicznych w procentowym ujęciu. Jednocześnie, w populacji dzieci i młodzieży również zachodzi istotna zmiana: odchodzi się od szerokiej i mniej precyzyjnej kategorii „pozostałych zaburzeń” na rzecz precyzyjnych diagnoz zaburzeń całościowych rozwojowych, zaburzeń hiperkinetycznych oraz zaburzeń zachowania i emocji. Wydarzenia te odzwierciedlają coraz większe znaczenie zaburzeń o charakterze internalizacji u dorosłych oraz tendencję w zakresie wsparcia rozwojowego i behawioralnego u młodszych osób.

Wykres 9. Porównanie odsetka dorosłych pacjentów według grup zaburzeń w województwie podlaskim w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych (dostęp: 20.01.2026).

Jak wskazuje wykres 9, w województwie podlaskim oprócz rosnącego obciążenia zaburzeniami lękowymi i nastroju wzrasta również udział rozpoznań wymagających bardziej złożonej, długotrwałej opieki.

5.3.2. Struktura zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce i w województwie podlaskim według danych za lata 2018 i 2023

Analiza dokumentów przeprowadzona w ramach *desk research* pozwoliła również na przygotowanie podsumowania struktury zaburzeń zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

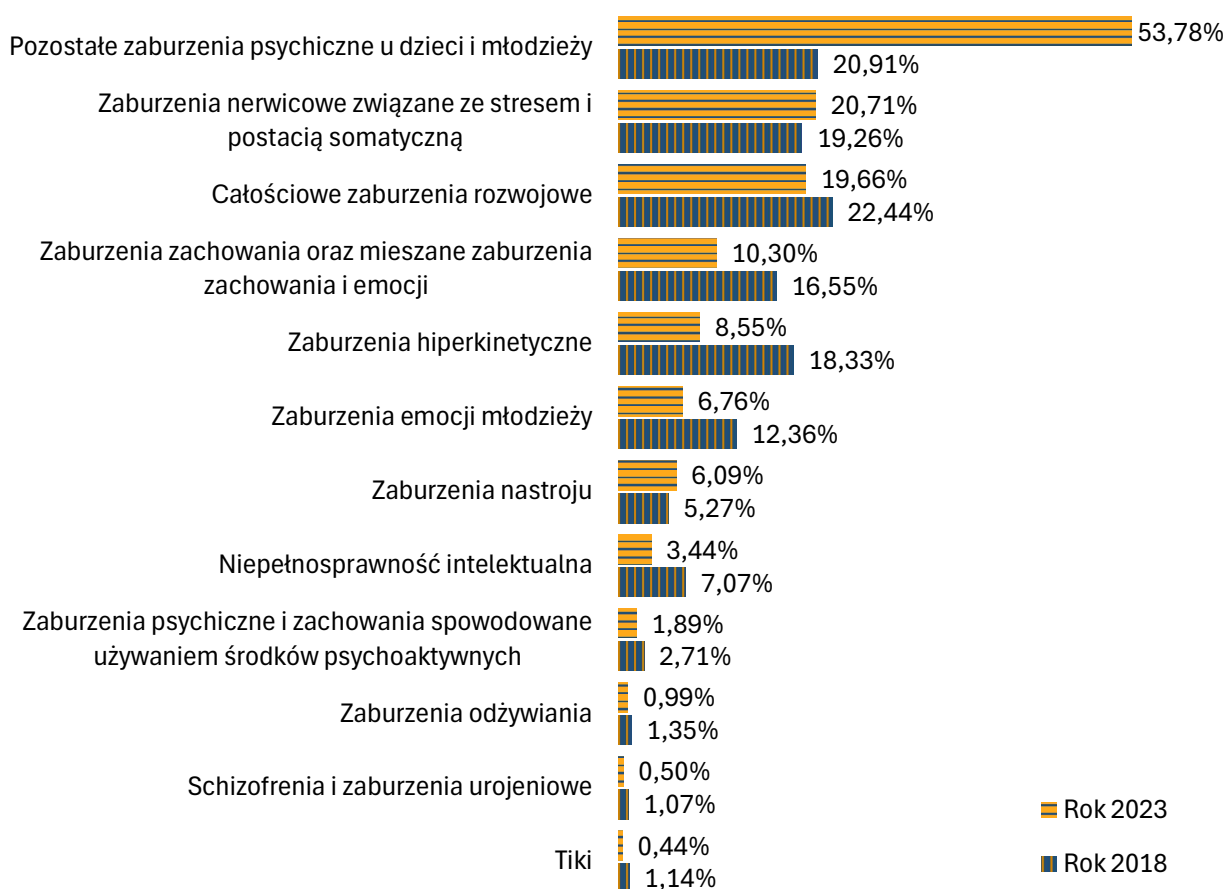
Wykres 10. Zmiany liczby pacjentów (dzieci i młodzież) według grup zaburzeń w Polsce w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń (dostęp: 20.01.2026).

W liczbach bezwzględnych największą grupę stanowią pacjenci z pozostałymi zaburzeniami psychicznymi, których liczba wzrosła z około 167 tysięcy w 2018 roku do ponad 213 tysięcy w roku 2023. Drugą najliczniejszą kategorią są całościowe zaburzenia rozwojowe, gdzie również odnotowano wzrost: z poziomu 128 tysięcy do prawie 164 tysięcy pacjentów. W większości grup zaburzeń zaznacza się wzrost liczby pacjentów na przestrzeni 5 lat, szczególnie w przypadku zaburzeń nerwicowych, tików oraz zaburzeń nastroju. Najmniej liczne są przypadki schizofrenii i zaburzeń urojeniowych, gdzie liczba pacjentów w kategorii dzieci i młodzież utrzymuje się na podobnym, niskim poziomie w obu analizowanych latach. Dane wskazują na rosnące zapotrzebowanie na opiekę psychiatryczną wśród dzieci i młodzieży, zwłaszcza w zakresie zaburzeń rozwojowych i emocjonalnych.

Wykres 11. Odsetek pacjentów (dzieci i młodzież) według rodzajów zaburzeń w Polsce – porównanie lat 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

W 2023 roku zdecydowanie dominuje kategoria „pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży”, której udział wzrósł do około 53,8% wobec 20,9% w roku 2018. Wyraźne wzrosty obserwuje się także w zaburzeniach zachowania i emocji (z około 10,3% do 16,6%) oraz zaburzeniach hiperkinetycznych (z 8,6% do 18,3%), a całościowe zaburzenia rozwojowe utrzymują się na wysokim poziomie (około 22,4% w 2023 wobec 19,7% w 2018). Udział zaburzeń nerwicowych związanych ze stresem jest zbliżony w obu latach (około 19–21%), natomiast w kilku licznie mniejszych kategoriach – jak niepełnosprawność intelektualna, zaburzenia nastroju czy związane z używaniem środków psychoaktywnych – udziały są relatywnie niewielkie i w 2023 roku zazwyczaj niższe niż w roku 2018. Ogólny obraz wskazuje na silny wzrost udziału szerokiej kategorii „pozostałe zaburzenia” oraz nasilenie problemów z zachowaniem i nadpobudliwością.

Na tle osób dorosłych struktura zaburzeń u dzieci i młodzieży wygląda wyraźnie inaczej. U dorosłych dominują zaburzenia lękowe (około 34–38%) i nastroju (około 20%), przy względnej stabilności udziałów między rokiem 2018 a 2023, a część kategorii – jak zaburzenia organiczne czy schizofrenia – nieznacznie maleje. W populacji dzieci i młodzieży w 2023 roku silnie rośnie udział szerokiej kategorii „pozostałe zaburzenia” (do około 54%) oraz wyraźnie zwiększają się udziały zaburzeń hiperkinetycznych

i zachowania/emocji, a całościowe zaburzenia rozwojowe utrzymują istotny udział. Oznacza to, że u dorosłych dominują problemy lękowo-depresyjne, natomiast u młodszych nasilają się rozpoznania rozwojowe i behawioralne oraz rośnie udział przypadków klasyfikowanych do kategorii niespecyficznej. Na tej podstawie można wnioskować, że potrzeby opieki i profil interwencji powinny być różnicowane – w dorosłej populacji należy położyć akcent na leczenie lęku i depresji, a u dzieci i młodzieży na wsparcie rozwojowe, ADHD/ODD oraz lepszą diagnostykę ograniczającą rozpoznania w kategorii „pozostałe”.

W województwie podlaskim w 2018 roku kategoria „pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży” sięgała aż około 40% rozpoznań, w 2023 roku jej udział spada do około 18%, natomiast całościowe zaburzenia rozwojowe spadają z około 18% do około 15% oraz zaburzenia hiperkinetyczne – z około 14% do ponad 6%.

Wykres 12. Porównanie odsetka pacjentów (dzieci i młodzież) według rodzajów zaburzeń w województwie podlaskim w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

W tym samym czasie wzrósł odsetek pacjentów z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi (z 15,3% do 18,1%), zaburzeniami hiperkinetycznymi (z 6,7% do 14,8%) oraz zaburzeniami zachowania i emocji (z 7,7% do 12,7%). Wzrosty zauważalne są także w kategoriach takich jak zaburzenia emocji młodzieży, niepełnosprawność intelektualna czy zaburzenia nastroju.

Zmiana ta jest szczególnie wyraźna. Sytuacja w województwie podlaskim ilustruje przejście od szerokiej, niespecyficznej kategorii „pozostałe zaburzenia” do bardziej precyzyjnych diagnoz rozwojowych i hiperkinetycznych, co ma istotne konsekwencje dla zapotrzebowania na specjalistów (psychiatrów dziecięcych, psychologów dziecięcych, terapeutów zajęciowych, pedagogów specjalnych).

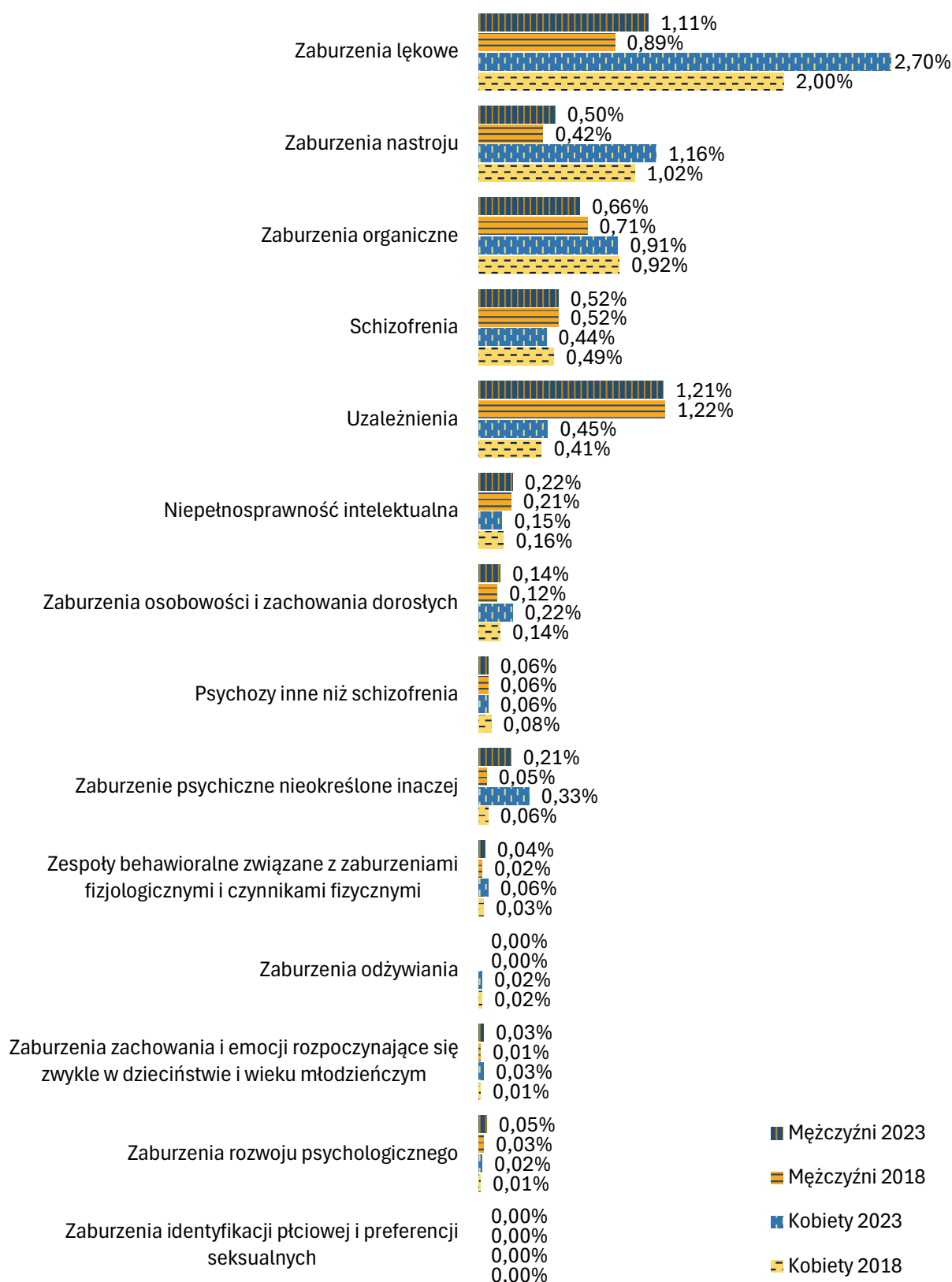
5.3.3. Płeć pacjentów a struktura zaburzeń zdrowia psychicznego i korzystanie z systemu ochrony zdrowia

Dane pokazują wyraźnie odmienne profile płci pacjentów. Wśród dorosłych kobiety częściej korzystają z poradni i dominują liczebnie wśród pacjentów z zaburzeniami lękowymi i nastroju. Mężczyźni są natomiast nadreprezentowani w hospitalizacjach, a także w rozpoznaniach uzależnień. Wśród dzieci i młodzieży chłopcy dominują w liczbie pacjentów i porad, szczególnie w zaburzeniach rozwojowych, hiperkinetycznych i zaburzeniach zachowania. Dziewczęta z kolei coraz częściej wymagają hospitalizacji, a ich udział w tej formie opieki rośnie szybciej niż u chłopców.

Jak widać na wykresie 13, zaburzenia nastroju częściej występują u kobiet, podczas gdy uzależnienia przeważają u mężczyzn. Kategorie takie jak zaburzenia organiczne, schizofrenia oraz zaburzenia osobowości mają umiarkowane lub niskie udziały i nie wykazują silnych zmian między latami obserwacji. Inne kategorie, na przykład zaburzenia rozwoju, zachowania rozpoczynające się w dzieciństwie czy zaburzenia identyfikacji płciowej, mają znacząco niskie wartości procentowe i stanowią marginalną część populacji dorosłych pacjentów.

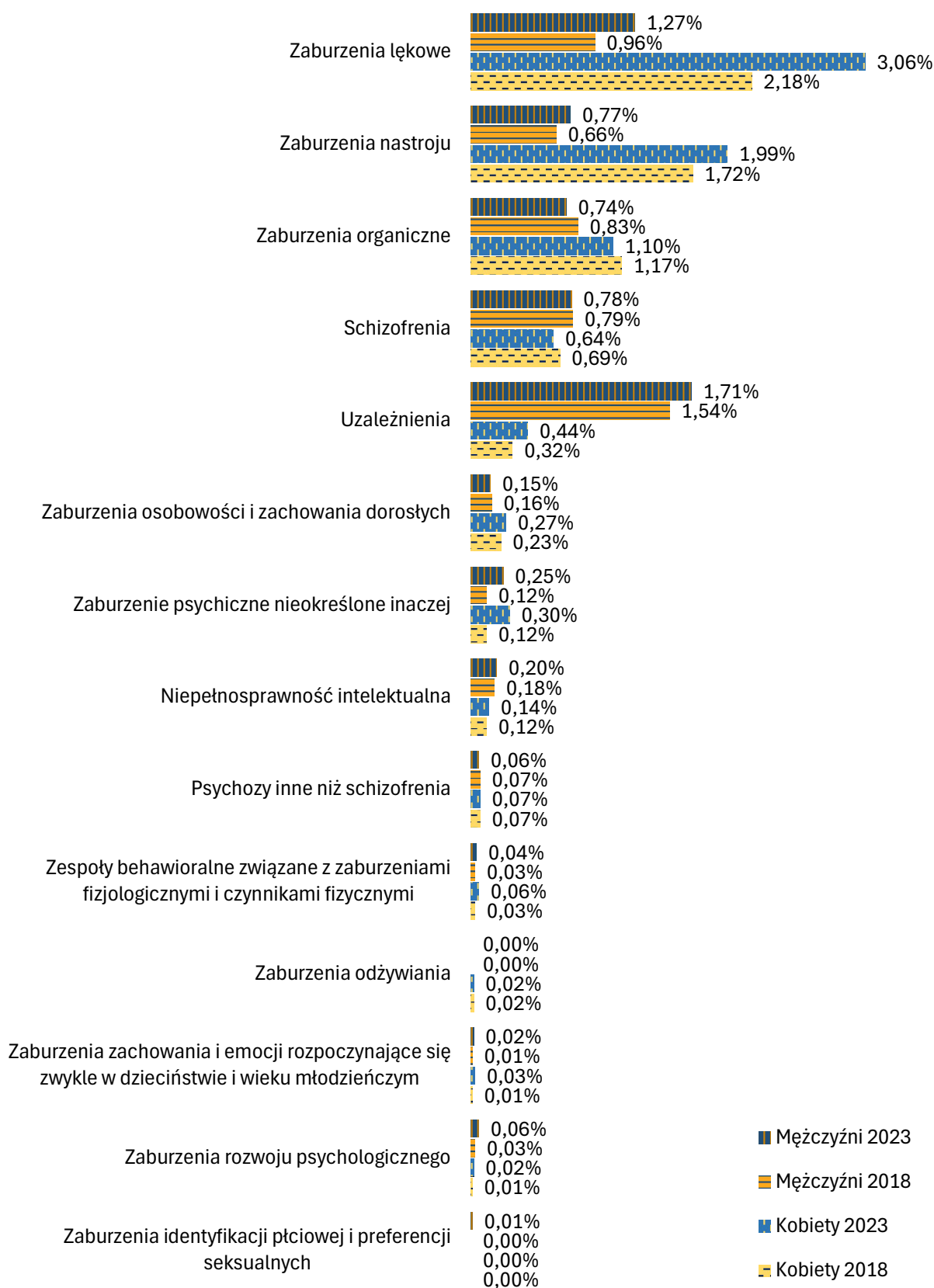
Te obserwacje sugerują rosnące zapotrzebowanie na usługi zdrowia psychicznego ukierunkowane na zaburzenia wewnętrzne, zwłaszcza dla kobiet, oraz konieczność utrzymania i rozwinięcia programów przeciwdziałania uzależnieniom skierowanych do mężczyzn. Z punktu widzenia planowania zasobów warto nadal monitorować te trendy (na przykład analizując przyczyny wzrostu lęków i zaburzeń nastroju), rozważyć wzmocnienie opieki pierwszego kontaktu i dostęp do terapii, a także działania profilaktyczne i edukacyjne redukujące czynniki ryzyka.

Wykres 13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osób dorosłych w Polsce według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeń (dostęp: 20.01.2026).

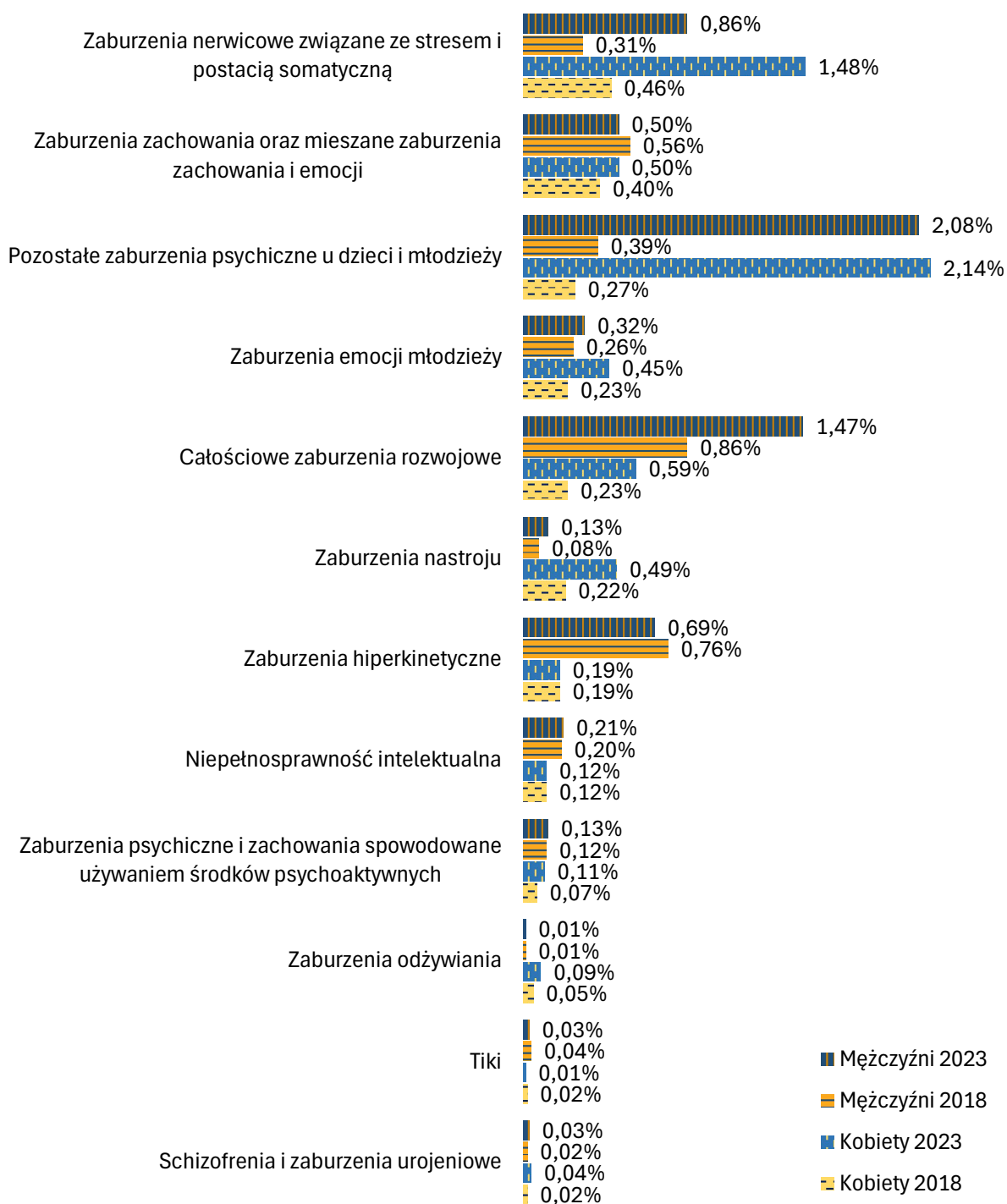
Wykres 14. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osób dorosłych w województwie podlaskim według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńowych (dostęp: 20.01.2026).

Wykres dla województwa podlaskiego pokazuje, że u dorosłych najczęściej rozpoznawanymi problemami zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn są zaburzenia lękowe, przy czym ich występowanie jest wyraźnie większe u kobiet i wzrosło w roku 2023 w porównaniu z 2018.

Wykres 15. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dzieci i młodzieży w Polsce według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych (dostęp: 20.01.2026).

W wielu grupach obserwuje się wzrost wartości procentowych w roku 2023 w porównaniu z 2018, co świadczy zarówno o nasileniu problemów, jak i o lepszym rozpoznawaniu i zgłaszaniu przypadków. Wyraźne są różnice ze względu na płeć. Zaburzenia o charakterze internalizacyjnym (na przykład nerwicowe, stresowe, nastroju) występują częściej u dziewcząt, natomiast zaburzenia rozwojowe i hiperkinetyczne oraz niektóre zaburzenia zachowania są relatywnie częstsze u chłopców. Rzadziej występujące kategorie, takie jak zaburzenia odżywiania, tiki czy epizody psychotyczne, mają stosunkowo niskie udziały i są marginalne w skali wszystkich rozpoznań.

Obserwacje te sugerują potrzebę wzmocnienia wczesnej diagnostyki i dostępu do specjalistycznej opieki zaburzeń rozwojowych oraz rozwoju dostępnych usług psychologiczno-terapeutycznych ukierunkowanych na zaburzenia lękowe i stresowe u młodych osób. Z punktu widzenia planowania warto monitorować dalsze trendy, rozwijać działania profilaktyczne w szkołach i kierować zasoby tam, gdzie rośnie zapotrzebowanie.

Wykres dla województwa podlaskiego pokazuje, że największy odsetek rozpoznań w populacji dzieci i młodzieży przypada na kategorię pozostałych zaburzeń psychicznych, a także na całościowe zaburzenia rozwojowe i zaburzenia nerwicowe związane ze stresem – to właśnie te grupy dominują pod względem częstości. W wielu kategoriach wartości z roku 2023 są wyższe niż w 2018, co może oznaczać rzeczywisty wzrost częstości zaburzeń lub lepsze rozpoznawanie i raportowanie przypadków.

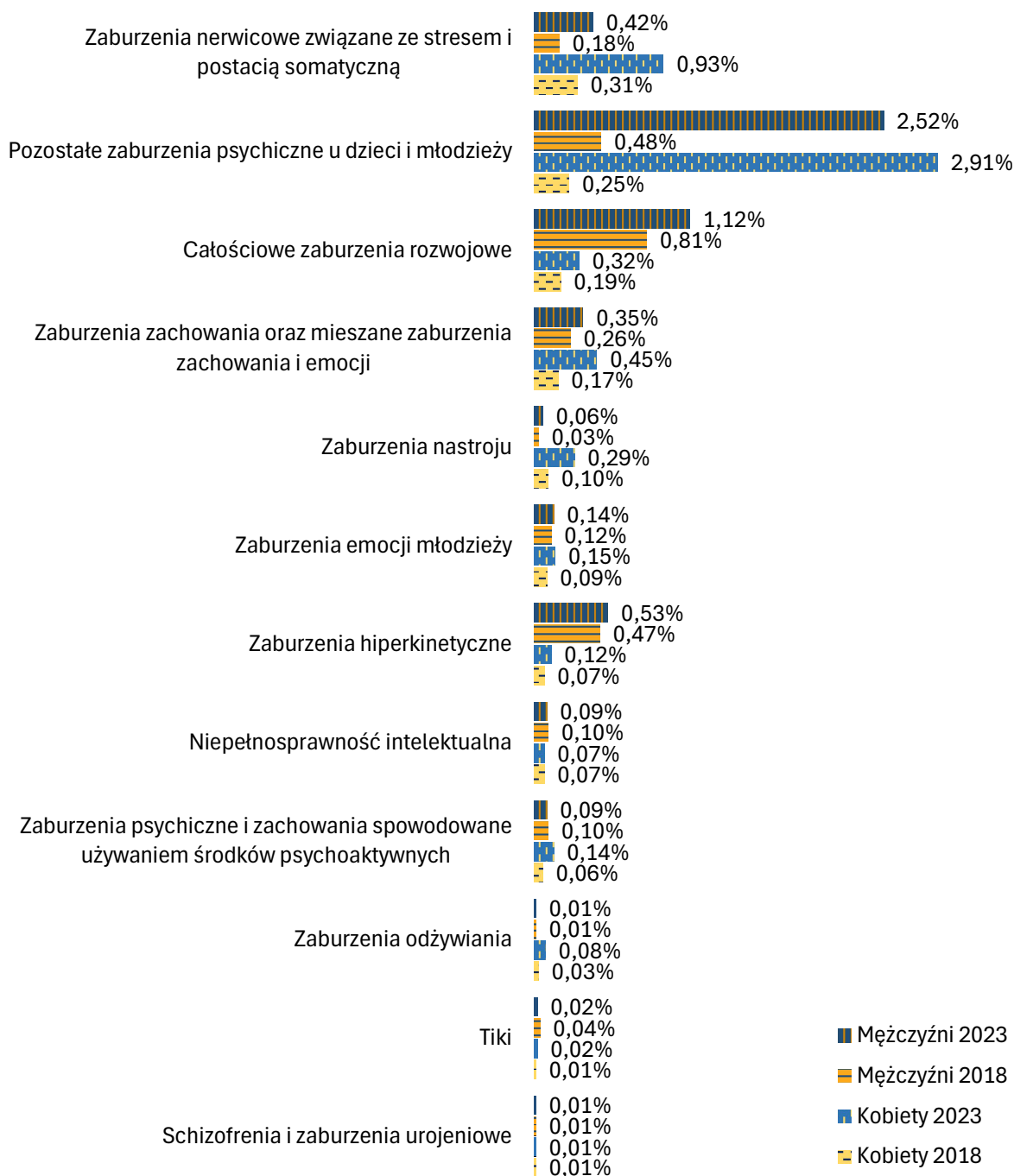
Oprócz uwarunkowanej płcią pacjenta struktury zaburzeń zdrowia psychicznego analizowane statystyki wskazują na istotne różnice w zakresie korzystania z systemu ochrony zdrowia. Otóż w 2018 roku na łączną liczbę pacjentów złożyło się ponad 853 tysiące kobiet oraz ponad 654 tysiące mężczyzn. Liczba pacjentów, porad i hospitalizacji zmieniła się w badanym okresie następująco:

Tabela 7. Liczba pacjentów, porad i hospitalizacji w Polsce w latach 2018 i 2023

Rok	Liczba pacjentów	Liczba porad	Liczba hospitalizacji
2018	1507532	8584500	272328
2023	1599944	10155846	253487

Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

Wykres 16. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dzieci i młodzieży w województwie podlaskim według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023

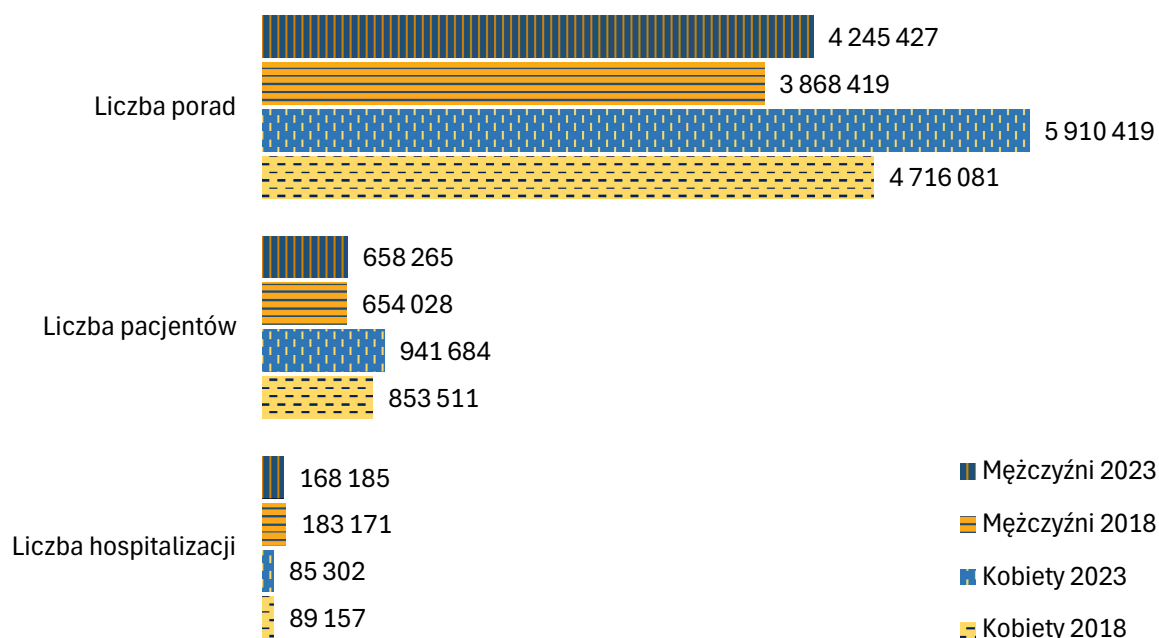


Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych (dostęp: 20.01.2026).

Wśród dorosłych pacjentów korzystających ze świadczeń związanych ze zdrowiem psychicznym zdecydowanie dominują kobiety. W przypadku depresji stanowią one około 72–74% pacjentów, a wśród osób realizujących recepty na leki przeciwdepresyjne – około 69%. Proporcje te utrzymują się na stabilnym poziomie od 2013 roku. Podobna dysproporcja występuje wśród najmłodszych pacjentów. Dziewczęta stanowią 73%

pacjentów z rozpoznaniem depresji w grupie wiekowej 0–17 lat (około 24 tysiące dziewcząt wobec około 9 tysięcy chłopców w roku 2024)¹⁴⁹.

Wykres 17. Liczba porad, pacjentów i hospitalizacji osób dorosłych według płci w Polsce w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

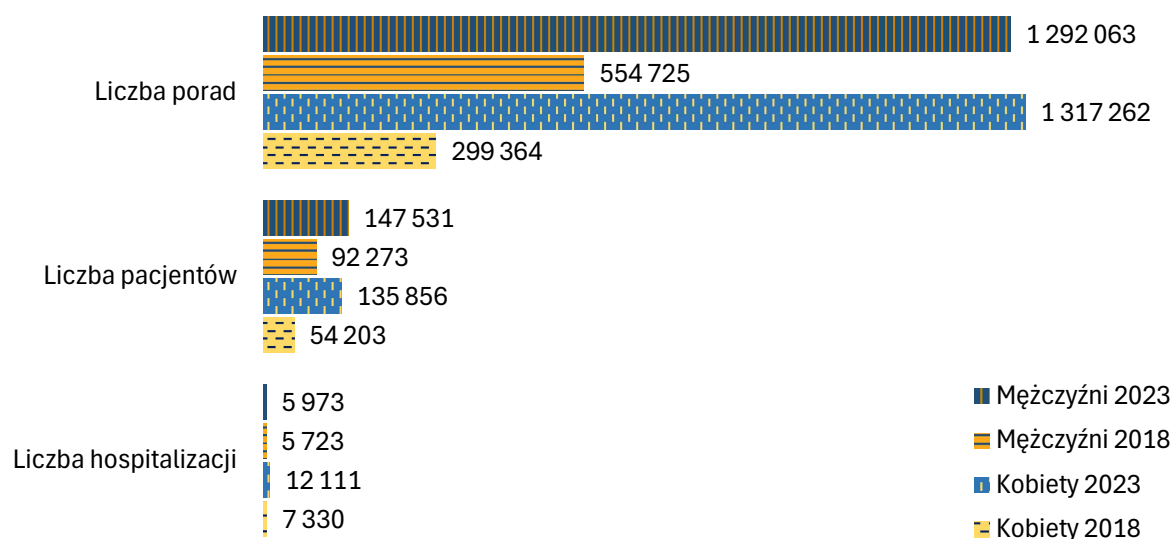
Na wykresie 17 zauważyć można wyraźny wzrost liczby porad, zwłaszcza u kobiet, które korzystają z nich częściej niż mężczyźni. Jednocześnie liczba hospitalizacji pozostaje względnie stabilna, a nawet lekko spada w obu grupach. Oznacza to, że system opieki coraz bardziej opiera się na leczeniu środowiskowym i rośnie znaczenie poradni, przy utrzymującym się na podobnym poziomie wykorzystaniu łóżek szpitalnych.

Interesujące są również statystyki dotyczące dzieci i młodzieży.

Wykres 18, dotyczący dzieci i młodzieży, pokazuje wyraźny wzrost liczby pacjentów pomiędzy rokiem 2018 a 2023, szczególnie wśród dziewcząt, gdzie liczby wzrosły ponad dwukrotnie. Podobnie silnie wzrosła liczba porad – zarówno u chłopców, jak i u dziewcząt, co wskazuje na rosnące zapotrzebowanie na środowiskowe formy opieki psychiatrycznej. Liczba hospitalizacji również zwiększyła się, zwłaszcza w grupie dziewcząt, co świadczy o większej liczbie poważniejszych przypadków wymagających leczenia stacjonarnego.

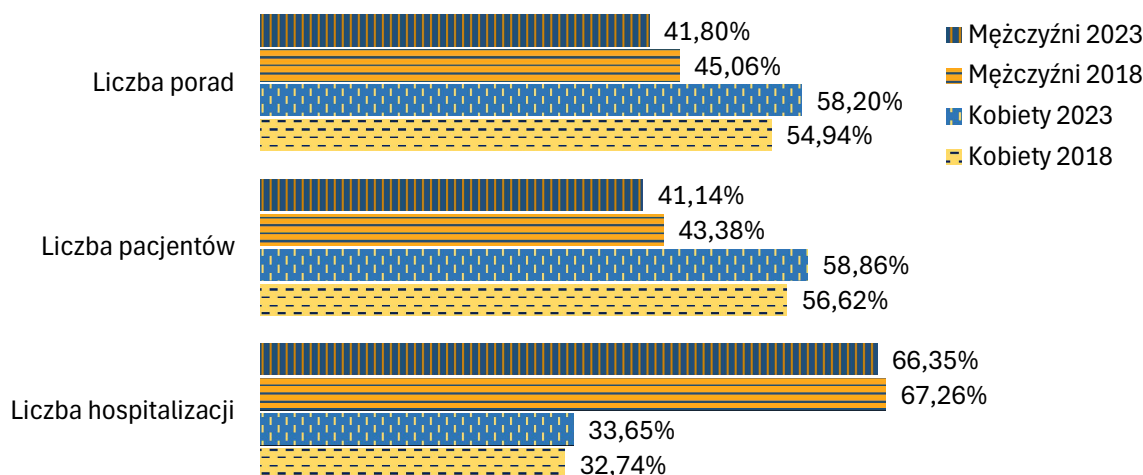
¹⁴⁹ NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013–2024, e-zdrowie, 2025 (dostęp: 9.02.2026).

Wykres 18. Liczba porad, pacjentów i hospitalizacji dzieci i młodzieży według płci w Polsce w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych (dostęp: 20.01.2026).

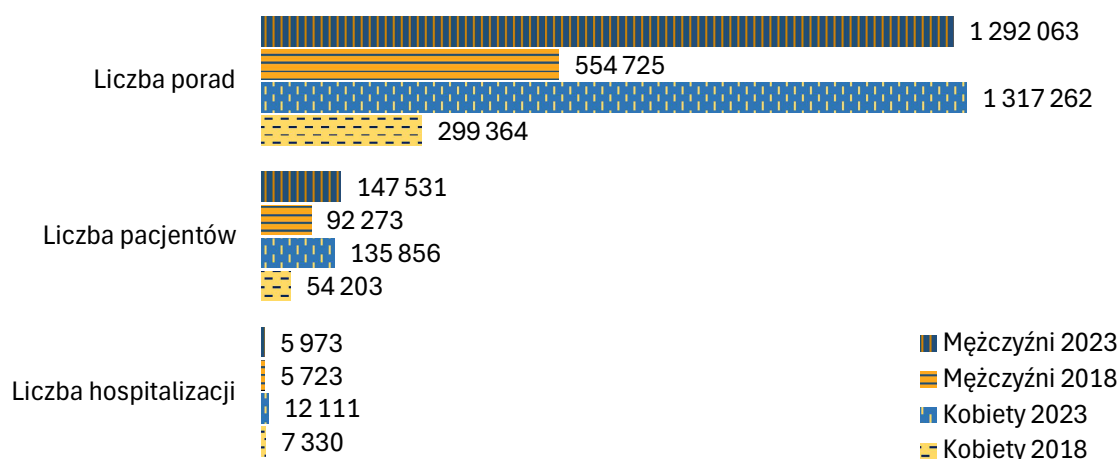
Wykres 19. Odsetek porad, pacjentów i hospitalizacji osób dorosłych według płci w Polsce w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych (dostęp: 20.01.2026).

W przypadku dorosłych obserwuje się, że kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z poradni i stanowią większość wśród pacjentów ogółem, a ich udział dodatkowo wzrósł w 2023 roku w porównaniu do roku 2018. W przypadku hospitalizacji sytuacja jest odwrotna – dominują mężczyźni, którzy odpowiadają za około dwie trzecie wszystkich pobytów szpitalnych zarówno w roku 2018, jak i 2023. Całość pokazuje, że kobiety częściej korzystają z opieki środowiskowej, natomiast mężczyźni są bardziej reprezentowani wśród cięższych przypadków wymagających hospitalizacji.

Wykres 20. Liczba porad, pacjentów i hospitalizacji dzieci i młodzieży według płci w Polsce w latach 2018 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 20.01.2026).

W przypadku dzieci i młodzieży widoczna jest istotna różnica w strukturze korzystania z opieki psychiatrycznej między płciami. W hospitalizacjach zdecydowanie przeważają dziewczęta, a ich udział w 2023 roku wzrósł jeszcze bardziej niż w 2018 roku, co sugeruje rosnące obciążenie poważniejszymi przypadkami wymagającymi leczenia stacjonarnego. Jeśli chodzi o liczbę pacjentów i porad, dominują chłopcy, choć między rokiem 2018 a 2023 udział dziewcząt się zwiększył, zmniejszając różnice płciowe. Obserwuje się, że systematycznie rośnie udział dziewcząt w korzystaniu z opieki psychiatrycznej, a szczególnie wyraźne jest to w hospitalizacjach.

Porównując dorosłych z dziećmi i młodzieżą, obserwuje się wyraźne różnice w strukturze korzystania z opieki psychiatrycznej. Wśród dorosłych większy udział mają kobiety, które dominują zarówno w liczbie pacjentów, jak i porad, podczas gdy mężczyźni częściej wymagają hospitalizacji. U dzieci i młodzieży obraz jest odwrotny – większy odsetek pacjentów i porad przypada na chłopców, natomiast hospitalizacje częściej dotyczą dziewcząt, a ich liczebność w tym zakresie rośnie w czasie.

5.4. Depresja – szczególny problem zdrowia publicznego

Depresja staje się jednym z kluczowych wyzwań zdrowotnych i społecznych w Polsce, dotycząc szacunkowo 1,28 miliona obywateli. Według danych NFZ w 2024 roku z pomocy medycznej z rozpoznaniem depresji skorzystało ponad 878 tysięcy pacjentów, przy czym największą grupę stanowili seniorzy w wieku 65–74 lata. Opieka nad chorymi realizowana była głównie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz w specjalistycznych poradniach psychologicznych i psychiatrycznych.

Równolegle obserwuje się dynamiczny wzrost farmakoterapii – w 2024 roku refundowane leki przeciwdepresyjne wykupiło 1,9 miliona osób, co stanowi wzrost o 97% w stosunku do roku 2013. Całkowity koszt refundacji tych preparatów wyniósł

niedługo ponad 290 milionów złotych. Niepokojącym zjawiskiem jest rosnąca liczba pacjentów poniżej 18. roku życia, realizujących recepty na leki przeciwdepresyjne. Analiza ciągłości leczenia na przykładzie sertraliny wykazała, że 48% pacjentów kontynuowało terapię przez zalecane 180 dni, a wśród nich 82% zachowało wysoką dyscyplinę w przyjmowaniu leków (pokrycie zapotrzebowania na poziomie co najmniej 80%)¹⁵⁰.

5.4.1. Skala problemu w kontekście międzynarodowym i krajowym

Wykres 22 wskazuje, że na tle innych państw europejskich Polska wyróżnia się relatywnie niskim wskaźnikiem zachorowalności na depresję, zajmując miejsce w dolnej części rankingu, poniżej średniej dla Unii Europejskiej.

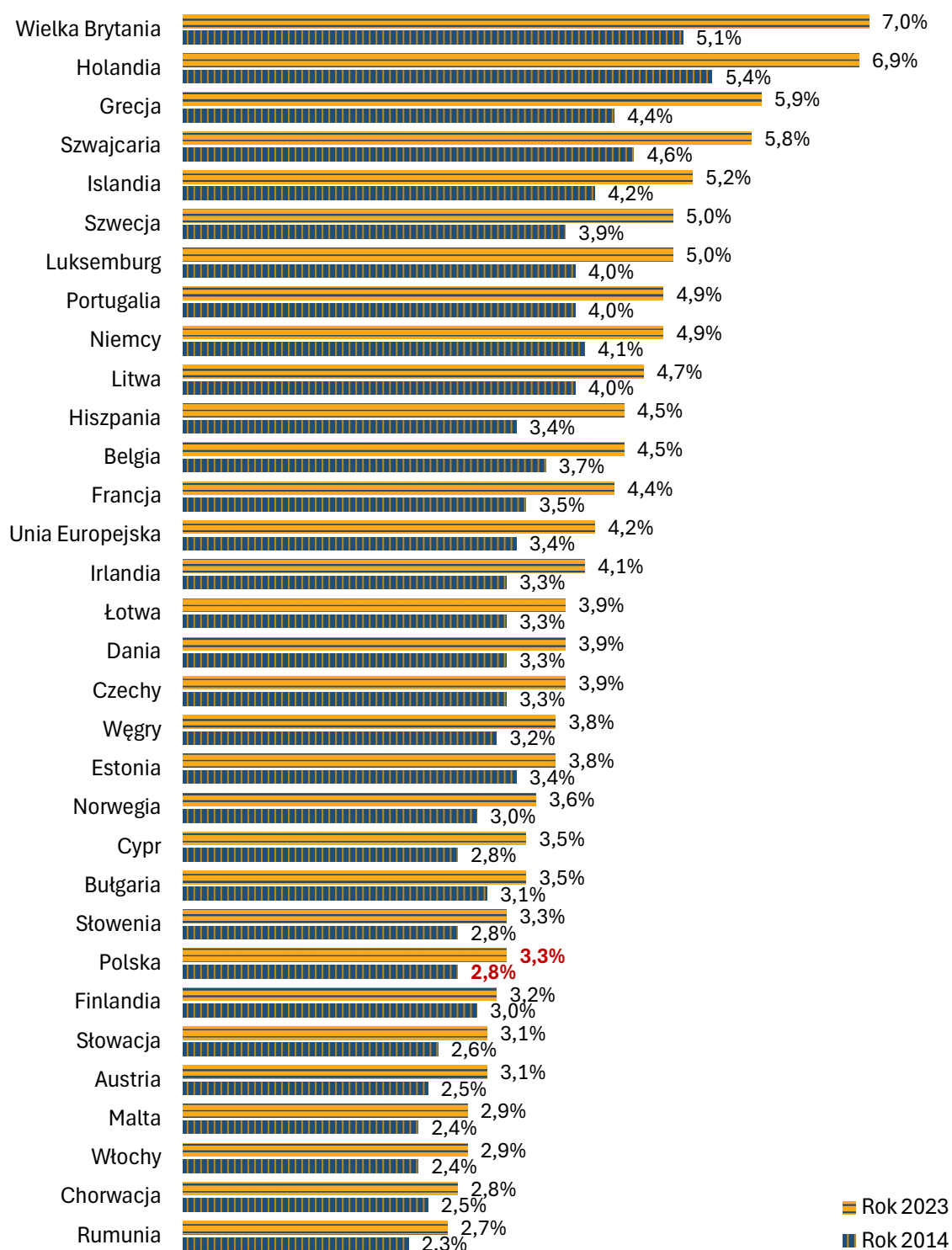
W analizowanym okresie odsetek osób zmagających się z depresją w Polsce wzrósł z poziomu 2,8% w 2014 roku do 3,3% w roku 2023. Choć przyrost ten jest wyraźny, pozostaje on mniej gwałtowny niż w krajach takich jak Wielka Brytania czy Grecja, gdzie dynamika wzrostu i końcowe wartości są znacznie wyższe.

Dla lepszego zrozumienia problemu warto przyjrzeć się długookresowym obserwacjom dotyczącym wstępowania depresji w Polsce. Zauważalne tendencje ilustruje wykres 22.

Wykres 22 przedstawia trend zachorowań na depresję w Polsce w latach 2000–2023 z podziałem na płeć, uwzględniając 95-procentowe przedziały ufności. Przez niemal dwie dekady odsetek osób chorych utrzymywał się na względnie stabilnym poziomie, wykazując jedynie niewielkie wahania, przy czym wskaźniki dla kobiet (około 3,2–3,5%) były stale wyższe niż dla mężczyzn (około 1,9–2,1%). Kluczowym momentem widocznym na wykresie jest gwałtowny wzrost zachorowalności po 2019 roku, co zbiega się w czasie z wybuchem pandemii COVID-19. W 2023 roku odsetek ten osiągnął najwyższe wartości w całym badanym okresie, wynosząc ponad 4% dla kobiet i około 2,5% dla mężczyzn. Szerokość wstęg przedziałów ufności sugeruje, że mimo wzrostu trendu precyzja szacunków pozostaje stabilna, a różnica między płciami jest statystycznie istotna w całym analizowanym czasie.

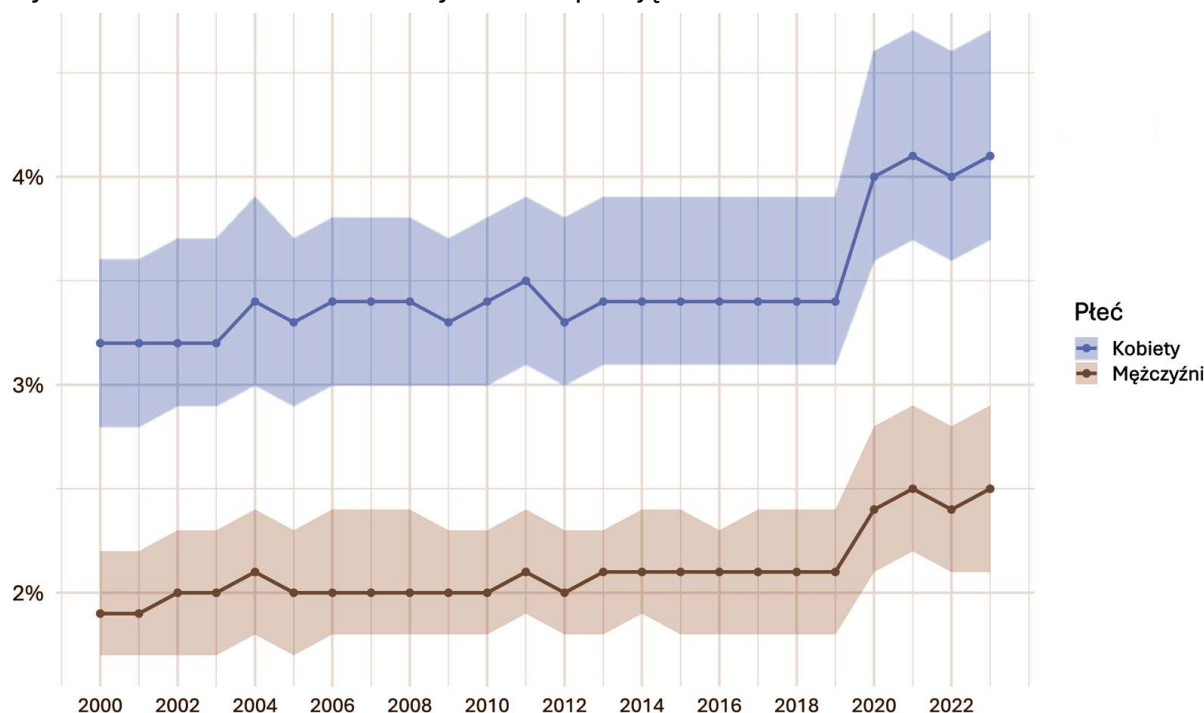
¹⁵⁰ Tamże.

Wykres 21. Odsetek osób chorych na depresję (F32, F33, F34.1 według ICD-10) w wybranych krajach europejskich w latach 2014 i 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 8.02.2026).

Wykres 22. Odsetek osób chorych na depresję w Polsce w latach 2000–2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 8.02.2026).

5.4.2. Struktura demograficzna pacjentów chorujących na depresję

Na podstawie analizy danych zastanych wnioskujemy, że wiek i płeć pacjentów chorujących na depresję, to ważne zmienne warunkujące postawienie diagnozy (tabela 8).

Tabela 8. Struktura wieku i płci pacjentów chorych na depresję w Polsce w latach 2013–2024

Rok	P*	K*	M*	ŚrW*	MW*	0–17 (%)	18–34 (%)	35–44 (%)	45–54 (%)	55–64 (%)	65–74 (%)	75+ (%)
2013	619,3	73,9	26,1	53,2	55,3	1,2	12,7	14,8	20,3	26,2	13,4	11,3
2014	632,4	73,9	26,1	53,3	55,5	1,4	12,7	15,0	19,4	26,1	13,9	11,5
2015	631,3	73,8	26,2	53,5	55,8	1,4	12,6	15,1	18,7	26,0	14,6	11,6
2016	634,7	73,7	26,3	53,8	56,0	1,5	12,4	15,0	18,2	25,4	15,4	12,1
2017	633,5	73,6	26,4	54,0	56,2	1,6	12,3	14,8	17,9	24,7	16,4	12,3
2018	631,8	73,3	26,7	53,9	56,3	2,0	12,4	14,6	17,7	23,5	17,3	12,5
2019	659,0	73,2	26,8	53,8	56,1	2,2	12,9	14,6	17,5	22,3	17,9	12,6
2020	647,3	73,2	26,8	54,2	56,4	2,2	12,5	14,2	17,7	21,7	18,9	12,9
2021	682,0	73,3	26,7	53,3	55,7	3,3	13,7	14,0	17,4	20,1	18,8	12,8
2022	730,3	73,2	26,8	52,3	53,8	4,1	14,8	14,1	17,3	18,7	18,3	12,6
2023	809,4	73,0	27,0	52,4	53,7	4,0	15,2	14,0	17,3	17,7	18,5	13,3
2024	879,3	72,5	27,5	52,9	53,9	3,7	15,0	14,0	17,4	17,2	18,6	14,2

* P – pacjenci [w tysiącach]; K – kobiety [%]; M – mężczyźni [%]; ŚrW – średnia wieku; MW – mediana wieku

Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 8.02.2026).

W celu pogłębienia analizy demograficznej pacjentów z rozpoznaniem depresji na podstawie dostępnych danych o strukturze wiekowej (udziały procentowe

w określonych grupach) wyznaczono dwa kluczowe wskaźniki syntetyczne: średni wiek oraz medianę wieku.

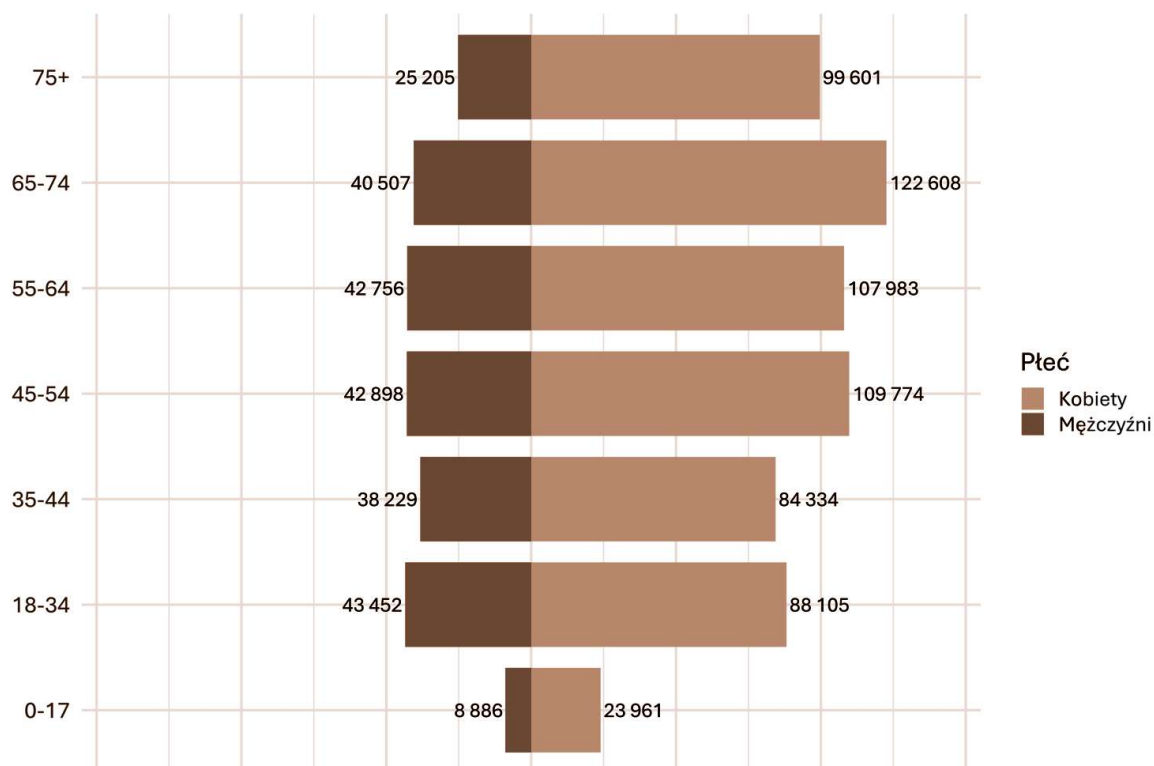
Średni wiek został oszacowany jako średnia ważona. Do obliczeń przyjęto punkty środkowe poszczególnych przedziałów wiekowych (na przykład dla grupy 18–34 lata przyjęto wiek 26 lat). Pozwala to na określenie ogólnego trendu starzenia się lub odmładzania populacji pacjentów w czasie. Mediana wieku wskazuje wartość środkową, co oznacza, iż połowa pacjentów w danym roku była młodsza od tej wartości, a połowa starsza. Została ona wyznaczona metodą statystycznej interpolacji, co pozwala na bardziej precyzyjne wskazanie „środka ciężkości” populacji niż sama średnia, zwłaszcza w przypadku występowania grup skrajnych (na przykład znacząco młodych pacjentów).

Ze względu na brak dostępu do danych jednostkowych (indywidualnego wieku każdego pacjenta) prezentowane wartości mają charakter szacunkowy. Służą one przede wszystkim do zobrazowania dynamiki zmian zachodzących w strukturze wieku osób korzystających ze świadczeń medycznych w latach 2013–2024.

Tabela 8 przedstawia strukturę demograficzną pacjentów, którym w latach 2013–2024 udzielono świadczeń z rozpoznaniem depresji, wraz z kluczowymi wskaźnikami wieku i płci. W całym analizowanym okresie wyraźnie dominuje populacja kobiet, których udział utrzymuje się na stabilnym poziomie około 73%, podczas gdy mężczyźni stanowią około 27% pacjentów. Do 2020 roku obserwowany jest stopniowy wzrost średniej i mediany wieku pacjentów, co wskazuje na starzenie się populacji korzystającej ze świadczeń. Po 2020 roku następuje wyraźne obniżenie obu miar wieku, co wiąże się ze wzrostem udziału dzieci, młodzieży oraz młodych dorosłych, szczególnie w grupach 0–17 oraz 18–34 lata. Jednocześnie zmniejsza się udział pacjentów w starszych grupach wieku produkcyjnego (55–64 lata), co potwierdza przesunięcie ciężaru problemu depresji w stronę młodszych kohort wiekowych.

Liczba kobiet korzystających ze świadczeń jest w każdym przedziale wiekowym co najmniej dwukrotnie wyższa niż liczba mężczyzn, a w grupie seniorów (65–74 lata) różnica ta jest najbardziej widoczna – na jednego leczonego mężczyznę przypada około trzy kobiety.

Wykres 23. Piramida wieku pacjentów z depresją w Polsce w 2024 r. – liczba osób, którym udzielono świadczeń według grup wieku i płci



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 8.02.2026).

Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia za lata 2013–2023 wskazuje na wyraźny trend wzrostowy liczby osób chorych. W roku 2013 liczba pacjentów wynosiła około 1,09 miliona, natomiast po roku 2020 (okres pandemii COVID-19) nastąpił gwałtowny wzrost. W 2023 roku liczba osób chorych na depresję w Polsce osiągnęła poziom 1 miliona 286 tysięcy osób, co oznacza wzrost o blisko 18% w ciągu dekady.

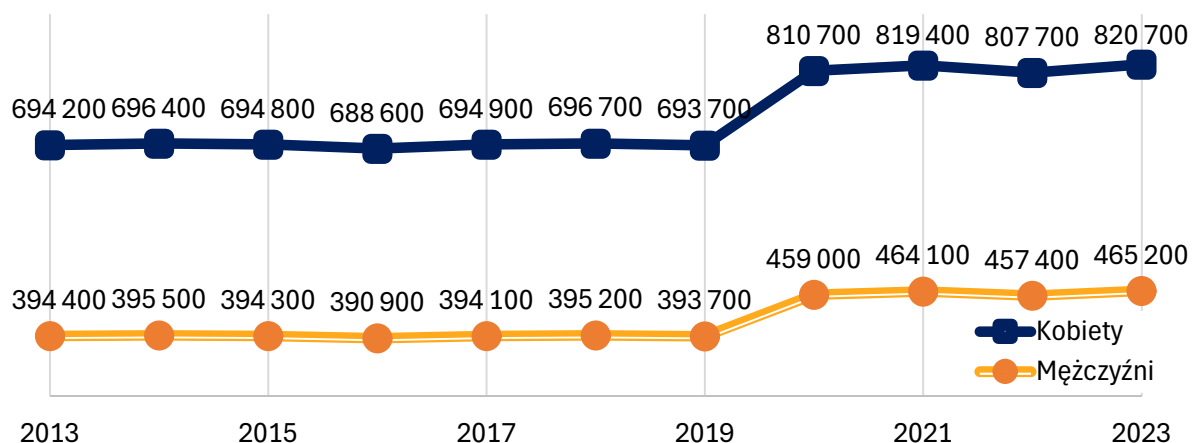
Tabela 9. Liczba osób chorych na depresję w Polsce w latach 2013–2023

Rok	Liczba chorych (w milionach)
2013,0	1088600,0
2015,0	1089100,0
2017,0	1089000,0
2019,0	1087400,0
2021,0	1283500,0
2023,0	1285900,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 2.02.2026).

Wzrost ten jest widoczny na poniższym wykresie, który obrazuje stabilizację wskaźników do roku 2019 i wyraźne pogorszenie sytuacji w latach 2020–2023.

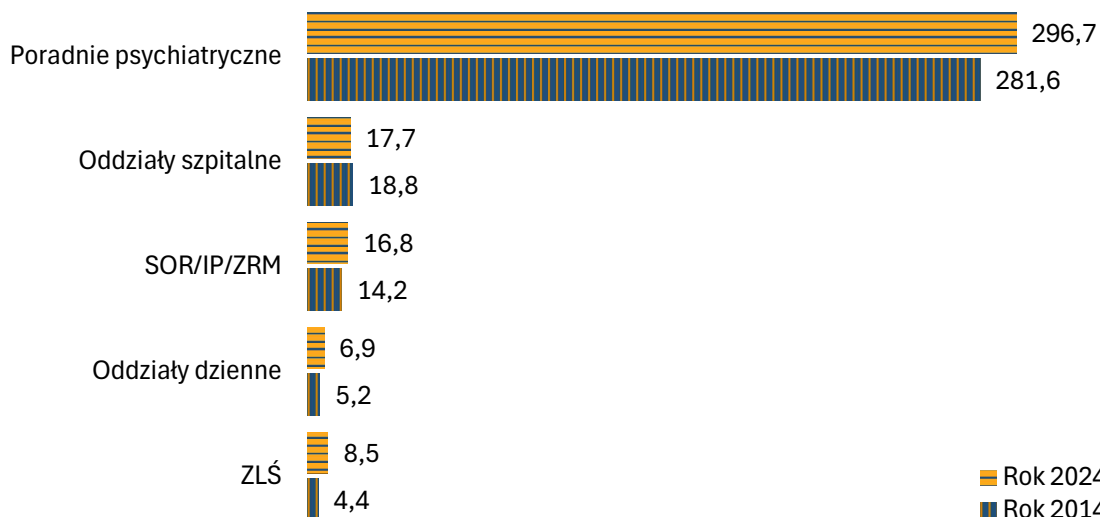
Wykres 24. Liczba osób chorych na depresję w Polsce według płci w latach 2013–2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 2.02.2026)

W badanym okresie, do 2019 roku, liczba zachorowań utrzymywała się na stabilnym poziomie, oscylując w granicach 700 tysięcy dla kobiet oraz 400 tysięcy dla mężczyzn. Na przełomie 2019 i 2020 roku zaznacza się gwałtowny wzrost liczby pacjentów obu płci, który utrzymał się w kolejnych latach, osiągając w 2023 roku poziom ponad 800 tysięcy u kobiet i blisko 500 tysięcy u mężczyzn. Przez cały analizowany okres utrzymuje się znacząca dysproporcja, wskazująca na niemal dwukrotnie wyższą liczbę kobiet zmagających się z tą chorobą w porównaniu do populacji mężczyzn.

Wykres 25. Porównanie liczby pacjentów (w tysiącach) chorych na depresję w Polsce w latach 2014 i 2024

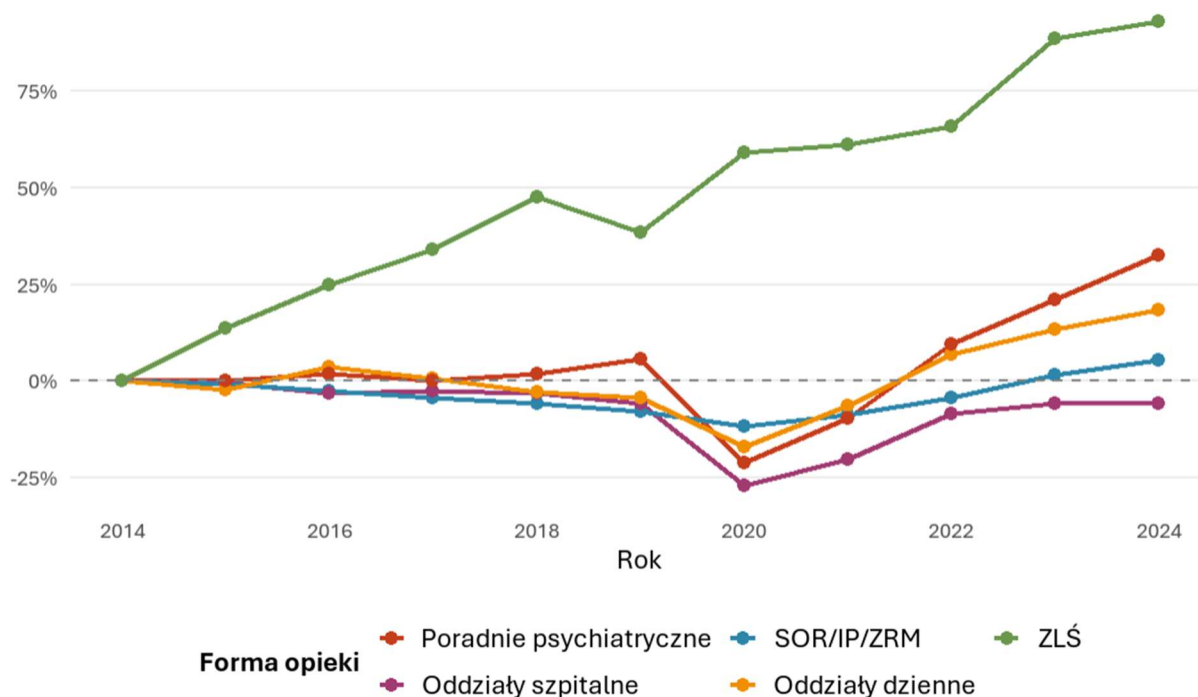


Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 2.02.2026).

Zdecydowanie największa grupa chorych, licząca blisko 300 tysięcy osób, korzysta z poradni psychiatrycznych, gdzie odnotowano wyraźny wzrost w ciągu dekady. W pozostałych kategoriach, takich jak oddziały dzienne, SOR-y czy zespoły leczenia środowiskowego (ZLŚ), widoczna jest tendencja wzrostowa, przy jednoczesnym niewielkim spadku liczby pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych. Szczególnie

dynamiczny przyrost, niemal dwukrotny, zaobserwowano w przypadku opieki środowiskowej (ZLS), co sugeruje stopniowe przesunięcie ciężaru leczenia w stronę modelu pozaszpitalnego.

Wykres 26. Procentowa zmiana liczby pacjentów w Polsce względem roku 2014



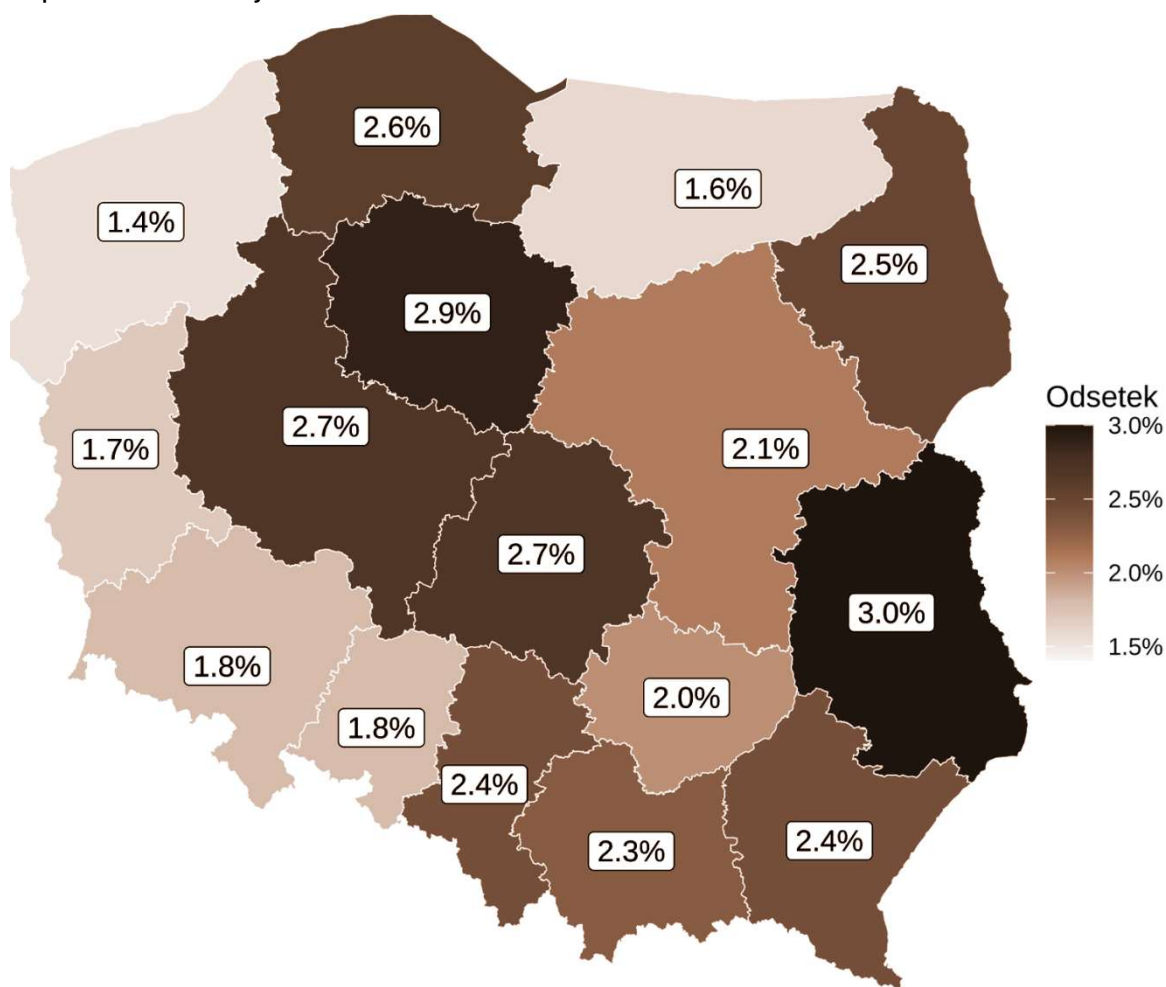
Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 2.02.2026).

Najbardziej widocznym trendem jest gwałtowny i niemal nieprzerwany wzrost znaczenia zespołów leczenia środowiskowego, w których liczba pacjentów do 2024 roku wzrosła o blisko 100%. Pozostałe formy opieki, takie jak poradnie psychiatryczne czy oddziały dzienne, po wyraźnym załamaniu w roku 2020 (związany z pandemią COVID-19), weszły w fazę intensywnego wzrostu, przekraczając poziomy z 2014 roku o odpowiednio: 33% i 18%. Jediną kategorią, która konsekwentnie utrzymuje się poniżej poziomu bazowego, są oddziały szpitalne, co potwierdza systematyczne odchodzenie od opieki stacjonarnej na rzecz wsparcia ambulatoryjnego i środowiskowego.

5.4.3. Analiza porównawcza trendów zachorowalności na depresję w Polsce i w województwie podlaskim

W 2024 roku województwo podlaskie należało do regionów o relatywnie wysokim odsetku mieszkańców, którym udzielono świadczeń z rozpoznaniem depresji. Odsetek ten wyniósł 2,5% ludności województwa, co oznacza poziom nieco wyższy niż średnia krajowa. W przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców przekłada się to na około 2,5 tysiąca osób korzystających ze świadczeń z powodu depresji.

Wykres 27. Odsetek osób, którym udzielono świadczeń z rozpoznaniem depresji, w podziale na województwa w Polsce



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja, zdrowie (dostęp: 8.02.2026).

W województwie podlaskim wskaźnik ten wynosi 2,5%, co sytuuje ten region powyżej średniej dla wielu województw zachodnich i południowych (takich jak lubuskie, dolnośląskie czy opolskie). Wartość ta jest zbliżona do poziomu odnotowanego w województwie pomorskim (2,6%) i jest wyraźnie wyższa niż w sąsiednim województwie warmińsko-mazurskim (1,6%), choć pozostaje niższa od najwyższego w skali kraju województwa lubelskiego (3%).

Dane podlaskiego NFZ dotyczące świadczeń w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień wskazują na wyraźny wzrost obciążenia systemu w latach 2020–2024. Łączna liczba udzielonych świadczeń wzrosła z około 712 tysięcy w 2020 roku do nieco ponad 1 miliona w roku 2024 (czyli o około 44%). Choć zestawienie nie jest ograniczone do rozpoznania depresyjnych, to stanowi istotny kontekst dla depresji jako jednego z głównych powodów korzystania z ambulatoryjnej i środowiskowej opieki psychiatrycznej.

Struktura przestrzenna realizacji świadczeń pokazuje silną koncentrację w aglomeracji białostockiej oraz w miastach na prawach powiatu. W 2024 roku

największe wolumeny odnotowano w powiecie białostockim oraz w mieście Białystok, a następnie w Suwałkach i Łomży – te cztery jednostki odpowiadały łącznie za około 80% wszystkich świadczeń w województwie. Jednocześnie część powiatów peryferyjnych charakteryzuje się znacząco niższymi wolumenami świadczeń, co może wskazywać na bariery dostępności (między innymi mniejszą liczbę zakontraktowanych form opieki, odpływ pacjentów do większych ośrodków lub niższą wykrywalność/zgłaszalność).

Dane Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, przekazane w odpowiedzi na wniosek o udostępnienie informacji publicznej z 25 września 2025 roku, umożliwiają analizę dostępności oraz wykorzystania świadczeń w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, w ramach których realizowane jest leczenie depresji. Analiza obejmuje liczbę pacjentów objętych opieką oraz liczbę świadczeń udzielonych pacjentom w latach 2020–2025, przy czym dane za 2025 roku mają charakter niepełny.

W analizowanym okresie obserwowany jest systematyczny wzrost liczby pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim, szczególnie widoczny po 2021 roku. Jednocześnie wzrost liczby udzielonych świadczeń był szybszy niż wzrost liczby pacjentów, co wskazuje na zwiększenie intensywności leczenia, rozumianej jako większa liczba kontaktów terapeutycznych przypadających na jednego pacjenta.

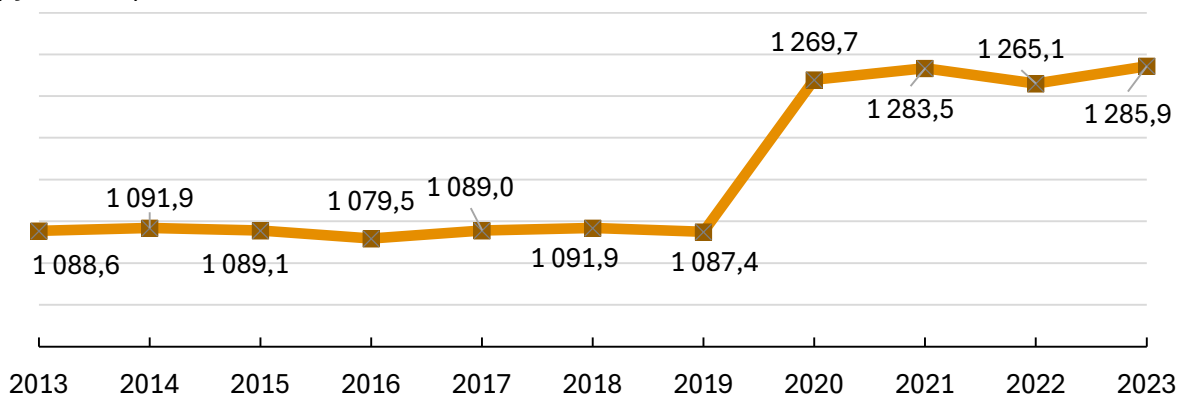
Analiza wskaźnika średniej liczby świadczeń na pacjenta potwierdza narastające obciążenie systemu ochrony zdrowia psychicznego w regionie. Zjawisko to może być interpretowane jako efekt rosnącej złożoności problemów zdrowotnych pacjentów, wydłużającego się procesu leczenia depresji oraz ograniczonej dostępności alternatywnych form wsparcia poza systemem kontraktowanym przez NFZ.

Na tle danych ogólnopolskich (NFZ, lata 2013–2024) województwo podlaskie wpisuje się w obserwowany w skali kraju długookresowy trend wzrostu liczby osób leczonych z powodu depresji. Podkreślić należy jednak, że prezentowane dane regionalne obejmują wyłącznie świadczenia realizowane w ramach kontraktów z NFZ i nie uwzględniają świadczeń komercyjnych ani realizowanych poza systemem publicznym, co stanowi istotne ograniczenie interpretacyjne.

Analiza trendów zachorowalności na depresję wymaga uwzględnienia dwóch perspektyw: ogólnopolskiej (długookresowej) oraz regionalnej (szczegółowej). Ze względu na różnice w dostępności danych statystycznych porównanie to opiera się na zestawieniu trendu krajowego z lat 2013–2024 oraz danych regionalnych z lat 2020–2025.

Perspektywa ogólnopolska (wykres 28) pokazuje, że w skali kraju jest stała tendencja wzrostowa liczby osób leczonych z powodu depresji, co potwierdza, że depresja stanowi narastające wyzwanie dla publicznego systemu ochrony zdrowia.

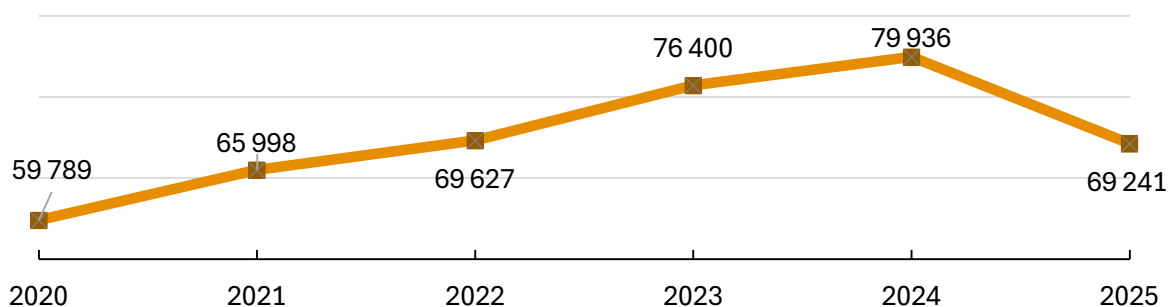
Wykres 28. Liczba osób leczonych z powodu depresji w Polsce w latach 2013–2024 (tys. osób)



Źródło: NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013–2024, ezdrowie, 2025 (dostęp: 8.02.2026).

Strukturę przestrzenną badanego zjawiska w województwie podlaskim przedstawia wykres 29.

Wykres 29. Liczba osób leczonych z powodu depresji w województwie podlaskim w latach 2020–2025



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013–2024, ezdrowie, 2025 oraz Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dostęp: 8.02.2026).

Dane Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za lata 2020–2025 potwierdzają, że region wpisuje się w trend krajowy. Od 2020 roku liczba pacjentów objętych opieką psychiatryczną w województwie wykazuje dynamikę wzrostową, przy czym szczególnie istotny przyrost odnotowano w okresie po pandemii COVID-19.

Należy zaznaczyć, że dane regionalne za rok 2025 mają charakter niepełny i obejmują stan na wrzesień 2025 roku. Mimo to już na tym etapie liczba udzielonych świadczeń sugeruje utrzymanie wysokiego zapotrzebowania na opiekę specjalistyczną w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim.

5.4.4. Depresja a dostępność leczenia w województwie podlaskim

Analiza zachorowalności na depresję w województwie podlaskim wskazuje na systematyczny wzrost liczby pacjentów wymagających specjalistycznego wsparcia. Zjawisko to wpisuje się w ogólnopolski trend wzrostowy, w którym liczba osób leczonych z powodu zaburzeń depresyjnych (ICD-10: F32, F33) wzrosła w ostatniej dekadzie o kilkadziesiąt procent.

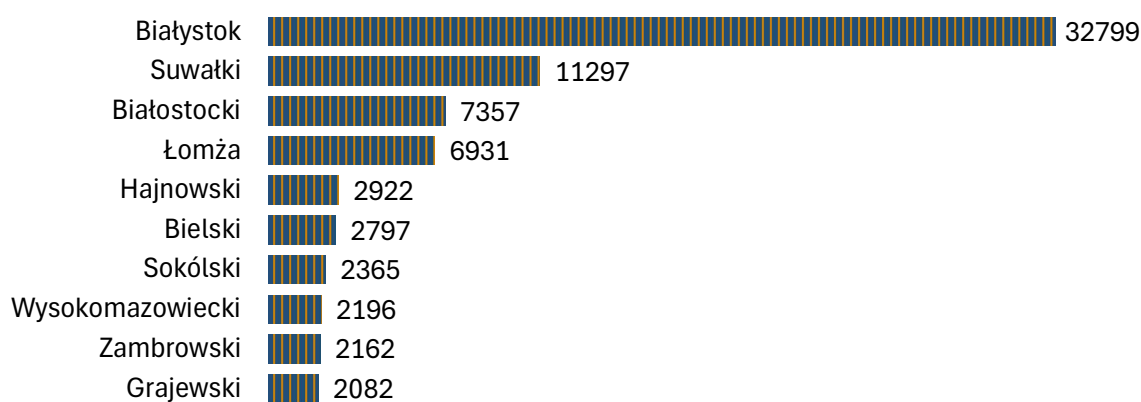
Z danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wynika, że system opieki psychiatrycznej w regionie mierzy się z rosnącym obciążeniem. W latach 2020–2024 liczba pacjentów objętych opieką w obszarze zdrowia psychicznego wykazała tendencję wzrostową w większości powiatów. Szczególną rolę odgrywa miasto Białystok, które pełni funkcję głównego ośrodka diagnostyczno-terapeutycznego dla całego województwa. W 2024 roku liczba pacjentów w Białymstoku była ponad czterokrotnie wyższa niż w kolejnym pod względem wielkości powiecie – białostockim (ziemskim).

Dostęp do leczenia depresji w regionie jest silnie scentralizowany. Największą liczbę poradni i oddziałów (zgodnie z kodami resortowymi 1700, 1701, 1791) odnotowuje się w Białymstoku, Łomży i Suwałkach. W powiatach takich jak augustowski, bielski czy hajnowski oferta ogranicza się zazwyczaj do pojedynczych poradni zdrowia psychicznego. W 2024 roku w samym Białymstoku udzielono blisko 300 tysięcy świadczeń, co stanowi dominującą część wolumenu wojewódzkiego.

Średnia liczba świadczeń przypadająca na jednego pacjenta waha się w zależności od powiatu, co sugeruje różnice w modelu opieki (przewaga opieki ambulatoryjnej w mniejszych powiatach *versus* dostęp do oddziałów dziennych i stacjonarnych w miastach) oraz czas oczekiwania. Dane za 2024 rok wskazują na zróżnicowany czas oczekiwania na wizytę w poradniach zdrowia psychicznego. W przypadkach stabilnych może on wynosić od kilku do kilkunastu tygodni, podczas gdy przypadki pilne są procesowane w trybie priorytetowym, choć ich dostępność jest limitowana kadrą medyczną.

Wzrost liczby rozpoznań depresji w województwie podlaskim wymaga dalszego wzmacniania opieki środowiskowej. Choć główne ośrodki miejskie zapewniają szeroki zakres usług, kluczowym wyzwaniem pozostaje wyrównanie dostępności do psychoterapii i poradnictwa psychiatrycznego w powiatach ziemskich, aby skrócić drogę pacjenta do diagnozy i podjęcia skutecznego leczenia.

Wykres 30. Liczba pacjentów z rozpoznaniem depresji objętych opieką w 2024 roku w województwie podlaskim – powiaty (top 10)



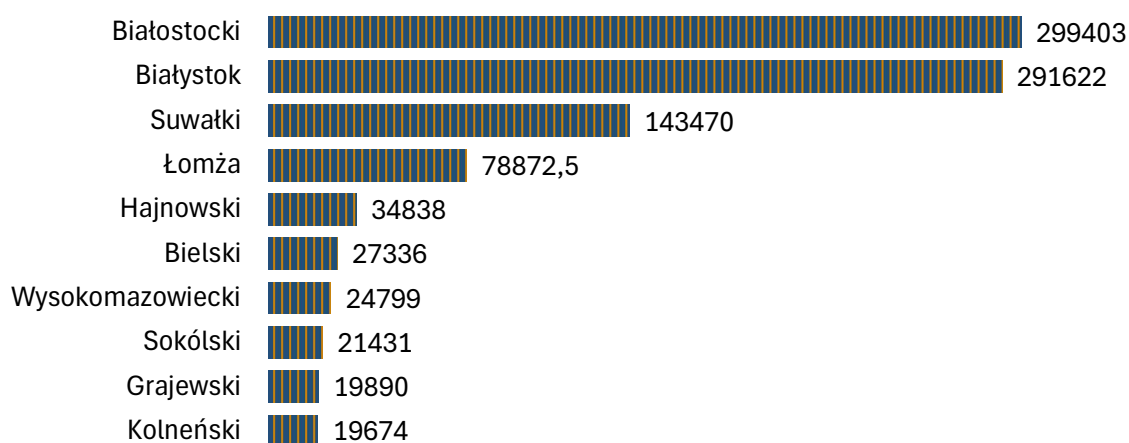
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykres 30 pokazuje dziesięć powiatów województwa podlaskiego, w których najwięcej osób korzystało z opieki zdrowotnej w zakresie zdrowia psychicznego w roku 2024.

Najwięcej pacjentów jest w powiecie grodzkim Białystok (ponad 30 tysięcy osób), co wyróżnia go na tle innych powiatów. Kolejne miejsce zajmuje powiat Suwałki (około 12 tysięcy pacjentów), następne są powiat białostocki i Łomża z liczbą pacjentów na zbliżonym poziomie: odpowiednio z około 7 i 8 tysiącami.

W pozostałych powiatach – hajnowskim, bielskim, sokólskim, wysokomazowieckim, zambrowskim oraz grajewskim – jest znacznie mniej pacjentów: w każdym przypadku poniżej 5 tysięcy. Wykres 31 pokazuje, że pacjenci koncentrują się przede wszystkim w największych ośrodkach miejskich, zwłaszcza w Białymstoku.

Wykres 31. Liczba świadczeń zdrowotnych w województwie podlaskim według powiatów w 2024 roku (top 10)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

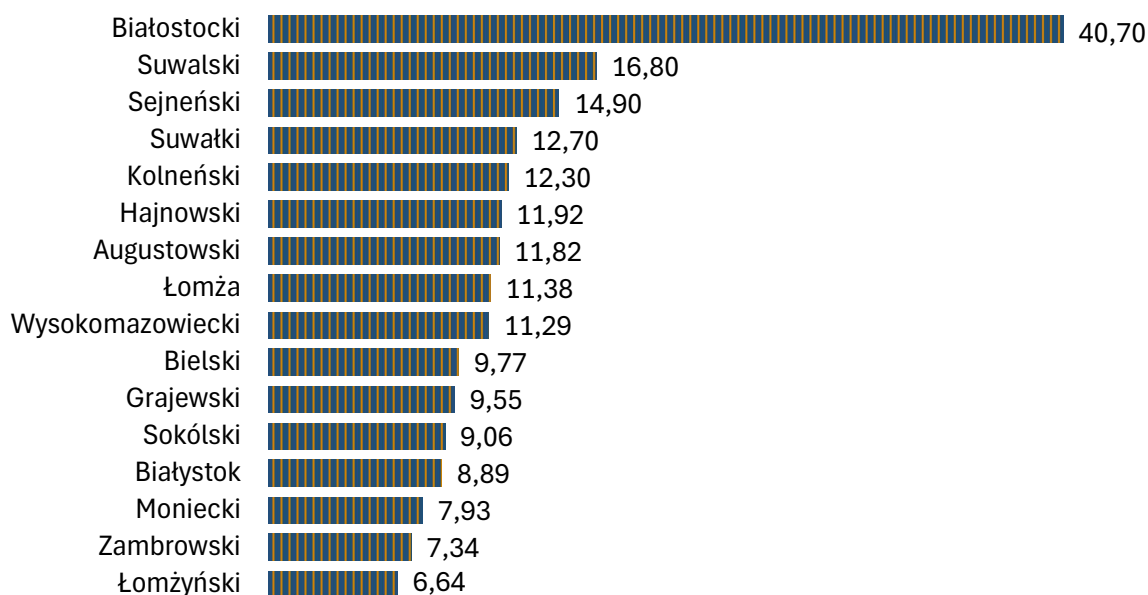
Ranking prezentuje dziesięć powiatów województwa podlaskiego według liczby udzielonych świadczeń zdrowotnych w 2024 roku w zakresie zdrowia psychicznego.

Na pierwszym miejscu jest powiat białostocki z liczbą świadczeń przekraczającą 300 tysięcy, dalej powiat Białystok, który do tej wartości wyraźnie się zbliża. Trzeci jest powiat Suwałki z liczbą świadczeń około 140 tysięcy.

Pozostałe powiaty – Łomża, Hajnowski, Bielski, Wysokomazowiecki, Sokółski, Grajewski oraz Kolneński – mają znacząco mniejszą liczbę świadczeń: każdy poniżej 70 tysięcy.

Choć powiat białostocki nie obsługuje największej liczby pacjentów, to generuje najwięcej świadczeń, co może wskazywać na większą intensywność lub częstotliwość udzielanej w tym obszarze opieki. Natomiast powiat Białystok – mimo iż ma najwięcej pacjentów – wykazuje mniejszą liczbę świadczeń, co może dowodzić różnic w modelach opieki lub dostępności usług.

Wykres 32. Liczba świadczeń na jednego pacjenta z depresją w województwie podlaskim według powiatów w 2024 roku – najwyższe wartości



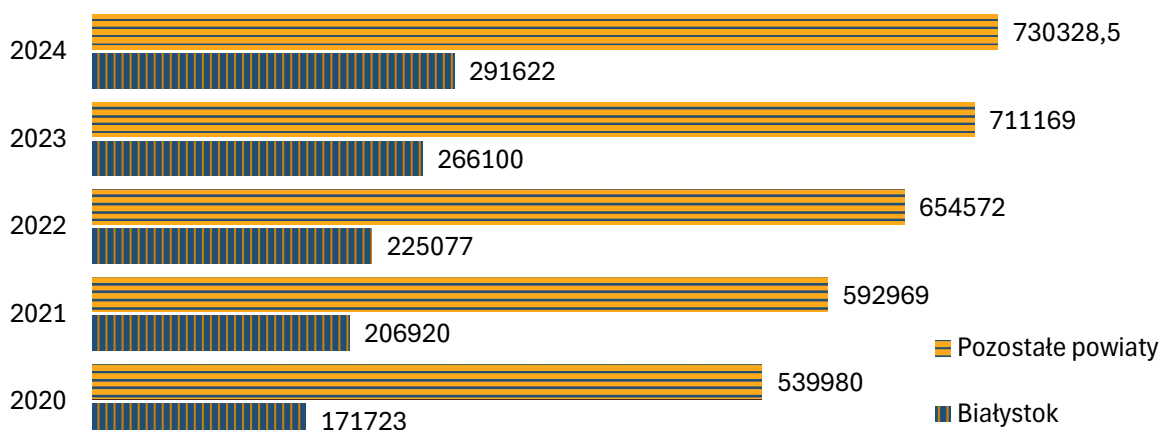
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Wykres 32 prezentuje powiaty z województwa podlaskiego, które w roku 2024 charakteryzują się najwyższą wartością wskaźnika liczby świadczeń przypadających na jednego pacjenta. Jest to jeden z kluczowych wskaźników określających intensywność udzielanej w danym regionie opieki psychiatrycznej.

Wśród wszystkich powiatów powiat białostocki wyróżnia się zdecydowanie najwyższym wynikiem, gdzie jeden pacjent korzysta średnio z ponad 40 świadczeń. To poziom znacznie odbiegający od pozostałych powiatów, co może wskazywać na bardzo wysoką intensywność prowadzonej terapii lub specyfikę jednostek świadczących usługi medyczne na terenie powiatu (na przykład placówki opieki długoterminowej czy stacjonarnej).

W większości pozostałych powiatów, wśród nich między innymi w hajnowskim, augustowskim, łomżyńskim czy wysokomazowieckim, wartość ta kształtuje się na poziomie 10–12 świadczeń przypadających na jednego pacjenta. Białystok, choć jest miastem z największą liczbą pacjentów (co widać na poprzednich wykresach), znajduje się w dolnej części rankingu, z wynikiem poniżej 10 świadczeń na osobę. Wynika z tego model opieki mniej intensywnej (prawdopodobnie przeważają jednorazowe porady ambulatoryjne) niż w powiecie białostockim, gdzie opieka jest znacznie bardziej skondensowana.

Wykres 33. Liczba świadczeń w województwie podlaskim w latach 2020–2024 – Białystok i pozostałe powiaty



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Na wykresie 33 zaprezentowano liczbę udzielonych świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego w województwie podlaskim w latach 2020–2024 z podziałem na miasto Białystok oraz na pozostałe powiaty.

W przypadku obu linii na wykresie (Białystok oraz suma pozostałych powiatów) widoczna jest tendencja wzrostowa na przestrzeni omawianych lat. Świadczy to o coraz większym zapotrzebowaniu na świadczenia psychiatryczne i psychologiczne w województwie.

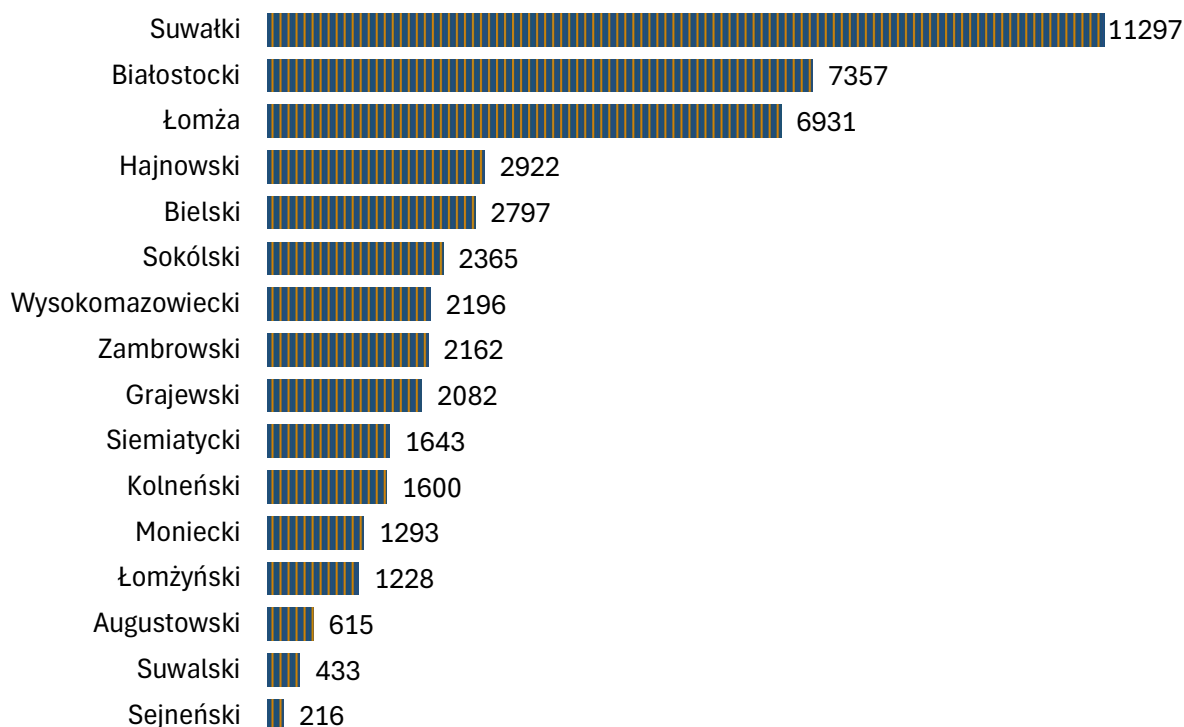
Liczba świadczeń w Białymstoku wzrosła z poziomu poniżej 200 tysięcy w 2020 roku do prawie 300 tysięcy w 2024 roku. Widać tu trend stałego i niemal liniowego wzrostu.

Suma świadczeń w pozostałych powiatach jest znacznie wyższa (co wynika z sumy danych z wielu powiatów) i wzrosła z poziomu około 550 tysięcy w 2020 roku do ponad 700 tysięcy w roku 2024.

Podsumowując, z wykresu 33 wynika, że system ochrony zdrowia psychicznego w regionie jest coraz bardziej obciążony, przy czym tempo wzrostu w stolicy województwa nie odbiega od tendencji panujących w pozostałych częściach regionu. Potrzebne są zatem kolejne zwiększenia nakładów na ten sektor.

Na wykresie 34 zaprezentowano liczbę pacjentów powiatów województwa podlaskiego na 2024 rok. Miasto Białystok zostało pominięte w zestawieniu w celu uzyskania lepszej czytelności powiatów ziemskich. W powiecie suwalskim liczba pacjentów przekroczyła 11 tysięcy i nadal jest najwyższa w województwie. Kolejne dwa powiaty: białostocki oraz miasto Łomża mają po około 7–8 tysięcy osób. Na środku wykresu ułożone są powiaty hajnowski i bielski, odpowiednio z prawie 3 tysiącami pacjentów. Na końcu listy znajduje się powiat suwalski (ziemski) i sejneński z najniższą liczbą osób objętych opieką. Dzięki zastosowaniu takiej skali można zobaczyć różnice w obciążeniu systemu między poszczególnymi powiatami regionu.

Wykres 34. Liczba pacjentów w powiatach województwa podlaskiego w 2024 roku – z wyłączeniem miasta Białystok



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Analizując wykresy, można sformułować kilka istotnych wniosków na temat opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim w 2024 roku.

Skupienie w miastach dużej liczby pacjentów: miasta Białystok, Suwałki i Łomża – to tutaj właśnie mieszka najwięcej pacjentów, a największe ośrodki psychiatryczne mają swoje siedziby.

Zapotrzebowanie na opiekę wciąż rośnie: jeżeli spojrzeć na wykresy dynamiczne, to widać na nich, że liczba udzielonych świadczeń rosła dynamicznie z roku na rok, od 2020 do 2024, nie tylko w Białymstoku, ale też w powiatach ziemskich, co napawa niepokojem, świadcząc o pogorszeniu stanu zdrowia psychicznego populacji.

O ile w Białymstoku oraz w powiecie białostockim odnotowano dużą liczbę pacjentów, o tyle w tej drugiej jednostce administracyjnej udzielono najwięcej świadczeń w ogóle (ponad 40 na jednego pacjenta) oraz wyjątkowo dużo intensywnych.

Rozłożenie opieki w regionie jest nierównomierne, co szczególnie widoczne jest na wykresach, i dotyczy powiatów na przykład sejneńskiego, suwałskiego (ziemski) oraz Łomży. Jest tam nieporównywalnie mniej pacjentów, a więc i mniej świadczeń niż w powiecie białostockim czy w samym Białymstoku.

5.5. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w województwie podlaskim

5.5.1. Pozycja województwa podlaskiego na tle kraju

W skali ogólnopolskiej województwo podlaskie odnotowuje najniższą bezwzględną liczbę osób korzystających ze świadczeń w zakresie opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień. W 2023 roku skorzystały z nich 44 682 osoby, co stanowi 2,1% ogólnopolskiej liczby pacjentów (2 117 564 osób).

W przeliczeniu na 100 tysięcy mieszkańców wskaźnik dla województwa podlaskiego wynosi 3917,1 i jest wyraźnie niższy od średniej krajowej (5617,1). Województwo pod tym względem plasuje się na czternastym miejscu w kraju, ustępując jedynie województwom wielkopolskiemu (4039,8) i zachodniopomorskiemu (3903,6).

Tabela 10. Liczba osób leczonych psychiatrycznie według województw w 2023 roku

Województwo	Liczba leczonych	Na 100 tysięcy mieszkańców
Mazowieckie	490848	8909,4
Łódzkie	159651	6735,3
Kujawsko-pomorskie	132041	6596,5
Lubuskie	61485	6290,1
Pomorskie	144024	6107,1
Śląskie	244992	5654,0
POLSKA	2117564	5617,1
Małopolskie	173862	5070,7
Warmińsko-mazurskie	62392	4579,5
Podkarpackie	93156	4487,7
Opolskie	41407	4407,5
Lubelskie	88776	4399,6
Dolnośląskie	125743	4361,3
Świętokrzyskie	49629	4229,9
Wielkopolskie	141002	4039,8
Podlaskie	44682	3917,1
Zachodniopomorskie	63874	3903,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., stat.gov.pl oraz Sprawozdanie z działalności 2023 rok, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2024 (dostęp: 8.02.2026).

W strukturze rozpoznań dominują zaburzenia nerwicowe, odżywiania i zespoły behawioralne (15 078 osób, 33,7%), następnie zaburzenia nastroju (8248 osób, 18,5%) oraz zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu (5790 osób, 13%).

Charakterystyczną cechą województwa jest stosunkowo wysoki odsetek pacjentów leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu – wskaźnik 507,6 na 100 tysięcy mieszkańców jest wyższy od średniej krajowej (402) i lokuje podlaskie na piątym miejscu w kraju.

Aby umieścić lokalny obraz problemu w szerszym kontekście, poniżej przedstawiono rozkład zaburzeń związanych z uzależnieniami na poziomie krajowym.

Tabela 11. Liczba pacjentów leczonych z powodu uzależnień w Polsce

Typ zaburzenia	Liczba pacjentów	% ogółu leczonych
Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu	151545	7,2%
Zaburzenia spowodowane używaniem środków psychoaktywnych	68151	3,2%
Używanie tytoniu	1683	0,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., stat.gov.pl oraz Sprawozdanie z działalności 2023 rok, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2024 (dostęp: 8.02.2026).

Porównanie danych krajowych z wynikami dla województwa podlaskiego wskazuje na wyraźne przesunięcie skali problemu alkoholowego w regionie. Udział rozpoznań związanych z używaniem alkoholu w strukturze rozpoznań w województwie podlaskim wynosi 13% (5 790 osób) i przekłada się na wskaźnik 507,6 na 100 tysięcy mieszkańców – to wartości wyższe od średnich krajowych (151 545 osób; 7,2% ogółu leczonych; średnio 402 na 100 tysięcy). Różnica ta potwierdza relatywnie większe obciążenie problemami alkoholowymi w województwie i uzasadnia kierunkowanie dodatkowych działań profilaktycznych oraz wzmocnienie dostępności usług leczniczych i rehabilitacyjnych w obszarze uzależnień.

5.5.2. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w wymiarze infrastrukturalnym

W województwie podlaskim funkcjonuje siedem centrów zdrowia psychicznego (CZP) objętych programem pilotażowym, w tym sześć typu A (pełnoprofilowych) i jedno typu B (częściowych). Łączna wartość kontraktów CZP w 2025 roku wynosi 129 615 879,26 złotych.

Tabela 12. Centra zdrowia psychicznego w województwie podlaskim (stan na 5 stycznia 2026)

Nazwa podmiotu	Obszar działania	Typ CZP
Szpital Ogólny imienia doktora Witolda Gineła w Grajewie	powiaty grajewski, moniecki	A
SPZOZ w Hajnówce	powiaty hajnowski, bielski, siemiatycki	A
Szpital Wojewódzki w Łomży	miasto Łomża, powiaty łomżyński, zambrowski	A
USK w Białymstoku	1/3 miasta Białystok + gminy ościenne	A
Szpital Ogólny w Kolnie	powiat kolneński	A
SP Psychiatryczny ZOZ w Choroszczy	1/3 miasta Białystok + gminy ościenne	A
REVIT Sp. z o.o. w Białymstoku	1/3 miasta Białystok, miasto Łapy + gminy	B

Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ, Centra Zdrowia Psychicznego – dane teleadresowe (stan na 5 stycznia 2026).

Infrastruktura stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim została przedstawiona w tabeli 13.

Tabela 13. Zasoby infrastruktury stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim (2024)

Rodzaj placówki	Liczba zakładów	Liczba łóżek/ miejsc	Liczba leczonych	Średni czas pobytu (dni)
Szpitala psychiatryczne	2,0	1022,0	10964,0	31,1
Ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego	2,0	50,0	296,0	48,1
Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych	2,0	57,0	138,0	139,6
Zakłady opiekuńczo-lecznicze typu psychiatrycznego	1,0	51,0	67,0	247,7
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego	2,0	97,0	120,0	281,2
RAZEM	9,0	1277,0	11585,0	[pusta]

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., stat.gov.pl (dostęp: 8.02.2026).

Województwo podlaskie dysponuje następującą liczbą zakontraktowanych etatów specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień.

Tabela 14. Liczba zakontraktowanych etatów specjalistów w województwie podlaskim (2025)

Specjalność	Liczba etatów	Etaty na 100 tysięcy mieszkańców
Psychiatra	161,0	14,1
Psychiatra dziecięcy	21,2	1,9
Psycholog	88,9	7,8
Psychoterapeuta	90,1	7,9
Instruktor terapii uzależnień	6,8	0,6
RAZEM	368,0	32,3

Źródło: Podlaski OW NFZ, dane dotyczące świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, arkusz 1.3.

System opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w województwie podlaskim jest rozbudowany i obejmuje trzy poziomy referencyjne.

Tabela 15. Placówki opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (struktura nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem podziału na tak zwane poziomy referencyjne

Poziom referencyjny	Rodzaj placówki	Liczba jednostek
Pierwszy poziom	ośrodki środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej	19,0
Drugi poziom	centra zdrowia psychicznego (poradnia + oddział)	5,0
Trzeci poziom	ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej	1,0

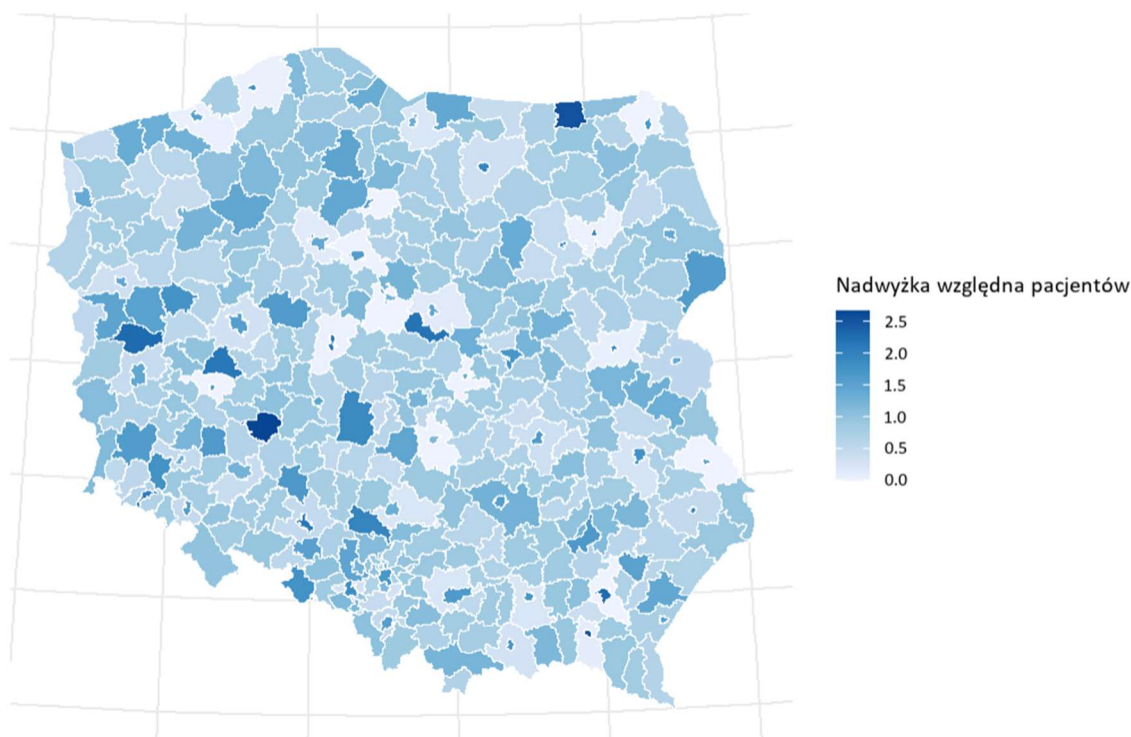
Źródło: Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, Ministerstwo Zdrowia, BKS – poziomy referencyjne (stan na 7 stycznia 2026) (dostęp: 8.02.2026).

Jednostki pierwszego poziomu zlokalizowane są w Grajewie, Wysokiem Mazowieckiem, Łomży, Sławcu, Sokółce, Suwałkach, Augustowie, Sejnach, Mońkach, Żubrynie, Kolnie, Białymstoku, Bielsku Podlaskim, Zambrowie, Siemiatyczach, Hajnówce i Czarnej Białostockiej. W województwie podlaskim w ramach II poziomu referencyjnego funkcjonuje pięć centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży: Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny imienia Ludwika Zamenhofs w Białymstoku, Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach, NZOZ Ośrodek Psychiatrii i Psychoterapii Dzieci i Młodzieży „EUREKA” w Białymstoku, ANIMUS Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychiatrycznej i Psychoterapeutycznej w Bielsku Podlaskim oraz Fractal Concept Sp. z o.o. w Białymstoku.

5.5.3. Mobilność pacjentów i dostępność przestrzenna

Dane o migracjach powiatowych wskazują, że największe nadwyżki względne pacjentów obserwuje się w powiatach z rozwiniętą infrastrukturą psychiatryczną (główne miasta regionu), część powiatów pełni funkcję ośrodków ponadlokalnych, przyciągając pacjentów z sąsiednich obszarów o słabszej ofercie. Zanim zostaną przedstawione informacje dotyczące *stricte* województwa podlaskiego, warto nakreślić kontekst krajowy.

Wykres 35. Migracje dorosłych pacjentów psychiatrycznych w Polsce według powiatów w roku 2018



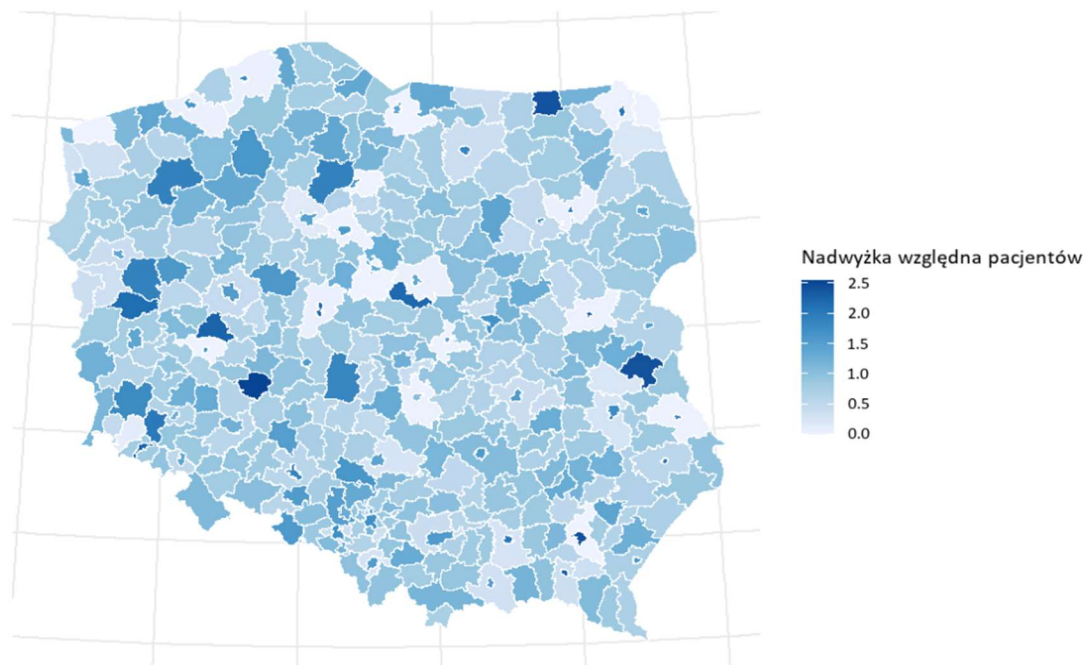
Źródło: opracowanie własne na podstawie: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 8.02.2026).

Im ciemniejszy odcień niebieskiego, tym większa liczba pacjentów korzystających z leczenia psychiatrycznego w danym powiecie w stosunku do liczby mieszkańców tego powiatu. Mapa pokazuje wyraźnie, że największe nadwyżki względne występują w wybranych ośrodkach miejskich i regionach z rozwiniętą infrastrukturą psychiatryczną, podczas gdy większość powiatów charakteryzuje się umiarkowanym lub niskim poziomem tego wskaźnika.

Porównując mapy przedstawiające nadwyżkę względną pacjentów psychiatrycznych w powiatach Polski w latach 2018 i 2023, obserwuje się, że ogólny rozkład przestrzenny tego wskaźnika pozostaje podobny w obu okresach. Największe nadwyżki względne nadal koncentrują się w wybranych powiatach miejskich i regionach z rozwiniętą infrastrukturą psychiatryczną, co sugeruje, że ośrodki te wciąż przyciągają pacjentów z innych powiatów.

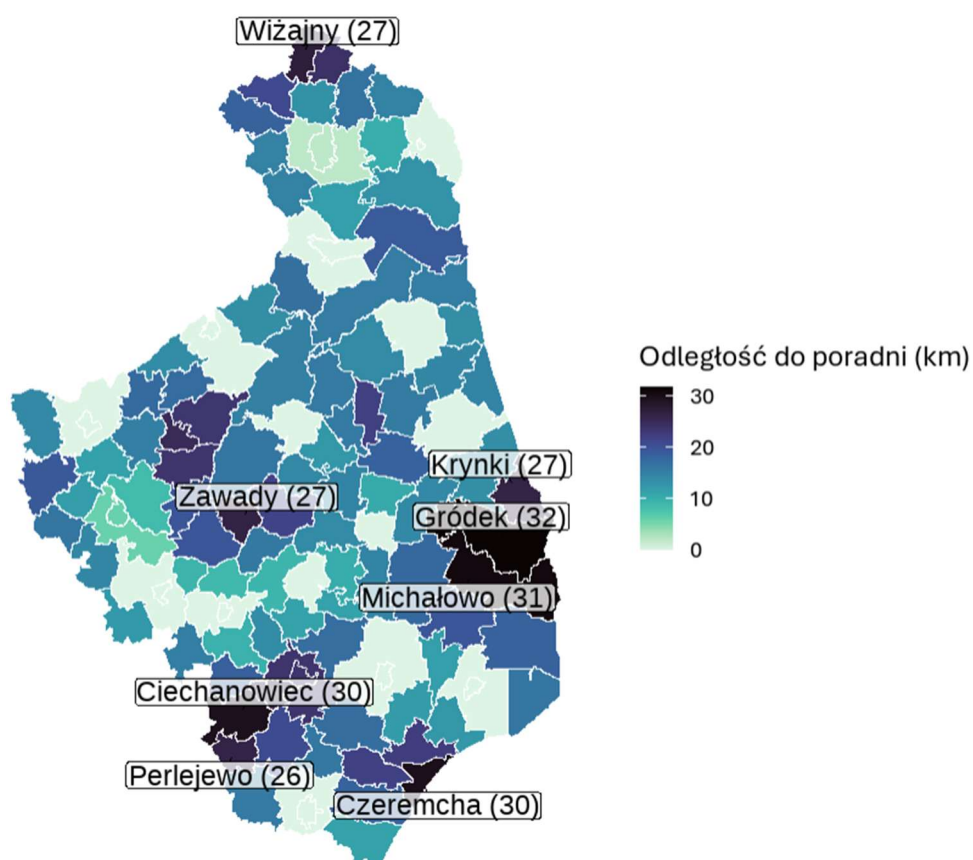
W niektórych regionach, zwłaszcza na zachodzie i południu kraju, widoczna jest jednak lekka intensyfikacja ciemniejszych odcieni, co świadczy o wzroście koncentracji pacjentów w tych powiatach w 2023 roku. Jednocześnie w części powiatów centralnych i wschodnich odnotowano nieznaczne rozjaśnienie mapy, co może sugerować bardziej równomierny rozkład pacjentów lub poprawę dostępności opieki psychiatrycznej w tych rejonach. Jednak główne ośrodki psychiatryczne utrzymują swoją pozycję jako miejsca o najwyższej nadwyżce względnej pacjentów.

Wykres 36. Migracje dorosłych pacjentów psychiatrycznych w Polsce według powiatów w roku 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 8.02.2026).

Wykres 37. Odległość gmin od najbliższej gminy z poradnią w województwie podlaskim w roku 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 8.02.2026).

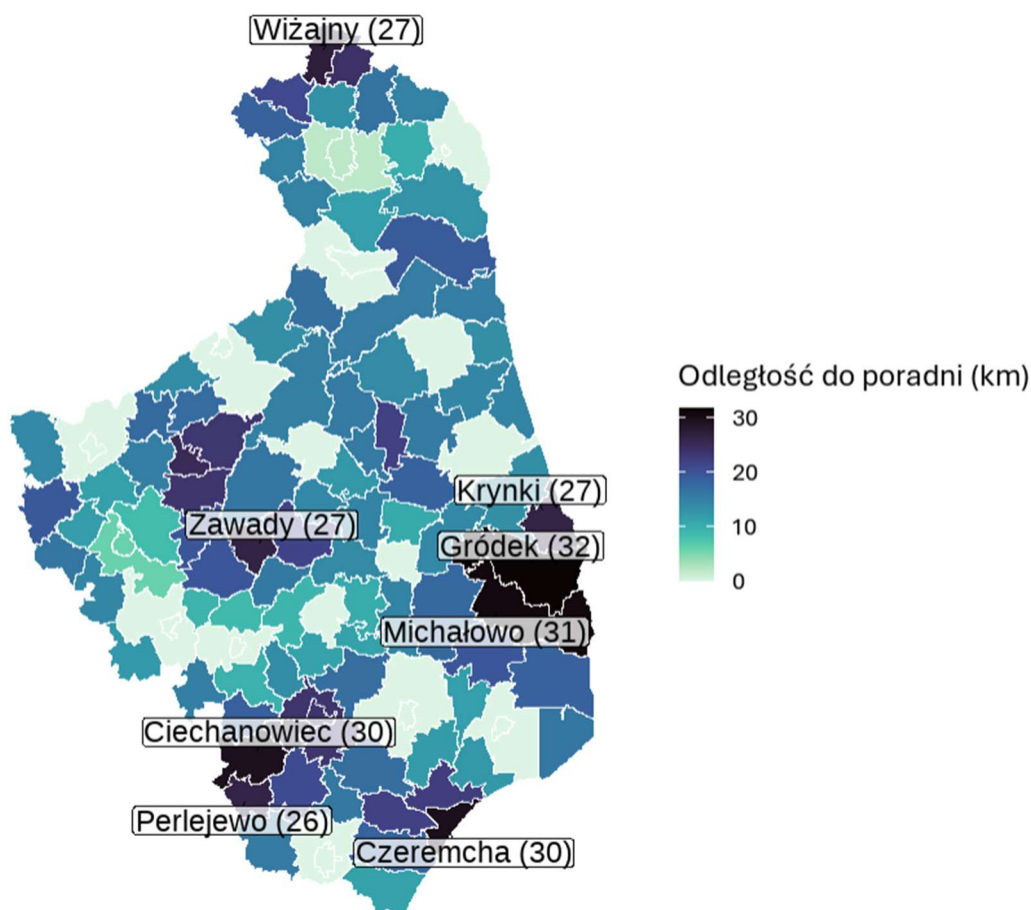
Na wykresie 37 zaznaczono gminy z odległością powyżej 25 kilometrów do najbliższej gminy z poradnią (top 8). Największe dystanse występują na wschodnich i południowo-wschodnich rubieżach regionu, zwłaszcza w gminach Gródek (około 32 kilometrów), Michałowo (31 kilometrów), Ciechanowiec i Czeremcha (po około 30 kilometrów).

Na wykresie 38 zaznaczono gminy z odległością powyżej 25 kilometrów do najbliższej gminy z poradnią (top 8).

Na obu mapach – z 2018 i 2023 roku – układ dostępności do najbliższej gminy z poradnią w województwie podlaskim pozostaje znacząco podobny. Najdłuższe dojazdy wciąż skupiają się na wschodniej i południowo-wschodniej krawędzi regionu oraz w kilku gminach północy. W obu latach wśród najstabilniej skomunikowanych jednostek powtarzają się te same nazwy: Gródek i Michałowo na wschodzie, Czeremcha i Ciechanowiec na południu, a także Krynki, Wizajny, Zawady i Perlejewo. Maksymalne odległości nie uległy wyraźnemu obniżeniu, w 2018 roku sięgały około 32 kilometrów, a w 2023 roku pozostają na znacząco zbliżonym poziomie, co wskazuje, że problem peryferyjnych „białych plam” ma charakter strukturalny. W środkowej i zachodniej części województwa można dostrzec pojedyncze rozjaśnienia

i przyciemnienia, sugerujące punktowe zmiany – niektóre odległości nieco się skróciły, gdzie indziej nieco wydłużyły – jednak nie przekłada się to na systemową poprawę całego układu. Wynika z tego, że w latach 2018–2023 przestrzenny wzorzec dostępności pozostał w zasadzie niezmienny, a priorytety interwencji nadal koncentrują się na gminach przy granicy wschodniej i południowo-wschodniej, gdzie dojazdy są najdłuższe.

Wykres 38. Odległość gmin od najbliższej gminy z poradnią w województwie podlaskim w roku 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie: Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych (dostęp: 8.02.2026).

Dane wskazują również, że łączna wartość kontraktów NFZ na świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w województwie podlaskim systematycznie rośnie (tabela 16).

Tabela 16. Wartość kontraktów NFZ w województwie podlaskim w latach 2020–2025

Rodzaj świadczeń	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (w milionach złotych)	91,5	104,6	161,9	206,9	203,5	217,0
Program pilotażowy CZP (w milionach złotych)	33,7	39,4	45,9	87,7	112,8	129,6
SUMA (w milionach złotych)	125,2	144,1	207,8	294,6	316,3	346,6

Rodzaj świadczeń	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Dynamika rok do roku (w %)	[pusta]	15,1%	44,3%	41,8%	7,4%	9,6%

Źródło: Podlaski OW NFZ, dane dotyczące świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, arkusz 1.4. (dostęp: 8.02.2026).

W okresie 2020–2025 wartość kontraktów wzrosła niemal trzykrotnie (ze 125,2 do 346,6 miliona złotych), przy czym szczególnie dynamiczny wzrost nastąpił w latach 2022–2023, co powiązać należy z reformą psychiatrii i rozwojem programu pilotażowego CZP.

Tabela 17. Liczba świadczeń i pacjentów według powiatów województwa podlaskiego w latach 2020–2025

Powiat	Świadczenia 2020	Świadczenia 2024	Zmiana	Pacjenci 2020	Pacjenci 2024	Zmiana
Białystok	171723	291622	69,8%	23412	32799	40,1%
Białostocki	263107	299403	13,8%	5969	7357	23,3%
Suwałki	105161	143470	36,4%	8674	11297	30,2%
Łomża	60208	78873	31,0%	5703	6931	21,5%
Hajnowski	20545	34838	69,6%	2162	2922	35,2%
Bielski	7668	27336	256,5%	1767	2797	58,3%
Wysokomazowiecki	17224	24799	44,0%	1634	2196	34,4%
Sokółski	16927	21431	26,6%	1906	2365	24,1%
Kolneński	11072	19674	77,7%	926	1600	72,8%
Grajewski	12896	19890	54,2%	1359	2082	53,2%
Moniecki	4509	10248	127,3%	700	1293	84,7%
Siemiatycki	4630	8589	85,5%	1150	1643	42,9%
Łomżyński	3674	8149	121,8%	976	1228	25,8%
Augustowski	6623	7272	9,8%	1936	615	-68,2%
Suwałski	[pusta]	7276	[pusta]	[pusta]	433	[pusta]
Sejneński	608	3219	429,4%	429	216	-49,7%
RAZEM	706575	1006089	42,4%	58703	77774	32,5%

Źródło: Podlaski OW NFZ, dane dotyczące świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego i leczenia uzależnień, arkusze 2.2 i 2.4. Uwaga: dane za 2025 roku są niepełne (obejmują część roku) (dostęp: 8.02.2026).

Województwo podlaskie charakteryzuje się wyraźną koncentracją świadczeń psychiatrycznych, z ponad 60% usług realizowanych w trzech głównych ośrodkach: Białymstoku, powiecie białostockim oraz Suwałkach. Jednocześnie obserwuje się dynamiczny rozwój dostępności opieki psychiatrycznej w powiatach peryferyjnych, gdzie największy wzrost liczby świadczeń odnotowano w powiatach sejneńskim (+429%), bielskim (+257%), monieckim (+127%) oraz łomżyńskim (+122%). Wzrost ten świadczy o skutecznym rozszerzaniu oferty opieki na obszary dotychczas niedostatecznie obsługiwane.

Należy jednak zwrócić uwagę na anomalie występujące w powiatach augustowskim i sejneńskim, gdzie pomimo wzrostu liczby świadczeń odnotowano spadek liczby

pacjentów. Zjawisko to, polegające na radykalnej rozbieżności trendów wolumenu usług i liczby unikalnych pacjentów, wymaga dalszej pogłębionej weryfikacji pod kątem zmian w systemach sprawozdawczości lokalnych świadczeniodawców lub potencjalnych błędów w raportowaniu danych źródłowych. Do czasu wyjaśnienia tych rozbieżności dane dla tych jednostek terytorialnych należy interpretować z dużą ostrożnością. Ponadto od 2021 roku w powiecie suwalskim uruchomiono świadczenia psychiatryczne, co stanowi istotne rozszerzenie dostępności usług w tym regionie, wcześniej nieobsługiwanym bezpośrednio.

Podsumowując, województwo podlaskie – mimo że zajmuje ostatnią pozycję w kraju pod względem bezwzględnej liczby pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej – wykazuje pozytywne trendy rozwojowe. W latach 2020–2025 wartość kontraktów Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia psychiatryczne wzrosła niemal trzykrotnie, co świadczy o rosnących nakładach finansowych na ten obszar. Rozwój sieci centrów zdrowia psychicznego (CZP) jest widoczny poprzez zawarcie ośmiu umów w ramach programu pilotażowego o łącznej wartości 129,6 miliona złotych. Ponadto system opieki dla dzieci i młodzieży został rozbudowany, dysponując obecnie 25 jednostkami na trzech poziomach referencyjnych.

Poprawa dostępności terytorialnej jest potwierdzona dynamicznym wzrostem liczby świadczeń w powiatach peryferyjnych. Pomimo tych pozytywnych zmian województwo stoi przed wyzwaniem, takim jak niższy niż średnia krajowa wskaźnik korzystających z opieki psychiatrycznej (3917 na 100 tysięcy mieszkańców wobec 5617 w kraju), koncentracja zasobów kadrowych w głównych ośrodkach miejskich oraz długi średni czas pobytu pacjentów w placówkach opieki długoterminowej.

5.5.4. Podsumowanie

Dynamika w latach 2018–2023: w populacji dzieci i młodzieży zaobserwowano bardzo niepokojący trend (wzrost liczby pacjentów o 40,8% w ciągu 5 lat), w populacji dorosłych tendencja jest umiarkowanie rosnąca (wzrost liczby pacjentów o 6,1%).

Struktura rozpoznań: największym problemem populacyjnym są zaburzenia lękowe (32–38% diagnoz). W województwie podlaskim jest wyższy niż w innych regionach odsetek rozpoznań zaburzeń organicznych i schizofrenii, co jest jednym z kluczowych czynników powodujących długotrwałą niezdolność do pracy.

Województwo podlaskie charakteryzuje się największym w Polsce odsetkiem pacjentów w populacji (6,36%). Przy stosunkowo wysokim odsetku psychiatrów na mieszkańca systemowi opieki zdrowotnej brakuje jednak odciążenia, co stawia pytanie o efektywność zapobiegania chorobom na ich początkowych stadiach.

5.6. Wpływ zaburzeń psychicznych na rynek pracy i ekonomię

5.6.1. Społeczne koszty zaburzeń psychicznych

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (według klasyfikacji ICD-10: F00-F99), ze szczególnym uwzględnieniem depresji oraz schizofrenii, stanowią jedno z najpoważniejszych obciążeń dla systemu finansów publicznych oraz gospodarki narodowej czy globalnej. Potwierdza to najnowszy raport Światowej Organizacji Zdrowia, pt. *World mental health today*. Czytamy w nim, że długie pobyty w szpitalu, upośledzenia funkcjonalne i konieczność korzystania z pomocy społecznej powodują, że schizofrenia oraz zaburzenia depresyjne i lękowe są bardzo kosztowne¹⁵¹. Dodać należy, że koszty te wykraczają daleko poza bezpośrednie nakłady na leczenie (finansowane przez NFZ), obejmując przede wszystkim koszty pośrednie związane z utratą produktywności, absencją chorobową oraz świadczeniami z systemu ubezpieczeń społecznych. Jak podaje WHO, roczne globalne straty w wydajności tylko z powodu schizofrenii oraz zaburzeń depresyjnych i lękowych szacuje się na jeden bilion dolarów amerykańskich¹⁵².

Struktura wydatków ZUS i obciążenie budżetu

Analiza historyczna i współczesne trendy wskazują, że wydatki ponoszone przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) z tytułu niezdolności do pracy są znacząco wyższe niż bezpośrednie koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Już w 2012 roku zaburzenia psychiczne generowały blisko 16,7% ogółu wydatków ZUS na świadczenia związane z niezdolnością do pracy, co przekładało się na kwotę ponad 5 miliardów złotych (przy całkowitym budżecie świadczeń wynoszącym 30,4 miliarda złotych).

Choć schizofrenia generuje wyższe koszty w obszarze rent, to depresja jest głównym czynnikiem wpływającym na krótkookresową i długookresową absencję chorobową. W analizowanym okresie epizody depresyjne były przyczyną blisko 200 tysięcy zaświadczeń lekarskich, co generowało ponad 3,7 miliona dni absencji rocznie. Dodając do tego zaburzenia depresyjne nawracające (kolejne 1,6 miliona dni), skala utraconego czasu pracy staje się kluczowym wyzwaniem dla pracodawców i budżetu państwa. Zaburzenia psychiczne stanowią też jedną z głównych przyczyn przyznawania rent z tytułu niezdolności do pracy oraz rent socjalnych. W przypadku schizofrenii liczba rencistów przekracza 75 tysięcy osób, podczas gdy w przypadku depresji, mimo mniejszej liczby rent, obserwuje się dynamiczny wzrost liczby dni chorobowych, co świadczy o narastającym problemie „wypalenia” i epizodów depresyjnych wśród osób w wieku produkcyjnym.

Współczesne analizy (między innymi dane NFZ za lata 2013–2024) uzupełniają ten obraz o wskaźnik DALY (Disability-Adjusted Life Years), który mierzy liczbę utraconych lat życia w zdrowiu. Depresja odpowiada za znaczący odsetek całkowitego wskaźnika

¹⁵¹ WHO, [World mental health today...](#)

¹⁵² Tamże.

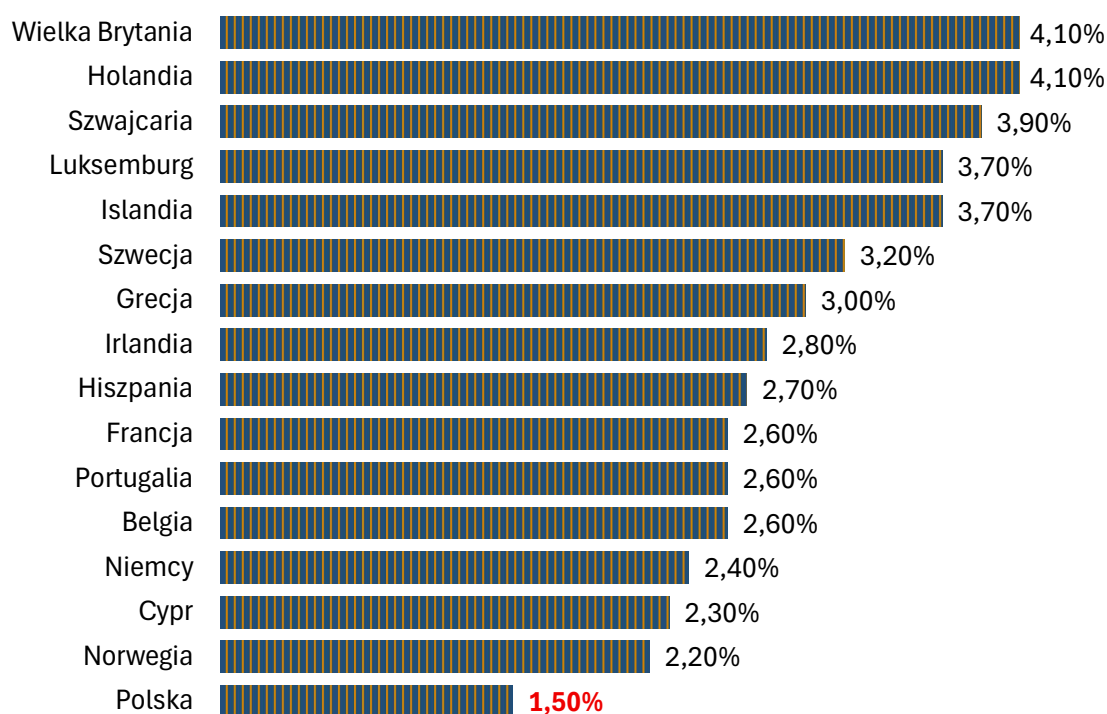
DALY w Polsce, pozycjonując ją w czołówce chorób cywilizacyjnych o największym negatywnym wpływie na kapitał ludzki. Dla porównania, w skali świata zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia odpowiadają za około 7,5% utraconych lat życia w zdrowiu¹⁵³.

Koszty społeczne depresji i innych zaburzeń psychicznych mają charakter wielowymiarowy. Do kosztów bezpośrednich należą: leczenie, hospitalizacja i farmakoterapia. Koszty pośrednie są dominujące i wiążą się z kwestiami takimi jak absencja chorobowa, prezenteizm (obecność w pracy przy obniżonej wydajności), renty oraz przedwczesne opuszczanie rynku pracy oraz koszty niematerialne, czyli cierpienie pacjenta i jego rodziny, wykluczenie społeczne oraz stygmatyzacja, która często opóźnia powrót do aktywności zawodowej.

Dysproporcja między nakładami na leczenie a kosztami wypłacanych świadczeń społecznych wskazuje na konieczność intensyfikacji działań profilaktycznych i wczesnej diagnostyki, co w perspektywie długoterminowej może przynieść wymierne oszczędności dla budżetu państwa.

Zestawienie na wykresie 39 pokazuje udział DALY przypisywany depresji w całkowitym obciążeniu chorobami (DALY) w wybranych krajach europejskich.

Wykres 39. Udział DALY z powodu depresji w ogólnym obciążeniu chorobami (wybrane kraje europejskie; w procentach)



Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013–2024, ezdrowie (dostęp: 8.02.2026).

¹⁵³ Emily Holmes i inni, The Lancet Psychiatry..., s. 237–286.

Tabela 18. Udział DALY z powodu depresji w ogólnym obciążeniu chorobami (wybrane kraje europejskie)

Kraj	Udział DALY (%)	Grupa
Holandia	4,1	Top 10
Wielka Brytania	4,1	Top 10
Szwajcaria	3,9	Top 10
Islandia	3,7	Top 10
Luksemburg	3,7	Top 10
Szwecja	3,2	Top 10
Grecja	3,0	Top 10
Irlandia	2,8	Top 10
Hiszpania	2,7	Top 10
Belgia	2,6	Top 10
Polska	1,5	Polska
Włochy	1,5	Najniższe 5
Łotwa	1,4	Najniższe 5
Bułgaria	1,3	Najniższe 5
Chorwacja	1,1	Najniższe 5
Rumunia	1,0	Najniższe 5

Źródło: opracowanie własne na podstawie: NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013–2024, ezdrowie (dostęp: 8.02.2026).

Analiza udziału DALY przypisywanego depresji w całkowitym obciążeniu chorobami wskazuje na istotne zróżnicowanie między krajami europejskimi, gdzie najwyższe wartości odnotowano w Holandii i Wielkiej Brytanii (4,1%). Polska z wynikiem 1,5% plasuje się w dolnej części zestawienia, wykazując obciążenie zbliżone do poziomu notowanego we Włoszech oraz wyższe niż w krajach takich jak Chorwacja czy Rumunia. Należy przy tym zaznaczyć, że interpretacja tych różnic wymaga uwzględnienia nie tylko samej skali zachorowalności, ale również specyfiki krajowych systemów raportowania, jakości diagnostyki oraz struktury demograficznej poszczególnych społeczeństw, które bezpośrednio wpływają na statystyczne przypisanie przyczyn obciążenia chorobami.

Przedstawiony kontekst europejski stanowi niezbędny punkt odniesienia dla szczegółowej analizy sytuacji w kraju, pozwalając na lepsze zrozumienie skali wyzwań stojących przed polskim systemem ochrony zdrowia.

W 2012 roku Zakład Ubezpieczeń Społecznych poniósł łączne wydatki na niezdolność do pracy w wysokości około 30,4 miliarda złotych. Zaburzenia psychiczne (kody ICD F00-F99) stanowiły istotną część tych kosztów, odpowiadając za około 16,7% wydatków, co przekłada się na kwotę około 5 miliardów złotych. Wśród nich największe nakłady dotyczyły leczenia schizofrenii (ponad 1 miliard złotych) oraz depresji (około 780 milionów złotych). Nowsze dane zawarte w Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017–2022 wskazują na systematyczne zwiększanie nakładów na ochronę zdrowia psychicznego, obejmujące nie tylko leczenie, ale także działania profilaktyczne, rehabilitacyjne oraz wsparcie społeczne. Program ten promuje środowiskowy model opieki psychiatrycznej, który ma na celu

poprawę dostępności i jakości usług zdrowotnych, a także ograniczenie kosztów społecznych i ekonomicznych związanych z zaburzeniami psychicznymi, w tym kosztów niezdolności do pracy.

Wdrożenie kompleksowej i skoordynowanej opieki psychiatrycznej, blisko miejsca zamieszkania pacjentów, ma przyczynić się do zmniejszenia liczby hospitalizacji oraz poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia psychicznego, co w dłuższej perspektywie może przynieść oszczędności w systemie ubezpieczeń społecznych¹⁵⁴.

5.6.2. Absencje chorobowe z powodu zaburzeń psychicznych

Analiza kosztów pośrednich generowanych przez zaburzenia psychiczne wskazuje na ich ogromny wpływ na stabilność rynku pracy oraz system ubezpieczeń społecznych. Poniższa tabela przedstawia skalę obciążeń wynikających z rent oraz absencji chorobowych dla wybranych jednostek chorobowych (dane za rok 2012).

Tabela 19. Skala świadczeń rentowych i absencji chorobowych z powodu wybranych zaburzeń psychicznych w Polsce w 2012 roku

Jednostka chorobowa	Liczba rencistów (tysiące)	Koszt rent (miliony złotych)	Liczba zaświadczeń (tysiące)	Liczba dni absencji (tysiące)
Schizofrenia	75,5	786,0	27,8	608,8
Depresja (epizod depresyjny)	3,6	37,0	197,0	3760,0
Depresja (nawracająca)	[pusta]	[pusta]	[pusta]	1628,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 8.02.2026).

Szczególnie niepokojące dane dotyczą epizodów depresyjnych, które generują masową skalę krótkotrwałej i średniookresowej niezdolności do pracy. Średni czas trwania absencji chorobowej w przypadku pojedynczego epizodu depresyjnego wynosi około 19 dni na jedno zaświadczenie. Oznacza to, że statystyczny pracownik dotknięty tą chorobą wypada z procesu pracy na blisko 3 tygodnie przy każdym zgłoszonym incydencie.

Wysoki wskaźnik absencji stanowi wyzwanie dla gospodarki i pracodawców. Długotrwałe przerwy w pracy utrudniają utrzymanie ciągłości zatrudnienia. Z punktu widzenia wojewódzkich urzędów pracy dane te stanowią uzasadnienie dla intensyfikacji aktywizacji zawodowej oraz programów wsparcia dla osób powracających na rynek pracy po kryzysach psychicznych. Skuteczna profilaktyka i wczesna interwencja w miejscu pracy mogą znacząco ograniczyć straty ekonomiczne wynikające z absencji oraz zapobiegać przechodzeniu osób w wieku produkcyjnym na systemy rentowe.

Powyższe zestawienie pokazuje też, że o ile schizofrenia generuje wyższe koszty w systemie rentowym (trwała niezdolność), o tyle depresja jest głównym czynnikiem destabilizującym bieżącą aktywność zawodową poprzez masowe zwolnienia lekarskie.

¹⁵⁴ Różne aspekty ubezpieczeń społecznych, ZUS, 2012; Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 16.02.2026).

6. Analiza danych z badania ilościowego

Niniejszy rozdział prezentuje wyniki badania ilościowego zrealizowanego w formule CAWI/CATI wśród osób reprezentujących organizacje funkcjonujące na terenie województwa podlaskiego. Analiza koncentruje się na identyfikacji zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego, ocenie skali problemów dobrostanu pracowników oraz diagnozie napięć podażyowo-popytowych na regionalnym rynku pracy.

6.1. Charakterystyka próby badawczej w badaniu CAWI

W podrozdziale przedstawiono strukturę badanych organizacji według typu podmiotu, wielkości zatrudnienia oraz lokalizacji w podregionach. Dane te stanowią kontekst interpretacyjny dla dalszych analiz wyników.

Wyniki w dalszej części rozdziału prezentowane są w podziale na typ organizacji: sektor prywatny oraz sektor publiczny. Ze względu na niewielką liczebność organizacji pozarządowych w próbie nie jest możliwe formułowanie konstruktywnych i porównywalnych wniosków dla tej kategorii podmiotów, dlatego nie są one analizowane odrębnie.

Prezentacja wyników w podziale na podregiony została ograniczona, ponieważ struktura próby nie ma charakteru kwotowego ani proporcjonalnego względem rzeczywistego rozkładu terytorialnego przedsiębiorstw w województwie. Naturalny układ geograficzny podmiotów gospodarczych sprawia, że podregion białostocki stanowi ośrodek działalności gospodarczej, co znalazło odzwierciedlenie również w strukturze zrealizowanej próby.

W toku realizacji badania, pierwotnie zakładanego na poziomie $N=120$, oraz dzięki zastosowaniu metody kuli śnieżnej i rekrutacji wielotorowej udało się dotrzeć również do instytucji publicznych. W związku z tym zostały one uwzględnione w raportowaniu i zestawieniach analitycznych jako odrębna kategoria porównawcza. Ostateczna wielkość próby wyniosła $N=153$. Należy podkreślić, że struktura próby nie odzwierciedla proporcji wielkości przedsiębiorstw funkcjonujących w województwie podlaskim, w szczególności udziału mikro- i małych podmiotów w populacji ogółem. W związku z tym wyników badania nie można ekstrapolować na całą populację przedsiębiorstw województwa podlaskiego.

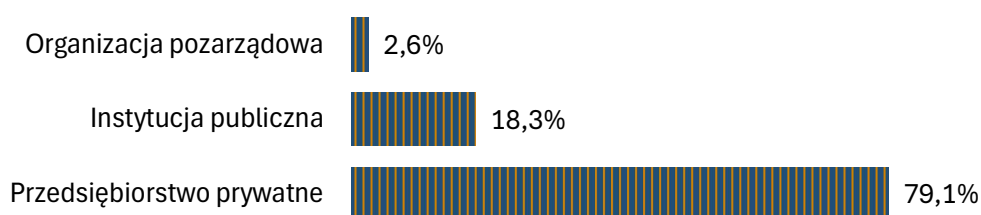
Dobór próby miał charakter celowy i koncentrował się w większym stopniu na podmiotach średnich i dużych, zwłaszcza prywatnych oraz instytucjonalnych, które dysponują potencjałem organizacyjnym i finansowym umożliwiającym zatrudnienie specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. W przypadku podmiotów typu SOHO (*small office / home office*, 1–9 pracowników) zatrudnienie takiego specjalisty w formule etatowej jest w praktyce trudne lub nieosiągalne.

Z perspektywy celu badania, jakim było oszacowanie zapotrzebowania na specjalistów w kontekście realnych możliwości ich zatrudnienia, „ciężar” próby został zatem świadomie skierowany na większe organizacje. Oznacza to, że uzyskane wyniki należy interpretować jako diagnozę dotyczącą przede wszystkim segmentu podmiotów posiadających potencjał do wdrażania rozwiązań kadrowych w obszarze zdrowia psychicznego.

Jednocześnie uzyskane dane pozwalają na identyfikację wybranych tendencji w zakresie badanych zagadnień i mogą być traktowane jako wstępna diagnoza, stanowiąca punkt wyjścia do dalszych analiz. Wyniki te mogą zostać pogłębione w toku kolejnych badań, realizowanych na większych próbach, dobranych kwotowo lub w sposób reprezentatywny, co umożliwiłoby formułowanie wniosków o charakterze uogólnionym.

Jak pokazują dane na wykresie 40, w strukturze próby badawczej dominują przedsiębiorstwa prywatne, które stanowią 79,1% respondentów. Instytucje publiczne reprezentowane są przez 18,3% badanych, natomiast organizacje pozarządowe (NGO) stanowią 2,6% próby.

Wykres 40. Typ organizacji w badaniu CAWI/CATI

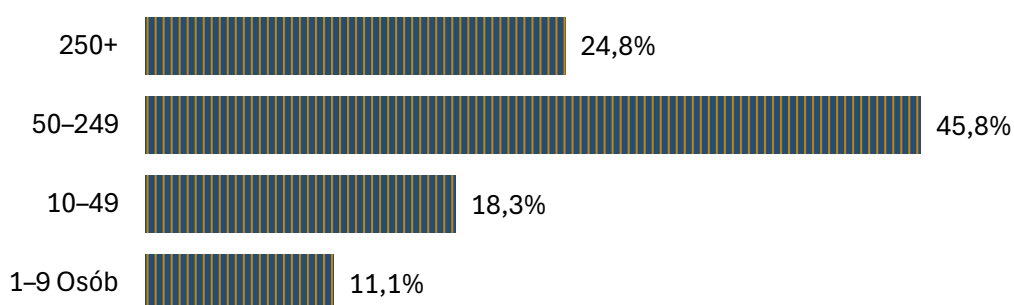


Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Najliczniejszą kategorię w próbie stanowią organizacje zatrudniające od 50 do 249 pracowników, które obejmują 45,8% respondentów. Kolejną grupą są organizacje duże, zatrudniające 250 pracowników i więcej – 24,8% badanych (wykres 41).

Organizacje zatrudniające od 10 do 49 osób stanowią 18,3% próby, natomiast najmniejsze podmioty, zatrudniające od 1 do 9 osób, reprezentowane są przez 11,1% respondentów.

Wykres 41. Wielkość zatrudnienia



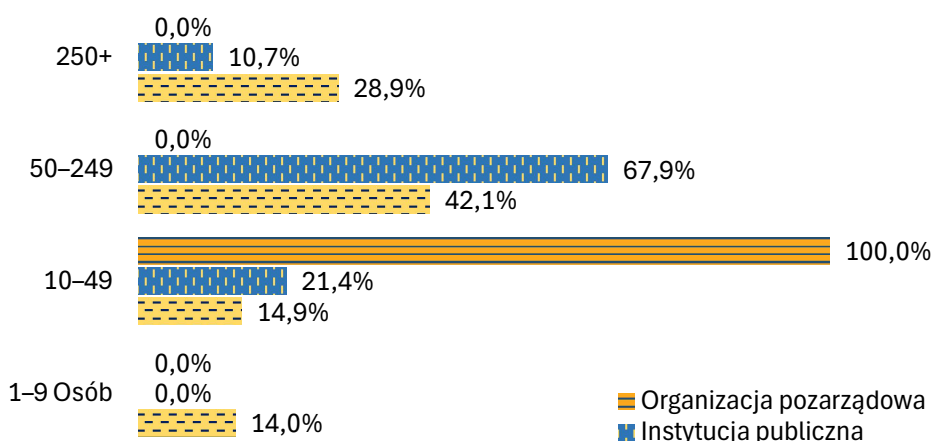
Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Z wykresu 41 wynika, że wśród przedsiębiorstw prywatnych największy udział stanowią podmioty zatrudniające od 50 do 249 pracowników (42,1%). Organizacje zatrudniające 250 pracowników i więcej stanowią 28,9% tej kategorii. Przedsiębiorstwa zatrudniające od 10 do 49 osób stanowią 14,9% respondentów, natomiast najmniejsze podmioty, zatrudniające od 1 do 9 osób, obejmują 14%.

W przypadku instytucji publicznych dominują organizacje zatrudniające od 50 do 249 pracowników, które stanowią 67,9% respondentów z tej kategorii. Instytucje zatrudniające od 1 do 9 osób stanowią 21,4%, natomiast podmioty zatrudniające 250 pracowników i więcej – 10,7%. W tej grupie nie odnotowano instytucji publicznych zatrudniających od 10 do 49 pracowników.

W kategorii organizacji pozarządowych wszystkie badane podmioty należą do grupy organizacji zatrudniających od 10 do 49 osób, co oznacza jednorodną strukturę zatrudnienia w tej kategorii w ramach próby badawczej.

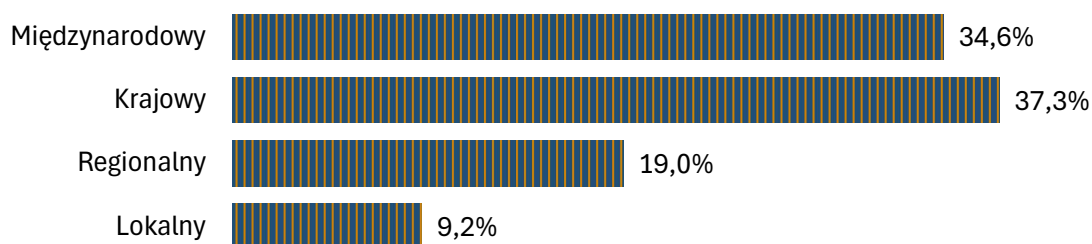
Wykres 42. Wielkość zatrudnienia a typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Największy odsetek respondentów charakteryzuje organizacje o zasięgu krajowym – 37,3%. Niewiele mniejszą grupę stanowią organizacje działające w skali międzynarodowej, które obejmują 34,6% próby. Organizacje o zasięgu regionalnym stanowią 19,0% respondentów, natomiast podmioty działające lokalnie – 9,2% (wykres 42).

Wykres 43. Zasięg działania organizacji



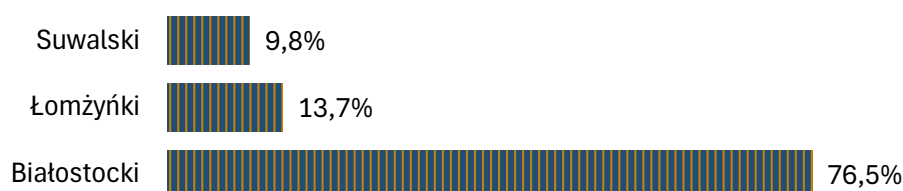
Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 43 przedstawia strukturę badanych organizacji według podregionu, w którym znajduje się ich siedziba.

Zdecydowana większość podmiotów zlokalizowana jest w podregionie białostockim – 76,5%. Organizacje z podregionu łomżyńskiego stanowią 13,7% próby, natomiast z podregionu suwalskiego 9,8%.

Rozkład ten wskazuje na silną koncentrację badanych organizacji w podregionie białostockim, przy relatywnie mniejszym udziale podmiotów z dwóch pozostałych podregionów.

Wykres 44. Organizacje w województwie podlaskim wg podregionów i siedziby



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

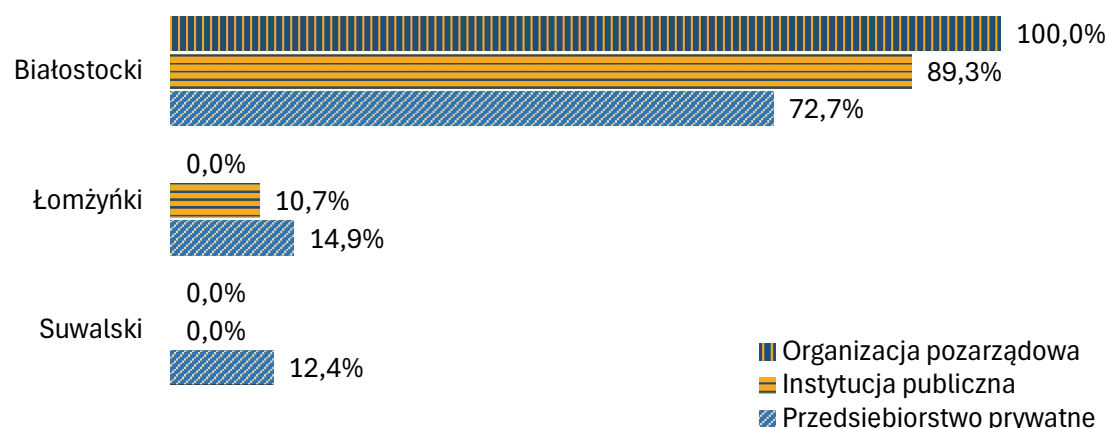
Wykres 44 prezentuje rozkład typów organizacji w podziale na podregiony województwa podlaskiego.

W przypadku organizacji pozarządowych wszystkie badane podmioty mają siedzibę w podregionie białostockim (100%). Wśród instytucji publicznych 89,3% zlokalizowanych jest w podregionie białostockim, a 10,7% w podregionie łomżyńskim; nie odnotowano instytucji publicznych z podregionu suwalskiego.

W grupie przedsiębiorstw prywatnych 72,7% stanowią podmioty z podregionu białostockiego, 14,9% z łomżyńskiego oraz 12,4% z suwalskiego.

Zestawienie pokazuje dominację podregionu białostockiego we wszystkich typach organizacji, przy czym największe zróżnicowanie terytorialne występuje wśród przedsiębiorstw prywatnych.

Wykres 45. Typy organizacji w województwie podlaskim wg podregionów



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

6.2. Świadomość problematyki zdrowia psychicznego w organizacjach oraz zapotrzebowanie na specjalistów

W niniejszym podrozdziale przedstawiono wyniki dotyczące poziomu świadomości problematyki zdrowia psychicznego w badanych organizacjach, identyfikowanych problemów dobrostanu pracowników oraz deklarowanego zapotrzebowania na specjalistów w tym obszarze. Analiza obejmuje zarówno skalę występowania zjawisk takich jak wypalenie zawodowe, stres czy spadek motywacji, jak i ocenę stopnia instytucjonalizacji wsparcia w miejscu pracy. Zaprezentowane dane pozwalają określić, na ile problemy zdrowia psychicznego stanowią realne wyzwanie organizacyjne oraz w jakim zakresie przekładają się na popyt na usługi psychologiczne i psychoterapeutyczne.

6.2.1. Świadomość problematyki zdrowia psychicznego w organizacjach

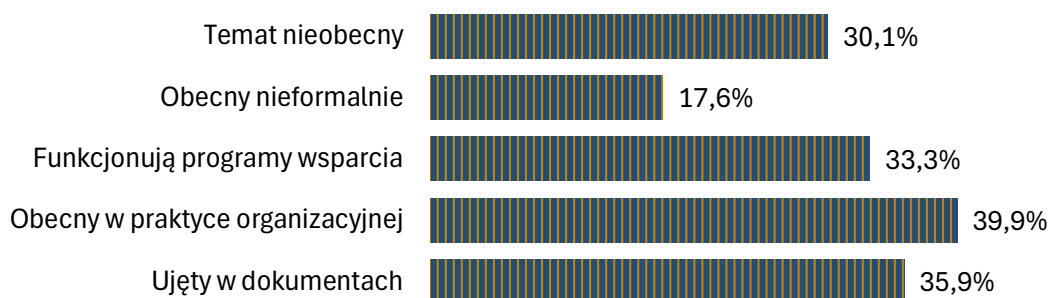
Wykres 46 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące obecności tematu zdrowia psychicznego w funkcjonowaniu organizacji, w różnych formach formalnych i nieformalnych. Najczęściej wskazywaną formą obecności tematu zdrowia psychicznego jest jego występowanie w praktyce organizacyjnej (na przykład wewnętrzne warsztaty, szkolenia, spotkania dotyczące dobrostanu psychicznego), co deklaruje 39,9% respondentów. Niewiele mniejszy odsetek badanych wskazuje, że temat ten jest ujęty w dokumentach organizacyjnych – 35,9%.

Funkcjonowanie programów wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego deklaruje 33,3% respondentów. Obecność tematu w sposób nieformalny wskazuje 17,6% badanych.

Brak obecności tematu zdrowia psychicznego w organizacji deklaruje 30,1% respondentów.

Dane pokazują zróżnicowanie form, w jakich temat zdrowia psychicznego pojawia się w organizacjach reprezentowanych w badaniu, przy jednoczesnym istotnym odsetku podmiotów deklarujących jego brak.

Wykres 46. Formy obecności tematu zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 46 przedstawia deklaracje dotyczące obecności tematu zdrowia psychicznego w organizacji w podziale na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne

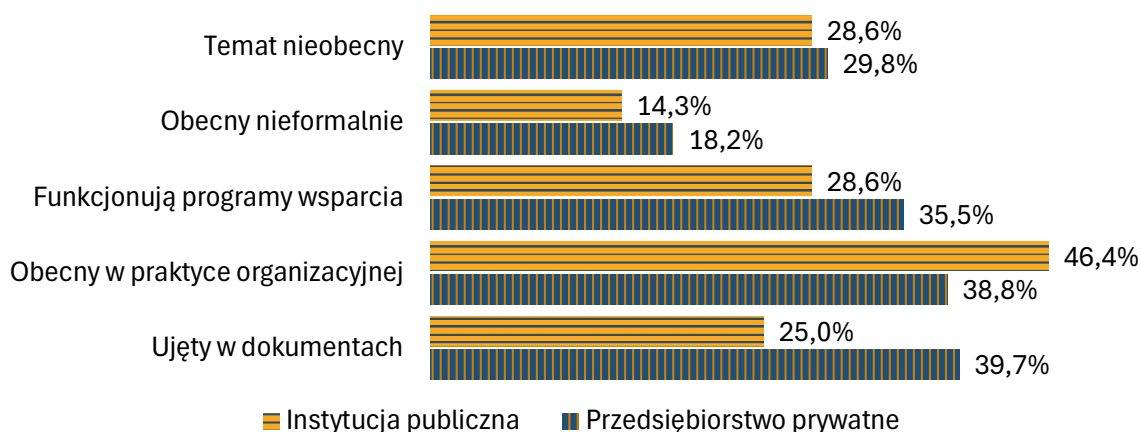
oraz instytucje publiczne. Ze względu na niewielką liczebność respondentów reprezentujących organizacje pozarządowe kategoria ta nie została ujęta na wykresie.

Wśród przedsiębiorstw prywatnych najczęściej wskazywaną formą obecności tematu zdrowia psychicznego jest jego ujęcie w dokumentach organizacyjnych, co deklaruje 39,7% respondentów. Obecność tematu w praktyce organizacyjnej wskazuje 38,8% badanych, natomiast funkcjonowanie programów wsparcia – 35,5%. Obecność tematu w sposób nieformalny deklaruje 18,2% respondentów. Brak obecności tematu zdrowia psychicznego w organizacji wskazuje 29,8% badanych przedsiębiorstw.

W przypadku instytucji publicznych najczęściej deklarowaną formą obecności tematu zdrowia psychicznego jest jego występowanie w praktyce organizacyjnej – 46,4%. Funkcjonowanie programów wsparcia wskazuje 28,6% respondentów, natomiast ujęcie tematu w dokumentach organizacyjnych – 25%. Obecność tematu w sposób nieformalny deklaruje 14,3% badanych instytucji publicznych. Brak obecności tematu zdrowia psychicznego wskazuje 28,6% respondentów z tej kategorii.

Porównując oba typy organizacji, można zauważyć, że instytucje publiczne częściej niż przedsiębiorstwa prywatne deklarują obecność tematu zdrowia psychicznego w praktyce organizacyjnej. Z kolei przedsiębiorstwa prywatne częściej wskazują na formalne ujęcie tematu w dokumentach oraz na funkcjonowanie programów wsparcia. Odsetek organizacji deklarujących brak obecności tematu zdrowia psychicznego jest zbliżony w obu kategoriach.

Wykres 47. Formy obecności tematu zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacji według typu organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 47 przedstawia deklaracje dotyczące obecności tematu zdrowia psychicznego w organizacji w podziale na wielkość zatrudnienia: 1–9 osób, 10–49 osób, 50–249 osób oraz 250 pracowników i więcej.

W organizacjach zatrudniających 1–9 osób najczęściej deklarowany jest brak obecności tematu zdrowia psychicznego – 47%. Obecność tematu w praktyce organizacyjnej oraz jego ujęcie w dokumentach wskazuje po 17,6% respondentów.

Funkcjonowanie programów wsparcia deklaruje 17,6% badanych, natomiast obecność tematu w sposób nieformalny nie została odnotowana.

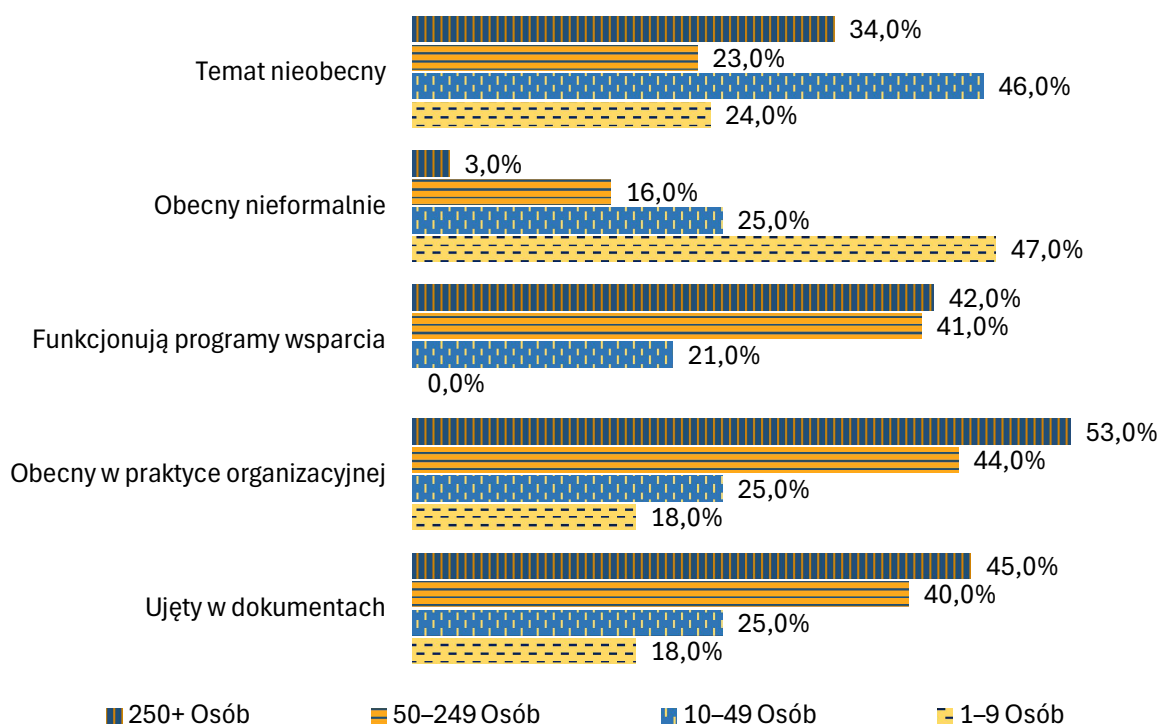
W organizacjach zatrudniających 10–49 osób brak obecności tematu zdrowia psychicznego deklaruje 46,0% respondentów. Obecność tematu w praktyce organizacyjnej oraz jego ujęcie w dokumentach wskazuje po 25% badanych. Funkcjonowanie programów wsparcia deklaruje 21,4% respondentów, a obecność nieformalna – 25%.

W grupie organizacji zatrudniających 50–249 pracowników brak obecności tematu zdrowia psychicznego wskazuje 23% respondentów. Obecność tematu w praktyce organizacyjnej deklaruje 44,3% badanych, funkcjonowanie programów wsparcia – 41,4%, natomiast ujęcie tematu w dokumentach – 40%. Obecność nieformalna wskazywana jest przez 16,0% respondentów.

W największych organizacjach, zatrudniających 250 pracowników i więcej, brak obecności tematu zdrowia psychicznego deklaruje 34% badanych. Najczęściej wskazywaną formą obecności jest funkcjonowanie programów wsparcia – 52,6%. Obecność tematu w praktyce organizacyjnej deklaruje 44,7% respondentów, a jego ujęcie w dokumentach – 42,1%. Obecność nieformalna wskazywana jest przez 3% badanych.

Porównanie poszczególnych kategorii wielkości organizacji wskazuje, że wraz ze wzrostem zatrudnienia rośnie odsetek organizacji deklarujących formalne i praktyczne formy obecności tematu zdrowia psychicznego, w tym funkcjonowanie programów wsparcia oraz ujęcie tematu w dokumentach. Jednocześnie najwyższy odsetek organizacji deklarujących brak obecności tematu zdrowia psychicznego występuje w najmniejszych podmiotach, zatrudniających do 49 osób.

Wykres 48. Formy obecności tematu zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacji a wielkość organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

6.2.2. Dostęp do specjalistów zdrowia psychicznego w ramach organizacji oraz plany zatrudnienia

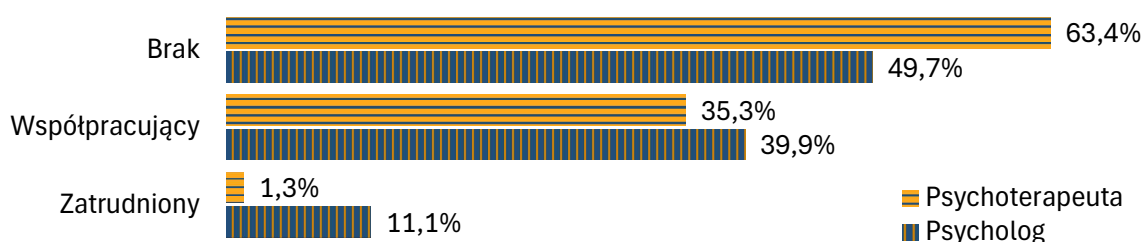
Wykres 48 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące dostępu do specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego w organizacji w rozróżnieniu na formę zatrudnienia specjalisty (zatrudniony, współpracujący) oraz brak dostępu – osobno dla psychologa i psychoterapeuty.

W przypadku psychologa niemal połowa respondentów deklaruje brak dostępu do tego specjalisty w organizacji – 49,7%. Możliwość dostępu do psychologa współpracującego z organizacją wskazuje 39,9% badanych, natomiast zatrudnienie psychologa na etat deklaruje 11,1% respondentów.

Dostęp do psychoterapeuty jest deklarowany rzadziej. Brak dostępu do psychoterapeuty wskazuje 63,4% respondentów. Współpracę organizacji z psychoterapeutą deklaruje 35,3% badanych, natomiast zatrudnienie psychoterapeuty na etat wskazuje 1,3% respondentów.

Porównanie obu kategorii specjalistów pokazuje, że dostęp do psychologa jest bardziej osiągalny niż dostęp do psychoterapeuty – zarówno w formie współpracy, jak i zatrudnienia. Jednocześnie w obu przypadkach dominuje brak dostępu do specjalisty, przy czym odsetek ten jest wyraźnie wyższy w odniesieniu do psychoterapeutów niż do psychologów.

Wykres 49. Dostęp do specjalistów w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Jak ilustrują dane zgromadzone na wykresie 49, w przedsiębiorstwach prywatnych dostęp do psychologa najczęściej realizowany jest w formie współpracy – wskazało tak 46,3% respondentów. Brak dostępu do psychologa deklaruje 47,9% badanych, natomiast zatrudnienie psychologa na etat wskazuje 5,8% respondentów.

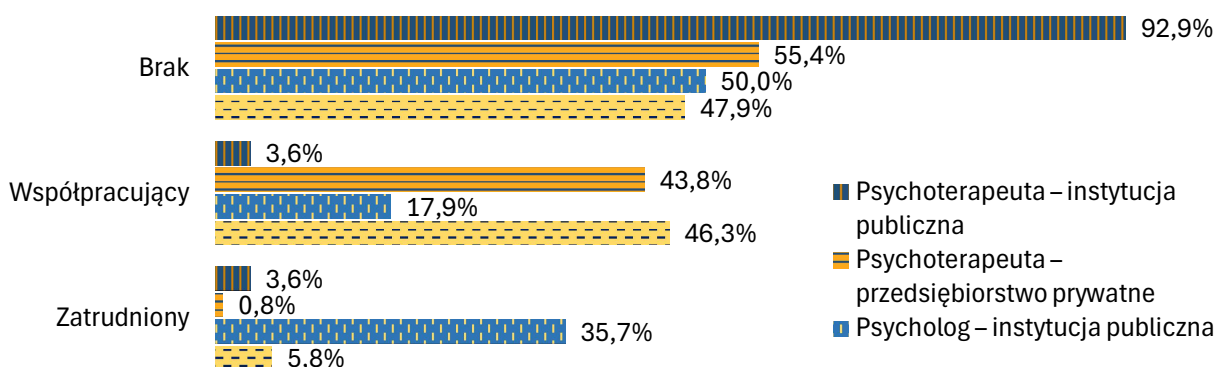
W instytucjach publicznych brak dostępu do psychologa deklaruje 50% respondentów. Zatrudnienie psychologa na etat wskazuje 35,7% badanych, natomiast współpracę z psychologiem – 17,9%.

W odniesieniu do psychoterapeuty w przedsiębiorstwach prywatnych najczęściej deklarowany jest brak dostępu – 55,4%. Współpracę z psychoterapeutą wskazuje 43,8% respondentów, natomiast zatrudnienie psychoterapeuty na etat deklaruje 0,8% badanych.

W instytucjach publicznych brak dostępu do psychoterapeuty deklaruje 92,9% respondentów. Zatrudnienie psychoterapeuty na etat oraz współpracę z nim wskazuje po 3,6% badanych.

Porównanie między typami organizacji pokazuje, że w przypadku psychologa instytucje publiczne częściej niż przedsiębiorstwa prywatne deklarują zatrudnienie etatowe, natomiast przedsiębiorstwa prywatne częściej wskazują na współpracę z psychologiem. W odniesieniu do psychoterapeuty brak dostępu jest zdecydowanie częstszy w instytucjach publicznych niż w przedsiębiorstwach prywatnych, przy jednocześnie marginalnym udziale zatrudnienia etatowego w obu typach organizacji.

Wykres 50. Dostęp do specjalistów w organizacji ze względu na typ



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

W najmniejszych organizacjach, zatrudniających od 1 do 9 osób (wykres 50), brak dostępu do psychologa deklaruje 64,7% respondentów. Współpracę z psychologiem wskazuje 29,4% badanych, natomiast zatrudnienie etatowe – 5,9%. W tej samej grupie brak dostępu do psychoterapeuty deklaruje 94,1% respondentów, przy braku wskazań zatrudnienia oraz współpracy.

W organizacjach zatrudniających od 10 do 49 osób brak dostępu do psychologa deklaruje 67,9% respondentów. Współpracę z psychologiem wskazuje 28,6% badanych, natomiast zatrudnienie etatowe – 3,6%. W przypadku psychoterapeuty brak dostępu deklaruje 82,1% respondentów, współpracę – 14,3%, a zatrudnienie etatowe – 3,6%.

W grupie organizacji zatrudniających od 50 do 249 pracowników brak dostępu do psychologa wskazuje 44,3% respondentów. Współpracę z psychologiem deklaruje 42,9% badanych, natomiast zatrudnienie etatowe – 14,3%. W odniesieniu do psychoterapeuty brak dostępu deklaruje 55,7% respondentów, współpracę – 42,9%, a zatrudnienie etatowe – 1,4%.

W największych organizacjach, zatrudniających 250 pracowników i więcej, brak dostępu do psychologa deklaruje 39,5% respondentów. Współpracę z psychologiem wskazuje 47,4% badanych, natomiast zatrudnienie etatowe – 13,2%. W przypadku psychoterapeuty brak dostępu deklaruje 50% respondentów, a współpracę – 50%, przy braku wskazań zatrudnienia etatowego.

Porównanie według wielkości organizacji wskazuje, że wraz ze wzrostem zatrudnienia maleje odsetek organizacji deklarujących brak dostępu do psychologa, a rośnie udział współpracy oraz zatrudnienia etatowego. Brak dostępu do psychoterapeuty pozostaje dominującą kategorią we wszystkich grupach wielkości organizacji, jednak jego udział wyraźnie maleje w średnich i dużych podmiotach, w których częściej deklarowana jest współpraca z tym specjalistą.

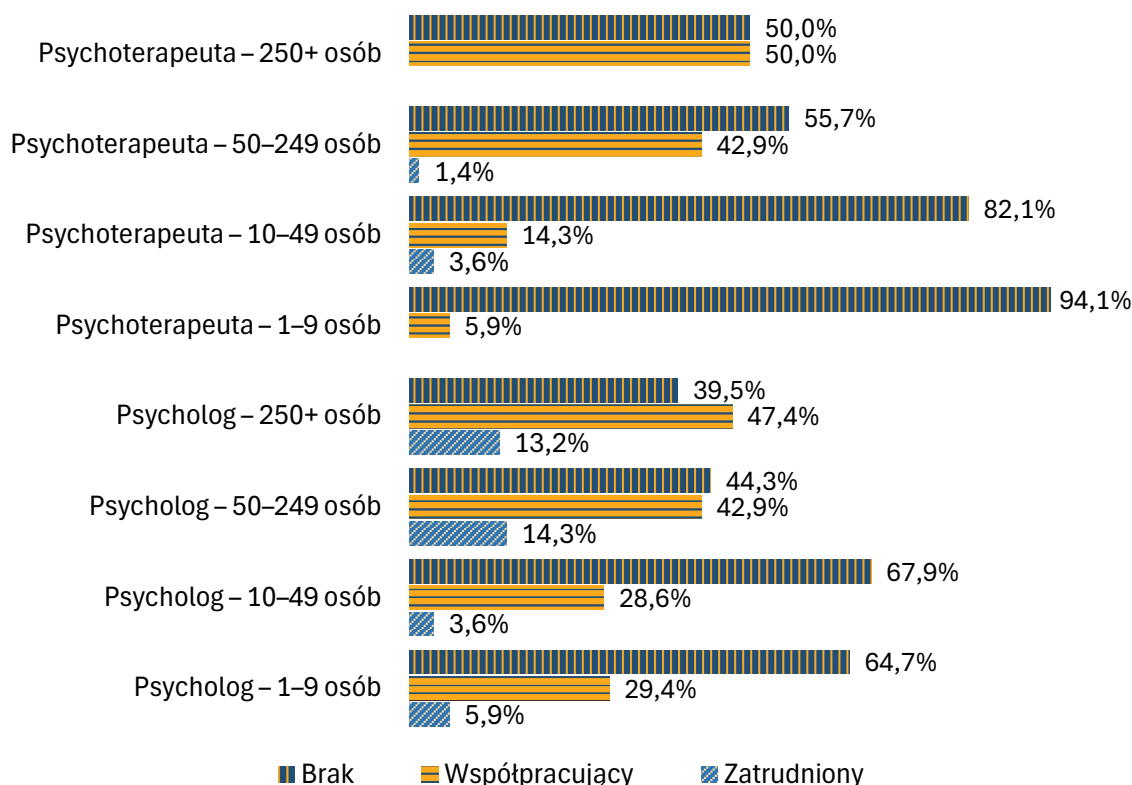
Wykres 51 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące planów związanych z zatrudnieniem lub współpracą z psychologiem oraz psychoterapeutą w podziale na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne. Uwzględniono trzy kategorie odpowiedzi: plan zatrudnienia, plan współpracy oraz brak planów.

W przedsiębiorstwach prywatnych brak planów zatrudnienia psychologa deklaruje 50,4% respondentów, zamierza to zrobić 40,5% badanych, natomiast plany zatrudnienia etatowego deklaruje 9,9%.

W instytucjach publicznych zdecydowana większość respondentów deklaruje brak planów dotyczących psychologa – 85,7%. Plany współpracy wskazuje 10,7% badanych, natomiast plany zatrudnienia – 3,6%.

W przypadku psychoterapeuty w przedsiębiorstwach prywatnych brak planów deklaruje 54,5% respondentów. Plany współpracy z psychoterapeutą wskazuje 43% badanych, natomiast plany zatrudnienia – 2,5%.

Wykres 51. Dostęp do specjalistów a wielkość organizacji ze względu na wielkość zatrudnienia

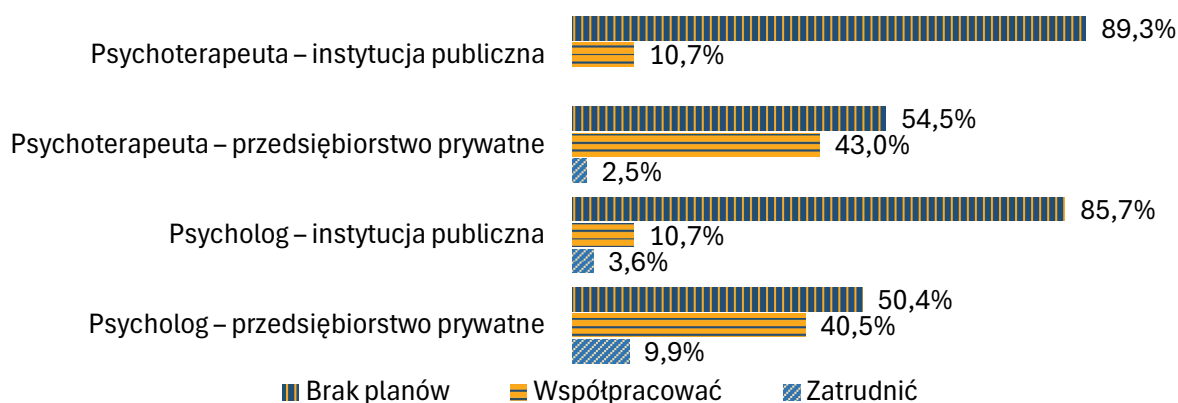


Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

W instytucjach publicznych brak planów dotyczących psychoterapeuty deklaruje 89,3% respondentów. Plany współpracy wskazuje 10,7% badanych, natomiast nie odnotowano deklaracji planów zatrudnienia etatowego.

Porównanie między typami organizacji wskazuje, że przedsiębiorstwa prywatne częściej niż instytucje publiczne deklarują plany współpracy zarówno z psychologiem, jak i z psychoterapeutą. W obu typach organizacji dominującą kategorią pozostaje brak planów, przy czym odsetek ten jest wyraźnie wyższy w instytucjach publicznych, szczególnie w odniesieniu do psychoterapeutów.

Wykres 52. Plany dotyczące zatrudnienia psychologa ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 52 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące planów związanych z zatrudnieniem lub współpracą z psychologiem oraz psychoterapeutą w organizacjach o różnej wielkości zatrudnienia: 1–9 osób, 10–49 osób, 50–249 osób oraz 250 pracowników i więcej. Uwzględniono trzy kategorie odpowiedzi: plan zatrudnienia, plan współpracy oraz brak planów.

W najmniejszych organizacjach, zatrudniających od 1 do 9 osób, w odniesieniu do psychologa brak planów deklaruje 64,7% respondentów. Plany współpracy z psychologiem wskazuje 35,3% badanych, natomiast plany zatrudnienia – 5,9%. W przypadku psychoterapeuty brak planów deklaruje 76,5% respondentów, a plany współpracy – 23,5%, przy braku deklaracji planów zatrudnienia.

W organizacjach zatrudniających od 10 do 49 osób brak planów dotyczących psychologa deklaruje 57,1% respondentów. Plany współpracy wskazuje 39,3% badanych, natomiast plany zatrudnienia – 3,6%. W odniesieniu do psychoterapeuty brak planów deklaruje 71,4% respondentów, plany współpracy – 25%, a plany zatrudnienia – 3,6%.

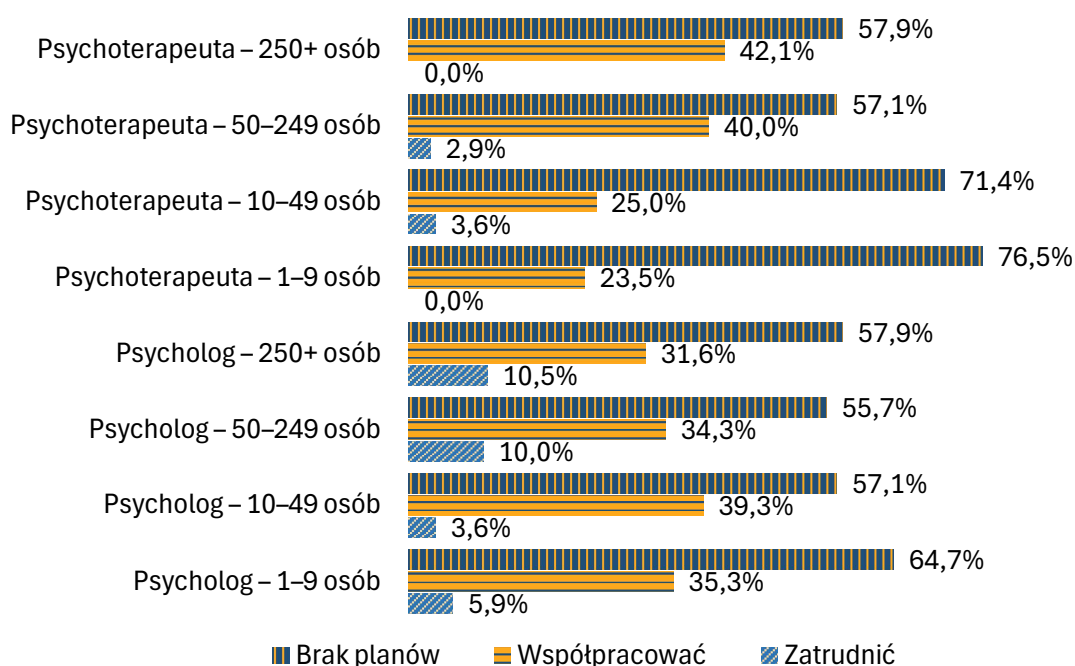
W grupie organizacji zatrudniających od 50 do 249 pracowników brak planów dotyczących psychologa deklaruje 55,7% respondentów. Plany współpracy wskazuje 34,3% badanych, natomiast plany zatrudnienia – 10%. W przypadku psychoterapeuty brak planów deklaruje 57,1% respondentów, plany współpracy – 40%, a plany zatrudnienia – 2,9%.

W największych organizacjach, zatrudniających 250 pracowników i więcej, brak planów dotyczących psychologa deklaruje 57,9% respondentów. Plany współpracy wskazuje 31,6% badanych, natomiast plany zatrudnienia – 10,5%. W odniesieniu do psychoterapeuty brak planów deklaruje 57,9% respondentów, natomiast plany współpracy – 42,1%, przy braku deklaracji planów zatrudnienia.

Porównanie według wielkości organizacji wskazuje, że wraz ze wzrostem zatrudnienia rośnie odsetek organizacji deklarujących plany współpracy z psychoterapeutą, a w średnich i dużych podmiotach częściej pojawiają się także deklaracje planów zatrudnienia psychologa. Jednocześnie we wszystkich grupach wielkości organizacji dominującą kategorią pozostaje brak planów, szczególnie w odniesieniu do psychoterapeutów w najmniejszych organizacjach.

Podsumowując, z perspektywy rynku pracy wyniki badania wskazują, że choć w większości organizacji nadal dominuje brak formalnego dostępu do specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, to widoczny jest potencjał rozwojowy w obszarze współpracy oraz – w mniejszym stopniu – zatrudnienia etatowego. Psycholog pozostaje specjalistą częściej dostępnym niż psychoterapeuta, a model współpracy zewnętrznej stanowi podstawową formę włączania kompetencji z zakresu zdrowia psychicznego do funkcjonowania organizacji.

Wykres 53. Dostęp do specjalistów ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wraz ze wzrostem wielkości podmiotu maleje skala braku dostępu, a rośnie udział współpracy oraz zatrudnienia psychologów, co wskazuje na realne możliwości absorpcji kadr w średnich i dużych organizacjach. W odniesieniu do psychoterapeutów rynek pozostaje słabiej zagospodarowany, jednak w większych podmiotach coraz częściej deklarowana jest gotowość do nawiązywania współpracy.

Choć w obu sektorach – prywatnym i publicznym – przeważają obecnie deklaracje braku planów zatrudnieniowych, to zauważalny jest segment organizacji, szczególnie wśród przedsiębiorstw prywatnych oraz średnich i dużych podmiotów, które rozważają rozszerzenie współpracy ze specjalistami.

6.3. Kondycja psychiczna pracowników i skala problemów organizacyjnych

W podrozdziale zaprezentowano wyniki dotyczące skali oraz charakteru problemów związanych z dobrostanem psychicznym pracowników w badanych organizacjach. Analiza obejmuje najczęściej diagnozowane trudności psychospołeczne, ich dynamikę oraz postrzegany wpływ na funkcjonowanie organizacji. Uzyskane dane stanowią podstawę do oceny, w jakim stopniu kondycja psychiczna pracowników generuje zapotrzebowanie na wsparcie specjalistyczne oraz działania profilaktyczne w miejscu pracy.

6.3.1. Skala problemów związanych z dobrostanem psychicznym w organizacjach

Dane zgromadzone na wykresie 54 świadczą, iż najczęściej wskazywanym problemem związanym z dobrostanem psychicznym pracowników jest wypalenie zawodowe, na którego obecność w organizacji wskazuje 73% respondentów. Na drugim miejscu znajduje się spadek motywacji, wskazywany przez 65% badanych. Trzecim najczęściej wymienianym obszarem są trudności w radzeniu sobie ze stresem, deklarowane przez 61% respondentów.

Ponad połowa badanych zwraca także uwagę na problemy w relacjach i konflikty w miejscu pracy – 57%. Problemy emocjonalne pracowników deklaruje 46% respondentów.

Rzadziej wskazywane są uzależnienia, które zaznaczyło 27% badanych, oraz wzrost absencji – 24%. Brak problemów związanych z dobrostanem pracowników deklaruje 6% respondentów.

Syntetyczne porównanie kategorii pokazuje, że problemy o charakterze psychospołecznym i organizacyjnym, takie jak wypalenie zawodowe, spadek motywacji oraz stres, są wymieniane zdecydowanie częściej niż problemy o charakterze klinicznym lub behawioralnym, takie jak uzależnienia. Jednocześnie bardzo niski odsetek wskazań braku problemów sugeruje, że kwestie związane z dobrostanem pracowników występują w zdecydowanej większości organizacji objętych badaniem.

Wykres 54. Występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji w ostatnich 2 latach



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 54 przedstawia deklaracje dotyczące występowania problemów dobrostanu psychicznego pracowników w ostatnich 2 latach w podziale na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne.

W obu sektorach najczęściej wskazywane jest wypalenie zawodowe – 71,9% w przedsiębiorstwach prywatnych oraz 75% w instytucjach publicznych. Wysoki odsetek odpowiedzi dotyczy także spadku poziomu motywacji (62,8% w sektorze prywatnym i 71,4% w publicznym) oraz trudności w radzeniu sobie ze stresem (58,7% i 71,4%). Problemy w relacjach i konflikty zgłasza 56,2% respondentów z przedsiębiorstw prywatnych oraz 60,7% z instytucji publicznych.

Problemy emocjonalne częściej wskazywane są w instytucjach publicznych (67,9%) niż w przedsiębiorstwach prywatnych (41,3%). Wzrost absencji deklaruje 20,7% podmiotów prywatnych oraz 35,7% publicznych. Uzależnienia wskazuje odpowiednio 28,1% i 25%. Brak problemów deklaruje 7,4% przedsiębiorstw prywatnych, podczas gdy w instytucjach publicznych nie odnotowano takich wskazań.

Zestawienie pokazuje, że w instytucjach publicznych większość analizowanych problemów występuje częściej niż w sektorze prywatnym. W obu typach organizacji dominują jednak problemy związane z wypaleniem zawodowym, spadkiem motywacji i stresem, co sugeruje szeroką skalę wyzwań w obszarze dobrostanu psychicznego pracowników.

Wykres 55. Występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji w ostatnich 2 latach ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 55 prezentuje występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w ostatnich dwóch latach w podziale na wielkość organizacji.

W najmniejszych podmiotach (1–9 osób) wypalenie zawodowe oraz spadek motywacji deklaruje po 41,2% respondentów, trudności w radzeniu sobie ze stresem – 35,3%, a problemy w relacjach – 41,2%. Problemy emocjonalne wskazuje 17,6%, uzależnienia – 11,8%, a wzrost absencji – 5,9%. Brak problemów zgłasza 29,4%.

W organizacjach zatrudniających 10–49 osób wypalenie zawodowe wskazuje 75% badanych, spadek motywacji – 63%, trudności w radzeniu sobie ze stresem – 60,7%, a problemy w relacjach – 64,3%. Problemy emocjonalne deklaruje 67,9%, uzależnienia – 23%, a wzrost absencji – 23%. Brak problemów odnotowano u 6%.

W grupie 50–249 pracowników wypalenie zawodowe osiąga poziom 78,6%, spadek motywacji – 61%, trudności w radzeniu sobie ze stresem – 64%, a problemy w relacjach – 54%. Problemy emocjonalne deklaruje 45%, uzależnienia – 29%, a wzrost absencji – 32,1%. Nie odnotowano braku problemów (0%).

W największych organizacjach (250 i więcej pracowników) wypalenie zawodowe deklaruje 82% respondentów, spadek motywacji – 92,9%, trudności w radzeniu sobie ze stresem – 68%, a problemy w relacjach i konflikty – 63%. Problemy emocjonalne wskazuje 46%, uzależnienia – 29%, natomiast wzrost absencji – 29%. Brak problemów nie został wskazany przez żadnego respondenta (0%).

Uzyskane wyniki wskazują na wyraźną zależność pomiędzy wielkością organizacji a skalą deklarowanych problemów dobrostanu psychicznego pracowników. Wraz ze wzrostem liczby zatrudnionych rośnie odsetek podmiotów sygnalizujących wypalenie zawodowe, spadek motywacji oraz trudności w radzeniu sobie ze stresem. Szczególnie wysokie wartości obserwowane w organizacjach zatrudniających powyżej 250 pracowników (zwłaszcza w zakresie spadku poziomu motywacji – 92,9%) mogą wskazywać na strukturalny charakter problemów psychospołecznych w dużych podmiotach, wymagający systemowych działań z zakresu zarządzania dobrostanem i wsparcia psychologicznego w miejscu pracy.

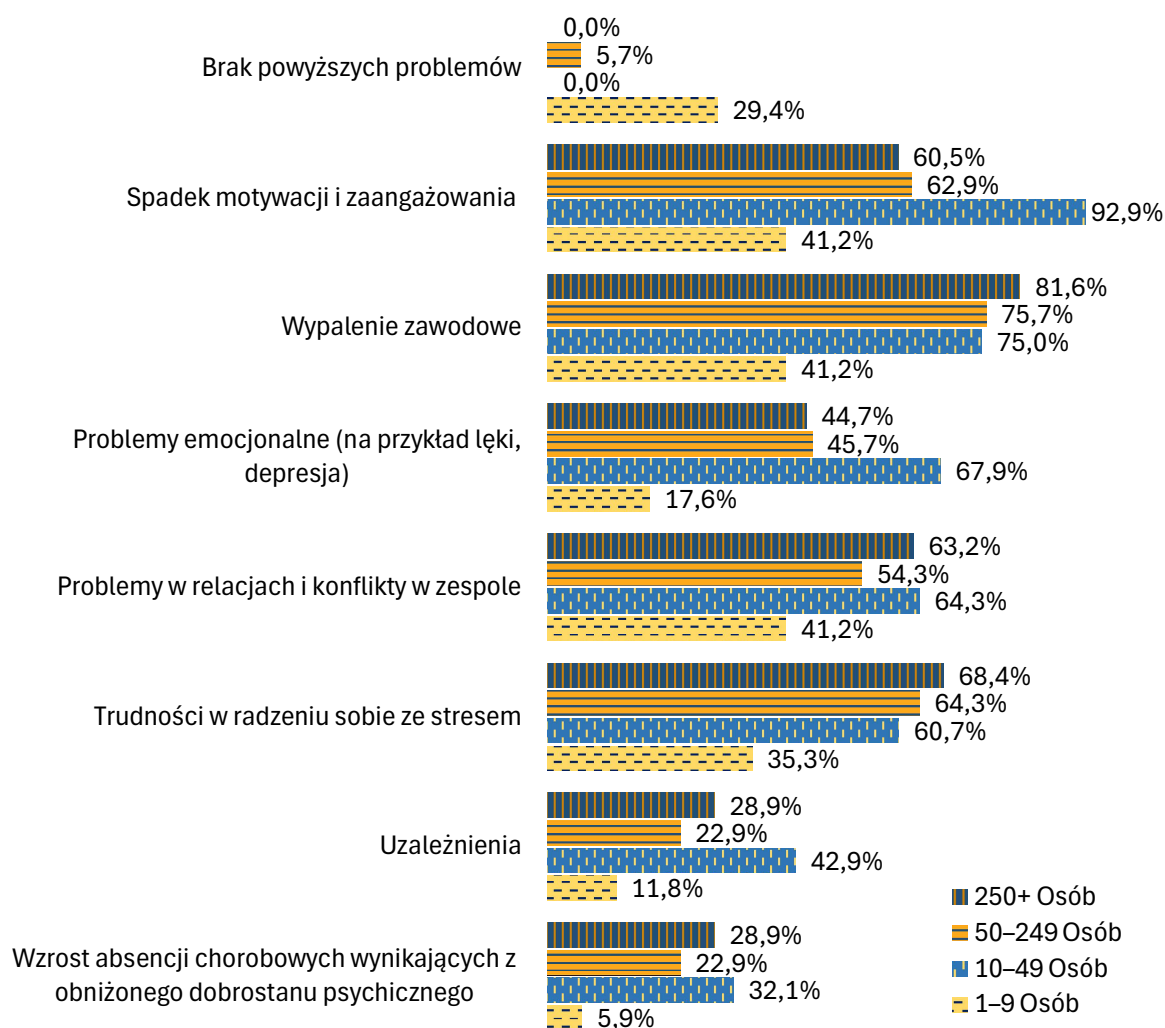
Wykres 57 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące kierunku zmian wybranych problemów związanych z dobrostanem pracowników. Dla każdej kategorii problemów wskazano, czy zjawisko nasila się, czy pozostaje bez zmian, czy maleje. Podano także liczebność odpowiedzi (N) dla poszczególnych kategorii.

W przypadku wypalenia zawodowego większość respondentów wskazuje na nasilanie się tego zjawiska – 69%, przy 28,2% wskazań braku zmian oraz 2,8% deklaracji spadku. Podobny rozkład odpowiedzi dotyczy wzrostu absencji, gdzie 62,2% respondentów deklaruje nasilanie się problemu, 32,4% – brak zmian, a 5,4% – jego zmniejszanie.

Spadek motywacji pracowników jest postrzegany jako problem nasilający się przez 55% respondentów, natomiast 43% wskazuje na brak zmian, a 2% na jego zmniejszanie. W odniesieniu do problemów emocjonalnych 47,3% badanych deklaruje ich nasilanie

się, 42% – brak zmian, a 10,7% – zmniejszanie. Trudności w radzeniu sobie ze stresem według 44,7% respondentów nasilają się, według 43,6% pozostają bez zmian, a według 11,7% maleją. Problemy w relacjach i konflikty w miejscu pracy są postrzegane jako nasilające się przez 43,7% badanych, przy 47,1% wskazań braku zmian oraz 9,2% deklaracji spadku.

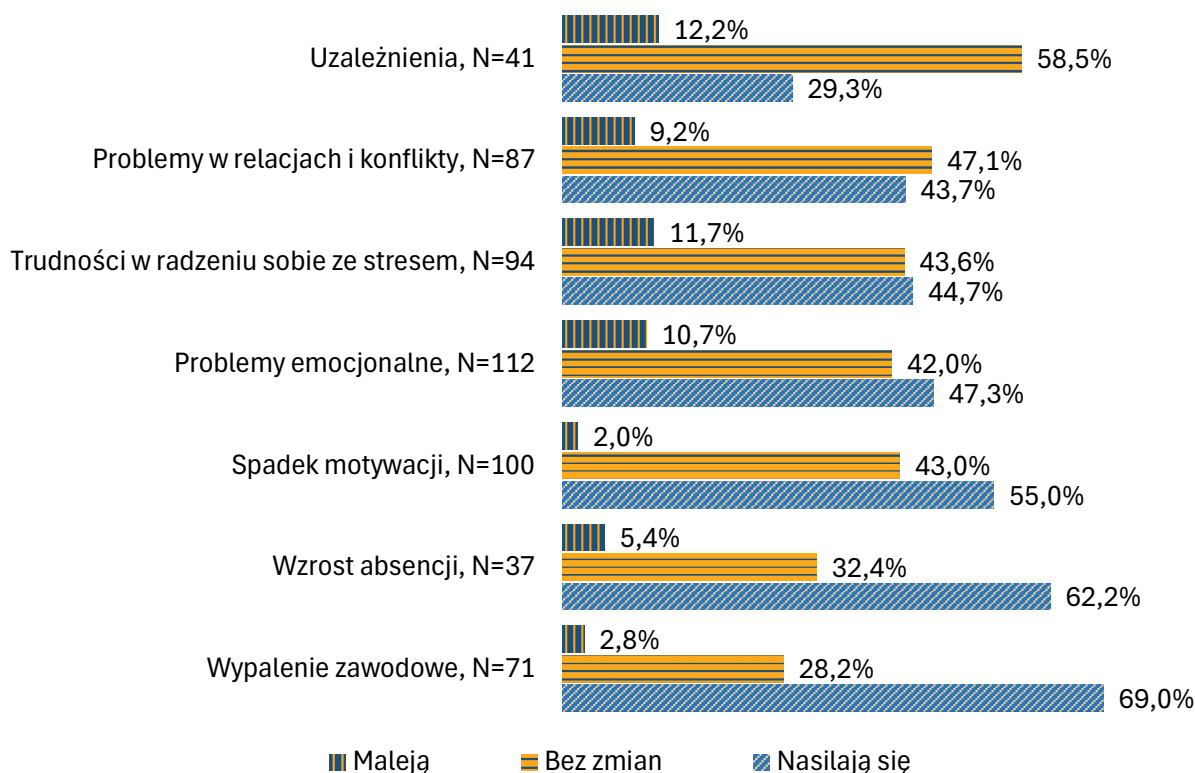
Wykres 56. Występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji w ostatnich 2 latach ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

W przypadku uzależnień 29,3% respondentów wskazuje na nasilanie się problemu, 58,5% na brak zmian, a 12,2% na jego zmniejszanie.

Wykres 57. Kierunek zmian problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, województwo podlaskie.

6.3.2. Potrzeby pracowników w zakresie dobrostanu psychicznego w organizacjach oraz zakres udzielanego wsparcia

Wykres 57 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące najbardziej potrzebnych działań wspierających zdrowie psychiczne pracowników w organizacjach objętych badaniem. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną formę wsparcia.

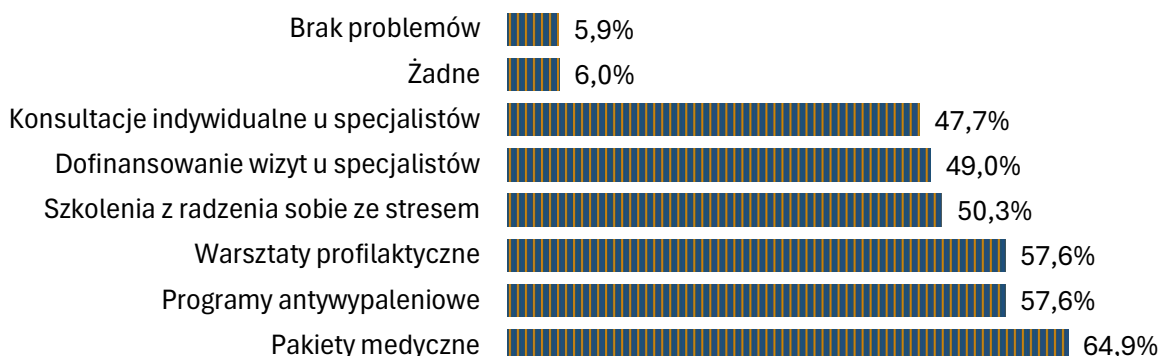
Najczęściej wskazywanym działaniem są pakiety medyczne, które wybrało 65% respondentów. Kolejną grupę działań stanowią programy antywypaleniowe oraz warsztaty profilaktyczne, wskazywane po 58% badanych.

Szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem wskazuje 50% respondentów. Dofinansowanie wizyt u specjalistów deklaruje 49% badanych, natomiast konsultacje indywidualne – 48%.

Brak potrzeby podejmowania jakichkolwiek działań deklaruje 6% respondentów.

Syntetyczne porównanie kategorii pokazuje, że najwyżej oceniane są działania o charakterze systemowym i profilaktycznym, takie jak pakiety medyczne oraz programy antywypaleniowe i warsztaty profilaktyczne. Działania o charakterze indywidualnym, w tym dofinansowanie wizyt i konsultacje indywidualne, wskazywane są nieco rzadziej, jednak nadal zgłaszane przez niemal połowę respondentów. Niewielki odsetek wskazań braku potrzeby działań potwierdza wysoką skalę zapotrzebowania na wsparcie w obszarze zdrowia psychicznego pracowników.

Wykres 58. Zapotrzebowanie na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

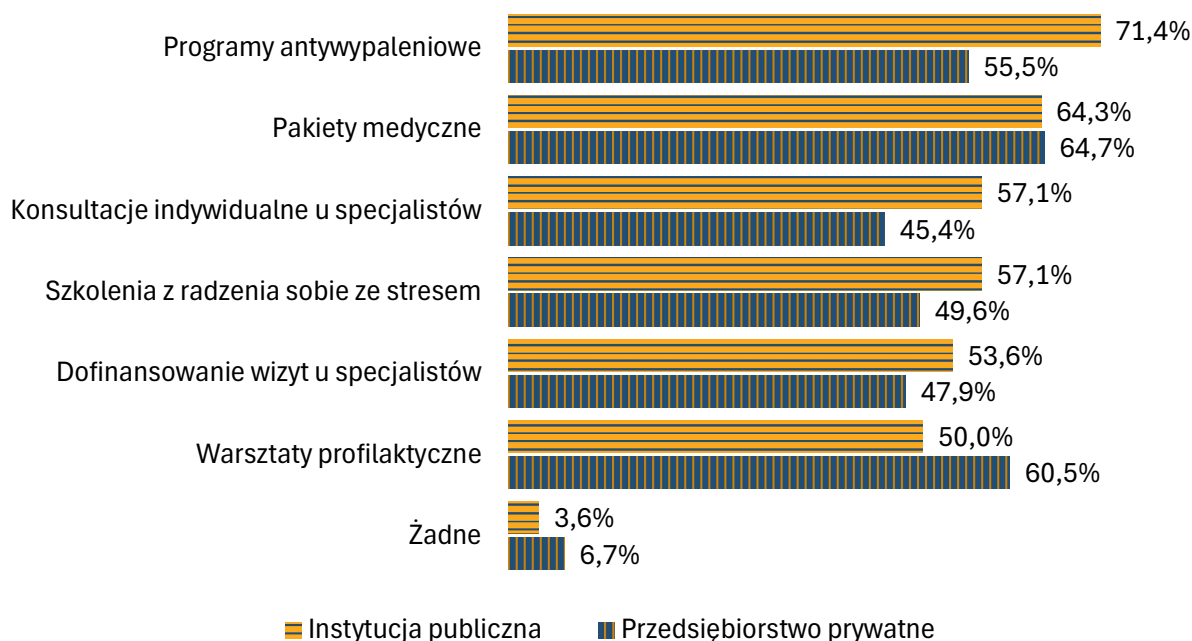
Zamieszczony poniżej wykres 58 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące najbardziej potrzebnych działań wspierających zdrowie psychiczne pracowników w podziale na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną formę działań.

W przedsiębiorstwach prywatnych najczęściej wskazywanym działaniem są pakiety medyczne, deklarowane przez 65% respondentów. Kolejne miejsca zajmują warsztaty profilaktyczne (61%) oraz programy antywypaleniowe (56%). Szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem wskazuje 50% badanych, dofinansowanie wizyt – 48%, a konsultacje indywidualne – 45%. Brak potrzeby podejmowania działań deklaruje 7% respondentów.

W instytucjach publicznych najwyższy odsetek wskazań dotyczy programów antywypaleniowych – 71%. Kolejnymi działaniami są pakiety medyczne (64%) oraz konsultacje indywidualne i szkolenia ze stresu, wskazywane po 57% respondentów. Warsztaty profilaktyczne deklaruje 50% badanych, natomiast dofinansowanie wizyt – 54%. Brak potrzeby działań wskazuje 4% respondentów z tej grupy.

Syntetyczne porównanie obu typów organizacji pokazuje, że przedsiębiorstwa prywatne częściej niż instytucje publiczne wskazują na potrzebę wprowadzenia pakietów medycznych oraz warsztatów profilaktycznych. Z kolei w instytucjach publicznych wyraźnie częściej akcentowana jest potrzeba programów antywypaleniowych oraz konsultacji indywidualnych. W obu typach organizacji odsetek respondentów deklarujących brak potrzeby działań pozostaje niski.

Wykres 59. Zapotrzebowanie na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 59 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące najbardziej potrzebnych działań wspierających zdrowie psychiczne pracowników w podziale na wielkość organizacji mierzoną liczbą zatrudnionych: 1–9 osób, 10–49 osób, 50–249 osób oraz 250 pracowników i więcej. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną kategorię działań.

W najmniejszych organizacjach, zatrudniających od 1 do 9 osób, najczęściej wskazywane są pakiety medyczne – 47%. Programy antywypaleniowe deklaruje 41% respondentów, a warsztaty profilaktyczne – 35%. Szkolenia ze stresu wskazuje 29% badanych, konsultacje indywidualne również 29%, natomiast dofinansowanie wizyt – 24%. Brak potrzeby działań zgłasza 18% respondentów z tej grupy.

W organizacjach zatrudniających od 10 do 49 osób najwyższy odsetek wskazań dotyczy pakietów medycznych oraz programów antywypaleniowych – po 59%. Warsztaty profilaktyczne wskazuje 44% respondentów, szkolenia ze stresu – 52%, dofinansowanie wizyt – 63%, a konsultacje indywidualne – 41%. Brak potrzeby działań deklaruje 7% badanych.

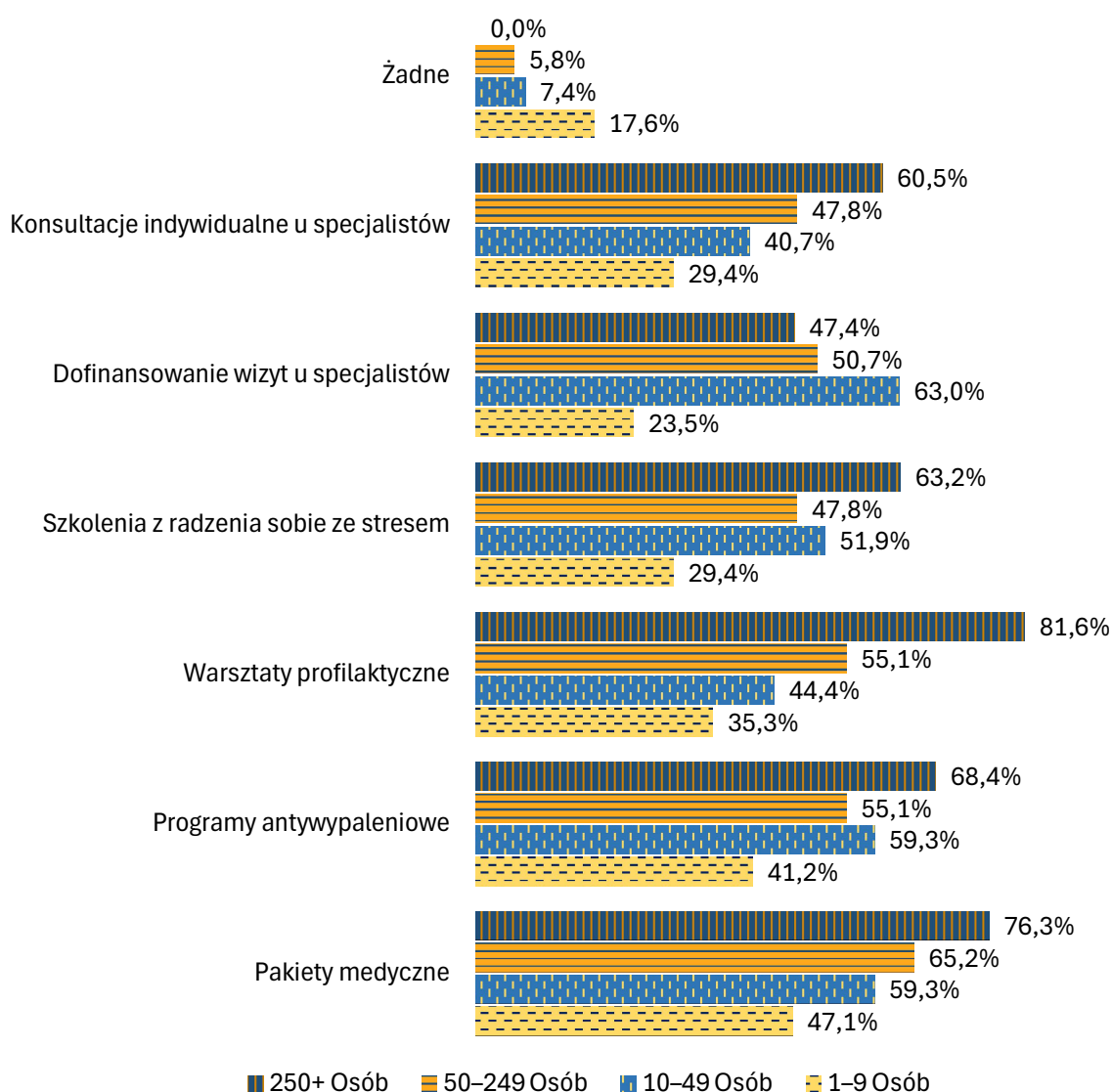
W grupie organizacji zatrudniających od 50 do 249 pracowników najczęściej wskazywane są pakiety medyczne – 65% oraz programy antywypaleniowe – 55%. Warsztaty profilaktyczne deklaruje 55% respondentów, szkolenia ze stresu – 48%, dofinansowanie wizyt – 51%, a konsultacje indywidualne – 48%. Brak potrzeby działań wskazuje 6% badanych.

W największych organizacjach, zatrudniających 250 pracowników i więcej, najwyższy odsetek wskazań dotyczy warsztatów profilaktycznych – 82%. Pakiety medyczne deklaruje 76% respondentów, programy antywypaleniowe – 68%, szkolenia ze stresu –

63%, konsultacje indywidualne – 61%, a dofinansowanie wizyt – 47%. Brak potrzeby działań zgłasza 6% respondentów.

Syntetyczne porównanie kategorii pokazuje, że wraz ze wzrostem wielkości organizacji rośnie odsetek wskazań na większość form wsparcia, w szczególności warsztaty profilaktyczne, pakiety medyczne oraz programy antywypaleniowe. Najmniejsze organizacje relatywnie częściej deklarują brak potrzeby działań, natomiast w średnich i dużych podmiotach zapotrzebowanie na działania w obszarze zdrowia psychicznego ma charakter wyraźnie bardziej powszechny.

Wykres 60. Zapotrzebowanie na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Realizując badanie, zapytano respondentów o to, jak wygląda wsparcie ich dobrostanu psychicznego w miejscu zatrudnienia. Wykres 60 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące działań z zakresu wsparcia zdrowia psychicznego

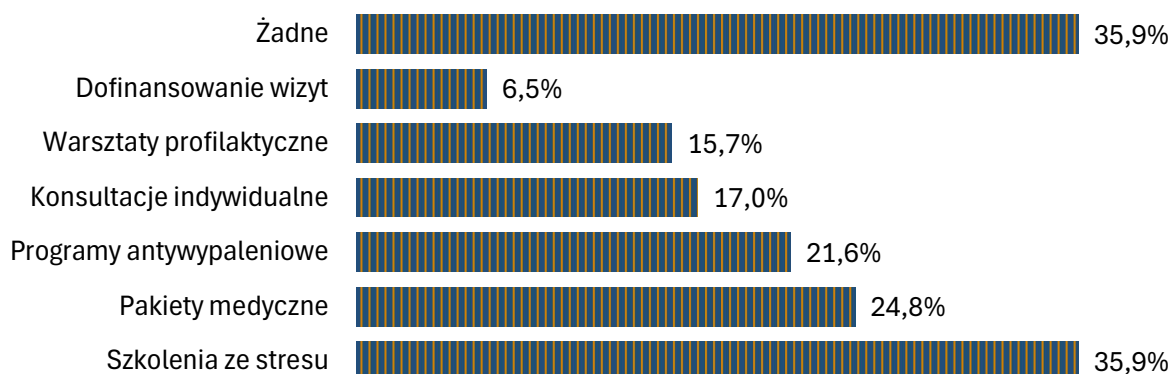
pracowników realizowanych w organizacjach w ciągu ostatnich trzech lat. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną kategorię działań.

Najczęściej wskazywanym działaniem realizowanym w ostatnich 3 latach są szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem, które deklaruje 36% respondentów. Taki sam odsetek badanych wskazuje, że w tym okresie nie realizowano żadnych działań w obszarze zdrowia psychicznego pracowników.

Pakiety medyczne były realizowane w 25% organizacji, natomiast programy antywypaleniowe w 22%. Konsultacje indywidualne wskazuje 17% respondentów, a warsztaty profilaktyczne – 16%. Najrzadziej realizowanym działaniem było dofinansowanie wizyt u specjalistów, deklarowane przez 7% badanych.

Syntetyczne porównanie kategorii pokazuje, że działania o charakterze szkoleniowym i edukacyjnym były realizowane częściej niż formy wsparcia wymagające stałego lub indywidualnego zaangażowania specjalistów. Jednocześnie relatywnie wysoki odsetek badanych deklarujących brak działań w analizowanym okresie wskazuje na ograniczony zakres wdrażania rozwiązań w obszarze zdrowia psychicznego pracowników w ostatnich 3 latach.

Wykres 61. Działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach



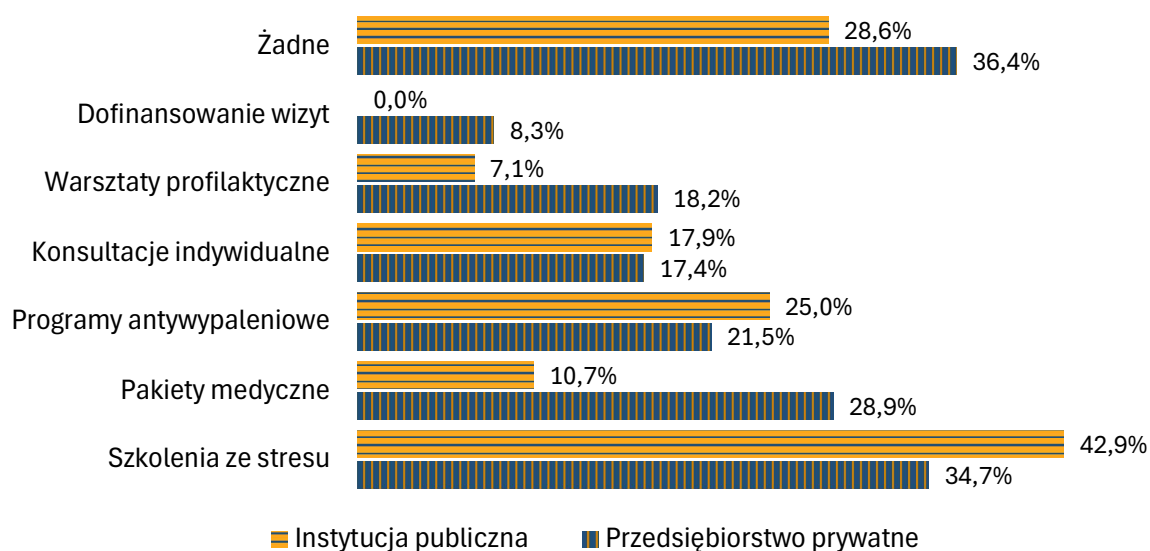
Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 61 przedstawia działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach ze względu na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną kategorię działań.

W przedsiębiorstwach prywatnych najczęściej wskazywanym działaniem są szkolenia z zakresu radzenia sobie ze stresem, deklarowane przez 35% respondentów. Kolejną kategorią są pakiety medyczne, wskazywane przez 29% badanych. Programy antywypaleniowe deklaruje 22% respondentów, natomiast warsztaty profilaktyczne – 18%. Konsultacje indywidualne wskazuje 17% badanych, a dofinansowanie wizyt – 8%. Brak prowadzonych działań zgłasza 36% respondentów z tej grupy.

W instytucjach publicznych najczęściej wskazywane są szkolenia ze stresu, deklarowane przez 43% respondentów. Programy antywypaleniowe wskazuje 25% badanych, a konsultacje indywidualne – 18%. Pakiety medyczne deklaruje 11% respondentów, natomiast warsztaty profilaktyczne – 7%. Brak realizacji jakichkolwiek działań zgłasza 29% respondentów.

Wykres 62. Działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 62 obrazuje działania z zakresu zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacjach w ostatnich 3 latach w podziale na wielkość zatrudnienia.

W najmniejszych podmiotach (1–9 osób) dominują odpowiedzi wskazujące na brak jakichkolwiek działań – 59%. Szkolenia ze stresu realizuje 6% organizacji, programy antywypaleniowe 12%, konsultacje indywidualne 18%, warsztaty profilaktyczne 6%, a dofinansowanie wizyt 11%. Pakiety medyczne deklaruje 24%.

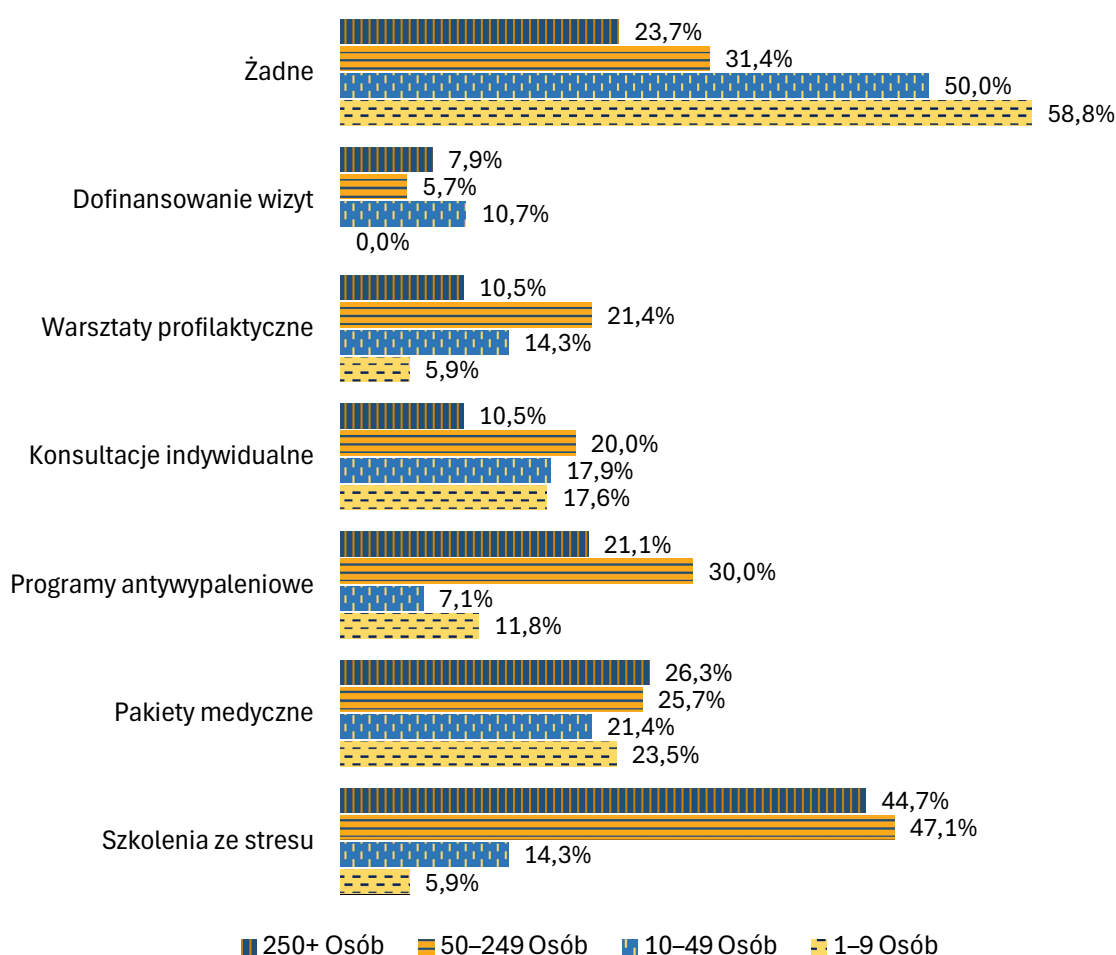
W organizacjach zatrudniających 10–49 osób brak działań wskazuje 50% respondentów. Szkolenia ze stresu prowadzi 14% podmiotów, programy antywypaleniowe – 7%, konsultacje indywidualne – 18%, warsztaty profilaktyczne – 14%, a dofinansowanie wizyt – 11%. Pakiety medyczne oferuje 21% organizacji.

W grupie 50–249 pracowników brak działań deklaruje 31%. Szkolenia ze stresu realizuje 47% organizacji, programy antywypaleniowe – 30%, konsultacje indywidualne – 18%, warsztaty profilaktyczne – 21%, a dofinansowanie wizyt – 6%. Pakiety medyczne wskazuje 26% respondentów.

W największych podmiotach (250 i więcej pracowników) brak działań dotyczy 24% organizacji. Szkolenia ze stresu prowadzi 45%, programy antywypaleniowe – 21%, konsultacje indywidualne – 20%, warsztaty profilaktyczne – 11%, a dofinansowanie wizyt 8%. Pakiety medyczne deklaruje 26%.

Zestawienie wskazuje, że wraz ze wzrostem wielkości zatrudnienia maleje odsetek organizacji niepodjęających żadnych działań, a rośnie skala inicjatyw szkoleniowych i programów antywypaleniowych. Najmniejsze podmioty zdecydowanie najczęściej nie realizują żadnych form wsparcia, podczas gdy w średnich i dużych organizacjach działania te mają znacznie bardziej rozbudowany charakter.

Wykres 63. Działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

6.3.3. Działania organizacji w zakresie monitoringu dobrostanu psychicznego pracowników

We wcześniejszych częściach opracowania wspomniano o stresie – czynniku sprzyjającym pojawieniu się wypalenia zawodowego czy innych problemów doświadczanych w przestrzeni zawodowej. Zagadnienie to znalazło się również w ankiecie adresowanej do przedstawicieli przedsiębiorstw. Wykres 63 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące prowadzenia w organizacjach monitoringu stresu i wypalenia zawodowego, z uwzględnieniem częstotliwości tych działań.

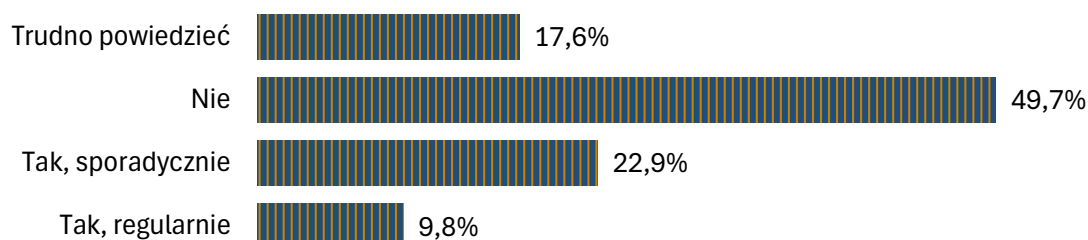
Blisko połowa respondentów deklaruje, że w ich organizacjach nie prowadzi się monitorowania stresu i wypalenia zawodowego – 49,7%. Regularne monitorowanie tych

zjawisk wskazuje 9,8% badanych, natomiast monitorowanie prowadzone sporadycznie zgłasza 22,9% respondentów.

Brak jednoznacznej wiedzy na temat istnienia takich działań w organizacji deklaruje 17,6% respondentów, wybierając odpowiedź „trudno powiedzieć”.

Syntetyczne porównanie kategorii pokazuje, że monitorowanie stresu i wypalenia zawodowego ma w badanych organizacjach charakter raczej incydentalny niż systematyczny. Odsetek organizacji deklarujących brak monitorowania wyraźnie przewyższa łączny udział podmiotów prowadzących je regularnie lub sporadycznie, co wskazuje na ograniczone rozpowszechnienie formalnych praktyk w tym zakresie.

Wykres 64. Monitorowanie poziomu stresu i wypalenia zawodowego w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

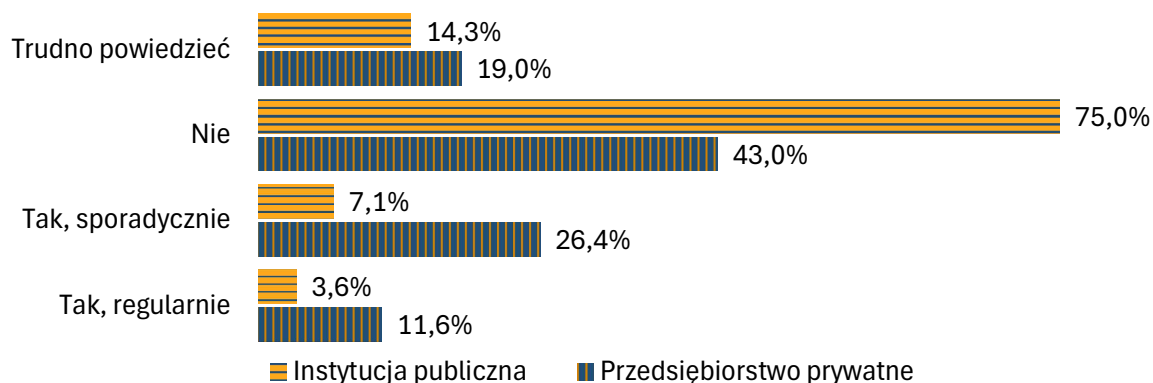
Wykres 64 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące prowadzenia monitorowania stresu i wypalenia zawodowego w podziale na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne, z rozróżnieniem na regularność działań.

W przedsiębiorstwach prywatnych brak monitorowania stresu i wypalenia zawodowego deklaruje 43% respondentów. Monitorowanie prowadzone sporadycznie wskazuje 26,4% badanych, natomiast regularne monitorowanie 11,6%. Brak jednoznacznej wiedzy na temat prowadzenia takich działań wskazuje 19% respondentów.

W instytucjach publicznych zdecydowana większość respondentów deklaruje brak monitorowania stresu i wypalenia zawodowego – 75%. Monitorowanie sporadyczne wskazuje 7,1% badanych, natomiast regularne – 3,6%. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybiera 14,3% respondentów z tej grupy.

Syntetyczne porównanie obu typów organizacji pokazuje, że przedsiębiorstwa prywatne częściej niż instytucje publiczne praktykują prowadzenie monitorowania stresu i wypalenia zawodowego – zarówno w formie regularnej, jak i sporadycznej. Jednocześnie w obu typach organizacji dominuje brak monitorowania, przy czym odsetek ten jest wyraźnie wyższy w instytucjach publicznych.

Wykres 65. Monitorowanie poziomu stresu i wypalenia zawodowego ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 65 przedstawia z kolei deklaracje respondentów dotyczące prowadzenia monitorowania stresu i wypalenia zawodowego w organizacjach w podziale na wielkość zatrudnienia: 1–9 osób, 10–49 osób, 50–249 osób oraz 250 pracowników i więcej, z rozróżnieniem na regularność działań.

W najmniejszych organizacjach, zatrudniających od 1 do 9 osób, brak monitorowania stresu i wypalenia zawodowego deklaruje 47,1% respondentów. Regularne monitorowanie wskazuje 23,5% badanych, natomiast monitorowanie sporadyczne – 29,4%.

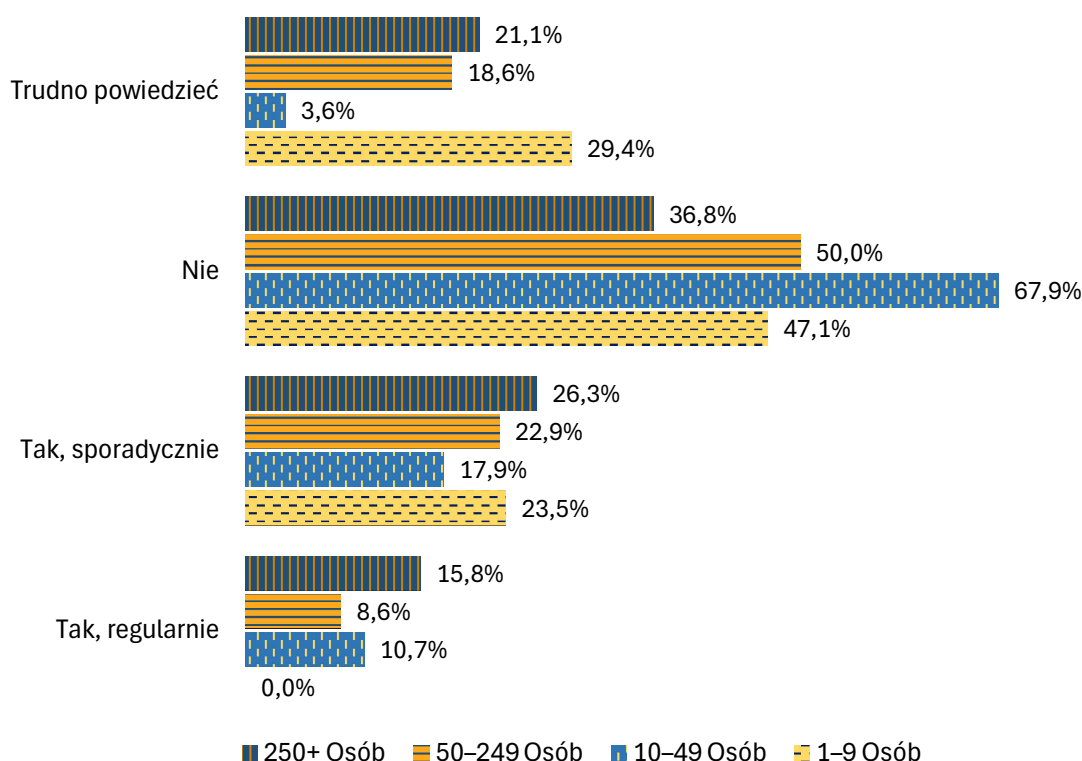
W organizacjach zatrudniających od 10 do 49 osób brak monitorowania deklaruje 67,9% respondentów. Monitorowanie prowadzone sporadycznie wskazuje 17,9% badanych, natomiast regularne – 10,7%. Odpowiedź „trudno powiedzieć” pojawia się w 3,6% przypadków.

W grupie organizacji zatrudniających od 50 do 249 pracowników brak monitorowania stresu i wypalenia zawodowego deklaruje 50,0% respondentów. Monitorowanie sporadyczne wskazuje 22,9% badanych, natomiast regularne – 8,6%. Brak jednoznacznej wiedzy na temat prowadzenia takich działań deklaruje 18,6% respondentów.

W największych organizacjach, zatrudniających 250 pracowników i więcej, brak monitorowania deklaruje 36,8% respondentów. Monitorowanie sporadyczne wskazuje 26,3% badanych, natomiast regularne – 15,8%. Odpowiedź „trudno powiedzieć” wybiera 21,1% respondentów.

Syntetyczne porównanie kategorii wskazuje, że wraz ze wzrostem wielkości organizacji maleje odsetek podmiotów deklarujących brak monitorowania stresu i wypalenia zawodowego, a rośnie udział organizacji prowadzących takie działania – zarówno regularnie, jak i sporadycznie. Jednocześnie we wszystkich grupach wielkości organizacji brak monitorowania pozostaje dominującą kategorią odpowiedzi, szczególnie w organizacjach małych i średnich.

Wykres 66. Monitorowanie poziomu stresu i wypalenia zawodowego w organizacji ze względu na wielkość zatrudniania



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

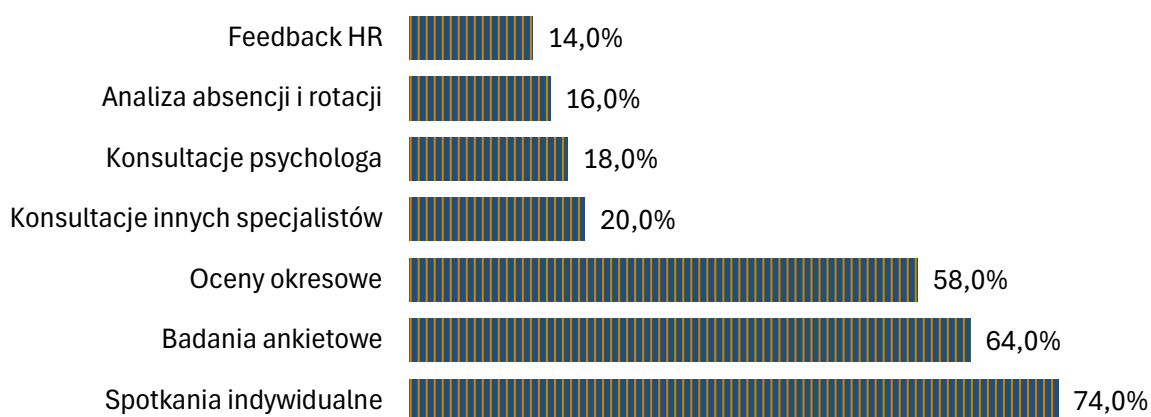
Pogłębiając temat stresu i wypalenia zawodowego, pytaliśmy respondentów, w jaki sposób organizacje monitorują stres i wypalenie zawodowe pracowników. Wykres 66 obrazuje wskazania badanych, przy czym respondenci mogli wskazać więcej niż jedną formę działania. Najczęściej stosowane są spotkania indywidualne z pracownikami – wskazało je 74% badanych. W dalszej kolejności pojawiają się badania ankietowe (64%) oraz oceny okresowe pracowników (58%).

Znacznie rzadziej organizacje sięgają po konsultacje z innymi specjalistami (20%) oraz konsultacje z psychologiem (18%). Analizę absencji i rotacji pracowników jako narzędzie monitorowania wskazuje 16% respondentów, a wykorzystanie informacji zwrotnej z obszaru *human relations* (HR) – 14%.

Układ odpowiedzi pokazuje wyraźną przewagę rozwiązań opartych na bezpośrednim kontakcie z pracownikami i standardowych procedurach wewnętrznych. Formy bardziej wyspecjalizowane lub analityczne są wskazywane zdecydowanie rzadziej.

Wykres 67 prezentuje ocenę wpływu problemów związanych z dobrostanem pracowników na efektywność funkcjonowania organizacji. Największa grupa badanych uznaje ten wpływ za znaczący – 52,4%. Kolejne 38,6% respondentów określa go jako umiarkowany. Niewielki wpływ wskazuje 6,9% badanych, a brak wpływu – 2,1%.

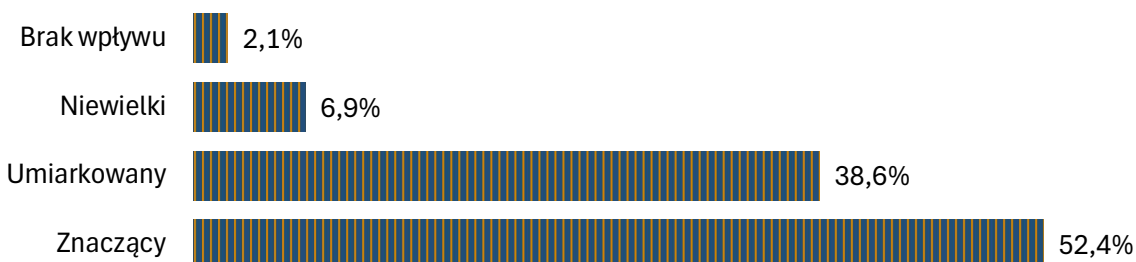
Wykres 67. Formy monitorowania stresu i wypalenia zawodowego w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Rozkład odpowiedzi pokazuje wyraźną koncentrację wskazań w dwóch najwyższych kategoriach. Odpowiedzi „znaczący” i „umiarkowany” zdecydowanie przeważają nad ocenami minimalizującymi wpływ problemów dobrostanu na efektywność organizacji.

Wykres 68. Wpływ problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników na efektywność organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 68 przedstawia ocenę wpływu problemów dobrostanu psychicznego na efektywność pracowników w podziale na przedsiębiorstwa prywatne i instytucje publiczne, z uwzględnieniem czterech kategorii odpowiedzi.

W instytucjach publicznych dominują oceny wskazujące na znaczący wpływ – 64,3% respondentów. Pozostałe 35,7% badanych określa ten wpływ jako umiarkowany. W tej grupie nie występują wskazania na wpływ niewielki ani na jego brak.

W przedsiębiorstwach prywatnych również najczęściej wskazywany jest wpływ znaczący (48,7%), jednak jego udział jest niższy niż w instytucjach publicznych. Umiarkowany wpływ deklaruje 39,8% respondentów, niewielki – 8,8%, a brak wpływu – 2,7%.

Zestawienie obu typów organizacji pokazuje większą koncentrację ocen w najwyższej kategorii w instytucjach publicznych. W przedsiębiorstwach prywatnych odpowiedzi są bardziej zróżnicowane i obejmują także wskazania na niewielki lub brak wpływu, choć mają one charakter marginalny.

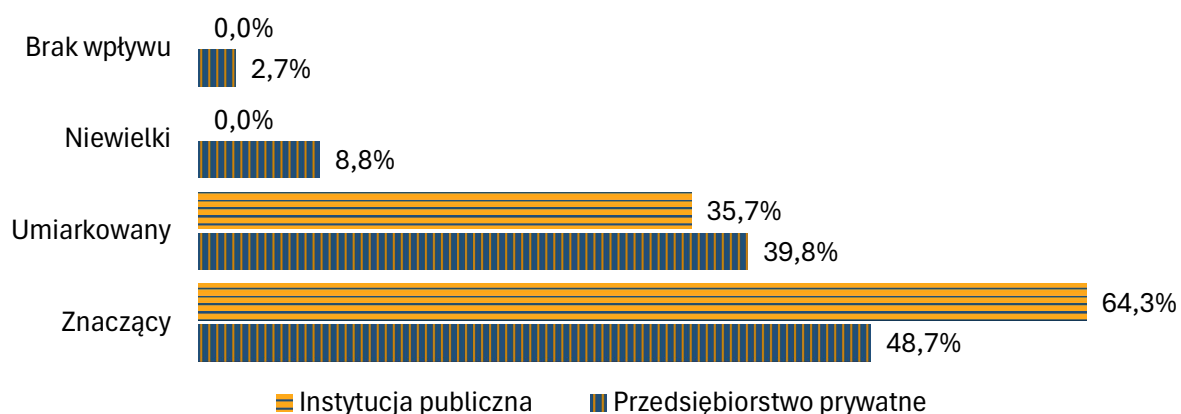
Wykres 70 prezentuje ocenę wpływu problemów dobrostanu pracowników na efektywność pracy w zależności od wielkości organizacji mierzonej liczbą zatrudnionych.

W podmiotach zatrudniających 1–9 osób 62,5% respondentów wskazuje na znaczący wpływ, a 37,5% na umiarkowany. W tej grupie nie odnotowano odpowiedzi wskazujących na niewielki lub brak wpływu.

W organizacjach liczących 10–49 pracowników odsetek ocen „znaczący wpływ” wynosi 65,4%, natomiast „umiarkowany” – 30,8%. Niewielki wpływ deklaruje 3,8% badanych. Braku wpływu nie odnotowano.

W grupie 50–249 pracowników 52,2% respondentów ocenia wpływ jako znaczący, 32,8% – jako umiarkowany, 10,4% – jako niewielki, a 4,5% wskazuje na brak wpływu.

Wykres 69. Wpływ problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników na efektywność ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

W największych organizacjach (250 i więcej pracowników) przeważają oceny umiarkowanego wpływu – 55,6%. Znaczący wpływ deklaruje 38,9%, a niewielki – 5,6%. Brak wpływu nie został wskazany.

Zestawienie danych pokazuje, że w najmniejszych i małych podmiotach częściej dominuje ocena wpływu jako znaczącego, natomiast w największych organizacjach przeważają wskazania umiarkowane. Wraz ze wzrostem wielkości zatrudnienia pojawiają się także odpowiedzi wskazujące na niewielki lub brak wpływu, choć ich udział pozostaje ograniczony.

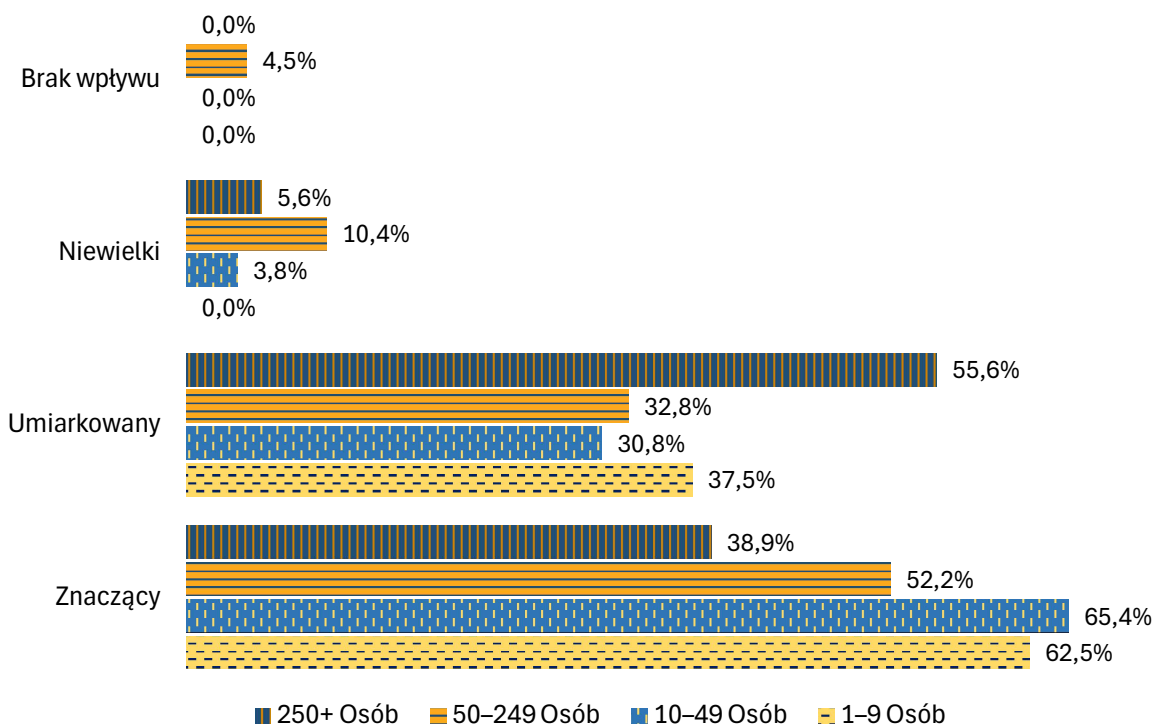
Na wykresie 70 zaprezentowano odpowiedzi dotyczące postrzegania odpowiedzialności za dobrostan psychiczny pracowników w organizacjach, z podziałem na cztery kategorie: odpowiedzialność pracownika, odpowiedzialność wspólną, odpowiedzialność pracodawcy oraz brak wpływu.

Najczęściej wskazywana jest współodpowiedzialność pracownika i pracodawcy – 84,3% respondentów. Odpowiedzialność wyłącznie po stronie pracownika deklaruje 9,2% badanych, natomiast przypisanie jej wyłącznie pracodawcy – 6,5%.

Brak wpływu którejkolwiek ze stron na dobrostan psychiczny pracowników wskazuje 2,1% respondentów.

Rozkład odpowiedzi jednoznacznie koncentruje się wokół modelu współodpowiedzialności, podczas gdy stanowiska skrajne – przypisujące odpowiedzialność tylko jednej stronie lub negujące jej istnienie – pojawiają się sporadycznie.

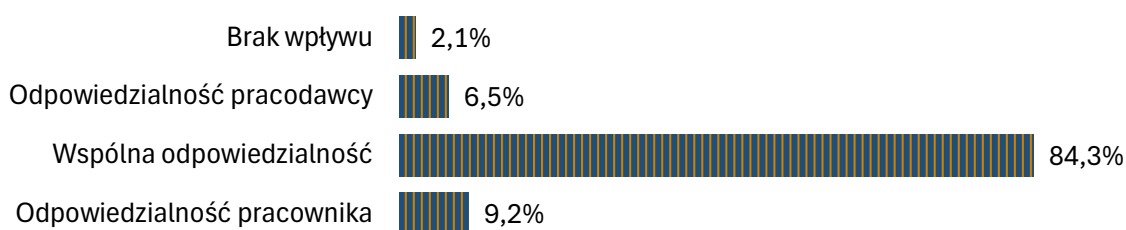
Wykres 70. Wpływ problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników na efektywność ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Następnie respondentów zapytano o to, kto w organizacji zajmuje się problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym pracowników, a rozkład odpowiedzi ilustruje wykres 71. Możliwe było wskazanie więcej niż jednej kategorii.

Wykres 71. Postrzeganie odpowiedzialności za zdrowie i dobrostan psychiczny pracowników



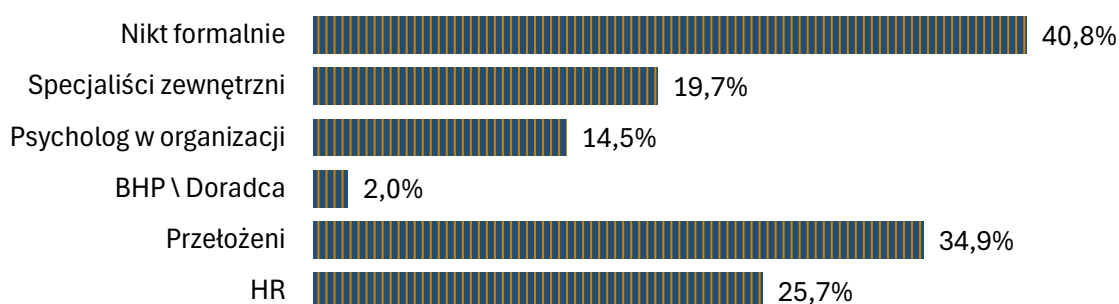
Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Najczęściej deklarowano brak formalnie wyznaczonej osoby lub komórki odpowiedzialnej za ten obszar – 40,8% badanych wskazało, że nikt formalnie nie pełni takiej roli. W organizacjach, w których wskazano konkretne podmioty, najczęściej wymieniani są przełożeni (34,9%) oraz dział HR (25,7%).

Specjalistów zewnętrznych wskazuje 19,7% respondentów, a psychologa funkcjonującego w organizacji – 14,5%. Najrzadziej pojawia się wskazanie służb BHP lub doradcy – 2%.

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że w znacznej części organizacji kwestie zdrowia psychicznego nie są przypisane do sformalizowanej struktury. Tam, gdzie zadania te są realizowane, częściej spoczywają na przełożonych i działach HR niż na wyspecjalizowanych specjalistach.

Wykres 72. Podmioty odpowiedzialne za rozwiązywanie problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

6.4. Formy wsparcia i działania podejmowane przez organizacje na rzecz kondycji psychicznej pracownika

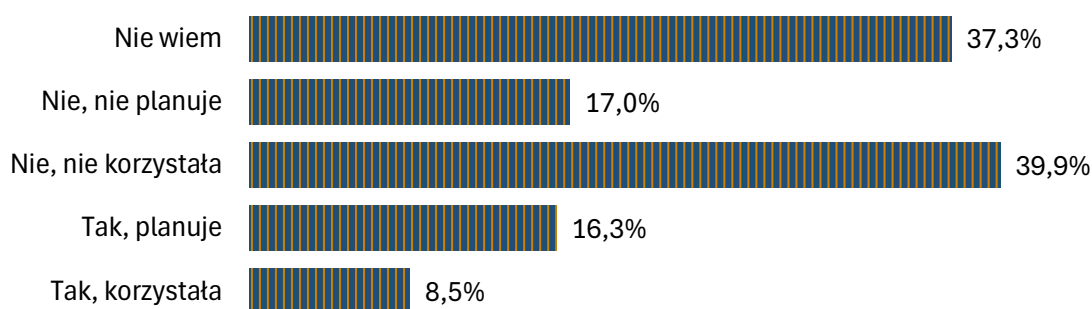
W podrozdziale przedstawiono zakres oraz charakter działań podejmowanych przez organizacje w obszarze wsparcia zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników. Analiza obejmuje zarówno rozwiązania wdrażane wewnętrznie (na przykład szkolenia, konsultacje, programy profilaktyczne), jak i korzystanie z instrumentów zewnętrznych. Zaprezentowane wyniki pozwalają ocenić stopień instytucjonalizacji wsparcia oraz poziom aktywności organizacji w tym obszarze.

Wykres 72 prezentuje deklaracje respondentów dotyczące korzystania z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników.

Zaledwie 8,5% badanych wskazuje, że ich organizacja korzystała z takich programów. Plany skorzystania w przyszłości deklaruje 16,3% respondentów. Największą grupę stanowią podmioty, które dotychczas nie korzystały z zewnętrznych form wsparcia – 39,9%. Brak planów w tym zakresie zgłasza 17% badanych. Jednocześnie 37,3% respondentów deklaruje brak wiedzy na temat ewentualnego korzystania z tego typu projektów w swojej organizacji.

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że realne wykorzystanie programów zewnętrznych pozostaje ograniczone, a istotna część organizacji nie podejmowała dotąd takich działań. Wysoki odsetek odpowiedzi „nie wiem” sugeruje również niedostateczną przejrzystość lub komunikację wewnętrzną w zakresie korzystania z dostępnych instrumentów wsparcia.

Wykres 73. Korzystanie z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 73 przedstawia deklaracje respondentów dotyczące korzystania z zewnętrznych programów wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego w podziale na typ organizacji: przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne, z rozróżnieniem na: korzystanie, plany korzystania, brak korzystania, brak planów oraz brak wiedzy.

W przedsiębiorstwach prywatnych korzystanie z zewnętrznych programów wsparcia deklaruje 6,6% respondentów. Plany skorzystania z takich programów wskazuje 17,4% badanych. Największy odsetek stanowią respondenci, którzy deklarują, że ich organizacje nie korzystały z programów zewnętrznych – 48,8%. Brak planów korzystania zgłasza 15,7% respondentów, natomiast brak wiedzy na ten temat – 33,9%.

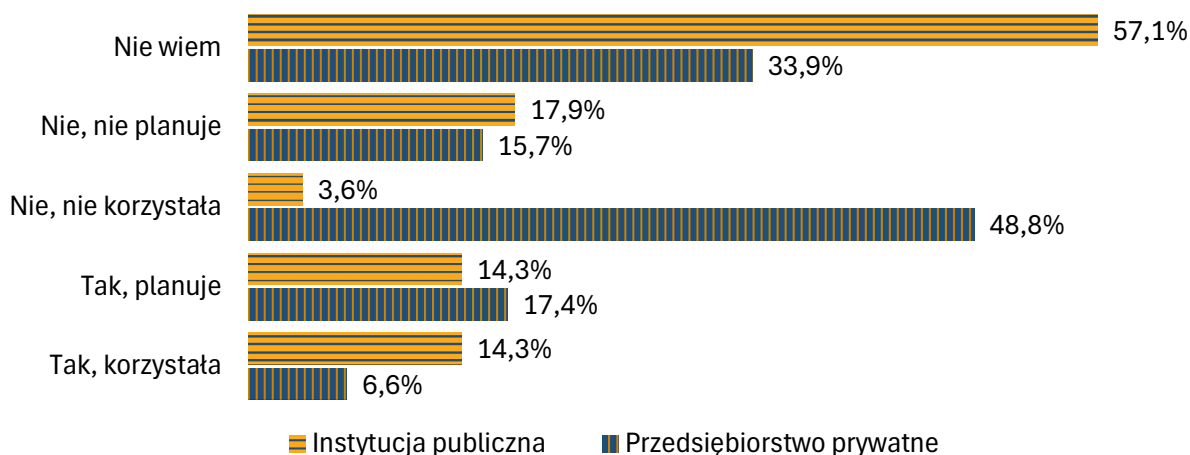
W instytucjach publicznych korzystanie z zewnętrznych programów wsparcia deklaruje 14,3% respondentów, a taki sam odsetek wskazuje plany ich wykorzystania. Brak wcześniejszego korzystania deklaruje 3,6% badanych, natomiast brak planów korzystania – 17,9%. Najliczniejszą kategorią w tej grupie jest odpowiedź „nie wiem”, wskazywana przez 57,1% respondentów.

Syntetyczne porównanie obu typów organizacji pokazuje, że instytucje publiczne częściej niż przedsiębiorstwa prywatne deklarują korzystanie z zewnętrznych programów wsparcia lub plany ich wdrożenia. Jednocześnie w instytucjach publicznych znacznie wyższy jest odsetek odpowiedzi „nie wiem”, co wskazuje na mniejszą świadomość respondentów w zakresie korzystania z takich programów. W przedsiębiorstwach prywatnych dominuje natomiast deklaracja braku korzystania z programów zewnętrznych, przy relatywnie niższym poziomie braku wiedzy.

Następny wykres (74) prezentuje korzystanie z zewnętrznych programów wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego w zależności od wielkości organizacji (1–9, 10–49, 50–249 oraz 250 i więcej pracowników), z uwzględnieniem pięciu kategorii odpowiedzi.

W najmniejszych podmiotach (1–9 osób) 58,8% respondentów deklaruje brak korzystania z programów zewnętrznych. Korzystanie wskazuje 23,5%, a taki sam odsetek przyznaje, że nie posiada wiedzy w tym zakresie. Brak planów zgłasza 5,9%, natomiast nie odnotowano wskazań dotyczących planowanego skorzystania.

Wykres 74. Korzystanie z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

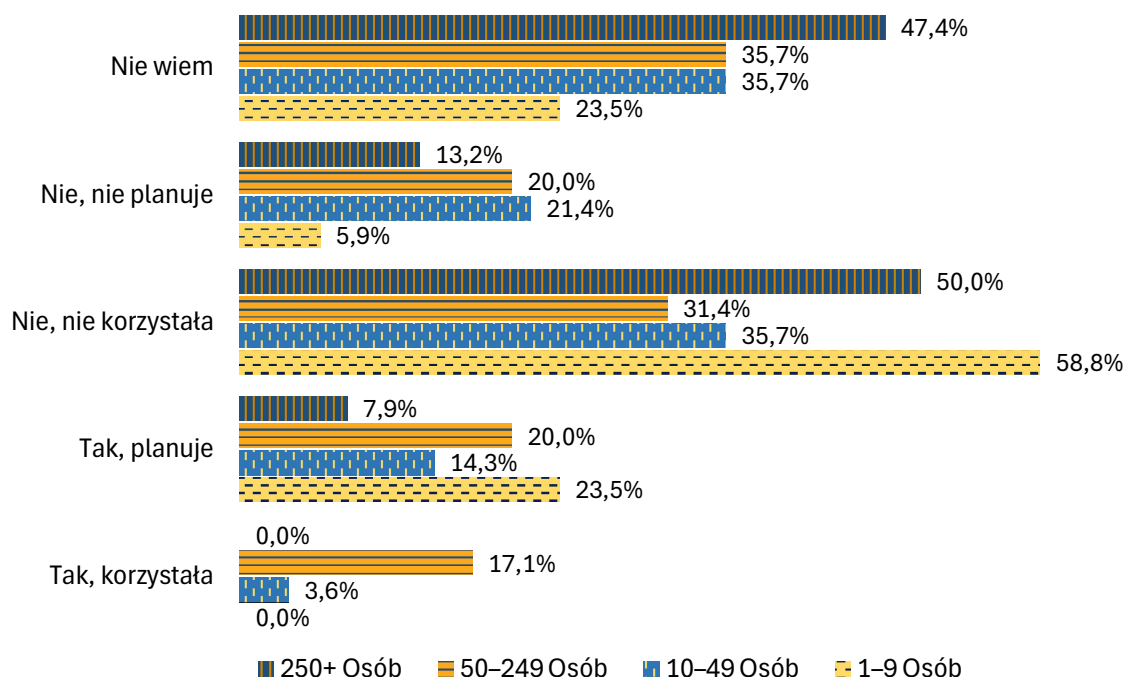
W organizacjach zatrudniających 10–49 osób 35,7% badanych informuje o braku korzystania, 14,3% planuje skorzystanie, a 3,6% potwierdza faktyczne korzystanie. Brak planów zgłasza 21,4%, a brak wiedzy – 35,7%.

W grupie 50–249 pracowników 17,1% respondentów deklaruje korzystanie z programów zewnętrznych, 20% planuje ich wdrożenie, 31,4% nie korzystało, a 20% nie planuje korzystać. Brak wiedzy wskazuje 35,7%.

W największych organizacjach (250 i więcej pracowników) połowa badanych (50%) deklaruje brak korzystania z programów. Korzystanie wskazuje 7,9%, brak planów – 13,2%, natomiast 47,4% respondentów nie posiada wiedzy w tym zakresie. W tej grupie nie odnotowano deklaracji planów wdrożeniowych.

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że korzystanie z programów zewnętrznych nie jest dominującą praktyką w żadnej kategorii wielkości organizacji. W większych podmiotach wyraźnie rośnie liczba odpowiedzi „nie wiem”, natomiast najwyższy odsetek faktycznego korzystania występuje w najmniejszych organizacjach.

Wykres 75. Korzystanie z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

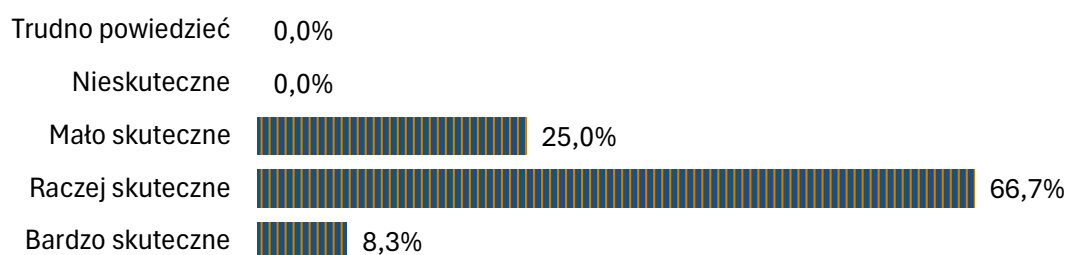
Następnie respondentów posiadających doświadczenie z programami zewnętrznymi poproszono o ocenę ich skuteczności (wykres 75).

Największa grupa badanych (66,7%) ocenia te programy jako raczej skuteczne. Bardzo wysoką skuteczność wskazuje 8,3% respondentów. Z kolei 25% uznaje skuteczność programów za małą.

Na wykresie 75 nie pojawiają się wskazania na całkowitą nieskuteczność ani odpowiedzi „trudno powiedzieć”.

Struktura ocen wskazuje na przewagę opinii pozytywnych, skoncentrowanych przede wszystkim w kategorii „raczej skuteczne”. Jednocześnie zauważalny udział ocen niskich odzwierciedla zróżnicowane doświadczenia organizacji w zakresie efektów uzyskanych dzięki programom zewnętrznym.

Wykres 76. Ocena skuteczności zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=12, województwo podlaskie.

Wykres 76 ilustruje preferencje respondentów dotyczące przeznaczenia środków finansowych na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników, przy możliwości wyboru więcej niż jednej opcji.

Najwyższy odsetek wskazań dotyczy programów szkoleniowych – 59%. Zbliżony poziom osiągają programy skierowane do kadry zarządzającej (57%) oraz zakup usług zewnętrznych (56%). Zatrudnienie specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego deklaruje 30% badanych.

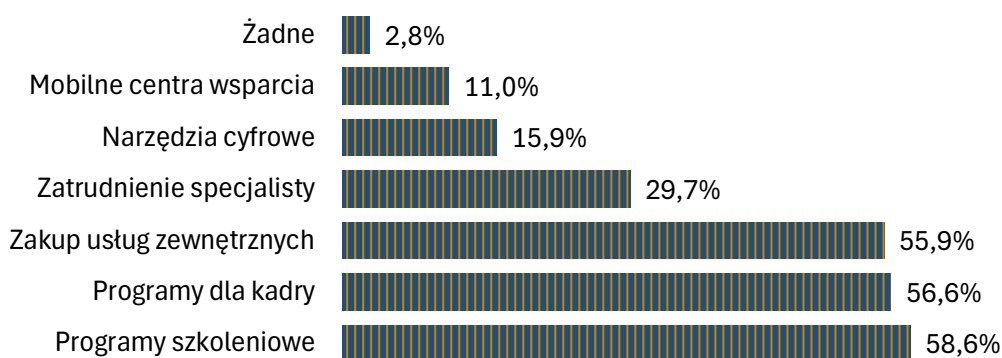
Narzędzia cyfrowe jako obszar wymagający finansowania wskazuje 16% respondentów, a mobilne centra wsparcia – 11%. Brak potrzeby przeznaczania środków na działania w tym zakresie zgłasza 3% badanych.

Rozkład odpowiedzi wskazuje na wyraźne preferowanie działań o charakterze szkoleniowym i usługowym. Inwestycje infrastrukturalne oraz technologiczne pojawiają się znacznie rzadziej, a odsetek respondentów negujących potrzebę finansowania tego obszaru jest marginalny.

Rozkład odpowiedzi dotyczących priorytetów wydatkowania środków zewnętrznych na profilaktykę zdrowia psychicznego w podziale na typ organizacji prezentuje wykres 77. Respondenci mogli wskazać więcej niż jedną formę działań.

W przedsiębiorstwach prywatnych najwyższe wskazania dotyczą programów dla kadry zarządzającej (61%) oraz programów szkoleniowych (59%). Zakup usług zewnętrznych deklaruje 50% badanych. Zatrudnienie specjalisty wskazuje 29% respondentów, narzędzia cyfrowe – 18%, a mobilne centra wsparcia – 11%. Brak potrzeby przeznaczania środków zgłasza 4%.

Wykres 77. Priorytetowe przeznaczenie środków zewnętrznych na wsparcie zdrowia psychicznego pracowników



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

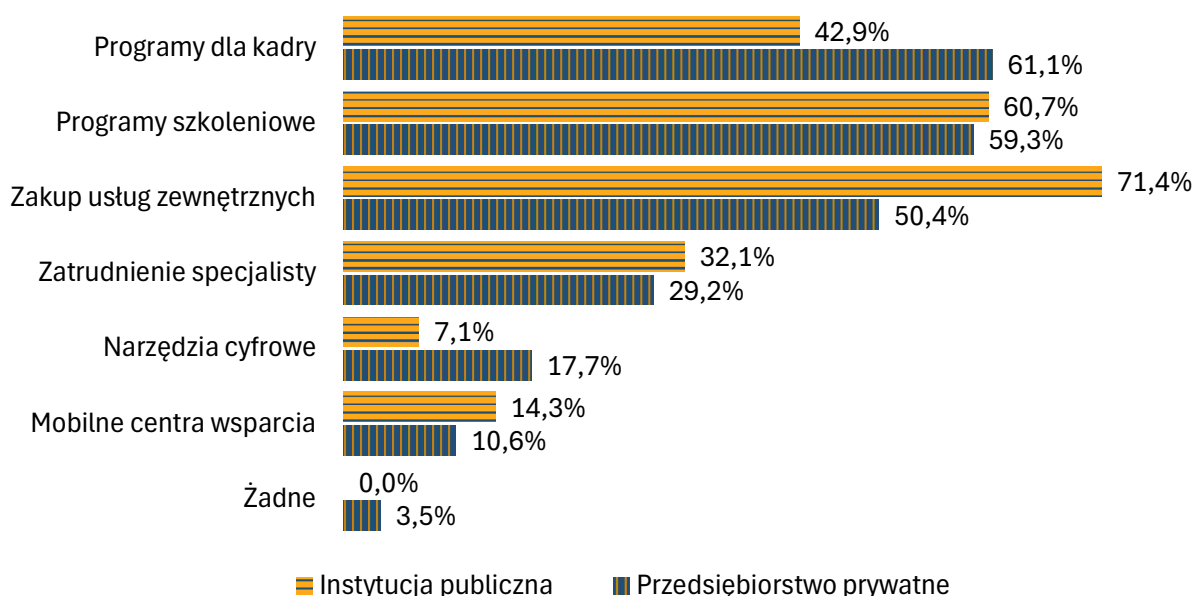
W instytucjach publicznych najczęściej wskazywany jest zakup usług zewnętrznych – 71%. Programy szkoleniowe uzyskują 61% wskazań, a programy dla kadry zarządzającej 43%. Zatrudnienie specjalisty deklaruje 32% badanych. Narzędzia cyfrowe wskazuje 7%, natomiast mobilne centra wsparcia – 14%.

Zestawienie obu sektorów pokazuje odmienne akcenty w strukturze priorytetów. W przedsiębiorstwach prywatnych częściej wskazywane są działania szkoleniowe i skierowane do kadry zarządzającej, natomiast w instytucjach publicznych wyraźnie dominuje preferencja dla zakupu usług zewnętrznych. W obu grupach relatywnie rzadko pojawiają się wskazania dotyczące narzędzi cyfrowych i mobilnych centrów wsparcia.

Rozkład odpowiedzi dotyczących priorytetów wydatkowania środków zewnętrznych w zależności od wielkości organizacji przedstawia wykres 78. Uwzględniono cztery kategorie zatrudnienia oraz możliwość wielokrotnego wyboru odpowiedzi.

W organizacjach zatrudniających 1–9 osób po 53% wskazań uzyskały programy dla kadry zarządzającej oraz zakup usług zewnętrznych, natomiast programy szkoleniowe – 47%. Zatrudnienie specjalisty deklaruje 18% badanych, narzędzia cyfrowe – 22%, a mobilne centra wsparcia – 6%. Brak potrzeby przeznaczania środków zgłasza 18% respondentów.

Wykres 78. Priorytetowe przeznaczenie środków zewnętrznych na wsparcie zdrowia psychicznego pracowników ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

W podmiotach liczących 10–49 pracowników najwyższy odsetek dotyczy programów szkoleniowych (78%). Programy dla kadry zarządzającej uzyskują 67% wskazań, zakup usług zewnętrznych – 56%, zatrudnienie specjalisty – 19%, narzędzia cyfrowe – 16%, a mobilne centra wsparcia – 15%. Brak potrzeby działań deklaruje 2% badanych.

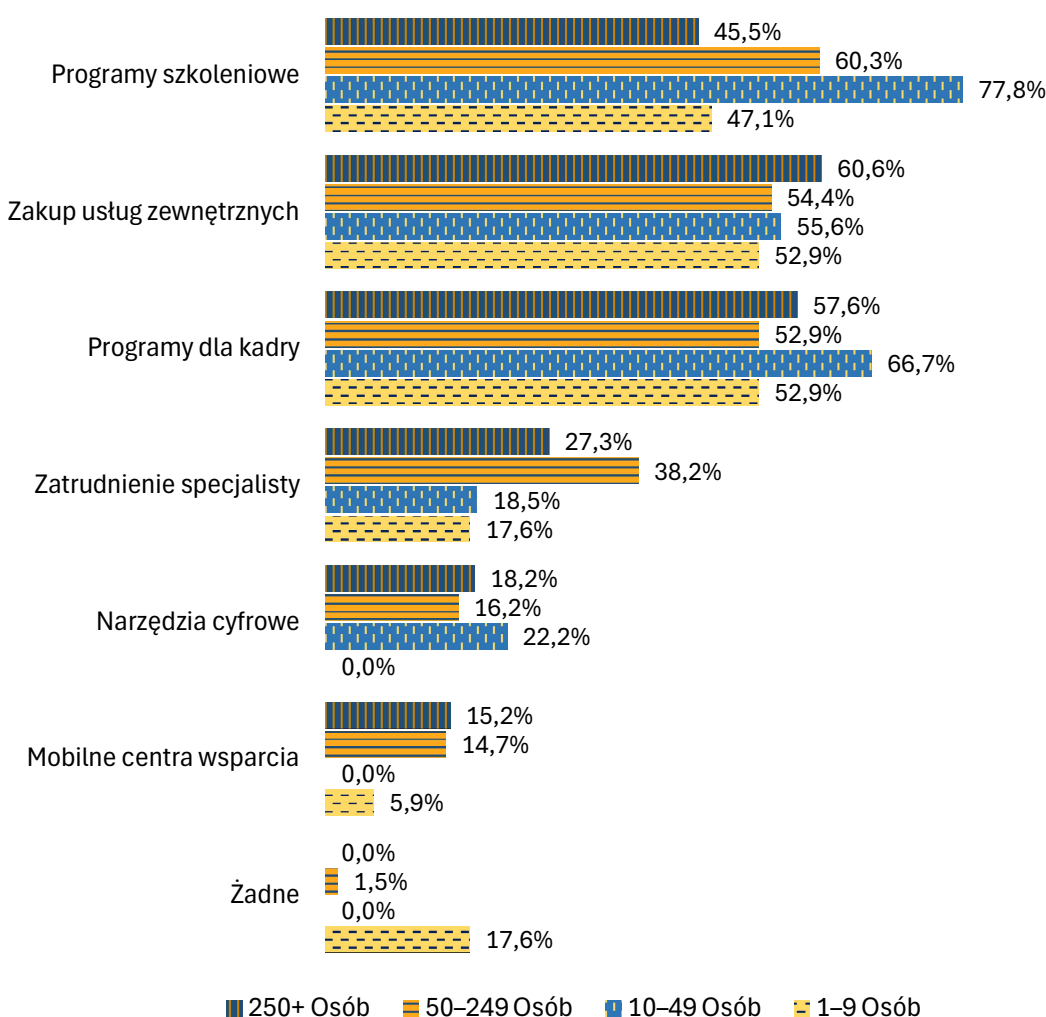
W grupie 50–249 pracowników 60% respondentów wskazuje programy szkoleniowe, 53% programy dla kadry zarządzającej, a 54% zakup usług zewnętrznych. Zatrudnienie specjalisty deklaruje 38%, narzędzia cyfrowe – 18%, a mobilne centra wsparcia – 15%.

W największych organizacjach (250 i więcej pracowników) 61% wskazań dotyczy zakupu usług zewnętrznych, 58% programów dla kadry zarządzającej, a 46% programów

szkoleniowych. Zatrudnienie specjalisty deklaruje 27% badanych, narzędzia cyfrowe – 18%, a mobilne centra wsparcia – 15%.

Analiza odpowiedzi pokazuje, że niezależnie od wielkości podmiotu najwyższe wskazania koncentrują się wokół działań szkoleniowych, programów dla kadry zarządzającej oraz usług zewnętrznych. Wraz ze wzrostem liczby zatrudnionych zwiększa się udział odpowiedzi dotyczących zatrudnienia specjalisty, szczególnie w organizacjach średnich. Najmniejsze podmioty relatywnie częściej deklarują brak potrzeby finansowania takich działań.

Wykres 79. Priorytetowe przeznaczenie środków zewnętrznych na wsparcie zdrowia psychicznego pracowników ze względu na wielkość zatrudniania



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Obecną częstotliwość realizacji szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego w trzech obszarach: dla kadry menedżerskiej w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników, dla kadry menedżerskiej w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne oraz dla pracowników – ilustruje wykres 79.

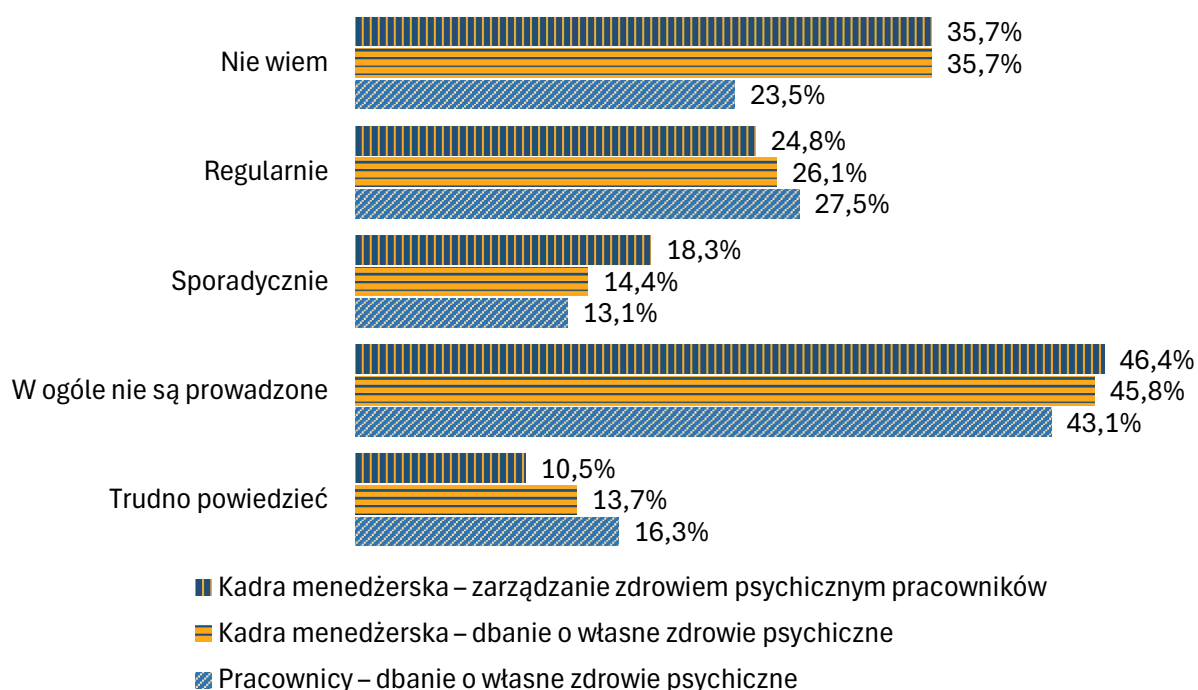
W przypadku szkoleń dotyczących zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników 46,4% respondentów wskazuje, że nie są one prowadzone. Szkolenia regularne deklaruje 24,8% badanych, sporadyczne – 18,3%, a 10,5% nie posiada wiedzy w tym zakresie.

Analogicznie w odniesieniu do szkoleń dla kadry menedżerskiej dotyczących dbania o własne zdrowie psychiczne 45,8% badanych deklaruje ich brak. Regularną realizację wskazuje 26,1%, sporadyczną – 14,4%, a 13,7% wybiera odpowiedź „trudno powiedzieć”.

W obszarze szkoleń skierowanych do pracowników 43,1% respondentów informuje, że nie są one prowadzone. Regularne działania deklaruje 27,5%, sporadyczne – 13,1%, natomiast 16,3% nie ma wiedzy na ten temat.

W każdym z trzech analizowanych obszarów przeważają wskazania informujące o braku realizacji szkoleń. Jednocześnie najwyższy odsetek szkoleń prowadzonych regularnie dotyczy pracowników, a w każdej kategorii widoczny jest istotny udział odpowiedzi świadczących o ograniczonej wiedzy respondentów na temat prowadzonych działań.

Wykres 80. Obecna częstotliwość szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Ocena potrzeby zwiększenia działań szkoleniowych w obszarze zdrowia psychicznego w trzech grupach odbiorców została przedstawiona na wykresie 80. Respondenci określali poziom potrzeby w czterostopniowej skali: brak potrzeby, mała, umiarkowana oraz bardzo duża potrzeba.

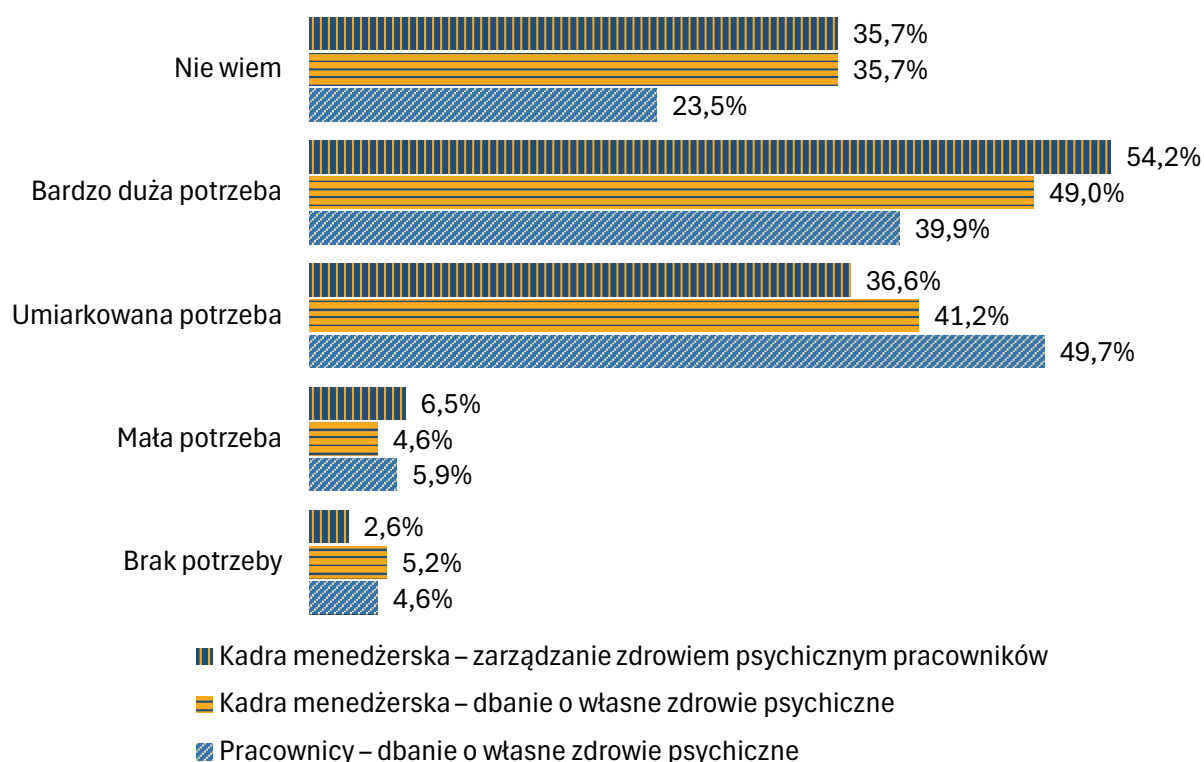
W odniesieniu do szkoleń dla kadry menedżerskiej w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników 54,2% badanych wskazuje na bardzo dużą potrzebę ich rozszerzenia, a 36,6% na potrzebę umiarkowaną. Małą potrzebę deklaruje 6,6%, natomiast brak potrzeby 2,6%.

W przypadku szkoleń dla kadry menedżerskiej dotyczących dbania o własne zdrowie psychiczne bardzo dużą potrzebę zwiększenia działań wskazuje 49,0% respondentów, a umiarkowaną – 41,2%. Małą potrzebę deklaruje 6,6%, a brak potrzeby – 5,2%.

Szkolenia adresowane do pracowników w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne 39,9% badanych ocenia jako wymagające zwiększenia w bardzo dużym stopniu, a 49,7% jako umiarkowanie potrzebne. Małą potrzebę wskazuje 5,9%, natomiast brak potrzeby – 4,6%.

Rozkład odpowiedzi pokazuje, że we wszystkich trzech obszarach dominują oceny umiarkowanej i bardzo dużej potrzeby zwiększenia działań szkoleniowych. Najwyższy odsetek wskazań w kategorii „bardzo duża potrzeba” dotyczy szkoleń dla kadry menedżerskiej w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników.

Wykres 81. Potrzeba zwiększenia działań szkoleniowych dotyczących zdrowia psychicznego w organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 81 przedstawia ocenę potrzeby zwiększenia działań szkoleniowych dotyczących zdrowia psychicznego w podziale na typ organizacji (publiczna/prywatna) oraz trzy grupy odbiorców: kadrę menedżerską w zakresie zarządzania zdrowiem

psychicznym pracowników, kadre menedżerską w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne oraz pracowników w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne.

W instytucjach publicznych potrzeba zwiększenia szkoleń jest wyraźnie wysoka. W odniesieniu do kadry menedżerskiej w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym 50% respondentów wskazuje na umiarkowaną potrzebę, a 17,9% na bardzo dużą. W obszarze dbania o własne zdrowie psychiczne przez kadre menedżerską 53,6% deklaruje umiarkowaną potrzebę, a 14,3% bardzo dużą. W przypadku pracowników 50% wskazuje na umiarkowaną potrzebę, a 14,3% na bardzo dużą.

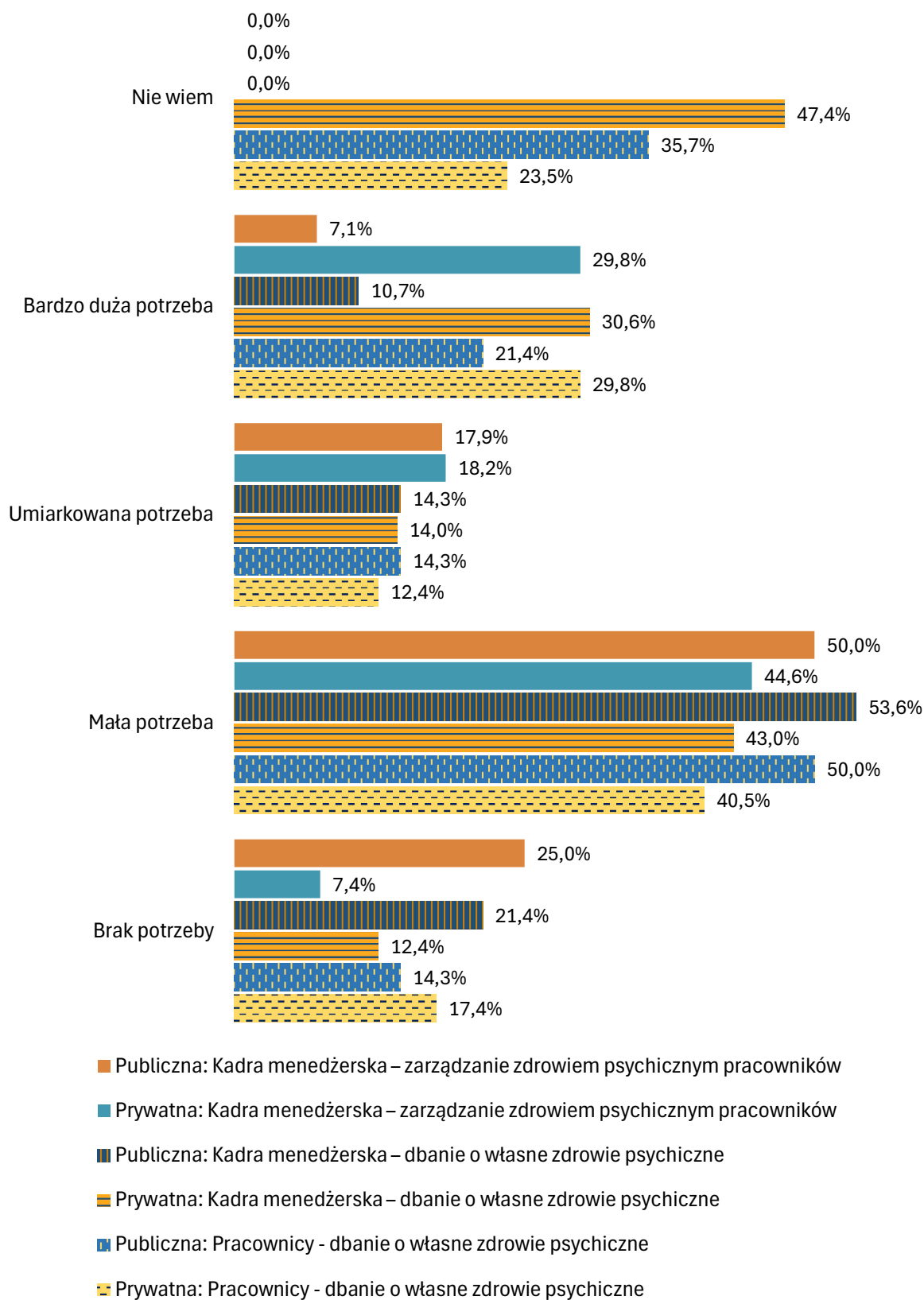
W przedsiębiorstwach prywatnych rozkład odpowiedzi jest bardziej zróżnicowany. W odniesieniu do szkoleń dla kadry menedżerskiej w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym 44,6% wskazuje na umiarkowaną potrzebę, natomiast aż 29,8% na bardzo dużą. Podobny wzorzec dotyczy szkoleń dla kadry menedżerskiej w zakresie dbania o własne zdrowie – 43% umiarkowana potrzeba i 30,6% – bardzo duża. W przypadku pracowników 40,5% deklaruje umiarkowaną potrzebę, a 29,8% bardzo dużą.

Porównanie sektorów wskazuje, że w instytucjach publicznych dominuje ocena umiarkowanej potrzeby zwiększenia działań szkoleniowych, natomiast w sektorze prywatnym częściej pojawiają się wskazania bardzo dużej potrzeby. Niezależnie od typu organizacji odsetek wskazań „brak potrzeby” pozostaje relatywnie niski, co potwierdza wysoką świadomość znaczenia kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego w środowisku pracy.

Zebrane wyniki wskazują, że wsparcie zdrowia psychicznego w organizacjach ma wciąż ograniczony i nierównomierny charakter, a korzystanie z programów zewnętrznych nie jest praktyką powszechną. Jednocześnie wyraźnie dominują deklaracje potrzeby zwiększenia działań szkoleniowych, zwłaszcza w zakresie kompetencji menedżerskich związanych z rozpoznawaniem i zarządzaniem problemami dobrostanu psychicznego pracowników.

Struktura odpowiedzi pokazuje rosnące zapotrzebowanie na kwalifikacje w obszarze profilaktyki, interwencji oraz współpracy ze specjalistami, a także na rozwój kompetencji kadry zarządzającej i pracowników. Wskazuje to na potencjalny wzrost popytu na specjalistów zdrowia psychicznego – zarówno w formule zatrudnienia, jak i współpracy zewnętrznej – oraz na potrzebę systemowego wzmocnienia kompetencji w tym obszarze na regionalnym rynku pracy.

Wykres 82. Potrzeba zwiększenia działań szkoleniowych dotyczących zdrowia psychicznego ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

6.5. Prognozy oraz bariery w obszarze zdrowia psychicznego

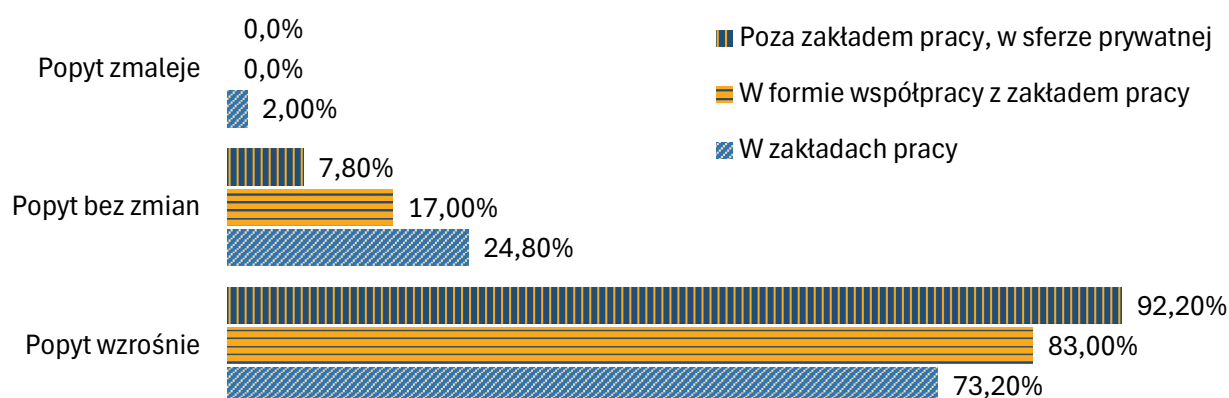
W niniejszym podrozdziale przedstawiono prognozy dotyczące rozwoju działań w obszarze zdrowia psychicznego w organizacjach oraz zidentyfikowane bariery ograniczające ich wdrażanie. Analiza koncentruje się na przewidywanym zapotrzebowaniu na specjalistów, kwalifikacje i kompetencje w tym obszarze, a także na czynnikach organizacyjnych, finansowych i systemowych wpływających na skalę oraz tempo zmian. Ujęcie to pozwala ocenić potencjał rozwojowy rynku pracy w sektorze wsparcia zdrowia psychicznego oraz zarysować kluczowe wyzwania wymagające interwencji.

Wykres 83 prezentuje ocenę perspektyw wzrostu zapotrzebowania na specjalistów zdrowia i dobrostanu psychicznego w horyzoncie najbliższych 5 lat, z podziałem na miejsce świadczenia usług: poza zakładem pracy (w sferze prywatnej), w formie współpracy z zakładem pracy oraz bezpośrednio w zakładach pracy.

Najwyższe oczekiwania wzrostu popytu dotyczą usług świadczonych poza zakładem pracy – 92,2% respondentów przewiduje wzrost zapotrzebowania w sferze prywatnej, a 7,8% zakłada jego stabilizację. Nie odnotowano wskazań na spadek. W przypadku współpracy z zakładem pracy 83% badanych prognozuje wzrost popytu, natomiast 17,0% nie przewiduje zmian. W odniesieniu do specjalistów zatrudnianych bezpośrednio w zakładach pracy 73,2% respondentów oczekuje wzrostu zapotrzebowania, 24,8% wskazuje na brak zmian, a 2,0% dopuszcza możliwość spadku.

Zestawienie trzech form zatrudnienia pokazuje, że we wszystkich analizowanych obszarach dominuje przekonanie o wzroście popytu na specjalistów zdrowia psychicznego. Najsilniejsza dynamika prognozowana jest w sektorze usług prywatnych, natomiast relatywnie niższe, choć wciąż wysokie oczekiwania dotyczą zatrudnienia bezpośrednio w strukturach organizacji.

Wykres 83. Ocena perspektywy wzrostu zapotrzebowania (popytu) na specjalistów zdrowia /dobrostanu psychicznego w najbliższych 5 latach



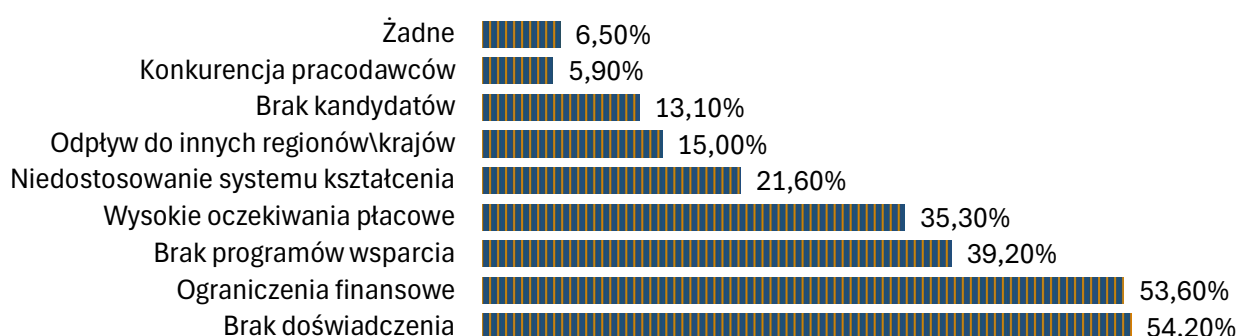
Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 83 prezentuje bariery organizacyjne i systemowe, które w ocenie respondentów mogą utrudniać w przyszłości zatrudnianie lub podejmowanie współpracy ze specjalistami do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego.

Najczęściej wskazywane są brak doświadczenia pracodawców w zarządzaniu dobrostanem psychicznym oraz ograniczenia finansowe – po 54% odpowiedzi. Kolejną istotną barierą jest brak programów wsparcia (39%), a także wysokie oczekiwania płacowe specjalistów (35%). Niedostosowanie systemu kształcenia do potrzeb rynku pracy wskazuje 22% badanych. Rzadziej wymieniane są: odpływ specjalistów do innych regionów lub krajów (15%), brak kandydatów (13%) oraz konkurencja ze strony innych pracodawców (6%). Jedynie 7% respondentów deklaruje brak istotnych barier.

Rozkład odpowiedzi wskazuje, że główne ograniczenia mają charakter strukturalny i finansowy, a nie wyłącznie podażowy. Oznacza to, że wyzwania w zakresie rozwoju rynku specjalistów zdrowia psychicznego dotyczą zarówno dostępności kompetencji, jak i zdolności organizacji do ich efektywnego wykorzystania.

Wykres 84. Bariery organizacyjne/ systemowe mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia/ dobrostanu psychicznego w organizacji w przyszłości



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 84 ukazuje bariery utrudniające zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego w podziale na typ organizacji – przedsiębiorstwa prywatne oraz instytucje publiczne.

W przedsiębiorstwach prywatnych najczęściej wskazywany jest brak doświadczenia w tym obszarze (56%), a następnie ograniczenia finansowe (47%). Istotne znaczenie mają także brak programów wsparcia (38%) oraz wysokie oczekiwania płacowe specjalistów (31%). Rzadziej wymieniane są niedostosowanie systemu kształcenia (21%), odpływ do innych regionów lub krajów (16%) oraz brak kandydatów (14%).

W instytucjach publicznych zdecydowanie dominują ograniczenia finansowe, wskazywane przez 79% respondentów. Wysokie oczekiwania płacowe stanowią barierę dla 54% badanych, a brak doświadczenia dla 43%. Brak programów wsparcia deklaruje 39%, niedostosowanie systemu kształcenia – 25%, odpływ specjalistów – 14%, natomiast brak kandydatów – 11%.

Porównanie sektorów pokazuje, że w instytucjach publicznych silniej akcentowane są bariery finansowe i płacowe, natomiast w sektorze prywatnym relatywnie większe znaczenie ma brak doświadczenia organizacyjnego. W obu typach organizacji wyzwania mają charakter zarówno ekonomiczny, jak i systemowy, co może ograniczać dynamikę rozwoju rynku specjalistów zdrowia psychicznego.

Wykres 85. Bariery organizacyjne/systemowe, mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego w przyszłości ze względu na typ organizacji



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

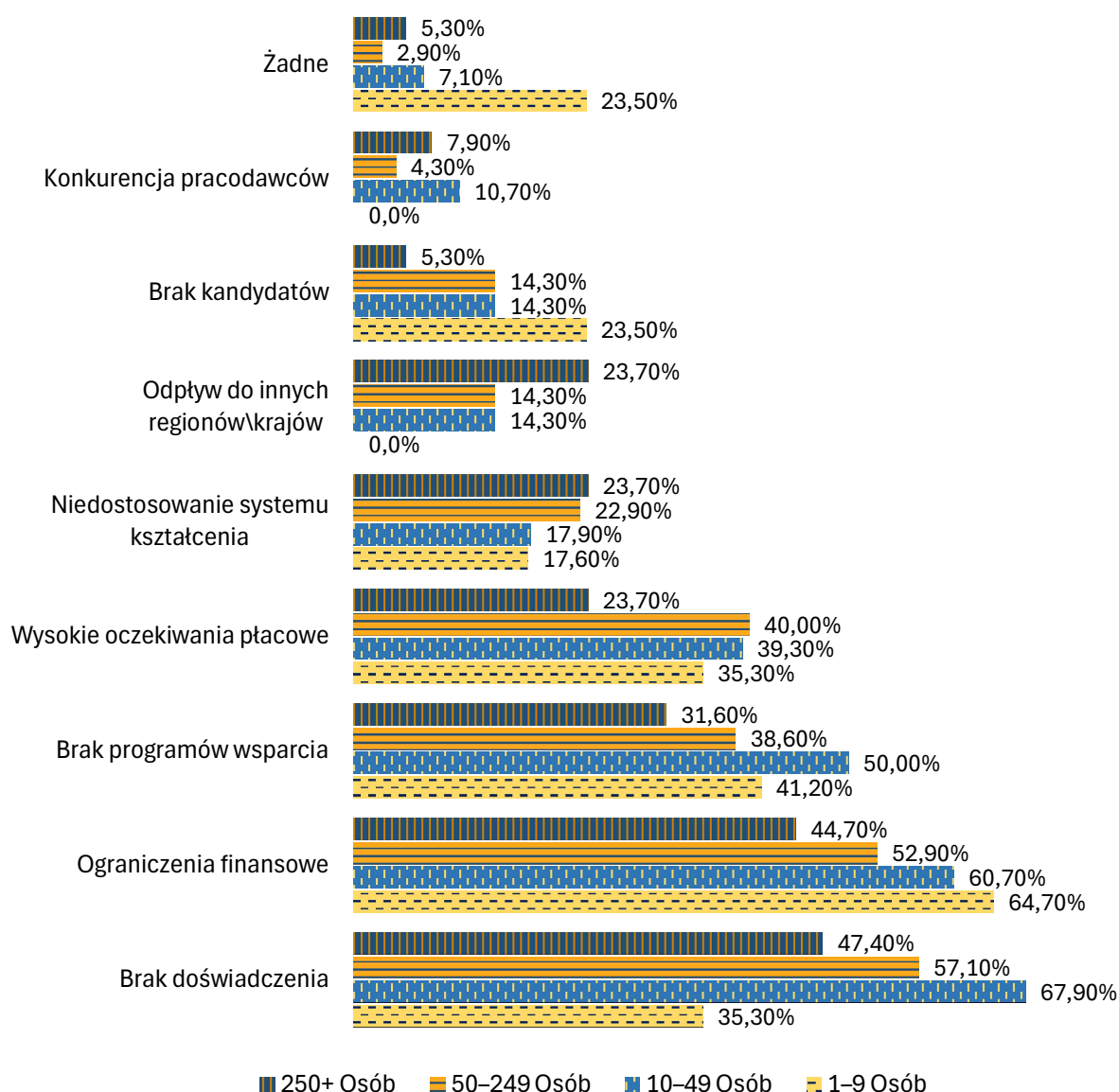
Wykres 85 przedstawia bariery organizacyjne i systemowe mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego w podziale na wielkość zatrudnienia.

W najmniejszych organizacjach (1–9 osób) najczęściej wskazywane są ograniczenia finansowe (65%) oraz brak programów wsparcia (41%), a także wysokie oczekiwania płacowe (35%). Brak doświadczenia deklaruje 35% respondentów, natomiast rzadziej wymieniane są niedostosowanie systemu kształcenia (18%), odptyw specjalistów (14%) i brak kandydatów (14%).

W podmiotach zatrudniających 10–49 osób dominującą barierą jest brak doświadczenia (68%), a następnie ograniczenia finansowe (61%) i brak programów wsparcia (50%). Wysokie oczekiwania płacowe wskazuje 39% badanych. Pozostałe bariery – niedostosowanie systemu kształcenia, odptyw specjalistów oraz brak kandydatów – mieszczą się na poziomie około 14–18%.

W organizacjach średniej wielkości (50–249 osób) najczęściej wskazywany jest brak doświadczenia (57%) oraz ograniczenia finansowe (53%). Brak programów wsparcia deklaruje 39% respondentów, a wysokie oczekiwania płacowe – 40%. Niedostosowanie systemu kształcenia i odpływ specjalistów osiągają poziom około 23–24%, podobnie jak brak kandydatów – 24%.

Wykres 86. Bariery organizacyjne/systemowe, mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego w przyszłości ze względu na wielkość zatrudnienia



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

W największych podmiotach (250 i więcej osób) kluczową barierą pozostaje brak doświadczenia (47%) oraz ograniczenia finansowe (45%). Brak programów wsparcia wskazuje 32% respondentów, wysokie oczekiwania płacowe – 24%, natomiast brak

kandydatów – 5%. Niedostosowanie systemu kształcenia i odpływ specjalistów utrzymują się na poziomie około 24%.

Zestawienie wyników pokazuje, że w mniejszych i średnich organizacjach silniej akcentowany jest brak doświadczenia oraz kwestie finansowe, natomiast w największych podmiotach bariery te mają nieco mniejsze częstotliwości. Wraz ze wzrostem wielkości organizacji rośnie znaczenie czynników systemowych, takich jak niedostosowanie systemu kształcenia czy odpływ specjalistów, choć w żadnej grupie nie dominują one nad barierami ekonomicznymi i organizacyjnymi. Odpowiedź „żadne bariery” wskazało 24% najmniejszych firm, 7% firm 10–49 osób, 3% firm 50–249 osób oraz 5% firm największych.

6.6. Kompetencje i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego w opinii badanych – diagnoza zapotrzebowania na kompetencje i umiejętności oraz ocena ich dostępności na rynku pracy

Podrozdział poświęcony jest analizie oczekiwań pracodawców wobec kompetencji i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego oraz ocenie ich dostępności na regionalnym rynku pracy. Przedstawione wyniki pozwalają zidentyfikować kluczowe kwalifikacje poszukiwane przez organizacje, określić luki kompetencyjne oraz wskazać obszary, w których podaż specjalistów nie nadąża za rosnącym zapotrzebowaniem. Diagnoza ta stanowi podstawę do formułowania rekomendacji dotyczących kierunków kształcenia, doskonalenia zawodowego oraz planowania działań w obszarze polityki rynku pracy.

Wykres 86 prezentuje ocenę kompetencji i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego jako najbardziej potrzebnych w organizacjach – na podstawie czterostopniowej skali. Zestawienie obejmuje zarówno rozkład odpowiedzi pozytywnych i negatywnych, jak i średnią ocenę poszczególnych kompetencji.

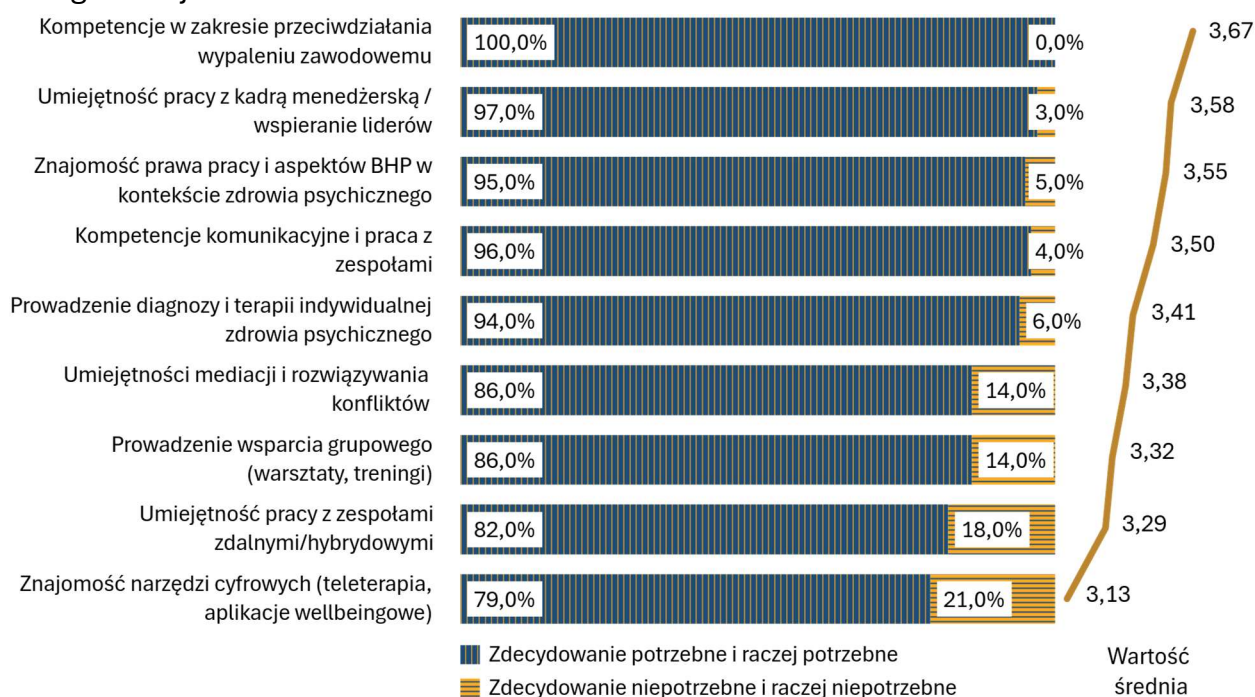
Najwyżej ocenione zostały kompetencje w zakresie przeciwdziałania i wypaleniu zawodowemu – 100% wskazań mieści się w kategoriach „zdecydowanie potrzebne” lub „raczej potrzebne”, a średnia ocena wynosi 3,67. Bardzo wysokie noty uzyskały również umiejętności pracy z kadrą menedżerską i wspierania liderów (97% wskazań pozytywnych; średnia 3,58), a także znajomość prawa pracy i aspektów BHP w kontekście zdrowia psychicznego (95%; średnia 3,55).

Wysoko oceniono także kompetencje komunikacyjne i pracę z zespołami (96%; średnia 3,50) oraz prowadzenie diagnozy i terapii indywidualnej (94%; średnia 3,41). Nieco niższe, choć nadal wysokie wskaźniki dotyczą umiejętności mediacji i rozwiązywania konfliktów oraz prowadzenia wsparcia grupowego – po 86% wskazań pozytywnych, ze średnimi odpowiednio: 3,38 i 3,32.

Relatywnie najniżej oceniono umiejętność pracy z zespołami zdalnymi lub hybrydowymi (82%; średnia 3,29) oraz znajomość narzędzi cyfrowych takich jak teleterapia czy aplikacje wellbeingowe (79%; średnia 3,13), choć także w tych obszarach dominują odpowiedzi potwierdzające ich potrzebę.

Zestawienie pokazuje wyraźną koncentrację oczekiwań organizacji wokół kompetencji związanych z przeciwdziałaniem wypaleniu, wsparciem kadry zarządzającej oraz funkcjonowaniem w kontekście regulacyjnym i organizacyjnym. Kompetencje cyfrowe i związane z pracą w środowisku zdalnym są oceniane jako istotne, lecz w hierarchii potrzeb zajmują dalsze pozycje.

Wykres 87. Kompetencje i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego (na przykład psychologów i psychoterapeutów) najbardziej potrzebne w organizacjach



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Wykres 87 prezentuje ocenę dostępności kluczowych kompetencji i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego na rynku pracy. Zestawienie opiera się na czterostopniowej skali, z agregacją odpowiedzi w kategorii „bardzo trudno dostępne / trudno dostępne” oraz „umiarkowanie dostępne / łatwo dostępne”, a także na średniej ocenie dostępności.

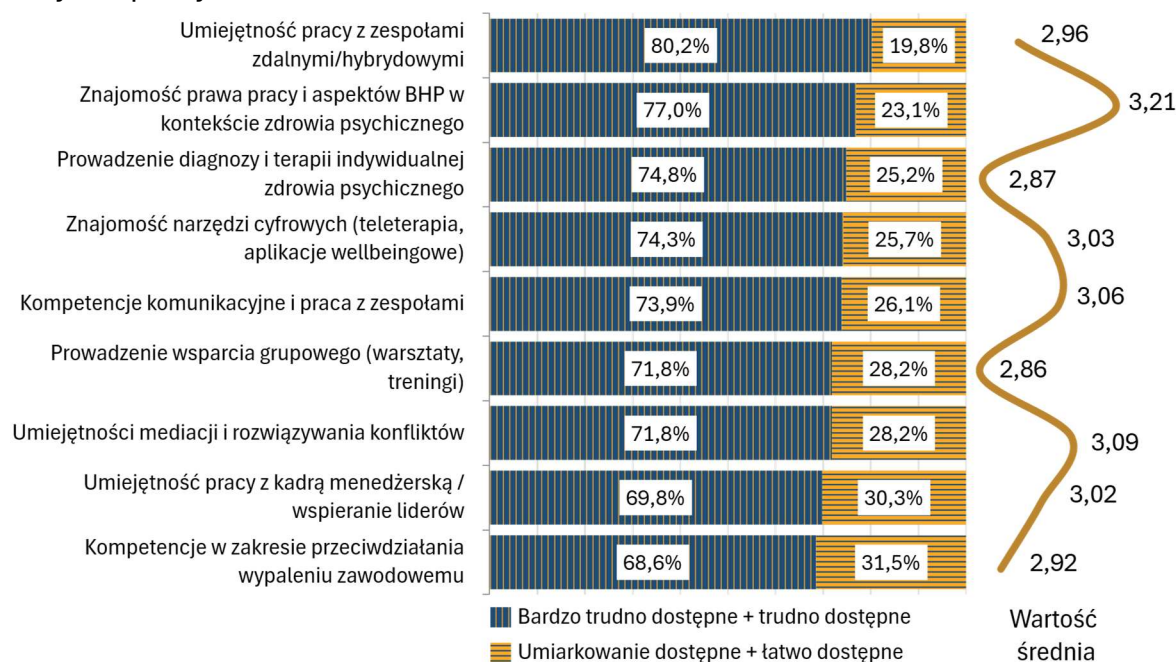
We wszystkich analizowanych obszarach przeważają wskazania na trudną dostępność kompetencji. Najwyższy odsetek ocen wskazujących na trudności dotyczy umiejętności pracy z zespołami zdalnymi i hybrydowymi (80%), znajomości prawa pracy i aspektów BHP w kontekście zdrowia psychicznego (77%) oraz prowadzenia diagnozy i terapii indywidualnej (75%). Wysokie poziomy trudności odnotowano również w przypadku kompetencji komunikacyjnych (74%), znajomości narzędzi cyfrowych (74%) oraz mediacji i rozwiązywania konfliktów (72%).

Relatywnie najniższy poziom postrzeganych barier dotyczy kompetencji w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu (69%) oraz pracy z kadrą menedżerską i wspierania liderów (70%), jednak również w tych obszarach większość respondentów wskazuje na ograniczoną dostępność specjalistów.

Średnie ocen dostępności mieszczą się w przedziale od 2,86 do 3,21, co potwierdza umiarkowanie niską ocenę dostępności kompetencji na rynku pracy. Najwyższą średnią uzyskała znajomość prawa pracy i BHP (3,21), a najniższą prowadzenie wsparcia grupowego (2,86).

Całościowy obraz wskazuje, że mimo wysokiego zapotrzebowania na szerokie spektrum kompetencji, ich dostępność oceniana jest jako ograniczona, co może stanowić istotne wyzwanie dla organizacji planujących rozwój działań w obszarze zdrowia i dobrostanu psychicznego.

Wykres 88. Ocena dostępności kompetencji i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego (na przykład psychologów i psychoterapeutów) na rynku pracy.



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Analiza pokazuje wyraźną rozbieżność między skalą oczekiwań pracodawców a oceną dostępności kompetencji na rynku pracy. Organizacje w bardzo wysokim stopniu potrzebują specjalistów posiadających umiejętności przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, wspierania kadry menedżerskiej, znajomości regulacji prawnych oraz kompetencji komunikacyjnych i diagnostycznych. Zakres oczekiwanych kwalifikacji jest szeroki i obejmuje zarówno kompetencje kliniczne, organizacyjne, jak i systemowe.

Jednocześnie w każdym z analizowanych obszarów dominuje przekonanie o trudnej dostępności tych kompetencji. Największe deficyty dotyczą umiejętności pracy

w środowisku zdalnym, znajomości uwarunkowań prawno-organizacyjnych oraz prowadzenia diagnozy i terapii indywidualnej. Nawet w przypadku kompetencji najwyżej ocenianych pod względem potrzeby, ich dostępność postrzegana jest jako ograniczona.

Zestawienie obu perspektyw wskazuje na wyraźną lukę kompetencyjną: zapotrzebowanie organizacji jest wysokie i wielowymiarowe, natomiast podaż specjalistów dysponujących oczekiwanym profilem umiejętności nie nadąża za rosnącymi wymaganiami rynku. Wnioski te uzasadniają potrzebę wzmocnienia kierunków kształcenia, rozwoju programów doskonalenia zawodowego oraz działań systemowych wspierających rozwój kompetencji w obszarze zdrowia i dobrostanu psychicznego.

7. Jakościowa diagnoza rynku pracy w obszarze zdrowia psychicznego

Jakościowa diagnoza w zakresie zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim w pierwszym etapie obejmowała trzy zogniskowane wywiady grupowe (FGI). Do wywiadów zaproszono: przedstawicieli publicznych i prywatnych instytucji edukacyjnych (szkoły policealne i wyższe), przedstawicieli urzędów pracy – wywiad oznaczony sygnaturą [FGI2]; specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego – wywiad oznaczony sygnaturą [FGI3] oraz przedstawicieli przedsiębiorstw (pracownicy działów marketingu lub działów HR, trenerzy biznesu), przedstawicieli organizacji pozarządowych – wywiad oznaczony sygnaturą [FG1]. Badanych zrekrutowano z uwzględnieniem podziału na podregiony.

Diagnoza jakościowa koncentrowała się wokół kilku głównych wątków tematycznych. W ramach wywiadów fokusowych staraliśmy się dotrzeć do formułowanych przez badanych ocen zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w badanym województwie. Przedmiotem badania była ponadto subiektywna ocena dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w sektorze zdrowia psychicznego. Ciekawiła nas również recepcja istniejących programów wsparcia oraz innych rozwiązań systemowych, które pozwalają rozwijać kompetencje i umiejętności w opisywanym obszarze. Pozyskane podczas wywiadów fokusowych dane do pewnego stopnia pozwalają też opisać spostrzegane przez badanych luki kompetencyjne i niedostosowanie zawodów związanych ze zdrowiem psychicznym oraz przewidywane przez uczestników badań zmiany w obszarze zawodów i kompetencji w związku z trendami społecznymi – między innymi starzeniem się społeczeństwa czy postępującą cyfryzacją.

Drugim komponentem badania jakościowego było 30 indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI), realizowanych z przedstawicielami czterech głównych grup interesariuszy rynku pracy i sektora zdrowia psychicznego. W przybliżeniu około jedną trzecią respondentów stanowili przedsiębiorcy oraz kadra menedżerska firm prywatnych i instytucji publicznych (właściciele firm zatrudniających 10–49 oraz powyżej 250 pracowników, menedżerowie, przedstawiciele działów HR oraz administracji publicznej) – wywiad oznaczony sygnaturą [P]; blisko połowę – specjaliści w zakresie zdrowia psychicznego (psychologowie, psychoterapeuci, terapeuci uzależnień, psychiatra, psycholożka szkolna) – wywiad oznaczony sygnaturą [S]; natomiast pozostałą część – przedstawiciele organizacji pozarządowych oraz sektora edukacji – wywiad oznaczony sygnaturą [U]. W grupie edukacyjnej uwzględniono zarówno studentów kierunków związanych ze zdrowiem psychicznym, jak i osoby pełniące funkcje decyzyjne oraz zarządcze na uczelniach prowadzących kształcenie w obszarze psychologii, co pozwoliło uchwycić perspektywę instytucjonalną dotyczącą

planowania oferty dydaktycznej, limitów przyjęć, rozwoju programów kształcenia oraz dostosowania ich do potrzeb regionalnego rynku pracy.

W badaniu uczestniczyli między innymi: przedsiębiorca prowadzący prywatny ośrodek terapii, zatrudniający kilkudziesięciu specjalistów – od lekarzy, przez psychologów i psychoterapeutów, po asystentów zdrowienia; przedsiębiorcy funkcjonujący w różnych branżach regionu; psychologowie przyjmujący pacjentów zarówno w Białymstoku, jak i w mniejszych miejscowościach (między innymi Grajewo, Łomża); przedstawiciel organizacji pozarządowej Fundacja Zdrowe Miasto, realizującej działania profilaktyczne i pozyskującej środki na wsparcie zdrowia psychicznego; menedżerka fundacji wdrażającej duże programy strukturalne, w tym projekty z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego. Takie nakładanie się ról pozwoliło uchwycić zależności między popytem na kompetencje, praktyką świadczenia usług, systemem kształcenia oraz kontekstem organizacyjno-finansowym sektora.

Poniżej przedstawiono analizę zgromadzonych danych i wnioski dotyczące tej części diagnozy.

7.1. Przedsiębiorcy, trenerzy biznesu i przedstawiciele organizacji pozarządowych – analiza jakościowa na podstawie wywiadów FGI i IDI

7.1.1. Ocena sytuacji na rynku pracy oraz dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w województwie podlaskim

Zaproszeni do badań fokusowych przedsiębiorcy, trenerzy biznesu i przedstawiciele organizacji wskazywali na stopniowe rozpoznawanie w środowisku pracy złożonego zagadnienia, jakim jest dobrostan psychiczny pracowników. Zdaniem uczestników wywiadów zmiana w kierunku większej dbałości o kondycję psychiczną pracowników zachodzi w podlaskich przedsiębiorstwach jednak dość wolno i w sposób niejednorodny.

Akcentowano tu również zróżnicowane natężenie zmian tego rodzaju ze względu na wielkość firm, charakter działalności i lokalizację. O ile bowiem większe przedsiębiorstwa w otoczeniu miejskim lub lokalne oddziały korporacji chętniej widziano jako te, które dbają o swoich pracowników w zakresie monitorowania i wspierania ich dobrostanu to małe, o tyle lokalne firmy działające we wsiach lub w mniejszych miejscowościach opisywano jako mniej zainteresowane stanem zdrowia (także psychicznego) swoich pracowników.

Jak pokazują zamieszczone poniżej wypowiedzi, badani w swoich opiniach odwoływali się zarówno do uwarunkowań strukturalnych, jak i podłoża świadomościowego:

„Z racji tego, że my jesteśmy francuską organizacją, to ten temat zdrowia psychicznego on dosyć mocno jest u nas zakorzeniony i mamy zbudowany już na poziomie kultury organizacyjnej. Taką troskę drugiego pracownika. (...) mieliśmy taki cykl, projekt

w zakresie odporności psychicznej, między innymi takie kwestionariusze, które badają odporność psychiczną u menadżerów, jak oni mogą też diagnozować w swoich zespołach. Następnie takie prozaiczne sytuacje typu konflikty, no i ten obszar szeroko rozumianego dobrostanu. (...) nie ma znaczenia, czy to korporacja, czy to mała organizacja, czy fundacja. Problem zdrowia psychicznego ma bardzo duże znaczenie, on wpływa bardzo mocno na efektywność. (...) To wszystko jest gdzieś tam mocno przeliczone i pod kątem efektywnościowym. Bardzo mocno patrzymy na to, że jednak jak zadbamy o te zdrowie psychiczne i o pewnego rodzaju programy, które wspierają, no to najwyczejajniej w świecie będziemy mieć mniej zwolnień”. [FGI1_3]

„Ja funkcjonuję w dwóch obszarach: wieś i miasto. Nie ulega wątpliwości, chociażby ja jestem wykluczona komunikacyjnie, bo ja jestem kobieta wioskowa. Więc tego doświadczam na co dzień. Znam mentalność wioski i małego miasta. (...) Gdybym ja w firmie takiej jak twoja przyszła i mówiła o jakimś dobrostanie, o tym, że można przeciwdziałać wypaleniu zawodowemu i tak dalej... patrzyłoby na mnie jak na idiotkę”. [FGI1_1]

„I najważniejsze – teraz idę do psychologa, do psychiatry, leczę się. Kiedyś im wystarczyło pójść do księdza, przynieść obrazek i działało. Najważniejsze, że działało. Potem zaczęło być już trochę więcej, oficjalnie. Oficjalnie się mówiło o depresjach, o jakichś załamaniach, zaczęło być modne. Tyle lat pracy powiem wam, że ja nie miałam osobiście u siebie w pracy żadnego zwolnienia od psychiatry. Znaczą, miałam, miałam – z powodów alkoholowych” [FGI1_2].

„Uważam, że w dużych miastach zupełnie inaczej się podchodzi do pewnych tematów, a w małych miastach, w miasteczkach zupełnie inaczej też się podchodzi do niektórych tematów. W małych miasteczkach wychodzisz z pracy i tu wszyscy wszystko tobie wiedzą tak naprawdę. Jak ciebie nie znają bezpośrednio, to znają ciebie pośrednio. W dużym mieście wychodzisz z zakładu pracy, jesteś człowiekiem anonimowym”. [FGI1_2]

Jak przekonywali uczestnicy wywiadu grupowego, sytuacja osób mieszkających i pracujących na wsiach czy w mniejszych miejscowościach jest o tyle trudna, że środowisko pracy nakłada się tam najczęściej na siatkę kontaktów sąsiedzkich i relacje towarzyskie. W mniejszych społecznościach silniej też zakorzenione są przekonania i schematy związane z koniecznością radzenia sobie z problemami natury psychicznej „w domowym zaciszu” i nieujawnianiem ich w codziennych kontaktach społecznych (także zawodowych). Jak wiadomo, mieszkańcy wsi rzadziej sięgają po specjalistyczną pomoc w tym zakresie, mają do niej również gorszy dostęp. Wreszcie – jak sugerują wyżej cytowane wypowiedzi – część pracodawców w ograniczonym stopniu świadoma jest złożoności kwestii związanych ze zdrowiem psychicznym.

Z perspektywy danych zebranych podczas wywiadów pogłębionych z przedsiębiorcami również można założyć, iż temat zdrowia psychicznego pracowników zyskuje w ostatnich latach na rozpoznawalności i zainteresowaniu. Jest to zatem spójne z tym, o czym pisaliśmy w rozdziale omawiającym trendy i wyzwania współczesnych społeczeństw. Badani podkreślali istotny wzrost jego

znaczenia między innymi ze względu na to, że problematyka zdrowia psychicznego w miejscu pracy podejmowana jest w skali globalnej, stając się istotnym wyzwaniem rzeczywistości postpandemicznej czy też codzienności charakteryzującej się społecznym i technologicznym przebudźcowaniem. Badani postrzegali tę tematykę jako istotny kontekst dla refleksji na temat efektywności działania organizacji czy też zapobiegania odpływowi pracowników:

„Straty? To, że pracownik idzie na zwolnienie, nie pracuje, trzeba go zastąpić i tak dalej. Te akurat związane ze zdrowiem psychicznym wzrosły bodajże trzy lub czterokrotnie w ciągu ostatnich lat. I uważam, że tak jak mamy dużą profilaktykę nowotworową w tej chwili i – mówiąc w cudzysłowie – oszczędzamy jako pracodawcy na tym, że pracownik się wcześniej zdiagnozuje, wcześniej wyleczy i może wrócić do tej pracy, to tak samo uważam, że takie wsparcie systemowe mogłoby pomóc z problemami psychicznymi”. [P1]

Zmiana podejścia jest widoczna zarówno na stanowiskach zarządzających (właścicieli, kadry menadżerskiej), jak i wśród samych pracowników, którzy podchodzą do tego tematu coraz bardziej otwarcie. Tematyka związana ze zdrowiem psychicznym staje się tym samym elementem pracy kadr zarządzających, które mogą lub powinny być pierwszą linią wsparcia bądź rozpoznania problemów pracowników.

Z drugiej strony można zauważyć, że zdaniem przynajmniej jednego z badanych, przedsiębiorstwa w regionie nadal pozostają w tyle wobec trendów i standardów dostępnych od pewnego czasu w innych krajach:

„Śmiem twierdzić, że takie typowo podlaskie firmy są naprawdę na bardzo podstawowym poziomie samego postrzegania ważności zdrowia psychicznego pracowników. Jest to bardzo niski poziom w porównaniu z firmami z Europy czy z Warszawy i dalej na zachód. (...) Oni to zauważają. Więcej – ja pracowałem w firmie niemieckiej, to jeszcze za pandemii. Te firmy są naprawdę zaawansowane, jeżeli chodzi o kulturę i rozwiązania. Przeliczyły nawet generalnie, jakie straty finansowe – takie chłodne myślenie – powoduje depresja u pracownika. Takie firmy tworzą działania zapobiegawcze typu na przykład benefity zdrowotne. Do nich jest dołączona konsultacja z psychologiem”. [P2]

W pewnym sensie potwierdzają to słowa innej z badanych osób, która uzasadnia brak współpracy z psychologiem w przedsiębiorstwie wysokimi kosztami bieżącymi, nie rozpatrując ich w długofalowym kontekście uzyskiwanych oszczędności:

„Jako przedsiębiorca to muszę patrzeć na każdą złotówkę z dwóch stron. I raczej nie mam wolnych środków na [konsultacje z psychologiem – aut.], więc jakieś takie warsztaty, coś, ale indywidualnie myślę, że nie dźwignąłbym tego finansowo, więc raczej nie”. [P3]

W kontekście tych słów może bardziej zrozumiałe stają się wyniki ankiety CAWI/CAPL, z której wynika, że w najmniejszych organizacjach najczęściej wskazywany jest brak działań podejmowanych na rzecz poprawy zdrowia psychicznego pracowników.

Co ciekawe, w środowisku pracy może występować tendencja do eufemizowania problemu. Przedsiębiorcy czy pracownicy zajmujący się sprawami osobowymi, chcąc uniknąć stygmatyzujących skojarzeń, często zastępują termin „zdrowie psychiczne” bardziej neutralnymi sformułowaniami, takimi jak „przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu” czy „dbanie o dobrostan” pracowników. Jak wskazał jeden z badanych:

„Hasło zdrowie psychiczne jest takie dosyć poważnie brzmiące, więc mówiąc szczerze, bardziej rozmawiamy tutaj w kontekście menedżerów, w kontekście zespołu, bardziej o przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu. Nie używamy słowa »psychiczne«, (...) to jest ten ładunek, taki trochę, można powiedzieć, pejoratywny. Pewnie jest to związane z jakimś tam stereotypowym postrzeganiem”. [P3]

Dane zgromadzone w wywiadzie fokusowym z przedsiębiorcami, trenerami i przedstawicielami organizacji pozwalają przedstawić obraz spostrzeganego przez badanych zróżnicowania w dostępie usług wspierających zdrowie psychiczne. Obraz ten rzecz jasna oddaje przede wszystkim sumę wiedzy, obserwacji i doświadczeń naszych interlokutorów. Pozostaje on jednak zasadniczo spójny z generalnymi proporcjami wyłaniającym się z danych zastanych. Znajduje też odzwierciedlenie w wywiadach indywidualnych. Badani zaproszeni do wywiadów pogłębionych rozpoznają systemowy deficyt dostępności specjalistów, którzy mogliby wesprzeć pracowników. O ile w nagłych przypadkach kryzysowych opieka psychiatryczna może być udzielona stosunkowo szybko, o tyle w przypadku diagnostyki psychologicznej proces znacznie się wydłuża. Ograniczona dostępność diagnostyki może być więc widziana jako „wąskie gardło”, które wpływa na niską wydolność systemu wsparcia i negatywnie odbija się na kondycji pracowników:

„Tutaj ten czas oczekiwania to jest pół roku, dziewięć miesięcy, czasami dłużej – w zależności od tego, jak długi jest ten czas oczekiwania”. [P5]

Jak podkreślali badani podczas wywiadu fokusowego, Białystok jako stolica województwa koncentruje ośrodki wsparcia, oferuje szerszą paletę usług i zróżnicowane grono specjalistów zdrowia psychicznego. Duże miasto budzi też w badanych skojarzenia z większą anonimowością i tym samym poczuciem bezpieczeństwa, kluczowym w przypadku pomocy z zakresu zdrowia psychicznego.

W przekonaniu naszych rozmówców w Białymstoku w znacznie większym stopniu znormalizowane i akceptowane jest korzystanie z pomocy psychologicznej, więc działające tu przedsiębiorstwa mogą rozwijać systemy benefitów, włączając w nie usługi wspierające dobrostan i zdrowie psychiczne. W wyraźnym kontraście do Białegostoku pozostają inne, mniejsze ośrodki miejskie, a przede wszystkim wsie z badanego terenu. Przedstawiane są one przez badanych jako miejsca, w których wciąż silna jest stygmatyzacja problemów psychicznych (także w kręgach zawodowych), a pomoc specjalistyczna, w szczególności ta bezpłatna, jest bardzo trudno dostępna. Badani wskazują też, że na terenach wiejskich rosnącym problemem stają się uzależnienia

od substancji aktywnych, które dotyczą coraz większej liczby pracowników w różnym wieku.

Także wywiady indywidualne potwierdzają istnienie wyzwań o charakterze społeczno-kulturowym – przede wszystkim barier mentalnych w korzystaniu z pomocy psychologicznej, chociaż badani rzadziej akcentują tu różnice ze względu na miejsce zamieszkania, a nieco chętniej sięgają po generalne stwierdzenia.

Pracownikom – jak twierdzą respondenci – towarzyszy wstyd lub „obawa, że to zostanie publicznie ujawnione” [P5], a „postawa taka może być bardziej rozpowszechniona wśród mężczyzn” [P2]. Bariery te mogą skutkować preferowaniem zewnętrznych i bardziej dyskretnych form wsparcia – szczególnie w przypadku mniejszych firm, gdzie trudniej zachować pracownikom anonimowość. Jak twierdzi jedna z badanych osób:

„Bo widać, kto idzie [na konsultację psychologiczną w pracy – aut.], zwłaszcza w niedużej organizacji. Że jak ktoś zatrudnia kilkaset osób albo kilka tysięcy, więc nawet tego nie widać, natomiast musiałyby być to usługi zewnętrzne, świadczone w sposób zapewniający jednak dużą dyskrecję. Czyli na przykład konsultacje online w momencie jakichś kryzysów albo możliwość skorzystania z pakietów eksperckich w takiej sytuacji, że na przykład pracodawca tylko dostaje informację, że wykorzystano tyle i tyle godzin przez pracowników i wtedy się rozliczamy”. [P1]

Z drugiej strony bariery te mogą skutkować odsuwaniem problemów i samodzielными próbami rozwiązania sytuacji, na przykład poprzez intensyfikację aktywności zawodowej („ucieczka w pracę”).

Z perspektywy pracodawców istotnym wyzwaniem jest również identyfikacja źródeł problemów pracowników, które mogą mieć różny charakter. U ich podstaw można odnaleźć zarówno czynniki zawodowe (presja wyniku, nadmiar bodźców, toksyczne relacje w zespole), jak i pozazawodowe (sytuacje życiowe, kryzysy), w wielu przypadkach można mówić o źródłach mieszanych (problemy zawodowe i prywatne nawarstwiają się i wzajemnie wzmacniają).

7.1.2. Identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego

Badani przedsiębiorcy, trenerzy i przedstawiciele NGO (z uwagi na różną proveniencję) zdają się w różnym stopniu doświadczać zmian idących w kierunku lepszego rozpoznawania dobrostanu pracowników. Z tego względu również niejednolicie dostrzegają oni potrzebę redefinicji niektórych ról zawodowych wewnątrz swoich organizacji czy konieczność zatrudniania zewnętrznych ekspertów.

Postanowiliśmy w ramach badań pogłębić ten wątek, pytając o to, jakie zawody już dziś mogłyby wesprzeć codzienne funkcjonowanie przedsiębiorstw, jeśli celem ich właścicieli i managerów byłaby poprawa i wsparcie dobrostanu psychicznego pracowników.

W tym kontekście uczestnicy badań fokusowych sceptycznie odnosili się do ewentualności zatrudniania psychoterapeutów czy psychologów bezpośrednio

w strukturach firm i organizacji. Takie stanowiska badani argumentowali kwestiami bezpieczeństwa – koniecznością wyraźnego oddzielania pracy zawodowej od życia prywatnego, jak również kwestiami ochrony danych wrażliwych. Jednocześnie podkreślano, że niektóre zawody bezpośrednio lub pośrednio związane z obszarem zdrowia psychicznego już teraz wydają się zyskiwać na znaczeniu w codziennym doświadczeniu przedsiębiorców.

Mowa tu przede wszystkim o trenerach (coachach), którzy wspierają środowisko pracy, prowadząc szkolenia i warsztaty z zakresu budowania odporności psychicznej lub szeroko rozumianych umiejętności miękkich. Ich rola w organizacji widziana była przez badanych jako neutralna, a tym samym umożliwiająca dotarcie do większej liczby pracowników – także tych, którzy na co dzień potencjalnie mierzą się z trudnościami psychicznymi.

Jednocześnie wyraźnie zaznaczano, że po pomoc terapeutyczną, psychologiczną czy psychiatryczną powinno sięgać się indywidualnie, poza miejscem pracy. Organizacja może natomiast wspierać pracowników w zakresie dostarczania wiedzy i kontaktów do specjalistów czy poprzez rozwój rozmaitych benefitów (na przykład pakiet darmowych wizyt konsultacyjnych):

„To pokazuje, jak to jest mocno potrzebne, i to można w ramach firmy zaopiekować. Można iść krok dalej i zatrudniać psychoterapeutów, pewnie zdania są podzielone. Ja uważam, że nie”. [FGI1_3]

Ja się zgadzam (...). Mi się, wydaje, że krok za daleko. Bo to jest chyba takie clue..., żeby te osoby też były świadome tego, że mogą skorzystać z pomocy. Zgadzam się (...) – jak najbardziej poza firmą. My mamy o tym nie wiedzieć, do kogo idzie, co robi. Ja bym też nie chciała, że jak pójde skorzystać z pomocy, to żeby prezes i wszyscy wiedzieli, że ja poszłam do tego. To moja strefa prywatna. I tutaj niekoniecznie. [FGI1_4]

Ja tutaj raczej bym widziała trenera. Bo najszerzej może dotrzeć coach. To jest spotkanie jeden na jeden. Z coachem są to raczej spotkania kadry menedżerskiej i też jest to najbardziej kosztowne. Trener może dotrzeć, który poprowadzi w fajny, ciekawy inspirujący sposób. Warsztat jest najłatwiej dostępny, najszerzej. [FGI1_4]

Zapotrzebowanie na zawody związane ze zdrowiem psychicznym wedle przedsiębiorców i trenerów powoli ewoluuje zatem, po pierwsze, w stronę edukacji wewnątrzorganizacyjnej, a po drugie – w stronę podstawowej profilaktyki. Optymalną ścieżką jest tu zdaniem badanych wspieranie rozwoju zawodów łączących wiedzę z zakresu psychologii i nauk społecznych z praktyką biznesową takich jak trener/coach.

Przeprowadzone wywiady pogłębione z przedsiębiorcami wskazywały z kolei na wyraźne zapotrzebowanie na kilka kluczowych specjalizacji, które można określić jako newralgiczne dla systemu opieki.

Wspomniano już wyżej o psychologach diagnostach. Jest to zawód o dużym znaczeniu, a jednocześnie najdłuższej oczekuje się na wizytę u niego. Jak stwierdzono w jednym z wywiadów:

„To jest absolutny deficyt. Wąskie gardło w systemie”. [P5]

Wskazywano również na braki terapeutów i asystentów środowiskowych, mających kluczowe znaczenie w odchodzeniu od stacjonarnego leczenia na rzecz opieki środowiskowej, szczególnie potrzebnych w małych ośrodkach i miastach powiatowych. Wspominano też o potrzebie współpracy ze specjalistami, takimi jak „life coach, trener mentalny, psycholog biznesu” [P3].

7.1.3. Prognoza zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych ze zdrowiem psychicznym w świetle nowych technologii oraz trendów społecznych

Z doświadczeń zawodowych badanych zaproszonych do wywiadu grupowego wynika także, że już dziś rynek pracy generuje zapotrzebowanie na wyspecjalizowane role, kompetencje i umiejętności, które do tej pory nie funkcjonowały w tak szerokim zakresie w obszarze „miękkiego HR”. Przekłada się to ostatecznie na zmiany w zakresie metod rekrutacji, komunikacji i zarządzania firmą lub organizacją, w związku z czym ostatecznie ma wpływ także na dobrostan pracowników. Jako istotne kwalifikacje, które z czasem zyskiwać będą na znaczeniu, wymieniano:

- obsługę inteligentnych systemów rekrutacyjnych automatyzujących proces „dopasowywania” kandydatów do stanowisk i zatrudniania nowych pracowników;
- zarządzanie chatbotami rekrutacyjnymi, obejmujące wdrożenie i umiejętną obsługę botów;
- współpracę ze specjalistami do spraw cyberbezpieczeństwa.

W związku z istniejącymi i rozpoznawanymi przez badanych trendami społecznymi – przede wszystkim cyfryzacją, dynamicznym upowszechnianiem się generatywnej sztucznej inteligencji czy starzeniem się społeczeństwa – pytaliśmy również o to, jakie kompetencje i umiejętności ukierunkowane na kompleksowe wsparcie zdrowia psychicznego powinny być w firmach i organizacjach rozwijane w przyszłości.

W odpowiedziach w pierwszej kolejności wskazywano na kompetencje strategiczne i analityczne:

- umiejętność prognozowania krótkoterminowego (perspektywa 5 lat zamiast 10) między innymi w związku z trudną do przewidzenia skalą rozwoju AI;
- analitykę demograficzną skierowaną w stronę łączenia danych dotyczących starzenia się społeczeństwa z możliwościami technologicznymi i umiejętnym rozpoznawaniem potrzeb pracowników przynależących do poszczególnych pokoleń w celu uniknięcia luk kadrowych;
- *upskilling* i zarządzanie zmianą, czyli stopniowe przekwalifikowanie pracowników.

Podkreślano również, że istnieją kompetencje ludzkie, których nie jest w stanie zastąpić technologia (przede wszystkim AI). Mowa tu o ogólnie pojętych kompetencjach humanistycznych i społecznych, spośród których badani wyróżnili:

- budowanie autentycznych, profesjonalnych relacji z pracownikami (wskazywano tu na przykład unikalną dla człowieka możliwość udzielenia wsparcia psychologicznego, rozmowy motywujące i wspierające);
- empatię i etykę, powiązane przede wszystkim z umiejętnością rozstrzygania kwestii spornych, sprawną, profesjonalną komunikacją i tak zwanym wyczuciem.

Znaczenie kompetencji i umiejętności opisanych powyżej uznać można za niebagatelne przede wszystkim z uwagi na rosnące nierówności cyfrowe i postępujące zróżnicowanie społeczne (nie tylko pokoleniowe) poszczególnych środowisk pracy.

W wywiadach indywidualnych także pytano o kwestie kompetencji, umiejętności specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego. Odpowiedzi można podzielić tu na dwie kategorie, dotyczące kompetencji wymaganych od specjalistów klinicznych oraz niezbędnych dla kadry menedżerskiej.

W przypadku pierwszej grupy można zwrócić uwagę, że najistotniejsza jest twarda, aktualna wiedza, ale – co należy podkreślić – powiązana również z doświadczeniem praktycznym, bowiem w diagnostyce:

„(...) brakuje osób z doświadczeniem w pracy z testami standaryzowanymi i ich analizą”. [P5]

Menedżerowie, będący potencjalnie pierwszą instancją rozpoznania i wsparcia pracowników, powinni natomiast posiadać wysokie umiejętności interpersonalne. Szczególnie zwracano uwagę na takie cechy i kompetencje, jak: empatia i wrażliwość, zdolność do nawiązania kontaktu z pracownikami i stworzenia bezpiecznej przestrzeni komunikacyjnej, spostrzegawczość, umiejętność rozpoznawania alarmujących sygnałów (również poprzez pośrednie wskaźniki, jak na przykład spadek produktywności, zmniejszone zaangażowanie, absencje w pracy). Jeden z badanych podsumował to w następujący sposób:

„Wiadomo, każdy ma empatię, w rodzaju trochę wyższą, trochę niższą, ale przede wszystkim [menadżerowie – aut.] muszą być spostrzegawczymi, to jest bardzo ważne, oraz muszą odpowiednio wybierać słowa w rozmowie, czyli komunikatywność w rozmowie z pracownikiem, u którego zachodzi podejrzenie (...) na przykład depresji. Czyli reasumując: empatia i komunikatywność”. [P2]

Ciekawiła nas również kwestia spostrzeganego przez badanych niedopasowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego, z którą mają do czynienia na co dzień. Co interesujące, badani podczas wywiadu fokusowego dość zgodnie diagnozowali w tym kontekście rozdzźwięk pomiędzy potrzebami pracowników a kompetencjami menedżerskimi. Wracano w tym kontekście również do małej dostępności usług specjalistycznych w podregionach (poza Białymstokiem).

Stwierdzono, że kadra kierownicza wyższego szczebla dość często zupełnie nie dostrzega potrzeby wsparcia dobrostanu psychicznego pracowników, ignoruje

sygnały informujące o tego rodzaju problemach, co przekłada się między innymi na niskie morale pracowników *en bloc*.

Osoby badane zarządzające przedsiębiorstwami w mniejszych miejscowościach informowały z kolei o palącej potrzebie posiadania adekwatnych narzędzi diagnostycznych. Odnosiło się to przede wszystkim do sygnalizowanych problemów uzależnieniowych u młodszych pracowników. Jak zapewniano, pracodawcy czują się wobec tego rodzaju problemów bezradni i nie posiadają odpowiednich narzędzi interwencyjnych, rozumianych zarówno jako narzędzia kontroli, jak i wsparcia.

Badani zaproszeni do wywiadów pogłębionych zwracali z kolei uwagę, że istnieje wyraźna dysproporcja pomiędzy kompetencjami związanymi ze zdrowiem psychicznym, których oczekuje rynek (przedsiębiorcy), a tym, co oferuje system kształcenia. Firmy oczekują przede wszystkim właściwego, praktycznego przygotowania do pracy, zwłaszcza w zakresie diagnostyki i specjalistycznych ról środowiskowych. Tymczasem dostępny system kształcenia – choć dostarcza wiedzy teoretycznej – nie daje jednak wystarczającego doświadczenia (praktyk) oraz umiejętności skutecznej diagnostyki problemów, gdyż ich nabycie

„(...) jest trudne do osiągnięcia w trakcie studiów i praktyk”. [P5]

Ponadto w przypadku niektórych zawodów czy specjalizacji, takich jak terapeuta środowiskowy,

„(...) nie mamy wykształconych kadr... brakuje systemu szkolnictwa”. [P5]

Świadczy to o niedopasowaniu czy braku elastyczności edukacji wyższej w szybkim reagowaniu na nowo powstające potrzeby systemowe.

Do głównych barier w rozwoju zawodowym specjalistów należy niedofinansowanie praktyk i staży, które są niezbędne do zdobycia kluczowych kompetencji praktycznych. Jak stwierdził jeden z badanych:

„System kształcenia powinien zostać wsparty przez programy unijne, które dają możliwość przeprowadzenia procesów, praktyk i staży dla studiujących jeszcze młodych i już zaczynających poszukiwać praktyk, które są wstępem do wykonywania zawodu, bowiem trudno jest jakiegokolwiek jednostce poświęcić czas pracy swojego zespołu, psychologa jednego, drugiego, trzeciego, czwartego czy psychoterapeuty do tego, żeby on uczył czy nadzorował praktyki, czy organizował praktyki. (...) Wydaje mi się, że to jest bardzo rozsądne na całym spektrum przykładów pracy potrzebnej temu młodemu człowiekowi. A większości osób, które zdobywają praktyki, to raczej jest to chyba... Myślę, że ten proces jest bardzo kulejący”. [P5]

W konsekwencji, młodzi specjaliści wchodzą na rynek pracy nieprzygotowani do praktycznego pełnienia zaawansowanych ról diagnostycznych.

Jeśli natomiast chodzi o potrzebne formy kształcenia dla kadry menadżerskiej, zwracano na przykład uwagę, że powinny być one obowiązkowe i obejmować zarówno twardą wiedzę na temat chorób i zaburzeń psychicznych (na przykład depresja,

wypalenie), jak i kompetencje miękkie, pozwalające rozpoznawać sygnały problemów oraz udzielać wsparcia pracownikom w miejscu pracy. Oczekuje się, że szkolenia takie będą prowadzone przez psychologów z kompetencjami trenerskimi. Zdaniem badanych przynajmniej niektóre z nich powinny być dostępne nie tylko jako oferta komercyjna, ale na przykład jako element edukacji publicznej i kampanii uświadamiających kierowanych do pracodawców i pracowników na przykład przez urzędy pracy.

7.1.4. Ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia i innych rozwiązań systemowych w województwie podlaskim

W ramach wywiadów prosiłiśmy naszych rozmówców także o ocenę dostępności i skuteczności systemu wsparcia zdrowia psychicznego oraz rozmaitych rozwiązań systemowych, z którymi mamy do czynienia na terenie województwa podlaskiego.

Badani zaproszeni do wywiadu fokusowego formułowali w tym kontekście dość ostre sądy, oceniając system wsparcia jako niewydolny, a w pewnych względach także niezdolny do zmiany na lepsze. Podkreślano, że oferowane przez NFZ wsparcie psychiatryczne czy psychoterapeutyczne jest wciąż słabo dostępne, zwłaszcza na wiejskich terenach województwa, a nieraz także jego jakość budzi wątpliwości. Akcentowano też potrzebę finansowania dobrostanu psychicznego raczej ze środków ZUS aniżeli w ramach poszczególnych przedsiębiorstw.

Pozytywnie oceniono pojedyncze lokalne inicjatywy poszerzające świadomość dotyczącą zdrowia psychicznego, takie jak białostocka „Żółta kanapa”. Niemniej należy zaznaczyć, że wspomniana inicjatywa nie jest skoncentrowana wyłącznie na rynku pracy i sytuacji pracowników rozmaitych branż, a ma charakter znacznie bardziej ogólny.

Przedstawiciele firm i organizacji upatrują szanse na działania bardziej dopasowane do specyfiki rynkowej w projektach wdrożeniowych czy szkoleniowych, o których finansowanie można wnioskować do WUP. Wspominano w tym kontekście o możliwej poprawie warunków higieny pracy w otoczeniu biznesowym czy przekwalifikowaniu osób źle czujących się na zajmowanych dotąd stanowiskach.

W wywiadach indywidualnych badani przyznają, że w ich przedsiębiorstwach podejmowane są działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników, natomiast skala i stopień formalizacji konkretnych rozwiązań zależą przede wszystkim od wielkości i kultury organizacyjnej poszczególnych firm. W większych przedsiębiorstwach działania opierają się na sformalizowanych procedurach i możliwościach, na przykład na wprowadzaniu pakietów medycznych dla pracowników, które współfinansują dostęp również do psychologów i psychiatrów. W takich przedsiębiorstwach organizowane są również szkolenia i warsztaty, między innymi z zakresu przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu czy dbania o dobrostan. Jak stwierdził jeden z badanych:

„Ja w ogóle nad tym tematem zacząłem się zastanawiać w kontekście swoich managerów, swoich współpracowników. Do tego stopnia, że nawet ostatnio zrobiliśmy

(...) warsztat, w którym wzięło [udział – aut.] kilka osób i gdzieś tam tak to opakowaliśmy, ale tam było hasło przeciwdziałanie wypaleni zawodowemu, jak zadbać o swój dobrostan, jak zadbać o tę równowagę, (...) i co ciekawe, zgłosiło się na to kilkanaście osób, więc nawet myślę, że będziemy to kontynuować, ten warsztat (...) będzie miał swój *follow up*. (...) Moja intuicja mnie nie zwiodła w kontekście tego, że było sporo osób zainteresowanych tematem”. [P3]

W mniejszych strukturach częściej kluczową rolę odgrywa menedżer i jego pozaformalne wsparcie pracowników, które może pełnić funkcje – w zależności od potrzeb – profilaktyczne lub terapeutyczne.

Formalny monitoring stanu psychicznego pracowników w postaci standaryzowanych badań czy ankiet nie jest natomiast powszechnie stosowany w przedsiębiorstwach, które reprezentowali rozmówcy. Monitoring stanu psychicznego ma w przeważającej mierze charakter nieformalny i nieustrukturyzowany. Jest realizowany poprzez bezpośrednią obserwację i rozmowy menedżerów w trakcie spotkań z pracownikami. Monitoring opiera się więc raczej na diagnostyce pośredniej, dokonywanej przez menedżera, a nie na uznanych narzędziach psychometrycznych, co jest podyktowane zarówno brakiem zasobów, kompetencji specjalistycznych, jak i unikaniem stygmatyzacji wśród pracowników.

Podczas wywiadów pojawił się również wątek możliwości wykorzystania narzędzi online we wsparciu zdrowia psychicznego pracowników. Badani zwracali uwagę, że rozwiązania takie jak konsultacje zdalne bądź też aplikacje do samodzielnego diagnozowania, monitorowania lub poprawiania własnej kondycji psychicznej nie mogą zastąpić faktycznej interwencji specjalisty, ale mogą być cennym uzupełnieniem lub stanowić doraźną pomoc, szczególnie że dostępność do nich nie jest ograniczona czasowo (godziny przyjęć, kolejki). Jak twierdzą badani:

„Powiedziałabym, że każdy kij ma dwa końce. Ważne jest to, żeby taka autodiagnoza, nawet jeżeli robimy test online dotyczący jakiegoś problemu czy zaburzenia, to żeby jednak zwrócić się do specjalisty po tym wszystkim, dlatego że te narzędzia mogą dać tylko kierunek, że tak powiem. To jednak nie jest narzędzie profesjonalne. Ale generalnie wydaje mi się, tak, (...) tematyka jest tak na tyle delikatna i indywidualna, że to może być forma wsparcia, natomiast ważne, żeby zachować tę proporcję i jednak wiedzieć, żeby nie kończyć tylko i wyłącznie na tych narzędziach cyfrowych”. [P1]

„Na pierwszym etapie jak najbardziej, czyli generalnie rozpoznanie i taka pierwsza nawet szybka pomoc, (...) czyli AI, rozpoznanie i doradzanie kolejnego kroku, a już człowiek konkretne leczenie”. [P2]

W rozmowach pytano również o to, czy w przedsiębiorstwach organizowane są szkolenia z zakresu zdrowia psychicznego dla pracowników. W niektórych firmach tego rodzaju działania są faktycznie organizowane i dotyczą głównie przeciwdziałania wypaleni czy radzenia sobie ze stresem (P4).

Szkolenia takie mogą w praktyce opierać się na zasobach wewnętrznych, co oznacza że przeprowadzane są przez pracowników, którzy zostali wcześniej przeszkoleni

lub certyfikowani na przykład do prowadzenia warsztatów na temat równowagi w pracy, radzenia sobie ze stresem. Często zdarza się jednak, że do takich działań zapraszani są również eksperci zewnętrzni, co zdarza się przede wszystkim w przypadku tematów wymagających „twardej” wiedzy psychologicznej (na przykład dotyczącej diagnozy, mechanizmów chorób i zaburzeń psychicznych). Zapotrzebowanie na szkolenia jest wysokie, a tendencja do ich realizowania jest wzrostowa, szczególnie jeśli chodzi o duże przedsiębiorstwa. Jak powiedziała jedna z badanych:

„Oczywiście ja pracuję w dużej firmie światowej, korporacji. Więc takie rzeczy jak na przykład dobrostan czy dobre samopoczucie pracownika gdzieś jest podnoszone, chociażby w tych takich właściwie krótkich szkoleniach, które musimy co chwilę przechodzić”. [P4]

Dostęp do doświadczonych specjalistów trenerów bywa jednak zdaniem badanych utrudniony. Firmy cenią i poszukują przede wszystkim psychologów z kompetencjami trenerskimi, czyli specjalistów zdolnych nie tylko do przekazywania wiedzy teoretycznej, ale również do wyposażania menedżerów oraz szeregowych pracowników w praktyczne narzędzia do radzenia sobie z problemami.

Oczekiwania badanych wobec omawianych zagadnień koncentrują się na trzech wymiarach.

Po pierwsze, oczekuje się, że system państwowy uregułuje zawody związane ze wsparciem zdrowia psychicznego (na przykład psychoterapeuty i psychologa) w celu zapewnienia wysokiej jakości i wiarygodności usług świadczonych przez partnerów zewnętrznych [P5]. Ogólne regulacje mogłyby również integrować kwestie związane z bezpieczeństwem i higieną pracy, z wiedzą na temat zdrowia psychicznego w miejscu pracy [P2].

Po drugie, oczekuje się, że eksperci będą dostarczać nie tylko wiedzę specjalistyczną, ale również praktyczne rozwiązania możliwe do wdrożenia w środowisku pracy.

Po trzecie, przedsiębiorcy oczekują również, że jednostki samorządu terytorialnego (na przykład urząd marszałkowski) i inne publiczne instytucje (na przykład WUP) będą organizować dofinansowane szkolenia dla menedżerów, między innymi z zakresu higieny pracy i zdrowia psychicznego, zdejmując część ciężaru edukacyjnego z przedsiębiorstw.

7.2. Specjaliści zdrowia psychicznego

7.2.1. Ocena sytuacji na rynku pracy w sektorze zdrowia psychicznego oraz dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w tym sektorze w województwie podlaskim

Dane zgromadzone w ramach wywiadu fokusowego, przeprowadzonego z udziałem specjalistów zdrowia psychicznego, oraz wypowiedzi z wywiadów indywidualnych

przeprowadzonych z przedstawicielami tych profesji pozwoliły między innymi na pogłębioną ocenę sytuacji na rynku pracy, jak też dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w badanym obszarze na terenie województwa podlaskiego. Perspektywę tej grupy zawodowej (przede wszystkim psychoterapeutów pracujących w poszczególnych podregionach) uznać można za szczególnie istotną ze względu na stosunkowo dobry dostęp badanych do wiedzy wewnątrzśrodowiskowej. Stały proces współpracy psychoterapeutów z psychiatrami i psychologami, a jednocześnie, ogląd doświadczeń pacjentów w zakresie poszukiwania pomocy i wsparcia dobrostanu psychicznego pozwalają przedstawić pełniejszy obraz interesujących nas zjawisk.

Według badanych specjalistów zdrowia psychicznego sytuacja na lokalnym rynku pracy charakteryzuje się niedoborem kadr medycznych i terapeutycznych, szczególnie w sektorze publicznym. Braki te dojmujące są na terenach wiejskich, ale występują również w większych ośrodkach (Łomża, Suwałki, Zambrów, Grajewo). Podczas wywiadu fokusowego jedna z osób stwierdziła:

„W większych miastach na pewno jest lepiej, myślę tutaj o Białymstoku, gdzie pewnie jest łatwiej pozyskać pracowników. Większe miasto to też więcej osób podejmuje szkolenia. Moim zdaniem najtrudniej jest w małych miejscowościach. Tam, gdzie mamy budynki, w małych miejscowościach, naprawdę bardzo trudno jest pozyskać pracownika, bo do tej miejscowości pracownik albo musi dojechać z tego większego miasta, a też niewiele osób z tych mniejszych miejscowości podejmuje szkolenie. Na przykład też psychologów brakuje, ale psychologów takich z doświadczeniem”.
[FGI3_3]

Podobne spostrzeżenia wyrażali i inni uczestnicy wywiadu grupowego, identyfikując wyraźny podział na lepiej funkcjonującą stolicę województwa oraz podregiony borykające się z deficytami kadrowymi. Stanowisko to podzielali również rozmówcy, z którymi przeprowadzono wywiady indywidualne. Oceniając dostępność wsparcia psychologa, psychoterapeuty czy psychiatry, byli jednomyślni – wskazywali na krytyczny niedobór specjalistów w systemie publicznej ochrony zdrowia psychicznego. Podczas jednej z rozmów psychoterapeutka przyznała, że pracuje z osobami, które dojeżdżają do Białegostoku z Bielska Podlaskiego czy Białowieży, wskazując tym samym, że dostęp do specjalistycznej pomocy może być szczególnie utrudniony dla mieszkańców południowej części województwa. Z kolei podczas innej rozmowy następną z kobiet opowiadała o pacjentach dojeżdżających na terapię do stolicy województwa z Suwałk, Łomży czy Zambrowa. Warto też przywołać wypowiedź lekarz psychiatry, z której wynika, że pacjenci mieszkający na terenie Białegostoku mają możliwość zarówno szybszej konsultacji psychiatrycznej niż osoby mieszkające w innych częściach województwa (w tym – na wsi), jak też atutem miasta jest lokalna baza poradni czy instytucji wsparcia, w których osoby potrzebujące mogą uzyskać niezbędną pomoc:

„Wszędzie poza Białymstokiem jest dramatycznie, bo jeżeli mam pacjentów w Białymstoku, to mogę ich dostać do Centrum Pomocy Dzieciom Klanza albo mogę ich odesłać do poradni zaburzeń emocjonalnych przy ulicy Mickiewicza, bo to są poradnie,

które są finansowane przez prezydenta miasta Białegostoku i przez miasto. I założeniem jest to, że pomoc tam jest bezpłatna, ale trzeba być mieszkańcem miasta Białegostoku. Więc jeżeli mam pacjenta, który cierpi na przykład na jakieś psychozy albo na zaburzenia depresyjne, albo wymagają terapii rodziny, albo terapii indywidualnej, no to w Białymstoku jestem w stanie im coś zaproponować. Ale już w Choroszczynie nie jestem w stanie im niczego zaproponować. I to jest ogromny problem. W Hajnówce nie jestem w stanie. Kolejki są ogromne i personelu brakuje”. [S4]

Nasycenie rynku w Białymstoku, szczególnie w sektorze prywatnym, i niedosyt specjalistów przyjmujących na NFZ było też spostrzeżeniem kilku innych uczestników wywiadów indywidualnych. Przykładowo jedna z rozmówczyń stwierdziła:

„W tym momencie zdecydowanie rynek specjalistów się nasycił, jest dużo specjalistów, ale oczywiście mówię o sektorze prywatnym. Bo jeśli chodzi o NFZ, to nadal są kolejki trzy- lub czteroletnie na psychoterapię regularną, darmową. Ale widzi się, że już teraz tych specjalistów jest coraz więcej po prostu. Na przykład wczoraj rozmawiałam z przyjaciółką, która ma gabinet w samym centrum Białegostoku, to mówi, że przez lata były gdzieś tam w jej najbliższej okolicy przez lata dwa gabinety psychologiczne, a w tym momencie jest ich sześć”. [S8]

Wynika z tego, że rosnące zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne w pewnym stopniu przekłada się na zwiększającą się dostępność tychże usług. Niepokój budzi jednak fakt, iż częściej są to usługi świadczone w gabinetach prywatnych niż w publicznej opiece zdrowotnej. Wysoka odpłatność konsultacji w sektorze komercyjnym stanowi bowiem jedną z kluczowych barier w dostępie do pomocy. Tak opowiadała o tym jedna z kobiet:

„Moje doświadczenie pracy komercyjnej pokazuje, że jest duże oczekiwanie. W ogóle jest duże oczekiwanie, że po zapisaniu na jedną konsultację, po skorzystaniu jeden raz, że dostanie się jakąś taką pomoc, rozwiąże te problemy, że nie będzie to wymagało jakichś tam dalszych wielu spotkań. A jak ludzie słyszą, że to proces, to przeliczają sobie kwota za spotkanie, ile spotkań, i to nie są to małe kwoty. I tutaj mam takie wrażenie, że właśnie jest to bariera”. [S4]

Wypowiedź respondentki dokumentuje prawdopodobną nieświadomość specyfiki pracy z terapeutą, a może też zniecierpliwienie pacjenta w dążeniu do poprawy samopoczucia. Oczywiście jest również, że osoby czy rodziny o niskich dochodach są wykluczone z dostępu do wsparcia oferowanego przez sektor prywatny. Bo jak tłumaczyła jedna z psychoterapeutek:

„Myśląc o takiej terapii regularnej raz w tygodniu, gdzie każda sesja kosztuje 180 lub nawet już 200 złotych, to rzeczywiście są bardzo duże pieniądze. Myślę, że pierwsza rzecz to finanse, to jest bariera strasznie trudna do pokonania”. [S8]

Miesięczny wydatek rzędu 1000 złotych z pewnością dla wielu osób jest barierą nie do pokonania.

Podczas wywiadów grupowych oprócz deficytów kadrowych obserwowanych w województwie podlaskim badani wskazywali również na bariery o charakterze

kulturowym. Chodzi tu przede wszystkim o wciąż względnie silną stygmatyzację ze względu na problemy czy zaburzenia psychiczne. Badane osoby, na co dzień pracujące w Łomży i okolicach, Grajewie i Suwałkach, wyraźnie wskazywały w tym kontekście na rolę czynnika świadomościowego, zaznaczając, że specyfika małych i średnich miast oraz terenów wiejskich, wciąż realnie wpływa zarówno na dostęp do wsparcia, jak i na samą chęć korzystania z pomocy terapeutycznej czy psychiatrycznej. Przekonanie mieszkańców tych terenów o braku anonimowości, ryzyko stygmatyzacji społecznej i ograniczona liczba specjalistów dostępnych na miejscu to podstawowe bariery w dostępie do wsparcia zdrowia psychicznego, jakich doświadczają mieszkańcy wsi i mniejszych miejscowości. Nierzadko mamy tam do czynienia także z wykluczeniem komunikacyjnym, które pogłębia ich poczucie izolacji.

Podobnymi spostrzeżeniami dzielili się rozmówcy podczas wywiadów indywidualnych. Wskazywali na utrudniony dostęp do specjalistycznej pomocy, wynikający z miejsca zamieszkania. W zdecydowanie niekorzystnej sytuacji są osoby na co dzień mieszkające na wsi lub w małych społecznościach. Opowiadając o tym, badani wskazywali na podobne uwarunkowania, które zostały wypowiedziane podczas wywiadu fokusowego.

Po pierwsze – brak specjalistów „na miejscu” i utrudniony komunikacyjnie dojazd do większych miejscowości. Choć niektórzy badani wskazywali na organizowane lokalnie, systematyczne dyżury psychologów, to ich częstotliwość zdaje się niewystarczająca i skierowana do jednej grupy odbiorców. Tłumaczyła to jedna z terapeutek:

„Dostępność jest problemem, bo na przykład w mojej miejscowości, w której pracuję, w której jest szkoła, to oprócz szkoły, miejsko-gminnego ośrodka pomocy rodzinie i miejsko-gminnego ośrodka kultury, i sklepu Arhelan, i Dino nie ma nic. No oczywiście jest jeszcze przychodnia rodzinna, ale tam nie ma żadnego psychologa. Psycholog dyżuruje raz w miesiącu przez godzinę, ale jest tylko dla osób z problemem alkoholowym. Czyli ta miejscowość jest odłączona, że tak powiem, od większej miejscowości, gdzie na przykład jest poradnia psychologiczno-pedagogiczna rejonowa. Ta miejscowość jest odłączona komunikacyjnie, bo jest tylko jeden PKS, i to z rana”.
[S14]

Odgórne założenie, że w dzisiejszych czasach przemieszczanie się między miejscowościami nie stanowi wyzwania, jest zbyt daleko idącym uogólnieniem. Z wypowiedzi respondentki wynika, że na mapie województwa podlaskiego są miejscowości wciąż w niedostatecznym stopniu skomunikowane z innymi, jeśli wziąć pod uwagę transport publiczny. A to ogranicza możliwość korzystania ze wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego. Podczas innego wywiadu rozmówczyni stwierdziła, że praca na terenach wiejskich z perspektywy psychologa czy psychoterapeuty może wydawać się mniej atrakcyjna. W związku z tym, mając do wyboru pracę na wsi i pracę w mieście, w opinii terapeutki z dużym prawdopodobieństwem wybór padnie na miasto.

Druga kwestia to specyfika przepływu informacji w małych miejscowościach i trudność w zachowaniu anonimowości (co było sygnalizowane wcześniej). Stereotypowe przekonania na temat problemów z kondycją psychiczną potrafią skutecznie powstrzymywać przed szukaniem niezbędnej pomocy. Zwracało na to uwagę kilkoro rozmówców. Jedna z psychoterapeutek stwierdziła:

„Na pewno dzieciaki z terenów wiejskich, myślę, że mają gorzej, bo mimo wszystko tam jeszcze panują jakieś stereotypy i rodzice bardzo niechętnie korzystają z pomocy psychologów, psychiatrów. Ja to bardzo widzę na co dzień. Były sytuacje, gdzie, powiedzmy, dziecko było już z myślami samobójczymi i pilnie potrzebowało pilnej interwencji, i rodzice totalnie zlekceważyli”. [S12]

Podany przez kobietę przykład niepoważnego potraktowania sytuacji zagrożenia życia ilustruje, jak wielką siłą są wciąż panujące stereotypowe przekonania na temat osób udających się do specjalisty z zakresu zdrowia psychicznego. Potrzeba intensywnych działań i kampanii edukacyjnych, by obawa przed naznaczeniem i otrzymaniem w środowisku lokalnym dyskryminującej etykiety miała słabsze oddziaływanie.

Rozmawiając o sytuacji na rynku pracy oraz o dostępności specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego, rozmówcy bliżej charakteryzowali diagnozowane przez nich niedobory kadrowe. Podczas wywiadu grupowego w pierwszej kolejności wymieniana była niewystarczająca liczba psychiatrów, w szczególności specjalistów psychiatrii dziecięcej. Ilustrują to następujące fragmenty wypowiedzi uczestników:

„Ja mam doświadczenie, ponieważ ja zatrudniam pracowników, więc też gdzieś orientuję się w tym rynku pracy. Bardzo przede wszystkim są duże braki, jeśli chodzi o psychiatrów. Zwłaszcza psychiatrów dzieci i młodzieży – tak jak jeszcze jest dostęp do psychiatrów osób dorosłych, to już tutaj całkiem posucha. To jest jakby jedna grupa zawodowa, której myślę, że ogromne braki są w ogóle w podlaskim. Jak już są, to właściwie etat składa się z osób wielu, które po prostu tak pracują w wielu różnych miejscach i na przykład są w stanie w danej komórce czy placówce pracować kilka godzin i właściwie pół etatu lekarza to się czasami składa z czterech osób, bo każdy lekarz dysponuje kilkoma godzinami”. [FGI3_3]

„Najbardziej brakuje u nas na przykład psychiatrów. Mamy jednego psychiatrę dziecięcego, więc jest bardzo ciężko. Na wizyty czekamy od 7 miesięcy nawet do roku”. [FGI3_2]

Na ogromne zaniedbania i deficyty w zakresie specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży wskazywali również uczestnicy wywiadów indywidualnych. Z ich doświadczeń wynika, że systemowa zapaść polskiej psychiatrii najbardziej daje o sobie znać właśnie w psychiatrii dzieci i młodzieży. Utrzymujące się przez dziesięciolecia problemy strukturalne, jak też wieloletnia luka w kształceniu specjalistów w tym obszarze na terenie województwa podlaskiego przyczyniły się do braku kadry zajmującej się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży. Tak opowiadała o tym lekarz psychiatra:

„Przez 12 lat wstrzymano kształcenie specjalizacyjne psychiatrów dzieci i młodzieży w Białymstoku, więc to jest 12-letnia luka, której się nie da zapętnić jakoś tak szybko. Żeby móc mieć specjalistów w psychiatrii dzieci i młodzieży, to trzeba mieć miejsca akredytacyjne, miejsca szkoleniowe. Jako że nie było oddziału, to nie było lekarzy, psychiatrów, którzy mogliby tam pracować. Nie było tam miejsc szkoleniowych. Stąd jest ogromna luka. Nie mówiąc już o kompetencjach osób, które teraz się kształcą i uczą się od psychiatrów dorosłych, a nie od psychiatrów dziecięco-młodzieżowych”. [S4]

Inny z rozmówców, opowiadając o utrzymujących się przez dziesięciolecia zaniedbaniach w polskiej psychiatrii, wskazywał na problematyczną i pozostawiającą wiele do życzenia niezmienną strukturę oddziałów psychiatrycznych, stale obleganych przez pacjentów wskutek niewystarczającej liczby miejsc, między innymi w efekcie braku wykwalifikowanej kadry. Alarmującym trendem jest również likwidacja oddziałów specjalistycznych, na przykład oddziału młodzieżowego w szpitalu w Choroszczy. Skutkuje to koniecznością odsyłania pacjentów to innych placówek lub też przyjmowania na oddział pacjentów w różnym wieku.

Dzieląc się spostrzeżeniami na temat problemów ze zdrowiem psychicznym współczesnej młodzieży, jedna z badanych stwierdziła, że ogromne problemy związane ze znalezieniem bezpłatnej (czyli na NFZ) terapii rodzinnej dla potrzebujących rodzin dodatkowo utrudniają ludziom młodym powrót do zdrowia. Jej zdaniem terapia rodzinna powinna być w ogóle standardem w leczeniu dzieci i młodzieży. Inna specjalistka doprecyzowała, dlaczego takie podejście jest istotne:

„A problemy ma dziecko, więc też tak trudno zrozumieć te problemy rodzicowi. Ciężko, naprawdę. Rodzic nie widzi tego, co na przykład słyszy w gabinecie, albo nie wierzy do końca, że to są takie problemy”. [S3]

Niewykluczone, że dobrym rozwiązaniem byłoby wdrożenie terapii środowiskowej, kiedy to specjalista wspiera osoby mające problemy w zakresie zdrowia psychicznego i ich rodziny, pracując w ich naturalnym otoczeniu (środowisku), a nie tylko w gabinecie. Jednak i ten obszar wsparcia rodzin nie należy do mocnych stron polskiego systemu pomocy (o czym w dalszej części opracowania).

Inną ważną grupą specjalistów, do której dostęp w województwie podlaskim jest utrudniony, są w opinii uczestników wywiadu grupowego doświadczeni psychologowie kliniczni i terapeuci uzależnień. Podczas wywiadu fokusowego usłyszeliśmy:

„Co najmniej przez około 3 lata były zatrzymane szkolenia w dziedzinie psychoterapii uzależnień. Część osób (...) taki naturalny proces przejścia na emeryturę, część się przekwalifikowała, część odeszła do gabinetów prywatnych i okazuje się, że tak naprawdę to są te braki. Psychoterapeutów uzależnień nie ma za dużo na rynku. Kolejna grupa to psychoterapeuci tak zwani ogólni, po różnych nurtach. Już ja widzę, że pojawia się coraz więcej osób po drugim roku szkolenia. Te osoby już są dostępne na rynku, ale też jakoś tak szybko są zagospodarowywane i właściwie też jest ich niewiele”. [FGI3_3]

„W lecznictwie odwykowym nadal brakuje bardzo znaczącej liczby terapeutów, wyszkolonych osób, które by bezpośrednio pracowały z pacjentami. Ale też oczywiście brakuje lekarzy, psychiatrów, którzy by znali uzależnienia, umieli na nie spojrzeć nie tylko od strony takiej psychiatrycznej, farmakologicznej, ale też od takiego spojrzenia psychoterapeutycznego, żeby mieli w tym zakresie jakąś wiedzę”. [FGI3_4]

W opinii badanych sytuacja okazuje się wyjątkowo trudna na wiejskich terenach podregionów, zwłaszcza gdy chodzi o etatowe zatrudnianie wymienionych specjalistów, a nie jedynie doraźną konsultację. Niewielka jest też podaż nowych kadr, a specjaliści z Białegostoku coraz rzadziej decydują się dojeżdżać do placówek położonych w innych częściach województwa (o psychologach klinicznych i terapeutach uzależnień będzie mowa w dalszej części opracowania).

7.2.2. Identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego oraz określenie stopnia niedostosowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności w tym obszarze w województwie podlaskim

Treści przedstawione w poprzednim punkcie pozwalają na wysunięcie wniosku, iż zasoby kadrowe są na terenie województwa rozmieszczone nierównomiernie. W prosty sposób przekłada się to na lepszą dostępność czy szerszy wachlarz podjęć terapeutycznych w Białymstoku i ograniczony ich zasób na terenie podregionów. Badani uczestniczący w wywiadzie fokusowym przekonywali też, że obserwują dziś masowe przechodzenie doświadczonych specjalistów do sektora prywatnego. System publicznej ochrony zdrowia oceniany jest jako mało atrakcyjny z wielu powodów – niskich stawek, nierzadko fatalnej infrastruktury pracy, nadmiarowych procedur biurokratycznych. Niemal niemożliwe w takich warunkach staje się funkcjonowanie współpracujących zespołów konsultacyjnych, co w oczywisty sposób przekłada się na niższą jakość opieki i wsparcia. Oto dwa fragmenty wypowiedzi z wywiadu fokusowego:

„Ja myślę, że to jest w ogóle bolączka tego NFZ-owego systemu. Oprócz tego, że brakuje tych szkoleń i specjalistów, to myślę sobie, że mało zachęcający jest ten system do tego, żeby w nim zostać. Dla pracownika. Moim zdaniem jest wiele trudności związanych z tym, ile można zarobić pracując na ten NFZ. (...) Ja w gabinecie też mam pełny kalendarz i w zasadzie dzwonią do mnie ludzie i w zasadzie też czasami jest tak, że ja do kogoś tam ze swojej zaznajomionej grupy terapeutów odsyłam i też do mnie później wraca informacja, że oni też nie mają miejsca. Że takie osoby, które są z doświadczeniem i pracują jakoś sensownie, to ciągle pacjenci mają utrudniony dostęp, żeby taką terapię podjąć, bo nikt nie jest z gumy. Że są też na tym polu prywatnym ciągle braki. Największym problemem wydaje mi się, że jest dostęp do nieodpłatnej tej opieki zdrowotnej”. [FGI3_1]

„Pracuję w placówce NFZ-owej, to jest ta liczba punktów do wykonania, jest wielkość kontraktu, którą też musi wykonać ograniczona grupa ludzi. Tak naprawdę to powoduje, że nie zostaje za dużo czasu na przykład na taki czas bycia w zespole, w takiej luźnej formule. (...) Tylko jest tak, że każdy właściwie zamknięty w gabinecie pracuje. To, co pomaga to rzeczywiście te zebrania kliniczne i u nas te zebrania są. Są superwizje

systematyczne i to jakoś tam odbarcza i odciąża. Ale ja mam wrażenie, że jest ciągle taki bieg. Właśnie gdzieś tam ten kontrakt musi być wykonany”. [FGI3_3]

Zagadnienie innego sposobu zorganizowania pracy i pomocy w gabinecie prywatnym w porównaniu z pracą w poradni świadczącej wsparcie w ramach kontraktu z NFZ zostało też poruszone podczas niejednej indywidualnej rozmowy z przedstawicielami sektora zdrowia psychicznego. I jak się okazuje, spostrzeżenia rozmówców były zbieżne z perspektywą uczestników wywiadu grupowego, stanowiąc dodatkowo uszczegółowienie tematu.

Pierwsza kwestia to liczba spotkań terapeutycznych gwarantowanych w sektorze pomocy publicznej. Rozmówcy mówili o kilkunastu konsultacjach, których koszt pokrywany jest przez NFZ. Jednakże z uwagi na procesualny charakter pracy w relacji pacjent – specjalista zdrowia psychicznego uregulowania te są dalece niewystarczające, a nawet szkodliwe. Lekarz psychiatra tłumaczyła:

„Jeżeli chodzi o NFZ, no to teraz jest limit 12 spotkań w poradni pierwszego poziomu, jeżeli chodzi o taką terapię psychologiczną, czyli to jest ten limit spotkań na 3 miesiące. I to jest kompletnie niewystarczające dla pacjentów. To jest zaledwie jakaś taka interwencja kryzysowa. Nie można mówić o oddziaływaniach psychologicznych, tym bardziej już psychoterapeutycznych. To jest po prostu dużo za mało w tych poziomach pierwszego stopnia. Potem oczywiście jest możliwość kontynuowania terapii takiej indywidualnej na przykład, tylko czas oczekiwania to są 2 lata wtedy, więc no to jest absolutnie nie do zrobienia”. [S4]

Wynika z tego, że możliwość uzyskania bezpłatnej pomocy w sytuacji kryzysu psychicznego jest ograniczona i nie rokuje. Przerwanie terapii psychologicznej i konieczność odczekania kilku lat, by możliwa była kontynuacja, stanowi nie lada utrudnienie. I jak się okazuje, nie tylko dla osoby potrzebującej pomocy, ale również dla samego terapeuty. Zwrócił na to uwagę jeden z rozmówców, tłumacząc:

„Coś, co utrudnia funkcjonowanie tego rynku bezpłatnych świadczeń, to kadencyjność dofinansowań. Psychoterapia wymaga czasu. Jeśli ktoś siedzi na minie i nie wie, czy w następnym roku będzie miał kontrakt, to też ostrożnie podchodzi do zawierania kontraktów długoterminowych z pacjentem na taki naprawdę rzetelny, głęboki proces (...) jeśli my mamy deadline’owanie tylko do grudnia, to ja nie jestem w stanie z pacjentem wejść w dłuższy proces, bo ja nie wiem, czy w styczniu będzie kontynuacja tego projektu”. [S7]

Podczas innej rozmowy pojawiło się spostrzeżenie, że próba uśrednienia przez NFZ liczby spotkań, do których ma prawo osoba korzystająca z pomocy publicznej, wynikać może z chęci objęcia pomocą specjalistyczną większej liczby osób. Pojawia się jednak pytanie, czy ilościowe podejście do problemu jest właściwe? Jedna z psychoterapeutek relacjonowała, iż w centrach zdrowia psychicznego finansowanych ze środków NFZ nierzadkie jest przeciążenie przyjmujących w nich specjalistów. Wszystko na skutek ogólnych wytycznych dotyczących dziennego limitu pacjentów (od 8 do 10) czy czasu

trwania sesji terapeutycznej. Z kolei podczas kolejnej rozmowy badana podzieliła się następującym spostrzeżeniem:

„Przeciążenie specjalistów występuje na pewno – biorąc pod uwagę fakt, że liczba dzieciaków, młodzieży wzrasta, a liczba specjalistów chyba niekoniecznie. To też patrząc na kolejki. Po prostu niektórzy lekarze nie mają mocy przerobowych, a już na pewno w psychologach jest deficyt. Dobry diagnosta nawet prywatnie ma listy kolejkowe na pół roku do przodu”. [S12]

Niewystarczająca liczba specjalistów w prosty sposób prowadzi do znaczącego obciążenia tych, którzy zasilają sektor publiczny czy prywatny. Wypowiedzi rozmówców pozwalają wnioskować, iż świadczenia kontraktowane w ramach NFZ mogą sprzyjać przedkładaniu podejścia ilościowego nad jakościowe.

Podczas kolejnego z wywiadów pojawił się jeszcze jeden argument, który może potwierdzać poprawność tego wnioskowania. Tym argumentem są stawki godzinowe, proponowane specjalistom przez NFZ. Jeden z rozmówców precyzyjnie zilustrował, jaka jest różnica między wynagrodzeniami w sektorze publicznym i prywatnym:

„Problem polega na tym, że gdybym ja podpisał kontrakt z NFZ, bo mogę to zrobić, to ja za pacjenta dostanę, powiedzmy, 75 zł. Jeżeli pracuję prywatnie, to w tej chwili biorę od pacjenta 200 zł. Jest różnica? Oczywiście że jest. Więc kto się zgłosi do NFZ za 75 złotych? Zgłoszą się osoby młode, niedoświadczone, które będą się, powiedzmy, cenić na 75 złotych. Ale ich oferta na poziomie jakości też będzie warta 75 złotych. Gdyby NFZ zrobił po prostu stawkę konkurencyjną, to znaczy, żeby te stawki były zbliżone do stawek prywatnych, to osoby takie jak ja nie miałyby żadnych powodów, żeby nie podpisać kontraktu z NFZ-em”. [S10]

Trudno powiedzieć, czy dostrzegana przez psychoterapeutę zależność między jakością świadczonej pomocy a stawką godzinową to słuszny trop. Nie ulega jednak wątpliwości, że osoby praktykujące w ramach kontraktów z NFZ mają mniejsze możliwości zarobkowe niż specjaliści przyjmujący w gabinetach prywatnych. Niewykluczone, że chęć otrzymywania lepszego wynagrodzenia może sprzyjać przyjmowaniu większej liczby pacjentów. A wtedy jakość świadczonej pomocy, może pozostawiać wiele do życzenia. Wspominał też o tym inny rozmówca:

„W systemie publicznym te kwoty wynagrodzeń są inne. I cały czas widzimy, że jest to takie przemęczenie, że to jest wieloletowość. Pracujący z nami specjaliści pracują w dwóch minimum, ale też w trzech, czterech, czasami pięciu miejscach zatrudnienia, co powoduje, że są przebodźcowani, przepracowani i narzekają na brak czasu”. [S15]

Nie oznacza to jednak, że zagrożenie to nie występuje w sektorze prywatnym. Choć osoby prowadzące własne gabinety mają w tym zakresie dowolność, same decydują o liczbie przyjmowanych pacjentów, to i w tym sektorze nietrudno o dominację podejścia ilościowego. Jeden z psychoterapeutów wskazał na zauważalne nieprawidłowe praktyki:

„Ja znam swoje ramy i to, ilu pacjentów mogę dziennie przyjąć, i wiem, że przekroczenie tych ram jest nie fair w stosunku do mnie i do pacjentów przede wszystkim, że nie jestem już tak efektywny. Teraz już wiem, że liczba pacjentów przy mojej wielorakiej aktywności to 4–5, to jest poziom maksymalny, który mogę przyjąć w ciągu dnia. Oczywiście część terapeutów chce przyjmować po kilkunastu pacjentów, ale to jest moim zdaniem niestety oszukiwanie trochę pacjenta, bo ich efektywność pracy jest dużo mniejsza”. [S7]

Przeciążenie pracą zwiększa ryzyko wystąpienia wypalenia wśród pracowników ochrony zdrowia psychicznego.

Podczas rozmów ze specjalistami zdrowia psychicznego podjęto także tematykę kluczowych z perspektywy badanych umiejętności i kompetencji, które powinni posiadać specjaliści zdrowia psychicznego – przede wszystkim terapeuti.

Podczas wywiadu grupowego w pierwszej kolejności badani zgodnie wskazywali na znaczenie triady: ukończenie całościowego szkolenia – regularna supervizja – odbycie własnej terapii. Wymienione doświadczenia opisywano jako solidne podstawy profesjonalnej praktyki terapeutycznej. Jeśli idzie zaś o kluczowe umiejętności, to wskazywano na:

- umiejętność budowania bezpiecznej relacji z pacjentem,
- wysoką świadomość pozwalającą na pracę z procesami tak zwanego przeniesienia i przeciwprzeniesienia,
- wysoki poziom wiedzy specjalistycznej i gotowość do ciągłego uczenia się i podnoszenia kompetencji.

Syntetycznie do opisanych wyżej kwestii odniósł się jeden z badanych terapeutów:

„Jeżeli ja mam pomóc drugiemu człowiekowi, to ja muszę przede wszystkim siebie dobrze rozumieć, wiedzieć, co ja robię i dlaczego to robię, czyli tą technikę mieć. A później wydaje mi się, że to jest kluczowe (...) żeby umieć budować z pacjentem bezpieczną relację”. [FGI3_1]

O tym, że osoby wykonujące zawody ukierunkowane na świadczenie wsparcia poprawiającego kondycję psychiczną człowieka, powinny posiadać określone kwalifikacje i umiejętności, opowiadali również rozmówcy, z którymi przeprowadzaliśmy wywiady indywidualne. Wiele omawianych aspektów pokrywało się z tym, co zostało powiedziane podczas wywiadu fokusowego. Ale pojawiały się też nowe lub inne.

Badani wskazywali przede wszystkim na rosnące znaczenie kompetencji miękkich i międzysektorowych, zwłaszcza w pracy środowiskowej i szkolnej. Podkreślali potrzebę rozwijania umiejętności podstawowego wsparcia emocjonalnego, które powinno być szerzej rozpowszechnione także wśród specjalistów. Jedna z psychoterapeutek stwierdziła:

„Pierwsze, co mi przychodzi do głowy, to to, że lekarzom psychiatrii brakuje tych kompetencji miękkich, (...) empatii, takiego współczucia po prostu ludzkiego dla pacjenta. To często są takie historie, że ten lekarz to jest właśnie taki od przepisania leków i tyle, ale też są różni. Jest przecież teraz też masa lekarzy, psychiatrów, którzy

również są psychoterapeutami. Ale zadbałabym o tych, którzy nimi nie są, bo w pracy z pacjentem to podstawa”. [S8]

Inna rozmówczyni, odnosząc się do znaczenia kompetencji miękkich, nazwała je umiejętnością wejścia w relację z drugą osobą, budowania kontaktu, pogłębiania go, co zakłada otwartość uczuciową na drugą osobę oraz zdolność formułowania komentarzy w sposób, który będzie dla pacjenta wspierający. Dodała:

„Poczucie bezpieczeństwa i wyregulowanie emocjonalne pacjenta, wyregulowanie układu nerwowego to jakiś taki bazowy warunek do tego, żeby komuś pomóc” [S2]

Odnosząc się z kolei do problemu fragmentaryczności systemu, badani zwracali uwagę na brak ciągłości działań czy współpracy pomiędzy różnymi innymi instytucjami, zajmującymi się wsparciem osób mających trudności w zakresie zdrowia psychicznego. Tak opowiadała o tym jedna z psychoterapeutek:

„Moje kompetencje interdyscyplinarne, to znaczy wiedza na temat interdyscyplinarności, polega głównie na tym, że ja na podstawie rozmowy z klientem jestem w stanie stwierdzić, gdzie się kończy moja rola i gdzie się zaczyna rola kogoś innego. Z taką myślą, że ja tą osobę na przykład przekieruję dodatkowo tam i tam. I to na pewno jest ważne wszędzie, żeby móc wiedzieć na przykład, jeżeli ktoś będzie niedługo mierzył się z kryzysem bezdomności, gdzie go można pokierować, jeżeli mówi mi, że brakuje mu pieniędzy, gdzie mógłby się udać, jeżeli zмага się z jakąś sytuacją, która wydaje się, że dałoby się ją rozwiązać prawnie albo na pewno wiemy, że nie da się jej rozwiązać w jakiś tam sposób psychologicznie, no to zawsze jest warte tego, żeby mieć tę świadomość, gdzie tę osobę można pokierować”. [S9]

Badani dodawali, że w praktyce codziennej współpraca międzysektorowa często ma charakter nieformalny i opiera się na indywidualnych kontaktach. A te, niektórzy specjaliści mają szerokie, inni – wąskie. Jedna z respondentek stwierdziła:

„Praca z traumą, praca w kryzysie, praca z zespołem stresu pourazowego, interwencja kryzysowa i PTSD, czyli praca ze stresem. Przecież to spektrum problemów w gabinecie jest szerokie. A jeśli w grę wchodzi jeszcze problemy rodzinne, to tutaj wyposażenie pacjenta w wiedzę, gdzie można uzyskać dodatkowe wsparcie, może nie dla siebie, ale dla członków rodziny jest bardzo istotne. W kontekście zdrowia psychicznego, czyli takie narzędzia, które mogłyby być pomocne, żeby osoba, która doświadcza kryzysu, mogła z nich skorzystać bez naszej obecności. To jest bardzo potrzebne”. [S13]

Brak usystematyzowania w opisywanym tu obszarze działalności osób wykonujących zawody z zakresu zdrowia psychicznego, stanowi wyzwanie.

Badani wskazywali również, że o ile jakość przygotowania zawodowego zależy od miejsca kształcenia, o tyle zapotrzebowanie na ciągłe podnoszenie własnych kwalifikacji i umiejętności, powinno być immanentną właściwością wykonawców zawodów związanych z kondycją psychiczną człowieka. A zatem w tym zakresie perspektywa indywidualnych rozmówców oraz tych uczestniczących w wywiadzie grupowym, były zbieżne. Jedna z kobiet tłumaczyła:

„Bardzo podstawową umiejętnością, którą jako terapeuta i osoby, z którymi ja też współpracuję, to jest przede wszystkim chęć rozwoju i oglądania siebie. Bardzo trudno jest pracować z pacjentami, z osobami potrzebującymi pomocy, jak się ma bardzo mały wgląd do siebie. Bo to jest bardzo trudne, więc myślę sobie, że chęć samokształcenia się ciągłego, chęć też przyglądania się własnej pracy – tego brakuje. I to nie tylko superwizja, ale też psychoterapia własna powinna być czymś takim obligatoryjnym”. [S13]

Do zagadnienia superwizji i własnego samodoskonalenia nawiązała też inna z rozmówczyń:

„Tej luki takiej wiedzy każdy chyba ma świadomość. Ja po prostu do ukończenia tego szkolenia nieustannie się dalej szkolę, chociaż już nieraz mówiłam, że ja już po prostu już koniec albo jakąś taką przerwę robię i już nie będę kolejnych szkoleń robiła, ale to się nie kończy. Bo właśnie jest jeszcze taka możliwość rozwoju, siaka możliwość rozwoju, a to teraz na ADHD patrzymy w ten sposób, a teraz na autyzm. Cały czas są obszary, które można pogłębiać. Ale w tym też naprawdę osoba superwizora ma duże znaczenie, bo jeśli jest to osoba właśnie bardziej doświadczona, to ja bardzo korzystam z jej doświadczenia, więc ma to znaczenie zasadnicze dla mojego samorozwoju”. [S3]

Superwizja to forma wsparcia terapeutów, podczas której doświadczony specjalista (superwizor) pomaga innemu specjalście (na przykład psychoterapeucie) w rozwoju zawodowym i podnoszeniu jakości pracy. Superwizja polega na regularnych spotkaniach, podczas których omawiane są przypadki pacjentów, analizowane trudności i wątpliwości zawodowe, a także rozwijane umiejętności. Celem jest pomoc w lepszym zrozumieniu siebie i pacjenta, zapewnienie etyki zawodowej oraz skuteczniejsze wsparcie. Z relacji badanych wynika, że dostęp specjalistów do superwizji bywa różny, co podkreśliła jedna z psychoterapeutek:

„Moja perspektywa jest taka, że ja czuję taką dużą swobodę, duże możliwości i dostęp do superwizji. Ale ktoś, kto ma prywatny gabinet, to sam musi o to zadbać. Wiem też od znajomych, które pracują w szpitalu, że tam dostęp do superwizji jest o wiele słabszy”. [S8]

Badani wskazywali na liczne korzyści wynikające z odbywania systematycznych superwizji, ale dodawali również, że jest to bardzo kosztowna forma wsparcia. Jeden z psychoterapeutów tłumaczył:

„Za godzinę superwizji płacę około 400 złotych i to jest normalna stawka. Więc myślę sobie z punktu widzenia pracodawcy na przykład, no taka superwizja kilka godzin musi trwać, jeśli ona na przykład jest dla grupy pracowników danej placówki, a nie mam możliwości pozyskiwania dofinansowania, więc myślę sobie, że to na przykład ogranicza możliwość takiego wsparcia dla różnych podmiotów dookoła, że to są formuły drogie, a moim zdaniem niezbędne”. [S7]

Nie ulega wątpliwości, że wysokie koszty spotkań superwizyjnych mogą być dla psychoterapeutów czy ich pracodawców nie lada wyzwaniem. W związku z tym niektórzy badani wspominali, że w takich sytuacjach niezwykle cenne jest wsparcie członków zespołu, w którym się pracuje. Możliwość konsultacji przypadku pacjenta,

w momencie gdy jest to potrzebne, daje terapeutę poczucie bezpieczeństwa i w skuteczny sposób może chronić go przed doświadczeniem wypalenia zawodowego. Niemniej z przeprowadzonych rozmów wynika też, że zdarzają się zespoły psychoterapeutów, zwłaszcza w placówkach publicznych, które są zarządzane przez kierowników o niewystarczających kompetencjach w tym zakresie. Ma to przełożenie na atmosferę pracy w zespole, o czym wspominała jedna z respondentek:

„Jeżeli chodzi o moją pracę teraz, to muszę zarządzać tylko sama sobą, więc w miarę sobie z tym radzę. Ale jeżeli chodzi o wcześniejszą pracę, gdzie pracowałam w różnych zespołach, bo i w ośrodku psychoterapii, i w ośrodku uzależnień, w różnych miejscach, to tam rzeczywiście takie umiejętności zarządzania zespołem były bardzo ważne. Bo jednak to co się działo między terapeutami, to od razu grupa też czuła i w ogóle ten proces był inny i ta atmosfera. Bardzo to jest ważny wątek i wydaje mi się, że osoby, które zarządzają takimi zespołami i są sami właśnie też terapeutami, no to powinni jak najbardziej być przeszkoleni, i to tak mocno, z tego wszystkiego, bo to jest po prostu na korzyść i pracowników i a propos tego wypalenia i tak dalej”. [S11]

A zatem do listy umiejętności, które powinny cechować osoby wykonujące zawody z zakresu zdrowia psychicznego, należy jeszcze dodać umiejętności zarządcze. Są one szczególnie ważne i cenne dla osób pracujących w zespołach terapeutycznych. Liderzy zespołów powinni być przeszkoleni z zarządzania, aby we właściwy sposób dbać o warunki pracy i jakość świadczonej opieki, przy jednoczesnym przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu specjalistów.

Kolejnym z zagadnień poruszanych podczas wywiadów było niedostosowanie zawodów, kwalifikacji i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego. Rozmówcy dzielili się różnymi przemyśleniami na temat obserwowanych przez nich trudności.

Podczas wywiadów grupowych opisywano programy studiów psychologicznych, które wprawdzie przygotowują do procesu diagnozy, lecz wyłącznie pod kątem teoretycznym. W znacznie mniejszym stopniu zapewniają studentom kontakt z praktyką kliniczną czy codziennym doświadczeniem z gabinetu terapeutycznego. O lukach o charakterze edukacyjnym wspominali również specjaliści, z którymi przeprowadziliśmy wywiady indywidualne.

Dominacja wiedzy teoretycznej nad praktyczną wynika ich zdaniem z kompetencji i doświadczenia kadry uczelni. Brak „praktyczności” w szkołach wyższych przygotowujących przyszłą kadrę specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego może przyczyniać się do rozciągniętego w czasie procesu kształtowania się tożsamości psychoterapeuty. Co więcej, przełożenie wiedzy na praktykę może być też trudniejsze i budzić w absolwentach niepokój i niepewność w bezpośredniej pracy z pacjentem. Wspominała o tym jedna z psychoterapeutek, postulując, by system kształcenia zapewniał studentom możliwie najwyższy wymiar praktyk – dodatkowo w różnych placówkach:

„Jeżeli chodzi o te studia, to praktyki studenckie na pewno dają dużo i też warto, żeby nie zamykać się na jedno miejsce, żeby właśnie nie iść na praktyki, tylko do szkoły, nie iść

na praktyki, tylko do poradni, żeby iść na praktyki w miejscach, które też rzeczywiście mają takie najcięższe przypadki. A to dlatego, żeby być troszeczkę już obytym z tym, jak to wygląda, bo każdy psycholog, który kończy dopiero studia, on się trochę boi, czuje się niepewnie, praktycznie w ogóle nie miał kontaktu z pacjentami, z klientami i ciężko mu będzie wejść w ten świat z takim tąpnięciem i pewnością, że robi coś dobrze, jeżeli robi to po raz pierwszy, i nikt mu w tym nie pomaga. Więc na pewno takie wsparcie i trochę taka nawet bezpośrednia instrukcja, co się robi wtedy i wtedy, co się robi wtedy i wtedy w takich sytuacjach, które już wychodzą poza zakres samej rozmowy, to na pewno byłoby ważne w edukacji”. [S9]

Podczas wywiadów grupowych badani akcentowali również potrzebę kierowania do młodych absolwentów programów mentoringowych i stwarzania okazji do praktykowania pod okiem doświadczonych klinicystów. Podkreślano, że oba typy praktyki są kluczowe w procesie diagnozowania pacjentów i rzetelnego interpretowania wyników. I w tym zakresie spostrzeżenia specjalistów, z którymi prowadziliśmy wywiady indywidualne, były identyczne. Wielu zwracało uwagę na obserwowane deficyty w kompetencjach diagnostycznych, co ma przełożenie na jakość pracy z pacjentem.

Psycholog kliniczny to diagnosta, który przy wykorzystaniu odpowiednich narzędzi, w tym testów przesiewowych, może zidentyfikować potencjalne problemy psychiczne lub zaburzenia, takie jak depresja, lęk, stres czy trudności z uzależnieniami. Wyniki testów przesiewowych nie są diagnozą, ale narzędziem pozwalającym właściwie ukierunkować dalszą pracę z pacjentem czy leczenie. Okazuje się jednak, że deficyt psychologów diagnostów jest na terenie województwa podlaskiego bardzo dotkliwy:

„Brak psychologów diagnostów jest poważny. Sam cykl szkolenia w szkołach powoduje, że umiejętności prowadzenia tej diagnostyki nabywają ludzie w uczelni, prowadząc zajęcia warsztatowe. Nie mając pacjentów, pracują w oparciu o testy. Oni mają wtedy największą wiedzę o tym, jak je prowadzić, jak one wyglądają, jaka jest ich specyfika. Później, wchodząc do zawodu, pracują przede wszystkim indywidualnie z pacjentem i tracą dostęp do wiedzy, którą mieli tuż po ukończeniu studiów, nie mając gdzie jej rozwijać. Psychiatra, który chciałby skonsultować czy pogłębić diagnostykę swego pacjenta, zobaczyć, co mu dolega, musi go skierować do psychologa diagnostyki, który z nim przeprowadzi tę diagnostykę. No i tutaj ten czas oczekiwania to jest pół roku, dziewięć miesięcy, czasami dłużej”. [S15]

Specjalistyczne kwalifikacje, przejawiające się nie tylko w umiejętności przeprowadzenia diagnostyki, czyli wykonania zestandaryzowanych testów, ale nadto w kompetencjach właściwej interpretacji wyników testu, stanowią w opinii respondenta zasób nielicznych, doświadczonych klinicystów. Podobną opinię wyraziła inna z rozmówczyń, precyzyjnie określając, w czym dostrzega niedostatki:

„Niezależnie czy jesteś psychiatrą, czy psychoterapeutą, to trzeba trochę sobie skonceptualizować tego pacjenta, zadać sobie pytanie: co jest problemem? Dlaczego jest problemem? i tak dalej. Mam poczucie, że czasami to jakoś jest trudne, więc rozwiązaniem byłoby dodatkowe szkolenie w zakresie psychoterapii, psychiatrii. Bo ważne jest, by wiedzieć, kiedy pokierować właśnie kogoś do psychiatrii, wiedzieć, kiedy pokierować kogoś na diagnozę, w którym momencie zacząć podejrzewać, że to

pacjent, który nie tylko ma na przykład fobię społeczną, ale też jest w spektrum autyzmu i można mu zaproponować coś jeszcze. To są jakieś takie obszary, które wymagają konkretnych umiejętności”. [S4]

Z wypowiedzi tej wynika, że sposobem na brak diagnostów mogą być dodatkowe szkolenia, dzięki którym psychologowie czy psychoterapeuci zdobędą niezbędną wiedzę w tym zakresie. Obecnie takich rozwiązań brakuje, a na pewno nie są dostępne dla wszystkich. Jak podkreśliła jedna z psychoterapeutek, możliwość uczestnictwa w szkoleniach nierzadko jest uwarunkowana zainwestowaniem własnych środków:

„Bardzo często korzystam z dodatkowych szkoleń oprócz tego mojego specjalizacyjnego, bo jestem i na kursie psychoterapii czteroipółletnim. Ukończyłam już kilka i jestem w trakcie kończenia jakichś dodatkowych szkoleń psychoterapeutycznych. Wiele z nich finansuję ze swoich środków albo niektóre szkolenia są finansowane, są organizowane wewnętrznie przez placówki, w których pracuję. Myślę, że fajnie byłoby, jakby wszyscy specjaliści mieli możliwość takiego kształcenia, no bo to rzeczywiście poszerza horyzonty. Ale wyobrażam sobie, że inne placówki mogą nie mieć możliwości albo mogą być tak zapracowani, że ostatnie, o czym myślą, to przerwa tygodniowa, żeby wysłać personel na jakieś tam szkolenie”. [S8]

Psychoterapeutka zasygnalizowała dwie istotne kwestie: zróżnicowany dostęp do szkoleń oraz zapracowanie personelu, co stanowi kolejną trudność związaną z wykonywaniem zawodu psychologa, psychoterapeuty czy psychiatry.

W wielu indywidualnych rozmowach badani podkreślali również, że kluczową umiejętnością, która powinna cechować specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym, jest regulacja granic pracy. Jest to istotne wyzwanie systemowe, szczególnie w sektorze publicznym. Osoby badane wspominały o niedostatecznej liczbie psychoterapeutów przyjmujących w ramach kontraktu z NFZ, co zdecydowanie utrudnia dbanie o dobrostan specjalisty:

„To jest kwestia ustalenia ze sobą, ile pracuję, w jakich warunkach to się dzieje i ile jest dla mnie za dużo, a ile mogę pracować, i to mi daje możliwość do regulowania się pomiędzy sesjami. Z drugiej strony są takie warunki systemowe, które trochę do tego nie pasują, to znaczy warunki, które narzuca NFZ, czyli kolejka pacjentów jeden za drugim, harmonogram napchany, warunki zatrudnienia takie, które nie przewidują higieny pracy i nie sprzyjają dobrostanowi i długotrwałej dobrej formie terapeuty”. [S3]

Podobnym doświadczeniem podzieliła się inna z osób:

„To wszystko jest takie aż niepasujące trochę czasami do tego zawodu i do tego, na co sami zwracamy uwagę w kontakcie z pacjentem: żeby dbać o siebie, dobrze się odżywiać i tak dalej. A tutaj albo skorzystam z łazienki, albo zjem w tej przerwie. A dokumentację to już w ogóle zostawiam. Dokumentację to już zrobię po prostu na zakończenie, bo nie ma opcji, żeby robić od razu dokumentację, to by w ogóle tych przerw nie było”. [S2]

Aby specjalista mógł w sposób świadomy i dobrowolny zarządzać swoim czasem podczas godzin pracy z pacjentem, niezbędne są systemowe rozwiązania dające taką przestrzeń. Badani wyjaśniali, że sześć- lub ośmiogodzinna dzienna praca

z pacjentem stanowi istotne obciążenie dla terapeuty, który nie ma możliwości w równym stopniu zadbać o każdego pacjenta. Specyfika wykonywanego zawodu czy nierzadko trudne przypadki omawiane w przestrzeni gabinetu wymagają od specjalisty umiejętności autoregulacji i szybkiego powrotu do równowagi między sesjami.

Specyfika pracy osób zajmujących się wsparciem tych, którzy doświadczają trudności w obszarze zdrowia psychicznego, wymaga uważności na potrzeby i kondycję psychofizyczną samych specjalistów. Osoby wykonujące zawody pomocowe, na przykład lekarze czy terapeuci, są zdecydowanie bardziej narażone na doświadczenie wypalenia zawodowego niż osoby wykonujące inne profesje. Stąd też niezbędna jest lepsza ochrona zawodów pomocowych, czego dziś w opinii specjalistów brakuje.

Pytania dotyczące luk kompetencyjnych oraz wszelkich przejawów niedostosowania zawodów, kwalifikacji i umiejętności skłoniły specjalistów uczestniczących w wywiadzie fokusowym do podjęcia żywiołowej dyskusji i zaowocowały podsumowaniami o charakterze nieco bardziej ogólnym. Odnosiły się one przede wszystkim do recepcji szeroko pojętego środowiska specjalistów zdrowia psychicznego.

Badani w pierwszej kolejności zwracali uwagę na brak ustawowej regulacji zawodu psychologa¹⁵⁵ i psychoterapeuty, co według nich uniemożliwia skuteczną weryfikację jakości usług terapeutycznych oraz efektywne wyciąganie konsekwencji związanych z popełnianymi błędami w sztuce. Z jednej strony zapewniano o konieczności istnienia regulacji prawnych, samorządu zawodowego i wyartykułowanych zasad obowiązujących w ramach praktyki terapeutycznej. Z drugiej badani okazywani wyraźne znużenie czasem powstawania tych aktów prawnych oraz towarzyszącym im napięciom wewnątrzśrodowiskowym. Podczas wywiadu fokusowego usłyszeliśmy:

„Ten samorząd, ta regulacja prawna, to, że wiemy, kto może wykonywać zawód, na czym polega wykonywanie zawodu, do kogo skarżymy w sytuacji, w której jest błąd w sztuce, że mamy jakieś gremia, które rozpatrują... [brak takich rozwiązań – dop. aut.] to jest moim zdaniem straszna bolączka”. [FGI3_5]

Pojawiające się błędy w sztuce w obszarze psychoterapii czy niską jakość usług terapeutycznych badani wiązali także z brakiem „dyscypliny zawodowej”, rozumianej jako rzetelne podejście do pracy, szkoleń, brak rutyny i regularny kontakt z superwizorem. Jednocześnie osoby badane pracujące poza Białymstokiem kolejny raz wracały do kwestii dostępności specjalistów w podregionach, ponieważ dotyczy to także kontaktu z superwizorami czy innymi terapeutami chętnymi do zawodowych konsultacji.

¹⁵⁵ W czasie realizacji wywiadów Rządowy projekt ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów był na etapie konsultacji międzyresortowych i pracy w komisjach sejmowych. Dopiero w styczniu 2026 roku został przekazany do podpisu Prezydentowi RP (dostęp: 6.02.2025).

Nawiązanie do dyskusji toczącej się wokół ustawy regulującej zawody psychologa i psychoterapeuty oraz ponoszenia odpowiedzialności za błędy w sztuce pojawiło się również podczas wywiadów indywidualnych. Choć wszyscy badani byli zgodni, że zmiany legislacyjne są niezbędne dla ochrony pacjentów przed niekompetencją, to zwracano również uwagę, że spory bałagan organizacyjny w środowisku psychoterapeutycznym zintensyfikował różne rozwiązania, między innymi te dotyczące transferu ocen. Wyjaśniała to jedna z respondentek:

„To jest bardzo żywy temat teraz wśród psychologów i psychoterapeutów, no bo przecież są cały czas zmiany w tej ustawie o zawodzie. Gdzieś tam są ciągle przepychanki pomiędzy psychologami, psychoterapeutami. No to pojawia się temat tych studiów trzyletnich z psychologii dla absolwentów różnych kierunków z możliwością transferu ocen. Czyli w 2,5 roku robisz pięcioletnią psychologię. Nawet możesz być, nie wiem, po fizyce i złożyć aplikację na te studia, no i pewnie cię zakwalifikują na jakiś semestr wyżej, może nie na trzeci rok, ale na pewno trochę wyżej wskoczy się. No i teraz ludzie, którzy skończyli topowe, powiedzmy, uczelnie w Polsce: KUL, Uniwersytet Jagielloński czy cokolwiek innego, no to oni mają bardzo dużo złości na to i się nie godzą na to. Ale ta możliwość transferu ocen i ukończenia w trybie skróconym psychologii daje uprawnienia do wykonywania zawodu psychologa. Można dyskutować o tym, jakiej to jest jakości”. [S8]

Wypowiedź respondentki doskonale ilustruje, w jaki sposób prace nad ustawą i jej ostateczne zapisy mogą przełożyć się na jakość kształcenia na kierunkach psychologicznych. Badani wskazywali również, że prace legislacyjne obnażyły obserwowaną od dawna rywalizację między Polskim Towarzystwem Psychologicznym a stowarzyszeniami skupiającymi psychoterapeutów:

„Myślę, że jest rzeczywiście dużo rywalizacji – zwłaszcza teraz, kiedy ta ustawa jest na horyzoncie, więc takiego wyrywania sobie kawałka tortu. Wydaje mi się, że to zawsze pewnie jest jednak jakaś konkurencja. To nawet w ośrodkach, które myślą bardzo podobnie, jest bardzo dużo konkurencji. Przykre to jest, bo tutaj chodzi przecież o jak najlepsze wykonywanie swojego zawodu. Tylko jest czasami tak, to już jakoś tak daleko to zachodzi, że ten bałagan jest bardzo dla mnie przytłaczający. Jest to bardzo dziwne, że w tym środowisku się tak wydarza. Tak jest, trzeba jakoś na to krytycznie spojrzeć, że się tego nie da uniknąć. Jest trochę też kłopot taki, bo na przykład jest teraz dużo dyskusji, czy psychoterapeuta powinien skończyć studia związane z pracą z ludźmi albo czy na przykład psycholog? Do jakiej pomocy psychoterapeutycznej jest uprawniony przez samo skończenie studiów psychologicznych?”. [S2]

Zwraca uwagę użyte przez kobietę wyrażenie:

„Jest to bardzo dziwne, że w tym środowisku się tak wydarza”.

Niemniej rywalizacja, o której również tu wspomniano, czy nieuczciwe bądź niewłaściwe praktyki występujące wśród psychoterapeutów wymagają prawnego uregulowania. Opowiadała o tym inna z respondentek:

„Mamy ten nasz zawód i on jest nieuregulowany, więc to jest taka trochę wolna amerykanka. Ale dobry terapeuta to taki, który kształcił się w szkole, która położyła

nacisk na to, żeby 4,5 roku, żeby terapeuta był we własnej terapii. To jest obowiązek na przykład szkoły, którą ja ukończyłam. Czyli taki cały konglomerat ten naukowy. A jest dużo takich szkół, które ludzie kończą, potem nazywają się terapeutami, bo te szkoły się nazywają szkoły wstąpienia w psychoterapię, więc mają prawo się tak nazywać oczywiście. Ale się na przykład okazuje, że ktoś pracuje 20 lat w zawodzie, a nigdy w życiu nie doświadczył własnej terapii, czyli nie zajmuje się swoim zdrowiem psychicznym, co oczywiście ma impakt na pracę z pacjentem i na zdrowie pacjenta”. [S5]

Znaczące różnice w standardach edukacyjnych między szkołami psychoterapii wpływają na jakość pomocy udzielanej pacjentowi. Nieuregulowanie zawodu psychoterapeuty pozwalało zatem na samowolne nazywanie się terapeutą bez odpowiednich kwalifikacji, po ukończeniu słabszych szkół, oferujących tańsze alternatywy bez kluczowych wymagań. W efekcie takich wieloletnich praktyk na szeroką skalę na rynku usług psychoterapeutycznych pojawili się niedokształceni terapeuci.

Specjaliści uczestniczący w wywiadach indywidualnych wskazywali również, że w procesie edukacji osób mających w przyszłości wykonywać zawód psychologa czy psychoterapeuty ważne są warunki, w których przebiega proces kształcenia. Wskazywali, że zbyt rzadko zwraca się uwagę na przeprowadzenie selekcji kandydatów i wieloetapowego procesu rekrutacji, by w efekcie zapewnić studiującym komfortowe warunki w kameralnych grupach studenckich:

„Myślę, że realnie są różne jakości kształcenia psychoterapeutów i do różnych szkół mam dużo krytycznych myśli. Myślę, że na przykład ważne jest takie samo podejście do kandydata, rekrutacja tego kandydata do szkoły terapeutycznej, ilość kandydatów w szkole, przygotowanie ich rozwojowe. Takie szkoły, gdzie ten kontakt jest intensywny, gdzie osoba może być rozpoznana, jak pracuje w różnych sytuacjach bez takiego większego napięcia, wywiad z tą osobą na temat też jej życia po prostu, tego, kim ona jest, czym się identyfikuje i jej relacje, czyli że ma się taki intensywny kontakt z jakimś opiekunem, z terapeutą swoim, takim superwizorem, to takie szkolenia mnie dużo bardziej przekonują niż takie szkolenia, gdzie jest na przykład bardzo dużo kandydatów, trochę nie wiadomo kto się uczy w tej szkole”. [S2]

Badani wskazywali również, że młodzi specjaliści często wchodzą na rynek pracy bez podstawowych kompetencji praktycznych, co jest wynikiem kończenia szkół psychoterapeutycznych o różnej jakości:

„Jest na przykład tak, że część praktyk odbywa się online bez takiego kontaktu bezpośredniego z człowiekiem. Dla mnie to jest abstrakcyjne, że można tak praktykować bez bezpośredniego kontaktu. Ale liczba głosów, które do mnie docierają, że takie rozwiązania się stosuje, są niepokojące”. [S2]

Badana opowiadała o procesie kształcenia, czyli przygotowywania do wykonywania zawodu psychoterapeuty. W dalszej części rozmowy dodała, iż proces kształtowania się tożsamości terapeuty jest długi, a każdy jego element ma znaczenie – również doświadczenia gromadzone podczas praktyk. W opinii rozmówczyni bezpośrednia praktyka z pacjentem to najlepsza z możliwych okoliczności scalania wiedzy z praktyką.

Podobnym spostrzeżeniem podzieliła się inna psychoterapeutka, krytycznie wypowiadając się na temat realizowania zajęć na kierunku psychologia w sposób zapośredniczony, czyli online:

„Tutaj różne do mnie docierają sygnały. Część zajęć też była online, chyba nadal tak jest. To zawsze budzi moją taką wątpliwość, że akurat na studia, gdzie ten kontakt taki bezpośredni z drugim człowiekiem jest ważny, to zawsze jest to strata, kiedy te zajęcia są online”. [S14]

Hybrydowy sposób zorganizowania zajęć na uczelniach wyższych czy też oferty kursów online są pozostałością rozwiązań wdrożonych w czasie pandemii. Zdomowały się one w polskim systemie kształcenia, stanowiąc atrakcyjne rozwiązanie mające zachęcić do wybrania konkretnej oferty.

Analiza zgromadzonego materiału empirycznego prowadzi do wniosku, że w województwie podlaskim występuje strukturalne i pogłębiające się niedostosowanie zawodów i kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego. Problem ten ma charakter wielopoziomowy: obejmuje niedobory ilościowe (zbyt mała liczba specjalistów) oraz jakościowe (nierówny poziom kompetencji praktycznych). Wypowiedzi badanych wskazują również, że system kształcenia nie nadąża za realnymi potrzebami praktyki, a część nowych kadr nie posiada wystarczających umiejętności do samodzielnej, odpowiedzialnej pracy klinicznej.

7.2.3. Prognoza zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych ze zdrowiem psychicznym w świetle nowych technologii, cyfryzacji oraz trendów społecznych

Prognozy dotyczące rozwoju rynku pracy i znaczenia wybranych zawodów, kompetencji czy umiejętności, formułowane przez badanych uczestniczących w wywiadach grupowych, koncentrowały się przede wszystkim wokół roli wybranych obszarów leczenia specjalistycznego, takich jak psychoonkologia czy psychogeriatra. W oczywisty sposób badani wiązali ten kierunek rozwoju specjalizacji z trendem starzenia się społeczeństwa. Także podczas wywiadów indywidualnych wątek ten był podejmowany przez poszczególnych specjalistów. Oferta z zakresu psychogeriatry, w opinii badanych w województwie podlaskim w zasadzie nie istnieje. Tak przedstawił to jeden z psychoterapeutów:

„Nie ma oferty dla seniorów. Na poziomie psychologicznym zbyt wielu pacjentów w wieku, powiedzmy, po sześćdziesiątce, to nie ma. Ci starsi często się nie przyznają ani w swojej rodzinie, ani wobec znajomych, że korzystają, jeśli już korzystają”. [S10]

Postrzeganie własnej kondycji psychicznej jako wymagającej wsparcia specjalisty, jest dla osób starszych kwestią wstydliwą. W efekcie rzadko sięgają po pomoc i być może dlatego tak niewielu psychiatrów czy psychologów specjalizuje się w pracy z tą grupą odbiorców usług. Niemniej profil osoby starszej zmienia się, a wraz z nim podejście do różnych kwestii społecznych, również tych dotyczących troski o dobrostan psychofizyczny. Jedna z psycholożek podzieliła się następującym spostrzeżeniem:

„Ważna jest psychogeriatra i myślę, że to może być przyszłość. Starzejemy się i tych ludzi będzie coraz więcej. To jest całkiem prawdopodobne, że jak ta większość społeczeństwa się przesunie na takie 40–50 lat, to jeszcze nie jest psychogeriatra, ale ci ludzie ciągle będą potrzebować pomocy i to może być faktycznie inna pomoc, niż teraz jesteśmy na to nastawieni. Teraz to na pewno jest deficyt”. [S12]

Wydaje się zatem, że o ile współcześnie nieliczna grupa wykonawców zawodu psychogeriatra nie stanowi dotkliwego problemu, o tyle w niedalekiej przyszłości sytuacja ta może ulec zmianie. Wskazała na to również lekarz psychiatra, opowiadając o zapotrzebowaniu na wsparcie psychogeriatryczne:

„Wydaje mi się, że cała psychogeriatra będzie wymagała jakiegoś takiego zaopiekowania. Te wszystkie aplikacje sprawiają, że postępują procesy otępienne i będą postępowały dużo szybciej, więc myślę, że mimo iż tych psychiatrów dorosłych jest dużo więcej, no to myślę, że oni będą mieli pełne ręce roboty, no bo myślę, że ten proces starzenia mózgu też będzie postępował już w inny sposób”. [S4]

Rozmówczyni, odnosząc się do obserwowanych trendów, podkreśliła, że nowe wyzwania demograficzne i społeczne będą wymagały specjalistycznego podejścia. Pogłębiające się różnice międzypokoleniowe, zmieniające się style życia i relacje międzyludzkie nierzadko wymagają przepracowania z pomocą terapeuty. Interesujące są również spostrzeżenia lekarki dotyczące starzenia się mózgu człowieka i postępujących procesów otępiennych. Przekonują one, że geriatra psychologiczna może być w niedalekiej przyszłości dynamicznie rozwijającą się specjalizacją. Z kolei następna rozmówczyni argumentowała prawdopodobne jej zdaniem zapotrzebowanie na psychogeriatrów jeszcze w inny sposób:

„Osoby starsze są dziś bardziej świadome i chętne, uważam. Teraz osoby starsze są też bardzo ambitne. I myślę, że mają dużo zapału do rozwoju, więc myślę, że to będzie potrzebne. Ludzie starsi mają coraz większą świadomość swojej kondycji psychicznej i myślę, że coraz chętniej by korzystali z pomocy terapeuty”. [S11]

Nie mniej liczna była grupa badanych wskazująca na pilną potrzebę kształcenia specjalistów zajmujących się dziećmi i młodzieżą. Podczas wywiadu grupowego pojawiały się wskazania dotyczące konieczności rozwijania terapii rodzinnej i systemowej (między innymi w podregionach łomżyńskim czy suwalskim), których znaczenie jest niebagatelne, jeśli idzie o proces zdrowienia dzieci i młodzieży. Dokumentują to następując fragmenty wypowiedzi:

„Tak samo jest z dziećmi, że to dziecko w szkole jest problematyczne, a dziecko funkcjonuje w jakiejś rodzinie. Dobrze było, żeby byli specjaliści terapii rodzinnej, którzy by trochę temu środowisku, w którym to dziecko funkcjonuje, trochę... pokazywali, jak my możemy być wsparciem i taka praca systemowa, prawda?”. [FGI3_1]

„Tak, bardzo ważną rzecz mówisz! (...). W tych naszych standardach jest wymóg pracy takiej terapii rodzinnej, terapia pary, terapia rodzinna, tylko psychoterapeuci nie chcą pracować. Bo to jest praca dużo trudniejsza. Przynajmniej u mnie psychoterapeuci chętnie pracują, tak podzielili się, że komuś łatwiej z dzieckiem, komuś łatwiej

z nastolatkiem, a ktoś chce z osobą dorosłą, z rodziną, ale nie chcą pracować za bardzo z całym systemem. Bo to jest dużo trudniejsze. To wymaga też innych umiejętności. Myślę, że większych umiejętności i pomieszczenie tego całego systemu, że to jest dużo trudniejsze niż praca z pojedynczym pacjentem”. [FGI3_3]

Dużo na ten temat mówili również poszczególni rozmówcy w trakcie wywiadów indywidualnych. Wielokrotnie powtarzali, iż zapaść psychiatrii na terenie województwa podlaskiego jest najbardziej widoczna w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Niektórzy precyzowali swoje wypowiedzi, mówiąc wprost, iż brakuje diagnostów problemów, z którymi zmagają się dzieci i ludzie młodzi. Tak opowiadała o tym jedna z psychoterapeutek:

„Stricte specjalistów psychiatrii dla dzieci i młodzieży chyba w ogóle mamy niewielu w Białymstoku. Wydaje mi się, że więcej jest takich, którzy mają po prostu psychiatrię i między innymi też przyjmują dzieci prywatnie. Ale też spotkałam się z taką opinią ze strony rodziców tych moich dzieci, że psychiatra to zazwyczaj przepisuje leki albo ewentualnie już stawia pieczętkę pod diagnozą, którą wcześniej przeprowadził psycholog. Na pewno brakuje nam dobrych diagnostów, jeśli chodzi o dzieci i młodzież”. [S12]

Wynika z powyższego, że nie wystarczy być lekarzem psychiatrą w ogóle. Specyfika wykonywania tego zawodu w kontakcie z dzieckiem czy człowiekiem młodym ma kluczowe znaczenie dla rzetelności procesu diagnozy. W dalszej części wywiadu respondentka stwierdziła:

„Spotkałam się chyba w dużej części z tym, że albo ktoś potwierdza autyzm, albo go wyklucza. Potwierdza autyzm bądź się wyklucza. Brakuje specjalistów, którzy robią dobrą, pełną diagnozę różnicową”. [S12]

Postawienie właściwej diagnozy ma duże znaczenie dla przebiegu procesu leczenia czy zorganizowania specjalistycznej pomocy. Niektórzy rozmówcy wskazywali na deficyt psychologów szkolnych, którzy w takich sytuacjach mogliby być dla rodziców znaczącym wsparciem:

„Pierwsze trudności, jakiś właśnie brak diagnozy, niewłaściwa diagnoza, różne rzeczy, więc taki właśnie psycholog może w zerówce czy w szkole pomagałby rodzicom. Bardzo dużo rodziców na pewno szuka w takim wieku pomocy dla swoich dzieci, a mam wrażenie, że tutaj oferta jest niewystarczająca. Po prostu psycholog szkolny, ale który miałby szerszy zakres obowiązków działania, w ogóle jakaś taka instytucja właśnie nowego psychologa szkolnego, który by się zajmował tymi nowymi problemami, które w szkole się pojawiają i w tak dużych ilościach – tego na pewno brakuje”. [S2]

Okazuje się jednak, że psychologowie rzadko decydują się na podjęcie pracy w szkole. Jedna z psychoterapeutek tłumaczyła, że psycholog poszukujący pracy z pewnością znajdzie ją w szkole, bo tam zawsze jest wakat. W opinii rozmówczyni wynika to ze specyfiki pracy nie tylko z uczniem, którego problemy są liczne i niejednokrotnie bardzo złożone, ale również z rodzicem, co nierzadko jest nie lada wyzwaniem. Refleksje respondentki nie były pojedynczym przypadkiem.

Inna z badanych opowiadała o sytuacji zaistniałej w jej placówce, w której w bieżącym roku szkolnym została na pół etatu zatrudniona absolwentka psychologii. Po miesiącu zrezygnowała z pracy ze względu na niską stawkę godzinową, nieproporcjonalną do ilości obowiązków. Rozmówczyni, dopytana o to, jak wygląda skala zatrudnienia psychologów szkolnych, odpowiedziała:

„Wydaje mi się, że psycholog jest w 40–50% placówek, ale też nie jest on na cały etat zatrudniony. To są zawsze jakieś półetatowe rzeczy albo na przykład dwie trzecie etatu. Bo jest w szkole jest na przykład 500 uczniów i jeden psycholog, więc generalnie to tylko na papierze działa i wygląda. Bo zapotrzebowanie się większe niż na pół etatu. Wystarczy zerknąć na oferty pracy na Podlaskim Kuratorium Oświaty i tam po prostu tylko szukają psychologów. Jest ciągła luka w tym obszarze, jeśli chodzi o szkoły”. [S14]

Deficyt psychiatrów dzieci i młodzieży, jak też rzadka obecność psychologów czy psychoterapeutów w przestrzeni szkolnej w opinii badanych powodują, iż kompetencje diagnostyczne pedagogów do pracy z dziećmi i młodzieżą, zwłaszcza w zakresie rozpoznania na przykład spektrum autyzmu czy zaburzeń neurorozwojowych, są niewystarczające. Rozmówcy tłumaczyli, że poradnie pedagogiczno-psychologiczne przyzwyczały się do schematycznego rozpoznawania problemów czy trudności ucznia, co ma przełożenie na jego status i funkcjonowanie w szkole. Dlatego ich zdaniem tendencję wzrostową będzie wykazywać zapotrzebowanie na psychoterapeutów dziecięcych. Opowiadała o tym lekarz psychiatra:

„Ja trochę jednak wiązę dużo problemów psychicznych dzieci z pandemią. Na przykład chodzi o rozwijanie relacji rówieśniczych czy o naukę czytania, pisania, dodawania, czytania ze zrozumieniem. Myślę sobie też na przykład o dzieciach, które się urodziły w pandemii, które były oddzielone od rodziców, mamy, które rodziły bez ojców, no bo covid, i że to był bardzo trudny czas. Te takie okołoporodowe kwestie też mogą mieć wpływ na dalszy rozwój dziecka. Dzieci w ogóle miały duży problem – nie wszystkie, ale sporo – z powrotem do szkoły, te, które już były wyrwane covidowo. Terapeuci rodzinni, psychoterapeuci dzieci, młodzieży – to może być trend przyszłości”. [S4]

W tej rozbudowanej wypowiedzi respondentka zwróciła uwagę na wielowymiarowe następstwa czasu pandemii COVID-19, które w jej opinii zintensyfikują zapotrzebowanie na specjalistyczną pomoc wspierającą kondycję psychofizyczną dzieci i młodzieży.

Łączące się z tym zagadnienie to prawdopodobne zapotrzebowanie na nowe specjalizacje związane z uzależnieniami behawioralnymi. Terapeuci uzależnień to osoby, które nie tylko posiadają przygotowanie psychoterapeutyczne, ale specjalizują się w problematyce uzależnień. W taki sposób opowiadała o tym jedna z badanych:

„My w Białymstoku nie mamy tutaj terapii uzależnień, żadnego kursu, żadnej takiej szkoły i dlatego specjalistów jest tak niewielu. Jeżeli przychodzi do mnie do gabinetu pacjent uzależniony, to ja go muszę odesłać do terapeuty uzależnień, a tam ten pacjent musi długo czekać na podjęcie terapii”. [S8]

Podobnymi spostrzeżeniami podzieliła się inna rozmówczyni:

„Jest sporo psychologów, którzy zaczynają się specjalizować w kierunku uzależnień, ale takich specjalistów, którzy już gdzieś wgryźli się w temat, wcale nie jest aż tak dużo. Wydaje się, że trochę mamy taką sytuację, że uczących się jest sporo dobrych naprawdę specjalistów, natomiast trochę powstaje luka, bo trzeba poczekać, aż faktycznie taka kadra się wyszkoli”. [S13]

Mówiąc o konieczności „poczekania” na dobrą kadrę terapeutów uzależnień, rozmówczyni nawiązywała do najnowszych wytycznych, wprowadzonych wraz ze zmianą rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień¹⁵⁶. Wynika z nich, że aby zostać terapeutą uzależnień, należy ukończyć specjalistyczne szkolenie trwające 4 lata. Oprócz tego wymagane są kursy specjalizacyjne, staże kierunkowe oraz certyfikat zdanego Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (PESoz). Wcześniej szkolenia mogły być krótsze, ale ich programy musiały być zgodne z istniejącymi przepisami. Obecne regulacje określają programy szkoleniowe w sposób bardziej precyzyjny. Niemniej luka kompetencyjna i realne zapotrzebowanie rynkowe na specjalistów w dziedzinie uzależnień jest bardzo widoczne – szczególnie w odniesieniu do uzależnień od technologii cyfrowych:

„Sama się zastanawiałam, czy nie iść w tym kierunku, bo terapia właśnie zaburzeń, różnych związanych z tą sferą, szczególnie z pornografią, z uzależnieniem od pornografii, jest coraz bardziej potrzebna. Gdzieś tam zahacza to o te uzależnienia tak zwane behawioralne. Wydaje mi się, że to jest duży obszar, ale też jest duża potrzeba, na przykład jeśli chodzi o uzależnienia młodzieży albo uzależnienie od tych nowych technologii”. [S3]

Respondentka zasygnalizowała dwie ważne kwestie, ujęte pod wspólnym mianownikiem: uzależnienia. Pierwsza to pornografia stanowiąca problem o coraz szerszym zasięgu. Zagadnienie to pojawiło się również podczas innego wywiadu, kiedy to rozmówczyni wyznała:

„Pomyślałam też o mężczyznach, że to się bardzo zmienia. To zauważyłam. Kiedyś to były pojedyncze osoby, pojedynczy pacjenci. A teraz jest to już może nawet prawie jedna druga moich pacjentów. Moje obserwacje są takie, że rzeczywiście jest duża różnica generalnie w tym, jak mężczyźni w ogóle podchodzą do psychoterapii, ile wstydu przeżywają w związku z tym albo z jaką trudnością zgłaszają się po pomoc. Wydaje mi się, że tam potrzeby są ogromne, zwłaszcza w kontekście seksuologicznym czy pornograficznym”. [S2]

Wynika z powyższego, że terapeuci uzależnień i seksuolodzy to specjaliści, do gabinetów których mogą pukać mężczyźni świadomi swego problemu i gotowi, by nad nim pracować.

¹⁵⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2025 poz. 1212.

Druga kwestia to uzależnienia behawioralne, czyli uzależnienia od czynności, które nie są związane z substancjami psychoaktywnymi, ale z nadmiernym, kompulsywnym wykonywaniem pewnych zachowań. Charakteryzują się utratą kontroli nad zachowaniem, przy jednoczesnym zaniedbywaniu innych ważnych aspektów życia, co prowadzi do negatywnych konsekwencji emocjonalnych, społecznych i zdrowotnych. Przykładem może być uzależnienie od gier komputerowych czy korzystania z internetu. Specjaliści wyrażali przypuszczenie, iż w perspektywie najbliższej dekady uzależnienia ludzi młodych mogą być istotnym obszarem pracy terapeutycznej, mimo że dziś społeczeństwo, w tym rodzice, mogą nie dostrzegać realności zagrożenia. Do takiego wniosku skłania wypowiedź jednej z psychoterapeutek:

„Wydaje mi się, że są jakieś takie bardzo duże polaryzacje w społeczeństwie, że część ludzi rzeczywiście bardzo dużo już wie i interesuje się generalnie umysłem, psychiką, emocjami, ciałem z tym związanym. Na przykład myślę sobie, że rodzice, duża grupa rodziców, jakoś jest mocno zaabsorbowana zdrowiem psychicznym swoich dzieci, więc myślę, że ta grupa pewnie nadal będzie korzystać z różnych narzędzi, może ta otwartość będzie większa, na też może nowe jakieś rodzaje psychoterapii i sceptyczne podejście wobec nowych technologii, bo są uzależniające. Ale myślę, że też bardzo rośnie grupa takich osób z drugiego bieguna, które wobec psychoterapii mają jakiś sceptycyzm i nie widzą zagrożeń, które czyhają w tym świecie”. [S2]

Wypowiedź badanej można odczytać jako potwierdzenie hipotezy, że wiedza Polaków i Polek na temat różnych typów uzależnień, w tym uzależnień behawioralnych, wciąż jest niewystarczająca. Być może wynika to z braku zakrojonych na szerszą skalę działań profilaktycznych. Takiego zdania jest jedna z respondentek:

„Myślę sobie, że w kwestii profilaktyki uzależnień jest za mało, że jednak coraz młodsze osoby mają z tym problem – z tego, co ja przynajmniej obserwuję – i jest to coraz bardziej. Takie używki są coraz bardziej dostępne w coraz niższych klasach i to jest przerażające, i myślę, że to jest temat, który w najbliższych latach może się zmienić, bo jednak teraz terapia uzależnienia jest skierowana bardziej do osób pełnoletnich, a jest mało tego, jeżeli chodzi o nastolatków, więc na pewno tu będzie duże zapotrzebowanie, plus oczywiście wszystkie uzależnienia behawioralne. To jak najbardziej będzie ważny temat”. [S11]

Nowym i dynamicznie rozwijającym się obszarem kompetencyjnym który zdaniem rozmówców biorących udział w FGI może stać się poszukiwaną profesją, jest zawód terapeuty środowiskowego. Jego aktywność zawodowa dawałaby szansę na wypełnienie luki pomiędzy gabinetem a miejscem życia pacjenta. Wzrastać powinna, co sugerują specjaliści, rola grup samopomocowych i grup spotkaniowych lub grup wsparcia. Mogłyby one przeciwdziałać narastającej izolacji społecznej, poczuciu osamotnienia i wspierać osoby kończące procesy terapeutyczne. Z podobnych powodów na znaczeniu zyskiwać będzie zdaniem badanych zawód pracownika socjalnego:

„Karl Rogers kiedyś to nazywał grupami spotkaniowymi. (...) on mówił, że każdy z nas potrzebuje jakiegoś trzymającego, bezpiecznego środowiska, gdzie my będziemy mogli

w dość autentyczny sposób dzielić się tym, jak my się mamy z różnymi rzeczami. Jednocześnie żeby się okazywało, że inni ludzie też się mierzą z jakimiś trudnościami, że jest na to przestrzeń, żeby o tym rozmawiać. I samo to już jest wspierające, że ja nie jestem z tym sam. A teraz bardzo się często okazuje, że czy pary, czy indywidualnie, czy jak ja prowadziłem te grupy spotkaniowe dla mężczyzn, że wszyscy pozostają w takim przekonaniu, że tylko ja z czymś się mierzę, jak już się uda, to w jakiejś grupie powiedzieć, to się okazuje, że inni też. I że to już jest ulga sama w sobie”. [FGI3_1]

„Niby model tej psychiatrii dzieci i młodzieży zakłada, że do środowiska jedzie i psychoterapeuta, i psycholog, i właściwie każdy pracownik, no to jednak jest tak, że to ten terapeuta środowiskowy jest najczęściej i od jego wiedzy, i umiejętności, też wiele tutaj zależy w pracy z dzieckiem, z rodziną. Myśląc o leczeniu uzależnień, to pracownik socjalny, ale to też trochę taki pracownik socjalny, terapeuta środowiskowy, ktoś, kto by szedł jeszcze i pracował w środowisku, no bo pacjent, który do nas trafia, on z jakiegoś środowiska przychodzi i do środowiska wraca”. [FGI3_3]

Ze względu na tematykę opisywanego tu badania należy wspomnieć o jeszcze jednym istotnym aspekcie, który podczas wywiadów indywidualnych sygnalizowali specjaliści zdrowia psychicznego. Mowa o zapotrzebowaniu na zawody ukierunkowane na pomoc w poprawie dobrostanu psychicznego pracowników. Podczas wywiadów z psychologami, psychoterapeutami oraz psychiatrami zostało zadane pytanie o potrzeby i oczekiwania pracodawców wykazujących troskę o zdrowie psychiczne swoich pracowników.

Okazuje się, że perspektywa i doświadczenie badanych są w tym zakresie zróżnicowane. Na podstawie ich spostrzeżeń można powiedzieć, że pracodawcy sporadycznie zgłaszają potrzebę podjęcia systematycznej współpracy z psychoterapeutą, który zadbałby o kondycję pracowników danego przedsiębiorstwa czy instytucji. Tylko kilkoro rozmówców wskazywało, iż dostrzegają rosnące zainteresowanie takim wsparciem. Niektórzy wyjaśniali, że zapewnienie pracownikom dostępu do usług w obszarze zdrowia psychicznego coraz częściej jest standardem w dużych przedsiębiorstwach, które zazwyczaj działają na skalę międzynarodową, zatrudniają wielu pracowników i posiadają rozbudowaną, hierarchiczną strukturę. Nie wszyscy jednak zgadzali się z opinią, iż jest to wsparcie terapeutyczne:

„Na pewno to nie jest terapia, to są raczej takie właśnie konsultacje, nazwijmy to. I pewnie założenie jest takie, że pracownik ma jakieś problemy osobiste i korzysta. Ale poza tymi korporacjami ja nie słyszałam, żeby byli właśnie tacy zakładowi psycholodzy czy psychoterapeuci, tego w ogóle na pewno nie ma”. [S3]

Rozwiązanie, na które zwróciła uwagę badana, ma postać korzystania z pomocy specjalisty przyjmującego poza obrębem danej firmy. Ma to zapewnić pracownikom anonimowość i komfort. Specjalista zewnętrzny, niezaangażowany w codzienne życie danego przedsiębiorstwa może skuteczniej niwelować obawy pracowników o niepożądany przepływ informacji do pracodawcy. Zaufanie i poufność to podstawa szczerzej relacji. Niemniej korzystanie z zewnętrznego, regularnego wsparcia wciąż nie jest powszechne wśród pracodawców z województwa podlaskiego. Zdecydowanie

częściej poszukiwanie psychoterapeuty czy psychologa jest reakcją na trudności pojawiające się w firmie, na przykład konieczność przeprowadzenia jej reorganizacji czy rozwiązania sytuacji konfliktowych. Wówczas organizowane są szkolenia dotyczące na przykład radzenia sobie ze stresem czy wypalenia zawodowego, o czym wspomniała jedna z respondentek:

„Pojedyncze sytuacje zdarzają się. Ja sobie nie przypomnę chyba jakie to były miejsca, ale to bardzo rzadko się zdarza. Zdarzyło mi się słyszeć, że ktoś miał taki pomysł czy właśnie warsztatu na temat jakiegoś radzenia sobie ze stresem, dobrostanu czy już takiej interwencji bardziej kryzysowej, że zadziało się coś w firmie trudnego i wtedy jest taka myśl wykupienia na przykład iluś tam godzin w celu wsparcia tych osób, które zechcą skorzystać z kilku sesji, to tak. Ale rzadko się to zdarza”. [S2]

Można zatem powiedzieć, że brakuje profilaktyki systemowej, czyli psychoterapeuty czy coacha zatrudnionego w konkretnym zakładzie pracy, znającego jego kulturę organizacyjną i styl zarządzania. Do jego kompetencji należałyby działania mające na celu troskę o relacje międzyludzkie pracowników, co stanowi jeden z kluczowych czynników wpływających na zdrowie psychiczne osób zatrudnionych. Przeprowadzone wywiady pozwoliły na postawienie hipotezy, że podejście profilaktyczne wobec dobrostanu psychicznego pracowników jest wśród pracodawców rzadko spotykane. Interesującą wydaje się również konstatacja, że na ów problem warto spojrzeć szerzej, a finansowanie wsparcia dobrostanu psychicznego pracowników mogłoby być częścią systemu ochrony zdrowia, a nie obciążeniem pracodawców.

Rozmawiając o wyzwaniach przyszłości, poruszyliśmy podczas wywiadów grupowych i indywidualnych także zagadnienie nowych technologii i cyfryzacji. Analiza zgromadzonych treści prowadzi do wniosku, że rozmówcy przejawiali ambiwalentne postawy wobec ewentualnego rozwojowego potencjału telemedycyny, teleterapii czy wykorzystania sztucznej inteligencji w pracy psychoterapeutycznej.

Podczas wywiadu grupowego rozmówcy przewidywali konieczność stopniowej adaptacji psychologów, terapeutów czy psychiatrów do nowych technologii i realizacji usług specjalistycznych online. Dziś takie rozwiązania są już stosowane, niemniej wątpliwości badanych budziła ewentualność pracy w ten sposób na przykład z pacjentami borykającymi się z uzależnieniami behawioralnymi. Również podczas wywiadów indywidualnych badani przedstawiali dostrzegane zalety i wady terapii prowadzonych w trybie online.

Niektórzy powoływali się na wyniki badań potwierdzających dopuszczalność i skuteczność takiego rozwiązania, implementowanego w konkretnych rodzajach terapii, na przykład prowadzonych w nurcie poznawczo-behawioralnym. Wskazywano również, że spotkania z terapeutą prowadzone z wykorzystaniem nowych mediów są sposobem na przeciwdziałanie wykluczeniu osób, które miałyby trudność w dotarciu do gabinetu. Zwracała na to uwagę jedna z respondentek:

„Na początku nie byłam przekonana. A w tej chwili pracuję z dwoma osobami w taki sposób od początku terapii, co było taką nowością. Ale uważam, że jest to opcja dla osób, które mieszkają w mniejszych ośrodkach czy na wsiach. Dla nich dojazd do ośrodka jest praktycznie niemożliwy. I co jest ważne, to problem, z którym pacjent przychodzi. Pewnie nie podjęłabym się takiej pracy z osobą w jakimś kryzysie. Jest bardzo dużo wykluczeń. Ale w wielu innych przypadkach jest to całkiem możliwe. Myślę, że zapewnia jakąś formę kontaktu”. [S3]

Wynika z powyższego, że decyzja o prowadzeniu terapii online wymaga rozważenia wielu uwarunkowań, w tym – kondycji psychicznej pacjenta. W ostatecznym rozrachunku może być dobrym sposobem na rozwiązanie problemu dostępności geograficznej.

Inni rozmówcy mówili z kolei o preferencji spotkań bezpośrednich, a w szczególnych, sporadycznych przypadkach dopuszczali rozwiązania hybrydowe. Przedstawicielką takiego podejścia jest jedna z narratorek zdaniem której jakość terapii online zależy od zaangażowania pacjenta. Stąd też według niej nie sprawdzi się z dziećmi i młodzieżą:

„Ja jestem zwolenniczką jednak kontaktów twarzą w twarz. Z drugiej strony tak sobie myślę, że czasami jeżeli to jest jedyne rozwiązanie, no to uważam za wartościowe podejście, które ma jakieś tam pojedyncze spotkania online. Ja preferuję spotkania twarzą w twarz, ale myślę, że te online też są rozwiązaniem okej. Powiedziałabym, że to wszystko zależy od osoby. Jeżeli ktoś jest chętny i zainteresowany i chce uczestniczyć, no to rozumiem, że będzie uczestniczył we wszystkim. A jeżeli ktoś jest niechętny i będzie robić coś na odczepnego, no to uczestniczyć nie będzie. Z dziećmi i młodzieżą moim zdaniem to się nie sprawdzi”. [S4]

Z kolei podczas innej rozmowy psychoterapeutka opowiedziała o tym, w jaki sposób prowadzenie terapii online może negatywnie oddziaływać na specjalistę odpowiedzialnego za proces terapeutyczny pacjenta:

„Ja jestem wielką przeciwniczką. Uważam, że temat zdrowia psychicznego to jest tak delikatna strefa, tak indywidualna, taka intymna, że jak słyszę, że ktoś tam był w terapii online przez rok, półtora, to ja się jakoś wzdygam. Być może to jakieś takie moje, nieprywatne są uprzedzenia, ale ja jestem absolutnie na nie. Nawet jak ja jestem w procesie terapeutycznym z pacjentem i na przykład on ma jakiś wyjazd wakacyjny i nie ma go dwa tygodnie i się decydujemy na to, żeby się spotykać online, no to ja i tak mam z tym trudność. Bo dla mnie kontakt indywidualny w gabinecie, na żywo jest absolutnie niepowtarzalny. Uważam, że w takim kontakcie online może wiele rzeczy umknąć. Można wielu rzeczy nie zauważyć. Ja jestem przeciwniczką. Może jakoś te wsparcie psychiatryczne, bo tutaj mamy pacjenta, mamy objaw i reagujemy na ten objaw, dajemy jakieś leki na objaw, no to może jest około. Ale terapia online absolutnie nie”. [S8]

Wydaje się zatem, że telemedycyna i kontakty online są trwałym elementem praktyki gabinetowej, będącej pozostałością po doświadczeniach pandemicznych. Niemniej postawy rozmówców wobec tego zagadnienia do jednoznacznych nie należą.

Badani wypowiadali się również na temat sztucznej inteligencji czy aplikacji mobilnych wykorzystywanych w obszarze zdrowia psychicznego. I podobnie jak wobec terapii online również na temat tego zagadnienia opinie rozmówców były podzielone.

Jedna z respondentek wyjaśniała, że sztuczna inteligencja jest instrumentem wymagającym oswojenia. Nie każdy potrafi biegle wykorzystywać nowe technologie, niektórzy świadomie wzbraniają się przed nimi, choć są one coraz częstszym elementem naszej codzienności. Przykładowo powszechne są aplikacje do monitorowania objawów czy nastroju pacjenta. Inna z badanych wspomniała, że AI jest w stanie podpowiedzieć techniki oddechowe czy ćwiczenia relaksacyjne, które mogą pomóc pacjentowi w sytuacji stresowej. Z kolei podczas kolejnego z wywiadów rozmówczyni podzieliła się pomysłem na usprawnienie codziennej, administracyjnej pracy psychiatry. Precyzyjnie wyjaśniła, gdzie dostrzega możliwość wykorzystania AI:

„Ja sobie wyobrażam, że na przykład to, co mi by pomogło, to aplikacja czy program, który za mnie pisałby jakieś wnioski do sądu albo wypełniał niebieskie karty. To jest coś, co ja chętnie bym komuś oddała. Coś, co mogłoby nas wspierać na przykład na oddziale w tym zakresie, to byłoby super. Bo to są dodatkowe godziny, które ja spędzam w poradni, które nie są przez nikogo finansowane, w których ja po prostu piszę papiery i jakieś tam inne rzeczy, więc to było super”. [S4]

Wydaje się, że implementacja opisanego przez kobietę pomysłu ułatwiłaby pracę wielu specjalistów. Jeśli zaś chodzi o pracę typowo terapeutyczną, rozmówcy sceptycznie postrzegają wykorzystywanie w niej sztucznej inteligencji. Choć korzystanie z narzędzi AI dla wielu wciąż jest zagadką, rozmówcy dostrzegają rosnące zainteresowanie pacjentów tą formą wsparcia. Jedna z respondentek podzieliła się interesującymi wynikami własnych obserwacji:

„Obserwuję, że już dużo pacjentów się wspiera, nawet takich, którzy są w terapii, wspiera się tą sztuczną inteligencją. I to chyba w zależności od osobowości. Osoby takie bardziej zależne rzeczywiście taki autorytet chyba lokują w tych technologiach i to może mieć swoją taką też stronę bardziej negatywną”. [S2]

Badana nie sprecyzowała, jakie negatywne konsekwencje ma na myśli. Wydaje się, że kontynuacją jej wypowiedzi mógłby być cytat z rozmowy z inną z psychoterapeutek:

„Moi pacjenci mówią, że o coś tam czata GPT pytają. Niektórzy rozmawiają na te problemy psychiczne. Tylko że czasami może to prowadzić w niekorzystnym kierunku. To jednak nie jest człowiek, nikt tego nie nadzoruje i nie wiadomo, jak to się skończy. Ja nie zachęcam, ale też sama nie próbowałam. Wydaje mi się, że to, czego ludzie szukają w psychoterapii, to jednak jest kontakt z drugim człowiekiem”. [S3]

Temat sztucznej inteligencji jest obecnie przedmiotem pogłębionych badań prowadzonych przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych. Obserwacje badanych kobiet skłaniają do wniosku, że dokładnie należy przyjrzeć się profilowi psychologicznemu osób, które decydują się na korzystanie ze wsparcia AI oraz stojącym

za tym motywacjom. Dodatkowo niezbędna jest psychoedukacja, by użytkownicy sztucznej inteligencji potrafili mądrze korzystać ze nowinek technologicznych.

Opowiadając o zastosowaniu sztucznej inteligencji w pracy terapeutycznej, specjaliści zajmujący się zdrowiem psychicznym człowieka wskazywali również na pojawiające się w nich obawy o potencjalne zastąpienie terapeutów przez AI. Oznaczałoby to dla badanych gorszą sytuację zawodową. Rozmówcy nie wierzą jednak w powodzenie takiego scenariusza z prostego powodu – autentyczna relacja międzyludzka w procesie terapeutycznym jest nie do zastąpienia. Nawet najbardziej sprawna i innowacyjna technologia nie zastąpi fundamentalnej potrzeby, jaką jest kontakt z drugim człowiekiem. Tak opowiadała o tym jedna z respondentek:

„Na początku dużo się mówiło, że AI zabierze pracę terapeutom na jakimś etapie. Wielu osobom, nie tylko terapeutom, ale nawet terapeutom. Potem się okazało, że AI nie jest tutaj takie wspaniałe, jak się wydawało. Właśnie zależy, z której strony się spojry. Nie boję się, że terapeuci będą zastąpieni, bo ciągle są ludzie, którzy potrzebują kontaktu z drugim człowiekiem, i to jest najważniejsza potrzeba”. [S3]

Podobnymi przemyśleniami podzieliła się inna psychoterapeutka:

„Ja też miałam taki lęk odnośnie tego, czy w ogóle psychoterapia będzie potrzebna. Ale jednak wydaje mi się, że sztuczna inteligencja nie umożliwi tego, co jest moim zdaniem w psychoterapii takim bardzo ważnym elementem, czyli że sztuczna inteligencja nie da pacjentowi takiego pola do tego, żeby się poczuł naprawdę sobą. Wydaje mi się, że to jednak jest coś takiego, co jest możliwe tylko z drugą osobą, która da tę przestrzeń i wsparcie”. [S2]

Na podstawie informacji, którymi podzielili się uczestnicy wywiadów, można powiedzieć, że w ich opinii technologie cyfrowe, takie jak AI i telemedycyna, mogą częściowo odciążyć psychologów, ale nie zastąpią relacji terapeutycznej. AI może służyć jako wsparcie i odciążenie, szczególnie w kontaktach interwencyjnych, ale nie zastąpi pełnej terapii. Relacja terapeutyczna wymaga interpretacji mimiki i emocji, czego AI nie jest w stanie zapewnić. Zdaniem badanych zmiany technologiczne, cyfryzacja codziennego życia oraz doświadczenia wynikające z pandemii wytworzyły nową normalność psychospołeczną, w której problemy lękowe, kryzysy tożsamościowe i trudności adaptacyjne będą coraz powszechniejsze. Niektórzy będą próbowali mierzyć się z nimi, wykorzystując do tego nowe technologie. Ryzykownym elementem takich praktyk jest w opinii badanych narażenie na doświadczenie izolacji społecznej czy uzależnień behawioralnych.

7.2.4. Ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia i innych rozwiązań systemowych dla rozwoju kompetencji istotnych w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim

Ważnym tematem poruszonym w końcowej części wywiadów ze specjalistami z obszaru zdrowia psychicznego była ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia i innych rozwiązań systemowych obecnych w codziennej pracy badanych.

Odpowiedzi rozmówców pozwoliły na wypracowanie długiej listy deficytów, co skłania do refleksji, że być może zbyt rzadko zawód psychoterapeuty postrzegany jest jako zawód obciążony wysokim ryzykiem. I nie chodzi tu o postawienie na równi psychoterapeutów i służb mundurowych czy ratunkowych. Niemniej zawody pomocowe są narażone na ryzyko szybkiego wypalenia zawodowego. W związku z tym przedmiotem szczególnej troski władz lokalnych czy krajowych powinno być podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępu do brakujących rozwiązań oraz zaspokojenie zgłaszanych przez specjalistów potrzeb. Powinno się to przyczynić do obniżenia ryzyka wystąpienia problemu wypalenia zawodowego, jak też podniesienia jakości ich pracy.

Zaproszeni do wywiadu grupowego specjaliści zdrowia psychicznego zgodnie uznawali istniejące programy wsparcia i rozwiązania systemowe za niewystarczające. Wskazywano na dojmujący brak systemowej opieki środowiskowej umożliwiającej szybsze diagnozowanie, a przede wszystkim na profilaktykę zdrowia psychicznego. Ponownie postulowano potrzebę rozwijania grup samopomocowych.

Podnoszono też kwestię wysokich kosztów szkoleń terapeutycznych, które są dla części specjalistów nieosiągalne. Pracujący w podregionach specjaliści relatywnie często z nich rezygnują przy jednoczesnej świadomości konieczności ich odbywania. Jak zaznaczano, brak dofinansowań ze strony państwa czy samorządu na tego rodzaju kursy i szkolenia znacząco utrudnia podnoszenie kwalifikacji. Podobnie rzecz wygląda ze sposobem organizowania czy finansowania superwizji, na co z kolei zwrócili uwagę badani udzielający indywidualnych wywiadów.

Wcześniej była mowa o tym, że dla psychoterapeutów, psychologów czy psychiatrów, superwizja jest niezbędnym narzędziem służącym profesjonalizacji ich codziennej pracy. Niemniej wysokie koszty spotkań superwizyjnych stanowią zasadnicze utrudnienie w korzystaniu z tej formy pomocy. Mówiła o tym jedna z psychoterapeutek:

„Superwizja, czyli jakieś takie dofinansowanie, czy jakiś grup wsparcia dla osób pracujących właśnie w taki pomocowy sposób to byłoby fajne. Bo ważne jest żeby jednak wspierać tych pracowników, żeby oni po prostu mogli wykonywać swój zawód troszkę łatwiej. Takie słowo, które najbardziej mi przychodzi na myśl, najbardziej ogólne, ale tak, żeby ułatwiać po prostu tą pracę, żeby ci specjaliści dłużej mogli pracować w tych zawodach i być naprawdę pomocni, a nie na ostatek gdzieś tam swoich sił. Na oparach. Tak, na oparach, więc wydaje mi się, że to było najbardziej gdzieś tam takie najbardziej efektywne”. [S11]

Podczas kolejnej z rozmów poruszono wątek superwizji zespołu, dzięki której osoby go tworzące zyskałyby świadomość, w jakim miejscu się znajdują, co wymaga monitorowania, co można zrobić, by zespół funkcjonował lepiej. Badana dodała:

„Mówię o monitorowaniu swojej sytuacji takiej psychicznej czy psychologicznej, czy emocjonalnej i takiej, i grupowej, i indywidualnej. Czas na refleksję nie jest stratą czasu – to kluczowy etap podejmowania mądrych decyzji”. [S1]

Dzieląc się refleksjami dotyczącymi konieczności systemowego wsparcia specjalistów, jedna z respondentek zwróciła uwagę na brak interdyscyplinarnego zespołu, do którego mogłaby zwrócić się z prośbą o konsultację trudnego przypadku. Mówiła o pożądanym dostępie do prawnika czy pracownika socjalnego, o tym, jak w przypadku jej profesji mentoring i nadzór specjalistyczny doświadczonego lekarza znacznie usprawniałyby codzienne aktywności zawodowe:

„Mi brakuje prawnika, kogoś, kto by mnie w takich sytuacjach na przykład interwencji mógł skonsultować i powiedzieć, jak napisać dane pismo. Na przykład na specjalizacji w oddziale dziennym, w którym teraz pracuję czy w innej poradni, w której jestem, nie mam takiej możliwości, więc jakbym na przykład miała takiego prawnika, do którego mogłabym..., albo pracownika socjalnego, z którym mogłabym się skonsultować, no to było dla mnie coś bardzo wartościowego. A oprócz tego taki mentor i nadzór specjalistyczny, żeby mieć po prostu lekarza, który jest ode mnie bardziej doświadczony, któremu ufam i który może mnie wesprzeć w różnych sytuacjach, to jest coś, co jest dla mnie bardzo ważne”. [S4]

Rozmówczyni zwróciła uwagę na niedoskonały w obecnej postaci system wsparcia czy monitorowania pracy specjalistów przez osoby, którym podlegają. Relacja mentorska, o której wspomniała, to relacja partnerska, oparta na zaufaniu, w której bardziej doświadczona osoba (mentor) wspiera rozwój osoby mniej doświadczonej (*mentee*). Celem jest pomoc w rozwoju zawodowym i osobistym poprzez dzielenie się wiedzą, radami i wsparciem w osiąganiu celów. Implantacja tej formy systemowego wsparcia pracy specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego z pewnością podniosłaby jakość świadczonej przez nich pomocy. I nie tylko w środowisku psychologów, psychiatrów czy psychoterapeutów takie rozwiązania warto wprowadzić. Podczas kolejnego wywiadu rozmówczyni stwierdziła, że monitorowanie dobrostanu pracowników, zapewnienie im mentorskiego wsparcia stanowi w jej opinii odpowiedzialność każdego pracodawcy:

„Obowiązkiem pracodawcy jest monitorowanie stanu swoich pracowników nie tylko pod względem, czy przychodzi do pracy, czy się nie upija, bo to pracodawcy już monitorują. Ale moim zdaniem pracodawcy ponoszą odpowiedzialność za swoich pracowników i obszar zdrowia psychicznego też jest w ich gestii. Jeśli przez lata zostaliśmy wykształceni jako społeczeństwo, że zwraca się uwagę na to, czy pracownik jest szczęśliwy lub nie, to tak samo uważnie pracodawca powinien zwracać uwagę na to, czy jego pracownik na przykład jest w kontakcie albo czy nie dzieje się z nim ostatnio coś takiego, co jakoś wygląda niepokojąco, jak radzi sobie z obowiązkami zawodowymi, czy może potrzebuje pomocnego mentora? To pracodawcy mogą zrobić, naprawdę mogą dobrą robotę robić”. [S5]

Inwestycja w dobrostan pracowników przekłada się na lepszą wydajność pracy, a uważne obserwowanie zmian w zachowaniu pracowników może przynieść wiele korzyści zarówno pracownikowi, jak i pracodawcy.

Inne ważne rozwiązanie systemowe, którego brakuje w codziennej pracy specjalistów, to skupienie na długoterminowych praktykach zamiast na jednorazowych

działaniach. Dotyczy to przede wszystkim finansowania spotkań terapeutycznych przez NFZ. Badani wskazywali, iż problemem jest niestabilne finansowanie ochrony zdrowia psychicznego, uzależnione od „politycznego garnituru partii tworzących parlament”. Podkreślali również, że praktykowany model rozliczania się z NFZ na podstawie liczby przyjętych pacjentów nie jest właściwy w tak specyficznym obszarze jak psychiatria czy psychoterapia, gdzie potrzeby pacjentów są bardzo zróżnicowane. Rozmówcy sygnalizowali też konieczność wprowadzenia systemowych, długofalowych rozwiązań, adresowanych do psychoterapeutów korzystających z grup wsparcia. Zdaniem rozmówców minimum roczne grupy superwizyjne przynoszą psychoterapeucie zdecydowanie więcej korzyści niż pojedyncze szkolenia kompetencyjne:

„W takiej grupie jestem już któryś rok, to ja się czuję na tyle bezpiecznie i z tą osobą prowadzącą, i z tymi osobami, które uczestniczą w tym seminarium, że ja mogę tam przynieść najgorszą sesję, coś, czego się wstydzę nawet. I tam jest na tyle bezpieczna atmosfera, też zainicjowana przez osobę prowadzącą, że tam są takie normy w tej grupie, które pozwalają po prostu nie zostawać z tym samemu, tylko po prostu dzielić się, szukać wsparcia, że mam takie poczucie, że ja nie zostanę jakoś oceniona, a że po prostu te osoby dołączają swoje myślenie po to, żeby jakoś ubogacić moje i żeby mi pomóc na przykład zrozumieć, co się wydarzyło. Ja myślę sobie, że te grupy są też tak zwyczajnie bezpieczne”. [S1]

Kolejnym ważnym obszarem wymagającym podjęcia stosownych działań jest rozwój psychiatrii środowiskowej, co mogłoby przyjmować postać klubów pacjenta i grup samopomocowych dla osób z różnymi problemami psychicznymi. Badani wielokrotnie wskazywali, że terapia zajęciowa rozwija kompetencje społeczne – szczególnie u osób zmagających się z zaburzeniami lękowymi czy też u osób ze spektrum autyzmu. Idealnym do tego miejscem mogą być środowiskowe miejsca spotkań z opieką psychologiczną, ale mniej formalną, niż dzieje się to podczas terapii grupowej. O wizji i zaletach organizowania grup samopomocowych w środowisku mówiła jedna z psychoterapeutek:

„Nawet jak ktoś gdzieś korzysta z tej terapii indywidualnej, to moim zdaniem może też uczestniczyć w grupie samopomocowej. (...) Bo przecież nie mogę rozwijać kompetencji społecznych w kontakcie tylko ze sobą. Tu są potrzebni rówieśnicy. Może to być taka terapia zajęciowa, to naprawdę nie musi być już grupowa psychoterapia, ale miejsce spotkań też z założeniami, że to jest dla osób właśnie czy to w spektrum autyzmu, czy z jakimś określonym problemem, czy jakieś stany lękowe, czy ogólnie takie, którym brakuje kontaktów. I tu właśnie ten aspekt taki emocjonalny, psychologiczny byłby zaopiekowany. Najlepiej, jakby to nie były projekty, które trwały rok i się kończą. Przez rok mieliśmy wsparcie, a potem radź sobie sam”. [S5]

Podczas innego wywiadu rozmówczyni wspomniała o terapeutach środowiskowych, którzy pracują na przykład przy centrum zdrowia psychicznego. Zaletą tej formy wsparcia jest praca w środowisku pacjenta, czyli nie tylko z dzieckiem czy nastolatkiem, ale również z jego rodziną. Niemniej w opinii rozmówców jest to grupa specjalistów wciąż zbyt mało liczna i słabo znana, co już sygnalizowaliśmy powyżej. Badani

wskazywali na niechęć rodziców do korzystania w tej formy pomocy, co między innymi wynika z niedostatecznej wiedzy na temat jej specyfiki i zalet.

W związku z tym kolejnymi obszarami wymagającym systemowego wsparcia są profilaktyka i działania edukacyjne, które w opinii badanych śmiało mogą być powierzone organizacjom pozarządowym. Ich profesjonalizm i doświadczenie w tym zakresie mogą skutecznie zwiększyć świadomość mieszkańców województwa i tym samym mieć przełożenie na codzienną praktykę specjalistów z obszaru zdrowia psychicznego. Jedna z respondentek stwierdziła:

„Wydaje mi się, że ważne jest wspieranie trzeciego sektora w działaniach na rzecz profilaktyki. Wydaje mi się, że sporo jest robione w obszarze profilaktyki czy zwiększania świadomości, że już sporo takich kampanii było w Białymstoku. Ale to, co z mojej perspektywy jest najbardziej potrzebne, to więcej takich form wsparcia, działań informacyjnych, żeby ludzie wiedzieli, że ta pomoc jest gdzieś na miejscu, gdzieś blisko nich”. [S4]

We wcześniejszych częściach opracowania była już mowa o długim czasie oczekiwania na psychoterapię indywidualną czy też wizytę u psychiatry. By poprawić dostęp do specjalistów, w opinii badanych niezbędne jest wypracowanie nowego podejścia do świadczeń kontraktowanych z NFZ, które będzie uwzględniało wyższe stawki godzinowe psychiatry czy psychoterapeuty. Niewykluczone, że aktywności tego typu wstrzymałby odpływ specjalistów do większych miast, w których możliwości zarobkowe są zdecydowanie wyższe niż w województwie podlaskim.

Podobnie rzecz wygląda z finansowaniem stanowiska psychologa szkolnego. Podniesienie stawek godzinowych oraz dodatkowe etaty w szkołach poprawiłyby dostępność i jakość wsparcia dla uczniów z problemami psychicznymi. Badani podzieli się również pomysłem wdrożenia mobilnych punktów diagnostycznych na wzór mammobusów, dzięki którym możliwe byłoby wczesne wykrywanie problemów. Tak opowiadała o tym jedna z rozmówczyń:

„Tak jak jeździ mammograf, to czemu nie miałoby być takiego autobusu, który jeździ po regionie na przykład, i ktoś, kto ma jakiś niepokój pod tytułem »nie wiem, co się ze mną dzieje«, mógłby do takiego autobusu przyjść i pogadać z psychoterapeutą, psychologiem, psychiatrą. Czyli dostać takiej pierwszej pomocy, nie? Skoro możemy sprawdzać raka, czemu nie sprawdzamy, czy ktoś nie cierpi na silną depresję?”. [S5]

Przedstawione treści świadczą, że system wsparcia zdrowia psychicznego w województwie podlaskim jest przez badanych oceniany jako niewystarczający, fragmentaryczny i spóźniony wobec realnych potrzeb. Dominująca logika działania ma charakter reaktywny – wsparcie uruchamiane jest zbyt późno, często dopiero na etapie zaawansowanego kryzysu. Badani podkreślają, że ograniczenia NFZ (limity wizyt, niskie stawki, długie kolejki) znacząco obniżają skuteczność interwencji i powodują systemowe wypychanie pacjentów do sektora prywatnego. Słabą stroną dostępnych programów wsparcia jest w opinii badanych brak ciągłości finansowej.

W efekcie system nie redukuje problemów, lecz jedynie reaguje na ich najbardziej zaawansowane formy.

7.2.5. Podsumowanie

Wywiad fokusowy z udziałem specjalistów zdrowia psychicznego oraz indywidualne rozmowy z nimi prowadzone prowadzą do przekonania, że o ile kryzys kadrowy przejawiający się dotkliwym brakiem psychiatrów (zwłaszcza dziecięcych) i niedoborem doświadczonych psychologów klinicznych i psychoterapeutów dotyczy całego województwa, o tyle znacznie dotkliwiej odczuwają go mieszkańcy mniejszych miast i wsi w podregionach. Na tych terenach wciąż względnie trwałe są również bariery świadomościowe związane z korzystaniem z pomocy i wsparcia.

Dostęp do specjalistów, oprócz ich małej liczby, utrudnia także wyraźnie dostrzegana przez badanych stygmatyzacja społeczna, brak anonimowości, wykluczenie komunikacyjne. Kluczową barierą pozostaje również kapitał ekonomiczny pacjentów, szczególnie jeśli idzie o wizyty lekarskie, terapie oraz konsultacje psychologiczne realizowane poza miejscem zamieszkania.

Opinie i przemyślenia prezentowane przez specjalistów uznać należy za alarmujące, kiedy mowa o systemie publicznej ochrony zdrowia. Badani wskazują na masowy odpływ doświadczonych kadr do sektora prywatnego. Niekonkurencyjne stawki, brak higieny pracy, nadmierna biurokracja czy zła jakość infrastruktury to czynniki, które sukcesywnie „wypychają” doświadczonych terapeutów i lekarzy psychiatrów z publicznej ochrony zdrowia, pogłębiając tym samym problemy z ich dostępem.

W obszarze kompetencji zawodowych badani podkreślają rolę gruntownego przygotowania do pracy, a triadę: ukończone szkolenie – supervizja – własna terapia uznają za etyczny fundament swojego zawodu. Jednocześnie identyfikują istotne luki systemowe: przede wszystkim brak odpowiednich regulacji prawnych dotyczących zawodu psychologa i terapeuty czy niedostateczne przygotowanie do zawodu studentów psychologii.

Prognozy rozwoju rynku usług w zakresie zdrowia psychicznego przedstawiane przez badanych specjalistów koncentrują się wokół przewidywanego wzrostu znaczenia specjalizacji (psychogeriatra, psychoonkologia) i pojawienia się nowych ról zawodowych, takich jak terapeuta środowiskowy. Postuluje się także wzmacnianie znaczenia grup samopomocowych jako narzędzia przeciwdziałania izolacji społecznej.

7.3. Urzędnicy i przedstawiciele uczelni oraz innych instytucji edukacyjnych kształcących w zakresie wsparcia zdrowia psychicznego

Ostatnie z badań fokusowych przeprowadzono z udziałem przedstawicieli uczelni wyższych i policealnych szkół medycznych oraz urzędów pracy w województwie podlaskim. Równolegle prowadzonym badaniem były wywiady indywidualne, do których

zaprośmy zarówno przedstawicieli uniwersytetów funkcjonujących na terenie województwa podlaskiego, jak też studentów. Zgromadzone informacje pozwalają wysunąć wniosek o zasadniczo podobnym obrazie badanych zjawisk – opinie osób zaproszonych do wywiadów w wielu kwestiach pokrywają się ze stanowiskami prezentowanymi przez specjalistów zdrowia psychicznego czy przedsiębiorców.

7.3.1. Ocena sytuacji na rynku pracy w sektorze zdrowia psychicznego oraz dostępności i uwarunkowań zasobów pracy w tym sektorze w województwie podlaskim

Badani urzędnicy i przedstawiciele uczelni oraz szkół policealnych pytani o sytuację na rynku pracy i dostępność wsparcia psychologicznego – podobnie jak pozostałe grupy badanych – akcentowali niedobór kadr medycznych i terapeutycznych mimo rosnącego zapotrzebowania na pomoc i wsparcie dobrostanu psychicznego. Braki kadrowe, jak przekonywali nasi interlokutorzy, dotyczą przede wszystkim psychiatrów, psychologów z doświadczeniem klinicznym i psychoterapeutów, przy czym publiczny system ochrony zdrowia oceniano jako niewydolny (przede wszystkim ze względu na słabą dostępność i długie kolejki). Podczas wywiadu fokusowego usłyszeliśmy:

„Pierwsze słowo, jakie mi przychodzi na to, jest dostępność. Przede wszystkim, żeby była dostępna pomoc psychologiczna, psychiatryczna, dostępność, bo ona jest [głównie w sektorze prywatnym – aut.], ale ona nie jest dostępna. Są ogromne kolejki, czasem w ogóle tak 2–3 lata oczekiwania, to już nie jest dostępne, to jest niedostępne”. [FGI2_3]

Uwarunkowania pracy w sektorze publicznym są według badanych silnie determinowane przez bariery finansowe. Rozmówcy podkreślali, że praca w obszarze zdrowia psychicznego jest obciążająca także dla samych lekarzy, psychologów czy terapeutów. Niestety w placówkach publicznych często brakuje środków na finansowanie systematycznej superwizji, a to może przekładać się na jakość świadczonej pomocy. (Pisaliśmy o tym, omawiając treści usłyszane podczas indywidualnych wywiadów ze specjalistami zdrowia psychicznego). Obok niskich wynagrodzeń, dużego obciążenia obowiązkami czy złych warunków infrastrukturalnych kwestie finansowe to główne czynniki, z powodu których młodzi adepci zawodów związanych ze zdrowiem psychicznym niemal od razu wiążą swoją praktykę z sektorem prywatnym.

Jest jeszcze jeden aspekt związany z dostępnością i uwarunkowaniami zasobów pracy w sektorze zdrowia psychicznego. To możliwość kształcenia na uczelni publicznej (o czym usłyszeliśmy podczas wywiadu indywidualnego). Do lipca 2025 roku w województwie podlaskim żadna z publicznych uczelni wyższych nie oferowała studiów na kierunku psychologia. Sytuacja uległa poprawie i od roku akademickiego 2025/2026 można studiować psychologię na jednej z białostockich uczelni. Choć jest to rozwiązanie bardzo wyczekiwane, nie stanowi satysfakcjonującej odpowiedzi na obserwowane zapotrzebowanie. Dokumentują to następujące spostrzeżenia, którymi podzieliła się jedna z rozmówczyń:

„Takim ważnym elementem tego, że psychologia powstała, była nasza świadomość, jakie jest zapotrzebowanie wśród młodych ludzi. Nasz region nie miał psychologii realizowanej w uczelni publicznej, która ma już ugruntowaną rolę w regionie, więc chcieliśmy, żeby taka oferta powstała, znając też problemy ze zdrowiem psychicznym dzieci, młodzieży, osób dorosłych. Chcieliśmy dać odpowiedź na to zapotrzebowanie. I rzeczywiście tegoroczna rekrutacja potwierdziła to, ponieważ na 50 miejsc, które zagwarantowaliśmy studentom, zgłosiło się ponad 800 zainteresowanych młodych ludzi tymi studiami, więc rzeczywiście jest to potwierdzenie tego, jak bardzo ten kierunek jest potrzebny”. [U1]

Z wypowiedzi wynika, że możliwość odbycia bezpłatnych studiów na kierunku psychologia było planem ponad 800 aplikantów. Ziścił się on w przypadku 50 osób. Te liczby doskonale ilustrują, iż na terenie województwa podlaskiego jest jeszcze dużo do zrobienia nie tylko w zakresie poprawy dostępności do specjalistów z zakresu zdrowia psychicznego w ramach publicznej opieki zdrowotnej, ale również dostępności bezpłatnych studiów na kierunku psychologia.

7.3.2. Identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego oraz prognozowane trendy w tym obszarze w województwie podlaskim

Zrealizowane badanie fokusowe (podobnie jak wywiad z przedsiębiorcami, trenerami i przedstawicielami organizacji) ujawniło zapotrzebowanie na nowe umiejętności w ramach zawodów pozornie niezwiązanych ze wsparciem zdrowia psychicznego. Mowa tu o doradcach zawodowych czy szeroko pojętej kadrze menedżerskiej. Podstawowa wiedza na przykład z zakresu neuroróżnorodności (między innymi ADHD, spektrum autyzmu), przeciwdziałania wypaleniowi zawodowemu czy zarządzania relacjami w zespole pozwoliłaby na realizowanie działań profilaktycznych związanych z kryzysami psychicznymi w miejscu pracy. Kwestie te akcentowali badani w taki oto sposób:

„Słuchacz, który do nas dociera, może być na przykład ze spektrum autyzmu. I nie jesteśmy do tego też tak przygotowani, jak nauczyć w danym zawodzie takiego właśnie potencjalnego później pracownika, żeby był odporny na wiele sytuacji związanych z wykonywaniem danego zawodu”. [FGI2_1]

„Na przykład zwraca się do mnie młody człowiek, który zostaje po zajęciach, i mówi jakieś ma przeciwwskazania, że ma właśnie spektrum autyzmu czy tam jakieś inne, i on nie wie, czy to będzie stało na jego drodze realizacji jego planów zawodowych. Czyli tutaj bym upatrywała też jakby problemu w systemie, że młodzież, to jest głębszy problem, że młodzież generalnie rzecz biorąc ma ograniczoną wiedzę dotyczącą zawodów, wybranych kierunków studiów i świadomości co do wyboru takiego czy innego”. [FGI2_6]

Podczas jednego z wywiadów indywidualnych rozmówczyni tłumaczyła, jak ważne jest holistyczne przygotowanie absolwentów kierunków humanistycznych, społecznych i innych do pracy z ludźmi:

„Jak popatrzymy na specyfikę różnych instytucji, to wszędzie są potrzebni ludzie, którzy mają kompetencje właśnie o takim charakterze holistycznym. Nie tylko mam wiedzę z czegoś, ale rozumiem człowieka, rozumiem złożoność jego doświadczeń, rozumiem złożoność tego jego życia psychicznego, kruchości tego życia psychicznego”. [U1]

Podczas wywiadu grupowego jedna z badanych sugerowała, że gruntowne przygotowanie młodych adeptów zawodów związanych ze zdrowiem psychicznym czy zajęcia o charakterze praktycznym skutkować mogą stopniowym topnieniem barier (wstydu lub lęku) po stronie pacjentów. Praktyka kliniczna według badanej już dziś wskazuje na powolne zmiany w kierunku normalizowania opieki czy konsultacji psychiatrycznej lub psychologicznej.

„Obserwacje już wieloletnie, bo mam już te doświadczenia 25-letnie w pracy zawodowej, o tyle jest już lepiej, tak jak zaczynałam swoją pracę zawodową i jak się sugerowało konsultację psychiatryczną, to było takie bardzo duże tabu i nawet w kierunku do pacjenta i do rodziny pacjenta. W chwili obecnej jest to już na zasadzie normalnej rozmowy i normalnie zalecam – ja tu uważam, że pani lub pan powinien skorzystać z porady psychiatrycznej i w chwili obecnej nie wzbudza to już takiego dużego niepokoju i takiego jakby odepchnięcia”. [FGI2_1]

Normalizacja tematu zdrowia psychicznego stałaby się faktem, gdyby ziściło się życzenie jednej z uczestniczek rozmów indywidualnych, która tak opowiadała:

„Ja bym życzyła sobie, żeby każdy student, bez względu na specyfikę swojego kształcenia, miał moduł o zdrowiu psychicznym własnym i o zdrowiu psychicznym osób, z którymi będzie dalej pracował. Żeby to był taki wspólny trzon bez względu na to, jaka partia zajmuje się edukacją. Żeby to był taki rodzaj dobra wspólnego, którego nikt nie tyka. Żebyśmy umieli ustalić, że zdrowie, w tym zdrowie psychiczne, jest czymś, czego my dzieci uczymy. Uważności, oddychania. Teraz jest ogromna fala takiej wiedzy nowej, która mówi o tym, że to ma ogromne znaczenie i że to są proste jakieś techniki choćby oddechowe. A w szkole w ogóle nie ma śladu tego. A to jest przecież inwestycja w to, jak my będziemy funkcjonować w relacjach, w pracy, w przyszłości”. [U1]

Niemniej uczestnicy wywiadu grupowego wyrażali zastrzeżenia do programu nauczania zawodów medycznych i opiekuńczych, podobnie zresztą jak programu studiów psychologicznych. Ich zdaniem wciąż w niewystarczającym stopniu przygotowują one studentów do profesjonalnego kontaktu z pacjentem w kryzysie psychicznym. Badani wskazują tu na lukę w obszarze umiejętności miękkich, takich jak empatia, skuteczna komunikacja, umiejętnie prowadzenie wywiadu środowiskowego.

Innego zdania była w tym aspekcie przedstawicielka szkoły wyższej, która podczas indywidualnej rozmowy wyraziła przekonanie, że studia wyższe prowadzone na rodzimym wydziale wyposażają osoby studiujące w kompetencje miękkie:

„Te nasze czasy są takie, że myślę, że właściwie bez względu na to, gdzie nasz absolwent znajduje pracę już jako profesjonalista, to nasze studia dają wyposażenie w te kompetencje miękkie, które samemu człowiekowi, samemu absolwentowi pozwalają lepiej siebie zrozumieć. A to jest, myślę, też ogromny kapitał na funkcjonowanie w rynku pracy. Te perspektywy mówiące o kompetencjach pracowników, mówią o tym wszyscy,

że kompetencje miękkie są kluczowe. Nie wiemy, jakie profesje, nie wiemy, jakie zawody, ale te kompetencje miękkie, wśród których jest na pewno ta świadomość zdrowia psychicznego, troska o to zdrowie i szereg jeszcze innych tych tak zwanych miękkich kompetencji tutaj jest bardzo ważna”. [U1]

Wydaje się, że różnice w postrzeganiu zawartości programów studiów wyższych mogą wynikać ze specyfiki poszczególnych kierunków.

Uczestnicy wywiadu fokusowego oprócz zastrzeżeń do programów studiów dzielili się również spostrzeżeniami dotyczącymi kompetencji i umiejętności doradców zawodowych czy urzędników. W ich opinii przygotowanie tych specjalistów coraz słabiej rezonuje z problemami współczesnego rynku pracy takimi jak wypalenie zawodowe czy lęk przed powrotem do pracy po przebytym kryzysie psychicznym. Istotne jest zatem systematyczne budowanie wiedzy i kompetencji miękkich również w obszarze doradztwa zawodowego czy innych specjalizacji w pracy urzędowej. Należy jednak zaznaczyć, że zarówno doradcy, urzędnicy, jak i lekarze różnych specjalności już dziś obarczeni są dużym bagażem pracy administracyjnej i biurokracją. W związku z tym nabywanie nowych umiejętności powinno być tu równoważone limitowaniem prac administracyjnych.

Być może rozwiązaniem sprzyjającym w tym zakresie byłoby wykorzystanie zasobów sztucznej inteligencji. Podczas jednego z wywiadów indywidualnych przedstawicielka szkoły wyższej zwróciła uwagę na nieodzowną obecność AI w codzienności współczesnego człowieka – niezależnie od tego, czy jest tego zwolennikiem, czy przeciwnikiem. Respondentka wyjaśniała, iż jest to obszar, który wymaga od pracowników naukowych wielkiej czujności, otwartości, ale również wzajemnego uczenia się. Jej wypowiedź przekonuje, że rozsądne jest przyjęcie postawy osvajania się ze sztuczną inteligencją i implementowania dostępnych rozwiązań do procesu dydaktyki:

„My po prostu się też uczymy, szkolimy sami, żeby umieć z niej korzystać nie w takich kategoriach lękowych, ale właśnie jako już istniejącego, mocnego uczestnika procesu dydaktycznego i procesu budowania wiedzy naukowej”. [U1]

W obliczu trendów społecznych takich jak starzenie się społeczeństwa, ale również widocznego wzrostu diagnoz spektrum autyzmu czy ADHD kluczowe według uczestników wywiadu fokusowego staną się kompetencje specjalistyczne w zakresie psychogeriatric i wieloaspektowego wsparcia dla osób neuroróżnorodnych. Badani sugerowali również, że wzrastać powinno znaczenie sieciowania międzyspecjalizacyjnego, a praca w zespołach łączących kompetencje medyczne, psychologiczne, terapeutyczne i technologiczne w obliczu widocznych trendów społecznych będzie stawać się coraz bardziej powszechna.

7.3.3. Ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia i innych rozwiązań systemowych dla rozwoju kompetencji istotnych w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim

Jak pokazały swobodne dyskusje pomiędzy badanymi uczestniczącymi w wywiadzie fokusowym, uczelnie coraz odważniej podejmują dziś próby zapewnienia podstawowych porad i konsultacji psychologicznych swoim studentom i pracownikom. Dzieje się tak na skutek stale pojawiających się problemów natury psychicznej, coraz częściej zgłaszanych władzom przez same osoby studiujące. Do takich doświadczeń odnosili się pracownicy uczelni i policealnej szkoły medycznej, która nie dysponuje ośrodkiem czy działem wsparcia:

„Tak, mamy podobne doświadczenia tutaj jak u Państwa (...) coraz więcej osób z problemami, jeżeli chodzi o depresję, samookaleczenia, jakieś stany lękowe”. [FGI2_5]

„Studenci nam zgłaszają, że jakiś student ma pogorszenie stanu i tak dalej, że są jakieś tendencje suicydalne i my jako ośrodek musimy na bieżąco reagować. Ale to, co jest bardzo pozytywne, to że studenci sami się zgłaszają. Tak, czasem zapętniają się po prostu terminy i możliwości przyjęcia tych studentów w danym dniu. (...) Mieliliśmy kilka interwencji. Jak mówimy o zdrowiu psychicznym, to jest zawsze coś poważnego (...) osoba nie wymagała tak dużej rehabilitacji psychologicznej. Jako uczelnia też na tym zyskujemy, ponieważ pracownicy lepiej sobie radzą psychicznie, jest mniej L4, mniej zwolnień z obszaru zdrowia psychicznego, więc to też dla nas... wartość dodana, ale też jeżeli chodzi o kondycje psychiczne naszych pracowników”. [FGI2_3]

Powoływanie odpowiednich działów czy centrów zdrowia psychicznego na uczelniach (bez względu na ich profil) uznać można za jeden ze wskaźników rosnącego znaczenia, a przede wszystkim skali problemów psychicznych, z którymi borykają się dzisiaj ludzie młodzi. Problemów, na które w bardzo ograniczonym stopniu odpowiada publiczna opieka zdrowotna. Jedna z osób uczestniczących w wywiadzie grupowym powiedziała:

„Zapotrzebowanie jest ogromne i to jest, myślę, że bardzo ważna rzecz, zapewnienie studentom takiej bezpiecznej przestrzeni do pomocy im w związaniu sobie z tymi emocjami czy to związanyimi z sesją, ale bardzo często to są rzeczy nawet niezwiązane z uczelnią. (...) Terminy są czasami obłożone na 2–3 miesiące do przodu i nie jesteśmy w stanie sobie z tym poradzić”. [FGI2_1]

Problematyka programów wsparcia pojawiła się również podczas indywidualnych rozmów ze studentami i pracownikami szkół wyższych. Rozmówcy relacjonowali dostępność rozwiązań będących przejawem troski i zainteresowania władz uczelni, zdrowiem psychicznym zarówno studentów, jak i pracowników. Przykładowo jeden ze studentów opowiadał:

„Ostatnimi miesiącami widziałem na Instagramie, że budują, powiedzmy, tak jak było w szkołach średnich, takie strefy relaksu dla studentów. Głównie to na przykład się spotkałem z tym na mojej uczelni. Ale to, co słyszę i widzę na przykład w przestrzeni

internetowej uczelni, to próbują chyba zwracać na to uwagę, zaznaczając, że jest to ważne”. [U3]

Z kolei udzielający wywiadu nauczyciele akademicy wskazywali na inne, regularne działania władz uczelni na rzecz poprawy dobrostanu psychicznego członków społeczności akademickiej:

„Nasz uniwersytet ma poradnię psychologiczną. Jest to konkretne, myślę, wsparcie, bo każdy tam się może zgłosić: i studenci, i pracownicy mogą zgłosić się z jakąś prośbą o pomoc. Z całą pewnością też myślę, że ważnym elementem takiej troski o zdrowie psychiczne jest kultura organizacyjna i firmy całej, jaką jest uniwersytet, ale też każdego wydziału, bo każdy wydział jest taką małą częścią większej społeczności. Myślę, że tutaj zarówno od osób, które kierują wydziałami, poprzez taką kulturę relacji profesorów do doktorów, doktorów do absolwentów, nas wszystkich kadr, do studentów, taki element właśnie relacyjny codziennego stylu funkcjonowania wśród ludzi, takiego codziennego bycia w relacjach z innymi ludźmi, myślę, jest tutaj bardzo ważny i z mojej perspektywy dobrze to wygląda”. [U1]

Wynika z powyższego, że funkcjonowanie poradni psychologicznej stanowi realne wsparcie osób w gorszej kondycji psychicznej. Innym niezwykle istotnym czynnikiem są relacje międzyludzkie, które odgrywają niebagatelną rolę w kształtowaniu kultury organizacyjnej danego przedsiębiorstwa czy firmy. W dalszej części wypowiedzi usłyszeliśmy o przykładzie rozwiązań, które dokumentuje praktykowaną troskę o dobrą kulturę organizacyjną:

„Te takie, można powiedzieć, z pozoru niewielkie elementy tworzą ten klimat. Na przykład staramy się dostrzegać działania ludzi i na stronie wydziałowej, na Facebooku, dzielimy się sukcesami, radościami, pokazujemy te inicjatywy. To wszystko, myślę, że jest takim elementem, który pokazuje, co jest dla nas ważne. Ale też umieszczamy na stronie wyrazy współczucia dla pracowniczek i pracowników, których rodzice odeszli. I my też to akcentujemy. Można było powiedzieć »no to nic«, ale myślę, że w całości to jednak tworzy jakiś taki wizerunek tego wzajemnego zainteresowania tego, że to ma dla nas znaczenie”. [U1]

Wzajemne zainteresowanie radościami i smutkami osób tworzących daną społeczność niewątpliwie oddziałuje na kondycję psychiczną osób ją tworzących.

W dyskusji zamykającej wywiad fokusowy wyraźnie wybrzmiał także postulat o charakterze nieco bardziej ogólnym i dotyczącym nie tylko ludzi młodych. Badani zgodnie uznali, że realna zmiana podejścia do zdrowia psychicznego musi wiązać się z odejściem od działań akcyjnych czy krótkotrwałych programów wsparcia, o które pytaliśmy. Proponowano w tym kontekście tworzenie mikrocentrów zdrowia przy zakładach pracy i uczelniach oraz stałe zatrudnianie i – co kluczowe – sieciowanie specjalistów zdrowia psychicznego w strukturach firm, uczelni, szkół. Do tej kwestii odnosiła się między innymi przedstawicielka uczelni medycznej, na co dzień pracująca również w szpitalu klinicznym:

„Moim marzeniem było, żeby na takim oddziale był zatrudniony normalnie psycholog albo inna osoba, która ma doświadczenie i która by mogła wesprzeć taki oddział w takiej efektywnej pracy. (...) Żeby nie czekać na ten sygnał, że już jest coś bardzo złego, tylko stawiać na profilaktykę”. [FGI2_4]

Podobne rekomendacje wymieniane były podczas indywidualnych rozmów. Jedna z kobiet postulowała, iż niezbędne jest traktowanie zdrowia psychicznego jako dobra wspólnego, czyli jako wspólnej sprawy i inwestycji w szeroko rozumianą przyszłość. Takie podejście wymaga łączenia sił. Podczas innego wywiadu rozmówczyni podała sugerowany przez nią, konkretny przykład wspomnianego wyżej sieciowania:

„Kluczowe agendy różnego rodzaju, mam na myśli prezydenta, władze województwa, władze miasta, mogłyby rzeczywiście uspoźnić tę siatkę działań, inicjatyw, które każdy może zaproponować. Jeśli siły zbierzemy, to możemy i lepiej jakościowo, i szerzej, i spójnie, i wzajemnie się wspierać. Więc tutaj to bym widziała taką współpracę, po pierwsze, rządzących województwem, miastem i tak dalej. Po drugie, współpracę tych urzędów, że tak nazwę na skróty, ze światem wiedzy, ze światem badań naukowych, właśnie z uczelniami, które tworzą wiedzę, które tę wiedzę mają, żeby ona przenikała do życia, do edukacji”. [U1]

Podobnie jak specjaliści zdrowia psychicznego także badani przedstawiciele instytucji edukacyjnych oraz urzędnicy przekonywali, że palącą potrzebę stanowi dziś systemowe uregulowanie zawodu terapeuty i psychologa i – co ważne – zapewnienie publicznych form kształcenia w tym zakresie:

„Psychoterapia jest formą leczenia, a w Polsce ani nie mamy zawodu, o ustawie o zawodzie psychoterapeuty działającej [mówię – aut.], ani nie mamy publicznej formy kształcenia do tego zawodu. (...) Bez ogólnej dostępności do psychoterapeutów nie możemy mówić o pełnym leczeniu ludzi z zaburzeń i z chorób psychicznych”. [FGI2_3]

Podkreślano także, że programy studiów na przykład na kierunku lekarskim czy na pielęgniarstwie powinny być sukcesywnie uzupełniane, tak by personel medyczny każdego szczebla potrafił rozpoznawać symptomy zaburzeń psychicznych.

Podobne przekonanie wyrażał jeden ze studentów podczas wywiadu indywidualnego:

„Fajnie, jakby do programu studiów wprowadzili w przeciągu następnych iks lat, przedmioty na przykład dotyczące interwencji kryzysowej czy generalnie psychiki pacjenta. Jednak problemy psychiatryczne będą chyba rosnać tak naprawdę wraz z czasem, jeśli chodzi o ich ilość”. [U3]

Opinię tę podzielali również nauczyciele akademicy. Podczas wywiadów indywidualnych usłyszeliśmy o sugestii wprowadzania problematyki zdrowia psychicznego do podstawy programowej oraz programów studiów różnych uczelni wyższych:

„Szkół działają według podstawy programowej. Na studiach niektóre kierunki działają w oparciu o standardy kształcenia, więc taki rodzaj standaryzacji czy też właśnie wprowadzenia tego elementu zdrowia psychicznego jako ważnego w przepisach jest już

takim systemowym rozwiązaniem. Na przykład na studiach wyższych każdy student studiów stacjonarnych musi mieć 60 godzin WF-u. To jest zapisane w przepisach. Więc gdyby coś analogicznego się pojawiło takiego, że ileś zajęć ma mieć z tego obszaru zdrowia psychicznego, to już ustawia bardzo konkretnie program”. [U1]

Z kolei inny pracownik uczelni zwrócił uwagę na dużą potrzebę organizowania procesu kształcenia akademickiego w sposób bardziej praktyczny. Sugestia ta była również rekomendowana przez specjalistów zdrowia psychicznego. Była już o tym mowa, ale refleksje pracownika uczelni pomagają lepiej zrozumieć, dlaczego polskie uczelnie mierzą się z niedostatkiem zajęć praktycznych:

„Jeśli chodzi o naszą strukturę szkolnictwa wyższego, to myślę, że za mało jest praktyków w toku realizacji zajęć, czyli że studenci są przepompowani wiedzą teoretyczną bez pokazania im sposobów implementacji tej wiedzy. Ale to moim zdaniem wynika z dość wąskiej grupy praktyków na uczelniach. Ludzie po prostu wywędrowują. Jeśli zaznają już praktyki, nie bardzo chcą wchodzić w te ramy wymogów uczelnianych pod kątem publikacyjnym, konferencyjnym, różnych innych wymogów, które mamy. Więc często decydują się jednak na świat praktyki, bo stawki, które proponujemy na uczelni, nie są dla nich nijak w ogóle transparentne do tego, co oni mogą zarobić w tym świecie praktyki”. [U2]

Spostrzeżenia rozmówcy dokumentują złożoność problemu organizacji dydaktyki w szkołach wyższych, ich słabości strukturalne i ograniczone dopasowanie do otoczenia gospodarczego.

7.4. Podsumowanie badań jakościowych

Analiza wywiadów fokusowych (FGI) oraz indywidualnych wywiadów pogłębionych (IDI) pozwoliła na wielowymiarową diagnozę zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, z uwzględnieniem zróżnicowań terytorialnych, instytucjonalnych oraz sektorowych.

7.4.1. Zróżnicowanie przestrzenne sektora zdrowia psychicznego w województwie podlaskim

Wywiady ujawniają wyraźną dychotomię pomiędzy Białymstokiem a pozostałymi obszarami województwa. Stolica regionu postrzegana jest jako ośrodek relatywnie lepiej rozwinięty pod względem dostępności usług psychologicznych i psychiatrycznych, większej otwartości na korzystanie z pomocy specjalistycznej oraz wyższej świadomości pracodawców.

Kontrast jest szczególnie widoczny w zestawieniu z obszarami wiejskimi i mniejszymi miastami, gdzie silna stygmatyzacja, ograniczona anonimowość pracowników, niższa dojrzałość organizacyjna pracodawców oraz niedobór specjalistów utrudniają normalizowanie działań na rzecz dobrostanu psychicznego.

Zróżnicowanie to syntetycznie przedstawiono w tabeli 20.

Tabela 20. Zróżnicowanie terytorialne problemów w obszarze zdrowia psychicznego (analiza jakościowa)

Wymiar	Białystok	Podregion łomżyński	Podregion suwalski	Obszary wiejskie
dostępność specjalistów	relatywnie wysoka	niska	niska	bardzo niska
świadomość pracodawców	umiarkowana–wysoka	niska	niska	bardzo niska
stygmatyzacja	umiarkowana	wysoka	wysoka	bardzo wysoka
anonimowość korzystania z pomocy	zapewniona	ograniczona	ograniczona	bardzo ograniczona
luka ilościowa	umiarkowana	wysoka	wysoka	wysoka
luka jakościowa	widoczna	wyraźna	wyraźna	wyraźna

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

Tabela wskazuje, że niedostosowanie ma wyraźny charakter przestrzenny i społeczno-kulturowy, a nie wyłącznie kadrowy.

7.4.2. Postawy pracodawców – model outsourcingowy zamiast systemowego

Przedsiębiorcy – szczególnie z sektora prywatnego – dystansują się wobec zatrudniania psychologów w strukturach ich firm. Preferowanym rozwiązaniem jest współpraca z zewnętrznymi ekspertami (trenerami, coachami), realizującymi działania z zakresu psychoedukacji, odporności psychicznej oraz przeciwdziałania wypaleniu.

Model ten ogranicza koszty stałe, umożliwia zachowanie granic między życiem prywatnym i zawodowym oraz zapewnia pracownikom większe poczucie bezpieczeństwa.

Jednocześnie ujawniono poważny deficyt kompetencyjny kadry menedżerskiej w zakresie rozpoznawania wczesnych sygnałów kryzysu psychicznego, reagowania na absencję, przeciwdziałania uzależnieniom oraz pracy w zespołach neuroróżnorodnych. Menedżerowie pełnią rolę „pierwszej linii wsparcia”, jednak nie są do niej systemowo przygotowani.

Strukturę problemu w środowisku przedsiębiorstw przedstawia tabela 21.

Tabela 21. Model reagowania na kryzysy psychiczne w przedsiębiorstwach (FGI/IDI)

Element systemu	Stan obecny	Identyfikowana luka	Konsekwencje dla rynku pracy
zatrudnianie psychologów	sporadyczne	brak modelu systemowego	ograniczona dostępność wsparcia
współpraca z trenerami	częsta w większych firmach	charakter incydentalny	niska trwałość efektów
kompetencje menedżerów	niewystarczające	brak szkoleń systemowych	nierozpoznane kryzysy
profilaktyka uzależnień	ograniczona	brak narzędzi organizacyjnych	spadek produktywności
finansowanie działań	obciążenie firm	brak instrumentów publicznych	niska powszechność wsparcia

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

Tabela pokazuje, że luka kompetencyjna dotyczy nie tylko zawodów medycznych, ale także kompetencji zarządczych i organizacyjnych.

7.4.3. Niewydolność systemu publicznego i konsekwencje dla rynku pracy

Badani wskazują na ograniczoną dostępność usług w ramach NFZ jako czynnik przenoszący ciężar odpowiedzialności na instytucje edukacyjne, pracodawców i sektor pozarządowy. Uczelnie podejmują próby tworzenia centrów wsparcia psychologicznego, jednak rozwiązania te mają charakter kompensacyjny.

Diagnozowane są również luki regulacyjne – brak pełnej regulacji zawodu psychoterapeuty, brak publicznych, nieodpłatnych ścieżek specjalistycznego kształcenia oraz wysoki koszt edukacji podyplomowej. Niedobór kadr ma charakter strukturalny i utrwała się w czasie.

7.4.4. Zdrowie psychiczne w instytucjach publicznych i edukacji

Wywiady wskazują, że kryzysy psychiczne są doświadczeniem powszechnym w szkołach, uczelniach i urzędach. Depresja, zaburzenia lękowe czy próby samobójcze przestają mieć charakter incydentalny. Doradcy zawodowi i pracownicy urzędów pracy potwierdzają rosnącą skalę problemów wśród klientów systemu rynku pracy.

Zdrowie psychiczne staje się czynnikiem bezpośrednio wpływającym na aktywizację zawodową, efektywność pracy oraz trwałość zatrudnienia.

7.4.5. Oczekiwania wobec instytucji publicznych

Badani przedsiębiorcy i eksperci postulują:

- większe wsparcie finansowe szkoleń z zakresu higieny pracy i dobrostanu;
- rozwój programów edukacyjnych finansowanych ze środków publicznych;
- systemowe rozwiązania umożliwiające współfinansowanie działań profilaktycznych (w tym postulaty przesunięcia części finansowania na poziom ZUS),
- budowę zintegrowanego modelu „zdrowie psychiczne – rynek pracy”.

Szkolenia postrzegane są jako działanie samo w sobie niewystarczające, ale konieczne jako fundament zmiany świadomościowej.

7.4.6. Kierunki rozwojowe i prognozy

W prognozach dominują następujące kierunki:

- integracja kompetencji cyfrowych z kompetencjami miękkimi (empatia, etyka zawodowa),
- rozwój mikrocentrów zdrowia powiązanych z uczelniami i przedsiębiorstwami,
- zatrudnianie psychologów jako stałych członków zespołów instytucjonalnych,
- wzrost znaczenia kompetencji w zakresie rozpoznawania kryzysów,
- rozwój pracy w zespołach neuroróżnorodnych,

- odejście od jednorazowych, „akcyjnych” inicjatyw na rzecz zintegrowanego systemu regionalnego.

W kontekście automatyzacji i starzenia się kadr rośnie znaczenie kompetencji relacyjnych i społecznych jako zasobu strategicznego dla regionu.

Analiza FGI i IDI potwierdza, że niedostosowanie w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim ma charakter:

- systemowy (fragmentacja odpowiedzialności),
- terytorialny (silna koncentracja zasobów),
- kompetencyjny (luka jakościowa),
- świadomościowy (stygmatyzacja i niski poziom dojrzałości organizacyjnej, przede wszystkim w małych i średnich przedsiębiorstwach).

Zdrowie psychiczne przestaje być kategorią wyłącznie medyczną – staje się jednym z kluczowych czynników determinujących produktywność, stabilność zatrudnienia oraz długofalowy rozwój kapitału ludzkiego w regionie.

7.4.7. Synteza wielopoziomowa – charakter niedostosowania

Zebrane wątki porządkuje tabela 22. Tabela syntetyzuje kluczowe typy niedostosowań identyfikowanych w badaniu, wskazując ich wielopoziomowy charakter – od uwarunkowań systemowych i terytorialnych, przez organizacyjne i kadrowe, po społeczne. Zestawienie pokazuje, że luka w sektorze zdrowia psychicznego ma charakter złożony i współwystępujący, a skuteczne interwencje wymagają jednoczesnych działań w obszarze integracji instytucjonalnej, wzmacniania dostępności terytorialnej, rozwoju kompetencji oraz zwiększania podaży kadr. Uzupelnienie o wymiar świadomościowy wskazuje dodatkowo na znaczenie barier kulturowych (stygmatyzacja), które ograniczają efektywność interwencji systemowych.

Tabela 22. Typ luki – poziom problemu – kierunek interwencji

Typ niedostosowania	Poziom	Główne przejawy	Potencjalny kierunek interwencji
systemowy	instytucjonalny	fragmentacja odpowiedzialności	integracja zdrowia i rynku pracy
terytorialny	regionalny	koncentracja zasobów w Białymstoku	wzmocnienie podregionów
kompetencyjny	organizacyjny	deficyt umiejętności menedżerskich	szkolenia finansowane publicznie
ilościowy	kadrowy	niedobór specjalistów	zwiększenie podaży kadr
świadomościowy	społeczny	stygmatyzacja	kampanie i edukacja

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

8. Systemowe uwarunkowania rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego – analiza instrumentów wsparcia

Rozdział prezentuje analizę systemowych uwarunkowań rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, koncentrując się na dostępnych instrumentach wsparcia adresowanych do pracodawców i pracowników. Ujęcie to stanowi uzupełnienie diagnozy empirycznej, umożliwiając odniesienie zidentyfikowanych potrzeb, barier oraz luk kompetencyjnych do istniejących rozwiązań instytucjonalnych i mechanizmów finansowania.

Analiza obejmuje kluczowe narzędzia polityki rynku pracy i rozwoju kompetencji, w tym instrumenty finansowane ze środków krajowych i europejskich oraz działania o charakterze prewencyjno-edukacyjnym. Szczególną uwagę poświęcono ich adekwatności wobec wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym w środowisku pracy, a także warunkom ich dostępności i wykorzystania w praktyce.

Rozdział ma charakter integrujący – łączy perspektywę regulacyjną i wdrożeniową z wynikami badań ilościowych i jakościowych, tworząc podstawę do formułowania wniosków i rekomendacji dotyczących rozwoju systemu wsparcia w regionie.

8.1. Ramy analityczne oceny instrumentów wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego

Kwerenda danych zastanych została przeprowadzona na wstępnym etapie projektu; w niniejszym podrozdziale przedstawiono jej komponent źródłowy odnoszący się bezpośrednio do analizowanych instrumentów rynku pracy.

Przedmiotem opracowania jest ocena dostępności (czy i gdzie istnieją realne ścieżki podnoszenia kompetencji oraz wdrażania działań prozdrowotnych przez pracodawców) oraz skuteczności (na ile instrumenty są zaprojektowane i wdrażane w sposób sprzyjający osiągnięciu efektów) programów i narzędzi możliwych do wykorzystania przez przedsiębiorców w zakresie: edukacji, profilaktyki, wczesnej interwencji oraz organizacyjnego zarządzania ryzykiem psychospołecznym (stres, wypalenie, konflikty, mobbing, dyskryminacja).

Zakres źródłowy oparto na:

- przeglądzie regulacji krajowych dotyczących instrumentów rynku pracy, w szczególności dotyczących Krajowego Funduszu Szkoleniowego (KFS) i jego adresatów/warunków finansowania;

- dokumentach programowych i regulaminach dotyczących Funduszy Europejskich dla Podlaskiego (FE dP), zwłaszcza przedsięwzięć, w których wprost dopuszczono działania na rzecz zdrowia psychicznego pracowników¹⁵⁷;
- informacjach instytucji wdrożeniowych i operatorów narzędzi rozwojowych (Baza Usług Rozwojowych (BUR) / Podmiotowy System Finansowania (PSF)¹⁵⁸);
- materiałach i programach prewencyjno-edukacyjnych Państwowej Inspekcji Pracy (PIP), ukierunkowanych na stres i inne zagrożenia psychospołeczne¹⁵⁹.

8.2. Ramy prawne i dowodowe dla dobrostanu psychicznego w przedsiębiorstwach

W ujęciu prawnym działania pracodawcy w obszarze zdrowia psychicznego w przedsiębiorstwie mają dwa równoległe uzasadnienia: obowiązek zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pracy oraz możliwość finansowania rozwoju kompetencji i działań profilaktycznych z narzędzi polityki rynku pracy i funduszy europejskich. Obowiązek pracodawcy w zakresie BHP (w tym coraz częściej ujmowanych zagrożeń psychospołecznych) jest konsekwencją krajowych przepisów prawa pracy oraz ram unijnych dotyczących oceny i zapobiegania ryzykom w środowisku pracy¹⁶⁰.

Po stronie „dowodowej” (*evidence-based*) kluczowe jest to, że uznane instytucje międzynarodowe rekomendują działania na poziomie organizacji obejmujące między innymi: zarządzanie ryzykiem psychospołecznym, budowanie kompetencji kadry menedżerskiej, dostęp do wsparcia (na przykład poradnictwo) oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji¹⁶¹.

W polskich dokumentach strategiczno-programowych ważnym kontekstem jest też Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, który wzmacnia legitymację polityk publicznych i działań instytucji w obszarze promocji zdrowia psychicznego oraz profilaktyki¹⁶².

W analizowanym otoczeniu prawno-strategicznym instrumenty rynku pracy mogą oddziaływać na obszar zdrowia psychicznego w sposób pośredni lub bezpośredni. Instrumenty pośrednie wspierają rozwój kompetencji oraz usprawnianie organizacji pracy (na przykład poprzez finansowanie szkoleń i usług rozwojowych), natomiast

¹⁵⁷ [Regulamin wyboru projektów w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, Białystok 2025 (dostęp: 16.02.2026).

¹⁵⁸ [Baza Usług Rozwojowych](#), PARP (dostęp: 16.02.2026).

¹⁵⁹ [Program prewencyjny „Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu w miejscu pracy”](#), Państwowa Inspekcja Pracy (dostęp: 16.02.2026).

¹⁶⁰ [Odpowiedzialność i podstawowe obowiązki pracodawcy](#), Państwowa Inspekcja Pracy (dostęp: 16.02.2026).

¹⁶¹ [Mental Health at Work: Policy Brief](#), Geneva 2022.

¹⁶² Surapon Nochaiwong i inni, [Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: a systematic review and meta-analysis](#), „Scientific Reports” 2021, t. 11(1), DOI: 10.1038/s41598-021-89700-8.

instrumenty bezpośrednie umożliwiają finansowanie konkretnych działań realizowanych w zakładach pracy. Przykładowo w nowej ustawie o rynku pracy i służbach zatrudnienia wskazano, że ze środków KFS mogą być finansowane koszty kształcenia ustawicznego nie tylko pracowników i pracodawców, ale także osób prowadzących działalność gospodarczą oraz świadczących usługi na podstawie umów cywilnoprawnych, co zwiększa dostępność instrumentu dla sektora małych i średnich przedsiębiorstw (MŚP) i współpracy kontraktowej¹⁶³.

Jednocześnie przewidziano mechanizmy jakościowe: na przykład warunek dotyczący realizatora szkolenia wpisanego do rejestru Polskiej Agencji Rozwoju Przedsiębiorczości, PARP (wskazany w ustawie jako wyjątek z wejściem w życie od 1 stycznia 2026 roku)¹⁶⁴.

8.3. Mapa instrumentów finansowania rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego

W praktyce jednostki WUP i PUP dysponują instrumentami, które – choć nie są zaprojektowane, by wspierać zdrowie psychiczne w sposób bezpośredni – mogą realizować podnoszenie kompetencji kadry i wdrażanie procedur organizacyjnych, będących fundamentem programów dobrostanu w firmach (na przykład szkolenia menedżerskie, HR, przeciwdziałanie wypaleniu, komunikacja, rozwiązywanie konfliktów, ocena ryzyka psychospołecznego, tworzenie polityk antymobbingowych na przykład w ramach poradnictwa zawodowego).

8.3.1. Krajowy Fundusz Szkoleniowy jako główny instrument „kompetencyjny”

Krajowy Fundusz Szkoleniowy jest w ustawie¹⁶⁵ opisany jako narzędzie wspomagające podmioty inwestujące w kształcenie ustawiczne osób pracujących. Istotne jest to, że katalog kosztów możliwych do finansowania obejmuje także na przykład badania lekarskie i psychologiczne wymagane do podjęcia kształcenia lub zadań zawodowych po szkoleniu (to element szczególnie ważny w zawodach i rolach obciążonych ryzykiem psychospołecznym)¹⁶⁶.

Z punktu widzenia dostępności ustawa przewiduje poziomy finansowania i limity zależne od wielkości podmiotu, w tym rozwiązania korzystniejsze dla mikroprzedsiębiorców (również „niezatrudniających pracowników” lub zatrudniających do 9 osób w przeliczeniu na pełny etat)¹⁶⁷.

Z perspektywy wdrożeniowej o przyznaniu środków decyduje starosta, który uwzględnia między innymi zgodność działań z priorytetami wydatkowania KFS

¹⁶³ Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, Dz.U. 2025 poz. 620 (dostęp: 4.02.2026).

¹⁶⁴ Tamże.

¹⁶⁵ Tamże.

¹⁶⁶ Tamże.

¹⁶⁷ Tamże.

oraz adekwatność planowanych kompetencji do potrzeb lokalnego lub regionalnego rynku pracy¹⁶⁸.

8.3.2. Baza Usług Rozwojowych i PSF jako mechanizm elastycznego doboru szkoleń

Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości prowadzi platformę Baza Usług Rozwojowych, umożliwiającą wyszukiwanie usług szkoleniowych, doradczych, coachingowych i innych, a także korzystanie z dofinansowania przez mechanizmy regionalne (operatorów)¹⁶⁹. W praktyce oznacza to, że przedsiębiorca może finansować szkolenia w obszarze zdrowia psychicznego jako element rozwoju kompetencji (na przykład zarządzanie stresem, równowaga praca–życie, przeciwdziałanie wypaleniu, rozwój kompetencji menedżerskich). Sama platforma BUR pokazuje, że tego typu usługi rzeczywiście funkcjonują w rejestrze¹⁷⁰.

W województwie podlaskim kluczowym instrumentem jest projekt „Podmiotowy System Finansowania 2024–2029”¹⁷¹ (PSF 2024–2029), którego operatorem jest Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku. Projekt wymaga korzystania z usług wpisanych w BUR, określa grupy docelowe (w tym pracodawców i pracowników) oraz budżet przedsięwzięcia.

8.4. Programy i narzędzia ukierunkowane na dobrostan psychiczny w miejscu pracy

W ujęciu systemowym instrumenty dobrostanowe w regionie mają charakter warstwowy i komplementarny. Obejmują: (1) działania wdrożeniowe finansowane projektowo (FEdP), które umożliwiają bezpośrednie oddziaływanie na środowisko pracy poprzez diagnozę ryzyk, wdrażanie procedur, interwencje psychospołeczne oraz zmiany organizacyjne; (2) instrumenty profilaktyczne i edukacyjne o niskiej barierze wejścia (PIP), które łączą komponent szkoleniowy z elementami analizy i ograniczania ryzyk psychospołecznych w organizacji; (3) narzędzia kompetencyjne o szerokim dostępie (KFS, PSF/BUR, bony szkoleniowe, Akademia PARP), których funkcją jest finansowanie i dostarczanie usług rozwojowych, podnoszących kompetencje i świadomość pracowników oraz kadry zarządzającej.

Kluczowe z perspektywy skuteczności jest rozróżnienie funkcji tych instrumentów. Bezpośrednie oddziaływanie wdrożeniowe zapewniają przede wszystkim projekty FEdP oraz – w ograniczonym zakresie – działania PIP (analiza ryzyka, rekomendacje zmian). Instrumenty kompetencyjne (KFS, PSF/BUR, bony, Akademia PARP) pełnią natomiast

¹⁶⁸ Tamże.

¹⁶⁹ [Baza Usług Rozwojowych...](#)

¹⁷⁰ Tamże.

¹⁷¹ [Podmiotowy System Finansowania – realizacja usług rozwojowych w województwie podlaskim 2024–2029](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku (dostęp: 16.02.2026).

funkcję wsparcia pośredniego – zwiększają poziom wiedzy i umiejętności, lecz same w sobie nie prowadzą do trwałej zmiany organizacyjnej.

System tworzy potencjalną ścieżkę przejścia: edukacja → diagnoza → interwencja → zmiana organizacyjna, jednak w praktyce pozostaje ona słabo zintegrowana i zależna od aktywności pracodawcy. W konsekwencji formalna dostępność instrumentów nie przekłada się automatycznie na ich wykorzystanie ani na wdrożenia o charakterze systemowym.

Z perspektywy MŚP kluczowe znaczenie mają mechanizmy obniżające barierę wejścia: brak kosztów udziału (PIP, materiały edukacyjne) oraz możliwość finansowania usług zewnętrznych (KFS, PSF/BUR, bony). Jednocześnie instrumenty o najwyższej adekwatności dobrostanowej (FEEdP) są najbardziej wymagające operacyjnie (diagnoza, projekt, partnerstwa), co ogranicza skalę ich wykorzystania.

W efekcie system wsparcia w regionie należy ocenić jako dostępny, lecz niespójny wdrożeniowo – relatywnie silny w obszarze edukacji i finansowania kompetencji, a słabszy w zakresie prostych, powszechnie dostępnych narzędzi umożliwiających bezpośrednie wdrażanie działań dobrostanowych w organizacjach.

8.4.1. Działanie regionalne obejmujące poradnictwo psychologiczne i warsztaty psychospołeczne

W ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego dopuszczono typ projektu obejmujący eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy, przy czym regulamin naboru przewiduje warunek diagnozy oraz wdrażanie kompleksowych działań u konkretnych pracodawców¹⁷².

Co kluczowe z perspektywy zdrowia psychicznego pracowników – regulamin naboru wprost wskazuje możliwość realizacji działań na rzecz zdrowia psychicznego, w tym poradnictwa psychologicznego i warsztatów psychospołecznych (między innymi radzenie sobie ze stresem, wypaleniem, rozwiązywanie konfliktów), a także usprawnienia procedur i zmiany organizacyjne eliminujące ryzyka¹⁷³. Jest to instrument najbliższy zdiagnozowanym potrzebom przedsiębiorstw w obszarze dobrostanu, ponieważ łączy logikę: diagnoza ryzyka → działania edukacyjne + interwencje psychospołeczne + rozwiązania organizacyjne → efekt w środowisku pracy¹⁷⁴.

8.4.2. Programy prewencyjne PIP jako bezpłatne wsparcie dla pracodawców

Państwowa Inspekcja Pracy prowadzi program profilaktyczny „Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu w miejscu pracy”¹⁷⁵, adresowany do pracodawców i pracowników. Program (w opisie PIP) obejmuje ścieżki edukacyjne, analityczne, elementy oceny ryzyka oraz eliminacji zagrożeń; przewidziano szkolenia dotyczące

¹⁷² [Regulamin wyboru projektów w ramach...](#)

¹⁷³ Tamże, s. 25.

¹⁷⁴ Tamże.

¹⁷⁵ Agnieszka Kaszubska, Stres w pracy...

między innymi stresu, dyskryminacji, wypalenia zawodowego i zapobiegania mobbingowi, a także – na życzenie – analizę sytuacji w przedsiębiorstwie pod kątem stresogenności cech pracy. Udział ma charakter bezpłatny.

Z perspektywy województwa podlaskiego istotne jest, że aktywność szkoleniowa ma wymiar nie tylko krajowy, lecz też regionalny. Przejawia się ona w działaniach instytucji na terenie regionu, jak Okręgowy Inspektorat Pracy w Białymstoku, który realizuje szkolenia i działania informacyjne dla pracodawców oraz pracowników. Instrumenty wsparcia w obszarze bezpieczeństwa pracy i dobrostanu psychicznego są dostępne nie tylko na poziomie centralnym, ale także w bezpośrednim otoczeniu przedsiębiorstw w regionie¹⁷⁶. Uzupełnieniem są publikacje poradnikowe, które mogą elementem bezkosztowych działań edukacyjnych w firmie¹⁷⁷.

8.4.3. Działania edukacyjne o wysokiej dostępności

Przykładem bezpłatnej, ogólnodostępnej oferty jest edukacyjna platforma e-learningowa Akademii PARP, w tym certyfikowany kurs dotyczący radzenia sobie ze stresem. Choć nie zastępuje to wdrożenia rozwiązań organizacyjnych i systemowych, to może stanowić element *baseline* edukacji pracowników i kadry kierowniczej w MŚP¹⁷⁸.

8.5. Ocena dostępności i skuteczności instrumentów wsparcia w obszarze rozwoju kompetencji i wdrażania działań na rzecz zdrowia psychicznego w województwie podlaskim (perspektywa podregionalna)

Ocena regionalna prowadzi do wniosku, że w województwie podlaskim występuje dość szeroka dostępność instrumentów finansowania kompetencji, natomiast narzędzia *stricte* wdrożeniowe, pozwalające uruchamiać w przedsiębiorstwach poradnictwo i warsztaty psychospołeczne, mają przede wszystkim charakter projektowy – wymagają wejścia w konkretny konkurs lub nabór, przygotowania diagnozy i zaplanowania kompleksowego pakietu działań.

8.5.1. Dostępność narzędzi kompetencyjnych w regionie

Dostępność instrumentów kompetencyjnych w regionie jest zapewniana poprzez komplementarne mechanizmy finansowania usług rozwojowych. Równolegle funkcjonują projekty realizowane w formule bonów rozwojowych, wdrażane przez operatorów o zróżnicowanym zasięgu terytorialnym. W praktyce umożliwia to zapewnienie podregionalnego dostępu do instrumentów wsparcia w zakresie usług

¹⁷⁶ [Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu w miejscu pracy – szkolenie pracowników](#), Okręgowy Inspektorat Pracy w Białymstoku (dostęp: 16.02.2026).

¹⁷⁷ Agnieszka Kaszubska, Stres w pracy...

¹⁷⁸ Paulina Dancewicz, [Kurs: Radzenie sobie ze stresem](#), Akademia PARP (dostęp: 16.02.2026).

rozwojowych – zarówno z perspektywy pracujących mieszkańców, jak i przedsiębiorstw funkcjonujących lokalnie. Są to:

- podregion białostocki (miasto Białystok i powiat białostocki): projekt „Profesjonalne kadry Podlasia”, realizowany przez Izbę Przemysłowo-Handlową w Białymstoku z Instytutem ADN jako partnerem¹⁷⁹;
- podregion łomżyński (miasto Łomża i siedem powiatów w podziale projektowym): projekt bonowy realizowany przez Agencję Rozwoju Regionalnego ARES S.A. (z partnerem społecznym)¹⁸⁰;
- podregion suwalski (miasto Suwałki i sześć powiatów w podziale projektowym): analogiczny projekt bonowy z operatorem ARES; także wskazano parametry skali i czasu¹⁸¹.

Z perspektywy przedsiębiorcy oznacza to, że komponent (szkolenia/doradztwo) jest dostępny zarówno przez ścieżkę „pracodawca → PSF”, jak i „pracownik/dorosły → bony”, przy czym ta druga jest szczególnie istotna w miejscach, gdzie firmy nie uruchamiają jeszcze własnych budżetów szkoleniowych na kompetencje psychospołeczne.

8.5.2. Skuteczność wdrożeniowa i bariery administracyjne

Ewaluacje regionalne sugerują, że instrumenty są operacyjnie wykonywalne, ale wymagają stabilnych procedur i jakości usług.

W badaniu dotyczącym KFS w województwie podlaskim (2019–2020) odnotowano między innymi bardzo wysoki odsetek przypadków, w których refundacja kosztów już nastąpiła (94,1%), oraz deklarację, że przebiegała bez zakłóceń (99,4% wśród tych, którzy refundację otrzymali)¹⁸². Jednocześnie w tym samym źródle widoczna jest informacja o zróżnicowaniu „adekwatności” środków między powiatami (część urzędów pracy wskazywała, że kwota była zbyt mała)¹⁸³.

W nowszym raporcie KFS (2023–2024) wskazano wysokie oceny merytoryki szkoleń (w układzie tabel ocen), a także relatywnie pozytywną ocenę współpracy PUP z pracodawcami (średnia 4,0; najstarszy etap: rozliczenie usług). Zasygnalizowano również ryzyka po stronie rynku usług, w tym zawyżanie kosztów kursów przez jednostki szkoleniowe¹⁸⁴.

W przypadku PSF mechanizm elastycznego doboru usług jest konstrukcyjnie proefektywnościowy (przedsiębiorca wybiera usługę z BUR), co podkreślono w analizie oddziaływania PSF. Z ewaluacji wynika, że skuteczność może być ograniczana przez

¹⁷⁹ [Profesjonalne kadry Podlasia](#) (dostęp: 16.02.2026).

¹⁸⁰ [Bony na szkolenie – podregion łomżyński](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku (dostęp: 16.02.2026).

¹⁸¹ [Bony na szkolenie – podregion suwalski](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku (dostęp: 16.02.2026).

¹⁸² Emilia Pokropińska i inni, Efektywność wsparcia udzielonego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w województwie podlaskim w latach 2019–2020, Białystok 2021.

¹⁸³ Tamże, s. 45.

¹⁸⁴ Tamże.

dostępność oferty (na przykład brak podmiotów spełniających oczekiwany BUR) oraz brak możliwości finansowania usług zagranicznych¹⁸⁵.

Analiza ewaluacji wskazuje, że instrumenty wsparcia (KFS, PSF) są wysoko efektywne operacyjnie, co potwierdzają bardzo wysokie wskaźniki realizacji refundacji i brak istotnych zakłóceń proceduralnych. Jednocześnie ujawniają się ograniczenia jakościowe i systemowe, w tym zróżnicowanie adekwatności alokacji środków na poziomie powiatów oraz słabsze funkcjonowanie etapów rozliczeniowych.

W obszarze jakości usług odnotowano generalnie wysoką ocenę merytoryczną szkoleń i współpracy z pracodawcami, jednak równolegle występują ryzyka rynkowe, takie jak zawyżanie cen usług szkoleniowych.

Mechanizm PSF, oparty na elastycznym wyborze usług przez przedsiębiorców, sprzyja efektywności dopasowania wsparcia, jednak jego skuteczność jest ograniczana przez niedostateczną dostępność wyspecjalizowanych usług w BUR oraz brak możliwości finansowania usług zagranicznych.

W ujęciu syntetycznym oznacza to, że system jest sprawny proceduralnie, lecz wymaga wzmocnienia jakościowego – w szczególności w zakresie standaryzacji usług, dostępności oferty oraz kontroli rynku szkoleniowego.

8.5.3. Skuteczność działań stricte dobrostanowych

Najmocniejszym instrumentem w firmach jest konkursowy typ projektu w ramach Funduszy Europejskich dla Podlaskiego (FEdP): „Eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy”, w którym ujęto porady psychologiczne i warsztaty o tematyce psychospołecznej (stres, wypalenie, konflikty). Jednocześnie ma on charakter projektowy i wymaga spełnienia warunków diagnozy oraz kompleksowości wsparcia, co premiuje przedsięwzięcia partnerskie (na przykład pracodawca + podmiot leczniczy/organizacja wyspecjalizowana)¹⁸⁶.

W tym samym obszarze program PIP można traktować jako efektywny instrument wspierający wdrażanie działań z zakresu dobrostanu psychicznego w sektorze MŚP: jest bezpłatny, oferuje scenariusze działań (szkolenia, analiza stresogenności, ocena ryzyka), a więc obniża barierę wejścia dla firm, które nie mają jeszcze dojrzałych funkcji HR/Wellbeing¹⁸⁷.

8.6. Zestawienie programów i instrumentów

Poniższe zestawienie obejmuje programy ogólnopolskie oraz instrumenty regionalne i podregionalne, które – jak wynika z kwerendy – mogą wspierać przedsiębiorców w rozwijaniu kompetencji i wdrażaniu działań związanych ze zdrowiem psychicznym pracowników (bezpośrednio lub pośrednio poprzez finansowanie usług rozwojowych).

¹⁸⁵ Paulina Niedopytalska i inni, Analiza i ocena oddziaływania podmiotowego systemu finansowania usług rozwojowych w województwie podlaskim. Raport z badań, Białystok 2020.

¹⁸⁶ Regulamin wyboru projektów w ramach...

¹⁸⁷ Program prewencyjny...

Tabela 23. Programy ogólnopolskie oraz instrumenty regionalne i subregionalne wspierające rozwój kompetencji i działania w obszarze zdrowia psychicznego pracowników

Forma wsparcia / nazwa	Instytucja	Zasięg terytorialny	Grupa docelowa	Charakterystyka wsparcia / rodzaj	Uwagi
Finansowanie kształcenia ustawicznego (KFS)	Starosta / PUP (instrument ustawowy)	Powiat	Pracodawcy i pracownicy; także osoby prowadzące działalność i osoby na umowach cywilnoprawnych	Finansowanie kosztów kształcenia ustawicznego, w tym między innymi usług szkoleniowych i badań lekarskich/psychologicznych wymaganych do podjęcia kształcenia lub zadań po szkoleniu	O przyznaniu decyduje starosta, uwzględniając priorytety i potrzeby rynku; część wymogów dotyczących realizatora szkoleń wskazano z wejściem w życie od 1 stycznia 2026 ¹⁸⁸
Baza Usług Rozwojowych (BUR)	PARP	Ogólnopolski	Pracodawcy, pracownicy, osoby dorosłe uczące się z własnej inicjatywy	Wyszukiwarka i rejestr usług rozwojowych (szkolenia, coaching, doradztwo); podstawa do korzystania z dofinansowań w modelu PSF	Dofinansowanie zależy od operatorów regionalnych; w BUR dostępne są usługi dotyczące między innymi stresu i przeciążenia psychicznego ¹⁸⁹
Podmiotowy System Finansowania usług rozwojowych 2024–2029 (PSF Podlaskie)	WUP Białystok (operator)	Województwo podlaskie	Przedsiębiorcy/pracodawcy i ich pracownicy (w tym kadra zarządzająca) oraz inne podmioty objęte wsparciem	Dofinansowanie usług rozwojowych z BUR; projekt o długim horyzoncie (2024–2029) i wskazanym budżecie	Instrument elastyczny tematycznie – może finansować rozwój kompetencji związanych z dobrostanem, jeśli usługa jest w BUR

¹⁸⁸ Ustawa z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia, Dz.U. 2025 poz. 620.

¹⁸⁹ Baza Usług Rozwojowych...

Forma wsparcia / nazwa	Instytucja	Zasięg terytorialny	Grupa docelowa	Charakterystyka wsparcia / rodzaj	Uwagi
Bony na szkolenie – subregion białostocki („Profesjonalne kadry Podlasia”)	Izba Przemysłowo-Handlowa w Białymstoku + Instytut ADN (operator /partner)	Podregion białostocki (Białystok i powiat białostocki)	Osoby dorosłe z własnej inicjatywy podnoszące kompetencje	Dofinansowanie usług rozwojowych (model bonowy)	Ścieżka rozwoju kompetencji inicjowana przez pracownika, niezależna od polityki szkoleniowej pracodawcy; umożliwia podnoszenie kwalifikacji w sposób zdecentralizowany, w tym także w obszarze kompetencji psychospołecznych; parametry wskazane na stronie WUP190
Bony na szkolenie – subregion łomżyński	ARES S.A. + partner (operator)	Podregion łomżyński (Łomża i siedem powiatów w podziale projektowym)	Osoby dorosłe z własnej inicjatywy	Dofinansowanie usług rozwojowych dostępnych w BUR w ramach PSF	Wskazane cele liczbowe i okres realizacji; wsparcie kierowane do osób dorosłych podejmujących rozwój kompetencji z własnej inicjatywy, bez bezpośredniego powiązania z potrzebami pracodawcy ¹⁹¹
Bony na szkolenie – subregion suwalski	ARES S.A. (operator)	Podregion suwalski (Suwałki i sześć powiatów w podziale projektowym)	Osoby dorosłe z własnej inicjatywy	Dofinansowanie usług rozwojowych dostępnych w BUR w ramach PSF	Wskazane cele liczbowe i okres realizacji; możliwość wyboru usług rozwojowych (np. dotyczących zarządzania stresem) dostępnych w BUR przez osoby dorosłe podejmujące rozwój kompetencji z własnej inicjatywy ¹⁹²

¹⁹⁰ [Bony na szkolenie – subregion białostocki](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku (dostęp: 16.02.2026).

¹⁹¹ [Bony na szkolenie – podregion łomżyński...](#)

¹⁹² [Bony na szkolenie – podregion suwalski...](#)

Forma wsparcia / nazwa	Instytucja	Zasięg terytorialny	Grupa docelowa	Charakterystyka wsparcia / rodzaj	Uwagi
FEEdP – eliminowanie zdrowotnych czynników ryzyka w miejscu pracy (w tym zdrowie psychiczne)	WUP Białystok (IP FEEdP – Regulamin wyboru projektów)	Województwo podlaskie	Pracodawcy i ich pracownicy (projekty poza formułą RPZ)	Kompleksowe działania poprzedzone diagnozą: edukacja o ryzykach zdrowotnych, usprawnienia organizacyjne/proceduralne, przekwalifikowanie; wprost wskazano poradnictwo psychologiczne i warsztaty psychospołeczne	Najbardziej dobrostanowy instrument regionalny dla pracodawców; wymaga przygotowania projektu i diagnozy, a działania muszą dotyczyć konkretnych, wskazanych pracodawców ¹⁹³
FEEdP – rehabilitacja medyczna ułatwiająca powrót do pracy (typ projektu)	WUP Białystok (ogłoszenie naboru na portalu)	Województwo podlaskie	Osoby pracujące oraz osoby pozostające bez zatrudnienia (w tym zarejestrowane jako bezrobotne)	Nabory projektów wybieranych w sposób konkurencyjny /projekty z obszaru ochrony zdrowia i rynku pracy (rehabilitacja sprzyjająca powrotowi do pracy)	Wsparcie kierowane bezpośrednio do uczestników projektów; brak komponentu wsparcia przedsiębiorstw. Dobór działań zależy od konkretnego projektu ¹⁹⁴
Projekt „Zdrowe Podlasie – rehabilitacja medyczna i zawodowa osób pracujących”	Fundacja Forum Inicjatyw Rozwojowych + SPZOZ w Mońkach	Województwo podlaskie (ze szczególnym uwzględnieniem powiatu monieckiego)	Osoby pracujące narażone na opuszczenie rynku pracy z powodu czynników zdrowotnych	Rehabilitacja medyczna i aktywizacja zawodowa (szkolenia kompetencyjne), projekt współfinansowany ze środków FEEdP/EFS+	Przykład lokalnego projektu zdrowotno-zawodowego; może być postrzegany jako element ekosystemu wsparcia pracowników ¹⁹⁵
Program PIP „Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu w miejscu pracy”	Państwowa Inspekcja Pracy	Ogólnopolski (realizacja przez okręgi)	Pracodawcy i pracownicy	Bezpłatny program: ścieżki edukacyjna/analizyczna/ocena ryzyka/eliminacja zagrożeń; szkolenia między innymi o stresie, dyskryminacji, wypaleniu, mobbingu; opcjonalnie analiza stresogenności cech pracy	Bardzo przydatne dla MŚP jako „wejście” w systemowe podejście do ryzyka psychospołecznego ¹⁹⁶

¹⁹³ Regulamin wyboru projektów w ramach...

¹⁹⁴ [Działanie 7.3 Rozwój kadr regionalnej gospodarki, Fundusze Europejskie dla Podlaskiego](#) (dostęp: 16.02.2026).

¹⁹⁵ Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pod nazwą „Zdrowe Podlasie – rehabilitacja medyczna i zawodowa osób pracujących” w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027.

¹⁹⁶ Przeciwdziałanie negatywnym skutkom...

Forma wsparcia / nazwa	Instytucja	Zasięg terytorialny	Grupa docelowa	Charakterystyka wsparcia / rodzaj	Uwagi
Działania szkoleniowe OIP Białystok w ramach programu PIP (przykład)	OIP Białystok (PIP)	Województwo podlaskie	Pracownicy/organizacje objęte szkoleniami	Przykłady realizacji szkoleń nt. przeciwdziałania stresowi i mobbingowi w organizacjach	Potwierdza dostępność komponentu edukacyjnego w regionie (niezależnie od konkursów EFS) ¹⁹⁷
Kurs e-learning „Radzenie sobie ze stresem”	PARP (Akademia PARP)	Ogólnopolski (online)	Osoby dorosłe, w tym pracownicy i kadra	Darmowy kurs e-learning dotyczący mechanizmów stresu i sposobów radzenia sobie	Użyteczne jako narzędzie „bazowe” dla edukacji pracowników, zwłaszcza w małych firmach ¹⁹⁸
Konkurs „Organizacja ucząca się”	WUP Białystok + Politechnika Białostocka	Województwo podlaskie	Pracodawcy inwestujący w rozwój kompetencji	Konkurs promujący kulturę uczenia się w organizacjach	Instrument miękki, ale wzmacnia motywację firm do budowania systemów rozwojowych (które mogą obejmować kompetencje psychospołeczne) ¹⁹⁹

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań jakościowych.

¹⁹⁷ Tamże.

¹⁹⁸ Paulina Dancewicz, Kurs: Radzenie sobie ze stresem...

¹⁹⁹ [Konkurs „Organizacja ucząca się”](#), Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku (dostęp: 16.02.2026).

8.7. Wnioski

W województwie podlaskim dostępne są trzy komplementarne warstwy wsparcia pracodawców w obszarze zdrowia psychicznego w miejscu pracy.

Po pierwsze, są to formy wsparcia polityki rynku pracy ukierunkowane na rozwój kompetencji (w szczególności Krajowy Fundusz Szkoleniowy – KFS, Podmiotowy System Finansowania usług rozwojowych – PSF/BUR oraz bony szkoleniowe), które zapewniają relatywnie szeroką dostępność podnoszenia kwalifikacji i umiejętności.

Formy te charakteryzują się istotną elastycznością wdrożeniową – są dostępne zarówno dla sektora MŚP, jak i podmiotów kontraktujących usługi rozwojowe, a w przypadku KFS obejmują również osoby prowadzące działalność gospodarczą oraz wykonujące pracę na podstawie umów cywilnoprawnych.

W ujęciu systemowym stanowią one popytowe mechanizmy finansowania usług rozwojowych, zwiększając możliwość dopasowania oferty szkoleniowej do zróżnicowanych potrzeb pracodawców i pracowników, przy jednoczesnym zachowaniu ram regulacyjnych właściwych dla publicznych form wsparcia rynku pracy.

Po drugie, w regionie istnieje forma wsparcia o charakterze wdrożeniowym, charakteryzująca się wysoką adekwatnością do tematyki dobrostanu: nabory realizowane w ramach programu regionalnego FEdP, ukierunkowane na eliminowanie czynników ryzyka w miejscu pracy, w których *explicite* wskazano poradnictwo psychologiczne oraz warsztaty o tematyce psychospołecznej (stres, wypalenie, konflikty). Tworzy to realną ścieżkę przejścia od działań szkoleniowych do interwencji wdrożeniowych w środowisku pracy.

Po trzecie, działania informacyjno-profilaktyczne PIP stanowią bezpłatny i w dużej mierze standaryzowany komponent wsparcia w zakresie profilaktyki stresu i innych zagrożeń psychospołecznych, możliwy do uruchomienia bez bariery konkursowej oraz bez istotnych kosztów po stronie przedsiębiorcy (w formule programów profilaktycznych).

Z perspektywy skuteczności systemu zasadnicze bariery mają charakter operacyjny i obejmują jakość oraz dostępność usług (w tym ryzyko zawyżania kosztów), obciążenia proceduralne (zwłaszcza na etapie rozliczeń) oraz ograniczenia podaży wysoko wyspecjalizowanych usług w BUR. Ewaluacje KFS i PSF wskazują jednak, że przy właściwym zarządzaniu procesem formy wsparcia są dla pracodawców użyteczne i zasadniczo sprawne operacyjnie, co stanowi dobrą podstawę do dalszego rozwijania regionalnych działań na styku rynku pracy i zdrowia psychicznego pracowników.

Konfrontacja mapy dostępnych form wsparcia z wynikami badań ilościowych wskazuje na istotną lukę pomiędzy formalną dostępnością narzędzi (KFS, BUR/PSF, konkursy FEdP, działania PIP) a ich realnym wykorzystaniem przez pracodawców. Z przeprowadzonego badania CAWI/CATI wynika, że korzystanie z zewnętrznych programów i projektów (UE, ZUS, WUP, programy regionalne) nie ma charakteru

dominującej praktyki w żadnej kategorii wielkości organizacji. W najmniejszych podmiotach (1–9 osób) przeważa deklaracja braku korzystania (58,8%), przy jednoczesnym relatywnie najwyższym odsetku organizacji, które faktycznie z nich korzystały (23,5%). W organizacjach większych rośnie natomiast udział odpowiedzi „nie wiem” – szczególnie w grupie 250+ (47,4%), co sugeruje, że nawet w przypadku wykorzystania form wsparcia nie stanowią one widocznego i rozpoznawalnego elementu polityki personalnej/HR.

Jednocześnie dane CAWI wskazują, że w organizacjach posiadających doświadczenie korzystania z programów zewnętrznych ocena ich skuteczności jest raczej pozytywna: dominują wskazania „raczej skuteczne” (66,7%), przy niewielkim udziale ocen „bardzo skuteczne” (8,3%) oraz przy obecności opinii o niskiej skuteczności (25%). Oznacza to, że barierą nie jest wyłącznie niska efektywność form wsparcia, lecz w większym stopniu ograniczona świadomość ich istnienia i zasad, koszty transakcyjne wdrożenia (czas, procedury), niedopasowanie form wsparcia do realiów MŚP oraz trudność w przejściu od działań szkoleniowych do wdrożeń organizacyjnych.

Wyniki badania jakościowego wzmacniają tę interpretację: przedsiębiorcy akcentują potrzebę prostych i przewidywalnych mechanizmów finansowania działań dobrostanowych, umożliwiających wdrożenie wsparcia w sposób operacyjny (na przykład zakup usług zewnętrznych, abonamenty, dyżury specjalistów, warsztaty dla pracowników i kadry menedżerskiej), a nie wyłącznie w formie ogólnych działań informacyjnych czy jednorazowych szkoleń. Postulat ten jest spójny z odpowiedziami w badaniu CAWI, gdzie respondenci – hipotetycznie dysponując środkami zewnętrznymi – wskazują przede wszystkim na rozwiązania wdrożeniowe (outsourcing usług, programy szkoleniowe, rozwój kompetencji menedżerskich, narzędzia cyfrowe oraz modele dostępności „na miejscu” w organizacji).

W tym kontekście istotne jest, że dostępne bezpłatnie materiały edukacyjne (na przykład dotyczące stresu) pełnią funkcję bazowego komponentu informacyjnego, jednak nie wyczerpują spektrum problemów zgłaszanych przez organizacje, do których należą między innymi wypalenie, konflikty, przeciążenie, ryzyka psychospołeczne, sytuacje kryzysowe, zachowania przemocowe, mobbing i dyskryminacja oraz potrzeba wsparcia kadry menedżerskiej. Oznacza to, że skuteczna interwencja publiczna wymaga łączenia edukacji z komponentem wdrożeniowym (diagnoza ryzyk, procedury, dostęp do specjalistów, narzędzia zarządzania), umożliwiając przejście od podnoszenia świadomości do realnej zmiany organizacyjnej.

Interpretując ograniczoną skalę korzystania z form wsparcia w obszarze zdrowia psychicznego, należy uwzględnić hipotezę o charakterze ekonomiczno-decyzyjnym. Działania ukierunkowane na dobrostan psychiczny pracowników są trudniejsze do jednoznacznego pomiaru w kategoriach krótkookresowych efektów finansowych, a ich rezultaty mają często charakter pośredni i odroczony. W przeciwieństwie

do inwestycji technologicznych czy produkcyjnych nie generują one natychmiastowych, łatwo mierzalnych wskaźników wzrostu efektywności, co może prowadzić do ich marginalizacji w decyzjach inwestycyjnych – szczególnie w sektorze MŚP.

Jednocześnie wyniki FGI i IDI wskazują, że w organizacjach powiązanych z większymi strukturami korporacyjnymi dobrostan pracowników jest postrzegany jako element strategiczny, wpływający na stabilność zatrudnienia, ograniczenie rotacji, produktywność zespołów oraz budowanie przewagi konkurencyjnej.

W warunkach ograniczonych zasobów przedsiębiorstwa częściej aplikują o wsparcie w obszarach technologicznych i cyfrowych (w tym wdrażanie oprogramowania i narzędzi AI), które są silnie obecne w dyskursie gospodarczym i priorytetach konkursowych. Inwestycje w dobrostan psychiczny – mimo rosnącej świadomości – pozostają często działaniami mniej pilnymi z perspektywy krótkookresowej.

Wnioski z badań jakościowych wskazują, że świadomość znaczenia zdrowia psychicznego wśród pracowników i pracodawców w regionie rośnie, jednak nie osiągnęła jeszcze poziomu obserwowanego w największych ośrodkach miejskich, gdzie programy *well-being* (na przykład EAP) stanowią standard organizacyjny. W województwie podlaskim działania te mają częściej charakter reaktywny niż strategiczny.

Można zatem przyjąć, że ograniczone wykorzystanie dostępnych form wsparcia wynika nie tylko z barier proceduralnych i informacyjnych, lecz także z etapu rozwoju kultury organizacyjnej oraz czynników kulturowych (na przykład stygmatyzacji problemów zdrowia psychicznego). Wraz ze wzrostem presji rynku pracy, niedoboru kadr oraz kosztów absencji i rotacji znaczenie inwestycji w dobrostan psychiczny będzie rosło, co może przełożyć się na większe wykorzystanie dostępnych form wsparcia.

9. Diagnoza luk kompetencyjnych w obszarze zdrowia psychicznego

9.1. Cel analizy i założenia badawcze

Celem tej części opracowania jest określenie stopnia niedostosowania kwalifikacji i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego do aktualnych potrzeb rynku pracy w województwie podlaskim, ze szczególnym uwzględnieniem rozróżnienia na luki ilościowe (niedobór liczby specjalistów) oraz luki jakościowe (niedopasowanie zakresu kompetencji i umiejętności kompetencji do oczekiwań pracodawców).

Analiza koncentrowała się na perspektywie organizacji funkcjonujących w regionie, w tym przedsiębiorstw, instytucji publicznych oraz podmiotów realizujących działania w obszarze zdrowia psychicznego. Punktem odniesienia była ocena dwóch wymiarów: skali zapotrzebowania na określone kompetencje w organizacji oraz dostępności tych kompetencji na regionalnym rynku pracy.

Takie podejście umożliwia jednoczesną analizę strony popytowej (oczekiwania rynku pracy) oraz podażowej (dostępność zasobów kompetencyjnych).

9.2. Technika badawcza zastosowana w analizie

Analiza została przeprowadzona na podstawie danych zgromadzonych z wykorzystaniem techniki CAWI, co umożliwiło pozyskanie standaryzowanych i porównywalnych danych ilościowych od respondentów reprezentujących zróżnicowane typy organizacji – zarówno pod względem wielkości zatrudnienia, profilu działalności, jak i lokalizacji w poszczególnych podregionach województwa podlaskiego.

Respondenci dokonywali oceny każdej z prekategoryzowanych umiejętności i kompetencji w dwóch wymiarach: potrzeby w organizacji oraz dostępności na rynku pracy. W odniesieniu do skali potrzeb zastosowano czterostopniową skalę porządkową obejmującą odpowiedzi: „zdecydowanie potrzebne”, „raczej potrzebne”, „raczej niepotrzebne” oraz „zdecydowanie niepotrzebne”. Skala ta umożliwiała określenie natężenia popytu na daną kompetencję lub umiejętność z perspektywy funkcjonowania organizacji i realizowanych przez nią zadań.

Analogicznie w zakresie oceny dostępności kompetencji lub umiejętności na rynku pracy zastosowano czterostopniową skalę obejmującą kategorie: „łatwo dostępne”, „umiarkowanie dostępne”, „trudno dostępne” oraz „bardzo trudno dostępne / praktycznie niedostępne”. Skala ta pozwalała uchwycić percepcję podaży określonych kwalifikacji i umiejętności z punktu widzenia pracodawców oraz podmiotów instytucjonalnych.

Zastosowanie symetrycznych skal porządkowych (1–4) w obu wymiarach umożliwiło przekształcenie odpowiedzi w mierzalne wskaźniki średnie, a następnie wyznaczenie luki kompetencyjnej jako różnicy pomiędzy poziomem potrzeb a poziomem dostępności danej kompetencji. Tak skonstruowany model analityczny stanowi podstawę dalszej oceny stopnia niedostosowania kwalifikacji i umiejętności do potrzeb regionalnego rynku pracy.

9.3. Zakres diagnozowanych kompetencji i umiejętności

W badaniu uwzględniono dziewięć kluczowych obszarów kompetencyjnych związanych z funkcjonowaniem specjalistów do spraw zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacjach pracy:

- prowadzenie diagnozy i terapii indywidualnej zdrowia psychicznego,
- prowadzenie wsparcia grupowego (warsztaty, treningi),
- kompetencje w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu,
- umiejętność pracy z zespołami zdalnymi i hybrydowymi,
- znajomość narzędzi cyfrowych (teleterapia, aplikacje wellbeingowe),
- umiejętności mediacji i rozwiązywania konfliktów,
- znajomość prawa pracy i aspektów BHP w kontekście zdrowia psychicznego,
- kompetencje komunikacyjne i praca z zespołami,
- umiejętność pracy z kadrą menedżerską i wspierania liderów.
- dobór kompetencji miał charakter funkcjonalny – obejmował zarówno kompetencje kliniczne (diagnostyczno-terapeutyczne), jak i kompetencje organizacyjne, prewencyjne oraz systemowe, istotne z perspektywy współczesnego rynku pracy.

9.4. Logika analizy niedopasowania

Analiza została przeprowadzona na podstawie modelu luki kompetencyjnej, w którym:

- wysoka potrzeba przy niskiej dostępności wskazuje na lukę jakościową i potencjalną lukę ilościową;
- wysoka potrzeba przy umiarkowanej dostępności wskazuje na niedopasowanie strukturalne;
- niska potrzeba przy wysokiej dostępności może świadczyć o nadpodaży lub zmianie struktury zapotrzebowania.

Takie podejście umożliwia nie tylko opis sytuacji, lecz także formułowanie wniosków dla polityki rynku pracy, systemu kształcenia oraz programów wsparcia rozwoju kompetencji w regionie.

9.5. Analiza luki jakościowej (kompetencyjnej)

Analiza stopnia niedostosowania kwalifikacji i umiejętności została przeprowadzona na podstawie modelu luki kompetencyjnej (*skills mismatch framework*), umożliwiającego porównanie poziomu zapotrzebowania (popytu) na daną kompetencję z poziomem jej dostępności (podaży) na rynku pracy.

9.5.1. Model analityczny i definicje wskaźników

Podstawowym wskaźnikiem analizy była luka kompetencyjna (Gap Index, GI), zdefiniowana jako:

$$GI_i = Y_i - X_i$$

gdzie:

- GI_i – luka kompetencyjna dla kompetencji i ,
- Y_i – średnia ocena potrzeb kompetencji i ,
- X_i – średnia ocena dostępności kompetencji i .

Interpretacja wskaźnika:

- $GI_i > 0$ – niedobór kompetencyjny (popyt przewyższa podaż),
- $GI_i = 0$ – równowaga,
- $GI_i < 0$ – nadpodaż (nie odnotowano w badaniu).

W celu identyfikacji odchyleń od średniego poziomu niedopasowania zastosowano standaryzację:

$$Z_i = \frac{GI_i - \overline{GI}}{SD(GI)}$$

gdzie:

- $\overline{GI}$ – średnia luka kompetencyjna dla wszystkich analizowanych kompetencji,
- $SD(GI)$ – odchylenie standardowe luki.

Dodatkowo obliczono Indeks Priorytetu Interwencji (IPI):

$$IPI_i = Y_i \times (Y_i - X_i)$$

Wskaźnik ten uwzględnia zarówno poziom zapotrzebowania, jak i skalę deficytu, co pozwala określić hierarchię działań interwencyjnych.

Zastosowane wskaźniki mają charakter diagnostyczny i służą syntetycznej identyfikacji obszarów niedostosowania kompetencyjnego. Konstrukcja opiera się na logice różnicy między deklarowanym zapotrzebowaniem a oceną dostępności kompetencji, co pozwala bezpośrednio uchwycić relację popyt–podaż na poziomie poszczególnych kompetencji.

Standaryzacja (Z_i) została zastosowana w celu zapewnienia porównywalności kompetencji różniących się poziomem rozproszenia ocen. Odchylenie standardowe

obliczono dla całego zbioru analizowanych kompetencji, co pozwala interpretować wartości jako względne odchylenia od średniego poziomu niedostosowania.

Indeks Priorytetu Interwencji (IPI) wprowadzono jako wskaźnik uwzględniający zarówno skalę deficytu (GI), jak i ogólny poziom zapotrzebowania (Y_i). Mnożenie komponentów pozwala uchwycić sytuacje, w których wysokie zapotrzebowanie współwystępuje z wysoką luką – co uzasadnia hierarchizację interwencji.

Wszystkie kompetencje traktowane są równoważnie – na obecnym etapie badania nie wprowadzono wag różnicujących, z uwagi na brak przesłanek empirycznych pozwalających na ich rzetelną kalibrację. Konstrukcja wskaźników ma charakter otwarty i może być rozwijana w przyszłych edycjach monitoringu.

9.5.2. Wyniki szczegółowe

Podrozdział prezentuje analizę luki kompetencyjnej w obszarze kompetencji związanych ze zdrowiem psychicznym w organizacjach. Analiza opiera się na porównaniu średniego poziomu dostępnych kompetencji (X) z poziomem oczekiwanym przez pracodawców (Y), a także na syntetycznych wskaźnikach niedostosowania: GI (różnica między oczekiwanym a dostępnym poziomem), Z-gap (standaryzowana wielkość luki) oraz IPI (Indeks Priorytetu Interwencji). Zastosowane miary pozwalają na identyfikację obszarów o największym znaczeniu strategicznym z perspektywy planowania działań szkoleniowych oraz projektowania instrumentów wsparcia w ramach polityki rynku pracy.

Tabela 24. Indeks luki kompetencyjnej (GI, Z-gap, IPI) w obszarze kompetencji związanych ze zdrowiem psychicznym w organizacjach

Kompetencja	X	Y	GI	Z-gap	IPI
Przeciwdziałanie wypaleniu	2,9	3,7	0,8	1,9	2,8
Praca z kadrą menedżerską	3,0	3,6	0,6	0,9	2,1
Diagnoza i terapia indywidualna	2,9	3,4	0,5	0,5	1,7
Wsparcie grupowe	2,9	3,3	0,4	0,0	1,4
Kompetencje komunikacyjne	3,1	3,5	0,4	-0,09	1,4
Prawo pracy i BHP	3,2	3,6	0,4	-0,30	1,3
Praca z zespołami zdalnymi	3,0	3,3	0,3	-0,61	1,0
Mediacje i konflikty	3,1	3,4	0,3	-0,72	0,9
Narzędzia cyfrowe	3,0	3,1	0,1	-1,52	0,4

Źródło: analizy własne na podstawie badania CAWI.

Najwyższy poziom luki jakościowej odnotowano w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu (GI = 0,77; Z-gap = +1,87). Wartość ta wyraźnie przekracza średnią dla pozostałych kompetencji, co wskazuje na strukturalny deficyt w obszarze działań profilaktycznych i interwencyjnych związanych z wypaleniem. Wysoka wartość IPI (2,83) potwierdza, że jest to obszar o najwyższym priorytecie interwencji systemowej.

Istotne niedopasowanie występuje również w zakresie pracy z kadrą menedżerską (GI = 0,58; IPI = 2,08) oraz diagnozy i terapii indywidualnej (GI = 0,51; IPI = 1,74). W obu

przypadkach obserwuje się wysoką potrzebę przy umiarkowanej dostępności kompetencji, co może wskazywać na niedostateczny poziom specjalizacji oraz ograniczoną liczbę wykwalifikowanych specjalistów zdolnych do pracy z organizacjami.

Kompetencje takie jak wsparcie grupowe, kompetencje komunikacyjne czy prawo pracy i BHP charakteryzują się umiarkowanym poziomem luki, co sugeruje częściową równowagę między podażą a popytem. Najniższy poziom niedostosowania odnotowano w obszarze narzędzi cyfrowych ($GI = 0,13$; $IPI = 0,41$) oraz mediacji i rozwiązywania konfliktów ($GI = 0,28$), co wskazuje na relatywnie lepsze dopasowanie oferty kompetencyjnej do oczekiwań pracodawców.

W ujęciu syntetycznym analiza potwierdza, że największe deficyty dotyczą kompetencji o charakterze strategicznym i systemowym – związanych z przeciwdziałaniem wypaleniu oraz pracą z kadrą zarządzającą – co powinno stanowić punkt wyjścia do projektowania regionalnych programów rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego w miejscu pracy.

9.5.3. Parametry zbiorcze

Średnia luka kompetencyjna:

$$\overline{GI} = 0,417$$

Odchylenie standardowe:

$$SD(GI) = 0,19$$

Oznacza to, że przeciętne niedopasowanie między zapotrzebowaniem a dostępnością kompetencji w analizowanym obszarze wynosi 0,42 punktu w czterostopniowej skali.

9.5.4. Wnioski w zakresie luki jakościowej

Przeprowadzona analiza wskazuje, że w badanym obszarze dominuje niedostosowanie jakościowe (kompetencyjne), a nie niedobór nominalny kompetencji. Oznacza to, że problem nie polega wyłącznie na braku specjalistów jako takich, lecz na niewystarczającym poziomie dopasowania ich kwalifikacji i umiejętności do rosnących oraz zmieniających się potrzeb organizacji w zakresie zdrowia psychicznego pracowników.

Największe deficyty kompetencyjne dotyczą obszarów o charakterze prewencyjnym i systemowym. W szczególności wyraźna luka występuje w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz pracy z kadrą menedżerską. Są to kompetencje kluczowe z perspektywy zarządzania dobrostanem w organizacjach, zwłaszcza w warunkach nasilających się obciążeń psychospołecznych, presji efektywnościowej oraz rosnącej złożoności środowiska pracy. Ich niedostateczny poziom może skutkować utrwalaniem problemów o charakterze strukturalnym, takich jak spadek motywacji, rotacja pracowników czy wzrost absencji.

Istotne niedopasowanie dotyczy również specjalistycznej diagnozy i terapii indywidualnej, co wskazuje na ograniczoną dostępność wysoko wykwalifikowanych specjalistów, gotowych do prowadzenia zaawansowanych interwencji psychologicznych w środowisku pracy. W kontekście regionalnym może to oznaczać zarówno niedobór odpowiednich kadr, jak i bariery instytucjonalne utrudniające efektywne wykorzystanie istniejących zasobów.

Relatywnie wyższy poziom dopasowania obserwuje się w obszarze kompetencji technicznych i cyfrowych, a także w zakresie mediacji i pracy z zespołami zdalnymi. Oznacza to, że w tych segmentach rynek kompetencji jest bardziej zrównoważony, a poziom podaży w większym stopniu odpowiada zgłaszanemu zapotrzebowaniu. Nie oznacza to jednak pełnej równowagi, lecz raczej niższy poziom napięcia kompetencyjnego w porównaniu z obszarami o charakterze strategicznym i prewencyjnym.

Wysokie wartości Indeksu Priorytetu Interwencji w zakresie przeciwdziałania wypaleni zawodowemu, pracy z kadrą menedżerską oraz specjalistycznej diagnozy i terapii wskazują na konieczność ukierunkowanych działań szkoleniowych i programów wsparcia. W szczególności rekomendowane jest rozwijanie programów doskonalenia kompetencji w zakresie profilaktyki wypalenia zawodowego, systemowego wsparcia kadry zarządzającej oraz pogłębiania kwalifikacji specjalistów świadczących usługi diagnostyczne i terapeutyczne.

W ujęciu syntetycznym luka jakościowa w badanym obszarze ma charakter strukturalny i wymaga interwencji wykraczających poza działania incydentalne. Niezbędne jest powiązanie polityki rozwoju kompetencji z regionalnymi instrumentami wsparcia, w tym z ofertą usług rozwojowych oraz programami finansowanymi ze środków publicznych, tak aby wzmocnić potencjał organizacji do systemowego zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników.

9.6. Analiza luki ilościowej – ujęcie zintegrowane (przedsiębiorstwa i system ochrony zdrowia)

Luka ilościowa w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim ma charakter wielosektorowy i nie może być analizowana wyłącznie w obrębie systemu ochrony zdrowia. Zapotrzebowanie na specjalistów – w szczególności psychiatrów, psychologów i psychoterapeutów – generowane jest równolegle przez podmioty lecznicze, sektor prywatny oraz przedsiębiorstwa, które coraz częściej deklarują potrzebę zapewnienia wsparcia psychologicznego pracownikom.

Ujęcie zintegrowane pozwala na ocenę skali niedoboru w relacji do:

- realnego obciążenia systemu ochrony zdrowia,
- deklarowanego popytu pracodawców,
- zdolności systemu edukacyjno-specjalizacyjnego do zwiększania podaży kadr.

Analiza ta ma kluczowe znaczenie dla oceny trwałości niedostosowania oraz możliwości jego redukcji w perspektywie krótko- i średniookresowej.

9.6.1. Popyt przedsiębiorstw – komponent aktualny i deklaracyjny (DP)

Analiza luki ilościowej w obszarze zdrowia psychicznego wymaga zintegrowanego ujęcia popytu generowanego przez dwa główne segmenty rynku: system ochrony zdrowia oraz sektor przedsiębiorstw. W celu operacjonalizacji zapotrzebowania ze strony firm zastosowano wskaźnik deklarowanego popytu (DP), definiowany jako:

$$DP = \frac{\text{odsetek firm planujących zatrudnienie lub współpracę}}{100}$$

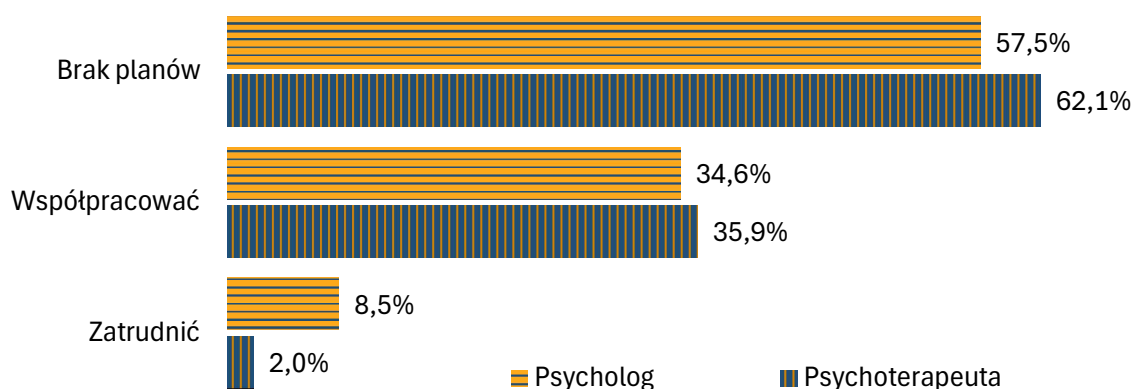
Wskaźnik ten pozwala oszacować potencjalną presję popytową generowaną przez przedsiębiorstwa wobec ograniczonej puli specjalistów dostępnych na regionalnym rynku pracy.

Z przeprowadzonego badania CAWI (wykres 89) wynika, że:

- w przypadku psychologów 8,5% firm planuje zatrudnienie, a 34,6% współpracę (łącznie 43,1% podmiotów deklaruje jakąkolwiek formę pozyskania specjalisty);
- w przypadku psychoterapeutów 2% firm planuje zatrudnienie, a 35,9% współpracę (łącznie 37,9%).

Oznacza to, że wartość wskaźnika DP dla psychologa wynosi 0,431, a dla psychoterapeuty 0,379. Należy podkreślić, że są to deklaracje planistyczne, jednak ich skala wskazuje na wyraźną zmianę w postrzeganiu roli wsparcia psychologicznego w środowisku pracy.

Wykres 89. Plany dotyczące zatrudnienia psychologa i psychoterapeuty



Źródło: badanie ankietowe, CAWI & CATI, N=153, województwo podlaskie.

Jednocześnie sektor przedsiębiorstw nie tworzy nowych zasobów kadrowych, lecz konkuruje o te same osoby, które funkcjonują w systemie ochrony zdrowia: publicznym i prywatnym. W efekcie popyt generowany przez firmy ma charakter komplementarny wobec zapotrzebowania medycznego, ale z punktu widzenia rynku pracy zwiększa ogólną presję na ograniczoną podaż.

W systemie ochrony zdrowia zapotrzebowanie przejawia się w:

- obciążeniu oddziałów psychiatrycznych,
- niedostatecznej dostępności psychiatrii dzieci i młodzieży,
- koncentracji świadczeń w podregionie białostockim,
- wydłużonych terminach oczekiwania na konsultacje.

Szczególnie istotna jest sytuacja w obszarze psychiatrii dziecięcej, gdzie skala problemów epidemiologicznych nie znajduje odzwierciedlenia w liczbie dostępnych specjalistów. W warunkach ograniczonej liczby miejsc specjalizacyjnych (165 w psychiatrii i 48 w psychiatrii dzieci i młodzieży w skali kraju w 2025 roku²⁰⁰) tempo przyrostu nowych specjalistów pozostaje niewspółmierne do rosnącego zapotrzebowania.

Oznacza to, że nawet umiarkowany wzrost popytu generowany przez sektor przedsiębiorstw może dodatkowo pogłębiać niedobór kadrowy w systemie publicznym. W warunkach deficytowego rynku pracy mechanizm ten prowadzi do:

- wzrostu cen usług w sektorze prywatnym,
- migracji specjalistów do bardziej dochodowych form współpracy,
- dalszego wydłużania kolejek w systemie finansowanym ze środków publicznych.

W konsekwencji luka ilościowa w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim ma charakter skumulowany i wieloźródłowy. Jej skala wynika nie tylko z niedoboru specjalistów w ochronie zdrowia, lecz również z rosnącej presji popytowej generowanej przez rynek pracy jako całość.

9.6.2. Aktualna podaż – stan zasobów, obciążenie systemu i zdolność do zwiększania liczby specjalistów

Ocena luki ilościowej w obszarze zdrowia psychicznego wymaga zestawienia liczby dostępnych etatów specjalistycznych z rzeczywistą skalą korzystania ze świadczeń. W województwie podlaskim zakontraktowanych jest łącznie 368,04 etatu specjalistów w obszarze zdrowia psychicznego (psychiatrzy, psychiatrzy dziecięcy, psycholodzy, psychoterapeuci, terapeuci uzależnień), co odpowiada 32,3 etatu na 100 tysięcy mieszkańców.

Presję systemową można wyrazić za pomocą wskaźnika obciążenia specjalistycznego (SP):

$$SP = \frac{\text{liczba pacjentów}}{\text{liczba etatów specjalistów}}$$

Zgodnie z danymi za 2023 rok:

- liczba pacjentów wynosiła 1 599 944

²⁰⁰ Komunikat w sprawie liczby miejsc rezydentkich przyznanych przez Ministra Zdrowia na postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne rozpoczynające się 1 marca 2025 r., Ministerstwo Zdrowia (dostęp: 17.02.2026).

- liczba etatów specjalistów: 368,04²⁰¹

$$SP_{2023} = \frac{1599944}{368,04} \approx 4347 \text{ pacjentów na 1 etat}$$

Dla porównania – w 2018 roku: liczba pacjentów wynosiła 1 507 532.

$$SP_{2018} = \frac{1507532}{368,04} \approx 4098$$

Oznacza to wzrost wskaźnika obciążenia o około 6% w ciągu 5 lat przy założeniu niezmienniej liczby etatów. W tym samym okresie liczba porad wzrosła z 8 584 500 do 10 155 846 (wzrost o około 18wzór po:%), co dodatkowo potwierdza narastającą intensywność wykorzystania systemu.

Jednocześnie liczba hospitalizacji spadła (z 272 328 w 2018 roku do 253 487 w roku 2023), co może wskazywać na częściową deinstytucjonalizację leczenia, lecz nie oznacza zmniejszenia presji systemowej – przeciwnie, zwiększa obciążenie poradni i specjalistów ambulatoryjnych.

Wzrost wartości SP oznacza, że system publiczny funkcjonuje w warunkach zwiększonego obciążenia, co ogranicza możliwość uwolnienia zasobów kadrowych dla sektora prywatnego. W warunkach deficytu specjalistów każda dodatkowa presja popytowa (na przykład ze strony sektora prywatnego) pogłębia konkurencję o te same kadry.

Analiza liczby miejsc specjalizacyjnych w styczniu 2026 roku wskazuje na bardzo ograniczone możliwości zwiększenia liczby etatów w najbliższych latach:

Psychiatria – 9 miejsc:

- Białystok (REVIT Sp. z o.o., Centrum Zdrowia Psychicznego REVIT) – 2;
- Suwałki (Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach) – 1;
- Choroszcz (Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej imienia doktora Stanisława Deresza w Choroszczy) – podregion białostocki – 3;
- Hajnówka (Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce, Oddział Psychiatryczny) – podregion łomżyński – 3;
- Łomża – 0²⁰².

Psychiatria dzieci i młodzieży – 1 miejsce (Białystok)

- Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny imienia Ludwika Zamenhafa w Białymstoku – 1²⁰³.

²⁰¹ Dane Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku.

²⁰² [Wykaz wolnych miejsc szkoleniowych na terenie województwa podlaskiego na dzień 26 stycznia 2026 r.](#), Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (dostęp: 4.02.2026).

²⁰³ Tamże.

W skali regionu oznacza to maksymalnie 10 nowych lekarzy w trakcie specjalizacji rocznie (przy pełnym obsadzeniu miejsc), z czego tylko jeden w psychiatrii dziecięcej.

W latach 2022–2023 kierunek lekarski na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku ukończyło łącznie 559 absolwentów (261 w 2022 roku oraz 298 w roku 2023). W tym samym okresie odnotowano również absolwentów kierunków powiązanych z obszarem wsparcia psychospołecznego: psychologii (82 osoby), pracy socjalnej (118 osób w Białymstoku oraz 22 osoby w Łomży) oraz pedagogiki resocjalizacyjnej (42 osoby). Łącznie w analizowanych kierunkach w 2022 roku studia ukończyło 370 osób, natomiast w roku 2023 – 431 osób²⁰⁴.

Należy jednak podkreślić, że jedynie absolwenci kierunku lekarskiego posiadają formalną możliwość rozpoczęcia specjalizacji psychiatrycznej, a tym samym wejścia do zawodu lekarza psychiatry. W skali kraju w postępowaniu kwalifikacyjnym rozpoczynającym się 1 marca 2025 roku przewidziano 4263 miejsca rezydenckie ogółem, z czego 165 w psychiatrii oraz 48 w psychiatrii dzieci i młodzieży (łącznie 213 miejsc w obu specjalnościach)²⁰⁵. Oznacza to, że specjalizacje psychiatryczne stanowią około 5% wszystkich miejsc rezydenckich w Polsce, co w warunkach rosnącego zapotrzebowania na świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego wskazuje na utrzymujące się ograniczenia systemowe.

Jednocześnie kierunki takie jak pedagogika resocjalizacyjna oraz praca socjalna nie dają bezpośrednich uprawnień do wykonywania zawodów medycznych ani psychoterapeutycznych. W praktyce pełnią one funkcję wstępnego etapu edukacyjnego, umożliwiającego ewentualne podjęcie dalszego, specjalistycznego kształcenia – na przykład w szkołach psychoterapii.

Z przeprowadzonych badań jakościowych (IDI, FGI) wynika, że ścieżka prowadząca do uzyskania kwalifikacji psychoterapeutycznych jest postrzegana przez respondentów jako kosztowna i czasochłonna. Obejmuje ona kilkuletnie szkolenie (zazwyczaj 4 lata), obowiązkowe staże kliniczne, superwizję oraz wysokie opłaty za kształcenie, co stanowi istotną barierę wejścia do zawodu. W konsekwencji znaczna część absolwentów kierunków społecznych i pedagogicznych nie zasila bezpośrednio rynku specjalistów zdrowia psychicznego, a efekt podaży tych kierunków ma charakter odroczony i selektywny.

W ujęciu systemowym oznacza to, że nominalna liczba absolwentów kierunków powiązanych z obszarem zdrowia psychicznego nie przekłada się wprost na realne zwiększenie dostępności wysoko wykwalifikowanych specjalistów w regionie. Dodatkowo w przypadku lekarzy psychiatrów efekt podaży jest opóźniony o co najmniej 5 lat, co w warunkach rosnącego popytu na usługi zdrowia psychicznego prowadzi do utrzymywania się strukturalnej luki kadrowej w województwie podlaskim.

²⁰⁴ [Zarobki absolwentów uczelni na wybranych kierunkach](#), Ekonomiczne Losy Absolwentów (dostęp: 17.02.2026).

²⁰⁵ Komunikat w sprawie liczby miejsc...

Tabela 25. Liczba absolwentów potencjalnie mogących zasilić zawody związane z dobrostanem psychicznym

Powiaty	Kierunek studiów	Nazwa uczelni	2022 – liczba absolwentów	2023 – liczba absolwentów
Miasto Białystok	Kierunek lekarski	Uniwersytet Medyczny w Białymstoku	261,0	298,0
Miasto Białystok	Pedagogika resocjalizacyjna	Uniwersytet w Białymstoku	0,0	42,0
Miasto Białystok	Praca socjalna	Uniwersytet w Białymstoku	48,0	48,0
Miasto Białystok	Psychologia	Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku	39,0	43,0
Miasto Łomża	Praca socjalna	Akademia Nauk Stosowanych w Łomży	22,0	0,0
Liczba absolwentów	[pusta]	[pusta]	370,0	431,0

Źródło: Elektroniczne Losy Absolwentów (dostęp: 10.01.2026).

Wzrost liczby pacjentów z 1,5 miliona do blisko 1,6 miliona, przy wolno rosnącej liczbie etatów deklarowanych przez NFZ na 368,04 w listopadzie 2025 roku²⁰⁶, powoduje systematyczny wzrost wartości SP. Jednocześnie liczba miejsc specjalizacyjnych (9 w psychiatrii ogólnej i 1 w psychiatrii dziecięcej) nie pozwala na szybkie zwiększenie podaży.

Oznacza to, że:

- luka ilościowa ma charakter trwały i strukturalny;
- system nie posiada obecnie wystarczającej zdolności do redukcji wskaźnika SP w krótkim okresie;
- rosnący popyt (zarówno medyczny, jak i generowany przez przedsiębiorstwa) będzie pogłębiał presję na istniejące zasoby.

9.6.3. Rezerwa podaży – bezrobocie rejestrowane (LP)

Liczba zarejestrowanych bezrobotnych w województwie podlaskim wynosi:

- psycholog – 20 osób,
- psychoterapeuta – 1 osoba,
- specjalista terapii uzależnień – 1 osoba²⁰⁷.

Wskaźnik podaży rezerwowej można zapisać jako:

$$LP = \frac{\text{liczba bezrobotnych}}{\text{zapotrzebowanie}}$$

²⁰⁶ Dane Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku w odpowiedzi na prośbę udzielenia informacji.

²⁰⁷ [Oferty.praca.gov.pl](https://oferty.praca.gov.pl) (dostęp: 17.02.2026).

Przy tak niskich liczbach LP przyjmuje wartości zbliżone do zera, co oznacza minimalną możliwość szybkiego uzupełnienia niedoborów kadrowych.

9.6.4. Wskaźnik napięcia rynku pracy (RT)

W celu empirycznego potwierdzenia luki ilościowej obliczono wskaźnik napięcia rekrutacyjnego:

$$RT = \frac{\text{liczba ofert pracy}}{\text{liczba bezrobotnych}}$$

Dla województwa podlaskiego:

Psycholog:

$$RT = \frac{34}{20} = 1,70$$

Psychoterapeuta:

$$RT = \frac{30}{1} = 30,0$$

Wartość $RT > 1$ oznacza rynek pracownika i niedobór podaży. W przypadku psychoterapeutów wskaźnik wskazuje na skrajne napięcie rekrutacyjne.

9.6.5. Komponent infrastrukturalny – liczba podmiotów (PKD)

W województwie podlaskim zarejestrowanych jest:

- 316 podmiotów z kodem PKD 86.93.Z (działalność psychologiczna i psychoterapeutyczna),
- 34 podmioty z kodem PKD 86.22.Z (praktyka lekarska specjalistyczna – między innymi psychiatria)²⁰⁸.

Łącznie daje to 350 podmiotów prowadzących działalność w analizowanym obszarze.

Wskaźnik gęstości podmiotów (PD) można zapisać jako:

$$PD = \frac{\text{liczba podmiotów}}{\text{liczba mieszkańców}} \times 100\,000$$

Dla populacji województwa około 1,14 miliona oznacza to:

$$PD \approx \frac{350}{1\,140\,000} \times 100\,000 \approx 30,7 \text{ podmiotów na } 100 \text{ tys. mieszkańców}$$

Należy jednak podkreślić, że są to dane poglądowe, ponieważ nie wszystkie poradnie i praktyki rejestrują się pod wskazanymi kodami PKD. Ponadto nie udało się pozyskać bezpośrednio w Banku Danych Lokalnych liczby podmiotów z kodami PKD 86.93.Z

²⁰⁸ [Przeglądanie wpisów, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej](#) (dostęp: 17.02.2026).

i 86.22.Z, gdyż BDL nie udostępnia szczegółowego zestawienia podmiotów według klas PKD w obszarze opieki zdrowotnej na poziomie województwa i podregionów. Dane o podmiotach gospodarki narodowej dostępne są w BDL na poziomie sekcji i działów, lecz nie w rozbiciu na klasy PKD.

9.6.6. Syntetyczny model luki ilościowej

Uwzględniając cztery komponenty:

- presję popytową przedsiębiorstw (DP),
- presję systemową (SP),
- minimalną rezerwę podaży (LP),
- empiryczne napięcie rynku pracy (RT),

można rozszerzyć wcześniejszy model do postaci:

$$QGI^* = f(DP + SP + RT - LP)$$

W warunkach województwa podlaskiego:

- DP jest dodatni i rosnący,
- SP jest wysoki (rosnąca liczba pacjentów przy nieproporcjonalnym wzroście etatów),
- RT przekracza 1 (a w przypadku psychoterapeutów osiąga wartości skrajne),
- LP jest minimalny.

Oznacza to dodatnią, empirycznie potwierdzoną lukę ilościową.

Model QGI* został skonstruowany jako syntetyczny indeks integrujący cztery komplementarne wymiary luki ilościowej: presję popytową przedsiębiorstw (DP), presję systemową wynikającą z dynamiki świadczeń (SP), empiryczne napięcie rynku pracy (RT) oraz minimalną rezerwę podaży (LP). Każdy z komponentów odzwierciedla odrębny mechanizm niedostosowania, a ich łączne ujęcie pozwala uchwycić skalę strukturalnego napięcia w sektorze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim. Strukturalne napięcie w sektorze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim należy rozumieć jako efekt nakładających się deficytów kadrowych, rosnącego zapotrzebowania na świadczenia oraz ograniczonej zdolności systemu do absorpcji popytu, co prowadzi do trwałej nierównowagi rynku pracy.

Agregacja ma charakter liniowy (addytywny), przy uprzednim sprowadzeniu komponentów do porównywalnej skali analitycznej. Konstrukcja nie wprowadza wag różnicujących poszczególne wymiary, co wynika z braku jednoznacznych przesłanek empirycznych pozwalających na ich rzetelną kalibrację w warunkach jednorazowego pomiaru. Przyjęcie wag równych zapewnia przejrzystość procedury oraz ogranicza ryzyko arbitralnej hierarchizacji komponentów niedostosowania.

Model nie stanowi konstrukcji teoretycznej w sensie wyjaśniania zależności przyczynowych, lecz ma charakter aplikacyjno-diagnostyczny. Jego uzasadnienie ma charakter metodologiczny (proceduralny) i wynika z potrzeby integracji wieloźródłowych

danych empirycznych opisujących relację popytu i podaży oraz skumulowany efekt napięć systemowych. Wskaźnik pełni funkcję porządkującą i wzmacniającą interpretację wyników częściowych – nie zastępuje analiz szczegółowych, lecz syntetyzuje ich rezultaty.

Wnioski dotyczące niedopasowania zawodów, presji popytowej oraz ograniczeń podaży opierają się na wieloźródłowej analizie danych (statystycznych, instytucjonalnych i badawczych), a model syntetyczny stanowi ich spójne ujęcie agregacyjne. Konstrukcja wskaźnika pozostaje otwarta na dalszą kalibrację w ramach monitoringu prowadzonego przez WUP i partnerów systemowych, w szczególności przy wykorzystaniu danych obserwowanych w czasie.

9.6.7. Wniosek pogłębiony – systemowy charakter niedostosowania

W konsekwencji niedostosowanie ilościowe w regionie należy traktować jako zjawisko systemowe, a nie incydentalne czy przejściowe. Jego źródłem jest jednoczesne oddziaływanie kilku nakładających się czynników: realnego zatrudnienia specjalistów w przedsiębiorstwach, deklaracji dalszego zwiększania współpracy, rosnącego obciążenia systemu publicznej ochrony zdrowia oraz bardzo ograniczonej rezerwy podaży pracy w zawodach psychologicznych i pokrewnych.

Analiza wykazała, że rynek specjalistów do spraw zdrowia psychicznego w województwie podlaskim funkcjonuje w warunkach napięcia strukturalnego. Liczba ofert pracy przewyższa liczbę dostępnych bezrobotnych, a zakontraktowane etaty w systemie NFZ nie rosną proporcjonalnie do liczby osób korzystających z opieki psychiatrycznej i psychoterapeutycznej. Jednocześnie sektor przedsiębiorstw zaczyna generować dodatkowy, autonomiczny popyt, który nie był dotąd dominującym komponentem rynku.

Oznacza to, że problem nie polega wyłącznie na bieżącym niedoborze kadrowym, lecz na ograniczonej zdolności systemu do absorpcji dalszego wzrostu zapotrzebowania. W przypadku utrzymania obecnych trendów – wzrostu świadomości znaczenia zdrowia psychicznego w miejscu pracy, starzenia się kadr medycznych oraz zwiększającej się liczbie pacjentów z problemami zdrowia psychicznego – luka ilościowa może przejść z poziomu wysokiego do krytycznego.

Szczególnie istotny jest fakt, że oba sektory – publiczny i prywatny – konkurują o ten sam zasób specjalistów. W warunkach niskiego bezrobocia oznacza to, że wzrost zatrudnienia w jednym segmencie rynku może prowadzić do osłabienia dostępności w drugim. Tym samym niedostosowanie ma charakter dwusektorowy i nie może być analizowane w izolacji od szerszej struktury systemu ochrony zdrowia.

W perspektywie średniookresowej istnieje ryzyko pogłębiania niedoboru specjalistów do spraw zdrowia psychicznego, szczególnie w obszarach wymagających wysokich kwalifikacji oraz w podregionach o mniejszej koncentracji infrastruktury medycznej. Bez równoległych działań zwiększających podaż kadrową oraz wzmacniających system

kształcenia i specjalizacji obecne napięcie może ugruntować się jako trwała cecha regionalnego rynku pracy.

9.6.8. Stopień niedostosowania – ujęcie kompleksowe

Przeprowadzona analiza luki jakościowej i ilościowej wskazuje, że niedostosowanie kwalifikacji i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim ma charakter wielowymiarowy i systemowy. Nie jest ono wyłącznie efektem percepcji pracodawców ani wyłącznie konsekwencją ograniczonej podaży kadrowej, lecz wynika ze współwystępowania rosnącego zapotrzebowania kompetencyjnego oraz strukturalnych ograniczeń rynku pracy.

W wymiarze jakościowym niedostosowanie przejawia się jako rozbieżność między wysoką oceną zapotrzebowania na wybrane kompetencje a ich umiarkowaną lub niską dostępnością na rynku pracy. Szczególnie widoczne jest to w obszarach wymagających zaawansowanych umiejętności specjalistycznych oraz kompetencji łączących wiedzę kliniczną z rozumieniem funkcjonowania organizacji (na przykład przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu, wsparcie kadry menedżerskiej, diagnoza i terapia indywidualna). Oznacza to, że nawet przy formalnej obecności specjalistów w regionie występuje niedopasowanie strukturalne – dostępne kompetencje nie zawsze odpowiadają profilowi potrzeb zgłaszanych przez organizacje.

W wymiarze ilościowym niedostosowanie ma charakter narastający. Z jednej strony rośnie presja systemowa związana ze wzrostem liczby pacjentów korzystających z opieki psychiatrycznej, co zwiększa obciążenie istniejących etatów specjalistów. Z drugiej – sektor przedsiębiorstw generuje realny oraz deklaracyjny popyt na wsparcie psychologiczne i psychoterapeutyczne. Jednocześnie rezerwa podaży pracy – mierzona poziomem bezrobocia w zawodach psychologicznych i pokrewnych – pozostaje minimalna. Oznacza to ograniczoną zdolność systemu do szybkiego zwiększenia liczby specjalistów w odpowiedzi na wzrost zapotrzebowania.

Kompleksowa ocena stopnia niedostosowania wskazuje zatem na współwystępowanie:

- luki jakościowej, polegającej na niedopasowaniu profilu kompetencji do potrzeb rynku pracy;
- luki ilościowej, wynikającej z ograniczonej liczby specjalistów w relacji do rosnącego zapotrzebowania;
- presji dwusektorowej, w której sektor publiczny i przedsiębiorstwa konkurują o ten sam zasób kadrowy.

W ujęciu systemowym niedostosowanie to ma charakter:

- strukturalny, ponieważ wynika z trwałych uwarunkowań demograficznych, edukacyjnych i organizacyjnych;
- dynamiczny, ponieważ wzrost świadomości znaczenia zdrowia psychicznego generuje dodatkowy popyt;

- kumulatywny, gdyż oddziaływanie poszczególnych czynników wzmacnia się wzajemnie.

Stopień niedostosowania można określić jako umiarkowany do wysokiego, z tendencją wzrostową. O ile obecny system funkcjonuje jeszcze w warunkach względnej równowagi operacyjnej, o tyle utrzymanie obecnych trendów – bez równoległego zwiększania liczby specjalistów oraz dostosowania oferty kształcenia do potrzeb rynku – może prowadzić do pogłębiania deficytów kompetencyjnych w perspektywie średniookresowej.

W konsekwencji województwo podlaskie stoi przed wyzwaniem jednoczesnego wzmocnienia podaży kadrowej, podniesienia jakości i profilowania kompetencji oraz lepszego powiązania systemu edukacji, ochrony zdrowia i rynku pracy. Ocena kompleksowa stanowi podstawę do sformułowania rekomendacji w zakresie polityki rynku pracy, planowania kształcenia oraz programów wsparcia rozwoju kompetencji w obszarze zdrowia psychicznego.

10. Wnioski i rekomendacje

Rozdział syntetyzuje ustalenia raportu „Badanie potrzeb i kierunków rozwoju w obszarze zawodów, kwalifikacji i umiejętności związanych ze zdrowiem psychicznym w województwie podlaskim” i przekłada je na zestaw rekomendacji możliwych do wdrożenia na poziomie regionalnym i instytucjonalnym. Raport opiera się na analizie danych zastanych, badaniu ilościowym CAWI/CATI (N=154) oraz badaniach jakościowych (FGI i IDI).

Kluczowe są trzy wnioski.

Po pierwsze, niedostosowanie w obszarze zdrowia psychicznego ma charakter systemowy i dwusektorowy: konkurencja pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym dotyczy tego samego, ograniczonego zasobu kadrowego, przy braku istotnej „rezerwy podażowej” i przy rosnącej presji popytowej.

Po drugie, problem ma silny wymiar terytorialny: wnioski jakościowe wskazują na dychotomię między metropolią regionalną a peryferiami (dostęp i świadomość pracodawców), co przekłada się na nierówności w dostępie i w „normalizacji” działań dobrostanowych.

Po trzecie, dominują luki jakościowe (kompetencyjne) – szczególnie w obszarach prewencyjnych i systemowych (na przykład przeciwdziałanie wypaleniu, praca z kadrą menedżerską), podczas gdy kompetencje techniczne i cyfrowe wykazują relatywnie lepsze dopasowanie.

Rekomendacje w tym rozdziale koncentrują się na:

- wzmocnieniu integracji działań pomiędzy systemem ochrony zdrowia psychicznego a instytucjami rynku pracy,
- lepszym wykorzystaniu instrumentów (KFS/BUR/PSF i działania kontrolno-doradcze),
- wzmacnianiu kompetencji systemowych i menedżerskich oraz
- wprowadzeniu monitorowania opartego na wskaźnikach użytych w raporcie.

Powiązania strategiczne wskazują zgodność z priorytetami Zintegrowanej Strategii Umiejętności 2030 (część szczegółowa), w tym z polityką uczenia się przez całe życie, oraz z regionalnymi dokumentami województwa podlaskiego w obszarze zdrowia i rynku pracy.

10.1. Wnioski według celów badania

Poniżej uporządkowano wnioski zgodnie z celami szczegółowymi przyjętymi na etapie przygotowywania badania.

Cel

Ocena sytuacji na rynku pracy w sektorze zdrowia psychicznego w regionie

Kluczowe ustalenia

Rynek pracy w obszarze zdrowia psychicznego jest napięty: zintegrowana analiza prowadzi do wniosku o systemowym charakterze niedostosowania (między innymi konkurencja sektorów publicznego i prywatnego o te same kadry) oraz o ograniczonych możliwościach szybkiego uzupełnienia podaży. Dane o relacji ofert pracy do liczby zarejestrowanych bezrobotnych dla wybranych zawodów (na przykład psycholog/psychoterapeuta) wskazują na dysproporcje popyt-podaż w ujęciu rejestrowym, przy jednoczesnych ograniczeniach interpretacyjnych (nie wszystkie role są uchwytne w rejestrach).

Dowody z badania

Badanie zestawia wskaźniki podaży i popytu (między innymi liczba ofert pracy *versus* liczba zarejestrowanych bezrobotnych dla zawodów takich jak psycholog i psychoterapeuta) oraz wskazuje skrajne wartości napięcia rekrutacyjnego dla części profesji. W części *desk research* pokazano też rosnącą wartość kontraktów w systemie finansowania świadczeń oraz koncentrację korzystania ze świadczeń w dużych ośrodkach.

Implikacje praktyczne

Interwencje zwiększające popyt (na przykład zachęty do korzystania z usług) bez równoległego wzmacniania podaży i kompetencji mogą pogłębiać kolejki i presję płacową w sektorze publicznym. Skuteczniejsze będzie podejście łączące rozwój zasobów (kadry i kompetencje), redukcję barier terytorialnych oraz poprawę koordynacji pomiędzy instytucjami rynku pracy i ochrony zdrowia.

Cel

Identyfikacja zapotrzebowania na zawody, kwalifikacje i umiejętności w obszarze zdrowia psychicznego

Kluczowe ustalenia

W badaniu ilościowym istotna część organizacji deklaruje brak formalnego zakotwiczenia tematu zdrowia psychicznego: jest obecny w dokumentach organizacyjnych w 35,9% przypadków, funkcjonowanie programów wsparcia deklaruje 16,3% badanych, a 30,1% wskazuje na brak obecności tematu w organizacji. W części jakościowej pracodawcy (zwłaszcza prywatni) mają skłonność do modelu „outsourcingowego” zamiast budowy rozwiązań systemowych, co wzmacnia popyt

na usługi zewnętrzne i jednocześnie ujawnia deficyt kompetencji pierwszej linii wsparcia wśród menedżerów.

W praktyce outsourcing bywa powiązany także z mechanizmem wypychania problemu poza organizację: firmy częściej dofinansowują pakiety benefitowe lub odsyłają pracowników do zewnętrznych usługodawców, niż rozwijają wewnętrzne procedury i kulturę pracy sprzyjającą wczesnej identyfikacji trudności oraz bezpiecznej rozmowie o kryzysie.

Co istotne, samo zapewnienie (lub dofinansowanie) dostępu do świadczeń – nawet jeśli pakiet obejmuje elementy wsparcia psychicznego – nie musi przekładać się na realne podjęcie diagnostyki lub leczenia przez pracownika (między innymi z uwagi na stygmatyzację, brak czasu, bariery motywacyjne i organizacyjne). W ujęciu długookresowym podejście bardziej systemowe, oparte na konsekwentnym wzmacnianiu dobrostanu psychicznego poprzez rozwiązania wewnętrzne (na przykład standardy zarządcze, szkolenia dla kadry kierowniczej, procedury reagowania, monitoring obciążeń psychospołecznych), mogłoby być skuteczniejsze i trwalsze, choć wymagałoby zacieśnienia współpracy z ekspertami lub ich zatrudnienia. Barierą pozostaje jednak niedobór specjalistów – zwłaszcza tych, którzy posiadają kompetencje dopasowane do realiów przedsiębiorstw i potrzeb menedżerów (obszar pierwszej linii wsparcia oraz wdrożeń organizacyjnych).

Dowody z badania

Wyniki CAWI/CATI dotyczące obecności tematu zdrowia psychicznego w politykach organizacyjnych oraz wnioski jakościowe o modelu reagowania na kryzysy w przedsiębiorstwach (między innymi brak modelu systemowego i nierozpoznane kryzysy) pokazują, że popyt dotyczy nie tylko specjalistów klinicznych, ale też kompetencji zarządczych i organizacyjnych.

Implikacje praktyczne

Popyt należy rozumieć szerzej niż „liczba etatów specjalistów”. Równie istotne jest zapotrzebowanie na kompetencje prewencji, wczesnego rozpoznawania kryzysów, zarządzania stresem i konfliktami oraz na rozwiązania łączące zdrowie psychiczne z jakością pracy. Oznacza to konieczność projektowania działań równolegle w sektorze zdrowia i w organizacjach zatrudniających.

Cel

Ocena dostępności i uwarunkowań zasobów pracy (podaży) w sektorze zdrowia psychicznego

Kluczowe ustalenia

Zasób kadr (w ujęciu etatów) jest ograniczony i silnie zróżnicowany między zawodami: opracowanie przedstawia liczbę etatów między innymi dla psychiatrii, psychologii i psychoterapii (oraz etaty na 100 tysięcy mieszkańców). Jednocześnie wskazuje bariery terytorialne (koncentracja świadczeń w większych ośrodkach, dłuższe

dojazdy w części powiatów) oraz bariery sektorowe (między innymi atrakcyjność sektora prywatnego w porównaniu z publicznym w narracjach jakościowych).

Dodatkowym utrudnieniem podaźowym jest ograniczona liczba otwieranych miejsc specjalizacyjnych, szczególnie w obszarze psychiatrii dziecięcej, co w warunkach rosnącego zapotrzebowania na wsparcie dzieci i młodzieży prowadzi do strukturalnego niedoboru specjalistów. Istotnym uwarunkowaniem jest również charakter ścieżek kształcenia w zawodach pokrewnych, takich jak praca socjalna. Ukończenie studiów nie tworzy specjalisty w obszarze zdrowia psychicznego *per se*, lecz wymaga dalszego, kilkuletniego szkolenia i kursów specjalistycznych, często kosztownych i realizowanych poza Białymstokiem. Oznacza to oddalony horyzont wejścia do zawodu oraz dodatkowe bariery finansowe i organizacyjne dla potencjalnych kadr, co ogranicza tempo wzmacniania podaży w regionie.

Dowody z badania

Zestawienia etatów według specjalności (psychiatra, psychiatra dziecięcy, psycholog, psychoterapeuta) oraz wnioski o koncentracji świadczeń i problemach dostępności w powiatach peryferyjnych. Uzupełniając opracowanie pokazuje dane o liczbie absolwentów wybranych kierunków (między innymi psychologia, praca socjalna) jako jeden z elementów potencjału podaźowego.

Implikacje praktyczne

Odpowiedź na zidentyfikowane bariery podaźowe wykracza poza samą politykę edukacyjną i nie może ograniczać się wyłącznie do zwiększania liczby miejsc kształcenia. W warunkach strukturalnego niedoboru kadr oraz ograniczonej liczby miejsc specjalizacyjnych, szczególnie w psychiatrii dziecięcej, kluczowa staje się aktywna rola polityki regionalnej w trzech wymiarach.

Po pierwsze, jest ona istotna w obszarze retencji i atrakcyjności zatrudnienia w sektorze publicznym – poprzez instrumenty finansowe i organizacyjne pozostające w dyspozycji samorządu województwa oraz podmiotów tworzących, na przykład: programy stypendialne powiązane z pracą w regionie, dodatki motywacyjne, wsparcie mieszkaniowe, poprawa warunków organizacyjnych pracy, rozwój superwizji i wsparcia zespołowego.

Po drugie, rola polityki regionalnej jest ważna w zakresie kształtowania regionalnej infrastruktury kompetencyjnej, w tym wspierania dostępności szkoleń specjalistycznych w regionie, na przykład poprzez współpracę z uczelniami, dofinansowanie kursów i szkoleń specjalizacyjnych realizowanych lokalnie, wykorzystanie środków KFS, BUR, PSF – tak aby ograniczać konieczność wieloletnich i kosztownych wyjazdów poza województwo.

Po trzecie, polityka regionalna powinna być obecna w obszarze redukcji barier terytorialnych poprzez rozwój modeli środowiskowych, wsparcie rozwiązań zdalnych

oraz organizację świadczeń bliżej miejsca zamieszkania, w szczególności w powiatach peryferyjnych.

Wreszcie istotnym kierunkiem jest wspieranie podejścia *skill-mix*, czyli racjonalnego komponowania zespołów z wykorzystaniem komplementarnych ról zawodowych (psychiatra, psycholog, psychoterapeuta, pracownik socjalny, asystent zdrowienia), co pozwala częściowo amortyzować niedobory najbardziej deficytowych specjalizacji.

Tego typu działania mieszczą się w kompetencjach planistycznych i koordynacyjnych regionu, zwłaszcza w powiązaniu z dokumentami strategicznymi w obszarze zdrowia i rynku pracy. Tak sformułowane implikacje precyzyjnie wskazują, że rola polityki regionalnej nie polega wyłącznie na kształceniu, lecz na zarządzaniu systemem podaży kadr, obejmującym retencję, dostępność, organizację świadczeń oraz rozwój kompetencji komplementarnych.

Cel

Określenie stopnia niedostosowania zawodów, kwalifikacji i kompetencji (luki ilościowe i jakościowe)

Kluczowe ustalenia

Opracowanie wskazuje dominację niedostosowania jakościowego (kompetencyjnego) oraz najsilniejsze deficyty w zakresie kompetencji prewencyjnych i systemowych. W modelu ilościowym i zintegrowanym opracowanie wskazuje na trwałość problemu – przy presji popytowej i ograniczonych możliwościach szybkiego zwiększenia podaży.

Dowody z badania

Wskaźniki luki jakościowej, między innymi wysokie wartości dla przeciwdziałania wypaleniu, pracy z kadrą menedżerską i diagnostyki/terapii, oraz syntetyczne wnioski o braku rezerwy podaży i o konkurencji sektorów.

Implikacje praktyczne

Redukcja luki wymaga równoległych działań: 1) zwiększania dostępności usług (organizacja, finansowanie, terytorium), 2) celowanego rozwoju kompetencji (prewencja, interwencja systemowa, kompetencje menedżerskie) oraz 3) zastosowania mechanizmów, które w organizacjach przełożą szkolenia na wdrożenia, a nie tylko na „podnoszenie świadomości”.

Cel

Prognoza przyszłych potrzeb w zakresie zawodów, kwalifikacji i kompetencji

Kluczowe ustalenia

Zarówno w części trendowej, jak i w prognozach jakościowych opracowanie sygnalizuje rosnące znaczenie działań profilaktycznych, integracji kompetencji cyfrowych z miękkimi (empatia, etyka), wzrostu kompetencji rozpoznawania kryzysów oraz odchodzenia od inicjatyw „akcyjnych” na rzecz systemu zintegrowanego. Wskazuje

również na kierunek poszerzania zdalnych form wsparcia (teleporady, narzędzia zdalne).

Dowody z badania

Wskazane kierunki rozwojowe obejmują między innymi integrację kompetencji, rozwój lokalnych mikrocentrów zdrowia, stałą obecność psychologów w instytucjach, uwzględnienie neuroróżnorodności oraz rekomendacje trendowe dotyczące wsparcia zdalnego.

Implikacje praktyczne

Prognoza wzmacnia potrzebę planowania kompetencji systemu, a nie tylko kadr: w szczególności przygotowania menedżerów i instytucji do wczesnej identyfikacji kryzysów, rozwijania kompetencji pracy w zespołach (także zdalnych i neuroróżnorodnych) oraz tworzenia lokalnych węzłów współpracy zdrowie–praca.

Cel

Ocena dostępności i skuteczności programów wsparcia, instrumentów oraz innych inicjatyw w obszarze zdrowia psychicznego

Kluczowe ustalenia

Opracowanie identyfikuje w regionie trzy komplementarne komponenty wsparcia pracodawców w obszarze zdrowia psychicznego w miejscu pracy: 1) formy pomocy określone w przepisach rynku pracy, ukierunkowane na finansowanie kształcenia ustawicznego pracowników i pracodawców (w szczególności KFS), uzupełnione o mechanizmy programowe i regionalne wspierające rozwój kompetencji (PSF/BUR, systemy bonowe); 2 komponent wdrożeniowy umożliwiający przejście od działań szkoleniowych do interwencji w środowisku pracy (projekty FEdP); 3) działania Państwowej Inspekcji Pracy jako bezpłatny, standaryzowany komponent kontrolno-doradczy i profilaktyczny. Jednocześnie raport wskazuje „wąskie gardła” po stronie rozpoznawalności dostępnych form wsparcia, zdolności organizacyjnej przedsiębiorstw oraz przejścia od podnoszenia kompetencji do wdrożeń organizacyjnych.

Dowody z opracowania

Zestawienie form pomocy oraz mechanizmów wsparcia (KFS jako forma ustawowa; PSF/BUR i systemy bonowe jako rozwiązania programowe; działania wdrożeniowe i profilaktyczne) oraz wyniki badań wskazujące na ograniczoną skalę korzystania z rozwiązań w obszarze dobrostanu psychicznego, szczególnie w sektorze MŚP.

Implikacje praktyczne

Skuteczność polityki regionalnej zależy od integracji form pomocy i mechanizmów wsparcia w spójny model interwencji. Finansowanie kształcenia ustawicznego nie przekłada się automatycznie na zmianę praktyk organizacyjnych – konieczne jest wzmocnienie komponentu wdrożeniowego, wsparcia doradczego oraz monitoringu efektów. W przeciwnym razie system pozostanie reaktywny zamiast profilaktycznego.

10.2. Rekomendacje

Tytuł rekomendacji	Rozpoznany problem	Rekomendacja (działania)	Adresaci	Powiązanie strategiczne
Regionalna platforma „Zdrowie psychiczne a praca”	Fragmentacja odpowiedzialności oraz brak trwałej koordynacji między sektorem zdrowia, rynku pracy i edukacji	Powołanie stałej platformy współpracy (samorząd, NFZ, WUP, pracodawcy, podmioty lecznicze, uczelnie) w celu diagnozowania potrzeb, integrowania instrumentów wsparcia oraz organizacji cyklicznego forum rozpoznawczego	Samorząd województwa, WUP, NFZ, instytucje rynku pracy, podmioty lecznicze, uczelnie, pracodawcy	ZSU 2030 – współpraca międzysektorowa i diagnozowanie zapotrzebowania na umiejętności; dokumenty regionalne rynku pracy i zdrowia
Lokalne i podregionalne sieci specjalistów	Izolacja specjalistów w podregionach oraz ograniczona możliwość konsultacji międzyprofesjonalnych	Tworzenie lokalnych sieci współpracy i superwizji obejmujących specjalistów zdrowia psychicznego i zawody wspierające, szczególnie w podregionach peryferyjnych	Samorządy powiatowe, podmioty lecznicze, organizacje zawodowe, NGO	ZSU 2030 – kultura uczenia się przez całe życie i współpraca środowiskowa; regionalne strategię zdrowotne
Program wdrożeniowy dla pracodawców	Incydentalność i outsourcing działań zamiast systemowych rozwiązań wewnętrznych	Ścieżka wsparcia: diagnoza ryzyk psychospołecznych, szkolenie menedżerów, wdrożenie standardów organizacyjnych, superwizja i wsparcie doradcze	Pracodawcy (zwłaszcza MŚP), instytucje rynku pracy, operatorzy usług rozwojowych	ZSU 2030 – zwiększanie udziału pracodawców w rozwoju umiejętności; uczenie się przez całe życie
Działania budujące świadomość i przeciwdziałające stygmatyzacji	Niska świadomość społeczna oraz utrzymująca się stygmatyzacja problemów zdrowia psychicznego	Realizacja powiatowych kampanii społecznych, warsztatów i debat z udziałem lokalnych liderów, pracodawców i instytucji publicznych normalizujących korzystanie z pomocy	Samorządy powiatowe i gminne, instytucje kultury, NGO, WUP, pracodawcy	ZSU 2030 – wyrównywanie szans i rozwój kompetencji społecznych; dokumenty zdrowia psychicznego
Wzmocnienie kompetencji instytucji rynku pracy	Ograniczone kompetencje w zakresie rozpoznawania i wspierania problemów dobrostanowych wśród klientów PUP/WUP	Szkolenia i wyjazdy studyjne dla pracowników urzędów pracy z zakresu wsparcia psychicznego, reintegracji zawodowej i współpracy z pracodawcami	WUP, PUP, instytucje szkoleniowe	ZSU 2030 – rozwój kompetencji kadr instytucji rynku pracy
Systematyczny monitoring dobrostanu w przedsiębiorstwach	Brak regularnych badań dobrostanu i danych wspierających działania profilaktyczne	Upowszechnienie szkoleń z zakresu prowadzenia rocznego monitoringu dobrostanu z wykorzystaniem standaryzowanych narzędzi oraz wsparcie interpretacji wyników	Pracodawcy, instytucje rynku pracy, operatorzy usług rozwojowych	ZSU 2030 – rozwój kompetencji analitycznych i uczenie się oparte na danych

Tytuł rekomendacji	Rozpoznany problem	Rekomendacja (działania)	Adresaci	Powiązanie strategiczne
Rozwój narzędzi i platform wsparcia online	Bariery terytorialne i niedobór specjalistów ograniczające dostęp do pomocy	Rozwój regionalnych platform umożliwiających konsultacje psychologiczne i coaching zawodowy w formule zdalnej	Samorząd województwa, podmioty lecznicze, WUP, operatorzy usług rozwojowych	ZSU 2030 – wykorzystanie technologii cyfrowych i wyrównywanie szans
Wzmocnienie komponentu reintegracji zawodowej	Stabe powiązanie wsparcia psychicznego z aktywizacją zawodową	Rozwój usług łączących wsparcie psychologiczne z doradztwem zawodowym, ścieżek powrotu do pracy oraz zatrudnienia wspomagane	Instytucje rynku pracy, jednostki polityki społecznej, NGO, pracodawcy	ZSU 2030 – aktywizacja zawodowa i równość dostępu do doradztwa
Mechanizm stałego przekładu potrzeb pracodawców na ofertę kształcenia	Niedopasowanie części kompetencji absolwentów do realnych potrzeb przedsiębiorstw, zwłaszcza w zakresie kompetencji prewencyjnych, organizacyjnych i pracy z menedżerami	Utworzenie stałego mechanizmu konsultacyjnego między pracodawcami, uczelniami i instytucjami rynku pracy w celu aktualizacji programów kształcenia i studiów podyplomowych; rozwój modułów dotyczących profilaktyki wypalenia, interwencji w miejscu pracy, komunikacji kryzysowej oraz pracy z kadrą zarządzającą; włączenie praktyk zawodowych w środowisku przedsiębiorstw	Uczelnie, pracodawcy, WUP, instytucje rynku pracy, organizacje branżowe	ZSU 2030 – lepsze dopasowanie systemu edukacji do potrzeb rynku pracy; rozwój uczenia się przez całe życie
Wzmocnienie lokalnego modelu środowiskowego poprzez rozwój centrów zdrowia psychicznego i zawodów wspierających	Dominacja modelu reaktywnego opartego na hospitalizacji oraz ograniczona dostępność wsparcia środowiskowego w części powiatów	Wspieranie rozwoju modelu środowiskowego opartego na Centrach Zdrowia Psychicznego; promowanie i systemowe włączanie roli asystenta zdrowienia jako zawodu wspierającego proces leczenia i reintegracji społeczno-zawodowej; wzmacnianie współpracy CZP z instytucjami rynku pracy	Samorząd województwa, podmioty lecznicze, NFZ, instytucje rynku pracy, organizacje pacjenckie	Dokumenty krajowe dot. ochrony zdrowia psychicznego oraz ZSU 2030 – wyrównywanie szans i rozwój kompetencji społecznych
Zwiększenie dostępności kształcenia w zakresie psychologii klinicznej i diagnostyki	Niedobór psychologów klinicznych posiadających uprawnienia diagnostyczne, co ogranicza dostęp do rzetelnej diagnozy i wydłuża ścieżkę terapeutyczną	Wspieranie zwiększenia liczby miejsc szkoleniowych w zakresie psychologii klinicznej oraz tworzenie regionalnych form wsparcia dla osób podejmujących specjalizację (stypendia, współfinansowanie szkoleń, porozumienia z jednostkami szkolącymi); rozwój ścieżek specjalizacyjnych realizowanych w regionie	Ministerstwo Zdrowia (w zakresie limitów specjalizacji), samorząd województwa, uczelnie, podmioty lecznicze	Dokumenty krajowe dotyczące kadr medycznych i zdrowia psychicznego; ZSU 2030 – rozwój kwalifikacji specjalistycznych

Źródło: opracowanie własne na podstawie zrealizowanych badań.

11. Spisy

11.1. Bibliografia

- Adamczyk Paulina, Współczesność jako czynnik wysokiego ryzyka. Zdrowie psychiczne w kulturze sukcesu, (w:) Międzynarodowe uwarunkowania współczesnych rozwiązań społeczno-ekonomicznych, 2019, https://www.academia.edu/45289018/Wsp%C3%B3%C5%82czesno%C5%9B%C4%87_jako_czynnik_wysokiego_ryzyka_Zdrowie_psychiczne_w_kulturze_sukcesu.
- Akty prawne i standardy szkolenia psychoterapeutów, Polska Rada Psychoterapii, <https://prp.org.pl/akty-prawne>.
- Ali Mohd Kamaal, A Study of Stress, Anxiety and Depression among Psychologists and Other Professionals in India, „International Journal of Indian Psychology” 2024, t. 12(3)1, s. 876–883, DOI: 10.25215/1203.085, <https://ijip.in/articles/psychologists-and-other-professionals>.
- Bartosiewicz-Niziołek Monika, Kaczmarczyk-Partyka Sonia, Olszewski Bartosz, Ostrowska Magda, The role and functioning of Mental Health Recovery Assistants (Ex-In) in the community model of psychiatric care, „Studia Psychologica” 2021, t. 21(2), DOI: 10.21697/sp.2021.21.2.01.
- Baza Usług Rozwojowych, PARP, <https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl>.
- Bińczyk Ewa, Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy, (w:) W stronę socjologii zdrowia, red. Włodzimierz Piątkowski, Anna Titkow, Lublin 2002.
- Blżej siebie. Presja zmian a emocje i zdrowie psychiczne w środowisku pracy, Grupa ArteMis, 2024, <https://blzejsiebie.info/wp-content/uploads/Raport-Blzej-Siebie-Presja-zmian-a-emocje-i-zdrowie-psychiczne-w-srodowisku-pracy.pdf>.
- Bomba Jacek, Europejskie ramy kompetencji w psychiatrii, „Psychiatria Polska” 2011, nr 45, <https://europub.co.uk/articles/letternbspeuropejskie-ramy-kompetencji-w-psychiatrii-A-134779>.
- Bony na szkolenie – podregion białostocki, Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, <https://wupbialystok.praca.gov.pl/-/24369580-bony-na-szkolenie-podregion-bialostocki>.
- Bony na szkolenie – podregion łomżyński, Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, <https://wupbialystok.praca.gov.pl/-/24369549-bony-na-szkolenie-podregion-lomzynski>.
- Bony na szkolenie – podregion suwalski, Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, https://wupbialystok.praca.gov.pl/aktualnosci-urzedu/-/asset_publisher/L3greFB7gsq6/content/24368745-bony-na-szkolenie-podregion-suwalski.
- Borkowska Stanisława, Przyszłość pracy w XXI wieku, Warszawa 2005.
- Bujewska Monika, W jaki sposób życie w cyfrowym świecie niszczy zdrowie fizyczne i psychiczne?, „Rocznik Naukowy Kujawsko-Pomorskiej Szkoły Wyższej w Bydgoszczy” 2020, nr 15, http://kpsw.edu.pl/pobierz/Trans2020/Trans_2020%20bujewska.pdf.
- Carr Alan, Psychologia pozytywna: nauka o szczęściu i ludzkich siłach, Poznań 2009.
- Carroll Michael, One More Time: What is Supervision?, „Psychotherapy in Australia” 2007, t. 13(3).
- Centra zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, Białystok 2025.
- Clutterbuck David, Równowaga między życiem zawodowym a osobistym: przewodnik dla specjalistów do spraw personalnych, Kraków 2005.
- Cuijpers Pim, Javed Afzal, Bhui Kamaldeep, The WHO World Mental Health Report: a call for action, „The British Journal of Psychiatry” 2023, t. 222(6), s. 227–229, DOI: 10.1192/bjp.2023.9.
- Dancewicz Paulina, Kurs: Radzenie sobie ze stresem, <https://akademia.parp.gov.pl/course/view.php?id=316>.
- Dilts Robert, Od przewodnika do inspiratora, czyli Coaching przez duże „C”, przekład: Beata Szczepaniak, Warszawa 2006.

- Długosz Piotr, Trauma pandemii COVID-19 w polskim społeczeństwie, Warszawa 2021.
- Domaradzki Jan, O skrytości zdrowia. O problemach z konceptualizacją pojęcia zdrowie, „Hygeia Public Health” 2013, t. 48.
- Działanie 7.3. Rozwój kadr regionalnej gospodarki, Fundusze Europejskie dla Podlaskiego, <https://funduszeupodlaskie.pl/nabory-wnioskow-dzialanie-7-3-rozwoj-kadr-regionalnej-gospodarki-2-24>.
- Firke Sam, Janitor: Simple Tools for Examining and Cleaning Dirty Data, 2024.
- Foucault Michel, Narodziny kliniki, przekład: Bogdan Banasiak, Tadeusz Komendant i Krzysztof Matuszewski, słowo/obraz terytoria, Warszawa 1999.
- Galindo Edgar, Reschke Konrad, Franco Gloria i inni, Psychology in education and health IV: Proceedings of the IV Leipzig-Evora Scientific Meeting in Psychology. 1st International Scientific Meeting in Psychology, 14th and 15th October, 2019, Madeira, Portugal, Universidade da Madeira 2019.
- Giddens Anthony, „Socjologia”, przekład Olga Siara, Warszawa 2017.
- Golczyńska-Grondas Agnieszka, Waniek Katarzyna, Superwizja w jakościowych badaniach społecznych. O radzeniu sobie z trudnymi emocjami badających i badanych, „Przegląd Socjologii Jakościowej” 2002, t. 18(4), DOI: 10.18778/1733-8069.18.4.01.
- Gorzołka Anna, Trener w teatrze świata szkoleń. Profesjonalizacja zawodu trenera biznesu a wyzwania i zagrożenia edukacji lifelong learning połowy XXI wieku, (w:) Podmioty, środowiska i obszary edukacyjne. Wyzwania i zagrożenia połowy XXI wieku, red. Andrzej Zduniak, Natalia Majchrzak, Poznań 2015.
- Greif Siegfried, The Future of Coaching: Building Bridges Between Science and Practice, Cham 2025.
- Gromulska Lucyna, Zdrowie psychiczne w świetle dokumentów Światowej Organizacji Zdrowia, „Przegląd Epidemiologiczny – Epidemiological Review” 2010, t. 64, nr 1.
- Gruza Maciej, Hordyjewicz Teresa, Klasyfikacja zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy. Tworzenie i stosowanie, Warszawa 2014.
- Guerra Cristóbal, Pereda Noemí, Estrés traumático secundario en psicólogos que atienden a niños y niñas víctimas de malos tratos i abuso sexual: un estudio exploratorio, „Anuario de Psicología” 2025, t. 45.
- Holmes E. i in., The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatments research in tomorrow's science, „The Lancet Psychiatry” 2018, t. 5(3), s. 237–286.
- James Ian, Milne Derek, Marie-Blackburn Ivy, Armstrong Peter, Conducting Successful Supervision: Novel Elements Towards an Integrative Approach, „Behavioural and Cognitive Psychotherapy” 2007, t. 35(2), DOI: 10.1017/S1352465806003407.
- Jarmuż Sławomir, Witkowski Tomasz, Podręcznik trenera: praktyka prowadzenia szkoleń, Taszów 2007.
- Kasperek-Golimowska Ewa, O różnych ujęciach zdrowia psychicznego, (w:) Współczesne konteksty psychoterapii i socjoterapii: wybrane zagadnienia z teorii i praktyki, red. Katarzyna Waszyńska, Monika Filipiak, Poznań 2015, s. 154.
- Kaszubska Agnieszka, Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, Warszawa 2025.
- Kim jest asystent zdrowienia?, „Pacjent”, <http://pacjent.gov.pl/archiwum/2021/kim-jest-asystent-zdrowienia>.
- Kodeks etyczny psychologa, <https://psych.org.pl/dla-psychologow/kodeks-etyczny>.
- Komunikat w sprawie liczby miejsc rezydenckich przyznanych przez Ministra Zdrowia na postępowanie kwalifikacyjne na specjalizacje lekarskie i lekarsko-dentystyczne rozpoczynające się 1 marca 2025 roku, Ministerstwo Zdrowia, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-liczby-miejsc-rezydenckich-przyznanych-przez-ministra-zdrowia-na-postepowanie-kwalifikacyjne-na-specjalizacje-lekarskie-i-lekarsko-dentystyczne-rozpoczynajace-sie-1-marca-2025-r>.

- Kondycja psychiczna polskich pracowników, Wellbee Sp. z o.o., 2023,
https://storage.googleapis.com/wellbee-ghost/reports/employee-mental-health/RAPORT_PL.pdf.
- Konkurs "Organizacja ucząca się", Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku,
<https://wupbialystok.praca.gov.pl/441>.
- Kraczla Magdalena, Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu, „Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie” 2013, t. 14(2).
- Lima Ana, Sabino Bárbara, Borges Cristelly, Identificação de indicadores de bem-estar subjetivo e estresse em psicólogos, „Revista de Psicologia da Unesp” 2020, t. 19(2), DOI: 10.5935/1984-9044.20200027.
- Mackiewicz Agnieszka, Psychologia zwolnień: jak właściwie prowadzić działania derekrutacyjne, Warszawa 2010.
- Małyś Zbigniew, Jędrzyk-Geisler Aleksandra (red.), Współczesne społeczeństwo Polski a adaptacja, rozwój i zdrowie psychiczne jednostki, Warszawa 2024.
- Maslach Christina, Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej, (w:) Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie, red. Helena Sęk, Warszawa 2010.
- Maslach Christina, Leiter Michael, Pokonać wypalenie zawodowe: sześć strategii poprawienia relacji z pracą, przekład: Katarzyna Braksal, Warszawa 2010.
- McCade Donna, Frewen Amie, Fassnacht Daniel, Burnout and depression in Australian psychologists: The moderating role of self-compassion, „Australian Psychologist” 2021, t. 56(2), DOI: 10.1080/00050067.2021.1890979.
- Mental Health at Work: Policy Brief, Geneva 2022.
- Mental Health: Strengthening Mental Health Promotion, Mind Health,
<http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=training.en.bibliography.1143>.
- Miejski program ochrony zdrowia psychicznego na lata 2026–2030,
https://www.bip.bialystok.pl/rozwój_gminy/programy/sprawyspoleczne/ochrona-zdrowia.html.
- Nadler Joseph, Dunne Melissa, Ipsos World Mental Health Day 2024,
<https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2024-10/Ipsos%20World%20Mental%20Health%20Day%202024%20Global%20Charts%20%281%29.pdf>.
- Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Ministerstwo Zdrowia,
<https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-ochrony-zdrowia-psychicznego>.
- Narodowy Program Zdrowia na lata 2021–2025, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji,
<https://www.gov.pl/web/mswia/narodowy-program-zdrowia-na-lata-2021--2025>.
- NFZ o zdrowiu. Depresja. Dane za lata 2013–2024, ezdrowie, 2025,
<https://www.ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-depresja>.
- Niedopytalska Paulina, Pluta Kamil, Wołowska Karolina, Analiza i ocena oddziaływania podmiotowego systemu finansowania usług rozwojowych w województwie podlaskim, Białystok 2020.
- Niemczyk Andrzej, Trener skuteczny: procedury dla prowadzących szkolenia, Warszawa 2012.
- Nochaiwong Surapon, Ruengorn Chidchanok, Thavorn Kednapa i inni, Global prevalence of mental health issues among the general population during the coronavirus disease-2019 pandemic: A systematic review and meta-analysis, „Scientific Reports” 2021, t. 11(1), DOI: 10.1038/s41598-021-89700-8.
- Nowak Anna, Coach idealny? Profil psychologiczny coacha – rozważania teoretyczne, „Coaching Review” 2016, t. 1(8), DOI: 10.7206/cr.2081-7029.39.

- Nowy model ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży, Ministerstwo Zdrowia, BKS – poziomy referencyjne, <https://www.gov.pl/web/zdrowie/nowy-model-ochrony-zdrowia-psychicznego-children-i-mlodziezy>.
- Odpowiedzialność i podstawowe obowiązki pracodawcy, Państwowa Inspekcja Pracy, <https://www.pip.gov.pl/dla-pracodawcow/porady-prawne/odpowiedzialnosc-i-podstawowe-obowiazki-pracodawcy?tmpl=pdf%3Ftmpl%3Dpdf>.
- OECD, European Commission, Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing 2024.
- Oferty.praca.gov.pl.
- Ogińska-Bulik Nina, Stres zawodowy w zawodach usług społecznych: źródła, konsekwencje, zapobieganie, Warszawa 2006.
- Olszewski Bartosz, Wrażliwość na słowa – o kształtowaniu dyskursu publicznego i stereotypów wobec osób z zaburzeniami psychicznymi – perspektywa asystentów zdrowienia (ex-in), „Forum Pedagogiczne” 2024, t. 14(2.1), DOI: 10.21697/fp.2024.2.1.12.
- Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/opieka-psychiatryczna-i-leczenie-uzaleznien>.
- Ostrowska Martyna, Michcik Aneta, Wypalenie zawodowe – przyczyny, objawy, skutki, zapobieganie, „Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka” 2013, t. 8.
- Patel V., Saxena S., Lund C., Thornicroft G., Baingana F., Bolton P., Chisholm D., Collins P. Y., Cooper J., Eaton J., Herrman H., Herzallah M. M., Huang Y., Jordans M. J. D., Kleinman A., Medina-Mora M. E., Morgan E., Niaz U., Omigbodun O. i inni, The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, „The Lancet” 2018, t. 392(10157), s. 1553–1598, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X).
- Patton Declan, Social Inclusion and Recovery: A Model for Mental Health Practice, „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2005, t. 12(3), DOI: 10.1111/j.1365-2850.2005.00829.x.
- Perkins Rachel, Repper Julie, Prejudice, discrimination and social exclusion: reducing the barriers to recovery for people diagnosed with mental health problems in the UK, „Neuropsychiatry” 2013, t. 3(4), DOI: 10.2217/npv.13.34.
- Piecuch Teresa, Szczygieł Elżbieta, Work-life balance w teorii i praktyce funkcjonowania współczesnych organizacji, Rzeszów 2019.
- Piotrowski Konrad, Centka Paula, Cholewińska Alicja i inni, „Analiza badań nad zdrowiem psychicznym i jakością życia w środowisku akademickim”, Warszawa 2024, <https://docer.pl/doc/c08581x>.
- Podmiotowy System Finansowania – realizacja usług rozwojowych w województwie podlaskim 2024–2029, Wojewódzki Urząd Pracy w Białymstoku, <https://wupbialystok.praca.gov.pl/podmiotowy-system-finansowania-uslug-rozwojowych-w-wojewodztwie-podlaskim-2024-2029>.
- Pokropińska Emilia, Niedopytańska Paulina, Romanińska Magdalena, Efektywność wsparcia udzielonego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w województwie podlaskim w latach 2019–2020, Białystok 2020.
- Pokropińska Emilia, Sawicki Jarosław, Szelezin Aleksandra, Efektywność wsparcia udzielonego ze środków Krajowego Funduszu Szkoleniowego w województwie podlaskim w latach 2023–2024, Białystok 2025, <https://wupbialystok.praca.gov.pl/documents/d/wojewodzki-urzed-pracy-w-bialymstoku/raport-z-badania-pn-efektywnosc-wsparcia-udzielonego-ze-srodkow-kfs-w-woj-podlaskim-w-latach-2023-2024>.
- Profesjonalne kadry Podlasia, <https://pkp.iph.bialystok.pl>.
- Program Ochrony Zdrowia Psychicznego Mieszkańców Suwałk do 2030 roku, Powiatowy Urząd Pracy w Suwałkach, Suwałki 2025.
- Program prewencyjny „Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu w miejscu pracy”, Państwowa Inspekcja Pracy, <https://streswpracy.pl/program-prewencyjny>.

- Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu w miejscu pracy – szkolenie pracowników, Okręgowy Inspektorat Pracy w Białymstoku, <https://bialystok.pip.gov.pl/aktualnosci/szkolenia-panstwowej-inspekcji-pracy>.
- Przeglądanie wpisów, Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej, <https://aplikacja.ceidg.gov.pl/ceidg/ceidg.public.ui/search.aspx>.
- Rose Nikolas, *Governing the Soul: The Shaping of the Private Self*, London 1999.
- Różne aspekty ubezpieczeń społecznych, ZUS, 2012.
- Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pod nazwą "Zdrowe Podlasie – rehabilitacja medyczna i zawodowa osób pracujących" w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027.
- Regulamin wyboru projektów w ramach programu Fundusze Europejskie dla Podlaskiego 2021–2027, <https://funduszeupodlaskie.pl/wp-content/uploads/2025/11/Regulamin-z-dnia-26.11.2025-wersja-3.pdf>.
- Sagan Anna i inni, Implementation of Mental Health Centres Pilots in Poland since 2018: A Chance to Move towards Community-Based Mental Health Services, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2022, t. 19(9), DOI: 10.3390/ijerph19095774.
- Sangeetha R., Pradeep Kumar N., The Impact of Work-Life Balance on Employee Job Satisfaction | XIBA Business Review” 2016, t. 2(2), <http://www.publishingindia.com/XBR/105/the-impact-of-work-life-balance-on-employee-job-satisfaction/550/3930>.
- Schneider-Kamp Anna, Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health, „Social Theory & Health” 2021, t. 19(3), DOI: 10.1057/s41285-020-00145-x.
- Sidor-Rządkowska Małgorzata, Wójcik Mirosław, Wellbeing – moda czy konieczność? Znaczenie programów wspierających dobrostan pracowników w zarządzaniu kapitałem ludzkim, „Journal of Modern Science” 2025, nr 1(61).
- Sprawozdanie z działalności 2023 rok, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2024, <https://www.ipin.edu.pl/wp-content/uploads/2023/06/ipin-sprawozdanie-2023.pdf>.
- State of Health in the EU. Polska. Profil systemu ochrony zdrowia 2023, https://health.ec.europa.eu/document/download/f51d5cfb-e4ef-489d-88ff-75193c03a741_en?filename=2023_chp_pl_polish.pdf.
- Szonert-Rzepecka Dagmara, Wypalenie zawodowe w świetle literatury, „Człowiek w kryzysie – psychospołeczne aspekty kryzysu” 2010, t. 11(1).
- Tarnowski Adam, Łaszewska Kamila, Model kompetencji psychologa rekomendowany przez Europejską Federację Stowarzyszeń Psychologicznych, „Przegląd Psychologiczny” 2025, t. 68(1), DOI: 10.31648/przegldpsychologiczny.10910.
- Thornicroft Graham i inni, The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health, „The Lancet” 2022, t. 400(10361), s. 1438–1480.
- Thorpe Sara, Clifford Jackie, Sawicka-Chrapkiewicz Anna, *Podręcznik coachingu*, Poznań 2007.
- Tomaszuk Anna, Olszewski Przemysław, Postrzeganie Work-Life Balance w percepcji pokoleń dominujących na rynku pracy, „Zeszyty Naukowe Politechniki Częstochowskiej. Zarządzanie” 2023, t. 52(1), DOI: 10.17512/znpcz.2023.4.09.
- Ustawa o zawodzie psychologa z podpisem prezydenta, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, <https://www.gov.pl/web/rodzina/ustawa-o-zawodzie-psychologa-z-podpisem-prezydenta>.
- Waszkowska Małgorzata, Wężyk Agata, Merecz Dorota, Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w ochronie zdrowia pracujących, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2013, t. 19(4).
- WHO, WHO remains firmly committed to the principles set out in the preamble to the Constitution, <https://www.who.int/about/governance/constitution>.

WHO, World Mental Health Report: Transforming mental health for all, 2022,
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/40e5a13a-fe50-4efa-b56d-6e8cf00d5bfa/content>.

WHO, World mental health today. Latest data, 2025,
<https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/31714489-1345-4439-8b37-6cbdc52e15ca/content>.

Wieczorkowska Magdalena, Ciało i medycyna, (w:) Ciało i społeczeństwo. Socjologia ciała w badaniach i koncepcjach teoretycznych, red. D. Byczkowska-Owczarek, Łódź 2023.

Wykaz wolnych miejsc szkoleniowych na terenie województwa podlaskiego na dzień 26 stycznia 2026 r., Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2026/01/podlaskie-wykaz-miejsc-szkoleniowych-wiosna-2026.pdf>.

Wyszukiwarka opisów zawodów, Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
<https://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci/wyszukiwarka-opisow-zawodow>.

Wyszukiwarka usług, Baza Usług Rozwojowych, PARP, <https://uslugirozwojowe.parp.gov.pl>.

Zarobki absolwentów uczelni na wybranych kierunkach, Ekonomiczne Losy Absolwentów,
<https://ela.nauka.gov.pl>.

Zawody. Europejska klasyfikacja umiejętności/kompetencji, kwalifikacji i zawodów (ESCO),
https://esco.ec.europa.eu/pl/classification/occupation_main.

Zawody regulowane, <http://nawa.gov.pl/uznawalnosc/podjecie-pracy-w-polsce/zawody-regulowane>.

Zdrowie i ochrona zdrowia w 2024 r., stat.gov.pl, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2024-r-,1,15.html>.

Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży, Narodowy Fundusz Zdrowia, 2021,
https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/magazyn_ze_zdrowiem/nfz_nr_5.pdf.

Zdrowie psychiczne na polskim rynku pracy, LUXMED, <https://www.luxmed.pl/assets/media/Raport-Zdrowie-psychiczne-na-polskim-ryнку-pracy-Poradnie-Zdrowia-Psychicznego-HARMONIA.pdf>.

Akty prawne

Directive (EU) 2019/1158 of the European Parliament and of the Council of 20 June 2019 on work-life balance for parents and carers and repealing Council Directive 2010/18/EU”, OJ L, t. 188, 2019.

Ustawa z dnia 23 stycznia 2026 roku o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów, https://orka.sejm.gov.pl/proc10.nsf/ustawy/1344_u.htm.

Ustawa z dnia 20 marca 2025 roku o rynku pracy i służbach zatrudnienia,
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250000620>.

Ustawa z dnia 9 marca 2023 roku o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw Dz.U. 2023 poz. 641.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 roku o niektórych zawodach medycznych,
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230001972>.

Ustawa z dnia 11 września 2015 roku o zdrowiu publicznym,
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20150001916>.

Ustawa z dnia 2 grudnia 2009 roku o izbach lekarskich,
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20092191708>.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty,
<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu19970280152>.

Rządowy projekt ustawy o zawodzie psychologa oraz samorządzie zawodowym psychologów,
<https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/PrzebiegProc.xsp?nr=1344>.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2025 poz. 1212, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250001212>.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, Dz.U. 2022 poz. 2184.

Rozporządzenie w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023–2030, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, <https://www.gov.pl/web/premier/rozporzadzenie-w-sprawie-narodowego-programu-ochrony-zdrowia-psychicznego-na-lata-20232030>.

Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 października 2019 roku w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. 2019 poz. 2277, <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20190002277>.

Uchwała nr 42/VII/24 Rady Miejskiej Łomży z dnia 25 września 2024 roku w sprawie przyjęcia „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Miasta Łomży na lata 2024–2029”, Rada Miejska Łomży, Łomża 2024.

11.2. Spis wykresów

Wykres 1. Liczba pacjentów dorosłych według rodzaju świadczeń (lata 2018 i 2023) w Polsce.....	69
Wykres 2. Liczba pacjentów dzieci i młodzież według rodzaju świadczeń (lata 2018 i 2023) w Polsce.....	70
Wykres 3. Odsetek dorosłych pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2018 roku	71
Wykres 4. Odsetek dorosłych pacjentów objętych opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2023 roku	72
Wykres 5. Odsetek pacjentów (dzieci i młodzież) objętych opieką psychiatryczną według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2018 roku	73
Wykres 6. Odsetek pacjentów (dzieci i młodzież) objętych opieką psychiatryczną według rozpoznania, w podziale na województwa w Polsce w 2023 roku	74
Wykres 7. Porównanie procentowe zdiagnozowanych zaburzeń w Polsce wśród osób dorosłych w latach 2018 i 2023	76
Wykres 8. Liczba dorosłych pacjentów według grup zaburzeń w Polsce w latach 2018 i 2023	77
Wykres 9. Porównanie odsetka dorosłych pacjentów według grup zaburzeń w województwie podlaskim w latach 2018 i 2023	78
Wykres 10. Zmiany liczby pacjentów (dzieci i młodzież) według grup zaburzeń w Polsce w latach 2018 i 2023.....	79
Wykres 11. Odsetek pacjentów (dzieci i młodzież) według rodzajów zaburzeń w Polsce – porównanie lat 2018 i 2023.....	80
Wykres 12. Porównanie odsetka pacjentów (dzieci i młodzież) według rodzajów zaburzeń w województwie podlaskim w latach 2018 i 2023.....	81
Wykres 13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osób dorosłych w Polsce według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023.....	83
Wykres 14. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień osób dorosłych w województwie podlaskim według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023.....	84
Wykres 15. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dzieci i młodzieży w Polsce według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023.....	85

Wykres 16. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dzieci i młodzieży w województwie podlaskim według płci pacjentów – porównanie lat 2018 i 2023.....	87
Wykres 17. Liczba porad, pacjentów i hospitalizacji osób dorosłych według płci w Polsce w latach 2018 i 2023.....	88
Wykres 18. Liczba porad, pacjentów i hospitalizacji dzieci i młodzieży według płci w Polsce w latach 2018 i 2023.....	89
Wykres 19. Odsetek porad, pacjentów i hospitalizacji osób dorosłych według płci w Polsce w latach 2018 i 2023.....	89
Wykres 20. Liczba porad, pacjentów i hospitalizacji dzieci i młodzieży według płci w Polsce w latach 2018 i 2023.....	90
Wykres 21. Odsetek osób chorych na depresję (F32, F33, F34.1 według ICD-10) w wybranych krajach europejskich w latach 2014 i 2023	92
Wykres 22. Odsetek osób chorych na depresję w Polsce w latach 2000–2023	93
Wykres 23. Piramida wieku pacjentów z depresją w Polsce w 2024 r. – liczba osób, którym udzielono świadczeń według grup wieku i płci	95
Wykres 24. Liczba osób chorych na depresję w Polsce według płci w latach 2013–2023.....	96
Wykres 25. Porównanie liczby pacjentów (w tysiącach) chorych na depresję w Polsce w latach 2014 i 2024.....	96
Wykres 26. Procentowa zmiana liczby pacjentów w Polsce względem roku 2014.....	97
Wykres 27. Odsetek osób, którym udzielono świadczeń z rozpoznaniem depresji, w podziale na województwa w Polsce	98
Wykres 28. Liczba osób leczonych z powodu depresji w Polsce w latach 2013–2024.....	100
Wykres 29. Liczba osób leczonych z powodu depresji w województwie podlaskim w latach 2020–2025	100
Wykres 30. Liczba pacjentów z rozpoznaniem depresji objętych opieką w 2024 roku w województwie podlaskim – powiaty (top 10)	101
Wykres 31. Liczba świadczeń zdrowotnych w województwie podlaskim według powiatów w 2024 roku (top 10)	102
Wykres 32. Liczba świadczeń na jednego pacjenta z depresją w województwie podlaskim według powiatów w 2024 roku – najwyższe wartości	103
Wykres 33. Liczba świadczeń w województwie podlaskim w latach 2020–2024 – Białystok i pozostałe powiaty	104
Wykres 34. Liczba pacjentów w powiatach województwa podlaskiego w 2024 roku – z wyłączeniem miasta Białystok.....	105
Wykres 35. Migracje dorosłych pacjentów psychiatrycznych w Polsce według powiatów w roku 2018	109
Wykres 36. Migracje dorosłych pacjentów psychiatrycznych w Polsce według powiatów w roku 2023	110
Wykres 37. Odległość gmin od najbliższej gminy z poradnią w województwie podlaskim w roku 2018	111
Wykres 38. Odległość gmin od najbliższej gminy z poradnią w województwie podlaskim w roku 2023	112
Wykres 39. Udział DALY z powodu depresji w ogólnym obciążeniu chorobami (wybrane kraje europejskie; w procentach)	116
Wykres 40. Typ organizacji w badaniu CAWI/CATI.....	120
Wykres 41. Wielkość zatrudnienia	120
Wykres 42. Wielkość zatrudnienia a typ organizacji	121
Wykres 43. Zasięg działania organizacji.....	121

Wykres 44. Organizacje w województwie podlaskim wg podregionów i siedziby	122
Wykres 45. Typy organizacji w województwie podlaskim wg podregionów	122
Wykres 46. Formy obecności tematu zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacji	123
Wykres 47. Formy obecności tematu zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacji według typu organizacji	124
Wykres 48. Formy obecności tematu zdrowia i dobrostanu psychicznego w organizacji a wielkość organizacji	126
Wykres 49. Dostęp do specjalistów w organizacji	127
Wykres 50. Dostęp do specjalistów w organizacji ze względu na typ	127
Wykres 51. Dostęp do specjalistów a wielkość organizacji ze względu na wielkość zatrudnienia	129
Wykres 52. Plany dotyczące zatrudnienia psychologa ze względu na typ organizacji	129
Wykres 53. Dostęp do specjalistów ze względu na wielkość zatrudnienia	131
Wykres 54. Występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji w ostatnich 2 latach	132
Wykres 55. Występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji w ostatnich 2 latach ze względu na typ organizacji	133
Wykres 56. Występowanie problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji w ostatnich 2 latach ze względu na wielkość zatrudnienia	135
Wykres 57. Kierunek zmian problemów dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji	136
Wykres 58. Zapotrzebowanie na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników	137
Wykres 59. Zapotrzebowanie na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników ze względu na typ organizacji	138
Wykres 60. Zapotrzebowanie na działania wspierające zdrowie psychiczne pracowników ze względu na wielkość zatrudnienia	139
Wykres 61. Działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach	140
Wykres 62. Działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach ze względu na typ organizacji	141
Wykres 63. Działania w zakresie zdrowia i dobrostanu psychicznego realizowane w organizacji w ostatnich 3 latach ze względu na wielkość zatrudnienia	142
Wykres 64. Monitorowanie poziomu stresu i wypalenia zawodowego w organizacji	143
Wykres 65. Monitorowanie poziomu stresu i wypalenia zawodowego ze względu na typ organizacji	144
Wykres 66. Monitorowanie poziomu stresu i wypalenia zawodowego w organizacji ze względu na wielkość zatrudnienia	145
Wykres 67. Formy monitorowania stresu i wypalenia zawodowego w organizacji	146
Wykres 68. Wpływ problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników na efektywność organizacji	146
Wykres 69. Wpływ problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników na efektywność ze względu na typ organizacji	147
Wykres 70. Wpływ problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników na efektywność ze względu na wielkość zatrudnienia	148
Wykres 71. Postrzeganie odpowiedzialności za zdrowie i dobrostan psychiczny pracowników	148
Wykres 72. Podmioty odpowiedzialne za rozwiązywanie problemów zdrowia i dobrostanu psychicznego pracowników w organizacji	149

Wykres 73. Korzystanie z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników	150
Wykres 74. Korzystanie z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników ze względu na typ organizacji.....	151
Wykres 75. Korzystanie z zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników ze względu na wielkość zatrudnienia.....	152
Wykres 76. Ocena skuteczności zewnętrznych programów i projektów wsparcia zdrowia psychicznego pracowników	152
Wykres 77. Priorytetowe przeznaczenie środków zewnętrznych na wsparcie zdrowia psychicznego pracowników	153
Wykres 78. Priorytetowe przeznaczenie środków zewnętrznych na wsparcie zdrowia psychicznego pracowników ze względu na typ organizacji	154
Wykres 79. Priorytetowe przeznaczenie środków zewnętrznych na wsparcie zdrowia psychicznego pracowników ze względu na wielkość zatrudniania.....	155
Wykres 80. Obecna częstotliwość szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego w organizacji.....	156
Wykres 81. Potrzeba zwiększenia działań szkoleniowych dotyczących zdrowia psychicznego w organizacji	157
Wykres 82. Potrzeba zwiększenia działań szkoleniowych dotyczących zdrowia psychicznego ze względu na typ organizacji.....	159
Wykres 83. Ocena perspektywy wzrostu zapotrzebowania (popytu) na specjalistów zdrowia /dobrostanu psychicznego w najbliższych 5 latach.....	160
Wykres 84. Bariery organizacyjne/ systemowe mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia/ dobrostanu psychicznego w organizacji w przyszłości	161
Wykres 85. Bariery organizacyjne/systemowe, mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego w przyszłości ze względu na typ organizacji	162
Wykres 86. Bariery organizacyjne/systemowe, mogące utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego w przyszłości ze względu na wielkość zatrudnienia	163
Wykres 87. Kompetencje i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego (na przykład psychologów i psychoterapeutów) najbardziej potrzebne w organizacjach	165
Wykres 88. Ocena dostępności kompetencji i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego (na przykład psychologów i psychoterapeutów) na rynku pracy.	166
Wykres 89. Plany dotyczące zatrudnienia psychologa i psychoterapeuty.....	246

11.3. Spis tabel

Tabela 1. Zastosowane metody i techniki badawcze do uzyskania celów badawczych	10
Tabela 2. Cele szczegółowe i zadania programu w zakresie wsparcia osób z zaburzeniami psychicznymi w mieście Białystok	34
Tabela 3. Cele szczegółowe i zadania lokalnego programu ochrony zdrowia psychicznego w Suwałkach.....	35
Tabela 4. Cele szczegółowe i zadania „Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego dla Mieszkańców Miasta Łomży na lata 2024–2029”	36

Tabela 5. Liczba pacjentów, porad oraz hospitalizacji w obszarze zdrowia psychicznego w Polsce w latach 2018–2023	69
Tabela 6. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) w Polsce w 2024 roku	77
Tabela 7. Liczba pacjentów, porad i hospitalizacji w Polsce w latach 2018 i 2023.....	86
Tabela 8. Struktura wieku i płci pacjentów chorych na depresję w Polsce w latach 2013–2024.....	93
Tabela 9. Liczba osób chorych na depresję w Polsce w latach 2013–2023	95
Tabela 10. Liczba osób leczonych psychiatrycznie według województw w 2023 roku	106
Tabela 11. Liczba pacjentów leczonych z powodu uzależnień w Polsce	107
Tabela 12. Centra zdrowia psychicznego w województwie podlaskim (stan na 5 stycznia 2026)	107
Tabela 13. Zasoby infrastruktury stacjonarnej opieki psychiatrycznej w województwie podlaskim (2024)	108
Tabela 14. Liczba zakontraktowanych etatów specjalistów w województwie podlaskim (2025).....	108
Tabela 15. Placówki opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży (struktura nowego modelu ochrony zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem podziału na tak zwane poziomy referencyjne.....	108
Tabela 16. Wartość kontraktów NFZ w województwie podlaskim w latach 2020–2025.....	112
Tabela 17. Liczba świadczeń i pacjentów według powiatów województwa podlaskiego w latach 2020–2025	113
Tabela 18. Udział DALY z powodu depresji w ogólnym obciążeniu chorobami (wybrane kraje europejskie).....	117
Tabela 19. Skala świadczeń rentowych i absencji chorobowych z powodu wybranych zaburzeń psychicznych w Polsce w 2012 roku	118
Tabela 20. Zróżnicowanie terytorialne problemów w obszarze zdrowia psychicznego (analiza jakościowa).....	222
Tabela 21. Model reagowania na kryzysy psychiczne w przedsiębiorstwach (FGI/IDI)	222
Tabela 22. Typ luki – poziom problemu – kierunek interwencji	224
Tabela 23. Programy ogólnopolskie oraz instrumenty regionalne i subregionalne wspierające rozwój kompetencji i działania w obszarze zdrowia psychicznego pracowników	233
Tabela 24. Indeks luki kompetencyjnej (GI, Z-gap, IPI) w obszarze kompetencji związanych ze zdrowiem psychicznym w organizacjach	243
Tabela 25. Liczba absolwentów potencjalnie mogących zasilić zawody związane z dobrostanem psychicznym	250

12. Aneks

12.1. Kwestionariusz ankiety CAWI

Część A: Metryczka

M1. Typ instytucji:

- ☐ przedsiębiorstwo prywatne
- ☐ instytucja publiczna (na przykład urząd, szkoła, szpital)
- ☐ NGO / organizacja pozarządowa
- ☐ Inne

M2. Wielkość zatrudnienia:

- ☐ 1–9 osób
- ☐ 10–49
- ☐ 50–249
- ☐ 250+

M3. Zasięg działania:

- ☐ lokalny
- ☐ regionalny
- ☐ krajowy
- ☐ międzynarodowy

M4. Lokalizacja siedziby

Miejscowość

M4. Lokalizacja siedziby – powiat

☐ m. Białystok; ☐ m. Łomża; ☐ m. Suwałki; ☐ augustowski; ☐ białostocki; ☐ bielski; ☐ grajewski; ☐ hajnowski; ☐ kolneński; ☐ łomżyński; ☐ moniecki; ☐ sejneński; ☐ siemiatycki; ☐ sokólski; ☐ suwalski; ☐ wysokomazowiecki; ☐ zambrowski; ☐ inny, poza województwem podlaskim

M5. Branża według PKD

- ☐ A – Rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo
- ☐ B – Górnictwo i wydobywanie
- ☐ C – Przetwórstwo przemysłowe
- ☐ D – Wytwarzanie i zaopatrywanie w energię elektryczną, gaz, parę wodną, gorącą wodę i powietrze do układów klimatyzacyjnych
- ☐ E – Dostawa wody, gospodarowanie ściekami i odpadami, rekultywacja
- ☐ F – Budownictwo
- ☐ G – Handel hurtowy i detaliczny, naprawa pojazdów samochodowych, włączając motocykle
- ☐ H – Transport i gospodarka magazynowa
- ☐ I – Działalność związana z zakwaterowaniem i usługami gastronomicznymi
- ☐ J – Informacja i komunikacja
- ☐ K – Działalność finansowa i ubezpieczeniowa
- ☐ L – Działalność związana z obsługą rynku nieruchomości

- ☐ M – Działalność profesjonalna, naukowa i techniczna
- ☐ N – Działalność w zakresie usług administrowania i działalność wspierająca
- ☐ O – Administracja publiczna i obrona narodowa, obowiązkowe zabezpieczenia społeczne
- ☐ P – Edukacja
- ☐ Q – Opieka zdrowotna i pomoc społeczna
- ☐ R – Działalność związana z kulturą, rozrywką i rekreacją
- ☐ S – Pozostała działalność usługowa
- ☐ T – Gospodarstwa domowe zatrudniające pracowników
- ☐ U – Organizacje i zespoły eksterytorialne

M6. Dominująca forma zatrudnienia w instytucji

- ☐ pracownicy umysłowi
- ☐ pracownicy fizyczni

M7. Jaką pełni Pan/i funkcję w organizacji?

- ☐ Właściciel / współwłaściciel
- ☐ Dyrektor / członek zarządu
- ☐ Kierownik / menedżer średniego szczebla
- ☐ Specjalista ds. HR / kadr
- ☐ Inny pracownik administracyjny znający sytuację organizacji
- ☐ inny pracownik, jaki?

Część B: Blok II. Zapotrzebowanie na specjalistów zdrowia / dobrostanu psychicznego

ZNS0. W jaki sposób temat zdrowia/ dobrostanu psychicznego pracowników jest obecny w Państwa organizacji?

- ☐ Jest ujęty w dokumentach strategicznych/regulaminach (na przykład BHP, HR) Jest obecny w praktyce organizacyjnej (na przykład wewnętrzne warsztaty, szkolenia, spotkania)
- ☐ Funkcjonują programy/procedury wsparcia psychologicznego
- ☐ Temat jest obecny nieformalnie (otwartość na rozmowę, ale brak przepisów)
- ☐ Temat nie jest obecny w organizacji

ZNS1. Czy w Państwa instytucji, w ostatnich 12 miesiącach, pracownicy mieli dostęp do następujących specjalistów?

Psycholog

- ☐ Tak, zatrudniony na etacie
- ☐ Tak, współpracujący z organizacją (na przykład pakiety zdrowotne)
- ☐ Nie zatrudniamy i nie współpracujemy

ZNS1. Czy w Państwa instytucji, w ostatnich 12 miesiącach, pracownicy mieli dostęp do następujących specjalistów?

Psychoterapeuta

- ☐ Tak, zatrudniony na etacie
- ☐ Tak, współpracujący z organizacją (na przykład pakiety zdrowotne)
- ☐ Nie zatrudniamy i nie współpracujemy

ZNS2. Ilu specjalistów do spraw zdrowia/ dobrostanu psychicznego zatrudnionych jest w Państwa organizacji na etacie?

Psycholog

Żaden ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 lub więcej ☐

Psychoterapeuta

Żaden ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 lub więcej ☐

ZNS3. Czy w ciągu najbliższych 2 lat planują Państwo nawiązać/ poszerzyć współpracę lub zatrudnić w swojej instytucji specjalistów zdrowia/ dobrostanu psychicznego?

Psycholog

☐ Tak, zatrudnić

☐ Tak, współpracować

☐ Nie planujemy współpracy ani zatrudnienia

ZNS3. Czy w ciągu najbliższych 2 lat planują Państwo nawiązać/ poszerzyć współpracę lub zatrudnić w swojej instytucji specjalistów zdrowia/ dobrostanu psychicznego?

Psychoterapeuta

☐ Tak, zatrudnić

☐ Tak, współpracować

☐ Nie planujemy współpracy ani zatrudnienia

Część C: Blok III. Kondycja psychiczna pracowników

KP1a. Jakie problemy, o ile w ogóle, związane z dobrostanem psychicznym pracowników występowały w Państwa organizacji w ostatnich 2 latach?

☐ Trudności w radzeniu sobie ze stresem

☐ Problemy emocjonalne (na przykład lęki, depresja)

☐ Wypalenie zawodowe

☐ Uzależnienia

☐ Problemy w relacjach i konflikty w zespole

☐ Spadek motywacji i zaangażowania Wzrost absencji chorobowych wynikających z obniżonego dobrostanu psychicznego Brak powyższych problemów

☐ Inne, jakie?

KP1b. Jak zmieniło się nasilenie tych problemów wśród pracowników Państwa organizacji w ostatnich 2 latach?

1 – Nasilają się; 2 – Bez zmian; 3 – Maleją

Trudności w radzeniu sobie ze stresem:

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Wypalenie zawodowe

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Problemy emocjonalne (na przykład lęki, depresja)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Uzależnienia

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Problemy w relacjach i konflikty w zespole

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Spadek motywacji i zaangażowania

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Wzrost absencji chorobowych wynikających z obniżonego dobrostanu psychicznego

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

KP1c. Czym zdaniem Państwa spowodowane są problemy dobrostanu psychicznego pracowników w Państwa organizacji?

nadmierne obciążenie obowiązkami / przeciążenie pracą

- ☐ brak wsparcia ze strony kadry kierowniczej
- ☐ brak równowagi między życiem zawodowym a prywatnym
- ☐ niskie wynagrodzenie
- ☐ brak perspektyw rozwoju
- ☐ złe warunki pracy (infrastruktura, otoczenie)
- ☐ presja czasu / stres wynikający z terminów
- ☐ powody osobiste pracowników czynniki zewnętrzne (sytuacja gospodarcza, pandemia COVID19, niepewność rynku, sytuacja geopolityczna na przykład konflikt w Ukrainie)
- ☐ Inne, jakie?

KP2a. Jakie działania, o ile w ogóle, w zakresie zdrowia/ dobrostanu psychicznego są w Państwa organizacji najbardziej potrzebne?

- ☐ Szkolenia z radzenia sobie ze stresem
- ☐ Programy przeciwdziałania wypaleni
- ☐ Konsultacje indywidualne (psycholog/psychoterapeuta)
- ☐ Dofinansowanie wizyt u specjalistów zdrowia psychicznego
- ☐ Warsztaty z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego
- ☐ Pakiety medyczne obejmujące dostęp do specjalistów zdrowia psychicznego
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne, jakie?

KP2. Jakie wskazane działania w zakresie zdrowia/ dobrostanu psychicznego są/ były w Państwa organizacji realizowane w ostatnich 3 latach?

- ☐ Szkolenia z radzenia sobie ze stresem
- ☐ Programy przeciwdziałania wypaleni
- ☐ Konsultacje indywidualne (psycholog/psychoterapeuta)
- ☐ Dofinansowanie wizyt u specjalistów zdrowia psychicznego
- ☐ Warsztaty z zakresu profilaktyki zdrowia psychicznego
- ☐ Pakiety medyczne obejmujące dostęp do specjalistów zdrowia psychicznego
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne, jakie?

KP4. Czy w Państwa organizacji monitoruje się poziom stresu lub wypalenia zawodowego wśród pracowników?

- ☐ Tak, regularnie (na przykład raz w roku lub częściej)
- ☐ Tak, ale sporadycznie
- ☐ Nie
- ☐ Trudno powiedzieć

KP4a. Jak monitoruje się w Państwa organizacji poziom stresu lub wypalenia zawodowego pracowników?

- ☐ Regularne badania ankietowe / kwestionariusze satysfakcji i dobrostanu
- ☐ pracowników Oceny okresowe pracowników (rozmowy rozwojowe, ewaluacja)
- ☐ Spotkania indywidualne z przełożonymi / feedback 1:1
- ☐ Informacje zwrotne od działu HR / kadr
- ☐ Konsultacje z psychologiem / psychoterapeutą
- ☐ Konsultacje z innym specjalistą w zakresie stresu i wypalenia
- ☐ Analiza absencji chorobowej i rotacji pracowników
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne, jakie?

KP5. Czy Państwa zdaniem problemy ze zdrowiem / dobrostanem psychicznym pracowników mają wpływ negatywny na efektywność organizacji?

- ☐ Tak, znaczący
- ☐ Tak, umiarkowany
- ☐ Niewielki
- ☐ Brak wpływu
- ☐ Trudno powiedzieć

KP6. Jak postrzegają Państwo kwestię dbania o zdrowie/ dobrostan psychiczny pracowników?

- ☐ To prywatna sprawa pracowników, każdy powinien dbać sam o swój dobrostan
- ☐ Zarówno pracownicy, jak i pracodawca powinni być za to odpowiedzialni
- ☐ To przede wszystkim odpowiedzialność pracodawcy, powinien wspierać pracowników w tym zakresie

KP7. Kto w Państwa organizacji zajmuje się rozwiązywaniem problemów pracowników związanych ze zdrowiem/ dobrostanem psychicznym?

- ☐ Kadry / HR
- ☐ Bezpośredni przełożeni / menedżerowie
- ☐ Wyznaczona osoba ds. BHP / doradca do spraw zdrowia
- ☐ Psycholog / psychoterapeuta zatrudniony w organizacji
- ☐ Zewnętrzni specjaliści (na przykład poradnie, konsultanci, firmy doradcze)
- ☐ Nikt nie zajmuje się tym formalnie
- ☐ Inna osoba, proszę podać kto?

Część D: Blok IV: Formy wsparcia zdrowia psychicznego w miejscu pracy

FWZ1. Czy Państwa organizacja korzystała lub planuje skorzystać z programów/projektów zewnętrznych (UE, ZUS, WUP, programy regionalne) dotyczących wsparcia/ profilaktyki lub leczenia zdrowia psychicznego pracowników?

- ☐ tak, korzystała
- ☐ tak, planuje
- ☐ nie, nie korzystała
- ☐ nie, nie planuje
- ☐ nie wiem

FWZ2. Jak oceniają Państwo skuteczność programów/projektów zewnętrznych, z których korzystaliście w organizacji?

- ☐ Bardzo skuteczne
- ☐ Raczej skuteczne
- ☐ Mało skuteczne
- ☐ Nieskuteczne
- ☐ Trudno powiedzieć

FW4. Gdyby w przyszłości Państwa organizacja mogła otrzymać środki zewnętrzne (na przykład UE/ ZUS/ WUP) na profilaktykę zdrowia psychicznego – na co powinny zostać przeznaczone w pierwszej kolejności?

- ☐ Zatrudnienie specjalisty do spraw zdrowia psychicznego w organizacji (na przykład psychologa, ☐ psychoterapeuty)
- ☐ Zakup usług zewnętrznych (outsourcing – na przykład abonament w placówce zdrowia psychicznego, pakiet medyczny)
- ☐ Programy szkoleniowe i warsztaty dla pracowników
- ☐ Programy dla kadry menedżerskiej (zarządzanie stresem, wypaleniem, dobrostanem zespołów), cyfrowe narzędzia (teleterapia, aplikacje wellbeingowe, platformy wsparcia online)
- ☐ Mobilne centra wsparcia (na przykład dyżury psychologa w zakładach pracy)
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne, jakie?

Część E: Blok VI. Edukacja i świadomość

ES1. Jak wygląda obecnie i jak oceniają Państwo potrzebę szkoleń dotyczących zdrowia psychicznego w organizacji?

Obecna częstotliwość szkoleń

1 – Regularnie (min. raz w roku); 2 – Sporadycznie; 3 – W ogóle nie są prowadzone; 4 – Trudno powiedzieć.

Pracownicy – w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Kadra menedżerska – w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Kadra menedżerska – w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników (rozpoznawanie sygnałów, wspieranie zespołu)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

ES1. Jak wygląda obecnie i jak oceniają Państwo potrzebę szkoleń dotyczących zdrowia psychicznego w organizacji?

Potrzeba zwiększenia działań szkoleniowych

1 – Bardzo duża potrzeba; 2 – Umiarkowana potrzeba; 3 – Mała potrzeba; 4 – Brak potrzeby.

Pracownicy – w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Kadra menedżerska – w zakresie dbania o własne zdrowie psychiczne

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Kadra menedżerska – w zakresie zarządzania zdrowiem psychicznym pracowników (rozpoznawanie sygnałów, wspieranie zespołu)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Część F: Blok VII. Prognozy i oczekiwania

PIO1. Jak oceniają Państwo perspektywę wzrostu zapotrzebowania (popytu) na specjalistów zdrowia / dobrostanu psychicznego w najbliższych 5 latach w następujących obszarach:

1 – popyt wzrośnie; 2 – popyt pozostanie bez zmian; 3 – popyt zmaleje.

W zakładach pracy zatrudnienie psychologa

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

W zakładach pracy współpraca z psychologami zewnętrznymi (konsultacje, szkolenia)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

Poza zakładami pracy, w sferze prywatnej pracowników (na przykład prywatne wizyty u psychologa/psychoterapeuty, pakiety medyczne)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐

PIO2. Jakie bariery organizacyjne/ systemowe mogą utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia/ dobrostanu psychicznego w Państwa organizacji w przyszłości?

- ☐ Brak kandydatów na rynku lokalnym
- ☐ Zbyt wysokie oczekiwania płacowe kandydatów
- ☐ Konkurencja ze strony innych pracodawców
- ☐ Odptyw specjalistów do innych regionów/krajów
- ☐ Brak dostosowania systemu kształcenia do potrzeb rynku pracy
- ☐ Ograniczone możliwości finansowe organizacji
- ☐ Brak programów wsparcia (na przykład grantów, dofinansowań) pozwalających na zatrudnienie specjalisty
- ☐ Brak doświadczenia pracodawców w zarządzaniu dobrostanem psychicznym
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne, jakie?

PIO3. Jakie bariery po stronie pracowników mogą utrudniać zatrudnianie lub współpracę ze specjalistami do spraw zdrowia/ dobrostanu psychicznego w Państwa organizacji w przyszłości?

- ☐ Brak świadomości potrzeby korzystania z usług specjalistów do spraw zdrowia
- ☐ psychicznego Niechęć do korzystania z pomocy psychologicznej
- ☐ Obawa przed reakcją współpracowników / stygmatyzacją
- ☐ Strach, że pracodawca dowie się o problemach zdrowotnych
- ☐ Brak czasu na skorzystanie z pomocy
- ☐ Brak zaufania do specjalistów
- ☐ Żadne z powyższych
- ☐ Inne, jakie?

Część G: Blok VIII. Luki kompetencyjne

LK1. Jakie kompetencje i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego (na przykład psychologów i psychoterapeutów) są najbardziej potrzebne Państwa organizacji oraz na ile – Państwa zdaniem – są one dostępne na rynku pracy?

Skala potrzeby dla organizacji

1 – Zdecydowanie potrzebne; 2 – Raczej potrzebne; 3 – Raczej niepotrzebne; 4 – Zdecydowanie niepotrzebne; 4 – Trudno powiedzieć.

Prowadzenie diagnozy i terapii indywidualnej zdrowia psychicznego

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Prowadzenie wsparcia grupowego (warsztaty, treningi)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Kompetencje w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Umiejętność pracy z zespołami zdalnymi/hybrydowymi

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Znajomość narzędzi cyfrowych (teleterapia, aplikacje wellbeingowe)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Umiejętności mediacji i rozwiązywania konfliktów

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Znajomość prawa pracy i aspektów BHP w kontekście zdrowia psychicznego

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Kompetencje komunikacyjne i praca z zespołami

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

Umiejętność pracy z kadrą menedżerską /wspieranie liderów

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐

LK1. Jakie kompetencje i umiejętności specjalistów do spraw zdrowia / dobrostanu psychicznego (na przykład psychologów i psychoterapeutów) są najbardziej potrzebne Państwa organizacji oraz na ile – Państwa zdaniem – są one dostępne na rynku pracy?

Dostępność kompetencji na rynku

1 – Łatwo dostępne; 2 – Umiarkowanie dostępne; 3 – Trudno dostępne; 4 – Bardzo trudno dostępne / praktycznie niedostępne; 5 – Trudno powiedzieć

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Prowadzenie diagnozy i terapii indywidualnej zdrowia psychicznego

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Prowadzenie wsparcia grupowego (warsztaty, treningi)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Kompetencje w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Umiejętność pracy z zespołami zdalnymi/hybrydowymi

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Znajomość narzędzi cyfrowych (teleterapia, aplikacje wellbeingowe)

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Umiejętności mediacji i rozwiązywania konfliktów

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Znajomość prawa pracy i aspektów BHP w kontekście zdrowia psychicznego

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Kompetencje komunikacyjne i praca z zespołami

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

Umiejętność pracy z kadrą menedżerską /wspieranie liderów

1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐

12.2. Scenariusze FGI

Scenariusz FGI – Specjaliści zdrowia psychicznego

- Wprowadzenie, przedstawienie się, prezentacja celu badania, informacja o poufności danych
 - Prośba
 - o przedstawienie się i krótką informację o specjalizacji i praktyce osób badanych

Blok I [Rynek pracy w sektorze zdrowia psychicznego w województwie podlaskim]

- Zaczniemy od rynku pracy. Jak opisalibyście aktualną sytuację waszej branży (psychoterapia, psychiatria) na lokalnym rynku pracy?
 - Czy specjalistów z zakresu psychiatrii i psychoterapeutów jest terenie naszego województwa wystarczająco dużo czy może za mało? Jakich zawodów (włączając w to także personel niższego szczebla) brakuje? O jakich brakach mówią pacjenci?
 - Jeśli mielibyście opisać ten rynek pracy w naszym województwie to jaki on jest? Co go charakteryzuje?
 - Jak się pracuje w zawodach związanych ze zdrowiem psychicznym? Jakie słyszycie opinie od swoich kolegów i koleżanek z branży? Czy są jakieś bariery/przewagi w porównaniu z innymi województwami? (liczba specjalistów, wynagrodzenia, wachlarz specjalistów, wsparcie naukowe, kliniczne itp.) Jakie wsparcie byłoby przydatne?

Blok II [Zapotrzebowanie na zawody i umiejętności, ocena dostępności]

- Wyobraźmy sobie, że mają Państwo wszelkie możliwości zatrudnienia zespołu, z którym stale współpracujecie. Nie ograniczają was pieniądze ani dostępności takich osób.
 - Jak wyglądałby taki zespół? Przedstawiciele jakich zawodów potrzebowalibyście do stałej współpracy? [inni specjaliści, pracownicy niższego szczebla (asystenci), superwizorzy, naukowcy (jacy?)] Z kim potrzebowalibyście regularnie konsultować? Jak to powinno wyglądać, by mogło być efektywne?
 - Kogo polecilibyście waszym pacjentom w procesie zdrowienia? [asystenci zdrowienia, grupy i sieci wsparcia, organizacje itp.]
- Których z wymienianych zawodów i umiejętności najbardziej brakuje wam w codziennej praktyce?
 - Dlaczego to akurat te umiejętności? Czy są szkoły lub inne placówki, które kształcą takie umiejętności? Jak te placówki?
 - Jeśli nie ma takich placówek to jakie instytucje powinny zainteresować się kształceniem takich umiejętności? Na jakim szczeblu (szkoły średnie, kursy i szkolenia dla młodych dorosłych, kierunki studiów, kształcenie ustawiczne)

Blok III [Ocena jakości, przydatności i dostosowania zawodów]

- Dostępne wyniki badań o charakterze ogólnopolskim pokazują, że liczba oferowanych kierunków studiów związanych ze zdrowiem psychicznym nie zawsze idzie w parze z jakością kształcenia (przypadek studiów psychologicznych). Jakości nie sprzyja również brak podstawowych regulacji prawnych dotyczących zawodu psychologa i terapeuty. Wciąż stosunkowo rzadko wobec potrzeb społecznych wybierana jest specjalizacja w psychiatrii na studiach medycznych. Czy stykacie się Państwo z problemem niskiej jakości usług świadczonych w zakresie zdrowia psychicznego w swojej codziennej pracy?
 - Jakich zawodów to najczęściej dotyczy? Co nie działa? Na co dokładnie skarżą się pacjenci lub inni specjaliści? Skąd ta niska jakość i kto za nią odpowiada?
 - Czy są zawody lub konkretne umiejętności, których studenci/osoby szkolące się wciąż się uczą, a z punktu widzenia praktyków są one już nieprzydatne? Co to za zawody i umiejętności? Dlaczego są nieprzydatne?

- W jaki sposób można dostosować te umiejętności/zawody, by były bardziej adekwatne do dzisiejszych wyzwań?

Blok IV [Zawody, kwalifikacje i umiejętności związane ze zdrowiem psychicznym w świetle nowych technologii, cyfryzacji oraz trendów społecznych]

- Znaczenie jakich kwalifikacji i umiejętności związanych ze zdrowiem psychicznym będzie wzrastać w związku z rozwojem nowych technologii (na przykład generatywnej sztucznej inteligencji) lub trendów takich jak na przykład starzenie się społeczeństwa?
 - Na konieczność kształcenia jakich zawodów związanych ze zdrowiem psychicznym wpłynie Państwa zdaniem rozwój AI? Dlaczego? Czy z Państwa perspektywy to jest powód do zmartwień czy nie? Dlaczego?
 - Nowe technologie i postęp naukowy pozwala dziś precyzyjnie diagnozować (spektrum autyzmu, ADHD, transpłciowość, neuroróżnorodność itd.). Jakie umiejętności będziecie Państwo sami chcieli kształcić w najbliższej przyszłości? Gdzie się skierujecie?
 - Jakie umiejętności i zawody przydadzą się w waszych branżach w związku ze starzeniem się społeczeństwa i rosnącą potrzebą opieki nad osobami starszymi? Jakie umiejętności powinny być kształcone żeby w tym procesie wspomagać młodsze pokolenia?

Blok V [Dostępność i charakterystyka dotychczasowych programów wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego]

- Jeśli miałoby Państwo wskazać istniejące w naszym województwie lub ogólnopolskie programy wsparcia dotyczące zdrowia psychicznego pacjentów to jakie przychodzą wam na myśl?
 - Na czym polegają? Przez kogo są organizowane? Dlaczego są cenne?
 - Jakich rozwiązań systemowych brakuje? Kto powinien pracować nad ich wdrożeniem, by były maksymalnie efektywne? Gdzie (na jakim terenie i w jakich placówkach) powinny być organizowane? Jacy specjaliści są niezbędni do ich sprawnego funkcjonowania?
 - Jakie decyzje czy ruchy polityczne na szczeblu lokalnym są niezbędne, by takie programy czy działania realnie wspierały zdrowie psychiczne mieszkańców?

Zakończenie

Jakie postulaty i wolne wnioski dotyczące sektora zdrowia psychicznego chciałoby Państwo przekazać władzom województwa czy WUP?

Scenariusz FGI – Pracodawcy i HR, trenerzy biznesu, coache

- Wprowadzenie, przedstawienie się, prezentacja celu badania, informacja o poufności danych
 - Prośba o przedstawienie się i krótką informację o specjalizacji i praktyce osób badanych

Blok I [Zdrowie psychiczne pracowników i rynek pracy związany z usługami wspierającymi zdrowie psychiczne]

- Zaczniemy od sytuacji w firmach. Czy według Państwa kondycja psychiczna pracowników stała się w ciągu kilku ostatnich lat tematem rozmów wśród menedżerów wyższego szczebla, prezesów firm, a może samych pracowników?
 - Czego zwykle dotyczą takie rozmowy? Dlaczego się pojawiły? (rosnące problemy osobiste pracowników przekładające się na atmosferę w firmie, poszukiwanie wsparcia u pracodawców, inne?)
- Czy jako wasze firmy/ wy jako pracodawcy nawiązaliście współpracę z trenerami/ terapeutami, by wspierać swoich pracowników w tym obszarze?
 - Czy Państwo jako trenerzy odnotowali rosnące zainteresowanie szkoleniami związanymi na przykład z odpornością psychiczną, wypalenie zawodowym, różnorodnością pokoleniową?
 - Jak przebiegają takie szkolenia? Jakiego typu firmy się nimi interesują?

Blok II [Zapotrzebowanie na zawody i umiejętności, ocena dostępności]

- Wyobraźmy sobie, że mają Państwo wszelkie możliwości zatrudnienia członka zespołu, z którym stale współpracujecie. Nie ograniczają was pieniądze ani dostępności takich osób. Czy stała współpraca z trenerem/coachem lub psychoterapeutą byłaby według was potrzebna w firmie?
 - Czego dokładnie byście potrzebowali? Jakie umiejętności pracowników należałoby wesprzeć czy budować od zera? Dlaczego są niezbędne?
 - Jak na tego typu szkolenia czy programy wsparcia zareagowałiby pracownicy?
 - Jakich działań przygotowawczych w firmie wymagałoby wdrożenie takich szkoleń?
 - Czy takie szkolenia powinny być one obowiązkowe dla wszystkich czy tylko dla wybranych kategorii pracowników na przykład menedżerów?
 - Jaki powinny mieć charakter indywidualny czy zespołowy? A może mieszany?
 - A może takie wsparcie powinno być realizowane indywidualnie wobec pracownika, ale poza firmą? (dofinansowanie do terapii czy programu wsparcia) Dlaczego?
 - Gdzie szukaliby Państwo specjalistów do realizacji takich działań?

Blok III [Ocena jakości, przydatności i dostosowania zawodów]

- Zdrowie psychiczne to delikatny temat. Szczególnie ważna jest w tym obszarze jakość i etyka pracy.
 - Z kim najchętniej współpracowałibyście w zakresie przygotowania programu wsparcia psychicznego dla pracowników w firmie? Trenerzy, coache, terapeuci, psychiatry?
 - Jakich konkretnych umiejętności oczekivalibyście od takich osób? Czy macie jakieś pozytywne i negatywne doświadczenia w tym zakresie?
 - Jakie umiejętności i certyfikaty powinni bezwzględnie posiadać trenerzy, coache, którzy pracują w obszarze zdrowia psychicznego? Co tu jest ważniejsze formalne dyplomy i potwierdzenie umiejętności czy może rekomendacje ze strony innych przedsiębiorców?

Blok IV [Zawody, kwalifikacje i umiejętności związane ze zdrowiem psychicznym w świetle nowych technologii, cyfryzacji oraz trendów społecznych]

- Z jakimi problemami w obszarze zdrowia psychicznego pracowników spotkaliście się Państwo w swoich firmach? (osobiste kryzysy psychiczne, zwolnienia lekarskie, mobbing, wypalenie zawodowe, konflikty międzypokoleniowe)

- Jak na te problemy zareagowała firma? Czy to były adekwatne działania? Dlaczego?
- Jakie umiejętności i zawody przydadzą się w waszych branżach w najbliższej przyszłości? Przyjrzyjmy się trendom takim jak rozwój AI czy starzenie się społeczeństwa i rosnącą potrzebą opieki nad osobami starszymi?
- Jakie umiejętności powinny być kształcone, żeby w tym procesie wspomagać młodsze pokolenia?

Blok V [Dostępność i charakterystyka dotychczasowych programów wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego pracowników]

- Jeśli mieliby Państwo wskazać istniejące w naszym województwie lub ogólnopolskie programy wsparcia dotyczące zdrowia psychicznego pracowników, to jakie przychodzą wam na myśl?
 - Na czym polegają? Przez kogo są organizowane? Dlaczego są cenne?
 - Jakich rozwiązań systemowych brakuje? Kto powinien pracować nad ich wdrożeniem, by były maksymalnie efektywne? Gdzie (na jakim terenie i w jakich placówkach) powinny być organizowane? Jacy specjaliści są niezbędni do ich sprawnego funkcjonowania?
 - Jakie decyzje czy ruchy polityczne na szczeblu lokalnym są niezbędne, by takie programy czy działania realnie wspierały zdrowie psychiczne mieszkańców?

Zakończenie

Jakie postulaty i wolne wnioski dotyczące zdrowia psychicznego pracowników chcieliby Państwo przekazać władzom województwa czy WUP?

Scenariusz FGI – Instytucje Edukacyjne i Szkoleniowe, Pracownicy urzędów

Intro

- Wprowadzenie, przedstawienie się, prezentacja celu badania, informacja o poufności danych (5 min)

Prośba o przedstawienie się i krótką informację o specjalizacji i praktyce osób badanych (5 min)

Blok I [Zdrowie psychiczne pracowników i rynek pracy związany z usługami wspierającymi zdrowie psychiczne]

- Zaczniemy od dość ogólnej kwestii. Czy według Państwa kondycja psychiczna pracowników stała się w ciągu kilku ostatnich lat tematem rozmów wśród urzędników, prezesów firm, a może samych pracowników?
- Dlaczego takie rozmowy się pojawiły? Czego zwykle dotyczą? (rosnące problemy osobiste pracowników przekładające się na atmosferę w firmie, poszukiwanie wsparcia u pracodawców, inne?)
 - Czy urzędy uczelnie podejmują jakieś kroki, by organizować edukować w zakresie dbania o zdrowie psychiczne pracowników, organizować szkolenia czy programy wsparcia albo programy dofinansowania usług terapii i wsparcia dla pracowników?
 - Czy Państwo odnotowali rosnące zainteresowanie szkoleniami związanymi na przykład z odpornością psychiczną, wypalenie zawodowym, różnorodnością pokoleniową?
 - Czy urzędy planują uruchomić takie szkolenia?
 - Czy uczelnie edukują w zakresie przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu, dbania o dobrostan psychiczny?

Blok II [Zapotrzebowanie na zawody i umiejętności, ocena dostępności]

- Wyobraźmy sobie, że urzędy mają wszelkie możliwości zatrudnienia specjalistów, z którymi przygotują program wsparcia zdrowia psychicznego pracowników kierowany do przedsiębiorców. Nie ograniczają was pieniądze.
 - Jak wyglądałby taki program? Z jakimi specjalistami chcielibyście współpracować? Jakie umiejętności pracowników należałoby wesprzeć czy budować od zera? Dlaczego są niezbędne we współczesnym świecie?
- Wyobraźmy sobie, że uczelnie mają wszelkie możliwości zatrudnienia specjalistów, z którymi przygotują blok przedmiotów/program kierunku studiów dotyczący zdrowia psychicznego pracowników na współczesnym rynku pracy. Nie ograniczają was pieniądze ani dostępności takich osób.
 - Kto powinien prowadzić takie zajęcia? Jakich kwestii powinny dotyczyć? W jakie umiejętności powinny wyposażyć osoby studiujące?

Blok III [Ocena jakości, przydatności i dostosowania zawodów]

- Na ile aktualnie kształcone w szkołach średnich i wyższych zawody odpowiadają waszym zdaniem na wyzwania na rynku pracy? Które z kierunków kształcenia/studiów/specjalizacji zawodowych wydają się wam dziś nieadekwatne, a które uznajecie za przyszłościowe?
- Jakie zawody warto byłoby lepiej przystosować do wyzwań związanych na przykład z problemem wypalenia zawodowego, rosnącą tendencją do kryzysów psychicznych u pracowników?

Blok IV [Zawody, kwalifikacje i umiejętności związane ze zdrowiem psychicznym w świetle nowych technologii, cyfryzacji oraz trendów społecznych]

- Jakie umiejętności i zawody przydadzą się na rynku pracy w najbliższej przyszłości? Przyjrzyjmy się trendom takim jak rozwój AI czy starzenie się społeczeństwa i rosnącą potrzebą opieki nad osobami starszymi?

- Jakie umiejętności powinny być kształcone na poziomie średnim i wyższym żeby w tym procesie wspomagać młodsze pokolenia?
- Jak na zmiany technologiczne i trendy społeczne powinny reagować urzędy pracy? Co warto byłoby zaproponować przedsiębiorcom? (dofinansowania, szkolenia, doradztwo, mentoring)

Blok V [Dostępność i charakterystyka dotychczasowych programów wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego]

- Jeśli mieliby Państwo wskazać istniejące w naszym województwie lub ogólnopolskie programy wsparcia dotyczące zdrowia psychicznego pracowników, to jakie przychodzą wam na myśl?
 - Na czym polegają? Przez kogo są organizowane? Dlaczego są cenne?
 - Jakich rozwiązań systemowych brakuje? Kto powinien pracować nad ich wdrożeniem, by były maksymalnie efektywne? Gdzie (na jakim terenie i w jakich placówkach) powinny być organizowane? Jacy specjaliści są niezbędni do ich sprawnego funkcjonowania?
 - Jakie decyzje czy ruchy polityczne na szczeblu lokalnym są niezbędne, by takie programy czy działania realnie wspierały zdrowie psychiczne mieszkańców?

Zakończenie

- Jakie postulaty i wolne wnioski dotyczące zdrowia psychicznego pracowników – w szczególności te dotyczące pracy urzędów i kształcenia w wyższej uczelni chciałoby Państwo przekazać władzom województwa czy WUP?

12.3. Scenariusze IDI

Scenariusz IDI – Specjaliści zdrowia psychicznego

(psychiatrzy, psychologowie, psychoterapeuci, terapeuci zajęciowi, pracownicy socjalni zajmujący się zdrowiem psychicznym)

Intro

- Przedstawienie się, podziękowanie za udział.
- Cel badania: *Chcemy poznać opinie specjalistów o stanie zdrowia psychicznego w województwie podlaskim, dostępności wsparcia, zapotrzebowaniu na kadry i kompetencje, a także wyzwaniach, jakie stoją przed systemem.*
- Zapewnienie anonimowości i poufności.
- Informacja o czasie: 45–60 min.

Blok 1. Percepcja problemu

- Czy w ostatnich latach rośnie liczba osób zgłaszających się po pomoc? Jakie są główne przyczyny tego zjawiska?
- Jakie problemy są najczęstsze (na przykład wypalenie, konflikty w pracy, uzależnienia)? Na ile związane są one z pracą zawodową i atmosferą w miejscu pracy?

Blok 2. Dostępność i współpraca

- Czy specjalistów (psychologów, psychoterapeutów, psychiatrów) jest wystarczająco dużo?
 - W których miejscach i instytucjach najbardziej ich brakuje (poradnie, szkoły, zakłady pracy, domy pomocy społecznej, sektor prywatny)?
 - Jak wygląda sytuacja w poszczególnych subregionach (białostocki, łomżyński, suwalski) oraz w mieście i na wsi?
 - Których zawodów zdrowia psychicznego brakuje najbardziej?
- Jak wygląda obciążenie pracą specjalistów – liczba pacjentów, czas oczekiwania? Czy sami odczuwają przeciążenie lub wypalenie? Czy potrzebne są nowe zawody wspierające (na przykład asystent terapeuty)?
- Jakie są największe bariery w dostępie do pomocy – finansowe, organizacyjne, związane z kontraktami NFZ, czy wynikające z braków kadrowych?
- Jak wygląda współpraca z pracodawcami i instytucjami – czy jest realne zapotrzebowanie na wsparcie psychologiczne w zakładach pracy? Czy zgłaszają się głównie firmy, szkoły i organizacje, czy raczej osoby indywidualne?
- Jakie grupy społeczne są szczególnie wykluczone z dostępu do wsparcia?

Blok 3. Potrzeby i oczekiwania

- Jakie formy wsparcia psychicznego są dziś najbardziej potrzebne osobom pracującym w regionie?
 - Czy powinno to być wsparcie w miejscu pracy (na przykład etat, pakiety pracownicze), czy raczej poza nim (na przykład finansowanie wizyt po pracy)?
 - Kto powinien je finansować: NFZ, pracodawca, samorząd?
- Jakie rozwiązania mogłyby wprowadzić pracodawcy i instytucje, by lepiej chronić zdrowie psychiczne pracowników?
- Jakie zmiany systemowe lub organizacyjne poprawiłyby dostępność pomocy i profilaktyki w regionie?
- Jak pracownicy postrzegają takie wsparcie – czy są otwarci i chętni, by z niego korzystać?

Blok 4. Kompetencje i luki

- Jakie umiejętności i kompetencje są dziś najbardziej potrzebne specjalistom zdrowia psychicznego w pracy z pacjentami?

- Z jakimi problemami najtrudniej jest obecnie pracować (na przykład wypalenie zawodowe, uzależnienia, kryzysy)?
- Jak oceniają Państwo przygotowanie absolwentów do pracy?
 - Czy ukończone studia wystarczają, czy potrzebne są dodatkowe kwalifikacje (na przykład szkoła psychoterapii)?
 - Jakie braki kompetencyjne i praktyczne najczęściej obserwujecie u młodych specjalistów?
- Jakich kompetencji i umiejętności najbardziej brakuje w codziennej pracy specjalistów / zespołów zdrowia psychicznego?

Blok 5. Edukacja i rozwój

- Jak oceniają Państwo ofertę edukacyjną w obszarze zdrowia psychicznego dostępną w regionie (studia, kursy, szkolenia, studia podyplomowe)?
- Jaką wartość mają studia i kursy online – czy są wystarczająco praktyczne i jakościowe?
- Jakie specjalizacje i szkolenia powinny być szczególnie rozwijane (na przykład terapia dzieci, psychiatria środowiskowa, interwencje kryzysowe)?
- Jakie formy kształcenia ustawicznego (lifelong learning) są najbardziej potrzebne praktykom?
 - Jakich kursów i szkoleń szczególnie brakuje?
 - Gdzie powinny być rozwijane (uczelnie, centra szkoleniowe, placówki zdrowia)?
 - Kto powinien finansować takie szkolenia?
- Czy oferta edukacyjna w regionie rozwija także kompetencje miękkie i zarządcze, potrzebne do pracy zespołowej, projektowej i w środowisku cyfrowym?

Blok 6. Przyszłość i trendy

- Jak zmieni się zapotrzebowanie na specjalistów zdrowia psychicznego w regionie w ciągu najbliższych 5–10 lat?
- W jakich obszarach będą oni najbardziej potrzebni (na przykład szkoły, zakłady pracy, pomoc społeczna, inne)?
- Które zawody i specjalizacje będą szczególnie poszukiwane? (*badacz może odwołać się do listy KZiS w załączniku, jeśli potrzebne doprecyzowanie*)
- Jakie nowe rozwiązania technologiczne i organizacyjne mogą wspierać pracę specjalistów (na przykład telemedycyna, AI, platformy cyfrowe)?
- Jakie są ich ograniczenia i ryzyka?
 - Czy lepsze jest wsparcie online spoza regionu, czy raczej specjalista zatrudniony w miejscu pracy, znający jego specyfikę?
- Czy w obliczu starzenia się społeczeństwa i nowych wyzwań demograficznych potrzebne będą nowe specjalizacje – na przykład praca z seniorami, psychoonkologia, terapia środowiskowa?

Blok 7. Zmiany ustawowe i regulacje

- Jak oceniają Państwo zmiany legislacyjne dotyczące zawodu psychologa i psychoterapeuty?
 - Czy są potrzebne i właściwie wprowadzane?
- Czy obecne lub planowane regulacje są korzystne z perspektywy pacjentów oraz środowiska zawodowego?
- Jakie powinny być zasady regulowania działalności instytucji kształcących psychologów i psychoterapeutów?
- Czy w województwie podlaskim jest wystarczająca liczba miejsc specjalizacyjnych w psychiatrii – zwłaszcza psychiatrii dzieci i młodzieży?
 - Jak oceniają Państwo dostępność kształcenia lekarzy psychiatrów w regionie?
 - Jakie zmiany systemowe byłyby potrzebne w tym zakresie?

Blok 8. Warunki pracy i migracje

- Jak oceniają Państwo warunki pracy specjalistów zdrowia psychicznego w regionie (wynagrodzenia, liczba etatów, elastyczność, dostęp do superwizji)?
- Czy obecne warunki sprzyjają pozostawaniu w województwie, czy raczej migracji specjalistów? Jakie są główne powody wyjazdów (na przykład zarobki, brak szkoleń, obciążenie pracą)?
- Co mogłoby zachęcić specjalistów do pozostania lub powrotu do województwa podlaskiego?

Blok 9. Kompetencje przyszłości i strategiczne kierunki rozwoju

- Jakie nowe kompetencje będą coraz ważniejsze w pracy specjalistów zdrowia psychicznego (na przykład cyfrowe, międzysektorowe, kulturowe, komunikacyjne)?
- Czy w pracy specjalistów istotne są także umiejętności zarządcze i koordynacyjne (na przykład praca projektowa, kierowanie zespołem, współpraca międzysektorowa)?
- Czy oferta edukacyjna w regionie wystarczająco przygotowuje do pracy w zespołach interdyscyplinarnych (na przykład psycholog + pedagog + pracownik socjalny + lekarz psychiatra)?
- Czy specjaliści zdrowia psychicznego powinni być przygotowani do pracy w zróżnicowanym środowisku kulturowym i z grupami szczególnymi (na przykład mniejszości narodowe, migranci, uchodźcy)?
- W obliczu starzenia się społeczeństwa – jakie kompetencje w pracy z seniorami i osobami przewlekle chorymi będą szczególnie potrzebne (na przykład psychoonkologia, terapia środowiskowa, wsparcie rodzin)?
- Czy w perspektywie 10 lat pojawią się nowe specjalizacje w obszarze zdrowia psychicznego (na przykład doradcy wellbeing, terapeuci środowiskowi, specjaliści ds. uzależnień cyfrowych)?

Blok 10. Rekomendacje

- Jakie działania władz regionalnych powinny być priorytetem, aby poprawić dostęp do wsparcia zdrowia psychicznego (na przykład finansowanie, profilaktyka, centra zdrowia psychicznego)?
 - Czy warto prowadzić regularne diagnozy zdrowia psychicznego mieszkańców regionu/subregionów z wykorzystaniem testów przesiewowych?
- Jakiego wsparcia systemowego najbardziej brakuje w codziennej pracy specjalistów?
- Jakie rekomendacje skierował(a)by Pan/Pani do instytucji kształcących nowych specjalistów?
 - Jakie umiejętności i kompetencje są kluczowe?
 - Jak powinien wyglądać program praktyk?
- Jakie działania na poziomie krajowym byłyby najbardziej potrzebne, aby poprawić sytuację w obszarze zdrowia psychicznego?

Scenariusz IDI – Studenci

(studenci kierunków dot. zdrowia psychicznego)

Intro

- Podziękowanie za udział.
- Cel badania: *Celem badania jest poznanie opinii środowiska edukacyjnego na temat kierunków i szkoleń związanych ze zdrowiem psychicznym, poziomu zainteresowania tymi ścieżkami oraz oceny ich dopasowania do potrzeb rynku pracy w województwie podlaskim.*
- Zapewnienie anonimowości.
- Czas: ok. 45–60 minut.

Blok 1. Percepcja problemu

- Jaką rolę pełni Państwa instytucja w procesie przygotowywania specjalistów związanych ze zdrowiem psychicznym?

Blok 2. DIAGNOZA OBECEJ SYTUACJI (OFERTA EDUKACYJNA I DOSTĘPNOŚĆ)

- Jakie kierunki, kursy lub szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego prowadzicie i ilu studentów/słuchaczy kształcicie rocznie?
- Jak zmienia się zainteresowanie ofertą w ostatnich latach?
- Jak wygląda dostępność i jakość kadry dydaktycznej – czy są trudności w pozyskaniu wykładowców i praktyków?
- Na ile programy kształcenia są dopasowane do potrzeb rynku pracy i czy obejmują nowe wyzwania, takie jak wsparcie zdrowia psychicznego w pracy, profilaktyka wypalenia czy technologie cyfrowe?
- Jak organizowane są praktyki i staże – z kim współpracujecie i jakie bariery napotykacie, zwłaszcza w mniejszych powiatach?

Blok 3. LUKI I POTRZEBY

- Czy liczba absolwentów odpowiada zapotrzebowaniu regionalnemu?
- Jakie są mocne strony absolwentów – w czym są najlepiej przygotowani?
- Jakie braki kompetencyjne obserwujecie i które wymagają pilnej interwencji?
- Na ile program rozwija kompetencje miękkie (na przykład empatia, odporność na stres) i twarde (na przykład diagnoza, techniki terapeutyczne, umiejętności cyfrowe)?
- Czy prowadzicie analizy losów absolwentów lub zbieracie informacje zwrotne od pracodawców? Jakie najczęstsze sygnały otrzymujecie?

Blok 4. WYZWANIA SYSTEMOWE

- Jakie są największe trudności w kształceniu specjalistów zdrowia psychicznego w Państwa instytucji?
- Czy występują problemy kadrowe – na przykład brak wykładowców, odpływ specjalistów?
- Czy bariery finansowe ograniczają rozwój edukacji – na przykład niedofinansowanie, niskie wynagrodzenia kadry?
- Na ile programy są dostosowane do standardów krajowych i europejskich? Jakie narzędzia byłyby potrzebne do ich aktualizacji?
- Jak pandemia, cyfryzacja czy zmiany demograficzne wpłynęły na Państwa instytucję?
- Jakiego wsparcia oczekujecie od samorządu, instytucji rządowych i WUP?
- Czy Państwa instytucja prowadzi działania wspierające dobrostan psychiczny własnych pracowników i studentów (na przykład programy profilaktyczne, szkolenia, dofinansowania terapii)?

Blok 5. PERSPEKTYWY ROZWOJU

- Jakie nowe kierunki, kursy lub szkolenia planujecie uruchomić w najbliższych latach?
- Czy rozwijacie ofertę dla osób aktywnych zawodowo – studia podyplomowe, kursy, mikropoświadczenia?
- Jakie rozwiązania cyfrowe w nauczaniu już stosujecie lub planujecie wdrożyć?
- Gdyby nie było ograniczeń finansowych ani kadrowych, jaką nową ofertę edukacyjną w obszarze zdrowia psychicznego Państwa instytucja chciałaby uruchomić?
- Które obszary tematyczne powinny być bardziej rozwijane w edukacji – na przykład interwencja kryzysowa, terapia cyfrowa, profilaktyka zdrowia psychicznego?

Blok 6. KSZTAŁCENIE USTAWICZNE (LLL) I WSPÓŁPRACA Z RYNKIEM PRACY

- Jaką ofertę kształcenia ustawicznego (studia podyplomowe, kursy, szkolenia, mikropoświadczenia) oferuje obecnie Państwa instytucja?
- Czy stosujecie rozwiązania umożliwiające potwierdzanie umiejętności zdobytych w edukacji pozaformalnej lub praktyce zawodowej (RPL)?
- Czy znają Państwo istniejące programy wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego (krajowe, regionalne, unijne)? Jak oceniacie ich skuteczność i przydatność?
- Jak wygląda współpraca z pracodawcami i instytucjami rynku pracy – na przykład przy tworzeniu programów, praktyk, projektów edukacyjnych?
- Czy korzystaliście ze środków zewnętrznych (na przykład RPO, Fundusze Europejskie) na rozwój oferty kształcenia? Jakie były efekty?
- Jakie bariery utrudniają rozwój oferty LLL – brak zainteresowania, niedofinansowanie, czy brak kadry?

Blok 7. TRENDY I PRZYSZŁOŚĆ

- Jakie zmiany w ostatnich latach (na przykład pandemia, cyfryzacja, demografia) najbardziej wpłynęły na edukację w obszarze zdrowia psychicznego?
- Które innowacje technologiczne (e-learning, teleterapia, AI) stosujecie lub planujecie wdrożyć?
- Jakie szanse i zagrożenia widzicie w cyfryzacji edukacji i kształcenia kadr zdrowia psychicznego?
- Które kompetencje i specjalizacje – w perspektywie 5–10 lat – będą najbardziej potrzebne w województwie podlaskim i jego subregionach, biorąc pod uwagę zarówno plany rozwojowe Państwa instytucji, jak i szersze trendy społeczne, technologiczne i demograficzne?

Blok 8. REKOMENDACJE

- Jakie działania systemowe (na poziomie MEiN, MZ, ustawodawcy) byłyby najważniejsze dla poprawy jakości kształcenia w obszarze zdrowia psychicznego?
- Jakiego wsparcia na poziomie regionalnym – ze strony samorządu, WUP czy instytucji rynku pracy – najbardziej potrzebujecie?
- Jakie zmiany lub inicjatywy warto wdrożyć w samej uczelni/szkole/ośrodku szkoleniowym, aby lepiej przygotować absolwentów do pracy?
- Jakie formy współpracy z pracodawcami i instytucjami zdrowia psychicznego uznajecie za najbardziej potrzebne?
- Gdyby miał/a Pan/Pani wskazać trzy najważniejsze rekomendacje, które powinny zostać wdrożone w pierwszej kolejności – co by to było?
- Pytanie domykające: Czy jest coś, o co nie zapytałem, a co uważa Pan/Pani za kluczowe dla rozwoju edukacji w obszarze zdrowia psychicznego w regionie?

Scenariusz IDI – Pracodawcy i HR

Cel: Diagnoza stanu obecnego, potrzeb i kompetencji w zakresie zdrowia psychicznego w firmach. Czas: ok. 40–45 min.

Intro

- Podziękowanie i cel badania (opinia o zdrowiu psychicznym, działania obecne, potrzeby przyszłe).
- Zapewnienie o anonimowości.

Blok 1. Diagnoza i percepcja problemu

Skupiamy się na tym, co widać w firmie „tu i teraz”.

- Ewolucja podejścia: Jak zmieniło się podejście zarządu i pracowników do zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich 2–3 lat? Czy temat zyskał na ważności?
- Obserwowane problemy: Z jakimi trudnościami najczęściej mierzą się Wasi pracownicy? (Np. wypalenie, stres, konflikty, absencje).
- Źródła problemów: Gdzie upatrujecie głównych przyczyn tych zjawisk? (Czynniki zawodowe vs prywatne; kultura organizacyjna, styl zarządzania).

Blok 2. Obecne działania i bariery

Co firma robi teraz i co jej przeszkadza.

- Dostępne wsparcie: Jakie formy wsparcia oferujecie obecnie pracownikom i jak wygląda ścieżka korzystania z nich? (Np. benefity, EAP, psycholog, procedury, szkolenia).
- Monitoring: Czy i w jaki sposób monitorujecie dobrostan psychiczny w firmie? (Ankiety, rozmowy 1:1, analiza wskaźników HR).
- Bariery: Co jest najtrudniejsze we wdrażaniu takich działań w Waszej organizacji? (Budżet, brak czasu, opór zarządu, stygmatyzacja, brak specjalistów).

Blok 3. Potrzeby i model idealny

Czego firma potrzebuje, by działać lepiej.

- Oczekiwania: Jakie formy wsparcia byłyby dla Was najbardziej przydatne („szyte na miarę”), których teraz brakuje?
- Model organizacyjny: Jaki model współpracy ze specjalistą jest dla Was optymalny? (Wewnętrzny etat vs zewnętrzny dostawca/EAP vs model hybrydowy).
- Finansowanie: Kto Waszym zdaniem powinien ponosić koszty wsparcia psychologicznego? (Pracodawca, NFZ, współfinansowanie przez pracownika).

Blok 4. Kompetencje i rynek specjalistów

Łączymy tu ocenę kompetencji (obecnych i przyszłych) oraz dostępność kadr.

- Kluczowe kompetencje specjalistów: Czego oczekujecie od specjalistów zdrowia psychicznego współpracujących z biznesem? (Zrozumienie specyfiki branży, nastawienie na rozwiązania, RODO, elastyczność).
- Luki kompetencyjne: Z jakimi brakami u specjalistów spotykacie się najczęściej? (Zbyt teoretyczne podejście, brak zrozumienia realiów firmy).
- Dostępność rynku: Jak oceniacie dostępność dobrych specjalistów w Waszym regionie? (Czy widać różnice między dużymi miastami a mniejszymi miejscowościami? Jak to wpływa na Wasze decyzje – na przykład wybór usług online?).
- Plany rekrutacyjne: Czy w ciągu najbliższego roku planujecie nawiązanie lub rozszerzenie współpracy ze specjalistami? Jeśli tak, to z jakimi?

Blok 5. Menedżerowie i edukacja wewnętrzna

Rola liderów i szkolenia – połączono, by uniknąć dublowania tematu kompetencji miękkich.

- Kompetencje menedżerów: Jakie umiejętności leaderskie uważacie za kluczowe w dbaniu o dobrostan zespołu?
(Rozpoznawanie kryzysu, empatyczna komunikacja, „higiena” zarządzania).
- Działania edukacyjne: Jakie szkolenia z tego obszaru realizujecie i czy mają one charakter systemowy, czy incydentalny?
- Luki szkoleniowe: Jakich tematów lub formatów edukacyjnych najbardziej Wam brakuje?
(Np. warsztaty praktyczne zamiast webinarów, treningi dla kadry zarządzającej).

Blok 6. Przyszłość, technologie i otoczenie

Trendy i regulacje.

- Prognoza zapotrzebowania: Czy spodziewacie się wzrostu zapotrzebowania na wsparcie psychologiczne w perspektywie 5–10 lat? W jakich grupach pracowniczych najbardziej?
- Technologie: Jaką rolę mogą odegrać nowe technologie (AI, aplikacje wellbeing, teleterapia) we wspieraniu pracowników? Czy mogą zastąpić kontakt z człowiekiem?
- Otoczenie prawne: Jakie zmiany w prawie lub systemie (na przykład ulgi podatkowe, standardy BHP) realnie ułatwiłyby Wam dbanie o zdrowie psychiczne załogi?

Blok 7. Kompetencje przyszłości (z perspektywy pracodawcy)

- Jakich nowych kompetencji będziecie oczekiwać w przyszłości od specjalistów zdrowia psychicznego współpracujących z firmą?
(Np. umiejętność pracy w środowisku cyfrowym, komunikacja międzysektorowa, znajomość specyfiki branży, kompetencje analityczne – praca z KPI, umiejętność projektowania działań profilaktycznych.)
- Jakie umiejętności będą – Waszym zdaniem – kluczowe u menedżerów w kontekście dbania o dobrostan pracowników?
(Np. rozpoznawanie sygnałów przeciążenia, prowadzenie trudnych rozmów, projektowanie higienicznego środowiska pracy, odporność psychiczna, zarządzanie emocjami.)

Blok 8. Rekomendacje

- Jakiego wsparcia ze strony instytucji publicznych (na przykład WUP, samorząd, NFZ) najbardziej potrzebujecie, aby skutecznie rozwijać działania na rzecz zdrowia psychicznego w miejscu pracy?
(Np. dofinansowania, programy profilaktyczne, ułatwienia prawne, doradztwo wdrożeniowe, kampanie anty-stygmatyzacyjne, mobilne centra wsparcia.)
- Jakie konkretne zmiany systemowe lub organizacyjne – na poziomie lokalnym lub krajowym – mogłyby ułatwić firmom wdrażanie takich działań?
- Jakie zmiany w systemie edukacji i szkolnictwa – formalnego i pozaformalnego – byłyby Waszym zdaniem najważniejsze z perspektywy potrzeb pracodawców?
(Np. nowe kierunki studiów, lepsze dopasowanie programów kształcenia, większy nacisk na praktyczne umiejętności, elastyczne formy kształcenia ustawicznego.)

Scenariusz IDI – Instytucje Edukacyjne i Szkoleniowe

(uczelnie wyższe, szkoły policealne, doradcy zawodowi)

Intro

- Podziękowanie za udział.
- Cel badania: *Celem badania jest poznanie opinii środowiska edukacyjnego na temat kierunków i szkoleń związanych ze zdrowiem psychicznym, poziomu zainteresowania tymi ścieżkami oraz oceny ich dopasowania do potrzeb rynku pracy w województwie podlaskim.*
- Zapewnienie anonimowości.
- Czas: ok. 45–60 minut.

BLOK 1. Percepcja problemu

- Jaką rolę pełni Państwa instytucja w procesie przygotowywania specjalistów związanych ze zdrowiem psychicznym?

BLOK 2. DIAGNOZA OBECEJ SYTUACJI (OFERTA EDUKACYJNA I DOSTĘPNOŚĆ)

- Jakie kierunki, kursy lub szkolenia w zakresie zdrowia psychicznego prowadzicie i ilu studentów/słuchaczy kształcicie rocznie?
- Jak zmienia się zainteresowanie ofertą w ostatnich latach?
- Jak wygląda dostępność i jakość kadry dydaktycznej – czy są trudności w pozyskaniu wykładowców i praktyków?
- Na ile programy kształcenia są dopasowane do potrzeb rynku pracy i czy obejmują nowe wyzwania, takie jak wsparcie zdrowia psychicznego w pracy, profilaktyka wypalenia czy technologie cyfrowe?
- Jak organizowane są praktyki i staże – z kim współpracujecie i jakie bariery napotykacie, zwłaszcza w mniejszych powiatach?

BLOK 3. LUKI I POTRZEBY

- Czy liczba absolwentów odpowiada zapotrzebowaniu regionalnemu?
- Jakie są mocne strony absolwentów – w czym są najlepiej przygotowani?
- Jakie braki kompetencyjne obserwujecie i które wymagają pilnej interwencji?
- Na ile program rozwija kompetencje miękkie (na przykład empatia, odporność na stres) i twarde (na przykład diagnoza, techniki terapeutyczne, umiejętności cyfrowe)?
- Czy prowadzicie analizy losów absolwentów lub zbieracie informacje zwrotne od pracodawców? Jakie najczęstsze sygnały otrzymujecie?

BLOK 4. WYZWANIA SYSTEMOWE

- Jakie są największe trudności w kształceniu specjalistów zdrowia psychicznego w Państwa instytucji?
- Czy występują problemy kadrowe – na przykład brak wykładowców, odpływ specjalistów?
- Czy bariery finansowe ograniczają rozwój edukacji – na przykład niedofinansowanie, niskie wynagrodzenia kadry?
- Na ile programy są dostosowane do standardów krajowych i europejskich? Jakie narzędzia byłyby potrzebne do ich aktualizacji?
- Jak pandemia, cyfryzacja czy zmiany demograficzne wpłynęły na Państwa instytucję?
- Jakiego wsparcia oczekujecie od samorządu, instytucji rządowych i WUP?
- Czy Państwa instytucja prowadzi działania wspierające dobrostan psychiczny własnych pracowników i studentów (na przykład programy profilaktyczne, szkolenia, dofinansowania terapii)?

BLOK 5. PERSPEKTYWY ROZWOJU

- Jakie nowe kierunki, kursy lub szkolenia planujecie uruchomić w najbliższych latach?

- Czy rozwijacie ofertę dla osób aktywnych zawodowo – studia podyplomowe, kursy, mikropoświadczenia?
- Jakie rozwiązania cyfrowe w nauczaniu już stosujecie lub planujecie wdrożyć?
- Gdyby nie było ograniczeń finansowych ani kadrowych, jaką nową ofertę edukacyjną w obszarze zdrowia psychicznego Państwa instytucja chciałaby uruchomić?
- Które obszary tematyczne powinny być bardziej rozwijane w edukacji – na przykład interwencja kryzysowa, terapia cyfrowa, profilaktyka zdrowia psychicznego?

BLOK 6. KSZTAŁCENIE USTAWICZNE (LLL) I WSPÓŁPRACA Z RYNKIEM PRACY

- Jaką ofertę kształcenia ustawicznego (studia podyplomowe, kursy, szkolenia, mikropoświadczenia) oferuje obecnie Państwa instytucja?
- Czy stosujecie rozwiązania umożliwiające potwierdzanie umiejętności zdobytych w edukacji pozaformalnej lub praktyce zawodowej (RPL)?
- Czy znają Państwo istniejące programy wsparcia w zakresie zdrowia psychicznego (krajowe, regionalne, unijne)? Jak oceniacie ich skuteczność i przydatność?
- Jak wygląda współpraca z pracodawcami i instytucjami rynku pracy – na przykład przy tworzeniu programów, praktyk, projektów edukacyjnych?
- Czy korzystaliście ze środków zewnętrznych (na przykład RPO, Fundusze Europejskie) na rozwój oferty kształcenia? Jakie były efekty?
- Jakie bariery utrudniają rozwój oferty LLL – brak zainteresowania, niedofinansowanie, czy brak kadry?

BLOK 7. TRENDY I PRZYSZŁOŚĆ

- Jakie zmiany w ostatnich latach (na przykład pandemia, cyfryzacja, demografia) najbardziej wpłynęły na edukację w obszarze zdrowia psychicznego?
- Które innowacje technologiczne (e-learning, teleterapia, AI) stosujecie lub planujecie wdrożyć?
- Jakie szanse i zagrożenia widzicie w cyfryzacji edukacji i kształcenia kadr zdrowia psychicznego?
- Które kompetencje i specjalizacje – w perspektywie 5–10 lat – będą najbardziej potrzebne w województwie podlaskim i jego subregionach, biorąc pod uwagę zarówno plany rozwojowe Państwa instytucji, jak i szersze trendy społeczne, technologiczne i demograficzne?

BLOK 8. REKOMENDACJE

- Jakie działania systemowe (na poziomie MEiN, MZ, ustawodawcy) byłyby najważniejsze dla poprawy jakości kształcenia w obszarze zdrowia psychicznego?
- Jakiego wsparcia na poziomie regionalnym – ze strony samorządu, WUP czy instytucji rynku pracy – najbardziej potrzebujecie?
- Jakie zmiany lub inicjatywy warto wdrożyć w samej uczelni/szkole/ośrodku szkoleniowym, aby lepiej przygotować absolwentów do pracy?
- Jakie formy współpracy z pracodawcami i instytucjami zdrowia psychicznego uznajecie za najbardziej potrzebne?
- Gdyby miał/a Pan/Pani wskazać trzy najważniejsze rekomendacje, które powinny zostać wdrożone w pierwszej kolejności – co by to było?
- Pytanie domykające: Czy jest coś, o co nie zapytałem/a/m, a co uważa Pan/Pani za kluczowe dla rozwoju edukacji w obszarze zdrowia psychicznego w regionie?

Scenariusz IDI – Organizacje Pozarządowe (NGO)

(działające w obszarze zdrowia psychicznego, wsparcia społecznego i profilaktyki)

Intro

- Podziękowanie za udział.
- Cel badania: Celem badania jest poznanie roli i doświadczeń organizacji pozarządowych w obszarze zdrowia psychicznego, w tym form współpracy ze specjalistami, dostępnych programów, jakości współpracy z instytucjami publicznymi oraz identyfikacja barier i potrzeb.
- Zapewnienie anonimowości.
- Czas: ok. 45–60 minut.

BLOK 1. ROLA NGO W SYSTEMIE

- Jaką rolę pełni Państwa organizacja w systemie wsparcia zdrowia psychicznego?
- Z jakimi grupami odbiorców najczęściej pracujecie (dzieci, młodzież, osoby dorosłe, seniorzy, grupy ryzyka)?
- Z jakimi grupami szczególnie wrażliwymi lub wykluczonymi pracujecie i jakie bariery w dostępie do wsparcia zdrowia psychicznego dostrzegacie?
- Jak oceniacie swoje miejsce w systemie – czy jesteście traktowani jako partnerzy, uzupełnienie działań publicznych instytucji, czy raczej działacie obok systemu?

BLOK 2. WSPÓŁPRACA ZE SPECJALISTAMI I INSTYTUCJAMI

- Z kim najczęściej współpracujecie – psychologami, terapeutami, psychiatrami, pracownikami socjalnymi, instytucjami publicznymi?
- Jak wygląda jakość tej współpracy – łatwo czy trudno nawiązać relacje? Jakie są główne bariery?
- Czy współpraca odbywa się na zasadach wolontariatu, odpłatności po stawkach rynkowych czy w formie finansowania projektowego?
- Jak oceniacie stabilność tej współpracy – czy udaje się Wam pozyskiwać specjalistów na dłużej, czy raczej są to krótkie, zadaniowe relacje?

BLOK 3. ZATRUDNIANIE SPECJALISTÓW I KOMPETENCJE KADR

- Czy Wasza organizacja zatrudnia na stałe specjalistów zdrowia psychicznego (na przykład psychologów, terapeutów, doradców)?
- Jakich specjalistów najbardziej potrzebujecie obecnie do realizacji działań w obszarze zdrowia psychicznego?
- Jakie są główne trudności w pozyskaniu takich osób do pracy w NGO – na przykład brak chętnych, wysokie koszty, brak odpowiednich kwalifikacji?
- Czy poza specjalistami zdrowia psychicznego również kadra NGO (na przykład koordynatorzy projektów, liderzy, wolontariusze) potrzebuje dodatkowych kompetencji, aby skutecznie realizować działania w tym obszarze?
- Czy zauważacie różnice w możliwościach zatrudniania specjalistów między subregionami województwa podlaskiego?

BLOK 4. PROGRAMY I PROJEKTY

- Czy prowadzicie lub realizujecie programy dedykowane zdrowiu psychicznemu – na przykład profilaktyczne, edukacyjne, interwencyjne?
- Jakie formy wsparcia psychicznego są – z Państwa doświadczenia – dziś najbardziej potrzebne odbiorcom Waszych działań?
- Jakie źródła finansowania najczęściej wykorzystujecie – granty, środki samorządowe, fundusze unijne, inne?

- Jak oceniacie skuteczność i trwałość tych programów – czy mają one charakter doraźny czy długofalowy?

BLOK 5. RELACJE Z NFZ I INSTYTUCJAMI PUBLICZNYMI

- Czy współpracujecie z NFZ – na przykład w zakresie kontraktowania świadczeń, kierowania beneficjentów do placówek, wspólnych projektów?
- Jak układa się współpraca z jednostkami samorządowymi (gminami, powiatami, województwem) w obszarze zdrowia psychicznego?
- Jakie bariery widzicie w relacjach z sektorem publicznym – biurokracja, brak środków, brak zrozumienia specyfiki NGO?

BLOK 6. PERSPEKTYWY I REKOMENDACJE

- Jakie zmiany w systemie wsparcia zdrowia psychicznego najbardziej pomogłyby NGO w realizacji działań?
- Jakie formy wsparcia ze strony samorządu wojewódzkiego, WUP czy instytucji rządowych byłyby dla Was najważniejsze?
- Jakie trzy rekomendacje uważacie za kluczowe, aby wzmocnić rolę NGO w systemie zdrowia psychicznego?
- W perspektywie 5–10 lat kogo najbardziej będziecie potrzebować w swoich projektach związanych z dobrostanem psychicznym – jakich zawodów, jakich kwalifikacji, jakich kompetencji?
- Pytanie domykające: Czy jest coś, o co nie zapytałem, a co – z perspektywy NGO – jest kluczowe dla rozwoju wsparcia zdrowia psychicznego w województwie podlaskim?