



**Opinia Prezesa  
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
nr 155/2018 z dnia 2 sierpnia 2018 r.  
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki  
chorób od stresu u osób pracujących na terenie województwa  
małopolskiego na lata 2019-2021 z perspektywą kontynuacji”**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości pozytywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „Program profilaktyki chorób od stresu u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego na lata 2019-2021 z perspektywą kontynuacji” pod warunkiem uwzględnienia poniższych uwag.

**Uzasadnienie**

Przedstawiony projekt programu polityki zdrowotnej zakłada prowadzenie działań z zakresu profilaktyki chorób od stresu u osób pracujących. W ramach programu planuje się prowadzenie działań w formie warsztatów psychoedukacyjnych, co stanowi wartość dodaną do obecnie funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej. Jednakże w celu zapewnienia realizacji programu o możliwie najwyższej jakości, należy uwzględnić poniższe uwagi.

Cele programowe warto przekonstruować zgodnie z zasadą SMART. Mierniki efektywności zaplanowano poprawnie.

Populacja docelowa została dobrana poprawnie, przy czym nie uargumentowano, na jakiej podstawie oszacowano liczebność populacji docelowej, co wymaga uzupełnienia.

Interwencje zaplanowane w ramach ocenianego programu korespondują z aktualnymi wytycznymi klinicznymi w przedmiotowym zakresie. Niemniej jednak należy rozważyć rozszerzenie działań edukacyjnych na całą populację kwalifikującą się do udziału w programie. Warto także zastanowić się nad udostępnieniem narzędzi wsparcia dla osób, które nie zakwalifikują się do udziału w programie (np. na platformie/stronie internetowej nt. programu).

Monitorowanie i ewaluacja zostały w większości zaplanowane poprawnie. Jednakże, mając na uwadze kontekst programu, ewaluacja powinna zostać przeprowadzona również w okresie długofalowym.

Budżet programu opracowano poprawnie. Jednak dodatkowo należałoby wskazać koszty w rozbięciu na poszczególne lata realizacji programu.

**Przedmiot opinii**

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej dotyczący chorób/zaburzeń związanych ze stresem w miejscu pracy. Budżet przeznaczony na realizację programu wynosi ok. 2 730 617 PLN, zaś okres realizacji obejmuje lata 2019-2021.

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



zdrowotnej, które wspierają efektywność kliniczną i kosztową technologii medycznej planowanej w programie.

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

#### Znaczenie problemu zdrowotnego

Oceniany projekt programu odnosi się do problemu zdrowotnego, jakim są zagrożenia psychospołeczne w miejscu pracy, a w szczególności nadmierny stres zawodowy i choroby/zaburzenia będące jego konsekwencją. Problem zdrowotny został opisany poprawnie.

Opiniowany projekt programu wpisuje się w priorytety zdrowotne: „tworzenie warunków sprzyjających utrzymaniu i poprawie zdrowia w środowisku nauki, pracy i zamieszkania” oraz „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych”, zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2018 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz.U. z 2018 r., poz. 469).

W projekcie przedstawiono wskaźniki epidemiologiczne korespondujące z wybranym problemem zdrowotnym, odnosząc się w sposób zarówno do danych globalnych, ogólnopolskich, jak i regionalnych.

Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w 2016 roku, w województwie małopolskim leczonych w systemie ambulatoryjnym z powodu zaburzeń psychicznych było 124 641 osób, co stanowi 3,69% całej ludności zamieszkującej Małopolskę. Najbardziej liczną grupę leczonych – 28,72% (tj. 35 793 pacjentów) stanowiły osoby z zaburzeniami nerwicowymi związanymi ze stresem i somatoformicznymi.

Na podstawie danych GUS (II kwartał 2013 roku) wskazano, że na czynniki psychologiczne, jako źródło zagrożeń w miejscu pracy wskazało 37,1% pracujących.

#### Cele i efekty programu

Głównym celem programu jest *zwiększenie umiejętności radzenia sobie ze stresem u osób pracujących w populacji objętej programem w województwie Małopolskim*. Założenie główne nie zostało sformułowane zgodnie z zasadą SMART, według której cel powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Należy zwrócić uwagę, że w analizowanym przypadku osiągnięcie celu nie zostało określone w czasie, co warto doprecyzować. Zdefiniowano także 2 cele szczegółowe, jednak nie są one w pełni zgodne z koncepcją SMART i wymagają przekonstruowania. Dodatkowo cel drugi w większości stanowi powielenie celu głównego.

W treści projektu programu przedstawiono 7 mierników efektywności, zarówno o jakościowe jak i ilościowe, które nie budzą zastrzeżeń i powinny pozwolić na ocenę efektywności programu.

#### Populacja docelowa

Działania przedstawione w ocenianym projekcie programu kierowane są do osób pełnoletnich, pracujących, narażonych na stres w wieku aktywności zawodowej. Zgodnie z GUS przez ludność w wieku produkcyjnym rozumie się ludność w wieku zdolności do pracy, tj. mężczyzn w wieku 18-64 lata i kobiety w wieku 18-59 lat. Natomiast osoby w wieku aktywności zawodowej stanowią osoby od 15 r.ż.

Liczebność populacji kwalifikującej się do udziału w programie (populację osób w wieku aktywności zawodowej w woj. małopolskim) oszacowano na 2 651 tys., w tym osób pracujących 1 431 tys. (osób pracujących w wieku 30-39 lat było 418 tys., natomiast populacja osób w wieku 50+ wynosiła 382 tys.) opierając się na danych GUS za II kwartał 2017 r.

Liczebność populacji docelowej ma wynosić ok. 1 820 osób. Jednakże nie wskazano, na jakiej podstawie przyjęto ww. liczbę adresatów programu, co wymaga uzupełnienia. Określona w projekcie docelowa liczba uczestników (ok. 1 820 osób) stanowi ok. 0,13% całej populacji osób pracujących w wieku aktywności zawodowej (1 431 tys. osób) w woj. małopolskim. Jednak należy zaznaczyć, że programem będą mogły być objęte osoby spełniające określone kryteria włączenia. Warto także dodać, że zgodnie z danymi epidemiologicznymi przedstawionymi w projekcie, w 2016 r. w województwie małopolskim odsetek osób leczonych ambulatoryjnie z powodu zaburzeń

nerwicowych związanych ze stresem i somatoformicznych (F40 - F48) był najwyższy wśród zaburzeń psychicznych, w tym przeważająca liczba osób była w wieku powyżej 18 roku życia, było to łącznie 33 440 osób.

W projekcie wskazano 5 kryteriów kwalifikacji do programu i zaznaczono, które z nich muszą być spełnione koniecznie. W związku z powyższym ostatecznie w programie będą mogły brać udział osoby spełniające warunki włączenia do programu, zatem nie będą to wszystkie osoby pracujące w wieku aktywności zawodowej. Mając na uwadze powyższe dokładne oszacowanie populacji docelowej spełniającej kryteria kwalifikacji do programu jest utrudnione.

Należy podkreślić, że zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, model dobrej praktyki w zakresie prewencji/redukcji stresu zawodowego wymaga zaangażowania zarówno kadry kierowniczej, jak i partycypowania w działaniach pracowników w miejscu pracy (HSE 2007-2017, ILO 2016, CSA 2013). Oceniany program spełnia to kryterium, ponieważ jest skierowany zarówno do pracowników jak i pracodawców.

### Interwencja

W ramach programu zaplanowano następujące interwencje:

- Przeprowadzenie pomiaru początkowego stanu wiedzy oraz radzenia sobie ze stresem uczestników/ uczestniczek programu – test wiedzy, Mini – COPE, ocena poziomu stresu PPS-10;
- Warsztaty psychoedukacyjne w wymiarze 24 godzin, składające się z 4 modułów po 6 godzin:
  - I moduł pn. „Stres” część teoretyczna – prezentacja, wykład dot. reakcji stresowych, zmian wywołanych stresem, wypalenia zawodowego, zdrowotnych i ekonomicznych skutków stresu, oraz część praktyczna – treningi, ćwiczenia praktyczne obejmujące m.in. trening relaksacji mięśniowej, trening uważności.
  - II moduł pn. „Skuteczna komunikacja i trening asertywności” część teoretyczna – wykład, prezentacja dot. komunikacji werbalnej, niewerbalnej, komunikatów, asertywności, oraz część praktyczna – treningi (uwzględniające techniki poznawczo-behawioralne) dot. stosowania asertywnej komunikacji, trening relaksacji.
  - III moduł pn. „Zarządzanie emocjami” część teoretyczna – wykład, prezentacja dot. podziału i przebiegu emocji, uprawomocnienia i normalizacji emocji, świadomości emocji w sytuacji stresowej, mapy potrzeb emocjonalnych oraz część praktyczna – treningi dot. regulacji, normalizacji i wyrażania emocji, trening relaksacji.
  - IV moduł pn. „Zarządzanie sobą poprzez planowanie i realizację celów” część teoretyczna – wykład, prezentacja dot. definicji celu, celów krótko- i długoterminowych, identyfikacji własnych zasobów – model SWOT, planowania celów – model SMART, część praktyczna (uwzględniająca techniki poznawczo-behawioralne) – trening relaksacji i wykorzystanie zdobytej wiedzy i umiejętności w realiach zawodowych.
- Przeprowadzenie testów i ankiety wśród uczestników po zakończeniu programu przy użyciu: testu wiedzy, ankiety satysfakcji, testu Mini-COPE, testu PSS-10.

Zaplanowane w ramach programu interwencje w większości zostały opisane w sposób poprawny i są zgodne z aktualnymi wytycznymi klinicznymi/zaleceniami w przedmiotowym zakresie. Niemniej jednak niektóre elementy tej części programu wymagają uzupełnienia lub doprecyzowania.

W zakresie interwencji, pierwsza część programu obejmować będzie rekrutację/kwalifikację uczestników. Za rekrutację odpowiedzialny będzie beneficjent/beneficjenci, który określi sposób przyjmowania zgłoszeń. Osoby zainteresowane uczestnictwem w programie będą wypełniać ankietę kwalifikacyjną. W programie mogą wziąć udział osoby spełniające kryteria włączenia do programu, które zgłoszą się do realizatorów. Z drugiej strony w projekcie podano informacje, że to beneficjent określi kryteria i sposób rekrutacji. Kwalifikacja uczestników do programu dokonywana będzie przez

osoby kwalifikujące wyznaczone przez realizatorów/beneficjentów. Ankieta kwalifikacyjna obejmuje 15 pytań, jednak nie sprecyzowano ile odpowiedzi twierdzących spośród 15 możliwych, będzie kwalifikować daną osobę do uczestnictwa w programie. Najprawdopodobniej zostanie to określone przez beneficjentów programu i osoby kwalifikujące wyznaczone przez realizatorów. Powyższe kwestie wymagają uszczegółowienia.

Programy z zakresu zarządzania stresem najczęściej dzielone są ze względu na cel działania, tj. na zapobieganie (eliminowania źródeł stresu), reagowanie w odpowiednim czasie (np. szkolenia, techniki relaksacyjne, zmiana w zakresie stylu życia) oraz na rehabilitację (wsparcie pracowników w radzeniu sobie ze stresem, poradnictwo, debriefing, opieka medyczna; EC 2002). Poddany ocenie projekt programu łączy ze sobą większość wymienionych powyżej aspektów (oprócz poradnictwa i opieki medycznej) zakładając wdrożenie kompleksowych interwencji dla populacji docelowej poprzez badanie kwestionariuszowe (Mini-COPE, test PSS-10), warsztaty dla pracowników i kadry zarządczej, oraz wypracowanie postępowania zarządzania stresem w miejscu pracy (z perspektywy indywidualnego pracownika).

Główną interwencją programu stanowią warsztaty psychoedukacyjne, składające się z 4 modułów po 6 godzin, obejmujące techniki relaksacyjne – relaksacja neuromięśniowa, trening uważności, techniki poznawczo-behawioralne (trening asertywności, praca na celach). Każdy z modułów składać się będzie z części teoretycznej oraz praktycznej – ćwiczeniowej, w ramach każdego modułu uczestnikom zostaną przekazane materiały edukacyjne. Zarówno polskie rekomendacje (CIOP 2000, PIP 2012), jak i zagraniczne (EC 2002, WHO 2010, NICE 2015) sugerują, że dobrze zaplanowane, ukierunkowane i wdrażane programy promocji zdrowia (w tym redukcji/ modyfikacji czynników stresowych) w miejscu pracy mogą być skuteczną i opłacalną interwencją przy niewielkich nakładach finansowych (EU-OSHA 2014). Model dobrej praktyki w zakresie prewencji stresu zawodowego (HSE 2007-2017) zaleca również wdrażanie indywidualnych interwencji wśród pracowników, jak również zapewnienie odpowiedniego wsparcia społecznego.

Z informacji zamieszczonych w projekcie wnioskować można, że każdy uczestnik najprawdopodobniej będzie objęty działaniami programu przez okres 2 tygodni (dwa weekendowe warsztaty z przerwą 2-tygodniową). W projekcie programu nie ma informacji, czy jedna osoba może brać udział w warsztatach tylko raz czy np. te same osoby będą mogły w nich uczestniczyć w każdym roku realizacji, co warto uściślić. Realizator programu zobowiązany jest do wyznaczenia propozycji kilku terminów cyklu warsztatów, co umożliwi zakwalifikowanym uczestnikom wyboru dogodnego dla nich terminu. Z przeglądu systematycznego Ruotsalainen 2015 wynika, że terapia psychologiczna (poznawczo-behawioralna) wykazywała redukcję stresu wśród pracowników ochrony zdrowia o ok. 13%, w okresie od 1 do 6 miesięcy (dowody niskiej jakości). Nie zaobserwowano takich zależności dla interwencji krótszych niż 1 miesiąc.

Należy zaznaczyć, że konsorcjum projektu PRIMA-EF – WHO 2008-2009, które wypracowało europejski schemat dotyczący zarządzania ryzykiem psychosocjalnym w pracy, jako jeden z kluczowych aspektów wymienia to, że elementy i narzędzia stosowane podczas interwencji powinny zostać zaadaptowane i dostosowane do danej grupy zawodowej i do konkretnych potrzeb danej organizacji. Natomiast z projektu programu nie wynika czy oprócz kadry zarządzającej, warsztaty będą dostosowywane pod konkretne grupy zawodowe i potrzeby danej organizacji, co należy uściślić.

Odnalezione wytyczne są zgodne, co do zasadności organizowania szkoleń edukacyjnych z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy przez odpowiednią kadrę specjalistyczną, najlepiej lokalnych ekspertów w ww. dziedzinie (WHO 2010, EC 2002). Międzynarodowa Organizacja Pracy (ILO 2016) sugeruje, że ww. działania edukacyjne powinny być realizowane celem dopasowania umiejętności pracowników do ich obowiązków pracowniczych, ergonomii pracy oraz dostarczenia informacji nt. zagrożeń psychospołecznych i stresu związanego z pracą, czy sposobów zapobiegania ww. problemom. Założenie to pozostaje zbieżne z celem warsztatów zaplanowanych dla pracowników w projekcie programu. Warto dodać, że to terapia psychologiczna (nie została ona ujęta w ocenianym projekcie programu), zgodnie z wytycznymi, stanowi element prewencji trzeciorzędowej mającej wpływ na poprawę zdrowia psychicznego pracowników i redukcję nieobecności w pracy (VFPH 2006,

CIOP 2000, PIP 2012). Eksperci kliniczni w dziedzinie medycyny pracy sugerują natomiast, że psychoterapia indywidualna mogłaby być interwencją skuteczniejszą niż np. działania edukacyjne, jednak ze względu na wysokie koszty tego rodzaju interwencji nie jest ona wskazana do finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego.

W projekcie zwraca się uwagę na istotność doboru uczestników tak, aby na jednym warsztacie nie znaleźli się pracownicy i ich kadra zarządzająca. W projekcie zaznacza się, że będzie to miało wpływ na poczucie bezpieczeństwa, autentyczność i zaangażowanie, a w konsekwencji zwiększenie skuteczności interwencji wykorzystanych w warsztatach. Dlatego też ma być stworzona grupa warsztatowa skierowana wyłącznie do kadry zarządzającej. Ma to swoje uzasadnienie w odnalezionych rekomendacjach (NICE 2015, CSA 2013, ETUC 2005), które wskazują na to, że kadra kierownicza sprawująca nadzór nad innymi pracownikami powinna być odpowiednio przeszkolona w zakresie komunikacji interpersonalnej i zarządzania stresem w miejscu pracy. Ponadto, tworzenie i podejmowanie decyzji z zakresu polityki zdrowia psychicznego i bezpieczeństwa w miejscu pracy jest procesem, dlatego warto zwrócić szczególną uwagę na rozwój świadomości i umiejętności w zakresie zdrowia psychicznego i bezpieczeństwa pracowników w miejscu pracy, szczególnie wśród kadry zarządzającej organizacją i zasobami ludzkimi (CSA 2013).

Jak wskazują wytyczne WHO 2010, zaleca się tworzenie i wdrażanie kompleksowej polityki w zakresie zdrowych i bezpiecznych warunków pracy, a w kwestii zarządzania stresem warto opracować działania systemowe, łączące trzy rodzaje prewencji (pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową), mające wpływ na poprawę zdrowia psychicznego/fizycznego pracowników i redukcję nieobecności w pracy (VFPH 2006, CIOP 2000, PIP 2012, PRIMA-EF – WHO 2008-2009). Projekt programu nie obejmuje opracowania ww. zasad polityki zarządzania stresem w pracy, natomiast zaangażowanie w ww. działanie zarówno pracowników, jak i pracodawców zgodnie z wytycznymi jest bardzo istotne (ILO 2016, CSA 2013). Oceniany projekt programu skupia się przede wszystkim na prewencji drugiego rzędu, która ma na celu zwalczanie stresu związanego z pracą poprzez rozwijanie indywidualnych umiejętności radzenia sobie ze stresem – na drodze szkoleń.

Warto jeszcze podkreślić, że odnalezione przeglądy systematyczne/metaanalizy dotyczące problematyki zarządzania stresem zawodowym (Awa 2010, Ruotsalainen 2008) wskazują, iż programy interwencyjne w kierunku przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz redukcji nadmiernego stresu w miejscu pracy są korzystne i powinny być kontynuowane celem podtrzymania efektów. Natomiast jakość oraz siła dowodu badań naukowych w zakresie skuteczności strategii prewencji nadmiernego stresu zawodowego jest wciąż niewielka i za zasadne uznaje się wdrażanie dalszych, lepszej jakości badań klinicznych w przedmiotowym zakresie (Clough 2017, Cocker 2016).

Projekt programu pozostaje spójny z założeniami Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016-2020 (NPZ 2016-2020), Krajowymi Ramami Strategicznymi: Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020, Programem zapobiegania depresji w Polsce na lata 2016-2020 oraz raportem Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego 2016-2020 (NPOZP 2016-2020).

#### Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie i ewaluację programu w większości zaplanowano w sposób prawidłowy.

Ocena zgłaszalności uwzględniła prowadzenie list uczestników, wskazanie odsetka osób, które nie zostały zakwalifikowane do programu; odsetka osób, które wzięły udział w warsztatach, ale ich nie ukończyły; odsetka osób, które ukończyły warsztaty (cykl 4 spotkań); a także odsetka osób, które zostały zakwalifikowane do programu, w tym liczbę osób w wieku 30-39 lat, liczbę osób wykonujących zawody o szczególnym ryzyku narażenia na stres oraz liczbę osób, w wieku 50+ objętych wsparciem w programie.

W ramach oceny jakości świadczeń uczestnicy będą wypełniać anonimową ankietę satysfakcji. Dodatkowo w ramach oceny jakości zaplanowano analizę porównawczą stanu wiedzy nt. stresu uczestników przed i po warsztatach, porównanie poziomu stresu za pomocą testu PSS-10 oraz analizę porównawczą testu Mini-COPE dotyczącą umiejętności radzenia sobie ze stresem. Należy zauważyć, że analiza porównawcza stanu wiedzy, poziomu stresu oraz umiejętności radzenia sobie ze stresem powinna być oceny efektywności programu, a nie oceny jakości świadczeń, co należy skorygować.

Ewaluacja programu została opisana w sposób poprawny. Zostanie ona rozpoczęta po zakończeniu realizacji programu. Analizie zostaną poddane m.in. dane uzyskane z testów przed rozpoczęciem oraz po odbyciu pełnego cyklu warsztatów. Ewaluacja zostanie przeprowadzona w oparciu o zdefiniowane wcześniej mierniki efektywności. Należy zaznaczyć, że ewaluacja powinna opierać się na porównaniu stanu sprzed wprowadzenia działań w ramach programu, a stanem po jego zakończeniu, co zostało uwzględnione w opiniowanym projekcie. Ponadto ewaluacja powinna zostać przeprowadzona również w okresie długofalowym.

#### Warunki realizacji

W projekcie programu opisano poszczególne etapy programu, jednak bez podziału czasowego np. na miesiące czy lata realizacji. Wybór beneficjentów/realizatorów programu odbędzie się na drodze konkursowej, co pozostaje w zgodzie z zapisami ustawowymi. Określono zarówno warunki lokalowe wobec realizatora jak i wymagania wobec personelu.

Wskazano sposób realizacji zaplanowanych działań, tryb zapraszania uczestników oraz sposób zakończenia ich udziału w programie. Zaznaczono, że uczestnicy subiektywnie odczuwający dyskomfort w obszarze zdrowia psychicznego, którego nasilenie po zakończeniu warsztatów utrzymuje się na wysokim poziomie, zostaną poinformowani o możliwości skorzystania z porad specjalistycznych: psychologa, psychiatry, psychoterapii indywidualnej bądź grupowej w ramach świadczeń gwarantowanych przez NFZ.

Ponadto przedstawiono dodatkowe działania, które mogą być realizowane w ramach programu np. zapewnianie dojazdu niezbędnego dla realizacji usługi zdrowotnej dla uczestnika z miejsca zamieszkania i z powrotem; zapewnienie opieki nad osobą niesamodzielną, którą opiekuje się osoba korzystająca z usługi zdrowotnej w ramach projektu; działania informacyjno-edukacyjne, dotyczące tematyki RPZ, w tym edukacja prozdrowotna, skierowane do odbiorców RPZ; monitoring jakości i celowości podejmowanych działań. Zaznaczono, że beneficjent/realizator zdecyduje o liczbie uczestników, którzy zostaną objęci formą ww. wsparcia oraz zasadach jego udzielania.

Projekt przewiduje realizację działań promocyjnych nt. programu. Jako propozycje działań promocyjnych wskazano: wysłanie zaproszeń do zakładów pracy, które zatrudniają pracowników z sektorów najbardziej narażonych na stres. Nie sprecyzowano, jakie dokładnie sektory będą brane pod uwagę. Jedynie na podstawie kryteriów kwalifikacji uczestników do programu można wnioskować, że będzie to m.in. sektor ochrony zdrowia, sektor zatrudniający pedagogów, służby mundurowe, sektor górnictwa i budowlany. Dodatkowo w projekcie zaleca się, aby zakłady te zatrudniały łącznie minimum 10-cio krotność liczby osób, które beneficjent planuje objąć programem. Jednakże nie uzasadniono ww. przyjętego kryterium dotyczącego wyboru zakładów pracy, co należy wyjaśnić.

Koszt całkowity realizacji programu oszacowano na ok. 2 730 617 PLN, przy czym nie przedstawiono kosztów z podziałem na lata realizacji, nie wiadomo również ile warsztatów będzie przeprowadzonych w poszczególnych latach trwania programu, co należy doprecyzować. Średni maksymalny koszt jednostkowy na osobę ma wynieść 1 500 PLN. Oszacowano także koszty jednostkowe w odniesieniu do poszczególnych działań zaplanowanych w programie. Koszty pośrednie (wskazano kwotę 546 253 zł) są wyższe niż dopuszcza się w wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków (w analizowanym przypadku, mogą wynosić do 15% kosztów bezpośrednich). Jednakże jednocześnie zaznaczono, że koszty pośrednie będą rozliczane w zależności od wartości kosztów bezpośrednich, zgodnie z ww. wytycznymi.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

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

##### Problem zdrowotny

Nadmierny stres jest jedną z głównych i powszechnych uciążliwości związanych z miejscem pracy. Zgodnie z definicją stres w miejscu pracy występuje wtedy, kiedy osoby pracujące odczuwają dyskomfort psychiczny dot. warunków lub wymagań pracy, w sytuacji, w której w konkretnym

momencie warunki i wymagania przekraczają ich możliwości (PIP 2012). Stres jest jednak właściwością osobniczą i niewymierną, gdyż nie zawsze negatywnie wpływa na pracownika.

Stres zawodowy o negatywnym wymiarze, związany jest często z chorobami naczyniowo-sercowymi, chorobami mięśniowo-szkieletowymi, problemami immunologicznymi oraz psychologicznymi, jak np. niepokój, lęk, depresja. Ostatnio zwraca się szczególną uwagę na zjawisko wypalenia zawodowego, którego przyczyną jest przedłużający się stres związany z pracą.

Powodem ograniczania stresu zawodowego i niwelowania jego negatywnych skutków są nie tylko jednostkowe koszty ponoszone przez pracowników obejmujące funkcjonowanie psychologiczne, społeczne czy somatyczne. Motywacja podejmowania działań interwencyjnych wynika często z bezpośrednich finansowych kosztów stresu w pracy, z wywołanych przez stres zaburzeń w funkcjonowaniu organizacji lub, coraz częściej, z regulacji prawnych, nakładających na pracodawców obowiązek ograniczania efektów stresu związanego z pracą.

Skala problemu wydaje się być ogromna, gdyż badania PIP wskazują, że stres i zagrożenia psychospołeczne, które są związane z pracą odpowiadają za ok. 50-60% absencji chorobowych.

#### Alternatywne świadczenia

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

Obecnie w Polsce realizowane są także kampanie i konferencje edukacyjne dotyczące problematyki i zarządzania stresem w pracy oraz zapobiegania wypaleniu zawodowemu, m.in. wśród pracowników sektora ochrony zdrowia, współorganizowane przez Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy (CIOP) oraz Państwową Inspekcję Pracy (PIP).

Ponadto, wdrażany jest program prewencyjny Państwowej Inspekcji Pracy „Przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu oraz innych zagrożeń psychospołecznych w pracy”, którego celem jest poszerzenie wiedzy dotyczącej wpływu niekorzystnych czynników psychospołecznych na pracowników, pracodawców i funkcjonowanie firmy oraz zdiagnozowanie poziomu stresu za pomocą ankiety Skala Ryzyka Psychospołecznego, przygotowanej przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi. Dodatkowo w Polsce realizowany jest również IV etap (2017-2019) programu wieloletniego przy udziale CIOP pod nazwą „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”. Głównym założeniem ww. programu jest opracowanie innowacyjnych rozwiązań organizacyjnych i technicznych, ukierunkowanych na rozwój zasobów ludzkich oraz nowych wyrobów, technologii, metod i systemów zarządzania, których wykorzystanie przyczyni się do znaczącego ograniczenia liczby osób zatrudnionych w warunkach narażenia na czynniki niebezpieczne, szkodliwe i uciążliwe oraz ograniczenia związanych z nimi wypadków przy pracy, chorób zawodowych i wynikających z tego strat ekonomicznych i społecznych.

#### Ocena technologii medycznej

Odnaleziono wytyczne kliniczne towarzystw naukowych/institucji/agencji HTA odnoszące się do profilaktyki stresu związanego z miejscem pracy tj. *Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP 2000); Państwowa Inspekcja Pracy (PIP 2012); World Health Organization (WHO 2010); European Commission (EC 2002); National Institute for Health and Care Excellence (NICE 2015); Victorian Health Promotion Foundation (VHPF 2006); Polskie Towarzystwo Psychologiczne (PTP); Instytut Medycyny Pracy w Łodzi (IMP 2012); European Trade Union Confederation (ETUC 2005); International Labour Organization (ILO 2016); Psychosocial Risk Management – European Framework (PRIMA-EF 2008-2009); Health and Service Executive (HSE 2007-2017); Canadian Standards Association (CSA 2013).*

Zgodnie z odnalezionymi wytycznymi dobrze zaplanowane, ukierunkowane i wdrażane programy promocji zdrowia (redukcji/ modyfikacji czynników stresowych) w miejscu pracy mogą być skuteczną interwencją przy niewielkich nakładach inwestycyjnych (CIOP 2000, EC 2002, WHO 2010, PIP 2012, NICE 2015).

Programy zarządzania stresem w pracy powinny być rozpatrywane w dwóch płaszczyznach – na szczeblu organizacyjnym i na szczeblu indywidualnym (EC 2002, ETUC 2005, VHPF 2006).

Najczęściej programy te dzielone są ze względu na cel działania, tj. na zapobieganie (odpowiednia organizacja warunków pracy celem eliminowania źródeł stresu), reagowanie w odpowiednim czasie (rozwijanie indywidualnych umiejętności radzenia sobie ze stresem – na drodze szkoleń np. treningi relaksacji, szkolenia zarządzania czasem) oraz na rehabilitację (wsparcie pracowników w radzeniu sobie ze stresem, poradnictwo, opieka medyczna, treningi poznawczo-behawioralne) (EC 2002, VFPH 2006, CIOP 2000, PIP 2012, PRIMA-EF WHO 2008-2009).

Ryzyko wystąpienia zagrożeń psychospołecznych jest zazwyczaj identyfikowane poprzez metody kwestionariuszowe, tj. ankiety oraz wywiady (WHO 2010, IMP 2012). Programy zarządzania stresem wymagają właściwej identyfikacji zagrożeń psychospołecznych oraz systematycznej oceny wyników pracy i występowania problemów osobistych/obaw wynikających ze stresu (ILO 2016).

Zaleca się tworzenie i wdrażanie kompleksowej polityki w zakresie zdrowych i bezpiecznych warunków pracy (WHO 2010).

Zasadne jest organizowanie szkoleń z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy (w tym zagrożeń psychospoł. i stresu zawodowego) przez odpowiednią kadre specjalistyczną, najlepiej lokalnych ekspertów w ww. dziedzinie (WHO 2010, EC 2002, ILO 2016).

Model dobrej praktyki (HSE 2007-2017) w zakresie prewencji stresu zawodowego wymaga: zaangażowania kadry kierowniczej, aktywnego podejścia, kompleksowego programu zapobiegania stresowi czy strategii zapobiegania nadmiernym sytuacjom stresowym, oceny ryzyka wraz z oceną obowiązków zawodowych, interwencji dot. indywidualnych pracowników, grupy oraz organizacji (połączenie podejść).

Zasadne jest partycypowanie wszystkich pracowników w programie zarządzania stresem w miejscu pracy (ILO 2016, CSA 2013), natomiast wdrażanie polityki stresowej w miejscu pracy powinno podlegać ciągłej aktualizacji (CSA 2013).

Kadra kierownicza sprawująca nadzór nad innymi pracownikami powinna być odpowiednio przeszkolona w zakresie komunikacji interpersonalnej i zarządzania stresem w miejscu pracy (NICE 2015, CSA 2013, ETUC 2005).

Odnalezione dowody naukowe (Clough 2017) wskazują, że mimo zwiększonego zainteresowania tematyką zarządzania stresem w pracy w badaniach naukowych, ich jakość wciąż jest na niskim poziomie a siła dowodu niewielka. Jednak interwencje oparte na strategii poznawczo-behawioralnej mogą być obiecującym rozwiązaniem dla redukcji stresu zawodowego i wypalenia wśród lekarzy.

Istnieją dobrej jakości dowody na stosowanie praktyki mindfulness wśród pracowników opieki zdrowotnej i edukatorów w kierunku zmniejszenia stresu zawodowego oraz prewencji wypalenia zawodowego. Jednak niezbędne są dalsze badania w ww. kierunku (Luken 2016).

W przeglądzie Burton 2016 wnioskowano, że stosowanie praktyk mindfulness ma umiarkowany wpływ na poziom stresu wśród pracowników ochrony zdrowia. Interwencje oparte na uważności stanowią potencjał do redukcji stresu wśród pracowników ochrony zdrowia. Potrzebne są dalsze badania, gdyż włączone do analizy badania były wysoce heterogeniczne.

Według przeglądu Dharmawardene 2016 interwencje oparte o medytację zapewniają niewielką lub umiarkowaną korzyść (biorąc pod uwagę wielkość efektu) dla prywatnych opiekunów oraz pracowników ochrony zdrowia celem ograniczenia stresu.

Treningi poznawczo-behawioralne, jak i techniki relaksacyjne w sposób umiarkowany mogą redukować poziom stresu wśród pracowników ochrony zdrowia (od 13 do 23%; dowody niskiej jakości). Skrócenie harmonogramów czasu pracy oraz uwzględnienie w nim przerw, również wpływa na redukcję stresu (dowody niskiej jakości), natomiast inne interwencje w podejściu organizacyjnym nie wykazywały istotnych zmian. Interwencje zorientowane na organizację powinny być lepiej skoncentrowane na eliminowaniu i redukowaniu konkretnych czynników powodujących nadmierny stres w pracy (Ruotsalainen 2015).



W przeglądzie Awa 2010 wskazano, że programy interwencyjne w kierunku przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu oraz jego redukcji są korzystne i powinny być kontynuowane celem podtrzymania efektów (ograniczenia przeglądu: niektóre z badań nie dostarczały info nt. projektu badania, czasu trwania interwencji; nie przeprowadzono oceny jakości metodologii pojedynczych badań). Powinno się oferować przede wszystkim programy łączące podejście indywidualne z organizacyjnym, które będą poddawane ewaluacji.

Z kolei według wyników publikacji Ruotsalainen 2008 dowody na istotny wpływ interwencji w zakresie zarządzania stresem zarówno w miejscu pracy, jak w perspektywie indywidualnej są niewielkie. Jednak wyniki sugerujące wpływ podejścia indywidualnego i organizacyjnego na obawy stresu mogą posłużyć opracowaniu aktywnej polityki zarządzania stresem w placówkach ochrony zdrowia, ale zaleca się dalsze badania w ww. kierunku.

Eksperti kliniczni wskazują, że warsztaty są właściwą formą interwencji, aktywizują uczestników i stanowią jedną z najskuteczniejszych metod edukacji. Psychoterapia indywidualna mogłaby być interwencją skuteczniejszą, jednak ze względu na wysokie koszty tego rodzaju interwencji nie jest ona wskazana do finansowania przez jednostki samorządu terytorialnego. Aby ocenić odległe zmiany dobrze byłoby dokonać oceny tych zmian po upływie dłuższego czasu od interwencji (3-5 lat). Zgodnie z zasadami dobrej praktyki w zakresie prewencji stresu zawodowego, można poszerzyć program o moduł szkoleniowy dla kadry kierowniczej zakładów, z których będą pochodzili rekrutowani do warsztatów pracownicy. Szkolenie powinno obejmować zagadnienia zarządzania stresem na poziomie organizacji i charakterystykę działań, jakie możemy podejmować w imieniu pracodawcy kadra kierownicza by zredukować nadmierny poziom stresu zawodowego u pracowników.

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

#### **Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 48a ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu: OT.441. 122.2016 „Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego na lata 2019-2021 z perspektywą kontynuacji”, realizowany przez: województwo małopolskie, lipiec 2017 r., Aneksów „Programy polityki zdrowotnej z zakresu medycyny pracy – wspólne podstawy oceny” z listopada 2017 r., „Programy profilaktyki chorób odstresowych” ze stycznia 2011 r. oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 199/2018 z dnia 30 lipca 2018 roku o projekcie programu „Program profilaktyki chorób odstresowych u osób pracujących na terenie województwa małopolskiego na lata 2019-2021 z perspektywą kontynuacji”.