



**Opinia Prezesa
Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
nr 279/2017 z dnia 3 października 2017 r.
o projekcie programu polityki zdrowotnej pn. „AKTYWATOR -
popraw swoją skuteczność w podjęciu
i utrzymaniu pracy. Warsztaty terapeutyczne dla osób
w wieku 18-45 lat” realizowanego przez województwo małopolskie**

Po zapoznaniu się z opinią Rady Przejrzystości negatywnie opiniuję projekt programu polityki zdrowotnej „AKTYWATOR - popraw swoją skuteczność w podjęciu i utrzymaniu pracy. Warsztaty terapeutyczne dla osób w wieku 18-45 lat”.

Uzasadnienie

Opiniowany projekt programu polityki zdrowotnej zakłada przeprowadzenie działań profilaktycznych i terapeutycznych z zakresu przeciwdziałania zagrożeniom psychospołecznym, w szczególności związanym z poprawą skuteczności w znalezieniu i utrzymaniu pracy. Na negatywną opinię Prezesa wpływa przede wszystkim fakt, że populacja docelowa programu nie została dobrana we właściwy sposób. Ponadto program w obecnej postaci ma objąć swoim zasięgiem niewielką liczbę uczestników, co nie pozwoli na uzyskanie widocznego efektu zdrowotnego w populacji. Mając na uwadze kontekst programu, należy zwrócić uwagę, że do udziału w programie należałoby zaangażować także pracodawców. Poważne wątpliwości budzi także wybór planowanych interwencji, które nie zostały przygotowane w oparciu o pełną analizę epidemiologiczną i społeczną populacji i nie stanowią wartości dodanej projektu. Dodatkowo należy wskazać, że projekt programu został opracowany w zbyt ogólny sposób. W związku z tym pojawia się szereg niejasności dotyczących poszczególnych elementów programu, które omówiono poniżej.

Cele programowe nie spełniają kryteriów określonych zasadą SMART i wymagają przeformułowania. Ponadto tworzenie celów programowych nie zostało poprzedzone pełną analizą sytuacji demograficznej, epidemiologicznej i społecznej w przedmiotowym zakresie, co uzasadniałoby konieczność realizacji programu. Niektóre oczekiwane efekty programu należy doprecyzować pod kątem metodologii ich tworzenia i dostosować je do celów programu. Mierniki efektywności także wymagają korekty, przy czym warto pamiętać, że są to narzędzia mające za zadanie pełną ocenę skutków programu.

Populację docelową należy zweryfikować pod kątem założeń dotyczących jej liczebności. Warto także zastanowić się nad jej ograniczeniem w kontekście wskazanej w projekcie korelacji pomiędzy zaburzeniami psychicznymi i bezrobociem, co pozwoliłoby objąć programem osoby najbardziej potrzebujące.

Odnosząc się do planowanych interwencji należy wskazać, że porady lekarskie / poradnictwo psychologiczne / sesje terapeutyczne są finansowane w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu op. psychiatrycznej. Natomiast warsztaty terapeutyczne, oferowane w ramach programu nie są terapią poznawczo-behawioralną, mimo, że opierają się na technikach z niej się wywodzących. Odnalezione dowody naukowe nie potwierdzają w sposób istotny statystycznie skuteczności



grupowych warsztatów terapeutycznych z zastosowaniem technik terapii poznawczo-behawioralnej (ang. cognitive behavioral therapy, CBT).

Budżet programu wymaga weryfikacji. Zasadnym wydaje się uzasadnienie wyceny kosztów jednostkowych, uwzględnienie w kosztorysie działań informacyjnych nt. programu oraz wskazanie alokacji środków finansowych w poszczególnych latach realizacji programu.

Przedmiot opinii

Przedmiotem opinii jest projekt programu polityki zdrowotnej z zakresu zdrowia psychicznego. Budżet programu w pierwszym roku jego realizacji oszacowany został na 2 761 541,34 zł, zaś okres realizacji to lata 2018-2021.

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

W projekcie w sposób ogólny przedstawiono opis zaburzeń psychicznych, będących zwykle źródłem cierpienia/trudności w funkcjonowaniu społecznym.

Projekt programu wpisuje się w priorytety zdrowotne, zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. ws. priorytetów zdrowotnych (Dz.U. 2009 nr 137 poz. 1126), mianowicie: „zapobieganie, leczenie i rehabilitacja zaburzeń psychicznych” oraz „ograniczanie skutków zdrowotnych spowodowanych czynnikami szkodliwymi w środowisku pracy i zamieszkania”.

W projekcie opisano sytuację epidemiologiczną w zakresie zaburzeń psychicznych na podstawie danych ogólnopolskich, krajowych oraz regionalnych.

Warto podkreślić, że zgodnie z informacjami Państwowej Inspekcji Pracy (PIP 2016), stres zajmuje drugie miejsce pod względem najczęściej zgłaszanych problemów zdrowotnych związanych z pracą zawodową w Europie. Należy zauważyć, że skala problemu jest ogromna, ponieważ dostępne badania wskazują, że stres i zagrożenia psychospołeczne, które są związane z pracą odpowiadają za ok. 50-60% absencji chorobowych. Zgodnie z wykazem ZUS, tylko w I kwartale 2016 r. odnotowano blisko 74 048 zaświadczeń lekarskich, gdzie powodem absencji chorobowej ubezpieczonego pracownika była reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne (łączna liczba dni absencji wynosiła 1 289 236). Na podstawie raportu GUS z 2014 r., dotyczącego wypadków przy pracy i problemów zdrowotnych związanych z pracą, można wskazać, że wśród osób narażonych na stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie, największą grupę stanowiły osoby w wieku 30-39 lat (28,2%), natomiast najmniejszą osoby powyżej 60 roku życia (2,9%).

Cele i efekty programu

Głównym założeniem programu jest „wzrost odporności psychicznej wśród osób w wieku 18-45 z terenu województwa małopolskiego oraz zwiększenie kompetencji ułatwiających znalezienie pracy i podtrzymanie zdolności do samodzielnego świadczenia pracy”. Cel główny programu wymaga przeformułowania, ponieważ nie spełnia wszystkich kryteriów reguły SMART, zgodnie z którą cel programowy powinien być sprecyzowany, mierzalny, osiągalny, istotny i zaplanowany w czasie. Warto podkreślić, że na odporność psychiczną człowieka może mieć wpływ wiele czynników, które mogą wzmacniać/osłabiać adaptacyjną elastyczność wynikającą ze zdolności dostosowania poziomu kontroli w zależności od sytuacji, np. zasoby psychologiczne jak inteligencja, wsparcie społeczne, etc. dopasowane do konkretnego przypadku. Ponadto, zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie zdrowia publicznego, każde sformułowanie celu programu powinno być poprzedzone stosowną diagnozą demograficzną, epidemiologiczną i społeczną. Prawidłowo przeprowadzona diagnoza powinna wskazać charakter zjawiska i być uzasadnieniem wyboru problemu zdrowotnego. Zdrowie psychiczne człowieka jest bardzo obszernym tematem, a zatem zasadnym byłoby

przeprowadzenie diagnozy potrzeb populacji docelowej przed wdrożeniem stosownych interwencji. W projekcie odniesiono się do sytuacji epidemiologicznej na podstawie Map potrzeb zdrowotnych dla woj. małopolskiego w zakresie zaburzeń psychicznych, w których prognozuje się wzrost zapadalności na choroby psychiczne, a w szczególności na zaburzenia lękowe czy zaburzenia nastroju. Aczkolwiek warto także przeprowadzić diagnozę społeczną dotyczącą zapotrzebowania na programy w zakresie zdrowia psychicznego na terenie danej jst. Dodatkowo w projekcie wskazano 3 cele szczegółowe, które podobnie jak cel główny nie są w pełni zgodne z zasadą SMART i wymagają przekonstruowania. Zostały zdefiniowane w zbyt ogólnikowy sposób, a z racji ich roli, powinny stanowić uzupełnienie głównego założenia i charakteryzować się dużą szczegółowością.

Projekt zawiera odniesienie do oczekiwanych efektów programu. Jednak kwestia ta wymaga wyjaśnienia w zakresie metodologii wyboru wskazanych w projekcie odsetków populacji, w przypadku których nastąpiła zmiana w zakresie poczucia wpływu na swoje życie, skutecznej komunikacji i zachowań asertywnych czy zwiększenia kompetencji miękkich potrzebnych w pracy.

Mierniki efektywności także wymagają korekty w kontekście zastrzeżeń odnoszących się do celów programowych. Zgodnie z definicją wskaźniki te powinny w istotny sposób odzwierciedlać zdarzenia lub fakty występujące w danym miejscu/ otoczeniu/ programie i należy je wyrazić w odpowiednich jednostkach miary. Zatem mierniki zdefiniowane jako „ocena umiejętności...”, „ocena zmiany...” czy „ocena satysfakcji...” są działaniami, a nie miernikami efektywności w ich faktycznym znaczeniu. Zasadnym wydaje się przeformułowanie przedstawionych w treści projektu mierników na np. „poziom samooceny i umiejętności porozumiewania się uczestników programu mierzony wynikami Testu samooceny i umiejętności porozumiewania się oraz Skali samooceny Rosenberga przed i po wdrożeniu cyklu warsztatów terapeutycznych w programie”. Wśród mierników efektywności warto także uwzględnić liczbę osób, które nie wyraziły zgody na uczestnictwo w warsztatach terapeutycznych w wyniku wstępnej diagnozy, lub które zrezygnowały z uczestnictwa w programie w trakcie jego realizacji z podaniem przyczyn/powodów nieprzystąpienia/odejścia z programu.

Populacja docelowa

Populację kwalifikującą się do udziału w programie stanowią osoby w wieku aktywności zawodowej, od 18 do 45 r.ż., zamieszkujące woj. małopolskie w danym roku realizacji programu. Liczebność populacji oszacowano na podstawie danych z Biuletynu statystycznego ochrony zdrowia woj. małopolskiego z 2015 r. wskazując, że liczba mieszkańców woj. małopolskiego wynosi ogółem 3 372 618 osób, w tym 1 320 639 osób to potencjalni uczestnicy programu. Natomiast zgodnie z danymi GUS za 2016 r., liczba mieszkańców woj. małopolskiego wyniosła 3 382 260 osób, w tym 1 351 700 osób w wieku adresatów programu, co wskazuje na większą liczebność zarówno populacji ogólnej, jak i kwalifikującej się do udziału w programie, odpowiednio o 9 642 i 31 061 osób. Zatem zasadnym wydaje się zweryfikowanie przyjętych szacunków i określenie liczebności populacji na podstawie jak najaktualniejszych danych statystycznych.

Ponadto przyjęty w projekcie „wiek aktywności zawodowej” (18-45 lat) różni się od wskazanego w „Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020”. Zgodnie z wspomnianymi wytycznymi, osoba w wieku aktywności zawodowej jest to osoba aktywna zawodowo, w wieku 15 lat i więcej, a w przypadku górnej granicy – powinien decydować nie określony w sposób sztywny wiek, ale aktywność zawodowa osoby lub gotowość do podjęcia zatrudnienia.

Populację docelową programu oszacowano łącznie na 1 800 osób w okresie realizacji programu tj. w latach 2018-2021, co argumentowano jedynie względami finansowymi, nie uzasadniając przy tym metodologii dokonanego wyboru. Należy podkreślić, że wskazana liczba docelowych uczestników programu stanowi znikomą odsetek populacji ogólnej i nie przełoży się w istotny sposób na trwałość efektów zdrowotnych.

W projekcie wskazano na korelacje pomiędzy zaburzeniami psychicznymi i bezrobociem, jednakże nie odniesiono się do podstaw przyjęcia ww. założenia. Warto dokładniej przeanalizować wskazany związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi i bezrobociem, a następnie dokonać oszacowań liczebności populacji docelowej właśnie w tym zakresie. Ponadto, mając na uwadze ww.

współzależność pomiędzy dwoma analizowanymi zmiennymi, zasadnym wydaje się rozważenie dodatkowego ograniczenia populacji docelowej do osób bezrobotnych, będących mieszkańcami powiatów, w których stopa bezrobocia jest najwyższa w całym województwie. Według informacji opublikowanych w Statystycznym Vademecum Samorządowca GUS (2016 r.) w woj. małopolskim z końcem grudnia 2015 r. stopa bezrobocia wyniosła 8,3%, a w powiatowych urzędach pracy było zarejestrowanych 119,6 tys. bezrobotnych, tj. o 14% mniej niż w końcu 2014 r. Należy podkreślić, że w niektórych powiatach woj. małopolskiego poziom bezrobocia był diametralnie wyższy od średniej dla całego kraju, np. w powiecie dąbrowskim, nowosądeckim czy limanowskim (stopa bezrobocia wyniosła powyżej 13,5%).

Interwencja

W projekcie programu zaplanowano następujące działania:

- przeprowadzenie kwalifikacji lekarskiej/specjalistycznej celem realizacji badania profilaktycznego/wstępnej diagnozy uczestnika projektu programu przez przynajmniej jedną spośród poniższych osób: lekarza specjalistę psychiatrii, specjalistę neurologii, lekarza rodzinnego lub w trakcie specjalizacji z psychiatrii (ukończony II rok ww. specjalizacji); magistra psychologii lub dyplomowanego psychoterapeutę,
- przeprowadzenie testów badawczo-diagnostycznych przed rozpoczęciem cyklu warsztatów (prawdopodobnie służących ewaluacji i monitorowaniu efektów programu):
 - Test samooceny i umiejętności porozumiewania się – nie odnaleziono kwestionariusza odpowiadającego przytoczonemu; w projekcie nie przedstawiono szczegółowych informacji nt. testu,
 - Test Prężności SPP-25 – jest to skala ogólnego poziomu prężności, traktowanej jako właściwość osobowości, oraz 5 czynników wchodzących w jej skład: wytrwałość i determinacja w działaniu, otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, tolerowanie niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania oraz optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach,
 - Test GSES – Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, która mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki o skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami; zarówno do badania osób zdrowych, jak i chorych,
 - Skala SES Rosenberga – jest narzędziem jednowymiarowym, pozwalającym na ocenę poziomu ogólnej samooceny, względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (pozytywna/negatywna) wobec własnego „Ja”; rekomendowana przede wszystkim do badań naukowych; może być wykorzystywana w diagnozie indywidualnej,
- organizację i wdrożenie cykli grupowych (do 10 osób) warsztatów terapeutycznych z wykorzystaniem technik behawioralno-poznawczych (raz na tydzień po 3 godz. przez okres 5 tygodni) dotyczących problematyki komunikacji interpersonalnej, asertywności, pracy z emocjami, wyznaczania celów, utrzymania wewnętrznej równowagi emocjonalnej oraz odporności psychicznej w pracy zawodowej lub w aktywnym jej poszukiwaniu (dokładny plan warsztatów i przewidzianych w jego ramach ćwiczeń został załączony do projektu programu).

Odnosząc się do interwencji, określonej jako kwalifikacja lekarska lub specjalistyczna w celu diagnozy zaburzeń psychicznych potencjalnego uczestnika programu należy wskazać, że obecnie stosuje się różnorodne metody dochodzenia do rozpoznania, od standaryzowanych wywiadów/testów/skali, przez ustrukturyzowane wywiady kliniczne, aż po wywiady o orientacji psychodynamicznej (w których to pacjent ma znaczny wpływ na treść i formę rozmowy). W projekcie nie odniesiono się w sposób szczegółowy do ww. zadania. Nie wskazano, kto dokładnie będzie odpowiedzialny za prawidłowe zakwalifikowanie i badanie profilaktyczne potencjalnego uczestnika programu podając kilka alternatywnych możliwości, co powoduje niejasność i niejednoznaczność postępowania. Zaznaczono, że w przypadku stwierdzenia kryteriów wykluczających z udziału w programie, uczestnik

zostanie poinformowany o możliwości uzyskania porady specjalistycznej i/lub leczenia psychiatrycznego, prawdopodobnie w ramach NFZ, jednak kwestia ta nie została uściślona.

Wytyczne wskazują, że ryzyko wystąpienia określonych zagrożeń psychospołecznych w środowisku osób aktywnych zawodowo, a w szczególności wśród osób pracujących, zazwyczaj jest identyfikowane poprzez metody kwestionariuszowe, jak np. ankiety, wywiady (Światowa Organizacja Zdrowia ang. World Health Organization WHO 2010, Instytut Medycyny Pracy w Łodzi IMP 2012). W ramach programu przewiduje się wykonanie „Testu samooceny i umiejętności porozumiewania się”, Testu Prężności SPP-25, Testu GSES oraz Skali SES Rosenberga. Trzy ostatnie metody kwestionariuszowe są wystandaryzowanymi metodami badawczymi. Jednak w dostępnej literaturze oraz danych źródłowych Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego nie odnaleziono zaproponowanego w projekcie „Testu samooceny i umiejętności porozumiewania się”. Do projektu załączono arkusz testowy ww. kwestionariusza, jednak nie podano informacji nt. jego autorów, metodologii czy też klucza diagnostycznego. W diagnostyce psychologicznej istotnym jest, aby stosowane badania kwestionariuszowe były dostatecznie sprawdzone pod względem kryteriów psychometrycznych, tj. obiektywności, rzetelności i trafności, czego nie można potwierdzić w zakresie ww. testu samooceny. Być może warto rozważyć zastosowanie wystandaryzowanego kwestionariusza dotyczącego samooceny i kompetencji pacjenta, jak np. Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI34 o wysokiej rzetelności i dużej stabilności wyników. Test MSEI służy do badania m.in. poczucia własnej wartości, jego ogólnego poziomu oraz kwestii takich jak kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna i witalność, spójność obrazu siebie świadczącej o efektywności procesu samopoznania, a także potrzeby aprobaty społecznej. Test ten może być uwzględniony zarówno w diagnozie indywidualnej, jak i w badaniach naukowych przez dyplomowanych psychologów.

Opiniowany projekt dotyczy zwiększenia odporności psychicznej populacji docelowej programu. Zatem nie do końca jasna pozostaje metodologia wyboru tylko ww. metod badawczych. Należy podkreślić, że pojęcie odporności (sprężystości) psychicznej nie jest łatwe w operacjonalizacji i niesie ze sobą problemy definicyjne i terminologiczne. Dodatkowo warto uwzględnić również pomiar poziomu odczuwanego stresu związanego z populacją aktywną zawodowo w celu identyfikacji stresorów zawodowych, w szczególności wśród osób już pracujących (np. Kwestionariusz do Pomiaru Stresu w Pracy ang. HSE Management Standards Indicator Tool IMP 2012) czy pomiar oceny sposobów radzenia sobie ze stresem (np. COPE - Wielowymiarowy Inwentarz do Pomiaru Radzenia Sobie ze Stresem). Ponadto należy podkreślić, że przeprowadzenie testowego badania psychologicznego wymaga, oprócz ugruntowanego przygotowania/wyszkolenia w diagnostyce psychologicznej także ukierunkowanego wyboru właściwych procedur odpowiadających stawianym pytaniom i zaplanowania porządku wyznaczonych procedur, jak również dłuższej fazy nawiązania kontaktu z pacjentem (tj. poinformowanie o znaczeniu badania, dokładne wyjaśnienie celu, zmotywowanie do współpracy). W projekcie nie odniesiono się w sposób szczegółowy do kompetencji osób zajmujących się realizacją zaplanowanych badań kwestionariuszowych oraz osób zajmujących się interpretacją i ewaluacją wyników wspomnianych testów.

Główną interwencją zaplanowaną w opiniowanym projekcie są warsztaty terapeutyczne adresowane do osób spełniających wszystkie kryteria włączenia do udziału. Należy podkreślić, że czas trwania i częstotliwość ww. zajęć mogą okazać się niewystarczające. Warto wziąć pod uwagę, że wykształcenie odpowiednich postaw, poglądów, sposobów radzenia sobie w różnych sytuacjach (często stresowych) czy też utrwalenie wiedzy/umiejętności, a tym samym przekonania o własnej skuteczności wymagają czasu, systematyczności, regularności w działaniu i jakości wdrażanego postępowania i proces ten zwykle trwa od 6 do 12 miesięcy, a nie 5 tygodni, jak zaplanowano w programie.

Zgodnie z opinią ekspertów klinicznych w zakresie medycyny pracy warsztaty są właściwą formą interwencji, aktywizującą uczestników i stanowiącą jedną z najskuteczniejszych metod edukacji wśród aktywnych zawodowo. Jednak to psychoterapia jest uznawana za interwencję skuteczniejszą, choć bardziej kosztowną.

Opiniowany projekt zakłada, że zaplanowane warsztaty terapeutyczne będą prowadzić np. do zwiększenia poczucia wpływu uczestnika na swoje życie. Natomiast wyniki publikacji Leppin (2014) wskazują, że nie zaobserwowano wpływu tego rodzaju zajęć na zmienne dotyczące jakości życia, występowania depresji, stresu czy poczucia własnej skuteczności. Dodatkowo, na podstawie wyników przeglądu Robertson (2015) należy wskazać, że obecnie brak jest dowodów na skuteczność wdrażania szkoleń grupowych, natomiast zaleca się rozważenie zindywidualizowanych interwencji i wsparcia opartego na potrzebach jednostki.

W treści projektu sugerowano, że „interwencje psychospołeczne stosowane w populacji zagrożonej rozwojem zaburzeń psychicznych dają statystycznie istotne efekty w postaci redukcji zachorowań poprzez efektywne zintegrowane działania profilaktyczne typu warsztatowo-psychoterapeutycznego i edukacyjnego”. Jednakże należy podkreślić, że odwołano się do badań przeprowadzonych w populacji od 8 do 18 r.ż., a nie grupy docelowej projektu programu tj. osób w wieku 18-45 lat.

Powołano się także na wyniki metaanalizy 25 badań dotyczących programów radzenia sobie z depresją („Coping with Depression Course”), stosujących elementy/narzędzia interwencji behawioralno-poznawczej (Cuijpers et al. 2009). Zasugerowano, że „zastosowanie oddziaływań edukacyjnych i aktywne uczestnictwo jest skuteczne a w porównaniu z psychoterapią nie mniej efektywne”, co nie jest do końca poprawnym wnioskiem. Wyniki wspomnianej metaanalizy wskazują, że programy radzenia sobie w depresji wykorzystujące techniki poznawczo-behawioralne wydają się być skuteczne w niektórych grupach wieku (głównie wśród nastolatków i osób starszych), jednak nie są one bardziej efektywne niż psychoterapia, a co więcej większość wyników była nieistotna statystycznie lub badania sugerowały niewielką efektywność ww. programów w stosunku do samej psychoterapii.

Warto podkreślić, że przedstawiona w projekcie forma działań terapeutycznych (warsztaty grupowe) sugeruje bardziej poradnictwo psychologiczne niż psychoterapię samą w sobie. Poradnictwo proponuje pomoc w odzyskaniu równowagi emocjonalnej, w rozwiązaniu bieżących problemów rozwojowych i poszukiwaniu potrzebnych do tego umiejętności, w odzyskaniu możliwości korzystania ze wsparcia innych osób i w odzyskaniu przekonania o możliwości wpływu na swoje życie (czyli tak jak założono w projekcie programu), natomiast psychoterapia pomaga w uświadomieniu sobie własnych właściwości intrapsychicznych, które wpływają na nieadekwatne sposoby realizowania własnych potrzeb i w konsekwencji na brak ich zaspokojenia (Czabała 2017). Nawet jeśli zaplanowane warsztaty miałyby przyjmować formę psychoterapii, zasadnym jest opracowanie ich programu stosownie do rodzaju zaburzenia psychicznego jednostki (Robertson 2015). Natomiast w projekcie wskazano identyczny zakres tematyczny warsztatów wraz z ćwiczeniami dla wszystkich uczestników programu, tj. osób z zaburzeniami afektywnymi, adaptacyjnymi, ale i nerwicowymi.

Ponadto, mając na uwadze treść Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, każda osoba dorosła (powyżej 18 r.ż.) z zaburzeniami psychicznymi czy zaburzeniami zachowania (kod ICD-10:F00-F99) ma możliwość skorzystania z gwarantowanych świadczeń psychiatrycznych obejmujących diagnostykę i leczenie ww. osób. Wśród gwarantowanych interwencji wymieniane są m.in. porady lekarskie, poradnictwo psychologiczne, sesje wsparcia społecznego, a w przypadku np. zaburzeń nerwicowych - sesje psychoterapii grupowej lub indywidualnej, w zależności od rodzaju problemu. Zatem zaplanowane działania nie będą stanowiły o wartości dodanej programu.

Monitorowanie i ewaluacja

Projekt zakłada monitorowanie i ewaluację programu. Aczkolwiek niektóre elementy tej części projektu wymagają uzupełnienia bądź uszczegółowienia.

W ramach oceny zgłaszalności, oprócz wskaźników uwzględnionych w projekcie, warto także monitorować liczbę osób, które zrezygnowały/nie uczestniczyły w programie ze wskazaniem przyczyn takiego postępowania, co pozwoliłoby na identyfikację trudności pojawiających się we wdrażaniu projektu oraz zapobieganie im.

Ocena jakości udzielanych świadczeń została zaplanowana w sposób poprawny.

Ewaluacja programu ma zostać przeprowadzona na podstawie porównania wyników badań ankietowych przed i po wdrożeniu interwencji w programie. Zaplanowano także przeprowadzenie kwestionariusza w formie telefonicznej dla pracujących i niepracujących do 4 tygodni od zakończenia udziału uczestników w programie. Jego zadaniem będzie analiza zmian zachodzących w podejściu ankietowanych do pracy i kwestii zatrudnienia w wyniku przeprowadzonych warsztatów. Zasadnym wydaje się wyznaczenie jednostki odpowiedzialnej za ww. działania.

Ponadto, w ramach oceny efektywności należy w precyzyjny sposób odnieść się do dodatkowo zaproponowanych mierników efektywności.

Warto uściślić, na czym będzie polegać ocena trwałości efektów programu w kontekście możliwości jego kontynuacji w kolejnych latach.

Co także istotne, ponieważ zarówno ewaluacja, jak i monitorowanie wymagają dodatkowych zasobów (kadrowych, sprzętowych), powinny one zostać uwzględnione w budżecie programu.

Warunki realizacji

Przedstawiono ogólny harmonogram organizacji programu oraz dokładny plan realizacji warsztatów terapeutycznych wraz z ich zakresem tematycznym. Realizator/realizatorzy programu zostaną wybrani w drodze konkursu ofert, co pozostaje w zgodzie z wymogami ustawowymi. Odniesiono się do kompetencji i wymagań wobec realizatora/realizatorów, niezbędnych do realizacji programu.

Zaplanowano akcję informacyjną nt. programu, która ma zostać przeprowadzona za pomocą dostępnych środków przekazu. Mając na uwadze możliwość dotarcia do wszystkich adresatów programu - osób aktywnych zawodowo, zarówno posiadających pracę jak i poszukujących jej, zasadnym wydaje się zaangażowanie w akcję promocyjno-informacyjną dotyczącą programu także lokalne zakłady pracy, kadry kierownicze etc.

Kryteria kwalifikacji do programu opracowano poprawnie, poza wskazaniem dotyczącym wieku populacji. Dodatkowo warto pamiętać, aby każdy uczestnik programu został dokładnie poinformowany o ścieżce, którą ma przejść w ramach udziału w programie.

Odnosząc się do planowanych interwencji warto zwrócić uwagę na wskazanie konkretnych osób, odpowiedzialnych za przeprowadzenie działań, np. w zakresie wykonania i analizy testów diagnostycznych. Ponadto wątpliwości budzą zastosowane narzędzia np. Test samooceny i umiejętności porozumiewania się, w stosunku do którego nie wskazano źródła bibliograficznego, metodologii oraz sposobu interpretacji. Warto także uściślić zapisy dotyczące utworzenia i zadań tzw. zespołu szkoleniowego.

Dodatkowo należy zastanowić się nad formą warsztatów, które przewidziano w ramach interwencji. Należy mieć na uwadze, że zaburzenia psychiczne, tj. adaptacyjne, afektywne czy nerwicowe różnią się etiologią, przebiegiem, ale i też sposobem postępowania terapeutycznego. Kierowanie osób z różnym rozpoznaniem zaburzenia do tych samych grup terapeutycznych może w niektórych przypadkach nie przynieść żadnego efektu terapeutycznego. Postępowanie powinno być zindywidualizowane i dostosowane do potrzeb określonego odbiorcy ww. działań. Należałoby także odnieść się do podstaw przygotowania przyjętego schematu zajęć warsztatowych. Warto również wskazać planowane miejsce/miejsca prowadzonych działań terapeutycznych i określić wymagania w tym zakresie.

W projekcie nie opisano precyzyjnie sposobu zakończenia udziału w programie. Tym samym nie jest jasne, czy istnieje możliwość zakończenia udziału w programie na każdym jego etapie. Warto także określić zasady ewentualnego postępowania w przypadku pacjentów, którzy będą wymagać dalszej opieki psychoterapeutycznej, np. poprzez wskazanie możliwości skorzystania/skierowania do udziału w świadczeniach terapeutycznych w ramach NFZ.

Projekt zawiera zapis o możliwości kontynuacji programu w kolejnych latach, co w przypadku opiniowanego projektu powinno korespondować z wytycznymi w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

Koszt całkowity programu oszacowano na 2 761 541,34 zł (zgodnie z przyjętym kursem euro). Średni koszt przypadający na jednego uczestnika programu wyceniono na 1 500 zł i obejmuje on koszty: realizacji 15 godzin warsztatów, kwalifikacji lekarskiej/specjalistycznej wraz z diagnozą zaburzenia, materiałów edukacyjno-szkoleniowych, ewentualnego dowozu pacjenta oraz koszty pośrednie programu. Nie odniesiono się do podstawy wyceny kosztów jednostkowych. Należałoby także precyzyjniej określić składowe koszty pośrednich, mając na uwadze wspomniane powyżej wytyczne w tym zakresie. Warto w ramach kosztorysu dokonać podziału środków finansowych w odniesieniu do poszczególnych lat realizacji programu. W budżecie programu należy także ująć koszty działań informacyjnych nt. programu. Zgodnie z powyższym budżet wymaga weryfikacji i uzupełnienia.

Program ma być współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Wnioski z oceny technologii medycznej przeprowadzonej przez Agencję

Problem zdrowotny

Zaburzenia psychiczne to całokształt zaburzeń czynności psychicznych, ale i zachowań, będących zwykle źródłem cierpienia/trudności w funkcjonowaniu społecznym. Zaburzenia te można podzielić na psychotyczne i niepsychotyczne. Zaburzenia psychiczne według Światowej Organizacji Zdrowia są rosnącym obciążeniem dla globalnego zdrowia publicznego.

Jednym z głównych powodów rozwoju zaburzeń psychicznych w populacji osób aktywnych zawodowo jest nadmierny stres. 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 (Państwowa Inspekcja Pracy 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 szczególną uwagę zwraca się na zjawisko wypalenia zawodowego, którego przyczyną jest przedłużający się stres związany 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

Obecnie w Polsce realizowane są kampanie i konferencje edukacyjne dotyczące problematyki i zarządzania stresem w pracy oraz zapobiegania wypaleniu zawodowemu, 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.

Ocena technologii medycznej

Odnalezione rekomendacje/wytyczne kliniczne wskazują, że dobrze zaplanowane, ukierunkowane i wdrażane programy promocji zdrowia (redukcji/ modyfikacji zagrożeń psychospołecznych, w tym stresu) w miejscu pracy mogą być skuteczną interwencją przy niewielkich nakładach inwestycyjnych (CIOP 2000, European Commission EC 2002, WHO 2010, PIP 2012, National Institute for Health and Care Excellence NICE 2015). Najczęściej programy te dzielone są ze względu na cel działania, tj. na zapobieganie, reagowanie w odpowiednim czasie (w momencie dostrzeżenia problemu należy go rozwiązać, np. szkolenia, techniki relaksacyjne, zmiana w zakresie chorobotwórczego stylu życia) oraz na rehabilitację (wsparcie pracowników w radzeniu sobie, poradnictwo, debriefing, opieka medyczna) (EC 2002). Uświadomienie sobie różnych elementów sytuacji stresowej jest podstawowym warunkiem dokonywania w tej sytuacji jakichkolwiek zmian (PIP 2012).

Do metod badawczych w kierunku np. identyfikacji stresorów zawodowych, dostępnych w Polsce należą: Kwestionariusz Psychospołeczne Warunki Pracy (PWP), Kwestionariusz ERI, Kwestionariusz do Oceny Cech Pracy (KOCP), Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (KSOP), Krótka Skala do Mierzenia Stresu w Pracy, Kwestionariusz do Pomiaru Stresu w Pracy (HSE Management Standards Indicator Tool), Kwestionariusz Obciążeń Zawodowych Pedagoga (KOZP) oraz Kwestionariusz „Czynniki psychospołeczne” (IMP 2012).

Wytyczne zalecają tworzenie i wdrażanie kompleksowej polityki w zakresie zdrowych i bezpiecznych warunków pracy (WHO 2010), a w przypadku zarządzania stresem opracowanie działań systemowych, łączących trzy rodzaje prewencji (pierwszo-, drugo- i trzeciorzędową), mających wpływ na poprawę zdrowia psychicznego/fizycznego pracowników i redukcję nieobecności w pracy (VFPH 2006, CIOP 2000, PIP 2012). Programy zarządzania stresem wymagają właściwej identyfikacji zagrożeń psychospołecznych oraz systematycznej oceny wyników pracy i występowania problemów osobistych/obaw wynikających ze stresu (International Labour Organization ILO 2016).

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, European Trade Union Confederation ETUC 2005). Tworzenie i podejmowanie decyzji z zakresu polityki zdrowia psychicznego i bezpieczeństwa w miejscu pracy jest procesem, natomiast 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).

Odnalezione dowody skuteczności klinicznej wskazują, że programy szkoleń uwzględniających rozwój/utrzymanie odporności psychicznej wśród pracowników mogą mieć korzystny wpływ, jednak wyniki te w szczególności dotyczą zmian w zakresie poziomu stresu, epizodów depresyjnych, odczuwania niepokoju, negatywnego nastroju czy emocji (Robertson 2015). W większości tych programów stosowano podejście poznawczo-behawioralne celem rozwijania/podtrzymania odporności psychicznej. Jednak, że nie ma obecnie mocnych, rzetelnych dowodów na skuteczność oraz realne korzyści płynące z zastosowania szkoleń grupowych/zbiorowych (silnie heterogeniczne badania). Za zasadne uznaje się jednak rozważenie ich indywidualnej formy i wdrożeniu wsparcia opartego na indywidualnych potrzebach jednostki.

Według Ruotsalainen (2015) treningi poznawczo-behawioralne (CBT), jak i techniki relaksacyjne w sposób umiarkowany mogą redukować poziom stresu wśród pracowników służby zdrowia. CBT stosowane w okresie od jednego do sześciu miesięcy, jak i powyżej ww. okresu zmniejszyły poziom stresu pracowników służby zdrowia o blisko 13% w porównaniu z brakiem interwencji. Nie odnotowano takich zależności dla interwencji krótszych niż jeden miesiąc. Techniki relaksacyjne (umysłu i ciała) powodowały obniżenie stresu o ok. 23% w porównaniu z brakiem interwencji. W podejściu organizacyjnym, jedynie modyfikowanie harmonogramu czasu pracy na krótszy lub z przerwami zredukowało poziom stresu wśród pracowników służby zdrowia. Inne interwencje nie wykazały zwiększonej skuteczności w porównaniu z brakiem interwencji lub jej alternatywą. Interwencje w podejściu organizacyjnym powinny być lepiej skoncentrowane na eliminowaniu i redukowaniu konkretnych czynników powodujących nadmierny stres w pracy.

W przeglądzie Leppin 2014, stwierdzono, że programy profilaktyczne zorientowane na rozwój sprężystości psychicznej (tzw. Resiliency training program) mogą mieć korzystny wpływ na poprawę zdrowia psychicznego i wellbeing wśród osób dorosłych, chociaż metodologia badań włączonych do analizy wskazuje na zasadność traktowania ww. wyników z ostrożnością. Wśród 13 badań włączonych do metaanalizy wykazano średni efekt programów treningowych zmniejszających stres uogólniony, w okresie trwania co najmniej 3 miesięcy, w kierunku utrzymania/rozwijania odporności psychicznej populacji badanej. Programy te nie przyniosły jednak znaczącego efektu dla zmiennych: jakość życia, lęk, depresja, stres, własna skuteczność (wyniki nieistotne statystycznie). Wyniki analizy Leppin podkreślają, że nie ma konkretnej struktury, formy czy teoretycznej podstawy właściwie definiującej program ww. szkoleń rozwoju odporności psychicznej. Nie ma również złotego standardu w zakresie metody/oceny efektywności ww. programów. Konieczne są dalsze badania w celu lepszego zdefiniowania konstruktów sprężystości i zaprojektowania specyficznych dla niej interwencji.

Zapobieganie poprzez wczesną interwencję jest najlepiej zbadaną formą prewencji w spektrum zaburzeń psychicznych, w szczególności w odniesieniu do schizofrenii. W wielu badaniach wykazano wysoką skuteczność stosowania farmakoterapii w połączeniu z terapią poznawczo-behawioralną. Strategie, które uczą młodych ludzi radzenia sobie ze stresem i zapewniania sobie wsparcia społecznego były skuteczne w zapobieganiu zaburzeniom nastroju i zaburzeniom lękowym. Nie odnaleziono wystarczających dowodów do wykazania, że pierwotna profilaktyka może opóźnić pojawienie się choroby psychicznej. Zalecane są badania dotyczące etiologii chorób psychicznych, w celu ułatwienia rozwoju dodatkowych podstawowych form zapobiegania zaburzeniom. Wysiłki te mogą przyczynić się do realokacji zasobów oraz wprowadzenia polityki publicznej, które ograniczyłyby negatywne skutki chorób psychicznych dla społeczeństwa.

W zakresie rehabilitacji zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi zauważono, że zatrudnienie wspomagane było znacznie skuteczniejsze od wstępnego kształcenia zawodowego. Klienci zatrudnienia wspomagane zarabiali więcej i pracowali więcej godzin w ciągu miesiąca. Zatrudnienie wspomagane jest bardziej skuteczne w uzyskaniu konkurencyjnej pracy niż wstępne kształcenie zawodowe. Wyniki metasyntezy wykazały, że pracownicy z typowymi zaburzeniami psychicznymi wskazują na wiele przeszkód podczas powrotu do pracy, związanych z: cechami ich osobowości, brakiem wsparcia społecznego, ograniczeń systemów socjalnych i rehabilitacyjnych. Pracownikom trudno było zdecydować, kiedy byli gotowi do powrotu do pracy. Badania pokazały, że proces powrotu do pracy powinien być postrzegany jako spójny i ciągły. Metasynteza pokazała, że brak jest koordynacji między systemami społecznymi, a rehabilitacyjnymi. Potrzebna jest zmiana we wprowadzaniu interwencji w kierunku większej koordynacji.

Z kolei opinie eksperckie wskazują, że właściwą formą interwencji, która aktywizuje uczestników i stanowi jedną z najskuteczniejszych metod edukacji są warsztaty. Psychoterapia indywidualna mogłaby być interwencją skuteczniejszą, jednak ze względu na wysokie koszty tego rodzaju interwencji nie jest ona wskazana do finansowania przez jst. 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.

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

Tryb wydania opinii

Opinię wydano na podstawie art. 48a ust. 1 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581), z uwzględnieniem raportu: OT.441.271.2017 „AKTYWATOR - popraw swoją skuteczność w podjęciu i utrzymaniu pracy. Warsztaty terapeutyczne dla osób w wieku 18-45 lat” realizowany przez: województwo małopolskie, Warszawa, wrzesień 2017, aneksów do raportów szczegółowych: „Programy profilaktyki chorób od stresowych”, styczeń 2011 i „Programy zdrowotne z zakresu zdrowia psychicznego – wspólne podstawy oceny”, luty 2015 oraz Opinii Rady Przejrzystości nr 325/2017 z dnia 2 października 2017 roku o projekcie programu „Aktywator – popraw swoją skuteczność w podjęciu i utrzymaniu pracy. Warsztaty terapeutyczne dla osób w wieku 18-45 lat” (woj. małopolskie).