

FREMME AV PSYKISK HELSE I HELSESEKTOREN

1. Innledning

Helsesektoren er en av hovedsektorene i den europeiske arbeidsstyrken og sysselsetter om lag 10 % av arbeidstakerne i EU. Den største gruppen av helsearbeidere er ansatt på sykehus. Andre helsearbeidere er ansatt på legesentre, sykehjem og innen andre områder i helsesektoren som blodbanker og medisinske laboratorier (EU-OSHA, 2007a). Kjønnfordelingen i denne sektoren er svært skjev: Nærmere 80 % av de ansatte er kvinner (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008).

Ifølge Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO, 2005) kan psykososiale problemer føre til sykdom, skader, stigmatisering, isolering og til og med dødsfall. De kan også få betydelige konsekvenser for arbeidsgiveren – for eksempel redusert produktivitet og dårligere trivsel blant de ansatte. Ansatte i helsesektoren er særlig utsatt for slike psykiske helserisikoer (WHO, 2004). Det er derfor viktig og svært nyttig å satse på fremme av psykisk helse i denne sektoren.

Ifølge WHO (2009) kan psykisk helse defineres som "en tilstand av velvære der individet:

- realiserer sine muligheter
- kan håndtere livets normale stress
- kan arbeide på en fruktbar og produktiv måte
- har mulighet til å bidra for samfunnet."

I så måte er psykisk helse grunnlaget for velferd og for at enkeltmennesket og samfunnet skal kunne fungere på en effektiv måte. Denne kjernedefinisjonen er i tråd med de ulike tolkningene av psykisk helse på tvers av kulturer.

Denne artikkelen retter seg mot arbeidsgiverne. Den beskriver i detalj spørsmål som gjelder psykisk helse i helsesektoren, og gir praktisk informasjon om tiltak for å fremme psykisk helse.

2. Psykososiale risikofaktorer for psykisk helse og helsemessige konsekvenser

2.1. Psykososiale risikofaktorer

Psykososial risiko er knyttet til hvordan arbeidet er utformet, organisert og ledet, samt til de økonomiske og sosiale rammene rundt arbeidet. Slik risiko fører til et økt stressnivå og kan medføre en betydelig svekket psykisk og fysisk helsetilstand (EU-OSHA, 2007b).

Ulike stressmodeller er utviklet for å forklare forholdet mellom risikofaktorer og arbeidstakerens helse. En av de mest kjente modellene er den såkalte krav-kontroll-støtte-modellen (demand-control-support) (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). Denne modellen definerer de tre viktigste psykososiale stressfaktorene som påvirker arbeidstakernes velferd:

- psykologiske krav,



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

- kontroll eller beslutningsfrihet
- og sosial støtte.

I henhold til denne modellen oppstår negative stressreaksjoner (som utmattelse, angst, depresjon og psykisk sykdom) når de psykologiske kravene er høye og kontrollen over beslutninger er lav. Sosial støtte kan fungere som en buffer.

Det finnes en rekke arbeidsrelaterte psykososiale risikofaktorer (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), for eksempel:

- skiftarbeid
- for tett eller uhensiktsmessig arbeidsplan
- lav jobbkontroll
- høye krav
- stor arbeidsbyrde
- knappe tidsfrister
- utilstrekkelig informasjon
- mangel på organisatorisk rettferdighet
- dårlig teamarbeid
- dårlige mellommenneskelige forhold
- mangel på sosial støtte
- isolert arbeid
- nedbemanning
- utilstrekkelige ressurser.

Følgende arbeidsrelaterte psykososiale risikofaktorer er typiske for helsesektoren (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009):

- høye forventninger kombinert med utilstrekkelig tid, ferdigheter og sosial støtte
- å bli konfrontert med smerte
- å forholde seg til døende mennesker
- akutsituasjoner
- traumatiske hendelser
- klager og søksmål.

I tillegg er vold og trakassering blant de psykososiale risikoene i helsesektoren. De ansatte kan bli utsatt for voldelig atferd fra pasienter, besøkende eller kolleger (EU-OSHA, 2007a). Helse- og sosialsektoren rapporterer den høyeste eksponeringen for vold på arbeidsplassen i EU-27 (15,2 %). Forekomsten av mobbing og trakassering er høyere i denne sektoren enn gjennomsnittet. Vold og trakassering forekommer ikke ofte i yrker med høy fysisk risiko (f.eks. produksjon eller bygg og anlegg). Til sammenligning opplever ansatte i helse- og sosialsektoren (der den fysiske risikoen er ganske lav) fysisk vold eller trusler om vold åtte ganger oftere enn ansatte i for eksempel produksjonssektoren (Parent-Thirion et al., 2007). Ifølge det danske prosjektet "Vold som Udtryksform" (Pedersen, 2007) har inntil 32 % av pleiemedarbeidere på døgninstitusjoner og sykehus opplevd vold. Det offentlige helsevesenet i Storbritannia (National Health Services – NHS) rapporterte 95 501 tilfeller av vold og aggresjon mot ansatte i perioden 2001–2002, og sykepleiere var oftest utsatt for slike handlinger (National Audit Office, 2003). I en nyere undersøkelse blant NHS-ansatte som omfattet ansatte ved en akuttinstitusjon og ambulansarbeidere, rapporterte henholdsvis 29 % og 50 % å ha blitt utsatt for vold og aggresjon de siste 12 månedene.

Helsearbeidere har også høy risiko for rusmiddelmisbruk. Spesielle risikofaktorer gjør at medisinsk personale er særlig utsatt for rusmiddelbruk. Dette gjelder blant annet høy arbeidsbelastning, å forholde seg til dødssyke og døende pasienter, manglende forberedelse på kravene i jobben, utbrenthet og utilstrekkelig kunnskap om farene knyttet til alkohol- og



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

narkotikabruk. I en artikkel av Trinkoff og Storr (1998) kommer det fram at to til tre prosent av alle sykepleiere er avhengig av narkotika, og at 40 000 sykepleiere i USA lider av alkoholisme. Cicala (2003) viser at også leger har høy risiko for rusmiddelmisbruk. Minst 8 % til 12 % utvikler et rusmiddelproblem i løpet av sin karriere. Særlige risikofaktorer for leger er høyt stressnivå og lange arbeidsdager, selvbehandling og tilgangen på legemidler. Konsekvensene av rusmiddelmisbruk er alvorlige. I tillegg til at det har negative konsekvenser for arbeidstakerens egen helse, kan det å være påvirket av rusmidler føre til feilbehandling og søksmål.

2.2. Helsemessige konsekvenser

Alle disse psykososiale risikofaktorene påvirker de ansattes fysiske og psykiske helse i stor grad. Konkrete helseproblemer forårsaket av disse risikofaktorene kan være:

- stress: Det rapporteres at 22 % av arbeidsstokken er utsatt for arbeidsrelatert stress (Parent-Thirion et al., 2007), noe som gjør det til et av de vanligste arbeidsrelaterte helseproblemene. Helse, sosial og utdanning er sektorene som er mest utsatt: Inntil 29,4 % lider av dette problemet.
- utbrenthet: En studie fra International Hospital Outcomes Research Consortium (1998-1999) avdekket at 36,2 % av de ansatte i det britiske helsevesenet lider av alvorlig utbrenthet (EU-OSHA, 2007a).
- angst: 11,4 % av helsearbeidere lider av angst (Parent-Thirion et al., 2007)
- irritabilitet: 15,2 % av helsearbeidere lider av irritabilitet (Parent-Thirion et al., 2007)
- depresjon: I en undersøkelse utført av Northwestern National Life i Minneapolis (1991) rapporterte 32 % av de spurte helsearbeiderne at de følte seg depriment.

3. Fremme av psykisk helse i helsesektoren

3.1. Arbeid for å fremme psykisk helse

Ifølge Pollett (2007) består arbeid for å fremme psykisk helse i "å styrke beskyttelsesfaktorer som bidrar til god psykisk helse". Mange vitenskapelige studier har vist at ferdigheter og egenskaper knyttet til god psykisk helse gir positive resultater, slik som bedre fysisk helse og livskvalitet, økonomisk velferd og personlig verdighet (European Mental Health Implementation Project, 2006).

Arbeidsplassen er en hensiktsmessig arena der de ansattes psykiske helse kan beskyttes og fremmes på en effektiv måte. Den europeiske pakten for psykisk helse og velferd (European Pact for Mental Health and Well-being) (EU High Level Conference, 2008) nevner psykisk helse på arbeidsplassen som et av sine satsingsområder. Den anbefaler at programmene for psykisk helse og velferd implementeres i risikovurdering og tiltak for forebygging av situasjoner som kan medføre alvorlige konsekvenser for de ansattes psykiske helse (stress, destruktiv atferd som vold eller trakassering på arbeidsplassen, alkohol, narkotika), og ordninger for tidlig intervensjon på arbeidsplassen.



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

3.2. Effekten av tiltak for å fremme psykisk helse

Noen organisasjoner har allerede forstått viktigheten av å fremme psykisk helse, men det er likevel mange arbeidsplasser der slike tiltak fortsatt ikke er gjennomført. Medlemmer av hierarkiet i helsesektoren er ofte svært kritiske til tiltak for å fremme psykisk helse. Grunnen er at de hovedsakelig fokuserer på botemidler for å oppnå umiddelbare resultater, snarere enn å fokusere på langsiktige, forebyggende løsninger (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). I tillegg til nøkkelpersonell i hierarkiet er det andre interessenter som trenger dokumentasjon på effekten av tiltak for å fremme psykisk helse: Beslutningstakere trenger det for å rettferdiggjøre utgifter, praktikere trenger det for å planlegge og gjennomføre programmer og de berørte ansatte trenger å vite om tiltakene kommer til å hjelpe dem (Barry & McQueen, 2005).

Det finnes få detaljerte studier som undersøker stresstiltak, både med hensyn til kost/nytte og vurderinger av hvor effektive enkeltstående stressreducerende tiltak er (Burke & Richardsen, 2000). På grunn av studiedesignet er det ikke alltid mulig å avgjøre hvilke utfall som faktisk er resultatene av et tiltak (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Det er ikke enkelt å forske på kostnadseffektivitet. Likevel har mange organisasjoner og beslutningstakere forsøkt å beregne kostnadene og gevinstene knyttet til stresstiltak på arbeidsplassen. Det britiske Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007) gir en oversikt over kostnadene forbundet med psykisk helse på arbeidsplassen og beregner kostnadseffektiviteten av stresstiltak (basert på eksempler fra britiske organisasjoner).

De årlige kostnadene forbundet med psykisk helse på britiske arbeidsplasser fordeler seg på følgende måte:

- sykefravær: 8,4 milliarder britiske pund (ca. 9,7 milliarder euro)
- redusert produktivitet: 5,1 milliarder pund (ca. 5,9 milliarder euro)
- gjennomtrekk av ansatte: 2,4 milliarder pund (ca. 2,8 milliarder euro).

Det er mulig å beregne kostnadseffektiviteten av psykisk helse-programmer med utgangspunkt i eksempler fra arbeidslivet. British Telecom rapporterte om en nedgang i sykefraværet som skyldes psykisk helse på 30 % (SCMH, 2007) etter å ha innført en psykisk helse-strategi. Hilton (2005) rapporterer om resultatene av et australsk psykisk helse-program med fokus på tidlig diagnose og intervensjon overfor arbeidstakere med symptomer på depresjon. Tanken bak programmet var at arbeidsgivere skulle bidra til å identifisere ansatte med psykiske helseproblemer og tilby disse arbeidstakerne behandling for arbeidsgivers regning. Den økonomiske gevinsten var tydelig: De ansatte ble mer produktive. Den årlige økonomiske gevinsten var fem ganger høyere enn den årlige investeringen i programmet. Wang et al. (2007) beskriver et lignende initiativ i USA, der den årlige gevinsten per arbeidstaker var 1 800 dollar (ca. 1 268 euro), sammenlignet med en årlig utgift per ansatt på mellom 100 (ca. 70,5 euro) og 400 dollar (ca. 281,8 euro).

3.3. Tiltak i helsesektoren

Ettersom jobben spiller en viktig rolle i folks liv, er arbeidsplassen en god arena for å iverksette tiltak for å fremme psykisk helse (Pollett, 2007). Disse tiltakene må fokusere på forbedringsområder, både på person- og organisasjonsplan. Det er viktig å bygge opp en bedriftskultur der psykisk helse ikke er et tabubelagt tema.

Ulike tiltak er utviklet for å redusere psykososiale risikofaktorer og fremme psykisk helse i helsesektoren.



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

3.3.1. Tiltak på organisasjonsplan

Tiltak på organisasjonsplan innebærer at arbeidsgiveren iverksetter tiltak for å redusere stressfaktorer på arbeidsplassen. Målet med disse tiltakene er å fjerne årsakene til stress på jobben (EU-OSHA, 2002).

Tiltak på organisasjonsplan har som mål å endre organisasjonsstrukturen og/eller fysiske og miljømessige faktorer. Disse tiltakene søker å redusere negative faktorer i organisasjonen. Tiltakene i krav-kontroll-støtte-modellen fokuserer på å legge om organisasjonen for å gi arbeidstakerne mer kontroll over arbeidet og evnene sine (Luceño & Martín, 2008). Stressfaktorer kan kartlegges gjennom en psykososial risikoanalyse. Analysen vil avdekke kritiske faktorer i organisasjonen (på oppgave-, gruppe- eller organisasjonsnivå) som trenger forbedring.

Tiltak på organisasjonsplan omfatter:

- psykologiske krav: å bedre kvaliteten på arbeidet, optimalisere intellektuelle krav og redusere tidspress
- kontroll eller beslutningsfrihet: å bedre utnyttelsen og utviklingen av ferdigheter, gi økt kontroll over arbeidet og øke deltakelsen i beslutningsprosesser
- sosial støtte: å bedre den sosiale støtten mellom kolleger, og mellom kolleger og overordnede
- balanse mellom arbeid og fritid: å innføre fleksitid, tilby barnepass på arbeidsplassen, innvilge studiepermisjon og karrierepauser og gi ansatte muligheten til å planlegge og innføre rotasjonsordninger basert på selvstyrt arbeidsdeling.

Eksempler på tiltak på organisasjonsplan i helsesektoren (EU-OSHA, 2002):

- økt bemanning i særlig hektiske perioder: fører til redusert arbeidsmengde, bedre organisering av skift og dekning ved fravær og uforutsette behov
- spesifisering av funksjoner og ansvar, for eksempel for pleiemedhjelpere, hjelp i forbindelse med medisiner og bistand og støtte i forbindelse med behandling
- etablering av en kommunikasjonsprotokoll for situasjoner som de ansatte mener kan utgjøre en fare for deres helse og sikkerhet
- innføring av en viss grad av skjønn i utførelsen av enkelte oppgaver for visse grupper av arbeidstakere, i tråd med retningslinjene gitt av den avdelingen de tilhører, for å gi økt selvstendighet og beslutningstaking
- fremme arbeidstakermedvirkning gjennom møter der de ansatte får muligheten til å bidra med forslag, ideer og meninger.

3.3.2. Tiltak i grensesnittet mellom person og organisasjon

Disse tiltakene har som mål å øke arbeidstakerens evne til å takle stress. Arbeidsgiveren bør satse på tiltak som bedrer de ansattes mestringsevne, for eksempel gjennom opplæring.

Eksempler på slike tiltak er (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- bedre forholdet mellom kolleger og ledere på arbeidsplassen
- etablere støttegrupper
- bedre tilpasning mellom person og miljø
- klargjøring av roller
- økt deltakelse og selvstendighet
- opplæring med sikte på å styrke de ansattes selvtillit og egenverd og følelsen av tilhørighet



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

- stressreduksjonsprogrammer basert på oppmerksomhetstrening: består av øvelser for å bedre kommunikasjonsferdigheter, lære hvordan man takler stressreaksjoner, økt selvmedfølelse
- opplæring for å bedre praktiske ferdigheter når det gjelder å redusere stress, og for å bedre forholdet til og arbeidet med pasienter
- opplæring av ansatte i å takle situasjoner de har opplevd, som dødsfall, smerte og arbeid med dødsyke pasienter.

3.3.3. Tiltak på personplan

Tiltak på personplan fokuserer ofte på å redusere stress blant ansatte som allerede har slike symptomer. De har som mål å gjøre den enkelte flinkere til å takle stress, for eksempel gjennom avspenningsteknikker (EU-OSHA, 2002). Disse tiltakene sikrer at personen er bedre rustet til å mestre stresssymptomene. Ved å gi skikkelig støtte til disse personene reduserer man de ødeleggende konsekvensene av stress til et minimum. Eksempler på slike tiltak er

- terapeutisk massasje
- opplæring i mestringsstrategier
- opplæring i kognitive atferdsteknikker
- øvelse i stresshåndtering
- rådgivning.

3.4. Håndtering av vold og trakassering i helsesektoren

Som tidligere nevnt er vold og trakassering (i tillegg til stress) vanlige problemer i helsesektoren som kan medføre negative konsekvenser for helsen. Vi kan bruke de samme tiltaksnivåene for å håndtere vold og aggresjon i helsesektoren som for forebygging av stress.

Følgende tiltak kan iverksettes på organisasjonsplan (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- utvikle en bedriftskultur som er sentrert rundt mennesket, og utarbeide en klar policy som slår fast at vold og aggresjon mot helsepersonell ikke tolereres. Alle involverte parter bør kjenne til denne policyen, både pasienter, ansatte og ledelsen.
- forpliktelse fra ledelsens side om å forebygge vold og aggresjon
- tydelig informasjon og kommunikasjon
- gjennomføre risikovurderinger mht. vold, aggresjon og trakassering på arbeidsplassen
- miljøkontroll: sørge for sikkerhet ved hjelp av effektiv teknologi og prosedyrer (f.eks. alarmsystemer, skape avstand mellom klienter/pasienter og personale gjennom å bruke en bredere skranke osv.)
- informasjon om nødvendige forholdsregler, økt risiko forbundet med visse pasienter osv.

Følgende tiltak kan iverksettes på person-/organisasjonsplan (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- rapportering av alle tilfeller av vold og aggresjon
- forebyggende opplæring av de ansatte i hvordan de kan identifisere faktiske eller mulige trusler på arbeidsplassen, og hvordan de skal reagere i voldelige situasjoner.

Til slutt finner vi tiltak på personplan (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- hjelp og støtte
- rådgivning



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

- prosedyrer i forbindelse med klagemål
- debriefing
- rehabilitering av personell som har vært utsatt for en voldelig hendelse.

3.5. God praksis

Det finnes en rekke tiltak for å fremme psykisk helse, selv om organisasjoner ofte ikke vier like mye oppmerksomhet til hvert av de tre tiltaksnivåene (Cox et al., 2000; Kompier et al., 1998). Organisasjoner fokuserer mer på grensesnittet mellom person og organisasjon og på tiltak på personplan. Det betyr at de ofte glemmer forebyggende tiltak som har som mål å redusere stressfaktorer på arbeidsplassen.

Alle organisasjoner som skal implementere retningslinjer for å fremme god psykisk helse, må ha en helhetlig tilnærming til temaet og iverksette tiltak på alle tre nivåer. Fordi årsakene til stress ofte er sammensatte (f.eks. en kombinasjon av bemanningsproblemer, arbeidsmengde, spørsmål knyttet til organiseringen av arbeidet og fysiske arbeidsforhold), må alle disse årsakene ses i sammenheng for at et tiltak skal være vellykket (EU-OSHA, 2002). I denne prosessen er det svært viktig at ansatte og arbeidsgivere samarbeider (Keleher & Armstrong, 2005).

Nedenfor følger to praktiske eksempler på tiltak på organisasjonsplan. Fokus er på forebyggende tiltak fordi de ofte griper fatt i roten til problemet. Eksempler på tiltak på person-/organisasjonsplan og tiltak på personplan finnes over i de aktuelle avsnittene.

Boks 1 gir et eksempel på god praksis som viser hvordan organisasjoner i helsesektoren kan håndtere psykososial risiko og medfølgende helsekonsekvenser, og hvordan en organisasjon kan møte behovet for medvirkning i beslutningsprosesser. Boks 2 gir et eksempel på god praksis i hvordan man kan håndtere vold rettet mot ansatte i helsevesenet.

Boks 1. Støtteprogram for omsorgsgivere (Caregiver Support Programme) (Jané-Llopis et al., 2005)

Kontekst

Caregiver Support Programme er utformet for å gi økt medvirkning og sosial støtte i arbeidsrelaterte beslutningsprosesser for grupper bestående av omsorgsgivere ved en (psykisk) helseinstitusjon. Programmet øker omsorgsgivernes evne til å utvise sosialt støttende atferd og ta i bruk problemløsningsteknikker på en effektiv måte.

Programmet

- seks opplæringsøkter (fire til fem timer)
- deltakere: ti ledere og ti omsorgsytere
- mål:
 - å få en bedre forståelse av og styrke eksisterende nettverk i organisasjonen som kan bidra med hjelp og støtte
 - å øke arbeidstakermedvirkning
 - å utvikle og lede opplæringsaktiviteter
 - å lære teknikker for å bevare disse ferdighetene over tid.

Evaluering av programmet

- programmet førte til flere støttende tilbakemeldinger på arbeidet
- programmet styrket deltakernes tro på og oppfatning av at de kan takle uenighet og overbelastning på arbeidsplassen



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

- programmet førte til et bedre arbeidsmiljø, bedre psykisk helse og mer jobbtilfredshet.

Boks 2. Håndtering av vold mot ansatte i helsesektoren (EU-OSHA, 2002)

Problem

I Irland ble det rapportert 12 tilfeller av vold eller voldelig atferd mot ansatte på sykehus i Mid-West-regionen i 2000. Antallet tilfeller økte til 64 i 2001. De ansatte fortalte at de opplevde stress, frustrasjon, frykt og sårbarhet.

Løsning

Sammen med sykehusenes HMS-ansvarlige bestemte risikostyringsavdelingen seg for å utvikle en struktur for å følge opp og bekjempe vold på arbeidsplassen på en systematisk måte. Denne strukturen innebar ulike trinn:

- utvikling av nye retningslinjer for rapportering av hendelser og oppfordring til en åpen rapporteringspolitikk
- utvikling av et omfattende rammeverk og system for håndtering av vold og aggresjon
- aggresjon og vold må behandles på samme måte som all annen yrkesrisiko: Risikoen for aggresjon og vold må kartlegges og vurderes, og kontrolltiltak må iverksettes og evalueres. En formell risikovurderingsmetode ble utviklet for å møte disse kravene.
- spesifikk opplæring av de ansatte setter dem i stand til å takle og gripe inn i aggressive og voldelige situasjoner (som skyldes klienter med atferdsforstyrrelser). Denne opplæringen hadde som mål å lære de ansatte hvordan de kan eliminere risikoen for skader både på personell og klienter.

Praktiske eksempler

En tverrfaglig gruppe fra akuttavdelingen gjennomførte en omfattende risikovurdering i samarbeid med HMS-konsulenter. Etter å ha kartlagt flere høyrisikoområder ble følgende tiltak iverksatt:

- opplæringsprogrammet "Non-Violent Crisis Intervention" (ikke-voldelig inngripen i krisesituasjoner)
- økt tilstedeværelse av sikkerhetsvakter
- informasjon til avdelingen om hvordan man skal forholde seg til voldsutøvere
- innkjøp av person- og panikkalarmssystemer
- tettere samarbeid med politiet. En kontaktbetjent ble utnevnt for å samarbeide tett med sykehuspersonalet.
- tre tilfeller av straffeforfølgning av lovbrøtere som førte fram
- fokus på ergonomi i avdelingen med tanke på forebygging og sikrere arbeidsrutiner.

4. Ytterligere informasjon

Nettsteder:

Det europeiske arbeidsmiljøorganet:

<http://osha.europa.eu/en/topics/stress>

<http://osha.europa.eu/en/topics/whp>

http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm

Den europeiske stiftelse for bedring av leve- og arbeidsvilkårene:

<http://www.eurofound.europa.eu/areas/index.htm>



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

Europakommisjonen:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

Det europeiske nettverket for helsefremmende arbeidsplasser:

<http://www.enwhp.org/index.php?id=4>

ProMenPol (europeisk prosjekt for å fremme og beskytte psykisk helse):

<http://www.mentalhealthpromotion.net/>

Verdens helseorganisasjon (WHO):

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Den internasjonale arbeidsorganisasjonen (ILO):

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/sectors/health.htm>

Health and Safety Executive (HMS-myndighet i Storbritannia):

<http://www.hse.gov.uk/healthservices/stress.htm>

Frankrikes nasjonale institutt for forskning og sikkerhet (INRS):

<http://www.inrs.fr/dossiers/stress.html>

Prosjekter:

Det europeiske nettverket for helsefremmende arbeidsplasser (ENWHP): Project Move II "Mental health at the workplace" (Psykisk helse på arbeidsplassen):

<http://www.enwhp.org/index.php?id=606>

European Mental Health Implementation Project:

<http://mentalhealth.epha.org/index.html>

5. Referanser

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., 'Research on Work-related Stress', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being', Brussels, 13 June 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Retrieved 22 September 2009, from http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 2002. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Available at: <http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Factsheet 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)*, 2007b. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Retrieved 22 September 2009, from: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Available at: [http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Retrieved 22 September 2009, from: http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS_081593/index.htm

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Available at: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental health promotion works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.

Karasek, R.A. & Theorell, T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental health promotion resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Available at:
http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Available at:
<http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental health promotion: a literature review.' Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Retrieved 22 September 2009, from:
<http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>



Fremme av psykisk helse i helsesektoren

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, '*Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*', 2004, pp. 1-67. Available at:

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from:

http://www.who.int/topics/mental_health/en/