

## BEVORDEREN VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEID IN DE GEZONDHEIDSZORG

### 1. Inleiding

De gezondheidszorg is een van de grootste sectoren met ongeveer 10% van de werkenden in Europa. Het merendeel werkt in ziekenhuizen. Anderen zijn actief in medische praktijken, verzorgingshuizen en andere organisaties zoals bloedbanken of medische laboratoria (Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk (EU-OSHA), 2007a). De verhouding tussen het aantal mannen en vrouwen in deze sector is zeer onevenwichtig: bijna 80% is vrouw (Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden, 2008).

Volgens de Internationale Arbeidsorganisatie (IAO, 2005) kunnen psychosociale problemen leiden tot ziekte, blessures, stigmatisatie, isolatie en zelfs tot de dood. Zulke problemen kunnen grote gevolgen hebben voor de werkgever – verminderde productiviteit en demotivatie. Het personeel in de gezondheidszorg wordt regelmatig blootgesteld aan geestelijke gezondheidsrisico's (Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), 2004). Daarom is het belangrijk en erg nuttig om in deze sector te investeren in de geestelijke gezondheid.

Volgens de WHO (2009) kan geestelijke gezondheid worden omschreven als een "toestand van welzijn waarin een persoon

- zich bewust is van zijn of haar eigen capaciteiten;
- kan omgaan met de normale stress van het leven;
- productief en vruchtbaar kan werken;
- kan bijdragen tot zijn of haar gemeenschap."

In deze positieve betekenis vormt geestelijke gezondheid de basis voor het welzijn zodat zowel het individu als de gemeenschap doeltreffend kan functioneren. Deze basisomschrijving van geestelijke gezondheid past binnen de brede en uiteenlopende interpretaties in verschillende culturen.

Dit artikel is bedoeld voor werkgevers en het geeft een gedetailleerde beschrijving van de geestelijke gezondheidsproblemen in de gezondheidszorg, maar ook praktische informatie over initiatieven om de geestelijke gezondheid te verbeteren.

### 2. Psychosociale risicofactoren en gevolgen voor de geestelijke gezondheid

#### 2.1. Psychosociale risicofactoren

Psychosociale risico's houden niet alleen verband met de manier waarop het werk wordt opgezet, georganiseerd en geleid, maar ook met de economische en maatschappelijke context van het werk. Ze kunnen leiden tot een verhoogd stressniveau en tot een ernstige verslechtering van de geestelijke en lichamelijke gezondheid (EU-OSHA, 2007b).



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

Er zijn verschillende stressmodellen ontwikkeld om het verband tussen risicofactoren en de gezondheid van werknemers te verklaren. Een van de bekendste modellen is het "demand-control-support model" (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). Dat model definieert drie belangrijke psychosociale stressfactoren die een invloed hebben op het welzijn van werknemers:

- psychologische druk;
- controle- en beslissingsmarge, en
- sociale ondersteuning.

Volgens dit model doen negatieve stressreacties (zoals vermoeidheid, angstgevoelens, depressie en lichamelijke aandoeningen) zich voor wanneer de psychologische eisen hoog zijn en de er weinig of geen speelruimte bestaat om invloed op het eigen werk en werktempo uit te oefenen. Sociale ondersteuning kan dienst doen als buffer.

Er bestaan veel werkgerelateerde psychosociale risicofactoren (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), zoals:

- ploegendiensten;
- te strakke of slecht afgestelde planning;
- weinig grip op eigen werk en werktempo;
- hoge werkeisen;
- hoge werkdruk;
- strakke deadlines;
- onvoldoende informatie;
- slechte organisatorische rechtvaardigheid;
- slecht teamwork;
- slechte interpersoonlijke relaties;
- gebrek aan sociale ondersteuning;
- geïsoleerd werk;
- inkrimpingen;
- onvoldoende middelen.

Er zijn werkgerelateerde psychosociale risicofactoren die typisch zijn voor de gezondheidszorg (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), zoals:

- hoge verwachtingen in combinatie met onvoldoende tijd, vaardigheden en sociale ondersteuning;
- geconfronteerd worden met pijn;
- omgaan met stervende mensen;
- noodgevallen;
- blootstelling aan traumatische gebeurtenissen;
- klachten en rechtszaken.

Ook geweld en intimidatie zijn psychosociale gevaren binnen de gezondheidssector. Patiënten, bezoekers of collega's kunnen zich soms gewelddadig gedragen (EU-OSHA, 2007a). In de gezondheidszorg en de sociale sector in de EU-27 wordt het hoogste aantal gevallen van geweld op het werk gemeld (15,2%). Ook pesterijen en intimidaties komen hier vaker voor dan gemiddeld. In beroepen met grote lichamelijke risico's (bijv. de verwerkende industrie of de bouw) komen geweld en intimidatie niet vaak voor. In de gezondheidszorg en de sociale sector daarentegen (waar de lichamelijke risico's geringer zijn) komt feitelijk fysiek geweld of de dreiging van fysiek geweld acht keer vaker voor dan in de verwerkende industrie (Parent-Thirion et al., 2007). Volgens het Deense project "Violence as a form of expression" (Pederson, 2007) wordt 32% van de sociaalpedagogische medewerkers in verzorgingsinstellingen en het verplegend personeel in ziekenhuizen geconfronteerd met geweld. In 2001-2002 meldde de Britse National Health Service (NHS) 95 501 gevallen van geweld en agressie tegenover NHS-personeel.



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

Verpleegkundigen werden het vaakst slachtoffer van gewelddaden (National Audit Office, 2003). Uit een recente enquête van het NHS onder eerstehulp- en ambulancepersoneel bleek dat 29% respectievelijk 50% van de ondervraagden in de afgelopen 12 maanden het slachtoffer was geweest van geweld en agressie.

Gezondheidswerkers lopen ook meer risico op drugsmisbruik. Wegens de specifieke risicofactoren, zoals een hoge werkdruk, de omgang met terminaal zieke en stervende patiënten, onvoldoende voorbereiding op de eisen van het werk, burn-out en onvoldoende kennis over de gevaren van alcohol en drugs, loopt medisch personeel meer risico op drugsmisbruik. In een artikel van Trinkoff en Storr (1998) werd gemeld dat 2% tot 3% van alle verpleegkundigen verslaafd is aan drugs en dat 40 000 verpleegkundigen in de Verenigde Staten een alcoholverslaving hebben. Cicala (2003) wijst erop dat ook artsen een hoger risico lopen op drugsmisbruik. Minstens 8% tot 12% van de artsen krijgt in hun loopbaan zelf te kampen met drugsverslaving. Specifieke risicofactoren voor artsen zijn veel stress en lange werkuren, zelfbehandeling en de toegang tot medicijnen. De gevolgen van drugsmisbruik zijn ernstig. Naast de negatieve gevolgen voor de eigen gezondheid van de werknemer, kan werken onder invloed van drugs of alcohol leiden tot medische wanpraktijken en rechtszaken.

### 2.2. Gevolgen voor de gezondheid

Al deze psychosociale risicofactoren hebben een grote invloed op de lichamelijke en geestelijke gezondheid van werknemers. Specifieke gezondheidsproblemen die door deze risicofactoren worden veroorzaakt, zijn:

- stress: naar verluidt wordt 22% van de actieve bevolking getroffen door stress op het werk (Parent-Thirion et al., 2007); daarom behoort stress tot een van de meest voorkomende werkgerelateerde gezondheidsproblemen; wie werkt in de gezondheidssector, de sociale dienstverlening of het onderwijs loopt het meeste risico: 29,4% lijdt hier aan stress;
- burn-out: uit een studie van het International Hospital Outcomes Research Consortium van 1998-1999 bleek dat 36,2% van de Engelse werknemers in de gezondheidszorg aan een grote burn-out leden (EU-OSHA, 2007a);
- angst: 11,4% van de gezondheidswerkers heeft last van angstgevoelens (Parent-Thirion et al., 2007);
- prikkelbaarheid: 15,2% van de gezondheidswerkers heeft last van prikkelbaarheid (Parent-Thirion et al., 2007);
- depressie: uit een onderzoek van het Northwestern National Life of Minneapolis (1991) bleek dat 32% van de ondervraagde gezondheidswerkers depressieve gevoelens had.

## 3. Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

### 3.1. Bevorderen van de geestelijke gezondheid

Volgens Pollett (2007) is bevordering van de geestelijke gezondheid "het proces van het verbeteren van de beschermende factoren die bijdragen tot een goede geestelijke gezondheid". Veel wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat eigenschappen en vaardigheden die verband houden met een positieve geestelijke gezondheid ook tot positieve resultaten leiden,



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

zoals een betere lichamelijke gezondheid en levenskwaliteit, economisch welzijn en gevoel van eigenwaarde (European Mental Health Implementation Project, 2006).

De werkvloer is een geschikte omgeving om de geestelijke gezondheid van werknemers doeltreffend te beschermen en te verbeteren. Het Europees Pact voor geestelijke gezondheid en welzijn (EU High Level Conference, 2008) heeft geestelijke gezondheid op het werk aangewezen als een van de prioriteiten. Het beveelt de invoering aan van initiatieven voor de geestelijke gezondheid en het welzijn, met programma's voor risicobeoordeling en preventie van situaties die negatieve gevolgen kunnen hebben voor de geestelijke gezondheid van werknemers (stress, wangedrag zoals geweld of intimidatie op het werk, alcohol- en drugsmisbruik), gecombineerd met vroegtijdige interventieprogramma's op het werk.

### **3.2. Doeltreffendheid van initiatieven ter bevordering van de geestelijke gezondheid**

In sommige organisaties staat de bevordering van de geestelijke gezondheid al hoog op de agenda, maar er zijn ook plaatsen waar tot op heden geen maatregelen werden getroffen. In de hogere rangen van de gezondheidszorg heerst veel scepsis over programma's ten behoeve van de geestelijke gezondheid. Dat komt omdat vooral de nadruk wordt gelegd op genezen om onmiddellijk resultaat te boeken, in plaats van op aandacht voor preventieve langetermijnoplossingen (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Naast de toonaangevende vakmensen op besluitvormingsniveau willen ook andere belanghebbenden eerst bewijzen zien van de doeltreffendheid van programma's ter bevordering van de geestelijke gezondheid. Beleidsmakers hebben dat nodig om eventuele uitgaven te verantwoorden, medische beroepsbeoefenaars om programma's te plannen en uit te voeren en de betrokken werknemers om te weten of dergelijke initiatieven een oplossing kunnen zijn of niet (Barry & McQueen, 2005).

Er zijn maar weinig gedetailleerde studies beschikbaar van projecten rond stress, zowel wat betreft de evaluatie van de kosten en baten als van de doeltreffendheid van afzonderlijke anti-stressmaatregelen (Burke & Richardsen, 2000). Door de manier waarop het onderzoek wordt gevoerd, is het niet altijd mogelijk om na te gaan welke resultaten ook echt het gevolg zijn van een interventie (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Hoewel wetenschappelijk onderzoek naar kosteneffectiviteit niet eenvoudig is, hebben veel organisaties en beleidsmakers al geprobeerd om de kosten en baten van anti-stressmaatregelen op het werk te bepalen. Het Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007) in Groot-Brittannië geeft een overzicht van de kosten van geestelijke gezondheid op het werk en maakte een schatting van het rendement van stressinterventies (gebaseerd op voorbeelden van organisaties uit Groot-Brittannië).

De jaarlijkse kostprijs van problemen met de geestelijke gezondheid op het werk in Groot-Brittannië omvat de volgende elementen:

- afwezigheid door ziekte: £ 8,4 miljard (± 9,7 miljard EUR);
- verminderde productiviteit: £ 5,1 miljard (± 5,9 miljard EUR);
- personeelsverloop: £ 2,4 miljard (± 2,8 miljard EUR).

Op basis van voorbeelden uit de beroepsbevolking kan een schatting worden gemaakt van het rendement van geestelijke-gezondheidsprogramma's. British Telecom meldde een daling van 30% van het ziekteverzuim wegens geestelijke gezondheidsproblemen (SCMH, 2007) na de invoering van een specifieke strategie voor de geestelijke gezondheid. Hilton (2005) doet verslag van de resultaten van een Australisch programma voor de geestelijke gezondheid. Dit was gericht op een vroegtijdige diagnose van en interventie bij werknemers die tekenen van depressie



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

vertoonden. Het idee was dat de werkgevers een rol zouden spelen bij het identificeren van werknemers met geestelijke gezondheidsproblemen om ze vervolgens ondersteuning te bieden op kosten van de werkgever. De financiële voordelen werden zichtbaar in de hogere productiviteit van de werknemers. De jaarlijkse financiële voordelen lagen vijf keer hoger dan de jaarlijkse investering in het programma. Wang et al. (2007) beschrijft een soortgelijk programma in de VS waar het financiële voordeel op jaarbasis en per werknemer \$ 1800 ( $\pm 1268$  EUR) bedroeg, tegenover jaarlijkse kosten per werknemer van slechts \$ 100 ( $\pm 70,5$  EUR) tot \$ 400 ( $\pm 281,8$  EUR).

### 3.3. *Interventies in de gezondheidszorg*

Aangezien werken een belangrijk aspect is in een mensenleven, is de werkvloer een geschikte omgeving voor interventies ten behoeve van de geestelijke gezondheid (Pollett, 2007). Deze moeten de nadruk leggen op domeinen die voor verbetering vatbaar zijn, zowel op individueel niveau als op het niveau van de organisatie. Het is belangrijk om te bouwen aan een werkcultuur waarin geestelijke gezondheidsproblemen geen taboe zijn.

Om de psychosociale risicofactoren te verminderen en de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg te verbeteren, zijn verschillende interventievormen mogelijk.

#### 3.3.1. **Interventies op organisatieniveau**

Op dit niveau introduceert de werkgever maatregelen om stressveroorzakende factoren op het werk te verminderen. Het is de bedoeling de oorzaken van stress op het werk te elimineren (EU-OSHA, 2002).

Interventies op organisatieniveau zijn bedoeld om de structuur van de organisatie te veranderen en/of de fysieke factoren en omgevingsfactoren aan te passen. Ze proberen de negatieve elementen in de werkorganisatie te beperken. Interventie volgens het "demand-control-support model" legt de nadruk op het herontwerpen van de organisatie met als doel de controle die werknemers hebben over hun eigen werk en vaardigheden te vergroten (Luceño & Martín, 2008). Stressfactoren kunnen worden gevolgd via een psychosociale risicoanalyse. De analyse toont aan welke elementen in de organisatie (op het niveau van de taak, het team of de organisatie) kritiek zijn en verbetering behoeven.

Maatregelen op het organisatieniveau zijn onder meer:

- psychologische eisen: de hoeveelheid werk aanpassen, de intellectuele eisen optimaliseren, de tijdsdruk verminderen;
- eigen controle- of beslissingsmarge: vaardigheden verbeteren, de controle over het eigen werk verbeteren, de participatie in besluitvorming verhogen;
- sociale ondersteuning: de sociale ondersteuning onder collega's en tussen collega's en hun leidinggevenden verbeteren;
- evenwicht tussen werk en privéleven: flexibele werkuren invoeren, kinderopvang op het werk organiseren, studieverlof en loopbaanonderbrekingen toestaan, werknemers zelf werkroosters laten plannen en invoeren.

Voorbeelden van interventies in de gezondheidszorg op organisatieniveau (EU-OSHA, 2002):



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

- meer personeel inzetten tijdens piekuren; dat kan de werkdruk verlagen en de organisatie van de ploegendiensten verbeteren; absenties en onvoorziene omstandigheden kunnen beter worden opgevangen;
- taken en verantwoordelijkheden verduidelijken; bijvoorbeeld bij verpleegposten voor de ondersteuning bij geneesmiddelenverstrekking en ondersteuning en back-up bij het uitvoeren van behandelingen;
- het vastleggen van een communicatieprotocol voor situaties die volgens de werknemers risico's inhouden voor hun gezondheid en veiligheid;
- een zekere mate van handelingsvrijheid aan bepaalde groepen werknemers voor sommige taken toekennen, volgens richtsnoeren die worden opgesteld door de desbetreffende afdeling om de autonomie in de besluitvorming te verbeteren;
- de participatie van werknemers verhogen via vergaderingen zodat ze suggesties, ideeën en meningen naar voren kunnen brengen.

### 3.3.2. Interventies op individueel-organisatorisch niveau

Met behulp van deze interventies zijn de werknemers beter in staat met stress om te gaan. De werkgever doet er goed aan om te investeren in het weerbaarder maken van zijn werknemers bijvoorbeeld via training.

Voorbeelden van dergelijke interventies zijn (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- verbeteren van de relaties tussen collega's en managers op het werk;
- oprichten van ondersteuningsgroepen;
- beter afstemmen van de werkomgeving op de werknemers;
- verduidelijken van de taken;
- verhogen van de participatie en autonomie;
- verbeteren van het zelfrespect en het zelfbeeld van de werknemers, het gevoel van "thuis te horen in de organisatie" aanwakkeren;
- een programma om stress te verminderen op basis van opmerkzaamheid: dit programma bestaat uit een cursus om de communicatievaardigheden te verbeteren, leren om te gaan met stressreacties, zelfmededogen te ontwikkelen;
- praktische vaardigheden vergroten om stress te verminderen en om het omgaan en functioneren met patiënten te verbeteren;
- opleiding van het personeel om beter om te gaan met situaties zoals sterfgevallen, pijn en terminaal zieke patiënten.

### 3.3.3. Interventies op het niveau van het individu

Interventies op het niveau van het individu zijn vaak gericht op het verminderen van stress bij werknemers die al symptomen vertonen. Ze zijn bedoeld om hem/haar beter bestand te maken tegen stress, bijvoorbeeld door relaxatietechnieken (EU-OSHA, 2002). Zulke initiatieven zorgen ervoor dat iemand beter in staat is om met stresssymptomen om te gaan. Door de juiste ondersteuning te bieden, worden de schadelijke gevolgen van stress binnen de perken gehouden. Enkele voorbeelden:

- therapeutische massage;
- afweerstrategieën aanleren;
- cognitieve gedragstraining;
- leren omgaan met stress;
- begeleiding.



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

### 3.4. Geweld en intimidatie in de gezondheidszorg aanpakken

Zoals eerder vermeld zijn naast stress ook geweld en intimidatie courante problemen in de gezondheidszorg met fruinende gevolgen voor de gezondheid. Om geweld en agressie in de gezondheidszorg aan te pakken, kunnen dezelfde interventievormen worden gevolgd als bij de preventie van stress.

Op organisatieniveau kunnen de volgende initiatieven worden genomen (IAO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- het ontwikkelen van een werkcultuur waarin de mens centraal staat en waar een helder beleid wordt gevoerd dat duidelijk stelt dat geweld of agressie tegen gezondheidswerkers niet wordt getolereerd; alle betrokken partijen moeten op de hoogte zijn van dat beleid - patiënten, werknemers en managers;
- een engagement van het management om geweld en agressie te voorkomen;
- heldere informatie en communicatie;
- risicobeoordeling uitvoeren op het gebied van geweld, agressie en intimidatie op het werk;
- de omgeving onder controle houden: veiligheid garanderen door gebruik te maken van doeltreffende technologieën en procedures (bijv. alarmsystemen, afstand creëren tussen de klant/patiënt en het personeel door een brede balie, enz.);
- informatie verstrekken over noodzakelijke voorzorgsmaatregelen, over verhoogde risico's bij bepaalde patiënten, enz.

Op individueel-organisatorisch niveau kunnen de volgende stappen worden gezet (IAO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- rapporteren van alle gevallen van geweld en agressie;
- preventieve opleiding van het personeel om bestaande of mogelijke bedreigingen op de werkvloer te herkennen; het personeel opleiden in hoe ze moeten reageren op gewelddadige situaties.

Tot slot bestaan er ook interventies op het niveau van het individu (IAO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- hulp en ondersteuning;
- begeleiding;
- klachtenprocedures;
- debriefing;
- rehabilitatie van personeelsleden die slachtoffer werden van geweldplegingen.

### 3.5. Goede praktijken

Er bestaan uitgebreide projecten voor geestelijke-gezondheidsbevordering, maar veel organisaties besteden niet evenveel aandacht aan alledrie interventieniveaus (Cox et al., 2000; Kompier et al., 1998). Organisaties leggen meer nadruk op het individueel-organisatorische niveau en op individuele interventies. Bijgevolg worden initiatieven om de stressveroorzakende factoren op het werk preventief te verminderen vaak over het hoofd gezien.

Om een goed beleid voor de bevordering van de geestelijke gezondheid te kunnen voeren, moet elke organisatie dit onderwerp holistisch benaderen door op alledrie niveaus actie te ondernemen. Aangezien stress verschillende oorzaken heeft (bijv. een combinatie van personeelsproblemen, werkdruk, werkorganisatie en fysieke werkomstandigheden) kan een interventie pas doeltreffend zijn als het al die oorzaken tegelijk aanpakt (EU-OSHA, 2002). Het is in dit proces erg belangrijk



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

dat werkgevers en werknemers samenwerken (Keleher & Armstrong, 2005).

Hieronder worden twee praktische voorbeelden gegeven van interventies op organisatieniveau. De nadruk wordt gelegd op preventieve maatregelen omdat die het probleem bij de wortel aanpakken. Voorbeelden van initiatieven op individueel-organisatorisch en individueel niveau staan hierboven in de respectieve hoofdstukken.

In kader 1 wordt aangetoond hoe organisaties in de gezondheidssector psychosociale risico's en de gevolgen ervan voor de gezondheid kunnen aanpakken en hoe een organisatie tegemoet kan komen aan de behoefte aan deelname aan het beslissingsproces. In kader 2 wordt een voorbeeld gegeven van omgang met geweld tegen gezondheidspersoneel.

### ***Kader 1. Het ondersteuningsprogramma voor verzorgers (Jané-Llopis et al., 2005)***

#### **Context**

Het ondersteuningsprogramma voor verzorgers is bedoeld om de deelname aan en de sociale ondersteuning in werkgerelateerde beslissingsprocessen te verbeteren voor verzorgers in (geestelijke) gezondheidsinstellingen. Dit programma stelt teams beter in staat om sociaal ondersteunend teamgedrag te tonen en probleemoplossende technieken te hanteren.

#### **Programma**

- zes opleidingssessies (4 tot 5 uur);
- deelnemers: 10 managers van tehuizen en 10 leden van het verzorgend personeel;
- nadruk:
  - beter begrijpen en versterken van bestaande netwerken binnen de organisatie die kunnen helpen en ondersteuning bieden;
  - participatie van werknemers verbeteren;
  - opleidingsactiviteiten ontwikkelen en leiden;
  - technieken leren om deze nieuwe vaardigheden vast te houden.

#### **Evaluatie van het programma**

- het programma verbeterde de ondersteunende feedback op het werk;
- het programma versterkte het vertrouwen en de perceptie van de deelnemers dat ze kunnen omgaan met onenigheden en een te hoge werkdruk;
- het programma verbeterde de teamgeest, de geestelijke gezondheid en de werktevredenheid.

### ***Kader 2. Omgaan met geweld tegen personeel in de gezondheidssector (EU-OSHA, 2002)***

#### **Probleem**

In 2000 werden in Ierland 12 incidenten gemeld van geweld of wangedrag tegen personeel in de regionale ziekenhuizen in het Midwesten. Dat aantal steeg in 2001 naar 64. Het personeel maakte gewag van stress, frustratie, angst en kwetsbaarheid.

#### **Oplossing**

Samen met de gezondheids- en veiligheidsmanager van het ziekenhuis, besliste de afdeling Risicobeheer een structuur te ontwikkelen die systematisch geweld op het werk zou aanpakken. Deze structuur bevatte verschillende stappen:

- ontwikkelen van een nieuw meldingsbeleid van incidenten en het aanmoedigen van een open meldingsbeleid;





## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

- ontwikkelen van een uitgebreid kader en programma om geweld en agressie onder controle te krijgen;
- behandelen van agressie en geweld op dezelfde manier als andere arbeidsrisico's; het risico op agressie en geweld moet worden geïdentificeerd, geëvalueerd en controlemaatregelen moeten worden ingevoerd en geëvalueerd; om aan deze eisen te voldoen werd een formele methode voor risicobeoordeling ontwikkeld;
- een specifieke cursus voor het personeel om te leren omgaan met en ingrijpen in agressieve en gewelddadige situaties (bij patiënten met gedragsstoornissen); deze cursus was erop gericht om het risico op verwondingen bij het personeel of de patiënten te elimineren.

### Praktische voorbeelden

Een multidisciplinair team op de eerstehulpafdeling voerde een grote risicobeoordeling uit samen met gezondheids- en veiligheidsadviseurs. Na het identificeren van verscheidene ernstige risico's werden de volgende acties ondernomen:

- trainingsprogramma "niet-gewelddadige crisisinterventie";
- verhoogde aanwezigheid van veiligheidspersoneel;
- informatie op de afdeling over het beleid ten aanzien van overtreders;
- voorzien van (persoonlijke) alarmsystemen;
- een nauwere samenwerking met de Gardai (politie); een verbindingsofficier werd aangewezen om nauw samen te werken met het ziekenhuispersoneel;
- drie succesvolle gerechtelijke vervolgingen van overtreders;
- aandacht voor ergonomie op de afdeling vanuit het standpunt van preventie en veilige werkpraktijken.

## 4. Meer informatie

### Websites:

Europees Agentschap voor veiligheid en gezondheid op het werk:

<http://osha.europa.eu/nl/topics/stress/index.html>

<http://osha.europa.eu/nl/topics/whp/index.html>

[http://osha.europa.eu/nl/sub/sme/products/stress\\_at\\_work/index.htm](http://osha.europa.eu/nl/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm)

Europese Stichting tot verbetering van de levens- en arbeidsomstandigheden:

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

Europese Commissie:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/index\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm)

Europees netwerk voor gezondheidsbevordering op het werk:

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

ProMenPol:

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

Wereldgezondheidsorganisatie (WHO):

[http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)

Internationale Arbeidsorganisatie (IAO):



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

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

De gezondheid- en veiligheidsorganisatie in het Verenigd Koninkrijk (Health and Safety Executive):

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

Het Nationaal Instituut voor onderzoek en veiligheid in Frankrijk (INRS):

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

### **Projecten:**

Europees netwerk voor gezondheidsbevordering op het werk (ENWHP): Project Move II "Geestelijke gezondheid op de werkvloer":

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

Implementatieproject inzake geestelijke gezondheid in Europa:

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

## 5. Referenties

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.

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](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>



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

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](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.

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.



## Bevorderen van de geestelijke gezondheid in de gezondheidszorg

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](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>

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](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/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)