

## PROMOVAREA SĂNĂTĂȚII MINTALE ÎN SECTORUL SANITAR

### 1. Introducere

Sectorul sanitar este unul dintre principalele sectoare ale forței de muncă europene, numărând aproximativ 10 % din lucrătorii Uniunii Europene. Cel mai numeros grup de lucrători din sectorul sanitar activează în spitale. Alți lucrători din sectorul sanitar sunt angajați în cabinete medicale, aziluri și în alte domenii sanitare cum ar fi bănci de sânge sau laboratoare medicale [Agenția Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă (EU-OSHA), 2007a]. Acest sector prezintă un dezechilibru semnificativ între femei și bărbați, întrucât femeile reprezintă aproape 80 % dintre angajați (Fundatia europeană pentru îmbunătățirea condițiilor de viață și de muncă, 2008).

Potrivit Organizației Internaționale a Muncii (OIM, 2005), problemele psihosociale pot conduce la boli, accidente, stigmatizare, izolare și chiar deces. De asemenea, acestea pot avea un impact major asupra angajatorului – prin scăderea productivității și a moralului. Personalul medical este supus în mod deosebit unor astfel de riscuri pentru sănătatea mentală [Organizația Mondială a Sănătății (OMS), 2004]. Prin urmare, este important și foarte util să se investească în promovarea sănătății mintale în acest sector.

Conform OMS (2009), sănătatea mentală poate fi conceptualizată ca fiind „o stare de bine în care individul:

- este conștient de propriile abilități;
- poate face față situațiilor obișnuite de stres din viață;
- poate lucra într-un mod productiv și fructuos;
- poate avea o contribuție la comunitatea din care face parte.”

În această accepțiune pozitivă, sănătatea mentală este fundamentul bunăstării și funcționării efective a unui individ și a unei comunități. Acest concept esențial al sănătății mintale este în concordanță cu interpretarea sa amplă și variată la nivelul culturilor.

Acest articol se adresează angajatorilor și prezintă în detaliu problemele de sănătate mentală din sectorul sanitar, oferind informații practice legate de intervențiile de promovare a sănătății mintale.

### 2. Factorii de risc psihosociali pentru sănătatea mentală și rezultatele de sănătate mentală

#### 2.1. Factorii de risc psihosociali

Riscurile psihosociale sunt legate de modalitatea de concepere, organizare și gestionare a muncii, precum și de contextul economic și social al muncii, acestea având drept rezultat un nivel crescut de stres și putând conduce la deteriorarea gravă a sănătății fizice și mintale (EU-OSHA, 2007b).

Au fost dezvoltate diferite modele de stres pentru a explica relația dintre factorii de risc și



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

sănătatea angajatului. Unul dintre cele mai cunoscute modele este modelul exigențe-control-suport (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). Acest model stabilește trei principali factori psihosociali de stres care influențează bunăstarea unui angajat:

- exigențele psihologice;
- controlul sau latitudinea decizională;
- și suportul social.

Conform acestui model, se produc reacții negative la stres (cum ar fi oboseală, anxietate, depresie și boli fizice) atunci când exigențele psihologice sunt mari, iar controlul procesului decizional la locul de muncă este scăzut. Suportul social poate funcționa ca un tampon.

Există numeroși factori de risc psihosociali legați de muncă (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), care includ:

- munca în schimburi;
- programul de lucru prea fix sau neadecvat;
- controlul scăzut la locul de muncă;
- solicitările mari la locul de muncă;
- volumul mare de muncă;
- termenele strânse;
- informarea insuficientă;
- justiția organizațională precară;
- munca insuficientă în echipă;
- relațiile interpersonale slabe;
- lipsa suportului social;
- munca în izolare;
- reducerea de personal;
- resursele insuficiente.

Factorii de risc psihosociali legați de muncă, tipici pentru sectorul sanitar (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), includ:

- așteptările ridicate combinate cu timp, competențe și suport social insuficient;
- confruntarea cu durerea;
- tratarea oamenilor muribunzi;
- urgențele;
- expunerea la evenimente traumatizante;
- plângerile și litigiile.

De asemenea, violența și hărțuirea sunt pericole psihosociale în sectorul sanitar. Comportamentul violent poate veni de la pacienți, vizitatori sau colegi (EU-OSHA, 2007a). Sectorul sănătății și asistenței sociale a raportat cea mai ridicată expunere la violență la locul de muncă din UE-27 (15,2 %). În acest sector, incidența intimidării și hărțurii se situează peste medie. În cazul ocupațiilor în care riscurile fizice sunt mari (de exemplu, producție sau construcții), violența și hărțuirea nu apar frecvent. În schimb, în sectorul sănătății și asistenței sociale (unde riscurile fizice sunt destul de reduse), experiența violenței fizice efective sau amenințarea violenței fizice este de opt ori mai ridicată decât, de exemplu, în sectorul producției (Parent-Thirion et al., 2007). Conform proiectului danez „Violența ca formă de exprimare” (Pedersen, 2007) până la 32 % dintre educatorii sociali din unitățile rezidențiale de îngrijire și membrii personalului medical din spitale sunt expuși la violență. Între 2001 și 2002, în Regatul Unit, Serviciile Naționale de Sănătate (NHS) au raportat 95 501 cazuri de violență și agresiune împotriva personalului NHS, asistentele medicale fiind cel mai adesea victimele acestor acte (Oficiul Național de Audit, 2003). În studiile recente în rândul personalului NHS, inclusiv în rândul personalului trusturilor de îngrijiri acute și al personalului trusturilor de servicii de ambulanță, 29 % și, respectiv, 50 % dintre membri s-au declarat victime ale violenței și agresiunii în ultimele 12 luni.



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

De asemenea, lucrătorii din sectorul sanitar prezintă un risc ridicat pentru abuzul de substanțe. Din cauza unor factori de risc specifici cum ar fi expunerea la un volum mare de muncă, tratarea pacienților în fază terminală și a celor muribunzi, pregătirea neadecvată pentru exigențele locului de muncă, epuizarea și cunoașterea insuficientă a pericolelor alcoolului și drogurilor, personalul medical este expus în mod deosebit pericolului de abuz de substanțe. Într-un articol semnat Trinkoff și Storr (1998) se raportează că 2-3 % din numărul total de asistente medicale sunt dependente de droguri și că 40 000 de asistente medicale din Statele Unite suferă de alcoolism. Cicala (2003) precizează că și medicii prezintă un risc ridicat de abuz de substanțe. Cel puțin 8-12 % dintre medici se confruntă cu o problemă legată de abuzul de substanțe pe parcursul carierei. Factorii de risc specifici pentru medici sunt nivelul ridicat de stres și programul prelungit de lucru, auto-tratamentul, precum și accesul la medicamente. Impactul abuzului de substanțe este major. Pe lângă efectul negativ asupra sănătății lucrătorului, influența drogurilor sau a alcoolului poate conduce la cazuri de malpraxis medical și se poate ajunge la procese în justiție.

### 2.2. Rezultatele de sănătate

Toți acești factori de risc psihosociali exercită o influență majoră asupra sănătății fizice și mintale a angajaților. Problemele de sănătate specifice cauzate de acești factori de risc pot include:

- stresul: s-a raportat că 22 % din populația activă este afectată de stresul la locul de muncă (Parent-Thirion et al., 2007); acest lucru face stresul la locul de muncă una dintre cele mai frecvente probleme de sănătate la locul de muncă, sănătatea, serviciile sociale și educația fiind sectoarele cele mai expuse riscului: până la 29,4 % suferă de această problemă;
- epuizarea: un studiu din 1998-1999 al Consorțiului Internațional de Cercetare a Rezultatelor Spitalelor a arătat că 36,2 % dintre angajații englezi din sectorul sanitar suferă de epuizare severă (EU-OSHA, 2007a);
- anxietatea: 11,4 % dintre lucrătorii din sectorul sanitar suferă de anxietate (Parent-Thirion et al., 2007);
- iritabilitatea: 15,2 % dintre lucrătorii din sectorul sanitar suferă de iritabilitate (Parent-Thirion et al., 2007);
- depresia: într-un studiu al Northwestern National Life din Minneapolis (1991), 32 % dintre lucrătorii intervievați din sectorul sanitar au raportat sentimente de depresie.

## 3. Promovarea sănătății mintale în sectorul sanitar

### 3.1. Promovarea sănătății mintale

Potrivit lui Pollett (2007), promovarea sănătății mintale reprezintă „procesul de consolidare a factorilor de protecție care contribuie la buna sănătate mintală”. Numeroase studii științifice au dovedit că abilitățile și calitățile asociate unei sănătăți mintale pozitive conduc la rezultate pozitive, cum ar fi îmbunătățirea sănătății fizice și a calității vieții, bunăstare economică și demnitate personală (Proiectul european de implementare a sănătății mintale, 2006).

Locul de muncă este un cadru adecvat în care sănătatea mintală a lucrătorilor poate fi protejată și promovată în mod eficient. Pactul european pentru sănătate mintală și bunăstare (Conferința la nivel înalt a UE, 2008) desemnează sănătatea mintală la locul de muncă drept unul dintre



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

domeniile prioritare. Acesta recomandă punerea în aplicare a programelor de sănătate mintală și bunăstare împreună cu programe de evaluare și prevenire a riscurilor pentru situațiile care pot cauza efecte adverse asupra sănătății mintale a lucrătorilor (stres, comportament abuziv precum violența sau hărțuirea la locul de muncă, alcoolul, drogurile) și scheme de intervenție timpurie la locurile de muncă.

### 3.2. *Eficacitatea inițiativelor de promovare a sănătății mintale*

Unele organizații au înțeles deja importanța promovării sănătății mintale, cu toate acestea există multe locuri de muncă unde aceste măsuri nu au fost încă puse în aplicare. Astfel, membrii ierarhiei din sectorul sanitar sunt adesea foarte critici în ceea ce privește programele de promovare a sănătății mintale. Aceasta se datorează faptului că se concentrează, în principal, pe tratamente, pentru atingerea de rezultate imediate, și nu pe soluții preventive pe termen lung (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Pe lângă profesioniștii-cheie din cadrul ierarhiei, diverse alte părți interesate au nevoie de dovezi ale eficacității promovării sănătății mintale: factorii de decizie au nevoie de astfel de dovezi pentru justificarea cheltuielilor, practicienii au nevoie de acestea pentru planificarea și punerea în aplicare a programelor, iar angajații afectați trebuie să știe dacă intervențiile îi vor ajuta sau nu (Barry & McQueen, 2005).

Studiile detaliate cu privire la evaluarea intervențiilor în materie de stres sunt rare, la fel evaluarea beneficiilor costurilor, precum și evaluarea eficacității măsurilor individuale de reducere a stresului (Burke & Richardsen, 2000). Din cauza conceptului de cercetare, nu se poate stabili întotdeauna care dintre realizări sunt rezultatele efective ale unei intervenții (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Deși cercetările științifice cu privire la eficiența costurilor nu sunt simple, numeroase organizații și factori de decizie au încercat să determine costurile și beneficiile intervențiilor în materie de stres la locul de muncă. Centrul de sănătate mintală Sainsbury (SCMH, 2007) din Marea Britanie oferă o imagine de ansamblu a costurilor asociate sănătății mintale la locul de muncă și estimează eficiența costurilor intervențiilor în materie de stres (pe baza exemplelor organizațiilor din Marea Britanie).

Costurile anuale pentru întreprinderi în ceea ce privește sănătatea mintală la locul de muncă pentru Marea Britanie se împart după cum urmează:

- absențe pe motiv de boală: 8,4 miliarde GBP (aproximativ 9,7 miliarde EUR);
- productivitate redusă: 5,1 miliarde GBP (aproximativ 5,9 miliarde EUR);
- rotația personalului: 2,4 miliarde GBP (aproximativ 2,8 miliarde EUR).

Pe baza exemplelor forței de muncă, se poate realiza o estimare a eficienței costurilor programelor de sănătate mintală. Societatea British Telecom a raportat o scădere cu 30 % a absențelor pe motiv de boală datorate problemelor de sănătate mintală (SCMH, 2007) în urma implementării unei strategii privind sănătatea mintală. Hilton (2005) raportează pe marginea rezultatelor unui program australian de sănătate mintală. Acest program a avut ca obiectiv diagnosticarea precoce și intervenția lucrătorilor cu simptome depresive. Scopul a fost acela ca angajatorii să joace un rol în identificarea persoanelor cu simptome de sănătate mintală și să le ofere acestora asistență finanțată de angajator. Beneficiile financiare au fost vizibile prin creșterea productivității angajaților. Beneficiile financiare anuale au fost de cinci ori mai ridicate decât investiția anuală în program. Wang et al. (2007) descrie un program similar din Statele Unite ale Americii, în care beneficiile financiare anuale per angajat s-au ridicat la 1 800 USD (aproximativ 1 268 EUR), față de un cost anual per angajat cuprins între doar 100 USD (aproximativ 70,5 EUR) și 400 USD (aproximativ 281,8 EUR).



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

### 3.3. *Intervenții în sectorul sanitar*

Întrucât munca joacă un rol important în viața oamenilor, locul de muncă reprezintă un cadru potrivit pentru intervențiile privind promovarea sănătății mintale (Pollett, 2007). Aceste intervenții trebuie să se concentreze asupra domeniilor care urmează a fi îmbunătățite, atât la nivel individual, cât și la nivel organizațional. Este important să se creeze o cultură a muncii în care problemele de sănătate mintală să nu fie subiecte tabu.

Pentru reducerea factorilor de risc psihosociali și promovarea sănătății mintale în sectorul sanitar, există diferite tipuri de intervenții.

#### 3.3.1. **Intervenții la nivel organizațional**

La acest nivel, angajatorul introduce măsuri de reducere a factorilor de stres în mediul de lucru. Aceste intervenții sunt menite să elimine cauzele stresului la locul de muncă (EU-OSHA, 2002).

Intervențiile la nivel organizațional vizează schimbarea structurii organizației și/sau modificarea factorilor fizici și de mediu. Aceste intervenții încearcă să reducă elementele negative din organizarea muncii. Intervenția la nivelul modelului exigențe-control-suport se axează pe re proiectare organizațională cu scopul de a spori controlul pe care lucrătorul îl exercită asupra activității și abilităților sale (Luceño & Martín, 2008). Factorii de stres pot fi monitorizați printr-o analiză a riscurilor psihosociale. Analiza va arăta care dintre elementele de organizare (la nivel de sarcină, echipă sau organizație) sunt critice și care necesită a fi îmbunătățite.

Intervențiile la nivel organizațional includ:

- exigențe psihologice: pentru a îmbunătăți cantitatea muncii, pentru a optimiza cerințele intelectuale, pentru a reduce presiunea timpului;
- control sau latitudine decizională: pentru a îmbunătăți utilizarea și dezvoltarea competențelor, pentru a spori controlul asupra muncii, pentru a intensifica participarea la luarea deciziilor;
- suport social: pentru a îmbunătăți suportul social în rândul colegilor, precum și între colegi și superiori;
- echilibru între viața profesională și viața privată: pentru a introduce un program de lucru flexibil, pentru a oferi servicii de îngrijire a copiilor la locul de muncă, pentru a permite acordarea de concedii de studii și întreruperile de carieră, pentru a permite angajaților să își planifice și implementeze rotațiile pe baza autonomiei rotației profesionale.

Exemplele de intervenții la nivel organizațional în sectorul sanitar includ (EU-OSHA, 2002):

- îmbunătățirea nivelurilor de personal în timpul orelor de vârf; aceasta permite reducerea volumului de muncă, îmbunătățirea organizării schimburilor, precum și acoperirea absențelor și urgențelor;
- specificarea funcțiilor și responsabilităților; de exemplu, în cazul asistentelor auxiliare, pentru acordarea de asistență în privința medicației, precum și asistență și siguranță în ceea ce privește administrarea tratamentului;
- stabilirea unui protocol de comunicare pentru acele situații care, în opinia lucrătorilor, le-ar putea pune în pericol sănătatea și securitatea;
- introducerea unui grad de discreție în îndeplinirea unor sarcini, în conformitate cu orientările stabilite de departamentul competent, pentru anumite grupuri de lucrători în scopul îmbunătățirii autonomiei și procesului decizional;
- promovarea participării lucrătorilor prin reuniuni, oferindu-le posibilitatea de a contribui cu sugestii, idei și opinii.



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

### 3.3.2. Intervenții la nivelul interfeței individ-organizație

Aceste intervenții încearcă să dezvolte capacitatea lucrătorului de a face față stresului. Angajatorul ar trebui să investească în intervenții menite să dezvolte capacitatea de adaptare a angajaților săi, de exemplu, prin intermediul formării.

Exemple de astfel de intervenții includ (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- îmbunătățirea relațiilor dintre colegi și directori la locul de muncă;
- înființarea de grupuri de sprijin;
- îmbunătățirea corespondenței individului cu mediul;
- clarificarea aspectelor legate de roluri;
- creșterea participării și autonomiei;
- formarea profesională pentru consolidarea respectului și valorii de sine a angajaților, precum și a sentimentului de apartenență al acestora;
- un program de reducere a stresului bazat pe conștientizare: acest program constă într-o formare în vederea îmbunătățirii competențelor de comunicare, asimilării reacției la stres și compasiune față de propria persoană;
- formarea pentru îmbunătățirea competențelor practice de reducere a stresului și de îmbunătățire a relaționării și funcționării cu pacienții;
- formarea membrilor personalului pentru a face față situațiilor întâmpinate, cum ar fi deces, durere și boli în fază terminală.

### 3.3.3. Intervenții la nivel individual

Intervențiile la nivel individual vizează adesea reducerea stresului în rândul acelor angajați care prezintă deja simptome. Acestea au ca scop creșterea capacității individului de a face față stresului, de exemplu, prin tehnici de relaxare (EU-OSHA, 2002). Aceste intervenții garantează că individul poate face față simptomelor de stres. Prin susținerea în mod corespunzător a acestor persoane, consecințele nefavorabile ale stresului sunt reduse la minim. Există câteva exemple:

- masajul terapeutic;
- asimilarea unor strategii de adaptare;
- formarea cognitiv-comportamentală;
- formarea în managementul stresului;
- consilierea.

## 3.4. Combaterea violenței și hărțuirii în sectorul sanitar

Astfel cum s-a discutat anterior, violența și hărțuirea sunt, pe lângă stres, probleme frecvente în sectorul sanitar care conduc la rezultate negative asupra sănătății. Pentru a combate violența și agresiunea în sectorul sanitar, pot fi respectate aceleași niveluri de intervenție ca în cazul prevenirii stresului.

La nivel organizațional pot fi întreprinse următoarele intervenții (OIM, 2002; NAO, 2003; Departamentul Muncii din Statele Unite ale Americii, 2004):

- dezvoltarea unei culturi a locului de muncă centrate pe individ și emiterea unei declarații politice clare în care să se stabilească clar că violența sau agresiunea împotriva personalului medical nu este tolerată; toate părțile implicate ar trebui să aibă cunoștință de politică: pacienți, angajați și directori;
- angajamentul conducerii pentru prevenirea violenței și agresiunii;



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

- informare și comunicare clare;
- efectuarea de evaluări ale riscurilor privind violența, agresiunea și hărțuirea la locul de muncă;
- controlul mediului: asigurarea securității prin utilizarea de tehnologii și proceduri eficiente (de exemplu, sisteme de alarmă, crearea unei distanțe între client/pacient și membrii personalului prin utilizarea unor birouri mai late etc.);
- informarea cu privire la măsurile de precauție necesare, la riscurile sporite în cazul anumitor pacienți etc.

La nivel individual-organizațional, pot fi adoptate următoarele măsuri (OIM, 2002; NAO, 2003; Departamentul Muncii din Statele Unite ale Americii, 2004):

- raportarea tuturor incidentelor de violență și agresiune;
- formarea ante-incident a personalului privind modalitatea de recunoaștere a amenințărilor efective sau posibile la locul de muncă; formarea personalului cu privire la modalitatea de reacție în situații violente.

În final, există o serie de intervenții la nivel individual (OIM, 2002; NAO, 2003; Departamentul Muncii din Statele Unite ale Americii, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- asistență și suport;
- consiliere;
- proceduri privind doleanțele;
- chestionare;
- reabilitare pentru membrii personalului, victime ale unui incident violent.

### 3.5. *Bune practici*

Există intervenții complexe de promovare a sănătății mintale, în ciuda faptului că, de multe ori, organizațiile nu acordă aceeași atenție tuturor celor trei niveluri de intervenție (Cox et al., 2000; Kompier et al., 1998). Organizațiile se concentrează mai mult pe intervențiile la nivelul interfeței individ-organizație și la nivel individual. În consecință, intervențiile care vizează reducerea preventivă a factorilor de stres la locul de muncă sunt adesea omise.

Pentru a implementa o politică optimă de promovare a sănătății mintale, orice organizație trebuie să abordeze acest subiect dintr-o perspectivă de ansamblu, prin adoptarea de măsuri la toate cele trei niveluri. Întrucât stresul are cauze multifactoriale (de exemplu, o combinație între problemele de personal, volumul de muncă, problemele de organizare a muncii și condițiile fizice de muncă), toate aceste cauze trebuie abordate împreună pentru ca intervenția să fie eficientă (EU-OSHA, 2002). În acest proces, colaborarea între angajatori și angajați este foarte importantă (Keleher & Armstrong, 2005).

Mai jos sunt prezentate două exemple practice de intervenții la nivel organizațional. Se pune accent pe exemplele de măsuri preventive, deoarece acestea abordează cauzele problemei. Exemplele de intervenții la nivel organizațional-individual și la nivel individual sunt disponibile mai sus la respectivele alineate.

În caseta 1 se oferă un exemplu de bune practici pentru a demonstra modul în care organizațiile din sectorul sanitar pot aborda riscurile psihosociale, consecințele legate de sănătate și modul în care o organizație poate răspunde nevoii de participare la procesul decizional. În caseta 2 se oferă un exemplu de bune practici privind metoda de combatere a violenței orientate spre personalul medical.

#### **Caseta 1. Programul de sprijin pentru îngrijitori (Jané-Llopis et al., 2005)**



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

### Context

Programul de sprijin pentru îngrijitori este destinat să sporească participarea și suportul social în procesul decizional profesional pentru echipele de îngrijitori din cadrul unităților sanitare (de boli mintale). Acest program crește în mod eficient capacitatea echipelor de îngrijitori de mobilizare a comportamentului de suport social și a tehnicilor de soluționare a problemelor.

### Program

- șase sesiuni de formare (4-5 ore);
- participanți: 10 directori de aziluri și 10 membri ai personalului de asistență directă;
- axare pe:
  - buna înțelegere și consolidare a rețelelor existente din cadrul organizațiilor care ar putea oferi ajutor și suport;
  - intensificarea participării lucrătorilor;
  - dezvoltarea și coordonarea de activități de formare;
  - asimilarea de tehnici de menținere a acestor noi competențe de-a lungul timpului.

### Evaluarea programului

- programul a crescut feedbackul favorabil la locul de muncă;
- programul a consolidat convingerea și percepția participanților legată de capacitatea acestora de a face față dezacordurilor și suprasolicității la locul de muncă;
- programul a consolidat climatul de echipă, sănătatea mintală și satisfacția profesională.

### *Caseta 2. Gestionarea violenței împotriva personalului medical (EU-OSHA, 2002)*

#### Problema

În Irlanda au fost raportate în 2000 12 incidente de violență sau comportament abuziv față de personalul din spitalele regionale Mid-Western. În 2001, acest număr a crescut la 64. Personalul a raportat sentimente de stres, frustrare, teamă și vulnerabilitate.

#### Soluția

Împreună cu direcția de sănătate și securitate din cadrul spitalelor, Departamentul de gestionare a riscurilor a decis să dezvolte o structură pentru abordarea sistematică a violenței la locul de muncă. Această structură cuprindea diferite etape:

- dezvoltarea unei noi politici de raportare a incidentelor și încurajarea unei politici deschise de raportare;
- dezvoltarea unui cadru și a unui program cuprinzător de gestionare a violenței și agresiunii;
- tratarea agresiunii și violenței în același mod ca toate celelalte riscuri profesionale; riscurile agresiunii și violenței trebuie identificate, evaluate, iar măsurile de control trebuie implementate și evaluate; pentru a îndeplini aceste cerințe a fost elaborată o metodă formală de evaluare a riscurilor;
- formarea specifică a personalului permite acestuia să facă față și să intervină în situații agresive și violente (din cauza clienților cu tulburări de comportament); această formare a vizat învățarea personalului de a elimina riscul de vătămare a personalului sau a clienților.

#### Exemple practice

O echipă multidisciplinară din cadrul Departamentului de urgență a realizat o evaluare majoră a riscurilor împreună cu consultanți pe probleme de securitate și sănătate. După identificarea mai multor riscuri de nivel ridicat, s-au adoptat următoarele măsuri:

- programul de formare „Intervenția non-violentă”;





## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

- prezența sporită a securității;
- informarea în cadrul departamentului cu privire la politica față de agresori;
- prevederea unor sisteme personale de alarmă și panică;
- colaborarea mai strânsă cu Gardai (poliția); a fost numit un ofițer de legătură care să lucreze îndeaproape cu personalul spitalului;
- trei cazuri reușite de urmărire penală a infractorilor în instanță;
- atenția departamentului îndreptată spre ergonomie din punctul de vedere al prevenirii și al desfășurării activității în condiții de securitate.

### 4. Informații suplimentare

#### **Site-uri web:**

Agencia Europeană pentru Sănătate și Securitate în Muncă:

<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](http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm)

Fundația Europeană pentru Îmbunătățirea Condițiilor de Viață și de Muncă:

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

Comisia Europeană:

[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)

Rețeaua Europeană pentru Promovarea Sănătății la Locul de Muncă:

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

ProMenPol:

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

Organizația Mondială a Sănătății (OMS):

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

Organizația Internațională a Muncii (OIM):

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

Direcția de Sănătate și Securitate în Muncă (HSE, Regatul Unit):

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

Institutul Național de Cercetare și Securitate (INRS, Franța):

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

#### **Proiecte:**

Rețeaua Europeană pentru Promovarea Sănătății la Locul de Muncă (ENWHP): Proiectul Move II „Sănătatea mintală la locul de muncă”:

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

Proiectul european de implementare a sănătății mintale:

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



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

### 5. Referințe

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. Disponibil la:  
<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. Preluat la 22 septembrie 2009 de pe  
[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. Disponibil la:  
<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. Disponibil la:  
<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. Disponibil la:  
<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. Disponibil la:  
<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. Preluat la 22 septembrie 2009 de pe: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Disponibil la:

[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. Preluat la 22 septembrie 2009 de pe: [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. Disponibil la:

<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. Disponibil la:

<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.

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. Disponibil la:

[http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting\\_nhs\\_staff.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx)



## Promovarea sănătății mintale în sectorul asistenței medicale

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. Disponibil la: <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. Preluat la 22 septembrie 2009 de pe: <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. Disponibil la: [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. Preluat la 22 septembrie 2009 de pe: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)