

## **PROMOWANIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO W SEKTORZE OCHRONY ZDROWIA**

### **1. Wprowadzenie**

Sektor ochrony zdrowia jest jednym z najważniejszych sektorów dla europejskiej siły roboczej, zatrudnia około 10 % pracowników w Unii Europejskiej. Główna grupa pracowników ochrony zdrowia zatrudniona jest w szpitalach. Inni pracownicy ochrony zdrowia zatrudnieni są w takich miejscach pracy, jak praktyki lekarskie, placówki opiekuńczo-pielęgniarskie i inne miejsca, takie jak banki krwi czy laboratoria medyczne (European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2007a). Sektor ten wykazuje znaczącą nierównowagę płci: niemal 80 % pracowników to kobiety (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2008).

Według Międzynarodowej Organizacji Pracy (ILO, 2005) problemy psychospołeczne mogą prowadzić do chorób, urazów, stygmatyzacji, izolacji, a nawet śmierci. Mogą mieć one również istotny wpływ na pracodawcę – taki jak obniżona wydajność i niższa motywacja. Pracownicy sektora ochrony zdrowia są szczególnie narażeni na takie zagrożenia dla zdrowia psychicznego (World Health Organisation (WHO), 2004). Z tego względu ważne i bardzo użyteczne jest inwestowanie w promowanie zdrowia psychicznego w tym sektorze.

Według WHO (2009) zdrowie psychiczne może być określone jako „stan dobrego samopoczucia, w którym osoba:

- wykorzystuje własne zdolności;
- potrafi poradzić sobie z normalnym stresem w życiu;
- potrafi wydajnie i owocnie pracować;
- potrafi być członkiem społeczności, do której przynależy."

W tym pozytywnym rozumieniu zdrowie psychiczne jest podstawą dobrego samopoczucia i efektywnego funkcjonowania jednostki i społeczności. Ta wąska definicja zdrowia psychicznego jest spójna z jego szeroką i zróżnicowaną interpretacją w różnych kulturach.

Niniejszy artykuł jest skierowany do pracodawców i szczegółowo przedstawia aspekty zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia, a także dostarcza praktycznych informacji na temat interwencji w zakresie promocji zdrowia psychicznego.

### **2. Psychospołeczne czynniki ryzyka i skutki dla zdrowia psychicznego**

#### **2.1. Psychospołeczne czynniki ryzyka**

Psychospołeczne zagrożenia są związane ze sposobem planowania, organizacji pracy i zarządzania nią oraz ekonomicznym i społecznym kontekstem pracy, prowadzą do wyższego poziomu stresu i mogą również prowadzić do poważnego pogorszenia zdrowia psychicznego i fizycznego (EU-OSHA, 2007b).



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

Opracowano różne modele stresu w celu wyjaśnienia związku pomiędzy czynnikami ryzyka a zdrowiem pracowników. Jednym z najlepszych modeli jest model wymogu-kontroli-wsparcia (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990; Johnson & Hall, 1988). Model ten określa trzy główne psychospołeczne czynniki stresogenne, które wpływają na dobre samopoczucie pracownika:

- wymogi psychologiczne;
- kontrola lub swoboda decydowania
- i wsparcie społeczne.

Zgodnie z tym modelem negatywne reakcje na stres (takie jak zmęczenie, lęki, depresja i choroby somatyczne) występują, gdy wymogi psychologiczne są wysokie, a kontrola pracy w zakresie podejmowania decyzji jest niska. Wsparcie społeczne może zadziałać jak bufor.

Istnieje wiele psychospołecznych czynników ryzyka związanych z pracą (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009), między innymi:

- praca w systemie zmian;
- zbyt napięty lub nieodpowiedni harmonogram pracy;
- niska kontrola pracy;
- wysokie wymogi pracy;
- duże obciążenie pracą;
- napięte terminy;
- niedostateczne informowanie;
- niska sprawiedliwość organizacyjna;
- brak pracy zespołowej;
- słabe relacje międzyludzkie;
- brak wsparcia społecznego;
- praca w izolacji;
- redukcja etatów;
- niedostateczne zasoby.

Psychospołeczne czynniki ryzyka związane z pracą, które są typowe dla sektora ochrony zdrowia (McNeely, 2005; Cox & Griffiths, 1996; Jettinghoff & Houtman, 2009) obejmują:

- wysokie oczekiwania wraz z niedostatecznym czasem, umiejętnościami i wsparciem społecznym;
- konfrontacja z bólem;
- praca z umierającymi;
- sytuacje kryzysowe;
- wystawienie na traumatyczne przeżycia;
- skargi i spory sądowe.

Także przemoc i nękanie to psychospołeczne zagrożenia w sektorze ochrony zdrowia. Agresywne zachowanie może dotyczyć pacjentów, odwiedzających lub współpracowników (EU-OSHA, 2007a). Sektor opieki zdrowotnej i społecznej również ma najwyższe odnotowane narażenie na przemoc w pracy w UE-27 (15,2%). Liczba przypadków mobbingu i nękania w obrębie sektora jest powyżej średniej. W zawodach, w których zagrożenia fizyczne są duże (np. produkcja lub budownictwo) przemoc i nękania nie występują często. Natomiast w sektorze opieki zdrowotnej i społecznej (w którym zagrożenia fizyczne są raczej rzadkie) doświadczenie faktycznej przemocy fizycznej lub groźby przemocy fizycznej jest ośmiokrotnie wyższe niż na przykład w sektorze produkcji (Parent-Thirion et al., 2007). Zgodnie z duńskim projektem „Przemoc jako forma ekspresji” (Pedersen, 2007) aż 32% wychowawców w placówkach pomocy społecznej i zespołu pielęgniarskiego w szpitalach jest narażone na przemoc. W latach 2001-2002, w Wielkiej Brytanii państwowa służba zdrowia (NHS) odnotowała 95 501 przypadków



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

przemocy i agresji wobec swoich pracowników, a najczęstszymi ofiarami takiej przemocy były pielęgniarki (National Audit Office, 2003). W ostatnich ankietach przeprowadzonych wśród pracowników NHS, w tym pracowników ostrych dyżurów i pogotowia, odpowiednio 29 % i 50 % badanych zgłosiło, że było ofiarą przemocy i agresji w ciągu ostatnich 12 miesięcy.

Pracownicy służby zdrowia są również w grupie wysokiego ryzyka w zakresie nadużywania środków odurzających. Ze względu na szczególne czynniki ryzyka, takie jak narażenie na duże obciążenie pracą, praca z nieuleczalnie chorymi i umierającymi pacjentami, nieodpowiednie przygotowanie do wymogów pracy, wypalenie zawodowe i niedostateczna wiedza o zagrożeniach związanych z alkoholem i narkotykami, personel medyczny jest szczególnie narażony na nadużywanie środków odurzających. W artykule Trinkoffa i Storra (1998) czytamy, że 2 do 3% wszystkich pielęgniarek jest uzależniona od narkotyków i ponad 40 tysięcy pielęgniarek w Stanach Zjednoczonych jest uzależniona od alkoholu. Cicala (2003) wskazuje, że również lekarze znajdują się w grupie wysokiego ryzyka w odniesieniu do nadużywania substancji odurzających. Co najmniej 8 do 12 % lekarzy zaczyna nadużywać środków odurzających w czasie kariery zawodowej. Szczególne czynniki ryzyka w odniesieniu do lekarzy obejmują wysoki stres, długie godziny pracy, samodzielne leczenie się oraz dostęp do leków. Wpływ nadużywania środków odurzających jest poważny. Poza negatywnym wpływem na zdrowie pracownika pozostawanie „pod wpływem” narkotyków lub alkoholu może prowadzić do błędów medycznych i rodzić postępowania sądowe.

### 2.2. Wpływ na zdrowie

Wszystkie wskazane psychospołeczne czynniki ryzyka mają ogromny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne pracowników. Specyficzne problemy zdrowotne wywołane wskazanymi czynnikami ryzyka mogą obejmować:

- stres: szacuje się, że 22 % pracującej populacji jest pod wpływem stresu związanego z pracą (Parent-Thirion et al., 2007); czyni to stres związany z pracą jednym z najczęstszych problemów zdrowotnych związanych z pracą, sektory usług społecznych i edukacji są najbardziej narażone na to ryzyko: do 29,4 % osób dotyka stres;
- wypalenie: badanie International Hospital Outcomes Research Consortium 1998-1999 wykazało, że 36,2 % angielskich pracowników w sektorze ochrony zdrowia doświadcza głębokiego wypalenia zawodowego (EU-OSHA, 2007a);
- lęki: 11,4 % pracowników sektora ochrony zdrowia doświadcza lęków (Parent-Thirion et al., 2007);
- drażliwość: 15,2% pracowników sektora ochrony zdrowia cierpi na drażliwość (Parent-Thirion et al., 2007);
- depresja: w badaniu Northwestern National Life of Minneapolis (1991), 32 % ankietowanych pracowników sektora ochrony zdrowia zgłosiło odczuwanie depresji.



### **3. Promowanie zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia**

#### **3.1. Promowanie zdrowia psychicznego**

Według Polletta (2007) promowanie zdrowia psychicznego to „proces wzmacniania czynników ochronnych, które przyczyniają się do dobrego zdrowia psychicznego”. Wiele badań dowodzi, że sprawność i cechy zdrowia psychicznego prowadzą do pozytywnych efektów, takich jak lepsze zdrowie fizyczne i jakość życia, dobrobyt ekonomiczny i osobista godność (European Mental Health Implementation Project, 2006).

Miejsce pracy jest odpowiednim miejscem, w którym zdrowie psychiczne pracowników może być skutecznie chronione i promowane. Europejski pakt na rzecz zdrowia i dobrostanu psychicznego (EU High Level Conference, 2008) wymienia zdrowie psychiczne w miejscu pracy jako jeden z priorytetowych obszarów. Zaleca on wdrożenie programów zdrowia i dobrostanu psychicznego wraz z oceną ryzyka oraz programów zapobiegawczych w odniesieniu do sytuacji, w których mogą wystąpić negatywne skutki dla zdrowia psychicznego pracowników (stres, agresywne zachowania takie jak przemoc czy nękanie w pracy, alkohol, narkotyki) oraz programów wczesnego interweniowania w miejscu pracy.

#### **3.2. Skuteczność inicjatyw z zakresu promowania zdrowia psychicznego**

Część organizacji uświadomiła sobie już znaczenie promowania zdrowia psychicznego, jest jednak jeszcze wiele miejsc pracy, w których środki takie nie zostały wprowadzone. Stąd kadra zarządzająca sektora ochrony zdrowia jest często bardzo krytyczna wobec programów promowania zdrowia psychicznego. Jest tak, ponieważ skupia się ona na leczeniu w celu uzyskania natychmiastowych wyników, a nie na długoterminowych środkach zapobiegawczych (Munn-Giddings, Hart & Ramon, 2005). Obok najważniejszych pracowników w organizacji również różne inne zainteresowane strony potrzebują dowodów skuteczności promowania zdrowia psychicznego: decydenci potrzebują ich dla uzasadnienia wydatków, praktycy dla planowania i wdrożenia programów, a objęci nimi pracownicy chcą wiedzieć, czy działania pomagają im, czy nie (Barry & McQueen, 2005).

Szczegółowe badania wpływu interwencji dotyczących stresu są rzadkie, zarówno w zakresie oceny kosztów i korzyści, jak i oceny skuteczności poszczególnych działań ograniczania stresu (Burke & Richardsen, 2000). Ze względu na sposób badania nie zawsze jest możliwe określenie, które skutki są faktycznymi wynikami interwencji (Cox, Griffith & Rial-Gonzalez, 2000). Mimo że naukowa analiza kosztów i wyników nie jest prosta, wiele organizacji i decydentów próbowało określić koszty i korzyści interwencji ograniczających stres w pracy. Brytyjskie Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007) podaje przegląd kosztów związanych ze zdrowiem psychicznym w miejscu pracy oraz szacuje koszty i wyniki interwencji w zakresie ograniczania stresu (w oparciu o przykłady organizacji w Wielkiej Brytanii).



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

Roczne koszty zdrowia psychicznego w pracy w Wielkiej Brytanii zostały podzielone następująco:

- zwolnienia chorobowe: 8,4 mld GBP (ok. 9,7 mld EUR);
- zmniejszona wydajność: 5,1 mld GBP (ok. 5,9 mld EUR);
- wymiana pracowników: 2,4 mld GBP (ok. 2,8 mld EUR).

Na przykładach z miejsc pracy możliwe jest oszacowanie kosztów i wyników programów zdrowia psychicznego. British Telecom podało, że o 30 % zmniejszono absencje związane z zaburzeniami zdrowia psychicznego (SCMH, 2007) po wdrożeniu strategii w zakresie zdrowia psychicznego. Hilton (2005) przedstawia wyniki australijskiego programu w zakresie zdrowia psychicznego. Program ten miał na celu wczesne diagnozowanie i interwencje u pracowników, którzy wykazywali objawy depresji. Pomysł polegał na tym, aby pracodawcy odgrywali rolę w identyfikacji pracowników z objawami zaburzeń psychicznych i aby zapewniali oni pracownikom opiekę finansowaną przez pracodawcę. Korzyści finansowe były widoczne w wyższej wydajności pracowników. Roczna korzyść finansowa pięciokrotnie przewyższała roczne inwestycje w program. Wang et al. (2007) opisuje podobny program w USA, gdzie roczne korzyści na pracownika wynosiły 1800 USD (ok. 1268 EUR) w porównaniu z rocznym kosztem na pracownika w wysokości tylko ok. 100 USD (ok. 70,5 EUR) do 400 USD (ok. 281,8 EUR).

### 3.3. Interwencje w sektorze ochrony zdrowia

Jako że praca odgrywa ważną rolę w życiu ludzi, miejsce pracy jest dobrym miejscem do interwencji w zakresie promowania zdrowia psychicznego (Pollett, 2007). Interwencje te powinny skupiać się na obszarach do usprawnienia, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i organizacyjnym. Ważnym jest stworzenie kultury pracy, w której problemy zdrowia psychicznego nie będą tabu.

Do ograniczenia psychospołecznych czynników ryzyka i promowania zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia wykorzystuje się różne rodzaje interwencji.

#### 3.3.1. Interwencje na poziomie organizacyjnym

Na tym poziomie pracodawca wprowadza środki w celu ograniczenia czynników stresogennych w środowisku pracy. Interwencje te są skierowane na wyeliminowanie przyczyn stresu w pracy (EU-OSHA, 2002).

Interwencje na poziomie organizacyjnym mają na celu zmianę struktury organizacji lub zmianę czynników fizycznych i środowiskowych. Interwencje te próbują ograniczyć negatywne elementy w organizacji pracy. Interwencje w modelu wymogu-kontroli-wsparcia skupiają się na przeprojektowaniu organizacyjnym w celu zwiększenia kontroli, którą pracownik ma nad pracą i swoimi zdolnościami (Luceño & Martín, 2008). Czynniki stresogenne mogą być monitorowane poprzez analizę psychospołecznego ryzyka. Analiza wykaże, które elementy organizacji (na poziomie zadania, zespołu lub organizacyjnym) są kluczowe i wymagają usprawnienia.

Interwencje na poziomie organizacyjnym obejmują:

- wymogi psychologiczne: polepszenie ilości pracy, optymalizacja wymogów intelektualnych, ograniczenie presji czasu;
- swobodę kontroli lub decydowania: zwiększenie wykorzystania i rozwoju umiejętności, zwiększanie kontroli nad pracą, zwiększenie udziału w decyzjach;



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

- wsparcie społeczne: zwiększenie wsparcia społecznego pomiędzy współpracownikami oraz pomiędzy współpracownikami a zarządzającymi;
- równowagę między życiem zawodowym a prywatnym: wprowadzenie elastycznych godzin pracy, zapewnienie usług opieki nad dziećmi w pracy, umożliwienie urlopów naukowych i przerw w pracy zawodowej, umożliwienie pracownikom planowania i wdrażania grafików dzięki niezależności takich grafików.

Przykłady interwencji na poziomie organizacyjnych w sektorze ochrony zdrowia obejmują (EU-OSHA, 2002):

- większą liczbę zatrudnionych pracowników w godzinach szczytu; to pozwala na ograniczenie obciążenia pracą, poprawę organizacji systemu zmian oraz zapewnia możliwość zaradzenia absencji pracowniczej i sytuacjom kryzysowym;
- określenie funkcji i obowiązków; dla przykładu dla pomocy pielęgniarskiej, dla pomocy wydającej leki oraz pomocy i zaplecza opieki medycznej;
- ustalenia protokołu komunikacji w tych sytuacjach, które według pracowników mogą stanowić zagrożenie dla ich zdrowia i bezpieczeństwa;
- wprowadzenie w pewnym stopniu prawa decydowania przy realizowaniu niektórych zadań, zgodnie z wytycznymi określonymi przez odpowiedni oddział, dla niektórych grup pracowników w celu zwiększenia niezależności i decyzyjności;
- promowanie aktywności pracowniczej poprzez spotkania, umożliwiające im przedstawianie sugestii, zaleceń i opinii.

### 3.3.2. Interwencje na poziomie styku jednostki i organizacji

Interwencje te w zamierzeniu mają zwiększyć zdolność pracowników do radzenia sobie ze stresem. Pracodawca powinien inwestować w interwencje, aby zwiększyć zdolność swoich pracowników do radzenia sobie z tym zjawiskiem, na przykład poprzez szkolenia.

Przykłady takich interwencji obejmują (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine et al., 2009):

- poprawa relacji pomiędzy współpracownikami a zarządzającymi w pracy;
- stworzenie grup wsparcia;
- zwiększenie stopnia dostosowania osób do warunków, w jakich się znajdują;
- uściślenie aspektów pełnionych funkcji;
- zwiększenie udziału i niezależności;
- szkolenia w celu zwiększenia poczucia własnej wartości, poczucia przynależności;
- program redukcji stresu oparty na świadomości: program ten składa się ze szkolenia zwiększającego umiejętności komunikacji, uczącego radzić sobie ze stresowymi reakcjami, współczucia wobec siebie;
- szkolenie zwiększające praktyczne umiejętności ograniczania stresu oraz doskonalące relacje i pracę z pacjentami;
- szkolenie pracowników z zakresu radzenia sobie z przeżywanymi sytuacjami, takimi jak śmierć, ból i choroby nieuleczalne.

### 3.3.3. Interwencja na poziomie jednostek

Interwencje na poziomie jednostek często koncentrują się na redukcji stresu wśród tych pracowników, u których odnotowuje się już jego objawy. Mają na celu zwiększenie indywidualnej zdolności do zwalczania stresu, na przykład poprzez techniki relaksacyjne (EU-OSHA, 2002). Interwencje te zapewniają większość zdolności danej osoby do radzenia sobie z objawami stresu.



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

Poprzez odpowiednie wspieranie takich osób minimalizowane są niszczące skutki stresu. Kilka przykładów takich interwencji:

- masaż terapeutyczny;
- uczenie strategii radzenia sobie ze stresem;
- szkolenie poznawczo-behawioralne;
- szkolenie z zakresu zarządzania stresem;
- doradztwo.

### **3.4. Zwalczanie przemocy i nękania w opiece zdrowotnej**

Jak przedstawiono powyżej, obok stresu również przemoc i nękanie są częstymi problemami sektora ochrony zdrowia, które prowadzą do negatywnych skutków dla zdrowia. W celu zwalczania przemocy i agresji w sektorze ochrony zdrowia można zastosować takie same poziomy interwencji jak przy zapobieganiu stresowi.

Na poziomie organizacyjnym można dokonać następujących interwencji (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- tworzenie kultury miejsca pracy ukierunkowanej na człowieka i wydawanie jasnych komunikatów swojej polityki, w których wyraźnie stwierdza się, że przemoc lub agresja wobec pracowników służby zdrowia nie jest tolerowana; wszystkie zaangażowane strony powinny być świadome takiej polityki: pacjenci, pracownicy i zarządzający;
- zobowiązanie kadry zarządzającej do zapobiegania przemocy i agresji;
- jasne informacje i komunikacja;
- przeprowadzanie ocen ryzyka dotyczących przemocy, agresji i nękania w pracy;
- kontrola środowiska: zapewnienie bezpieczeństwa poprzez zastosowanie skutecznej technologii i procedur (np. systemy alarmowe, tworzenie dystansu pomiędzy klientem/pacjentem a pracownikami poprzez zastosowanie szerszych ład recepcyjnych itp.);
- informowanie o niezbędnych środkach ostrożności, większym zagrożeniu ze strony niektórych pacjentów itp.

Na poziomie indywidualno-organizacyjnym można poczynić następujące kroki (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- zgłaszanie wszystkich przypadków użycia przemocy i agresji;
- szkolenie prewencyjne pracowników, jak rozpoznać faktyczne lub możliwe zagrożenia w miejscu pracy; szkolenie pracowników, jak reagować w sytuacjach przemocy.

W końcu istnieją pewne interwencje na poziomie indywidualnym (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz & Arnetz, 2000):

- pomoc i wsparcie;
- doradztwo;
- procedury składania skargi;
- zgłoszenia;
- rehabilitacja dla pracowników-ofiar przemocy.

### **3.5. Dobre praktyki**

Istnieją kompleksowe interwencje z zakresu promowania zdrowia psychicznego, choć organizacje nie podchodzą do wszystkich trzech poziomów interwencji z równą uwagą (Cox et al., 2000;



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

Kompier et al., 1998). Organizacje bardziej skupiają się na styku organizacji i jednostki oraz interwencjach indywidualnych. W konsekwencji interwencje mające na celu ograniczenie czynników stresogennych w miejscu pracy w sposób prewencyjny są często pomijane.

W celu wdrożenia dobrej polityki promowania zdrowia psychicznego każda organizacja musi podejść do tego zagadnienia holistycznie, poprzez wdrożenie działań na wszystkich trzech poziomach. Ponieważ przyczyny stresu są wieloczynnikowe (np. kombinacja kwestii zatrudniania, obciążania pracą, kwestii organizacji pracy i fizycznych warunków pracy), wszystkie trzy przyczyny należy zwalczyć łącznie, by interwencja była skuteczna (EU-OSHA, 2002). W tym procesie bardzo ważne jest, by pracodawcy i pracownicy pracowali razem (Keleher & Armstrong, 2005).

Poniżej przedstawiono dwa praktyczne przykłady interwencji na poziomie organizacji. Skupiono się na przykładach środków prewencyjnych, jako że celują one w źródło problemu. Z przykładami interwencji na poziomie organizacyjno-indywidualnym i indywidualnym można zapoznać się powyżej w odpowiednich akapitach.

W ramce 1 przedstawiono przykład dobrej praktyki, by pokazać, w jaki sposób organizacje w sektorze ochrony zdrowia mogą radzić sobie z zagrożeniami psychospołecznymi, zaprezentować powiązane skutki dla zdrowia oraz pokazać, w jaki sposób organizacja może zaspokoić potrzebę udziału w procesie decyzyjnym. W ramce 2 przedstawiono przykład dobrej praktyki, jak zwalczać przemoc skierowaną w pracowników służby zdrowia.

### **Ramka 1. Program Wspierania Opiekunów (Jané-Llopis et al., 2005)**

#### **Kontekst**

Program Wspierania Opiekunów ma w założeniu zwiększać udział i wsparcie społeczne w procesie decyzyjnym związanym z pracą dla zespołów opiekuńczych w placówkach ochrony zdrowia (psychicznego). Program ten zwiększa efektywnie zdolność zespołów opiekunów do pobudzania do społecznie przydatnych zachowań zespołowych i technik rozwiązywania problemów.

#### **Program**

- sześć sesji szkoleniowych (4 do 5 godzin);
- uczestnicy: 10 zarządzających domami opieki i 10 bezpośrednich pracowników opieki;
- cel:
  - lepiej zrozumieć i wzmocnić istniejące sieci w obrębie organizacji, które mogą być w stanie zaoferować pomoc lub wsparcie;
  - zwiększyć udział pracowników;
  - tworzyć i prowadzić działania szkoleniowe;
  - uczyć się technik utrzymywania tych umiejętności w czasie.

#### **Ocena programu**

- program zwiększył przydatną informację zwrotną na temat pracy;
- program wzmocnił wiarę i pogląd uczestników, że są w stanie poradzić sobie ze sporami i przeciążeniem w pracy;
- program zwiększył zespołowe działanie, zdrowie psychiczne i zadowolenie z pracy.





## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

### **Ramka 2. Zarządzanie przemocą wobec pracowników sektora ochrony zdrowia (EU-OSHA, 2002)**

#### **Problem**

W Irlandii, w 2000 r. odnotowano 12 przypadków przemocy lub agresywnych zachowań wobec pracowników w szpitalach z regionu środkowo-wschodniego. Liczba ta wzrosła do 64 w 2001 r. Pracownicy zgłaszali poczucie stresu, frustracji, strachu i narażenia.

#### **Rozwiązanie**

Wraz ze szpitalnymi jednostkami zarządzającymi zdrowiem i bezpieczeństwem Dział Zarządzania Ryzykiem postanowił utworzyć strukturę w celu systematycznego rozwiązywania problemu przemocy w miejscu pracy. Struktura obejmowała różne kroki:

- utworzenie nowej polityki zgłaszania incydentów i popieranie otwartej polityki zgłoszeniowej;
- utworzenie całościowych ram i programu zarządzania przemocą i agresją;
- traktowanie agresji i przemocy w taki sam sposób jak wszystkie inne zagrożenia zawodowe; zagrożenia w postaci agresji i przemocy należy zidentyfikować, ocenić, a następnie wdrożyć i ocenić środki kontroli; w celu zaspokojenia tych potrzeb utworzono oficjalną metodę oceny ryzyka;
- specjalne szkolenie dla pracowników umożliwi im radzenie sobie z sytuacjami agresji lub przemocy (ze strony niewłaściwie zachowujących się klientów) oraz reagowanie na nie; szkolenie to ma na celu nauczenie pracowników wyeliminowania ryzyka szkody dla pracowników lub klientów;

#### **Przykłady praktyczne**

Multidyscyplinarny zespół w Dziale Sytuacji Kryzysowych przeprowadził gruntowną ocenę ryzyka z doradcami ds. zdrowia i bezpieczeństwa. Po zidentyfikowaniu kilku zagrożeń wysokiego ryzyka podjęto następujące działania

- program szkoleniowy „Nieagresywna interwencja kryzysowa”;
  - większa ochrona;
  - informacja na oddziale na temat polityki wobec winnych;
  - zapewnienie osobistych i ogólnych systemów alarmowych;
  - ściślejsza relacja z Gardai (policja); wyznaczono rzeczownika do ścisłej współpracy z pracownikami szpitala;
- trzy zakończone powodzeniem dochodzenia przeciwko winnym w sądach;
- uwzględnienie ergonomii oddziału z punktu widzenia praktyki zapobiegania zagrożeniom i bezpiecznej pracy.

## 4. Więcej informacji

### **Strony internetowe:**

Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy

<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)

Europejska Fundacja na rzecz Poprawy Warunków Życia i Pracy:

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



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

Komisja Europejska:

[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)

Europejska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy:

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

ProMenPol:

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

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO)

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

Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP)

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

Brytyjska inspekcja pracy (HSE, UK):

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

Narodowy Instytut Badań i Bezpieczeństwa (INRS, Francja):

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

### **Projekty:**

Europejska Sieć Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy (ENWHP): Projekt Move II „Zdrowie psychiczne w miejscu pracy”

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

Europejski Projekt Wykonawczy na rzecz Zdrowia Psychicznego

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

## 5. Bibliografia

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.



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

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>

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>



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

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. 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.



## Promocja zdrowia psychicznego w sektorze ochrony zdrowia

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/)