

Transpunerea recomandărilor de la Lisabona într-un program de instruire de la distanță pentru experții din sănătate și securitate în muncă – Promovarea sănătății la locul de muncă, un mijloc de creștere a competitivității

# Studiu de caz

Autoritatea de sănătate Midland

## Curs ELWHP

## 1. Introducere în studiul de caz

Acest studiu de caz face parte integrantă din cursul de promovare a sănătății la locul de muncă elaborat în cadrul proiectului ELWHP, destinat să ofere medicilor de medicina muncii și celor de sănătate publică o bază teoretică aprofundată a PSLM, precum și exemple practice de implementare a acesteia.

Acest studiu de caz este structurat astfel încât să conțină toate informațiile necesare pentru a putea efectua exerciții în cadrul acestui curs de instruire, exerciții care vor fi efectuate de cursanți în timpul fiecăruia dintre modulele prezentate pe parcursul celor cinci zile de curs. Totuși, două dintre module nu se bazează pe studiul de caz ca parte practică (este vorba despre modulele 1 și 7). Toate exercițiile au fost elaborate pentru fiecare dintre module și au un rol important în înțelegerea aspectelor teoretice și practice ale promovării sănătății la locul de muncă, așa cum sunt prezentate în fiecare modul. Drept urmare, este esențial ca fiecare cursant să fie familiarizat cu informațiile din studiul de caz înainte să participe la curs.

S-a hotărât elaborarea acestui studiu de caz drept un studiu de caz integrat și nu o serie de studii de caz separate, deoarece ajută mai bine la înțelegerea materiei predate. Acesta conține un set de informații și date interconectate, preluate dintr-o întreprindere reală, și permite corelarea exercițiilor prezentate în diversele module în mod realist, pentru a putea transmite cursantului o imagine coerentă a unui proiect de PSLM. Studiul prezintă și informații reale despre motivația proiectului de PSLM și succesiunea acțiunilor efectuate în cursul implementării sale.

Solicităm cursanților să citească și să se familiarizeze cu studiul de caz **înainte** să participe la curs. În timpul cursului, majoritatea modulelor vor conține un exercițiu bazat pe studiul de caz. Cursanții nu vor vedea exercițiile decât în timpul cursului. Pentru a putea beneficia la maxim de acestea, este important ca aceștia să cunoască dinainte foarte bine acest studiu.

## 2. Prezentarea Autorității de Sănătate din Midland

Acest studiu de caz prezintă date reale despre situații reale, preluate dintr-un proiect de promovare a sănătății la locul de muncă ce a avut loc într-o autoritate de sănătate publică regională din Irlanda. Autoritatea de sănătate din Midland deservește o populație de aproximativ 400.000 de persoane. În principal, este vorba despre o zonă rurală din centrul Irlandei și are două orașe principale cu populații de 30.000 și respectiv 20.000 de locuitori. Economia este în mare parte agrară, dar există și câteva noi unități industriale, apărute în urma unor investiții din afară care au avut succes în zonă. Totuși, venitul mediu al populației este sub nivelul mediu pe țară.

Autoritățile locale de sănătate din Irlanda sunt autorități publice la scară largă, care gestionează și implementează toate aspectele serviciilor de sănătate de stat din regiune. Printre serviciile medicale oferite se numără tratarea urgențelor, spitalizarea cazurilor de psihiatrie, câteva aspecte de sănătate publică, asistență la domiciliu a bătrânilor și a persoanelor imobilizate, precum și o gamă largă de alte servicii.

Tabelul următor prezintă principalele unități medicale din subordinea Consiliului de Sănătate Midland.

**Tabelul 1**

<b>Unitate</b>	<b>Servicii</b>
Spitalul districtual Abbeyleix	Spital local
Servicii de ambulanță	Servicii de urgență
Centrul medical St Vincent, Athlone	Asistență vârstnici
Spitalul districtual Birr	Spital local
Centrul medical St Peter, Castlepollard	Asistență vârstnici
Servicii centrale Tullamore	Administrație
Centru de servicii sociale pentru copii	Centru de servicii sociale pentru copii
Azilul Ofalia, Edenderry	Asistență la domiciliu pentru persoane imobilizate
Departamentul de promovare a sănătății	Sănătate publică
Centrul de Sănătate Publică comunitară Laois	Servicii comunitare de sănătate publică
Longford (Centrul medical St Joseph)*	Servicii comunitare de sănătate publică
Centrul medical Lough Sheever, Mullingar	Psihiatrie
Azilul Loughloe, Athlone	Asistență vârstnici
Azilul St Vincent, Mountmellick	Asistență vârstnici
Centrul de Sănătate Publică Comunitară Offaly	Servicii comunitare de sănătate publică
Spitalul regional Midland, Mullingar	Spital clinic
Spitalul regional Midland, Portlaoise	Spital clinic
Spitalul regional Midland, Tullamore	Spital clinic
Azilul Riada, Birr	Asistență la domiciliu pentru persoane imobilizate
St Brigid's Hospital, Shaen	Asistență la domiciliu pentru persoane imobilizate
Spitalul de psihiatrie St Fintan, Portlaoise	Spital de psihiatrie
Spitalul de psihiatrie St Loman, Mullingar	Spital de psihiatrie
Spitalul St Mary, Mullingar	Asistență vârstnici
Centrul Comunitar de Sănătate Publică Westmeath	Servicii comunitare de sănătate publică

În Irlanda există și servicii medicale private. Printre acestea se numără servicii de medicină de familie, care, deși finanțate de stat în mare parte, sunt gestionate în sistem privat. În plus, în ultimii zece ani, în multe părți ale țării s-au înființat multe spitale private. Această tendință va continua.

În autoritățile locale de sănătate sunt angajate multe cadre medicale, dar pentru a gestiona și întreține toate aceste servicii, precum și clădirile și infrastructura, au și numeroși angajați din domeniul administrativ, tehnic și muncitori calificați.

Autoritățile locale de sănătate au în gestionare un număr mare de unități. Instituția despre care vorbim coordonează peste 70 de asemenea unități. Concret, aceasta înseamnă că lucrează în peste 70 de locuri de muncă diferite.

La momentul derulării proiectului, serviciile medicale din Irlanda sufereau de ani de zile din cauza investițiilor insuficiente. În multe cazuri, infrastructura lăsa de dorit și multe instituții funcționau cu un număr insuficient de angajați. Din această cauză, personalul era foarte nesatisfăcut de condițiile de muncă, deși erau foarte dedicați muncii prestate.

Totuși, în ultimii ani au crescut investițiile în infrastructură și personal. Dar programul de construcții și renovări a dus la creșterea nivelului de stres și a rulării personalului.

Motivele rulajului mare al personalului din spitale, precum și al nivelurilor ridicate de stres sunt complexe. Totuși, nu există îndoială că renovările spitalelor au contribuit la aceste probleme pe mai multe căi. În primul rând, renovarea în sine a indus stres fizic și psihologic. Existau dificultăți cu spitalizarea, cu mutarea pacienților din aripile vechi în cele noi, construcția unui nou spital, angajarea de personal pentru noul spital și stresul fizic provocat de zgomotul și praful de pe șantierul noului spital. În al doilea rând, existau factori de stres cauzăți de percepția oamenilor în ce privește modul de gestionare și implementare a programului de renovare. Se considera că posturile din noul spital nu erau distribuite corect. De asemenea, cei care nu se mutau curând în noile clădiri se simțeau într-un fel abandonăți. Aceste percepții erau provocate de faptul că uneori infrastructura din clădirile vechi era de slabă calitate și abia făcea față solicitărilor.

Percepția populației în ce privește serviciile medicale din Irlanda este negativă din mai multe puncte de vedere. Multe știri în presă au fost percepute ca scandaluri și situații de criză ale serviciilor medicale, iar Consiliul de Sănătate din Midland a primit destule critici în acest sens. În ciuda acestei percepții a populației, mulți dintre clienții serviciilor de sănătate raportau că fuseseră tratați la standarde ridicate și că interacțiunea lor cu personalul medical a fost satisfăcătoare. Pe de altă parte, un număr mic, dar important, de oameni aveau reclamații la adresa serviciilor medicale. În parte, acest lucru era cauzat de deficiențele din serviciile medicale prestate, dar și din cauza așteptărilor ridicate ale populației în ce privește serviciile care li se cuvin. Concret, aceasta înseamnă că personalul din consiliul de sănătate primește multe critici și uneori este agresat în activitatea de zi cu zi.

Autoritatea de sănătate a angajat un nou director general executiv înainte de declanșarea proiectului de promovare a sănătății la locul de muncă. Spre deosebire de mulți dintre predecesorii săi, el considera că satisfacția și starea de bine a personalului fac parte integrantă din îmbunătățirea calității serviciilor medicale. El a constatat că moralul personalului este scăzut și că exista un pericol real ca personalul dedicat muncii să se înstrăineze. Aceasta se reflecta în gradul relativ ridicat de rulaj al personalului, mai ales în rândul celor care lucrau în contact direct cu publicul.

Autoritatea de sănătate se confrunta cu un proces de restructurare a organizației. La momentul proiectului, se discuta mult pe marginea reformei serviciilor de sănătate și se știa că, la momentul finalizării proiectului, toate autoritățile locale de sănătate aveau să fie integrate într-o autoritate de sănătate națională. Aceste schimbări aveau mai multe implicații.

În primul rând, personalul resimțea nesiguranță în ce privește viitorul. Se știa că unele posturi vor fi desființate după reforma organizării. Aceasta însemna că unii oameni vor trebui să preia sarcini în afara sferei lor obișnuite de activitate și că vor avea puține de făcut. Sentimentul era foarte accentuat în rândul personalului din conducere, deoarece puține posturi de conducere ar mai fi rămas necesare.

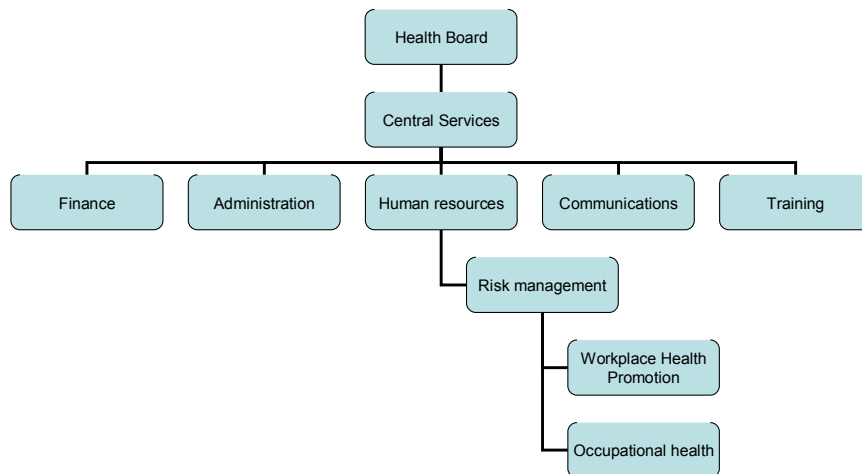
Și pentru personalul de la nivel operativ, de pildă din spitale, aceste modificări de organizare aveau să aibă urmări. Principala problemă era faptul că nu era foarte clară structura de conducere sub care aveau să lucreze. Aceste neclarități au contribuit la accentuarea stresului în rândul angajaților consiliului de sănătate.

## 2.1 Organigrama Consiliului de sănătate din Midland

Cele două diagrame de mai jos descriu principalele elemente ale organigramei Autorității de Sănătate din Midland

**Figura 1 Organigrama Autorității de Sănătate din Midland – prima parte**

### Organisational structure



Autoritatea de sănătate din Midland este coordonată de un consiliu de administrație format din membri numiți pe criterii politice, care coordonează activitățile organizației. Din consiliul de administrație fac parte câțiva membri care au calificările necesare, precum și unii numiți pe criterii politice. În general, consiliile de administrație sunt formate din aproximativ 20-30 de persoane.

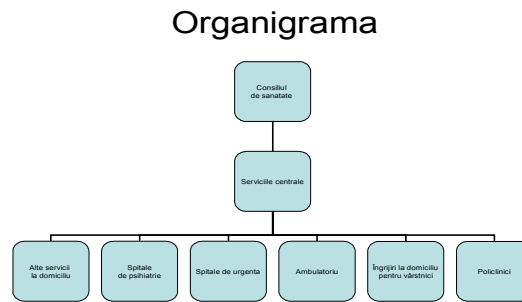
La nivel operațional, autoritatea de sănătate este coordonată de un departament de servicii centrale, care conține toate funcțiile obișnuite în conducerea unui asemenea tip de instituție.

Are următoarele departamente:

- financiar,
- administrativ,
- de resurse umane,
- de comunicare și
- de formare profesională.

Serviciile centrale au mai multe departamente, dar acestea nu sunt relevante în acest context. Unul dintre rolurile departamentului de resurse umane este să coordoneze serviciul de gestionare a riscului din organizație. Gestionarea riscului este formată din serviciul de medicina muncii și promovarea sănătății.

**Figura 2: Organigrama Autorității de Sănătate din Midland – partea a doua**



Departamentul serviciilor centrale controlează și coordonează funcționarea tuturor unităților operative din subordine. (Asigură și finanțarea și managementul acestor unități.) Din perspectiva structurii sistemului românesc de sănătate, consiliul îndeplinește două roluri care, în sistemul românesc, sunt îndeplinite de:

- Casa județeană de asigurări de sănătate (finanțare)
- Autoritatea județeană de sănătate publică (în parte management, în parte control)

În total, există 70 de unități diferite în care operează consiliul de sănătate și cele mai mari dintre acestea sunt menționate în figura de mai sus. De departe, cele mai mari structuri din subordinea consiliului de sănătate sunt cele trei spitale clinice și cele două spitale de psihiatrie, iar acestea sunt urmate de câteva ambulatorii și policlinici de diverse tipuri.

Serviciile centrale au aproximativ 300 de angajați. Aceștia sunt în mare parte funcționari administrativi, dar au și rol de a gestiona riscurile, având 50 de angajați în subordinea departamentului RU (inclusiv 25 cadre medicale de medicina muncii), precum și 25 de angajați care se ocupă de promovarea sănătății. Restul de 250 de angajați lucrează în cadrul departamentelor care se ocupă cu planificarea strategică, contabilitate, comunicare și pregătire profesională.

În toate cele șase tipuri de servicii medicale există personal de conducere aflat în subordinea consiliului de sănătate. Angajații au diverse pregătiri, dar în mare sunt manageri de profesie, precum și funcționari administrativi. În general, raportul dintre personalul de conducere și administrativ este de aproximativ 1:4.

În serviciile de sănătate, sindicatele sunt foarte puternice în Irlanda. Există sindicate puternice care reprezintă medicii, asistentele medicale, funcționarii, managerii și muncitorii calificați. În cadrul autorității de sănătate, toate aceste sindicate operează în parteneriat, în ideea unei abordări comune a problemelor de la locul de muncă.

Programul de parteneriat este o inițiativă de parteneriat social la nivel național, între guvern, sindicate și angajatori. Este un acord care se concentrează asupra acțiunilor de la nivelul întreprinderilor pe problematici pe care se poate construi un acord. Deși acordurile de parteneriat social sunt prezente în viața economică irlandeză de 20 de ani, unele dintre prevederi s-au dovedit a fi dificil de implementat la nivelul întreprinderilor. Drept urmare, în serviciile de stat, au fost aprobate acele inițiative în care s-a ajuns la un consens în urma programului de parteneriat. În cadrul Autorității de sănătate din Midland, programul calității vieții la locul de muncă a fost o asemenea inițiativă.

## 2.2 Personalul Autorității de sănătate

Tabelul de mai jos descrie angajații și statutul lor familial. În total, consiliul avea 6.500 de angajați, dintre care peste 2.000 au participat la programul de promovare a sănătății. (Cifrele de mai jos sunt preluate dintr-un chestionar în rândul personalului – au răspuns

2.000 de persoane). Angajații erau distribuiți în cele 70 de unități diferite, dar cele mai mari unități, cele trei spitale de urgență, aveau 700 de paturi, în timp ce spitalul de psihiatrie avea 200 de paturi.

**Tabelul 2 Caracteristici personale și de statut familial ale subiecților**

Variabilă	Rezultate
Vârstă	Sub 20 ani – 0,5%, 20-29 – 19,1%, 30-39 – 28,8%, 40-49 – 29,6%, 50-59 – 17,9%, > 60 – 2,7%
Sex	Femei – 80,6%, Bărbați – 14,9%
Stare civilă	Necăsătorit – 23,4%, Căsătorit – 62,3%
Copii	neprecizat – 65,3%, 0-4 ani – 24,2%, 5-12 ani – 22%, 13-17 ani – 20,4%, > 18 ani – 25,9%
Îngrijirea copilului	<u>Necesită îngrijire pentru copil</u> – 29,1% <u>Satisfacție în privința serviciilor de îngrijire</u> Foarte nesatisfăcut – 10,6%, Nesatisfăcut – 4,7%, Neutru – 12,4%, Satisfăcut – 32,4%, Foarte satisfăcut – 36,9% <u>Forma de îngrijire a copilului</u> Acasă – 80,5%, Instituție – 17,7%, Ambele – 1,8%
Persoane aflate în întreținere	Copii cu nevoi speciale – 2,8%, Îngrijirea părinților sau altor rude în vârstă (complet sau parțial) – 17,5%, ajutorarea rudelor – 6%

În termeni generali, cea mai importantă caracteristică a angajaților a fost că au o vârstă relativ ridicată și că mulți dintre ei au responsabilități majore, cum ar fi îngrijirea copiilor sau rudelor în vârstă. Deși grupurile se suprapun într-o oarecare măsură, peste 30% dintre subiecți au responsabilități majore, fie cu îngrijirea copiilor, fie a rudelor în vârstă. Tabelul de mai jos descrie principalele caracteristici ale locului de muncă al angajaților.

**Tabelul 3 Caracteristicile locului de muncă al subiecților**

Variabilă	Rezultate
Locul principal de muncă	Spital de urgență – 27%, birou – 14,5%, centru medical – 13,8%, centru îngrijire bătrâni – 9,4%, altele – 8,4%, spital de psihiatrie – 5,4%, îngrijire copii la domiciliu – 5,2%, îngrijiri la domiciliu – 5,1%, nu există un singur loc principal – 3,7%, azil de bătrâni – 3,4%, ambulatoriu – 2,2%, pensiuie – 0,8%
Post / Ocupație	Asistent medical – 33,6%, Funcționar – 16,0%, Manager – 9,8%, Cadru nemedical – 17,8%, Paramedical – 18,0%, Întreținere/Tehnic – 0,9%, Medic – 3,7%
Tip de normă	Normă întreagă - 79,7%, Normă fracționată - 17,3%
Program de lucru	Ore obișnuite - 59,4%, În schimburi – 13%, În weekenduri – 2%, Prin rotație - 6,3%, Diferite - 14,7%
Flexibilitate în programul de lucru	Da - 24,2% , Nu - 61,8%, Niciun răspuns – 13,8%
Tipul de contract de muncă	Nedeterminat - 76,8%, Determinat - 17,6%, Niciun răspuns - 5,6%
Durata contractului	Săptămânal - 6,4%, Lunar - 14,2%, Semestrial - 14,7%, Anual - 11,5%, Fără contract - 24,9%, Altele - 27,1%
Durata rămasă până la sfârșitul contractului:	< 3 luni - 39,9%, 3-6 luni - 10,9%, 6-12 luni - 13,1%, > 12 luni - 36,1%
Vechime	< 1 an - 11,8%, 1-3 ani - 26,7%, 3-5 ani - 8,9%, 5-10 ani - 12%, > 10 ani - 35,7%, Niciun răspuns - 4,8%
Număr ore lucrate săptămânal	<u>Conform contractului</u> < 10 ore – 1,6%, 10-20 ore – 8,3%, 21-30 ore – 5,4%, 30-40 ore – 82,4%, > 40 ore – 1,7%, Media - 34,1 ore <u>Efectiv lucrate</u> < 10 ore – 1,5%, 10-20 ore – 8,2%, 21-30 ore – 6,9%, 30-40 ore – 65,9%, > 40 ore – 17,5%, Media – 36,4 ore
Plata orelor suplimentare	Da – 58,7%, În zile libere - 58,2%, În bani - 33,2%, Ambele - 8,6%
Lucrul cu publicul	Da - 64,2%, Nu - 22,3%, Niciun răspuns - 13,4%
Navetă	<u>Distanță</u> < 8 km - 43,4%, 9-15 km - 20,3%, 16-30 km - 19,4%, > 30 km - 16,9% <u>Durăță</u> > 15 minute - 46,9%, 16-30 minute - 34,9%, > 30 minute - 18,2%

Notă: Un număr relativ mic de cadre medicale au răspuns la chestionare – în realitate, aceștia reprezintă aproximativ 10% din totalul personalului.

### 2.3 Factori cheie care au impulsionat proiectul de promovare a sănătății la locul de muncă

Au existat mai mulți factori interni și externi care au dus la elaborarea proiectului de promovare a sănătății la locul de muncă. Aceștia sunt:

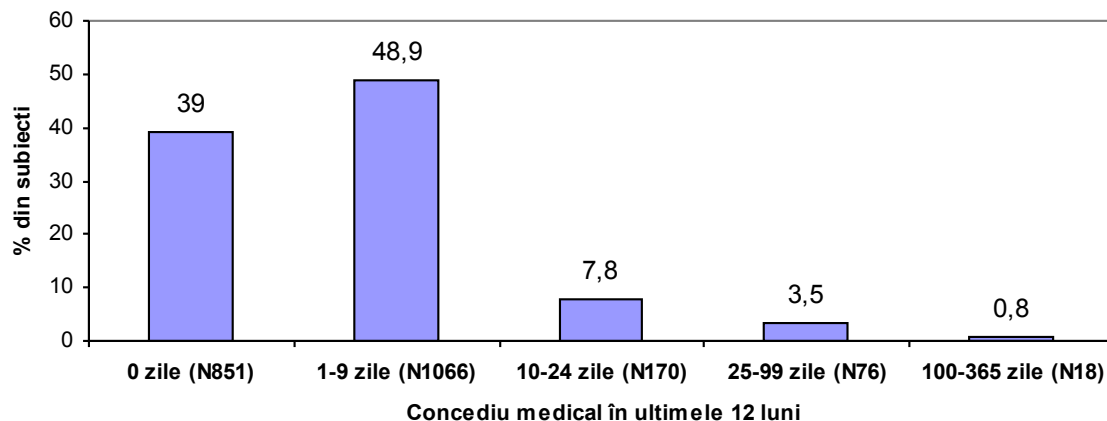
- Schimbarea iminentă a organizării
- Departamentul de promovare a sănătății, puternic și activ
- Reclamațiile din partea pacienților și moralul scăzut al angajaților



- Noul director executiv cu viziuni largi
- Îngrijorarea angajaților în ce privește stresul
- Problemele de absenteism în rândul angajaților

Există informații interesante în legătură cu problema absenteismului în rândul angajaților consiliului de sănătate. Rata absenteismului medical este un indicator important al stării de sănătate și al stării de bine a angajaților, precum și al funcționării unei organizații. Figura de mai jos evidențiază distribuția concediilor medicale în rândul personalului consiliului de sănătate.

**Figura 3 Distribuția concediilor medicale în rândul populației studiate**



Cu toate acestea, rata ITM nu are o distribuție egală în toată organizația. Tabelul de mai jos prezintă detalierea concediilor medicale pe profesii.

**Tabelul 4 Concedii medicale pe profesii**

Categorie profesională	N	0 zile %	1-9 zile %	10-365 zile %
Asistente medicale	690	37,0	49,3	13,7
Funcționari	322	28,6	59,6	11,8
Manageri	203	41,9	46,8	11,3
Cadre nemedicale	356	49,4	40,2	10,4
Cadre paramedicale	367	32,7	53,1	14,2
Întreținere și tehnic	19	52,6	42,1	5,3
Medici	76	56,6	40,8	2,6
Total	2033	38,5	49,4	12,2

Această detaliere arată următoarele:

- rata cea mai ridicată de ITM este în rândul cadrelor paramedicale și al asistentelor medicale, în timp ce medicii, precum și cei de la întreținere și tehnic au raportat cele mai mici niveluri de absenteism pe termen lung.
- tot în aceste grupuri se înregistrează și cel mai frecvent rată zero de absenteism, cadrele nemedicale raportând tot o rată ridicată de absenteism zero.
- Cele mai mici rate de absenteism zero s-au întâlnit în rândul funcționarilor și al cadrelor paramedicale.

Rata absenteismului medical a avut legătură cu aprecierea capacității de muncă. Indexul capacității de muncă a fost elaborat ca un instrument de anticipare a viitoarei incapacități de muncă din cauze medicale. Rezultatele arată că personalul cu cele mai mici scoruri de capacitate de muncă au avut cele mai ridicate rate de absenteism medical

**Tabelul 5 Indexul capacității de muncă raportat la absenteismul medical**

<b>Clasificarea în indexul capacității de muncă</b>	<b>N</b>	<b>0 zile %</b>	<b>1-9 zile %</b>	<b>10-365 zile %</b>
Scăzută	277	17,7	45,8	36,5
Moderată	555	24,7	61,3	14,0
Bună	493	43,6	52,5	3,8
Excelentă	209	74,2	25,4	0,5
Total	1534	36,2	50,8	12,9

În urma preocupărilor legate de moralul angajaților, absenteismul și iminenta modificare a organizației, directorul executiv a hotărât inițierea a ceea ce s-a numit „program pentru calitatea vieții la locul de muncă”. Acesta trebuia să reducă principalele surse de stres din afara și din exteriorul locului de muncă de care era afectat personalul și să caute să îmbunătățească practicile de sănătate și securitate în muncă.

Trebuie să subliniem că motivele inițierii programului nu erau pe deplin obiective – au existat și informații obiective care au ajutat la luarea acestei decizii, dar în mare parte decizia a fost luată pe criterii calitative și nu s-a bazat pe date și informații obiective.

Acest proiect avea să se deruleze inițial pe o perioadă de 12 luni, timp în care trebuie efectuată o analiză a nevoilor. Ar fi urmat o perioadă de implementare de trei ani, în care s-ar fi luat diverse măsuri de îmbunătățire a calității vieții la locul de muncă.

#### 2.4 Cine era interesat de programul adresat calității vieții la locul de muncă?

În Autoritatea de sănătate din Midland existau multe părți care aveau un interes în acest program. Printre acestea s-au numărat:

- Conducerea superioară din serviciile centrale
- Conducerea din fiecare unitate de lucru
- Sindicatele care reprezentau asistentele medicale, personalul administrativ, tehnic și muncitorii calificați

În plus, existau câteva unități care aveau un interes aparte în acest proiect. Principalul era departamentul de promovarea sănătății, care a fost ales să conducă etapele inițiale ale proiectului (mai precis, etapa de analiza nevoilor). Acesta era strâns unit cu departamentul de gestionarea riscului, care se ocupa de probleme de sănătate și securitate în muncă. Dar trebuie subliniat că departamentul de sănătate în muncă nu a susținut prea mult acest proiect. Deși relativ slab (lucru frecvent întâlnit în locurile de muncă irlandeze), departamentul de sănătate în muncă avea tendința de a privi acest proiect ca pe o amenințare la adresa sa. Un alt departament implicat evident în analiza nevoilor din proiect a fost departamentul de comunicare.

În afara Autorității de sănătate Midland, existau câteva părți interesate în acest proiect. Printre acestea se numărau Ministerul Sănătății și personalul din conducerea departamentelor de promovare a sănătății din alte autorități locale de sănătate. Totuși, interesul acestora nu se putea extinde mai mult decât în a monitoriza proiectul de la distanță. Conducerea autorității de sănătate din Midland făcea parte din „Asociația patronală a serviciilor de sănătate”. Această organizație este responsabilă de negocierea condițiilor de muncă la nivel național.

A existat o întrunire a acestei organizații la care au participat conducerea și sindicatele. La nivel național, există și „Programul de parteneriat național”, care provine din structura socială de parteneriat. La nivelul întreprinderilor, ca urmare a acestui program, conducerea și sindicatele trebuie să colaboreze în cadrul acțiunilor de la locul de muncă într-un mod care să reflecte parteneriatul social. Programul adresat calității vieții la locul de muncă a fost privit ca un proiect în parteneriat.

## 2.5 Cultura organizațională

Autoritatea de sănătate Midland avea mai multe stiluri de culturi organizaționale la fiecare unitate. De pildă, cultura aplicată în spital era mult diferită de cea aplicată în administrația centrală. De exemplu, în spitalele clinice, existau mai multe stiluri de organizare care se desfășurau în paralel cu diversele ocupații și profesii existente. Asistentele medicale erau conduse într-un mod deschis și progresist, deoarece existaseră probleme cu un rulaj mare al personalului. În ultimii ani, multe asistente medicale fuseseră angajate din afara Irlandei. Multe asistente proveneau din India, Filipine și Europa. Aceasta a dus la nevoia de a conduce un personal eterogen și de a integra activ noii angajați în cultura organizațională predominantă.

Pe de altă parte, în domeniul medical, managementul respecta ierarhia și tradiția. Deși mulți dintre medicii din spitale nu erau irlandezi, nu se făceau prea mari eforturi în diversificarea voluntară a managementului.

Conducerea angajaților nemedicali (de exemplu, funcționari, personal de întreținere și muncitori necalificați) tindea să se facă în stil tradițional. Pentru acești angajați, sindicatele erau mai puternice și înfruntau conducerea pe căi tradiționale – mașinăria relațiilor industriale era folosită din plin în problemele de muncă ce apăreau.

Totuși, o caracteristică a tuturor stilurilor era angajamentul de a oferi clienților servicii de calitate. Această cultură era foarte puternică în rândul personalului medical. În multe situații, calitatea serviciilor prestate clienților era menținută la nivel înalt în ciuda condițiilor de muncă mai puțin ideale. De pildă, serviciile medicale rămâneau la un standard ridicat chiar și atunci când publicul era amenințător sau agresiv la adresa personalului medical. Dacă aceste condiții ar fi apărut în alte locuri de muncă, este foarte posibil ca acele servicii să fi încetat.

În ciuda acestor diferențe de cultură organizațională între diversele unități ale autorității de sănătate, administrația centrală avea o abordare progresistă și proactivă a problemelor vieții de la locul de muncă. Programul de calitate a vieții la locul de muncă a fost elaborat la nivelul conducerii centrale. Scopul era să se treacă la dezvoltarea unei culturi organizaționale benefice personalului. Dificultățile întâmpinate de organizație, mai ales în ce privește modificarea structurii sale, rulajul personalului, presiunea din partea publicului și a sănătății personalului, au dus la concluzia că este necesar să crească preocuparea acordată problemelor personalului. Totuși, aceasta însemna o completă schimbare de atitudine din partea conducerii și a angajaților. Mulți dintre angajații și managerii de la nivel central nu aveau prea multă pregătire în ce privește rolurile lor – majoritatea își petrecuseră cariera în această organizație și înaintaseră pe baza vechimii mai degrabă decât a calificării. Instruirea a fost oferită și susținută în ultimii ani pentru a îmbunătăți pregătirea managerilor, dar exista o nevoie constantă de pregătire, în special pentru a susține schimbarea către o cultură organizațională progresistă, proactivă.

Pregătirea aptitudinilor manageriale era acum considerată de bază în gestionarea schimbării culturii organizaționale. Departamentul de formare profesională a jucat un rol central și important în contribuția la această schimbare. A făcut acest lucru oferind cursuri de formare interne și angajând agenții externe.

De asemenea, exista o schimbare gradată a atmosferei relațiilor industriale. Principalele sindicate implicate începuseră să se schimbe de la un stil beligerant la unul de colaborare

cu managerii în scopul atingerii obiectivelor de dezvoltare a organizațiilor. În parte, acest lucru se datora noului angajament al organizației de a trece la o cultură progresistă, dar și recunoașterii faptului că presiunile cu care se confrunta organizația impuneau o schimbare. În plus, programul național de parteneriat dintre manageri și sindicate a schimbat modul în care erau abordate problemele legate de viața la locul de muncă.

Totuși, rămăseseră câteva probleme legate de calitatea vieții la locul de muncă predominante în contextul relațiilor industriale ale organizației. Printre acestea se numărau:

- **Durata contractului de muncă** – erau folosite frecvent contractele temporare de muncă în rândul anumitor categorii de personal, cum ar fi asistentele medicale. Sindicatele au insistat să fie acordate mai multe contracte pe perioadă nedeterminată.
- **Problemele de sănătate și securitate** – programul în derulare de renovare a clădirilor consiliului de sănătate a dus la foarte multe reclamații privind munca în vecinătatea șantierelor. Existau reclamații din cauza zgomotului, prafului și a riscurilor pentru sănătate și securitate. În plus, din cauza șantierelor, începuseră să se înmulțească reclamațiile la adresa clădirilor mai vechi.
- **Violența și agresiunea** – crescuseră foarte mult plângerile pe tema agresiunii la care erau supuși angajații din mai multe surse. În principal, agresiunea venea din partea populației, dar existau și numeroase rapoarte despre intimidări din partea conducerii și a colegilor. În unele cazuri și unele unități, agresiunea lua forma violenței fizice.

Practica sănătății și securității în Autoritatea de sănătate Midland era relativ puternică. Recent fusese întărită, sub forma departamentului de gestionare a riscului în toată organizația. Sarcina acestui departament era să gestioneze riscul la nivelul întregii organizații, inclusiv al riscurilor la care erau expuși clienții. Totuși, existau câteva lacune în organizație în privința sănătății și securității. În special, oamenii care lucrau la întreținerea clădirilor (sau echipamentelor) aveau rate mai mari de accidente și incidente decât alte categorii de personal. Printre activitățile departamentului de gestionarea riscului se număra programul permanent de evaluare a riscului, aplicat atât personalului, cât și populației generale. De asemenea, acesta avea și rolul de a face recomandări ergonomice și de îmbunătățire a mediului de muncă fizic, mai ales în ce privește noul program de renovare. Existau probleme de curățenie și siguranță mai ales în clădirile mai vechi. În aceste situații, erau implementate programe specifice și, unde era cazul, se folosea echipament individual de protecție. În general, departamentul de gestionarea riscului considera că avea sarcina îmbunătățirii culturii privind sănătatea și securitatea în organizație.

Una dintre sarcinile departamentului de gestionare a riscului era menținerea și actualizarea planului de intervenții în situații de urgență. Scopul acestui plan este rezolvarea urgențelor majore din Midland (de pildă, accidente de tren, incendii grave, accidente grave de circulație sau chiar accidente nucleare). Acest plan fusese recent actualizat din cauza concentrării politicianilor și a presei asupra capacității de intervenție în cazul acestor dezastre. Recent avusese loc un exercițiu al acestui plan de intervenție.

La un nivel mai puțin dramatic, departamentul de gestionarea riscului era responsabil și de elaborarea și aplicarea sistemelor de sănătate și securitate în organizație. Conform legislației irlandeze de sănătate și securitate, toți angajatorii trebuie să aibă planuri de management al sănătății și securității. În practică, acestea sunt elaborate pentru fiecare segment al consiliului, până la nivelul fiecărei unități din subordine și chiar la un nivel inferior acestora, în cazul unităților mai mari. Conform legii, muncitorii au dreptul de a fi instruiți pe probleme de sănătate și securitate și de a înceta activitatea atunci când consideră că situația este prea periculoasă. Departamentul de gestionarea riscului respectă aceste cerințe legale și are o atitudine proactivă în privința documentării, instruirii și planificării acestor sisteme.

O caracteristică importantă a structurii conducerii este aceea că există mai multe linii de conducere, mai ales în fiecare unitate. Grupurile profesionale, cum ar fi asistentele medicale și medicii, aveau o conducere bazată pe criteriile profesionale. Această structură de conducere era paralelă cu cea administrativă. În momente de criză a resurselor (lucru frecvent în serviciile medicale), existau dispute între grupurile profesionale și conducerea administrativă. Această prăpastie între ierarhia profesională și neprofesională este o caracteristică importantă a activității în consiliul de sănătate.

În ciuda creșterii investițiilor în serviciile de sănătate din consiliu, exista încă un dezacord în privința bugetului și a cheltuielilor. Grupurile profesionale, mai ales medicii și asistentele, considerau conducerea și administrația drept forțe prea puternice în cadrul activității organizației. În plus, accentul pus pe bugetul anual în locul celui multianual a adus dificultăți în planificarea investițiilor și a politicii de personal.

## 2.6 Sănătatea și securitatea în muncă în Consiliul de sănătate Midland

Practica de sănătate în muncă în Irlanda este destul de slabă față de alte țări. De pildă, deși angajatorii sunt obligați prin lege să protejeze sănătatea și securitatea angajaților, nu este prevăzută obligativitatea angajării unui medic de medicina muncii. Drept urmare, în Irlanda sunt puțini medici de medicina muncii (într-o țară cu o populație de aproximativ două milioane de oameni există aproximativ 200 de medici de medicina muncii). În principal, aceștia sunt angajați în sectorul de stat și în întreprinderi private mari. Totuși, există mai multe asistente de sănătate în muncă decât medici. În total, există aproximativ 500-800 asistente de medicina muncii în toată țara.

Conform standardelor irlandeze, Consiliul de sănătate Midland este destul de bine deservit de personalul de sănătate în muncă. Au angajat un medic de medicina muncii și o echipă de șase asistente în departamentul de sănătate în muncă al organizației.

Prin contrast, domeniul securității în muncă este foarte dezvoltat în Irlanda. Există numeroși inspectori de protecția muncii față de standardele internaționale și toți aceștia au fost instruiți corespunzător nivelului lor de activitate în conformitate cu programa națională de sănătate și securitate în muncă. În Consiliul de sănătate Midland, există minim un inspector de protecția muncii în fiecare unitate și chiar mai mulți, în funcție de dimensiunea și numărul de angajați ai unității.

Trebuie subliniat că în Irlanda nu există obligativitatea examenelor medicale la angajare, așa că nu există informații despre starea de sănătate a angajaților din întreprinderi. De aceea, medicii de medicina muncii tind să se ocupe de personalul mai în vârstă și de cei care lucrează în locuri de muncă mai periculoase. Drept urmare, nici departamentele de sănătate în muncă și nici conducerea nu prea au o imagine de ansamblu asupra stării de sănătate a angajaților.

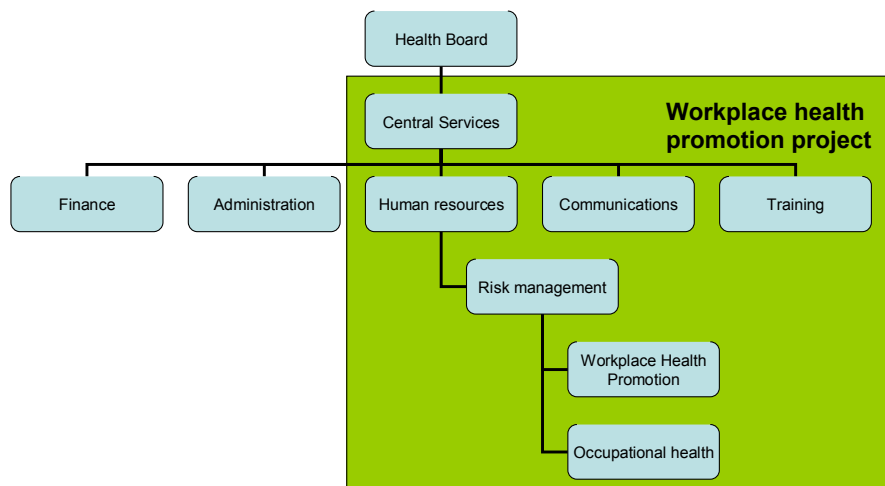
## 2.7 Programul calitatea vieții la locul de muncă

Primul pas în elaborarea programului a fost stabilirea echipei de gestionare a proiectului. Diagrama de mai jos prezintă membrii principali ai acestei echipe. Echipa era susținută de un expert din afară (de la Centrul de Cercetare a Muncii), al cărui rol era să ajute la elaborarea și implementarea etapei de evaluare a nevoilor din cadrul proiectului.

Această echipă a fost stabilită la nivel central pentru a efectua o analiză a nevoilor în cadrul programului privind calitatea vieții la locul de muncă. Aceasta a fost prima etapă a proiectului de promovarea sănătății la locul de muncă. Etapa a fost urmată de un set de măsuri implementate în anumite unități din Consiliul de sănătate Midland. În a doua etapă, la nivelul unităților aveau să fie create echipe individuale în cadrul proiectului. Echipa centrală a proiectului urma să susțină și să coordoneze proiectele individuale.

**Figura 4**

## Project team membership



Cum nu existau informații privind starea de sănătate a personalului, era imperios necesară o formă de evaluare a acesteia în cadrul proiectului. S-a decis că aceasta se va face sub forma unui chestionar – indexul capacității de muncă (un chestionar finlandez). Acesta a fost suplimentat cu informații privind populația generală, care arată nivele ridicate ale morbidității prin cardiopatie după standardele internaționale; factorii de risc pentru cardiopatie sunt ridicați, iar speranța de viață este mai mică decât ne-am aștepta într-o economie dezvoltată.

Pe lângă evaluarea stării de sănătate, era necesară evaluarea nivelului de stres în rândul angajaților, precum și măsura în care erau dispuși să se implice într-un program de promovarea sănătății la locul de muncă. Și aceste probleme au fost incluse în chestionarul de evaluare a nevoilor.

În capitolul următor vă prezentăm principalele informații obținute cu ocazia evaluării nevoilor în rândul personalului Consiliului de sănătate Midland.

### 2.8 Programul de renovare a spitalelor

Perioada 1980-1990 a fost una de activitate economică relativă redusă în Irlanda. Aceasta a avut drept efect secătuirea financiară a serviciilor de sănătate pe o perioadă îndelungată. În această perioadă, cheltuielile pentru servicii au fost menținute, dar bugetul pentru infrastructura serviciilor de sănătate a fost foarte insuficient. Odată cu creșterea economică rapidă de la sfârșitul anilor 1990, guvernul a decis să investească în îmbunătățirea infrastructurii. În serviciile de sănătate, aceasta a însemnat renovarea clădirilor existente și construcția de noi unități medicale.

La începutul acestui program de construcție, s-a decis concentrarea asupra spitalelor clinice. În cadrul Consiliului de sănătate Midland, care avea trei spitale clinice, a fost construit un nou spital în Mullingar, în timp ce spitalele existente și alte două unități medicale aveau să fie îmbunătățite și să li se extindă capacitatea. Acest program de reconstrucție a fost finanțat de Ministerul Sănătății.

La nivel operațional, programul de construcție a fost gestionat de o agenție de stat – Consiliul Construcțiilor Publice. Deci proiectarea și implementarea programului de construcție a fost coordonată de minister și acest consiliu. Consiliul de sănătate Midland avea un rol mai puțin important în luarea deciziilor asupra detaliilor programului de construcție.

La momentul inițierii programului privind calitatea vieții la locul de muncă, se derula reconstrucția spitalului clinic din Portlaoise. Totuși, în ciuda renovării, unitatea trebuia menținută în funcțiune. Aceasta a dus la următoarele probleme:

- Lângă spitalul existent și strâns legat de acesta era un mare șantier de construcții
- Infrastructura fizică era în continuă schimbare, cu clădiri temporare folosite în diverse scopuri la scară largă
- Erau probleme importante cu zgomotul, praful și alți factori de risc pentru sănătate și securitate
- Conducerea și personalul spitalului existent luau parte constant la deciziile de proiectare. De pildă, structura și serviciile departamentului de accidente și situații de urgență din noul spital era în concurență cu conducerea și personalul existente.
- Existând permanente modificări de proiectare, angajații din spital erau nesiguri în privința modului cum va arăta noul spital, când se vor muta în el și cine va lucra acolo.

## 2.9 Probleme cu munca în schimburi

Munca în schimburi este la ordinea zilei în rândul cadrelor medicale. Acest lucru este valabil mai ales în spitalele clinice, care lucrează non-stop, 365 de zile pe an. Studiile asupra efectelor muncii în schimburi arată că aceasta prezintă riscuri importante la adresa sănătății și stării de bine. Natura și gravitatea acestor efecte depinde de tipul de muncă în schimburi. Drept urmare, conducerea și echipa proiectului erau preocupate să elaboreze o schemă a turelor care să reducă la minim riscurile pentru sănătate și stare de bine.

Printre efectele cunoscute ale muncii în schimburi se numără:

- Efecte asupra sănătății fizice – tulburi gastrointestinale (dureri de stomac, ulcere), impact asupra sistemului imun (reducerea capacității de apărare imună), impact asupra sistemului cardiovascular (hipertensiune arterială, tahicardie, factor de risc pentru cardiopatie), efect asupra indicatorilor de stres (nivel ridicat de activare), precum și modificări ale apetitului.
- Efecte psihologice – modificări de dispoziție (accentuarea depresiei) și reducerea stării mintale de bine (crește frecvența depresiei și anxietății)
- Efecte asupra performanței – efecte asupra performanței fizice (reducere prin oboseală), asupra performanței mintale în sarcini de rutină (crește frecvența erorilor) și complexe (risc de eroare catastrofală în luarea deciziilor)
- Efecte sociale – tulburări ale vieții sociale și de familie, izolare și incapacitatea de a-i susține corespunzător pe ceilalți
- Efecte asupra somnului – paradoxal, acestea includ atât reducerea, cât și prelungirea perioadelor de somn, scade calitatea somnului și crește dificultatea de a adormi.

Aceste efecte ale muncii în schimburi sunt cumulative, expunerea crescută tinde să accentueze efectele indiferent de durata și organizarea timpului liber. De pildă, impactul unei săptămâni în tura de noapte este mult mai mare la sfârșitul săptămânii decât la început.

Este bine cunoscut și efectul vârstei asupra capacității de adaptare la munca în schimburi. În general, lucrătorii mai în vârstă fac față mai greu solicitărilor muncii în schimburi.

Comisia Internațională de Sănătate în Muncă recomandă ca lucrătorii peste 50 de ani să nu mai lucreze în ture de noapte.

Totuși, există multe informații despre modul de organizare a structurii turelor în vederea reducerii la minim a efectelor. Câțiva dintre parametrii cei mai importanți sunt:

- Numărul de nopți consecutive – se recomandă să nu se lucreze mai mult de trei nopți consecutive.
- Durata turelor de noapte – se recomandă ca turele de noapte să nu fie mai lungi de opt ore. Totuși, se întâlnesc frecvent ture de 10 sau 12 ore. Efectele acestora pot fi contracarate prin proiectarea turelor în așa fel încât să aibă loc o recuperare corespunzătoare.
- Direcția turelor – programul cu ture schimbate (dimineața, după-amiaza și noaptea) are un impact diferit în funcție de direcția rotației turelor. Rotația inversă (dimineața, noaptea, după-amiaza) are un impact mai redus.
- Intervalul dintre ture – conform Directivei programului de lucru, trebuie să existe un interval minim de 12 ore între două ture consecutive. Totuși, acest interval este prea scurt pentru a permite recuperarea după o tură de noapte, mai ales dacă aceasta este mai mare de opt ore.
- Durata timpului liber – programele care măresc la maxim durata timpului liber au un impact mai redus,
- Momentul timpului liber – trebuie programat astfel încât să permită un maxim de recuperare după cele mai solicitante ture.
- Timp liber ce poate fi fructificat social – timpul liber trebuie programat în perioade în care este cel mai util din punct de vedere social pentru lucrătorul respectiv. În practică aceasta se traduce în creșterea numărului de weekenduri libere.

Deși aceste reguli sunt dificil de aplicat simultan, pot fi folosite ca un ghid în reducerea impactului muncii în schimburi.



### 3. Rezultatele chestionarului de evaluare a nevoilor

#### 3.1 Surse de stres

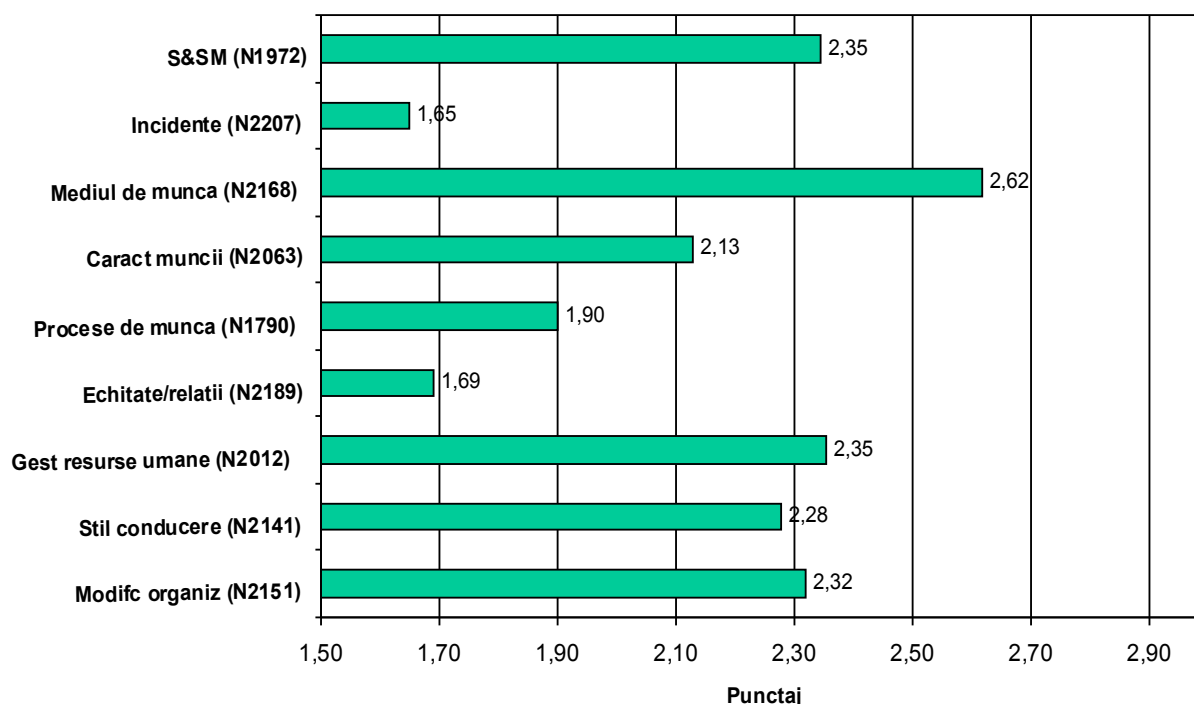
Sursele de stres profesional au fost evaluate prin Chestionarul muncii pozitive. Variabilele evaluate sunt descrise în tabelul de mai jos.

**Tabelul 6 Variabilele stresului profesional**

	Categorie	Explicație
1	<b>Mediul de muncă</b>	Aceasta se referă la aspectele mediului fizic de muncă: conformitatea echipamentului, calitatea spațiilor de lucru și a dotărilor pentru odihnă
2	<b>Gestionarea resurselor umane</b>	Aceasta se referă la probleme cum ar fi instruirea, recrutarea și accesul la resurse în îndeplinirea sarcinilor.
3	<b>Sănătatea și securitatea</b>	Aceasta se referă la diverse aspecte ale sănătății și securității: preocupări privind sănătatea și securitatea, sentimentul presiunii de a veni la muncă și în caz de boală.
4	<b>Modificări organizaționale</b>	Aceasta se referă la stresul rezultat din modul de implementare a schimbărilor organizaționale.
5	<b>Structura organizației/stil de conducere</b>	Aceasta se referă la probleme ca: implicarea în luarea deciziilor, claritatea structurii ierarhice și nivelul de susținere din partea conducerii.
6	<b>Caracteristicile muncii</b>	Aceasta se referă la caracteristici ale muncii: rolul îndeplinit, prea multe și prea puține responsabilități.
7	<b>Procesele de muncă</b>	Aceasta se referă la stresul rezultat din organizarea muncii: programul de lucru și munca în schimburi.
8	<b>Echitatea/relațiile interpersonale</b>	Aceasta se referă la stresul rezultat din echitatea percepută în privința salariilor, precum și din relațiile interpersonale.
9	<b>Incidente</b>	Aceasta se referă la stresul rezultat din incidente traumatice izolate de la locul de muncă.

Figura de mai jos arată că stresul în mediul de muncă era principala preocupare a subiecților. Patru dintre categoriile de stres au fost grupate împreună, datorită importanței lor relative – sănătatea și securitatea, gestionarea resurselor umane, modificările organizaționale și structura organizației/stilul de conducere. Caracteristicile muncii au fost de asemenea o sursă importantă de stres, dar în privința proceselor de muncă, a echității/relațiilor interpersonale și a incidentelor, nivelele de stres raportate au fost reduse.

**Figura 5 Chestionarul muncii pozitive – Categoriile de stres**



Cele nouă categorii de surse de stres din chestionarul muncii pozitive sunt constituite din 52 de articole. Articolele cu cel mai mare punctaj sunt redade în tabelul de mai jos.

**Tabelul 7 Cele mai importante surse de stres pe articole individuale**

Articol	% raportând stres moderat sau sever
Sunteți consultat în privința deciziilor de organizare ?	75,7
Superiorul ierarhic comentează performanțele dv ?	73,5
Sunteți apreciat când faceți ceva bine ?	72,3
Veniți la serviciu când nu vă simțiți îndeajuns de bine să lucrați ?	70,7
Cum sunt comunicate modificările de organizare ?	58,4
Dacă faceți o greșeală sau nu v-ați îndeplinit obiectivele, vi se spune imediat pentru a putea lua măsuri corective ?	58,4
Considerați că presiunea la care sunteți supus vă face să aveți performanțe reduse ?	55,0
Cât de optime sunt dotările personalului (toalete, săli de odihnă etc.) ?	54,7
Cum sunt planificate schimbările de organizare ?	54,0
Cât de bine este proiectat spațiul dv de lucru ?	52,1
Sunteți implicat în luarea deciziilor în echipa în care lucrați ?	51,3

Angajații au fost solicitați să descrie liber principalele trei surse importante de stres. Acestea au fost grupate pe șapte categorii care corespund în mare celor nouă categorii din întrebările cu răspuns la alegere. Rezultatele la această întrebare sunt prezentate în tabelul de mai jos.

**Tabelul 8 Cele mai importante surse de stres**

Categorie	N	Exemple de comentarii	%
Încărcătura cu sarcini	908	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Prea multe sarcini (396 comentarii)</li> <li>◆ Presiunea timpului (207 comentarii)</li> <li>◆ Percepția că sarcinile nu sunt distribuite egal (unii nu-și fac datoria) (49 comentarii).</li> </ul>	21%
Mediul fizic	461	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Spațiu de muncă, clădiri, condiții de muncă necorespunzătoare (170 comentarii),</li> <li>◆ Dotări slabe, de exemplu: parcare, bufet, creșă, cutie poștală, bancomat, apă, toalete (56 comentarii)</li> <li>◆ Aglomerare, lipsă de spațiu (52 comentarii).</li> </ul>	11%
Personal	429	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Personal insuficient (298 comentarii)</li> <li>◆ Susținere redusă sau absentă din partea personalului administrativ (41 comentarii)</li> <li>◆ Muncă în condiții de izolare (40 comentarii).</li> </ul>	10%
Natura muncii	406	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Solicitări din partea rudelor/publicului (97 comentarii)</li> <li>◆ Solicitări din partea pacienților/clientilor (80 comentarii)</li> <li>◆ Riscul de sau existența agresiunii și violenței (41 comentarii).</li> </ul>	10%
Stilul de conducere	401	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Lipsa aprecierii/recunoașterii din partea conducerii, sentimentul subaprecierii (71 comentarii)</li> <li>◆ Stil de conducere autoritar cu lipsa delegării (52 comentarii)</li> <li>◆ Moral redus al personalului și lipsa de interes pentru muncă (51 comentarii)</li> <li>◆ Lipsa controlului asupra deciziilor, numărului de sarcini, autonomiei (49 comentarii).</li> </ul>	10%
Sisteme de conducere	319	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Lipsa personalului de rezervă în perioada concediilor medicale sau vacanțelor (96 comentarii)</li> <li>◆ Lacune de pregătire/planificare pentru schimbare, proastă organizare a schimbării (28 comentarii)</li> <li>◆ Sănătatea și securitatea în muncă (15 comentarii)</li> <li>◆ Conducere slabă (17 comentarii)</li> <li>◆ Decizii greșite ale conducerii (15 comentarii)</li> </ul>	7,5%
Comunicare	233	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Lipsa comunicării (102 comentarii)</li> <li>◆ Comunicare cu superiorii (49 comentarii)</li> <li>◆ Comunicare cu colegii (26 comentarii)</li> </ul>	5,4%

Angajații au fost solicitați să descrie liber posibile soluții de eliminare a stresului. Acestea au fost grupate pe categorii care corespund celor stabilite ca surse de stres. Tabelul de mai jos detaliază răspunsurile la această întrebare.

**Tabelul 9 Soluții posibile pentru eliminarea surselor de stres**

Categorie	N	Exemple de comentarii	%
Personal	725	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Angajarea de personal (462 comentarii)</li> <li>◆ Susținere mai mare din partea personalului administrativ (88 comentarii)</li> <li>◆ Personal mai bine calificat, cu mai multă experiență (24 comentarii).</li> </ul>	<b>17,1</b>
<b>Sisteme de management</b>	<b>675</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ <b>Îmbunătățirea</b> muncii în echipă, creșterea coeziunii echipei (100 sugestii)</li> <li>◆ Un control/implicare mai mari în luarea deciziilor, alegerea metodelor de lucru (88 sugestii)</li> <li>◆ Precizarea clară a regulilor, rolurilor și obiectivelor (74 sugestii)</li> <li>◆ Accentuarea managementului profesional (67 sugestii)</li> <li>◆ Îmbunătățirea sistemului de planificare, organizare, conducere (62 sugestii)</li> </ul>	<b>15,9</b>

Categorie	N	Exemple de comentarii	%
		♦ Îmbunătățirea recunoașterii performanțelor, experienței (40 sugestii).	
Mediul fizic de muncă	502	♦ Îmbunătățirea mediului fizic de muncă (122 sugestii) ♦ Dotări mai bune: apă, parcare, bufet, săli de odihnă, toalete (101 sugestii) ♦ Lărgirea și utilizarea mai bună a spațiului (92 sugestii) ♦ Nevoia creșterii securității (27 sugestii)	<b>11,9</b>
Comunicare	396	♦ Îmbunătățirea strategiilor de comunicare (236 sugestii) ♦ Necesitatea ședințelor în echipă (48 sugestii).	<b>9,4</b>
Munca în schimburi și program	281	♦ Mai mult timp liber, reducerea numărului de ore lucrate sau a zilei de lucru (91 sugestii) ♦ Un program mai flexibil (29 sugestii) ♦ Îmbunătățirea programării turelor și a pauzelor în timpul zilei	<b>6,6</b>
Stilul de conducere	260	♦ Îmbunătățirea distribuției sarcinilor (48 sugestii) ♦ Îmbunătățirea atitudinii și a respectului conducerii față de subalterni (47 sugestii) ♦ Aprecieri permanente din partea superiorilor ierarhici (45 sugestii) ♦ Îmbunătățirea moralului personalului, a motivației și tratarea personalului în mod cinstit și echitabil.	<b>6,1</b>
Echipamente	237	♦ Îmbunătățirea echipamentelor (141 sugestii) ♦ Nevoia de calculatoare mai bune (39 sugestii).	<b>5,6</b>
<b>Număr de sarcini</b>	<b>228</b>	♦ Reducerea numărului de sarcini (68 soluții) ♦ Distribuire mai echitabilă a sarcinilor (40 soluții) ♦ Termene de execuție mai realiste și reducerea presiunii termenelor (40 soluții).	<b>5,4</b>

### 3.2 Sănătatea și securitatea în mediul fizic de muncă

Subiecții au fost întrebați despre sănătate și securitate și despre mediul fizic de muncă pe două căi:

- Un chestionar cu 21 de puncte despre mediul fizic
- Două întrebări cu răspuns deschis despre principalele surse de stres din mediul fizic și trei soluții principale pentru reducerea acestor probleme din mediul fizic.

Figura de mai jos descrie răspunsurile la cele 21 de puncte despre mediul fizic de muncă.

Consiliul de sănătate Midland a analizat de curând informațiile privind bolile profesionale din spitalele clinice pe care le coordonează. În anul 2000, s-a înregistrat o incidență de 88,2 cazuri/10.000 de angajați din spitalele consiliului de sănătate. În total, în aceste spitale sunt aproximativ 2.500 de angajați. 43% dintre aceste afecțiuni erau boli cutanate; alte 16% erau alergii respiratorii, iar 11% erau afecțiuni musculo-scheletale.

La investigarea inițială a cauzelor acestor afecțiuni, s-a constatat că în 40% erau implicați agenți chimici, în timp ce mușcăturile și ciupercile erau responsabile de alte 26%. Mișcărilor repetitive și factorii de risc psiho-sociali erau implicați în 32% dintre cazuri.

#### **Factori de risc ergonomici în secția de Accidente și urgențe**

Secția de Accidente și urgențe îngrijorează în mod aparte din cauza factorilor de risc ergonomici. Ca parte din programul de calitate a vieții, s-a efectuat o evaluare inițială a eventualelor factori de risc ergonomici implicați în simptomele raportate de angajați.

Tabelul de mai jos descrie simptomele musculo-scheletale raportate de angajații din secția de Accidente și urgențe, evidențiind o frecvență mai crescută a acestora față de medie.

**Tabel: Simptome musculo-scheletale (%)**

	Total	Secția A&U	Secția de chirurgie
Coloană toracică	<b>28,3</b>	<b>42,0</b>	<b>36,2</b>
Coloană cervicală /gât	<b>31,2</b>	<b>43,8</b>	<b>35,4</b>
Coloană lombară	<b>38,0</b>	<b>55,0</b>	<b>43,1</b>
Mâini	<b>12,6</b>	<b>11,2</b>	<b>10,7</b>
Picioare	<b>8,6</b>	<b>20,7</b>	<b>25,3</b>
Membre inferioare	<b>15,6</b>	<b>32,6</b>	<b>31,2</b>

Tabelul următor oferă date detaliate despre angajații din secția de Accidente și urgențe.

#### Poziția principală de lucru

Poziție	Gât	Coloană cervicală	Coloană lombară	Membre inferioare
Șezând	72,22%	38,89%	50,00%	22,22%
Ortostatică	49,62%	51,88%	59,40%	40,60%
Aplecată	61,46%	51,56%	73,96%	41,15%
Vicioasă	50,00%	50,00%	75,00%	33,00%

#### Manipularea și ridicarea pacienților

Frecvență	Gât	Coloană cervicală	Coloană lombară	Membre inferioare
< 10	48,46%	50,00%	63,08%	42,31%
10 - 25	61,59%	51,83%	76,83%	40,85%
25 - 50	50,00%	47,92%	66,67%	31,25%
> 50	57,14%	85,71%	71,43%	71,43%
Deloc	54,17%	37,50%	58,33%	20,83%

#### Utilizarea procedurilor standard

	Gât	Coloană cervicală	Coloană lombară	Membre inferioare
Da	51,88%	45,86%	66,92%	35,34%
Nu	61,16%	51,07%	71,07%	43,80%

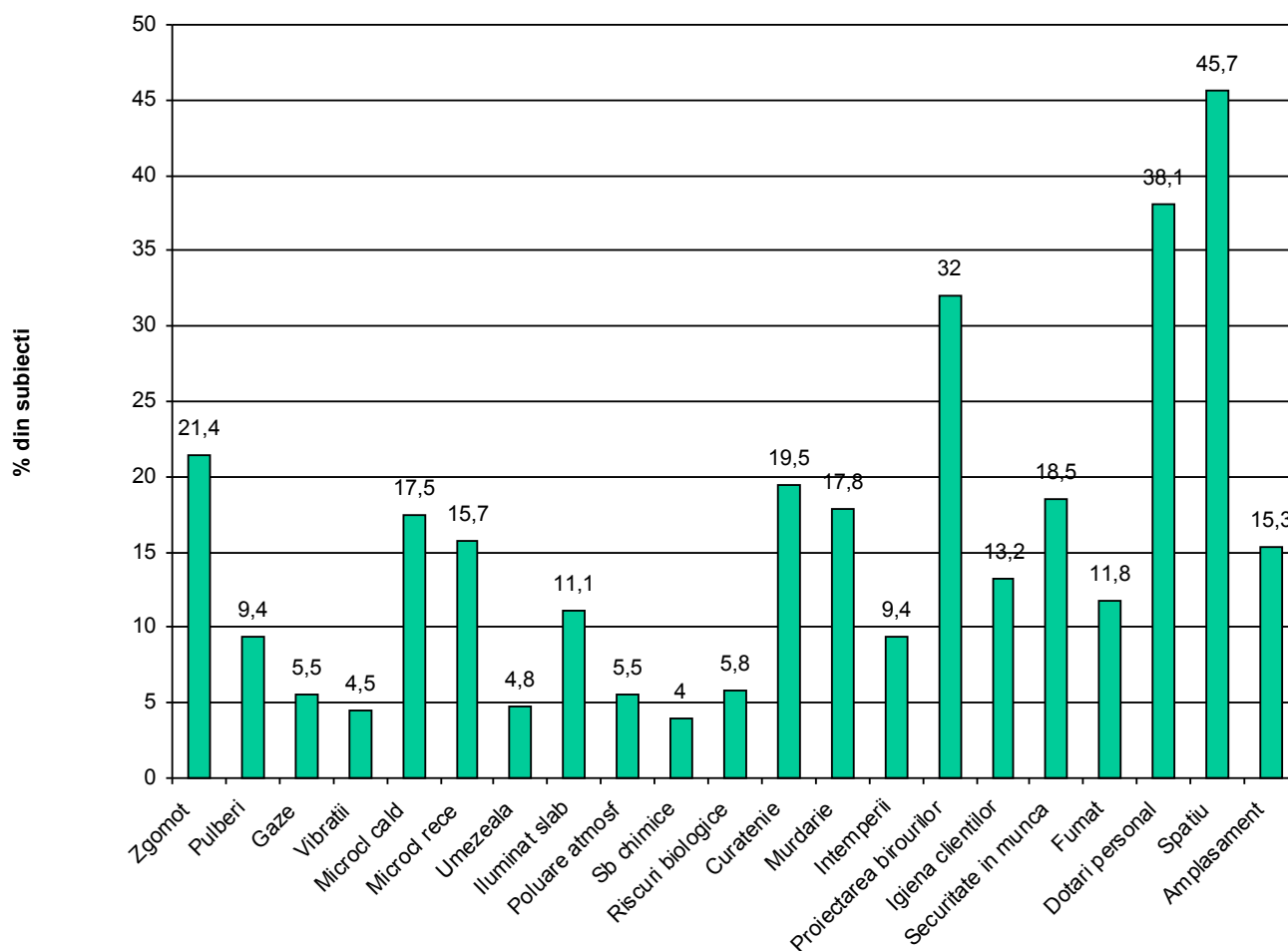
#### Dispozitive mecanice de ridicare

	<b>Gât</b>	<b>Coloană cervicală</b>	<b>Coloană lombară</b>	<b>Membre inferioare</b>
Da	49,15%	44,07%	64,41%	25,42%
Nu	58,43%	52,94%	68,63%	43,14%

#### **Eveniment declanșator al simptomelor**

<b>Trigger</b>	<b>%</b>
Ridicarea pacienților	58,21
Mișcări bruște	15,92
Poziții vicioase	42,54
Cădere	2,24
Alte cauze	4,23

**Figura 6 Probleme din mediul fizic de muncă**



Trei aspecte ale mediului fizic de muncă ies în evidență ca principale surse de stres. Cea mai importantă problemă este lipsa spațiului – 45,7% dintre subiecți au raportat-o ca fiind o problemă. Dotările pentru personal constituie o altă problemă majoră pentru 38,1% dintre subiecți. Proiectarea spațiului de lucru este o altă problemă importantă, menționată de 32% dintre subiecți.

Aceste rezultate sunt valabile în toate cele 70 de unități din organizație. Totuși, acestea ascund îngrijorări majore în privința mediului fizic în câteva unități cheie. Programul de renovare din două dintre spitalele de urgență era o sursă de zgomot, praf, lipsa curățeniei, condițiile mizere în aceste unități. (În aceste unități, 35% dintre angajați erau îngrijorați din cauza zgomotului, 18% din cauza prafului, 34% din cauza curățeniei, 28% din cauza condițiilor mizere. În plus, un procent mai mare decât media și-a exprimat îngrijorarea în privința spațiilor de lucru, a populației și a prafului.) Aceste probleme aveau impact asupra personalului, dar și asupra pacienților. Personalul medical era îngrijorat în privința calității serviciilor oferite în condiții de mediu care lasă de dorit.

### 3.3 Adaptarea la stres

Figura de mai jos oferă o privire de ansamblu asupra principalelor obiceiuri adoptate în adaptarea la stres a subiecților. Aceasta analizează frecvența diverselor strategii de adaptare la stres adoptate: somn, consultarea unui medic, recurgerea la medicamente, alimentația în exces, mișcarea, fumatul, consumul de alcool.

**Figura 7 Frecvența unor strategii de adaptare la stres**

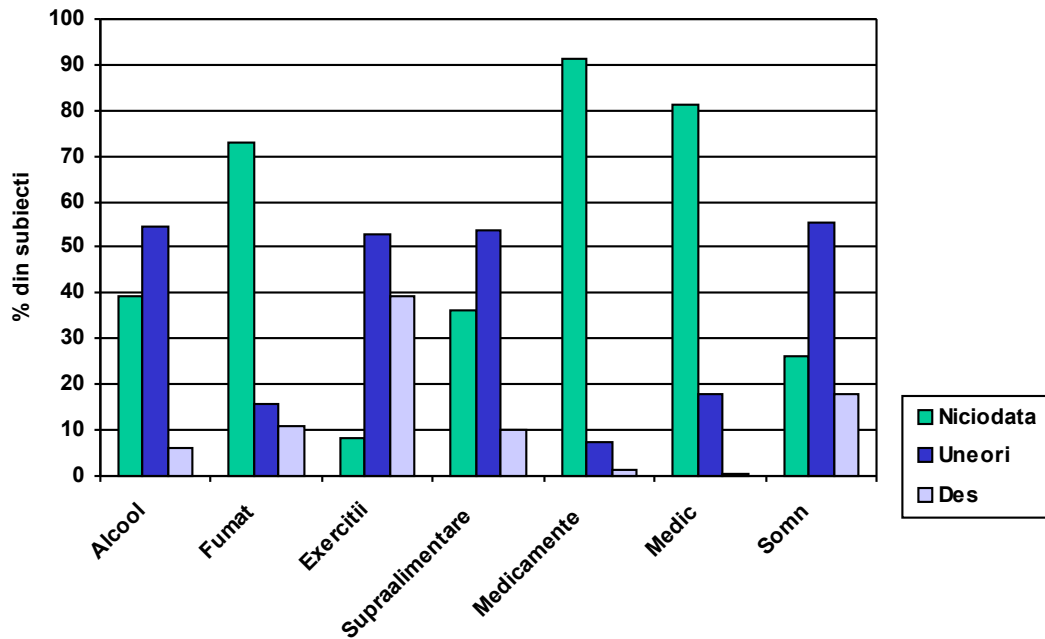
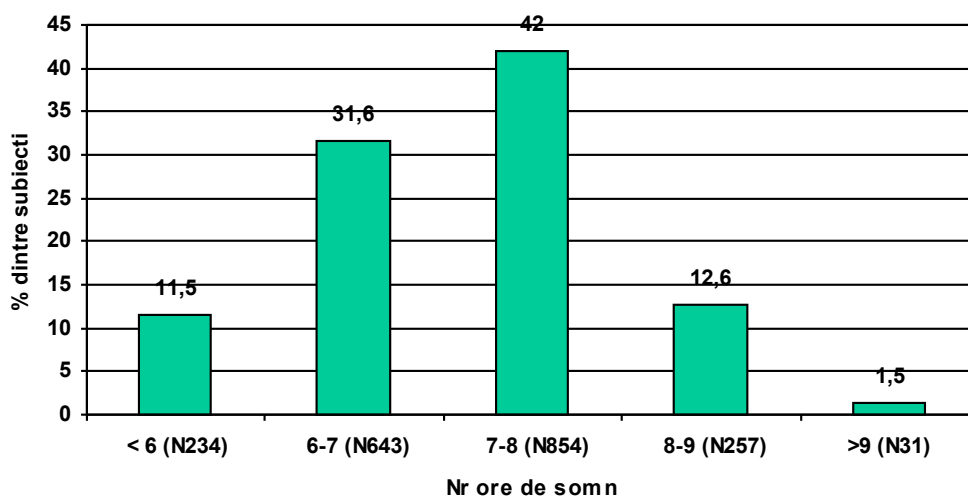


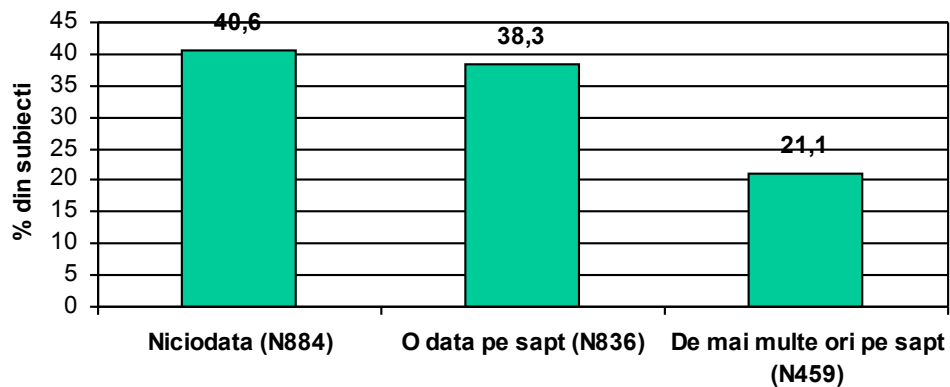
Figura de mai jos prezintă numărul de ore dormite în medie pe noapte de subiecți.

**Figura 8 Durata medie a somnului**



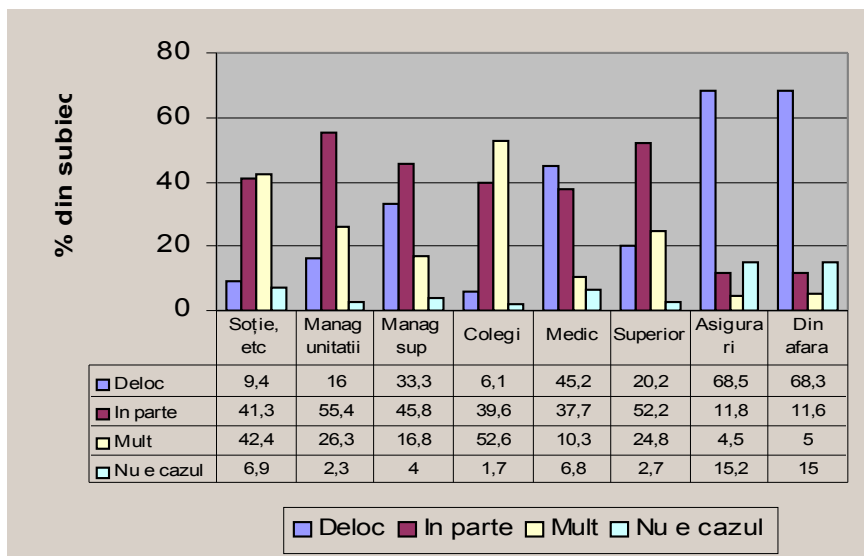


**Figura 9 Frecvența tulburărilor de somn**

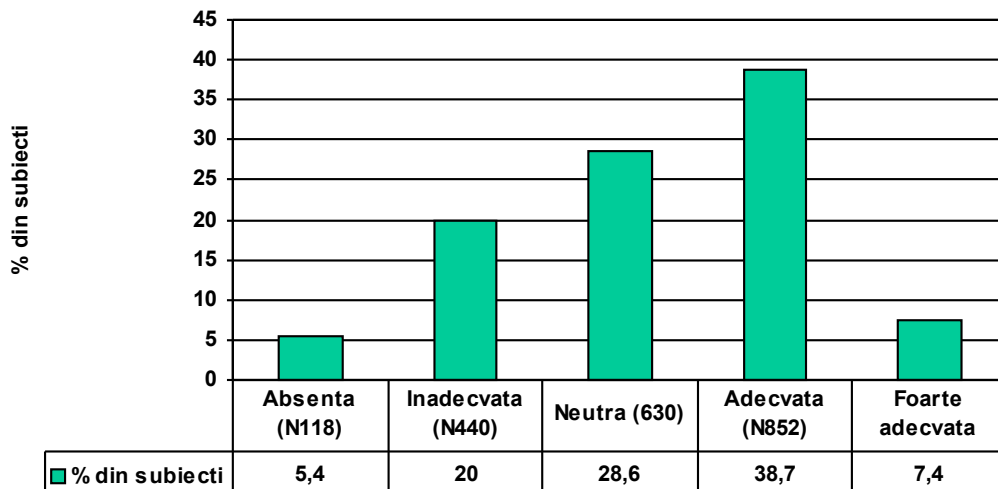


În continuare sunt prezentate rezultatele privind susținerea socială. În acest context, susținerea socială se referă la gradul de susținere psihologică oferită de persoane importante din anturajul individului. Această susținere poate lua o formă emoțională sau practică.

**Figura 10 Amplimea și sursele susținerii sociale**



**Figura 11 Calitatea susținerii**



### 3.4 Instruire și formare profesională

Aproximativ 70% dintre subiecți aveau un grad de instruire peste nivelul bacalaureatului, dintre care 21% erau absolvenți de liceu, 22,5% erau absolvenți de colegiu, 15,5% erau absolvenți de facultate și 10,6% erau absolvenți de studii postuniversitare. 3,5% dintre subiecți nu erau absolvenți de liceu, iar 8,3% erau absolvenți de școli profesionale, iar 18,5% obținuseră bacalaureatul.

Două treimi dintre subiecți (66,6% sau N1.499) au declarat că au participat la instruirii în ultimul an. În același timp 62,2% (N1.400) au considerat instruirea ca fiind relevantă pentru activitatea lor. Cu alte cuvinte, 93% dintre cei instruiți considerau că instruirea fusese importantă în activitatea lor.

503 angajați sau 22,4% din forța de muncă se afla în acel moment implicată într-o formă de instruire. 4,1% au declarat că petrec mai mult de zece ore pe săptămână cu studiul, iar alți 6,3%, între șase și zece ore pe săptămână. 12% au declarat că petrec mai puțin de cinci ore săptămânal cu studiul.

Pe scurt, angajații Consiliul de sănătate Midland sunt în mare bine instruiți, iar 22% dintre subiecți studiază în acest moment. Instruirea oferită de consiliu este relevantă pentru activitatea lor.

### 3.5 Sănătate și stare de bine

Conceptul sănătății și al stării de bine folosit în acest proiect este unul larg, incluzând elemente ale sănătății psihologice, fizice și capacitatea de muncă. Pentru a evalua sănătatea psihologică, a fost utilizat un instrument numit GHQ-12, care analizează într-o măsură robustă, validată tulburările stării de bine psihologice. În ce privește sănătatea fizică, a fost folosit Indexul capacității de muncă. Acest instrument evaluează capacitatea unui individ de a-și îndeplini sarcinile de serviciu.

Instrumentul GHQ-12 de evaluare a stării de bine psihologice este proiectat să evalueze tulburările funcționării psihologice normale. Este un instrument de screening și stabilește dacă o persoană suferă de tulburări psihologice. Aceasta se traduce prin a avea o stare emoțională care poate fi ameliorată prin măsuri luate pe plan profesional sau altele. O asemenea stare emoțională nu este neapărat cronică, deși poate fi, și se poate rezolva de la sine cu timpul.

Din rândul subiecților, 24,8% au raportat prezența tulburărilor psihologice. Acest procent este mai mare decât cel anticipat în populația generală, în care este de 16%. Totuși, procentul peste medie se întâlnește și la alte eșantioane de populație, cum ar fi șomerii (57,7%) și asistente medicale la sfârșitul unei serii de zece ture de noapte consecutive (47,6%). Prin comparație cu o anchetă realizată la nivel național în rândul a peste 1.500 de asistente medicale, procentul din Consiliul de sănătate Midland este foarte asemănător (25% față de 24,8%). Prin comparație, în trei eșantioane de profesori (un eșantion reprezentativ la nivel național de 2.800 de profesori de școală generală și liceu) s-a înregistrat un nivel mult mai ridicat de tulburări psihologice (între 28,9% și 37,4%). Procentul tulburărilor psihologice la personalul Consiliului de sănătate Midland a fost comparabil cu al celor 600 de participanți la un chestionar în rândul personalului de pe aeroport (25,2%).

Cel mai mare procent de tulburări psihologice s-a înregistrat la cadrele paramedicale (34%) și asistente medicale (33%). La asistentele medicale, cele mai importante procente au fost raportate de asistentele care lucrau în ture (40%), cel mai mare procent fiind înregistrat la asistentele care lucrau în tura de noapte la momentul chestionarului (45%).

Tulburările psihologice s-au corelat cu absenteismul. Angajații cu nivele reduse de stare de bine mintală au avut rate mai ridicate și perioade mai îndelungate de absenteism. Aceste rezultate au dus la concluzia că trebuie luate măsuri de îmbunătățire a stării mintale de bine și de reducere a absenteismului în rândul celui mai solicitat grup profesional, asistentele medicale.

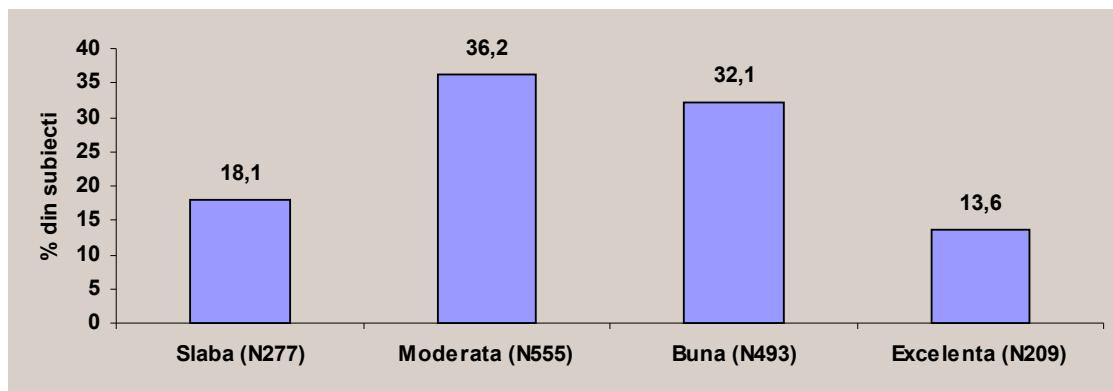
Starea fizică de sănătate a subiecților a fost examinată cu ajutorul Indexului capacității de muncă. Acesta oferă informații despre bolile curente pe care le are subiectul, fie diagnosticate de un medic (conform spuselor subiectului) fie însăși de persoana care le raportează. În total, au fost evaluate 12 categorii de afecțiuni. Rezultatele sunt prezentate în tabelele de mai jos. În fiecare dintre tabele, sunt prezentate ratele de prevalență ale bolilor diagnosticate de un medic (conform spuselor subiectului) și cele autodiagnosticate.

**Tabelul 10**

Răniri din accidente	% diagnosticat	% autodiagnosticat	Afecțiuni musculo-scheletale	% diagnosticat	% autodiagnosticat
Spate	14,2 (n320)	10,1 (n228)	Coloană toracală	3,6 (n81)	3,2 (n71)
Brat/mână	3,6 (n81)	2,9 (n66)	Coloană cervicală	3,6 (n82)	2,4 (n53)
Membru inferior/picior	4,8 (n109)	2,5 (n56)	Coloana lombară	11,1 (n249)	8,2 (n185)
Altele	3,2 (n72)	1,3 (n30)	Sciatică	6,9 (n154)	4,1 (n93)
			Mâini	1,5 (n33)	2,4 (n53)
			Picioare	1,4 (n31)	1,5 (n34)
<b>Boli cardiace</b>			Artrită reumatoidă	1,8 (n41)	1,4 (n32)
Hipertensiune	5,1 (n114)	1,3 (n30)	Altele	2,5 (n57)	0,8 (n17)
Coronaropatie	0,4 (n10)	0,6 (n14)			
Tromboză, IMA	0,1 (n2)	0,4 (n8)			
Insuficiență cardiacă	0,4 (n10)	0,4 (n10)			
Altele	1 (n23)	0,4 (n8)			
			<b>Boli respiratorii</b>		
			Infecții repetate	4,5 (n101)	1,4 (n31)
<b>Afecțiuni neurologice și senzoriale</b>			Bronșită cronică	0,4 (n9)	0,5 (n12)
De auz	1,4 (n31)	1,7 (n38)	Sinuzită cronică	2,2 (n50)	1,5 (n33)
De vedere	1,3 (n29)	0,5 (12)	Astm bronșic	5,6 (n125)	0,9 (n20)
Neurologice (de exemplu, atac cerebral, nevralgii, migrenă, epilepsie)	2 (n45)	1,2 (n2,8)	Emfizem	0,3 (n6)	0,3 (n6)
Altele	0,6 (n14)	0,3 (n7)	Tuberculoză	0,3 (n6)	0,3 (n6)
			Altele	0,8 (n18)	0,4 (n10)
<b>Aparat digestiv</b>					
Calculi biliari	1,7 (n39)	0,8 (n17)	<b>Afecțiuni genito-urinare</b>		
Boli hepatice sau pancreatice	0,2 (n4)	0,3 (n7)	Infecții de tract urinar	3,6 (n82)	1 (n22)
Ulcer gastric sau duodenal	2,6 (n58)	1,5 (n34)	Boli renale	0,7 (n16)	0,3 (n6)
Gastrită sau duodenită	1,2 (n28)	1,3 (n29)	Afecțiuni ginecologice	0,4 (n10)	0,4 (n8)
Colon iritabil, colită	2 (n46)	1,4 (n31)	Altele	0,7 (n16)	0,4 (n9)
Altele	3,7 (n83)	1,4 (n31)			
<b>Afecțiuni cutanate</b>			<b>Afecțiuni endocrine sau metabolice</b>		
Urticarii/eczeme	5,1(n114)	2,2 (n50)	Obezitate	1,2 (n27)	3,5 (n78)
Alte leziuni eritematoase	2 (n44)	0,9 (n21)	Diabet	0,8 (n19)	0,3 (n7)
Alte boli cutanate	2,3 (n51)	0,6 (n13)	Gușă sau alte afecțiuni tiroidiene	3 (n68)	0,4 (n8)
			Alte boli endocrine	0,3 (n6)	0,3 (n7)
<b>Boli hematologice și alte afecțiuni congenitale</b>			2,9 (n65)	1 (n23)	
Anemie și alte boli hematologice	0,7 (n15)	0,3 (n7)			
Defecte congenitale	0,2 (n5)	0,4(n9)			
Alte tulburări sau boli	0,2 (n5)	0,4(n9)			

Indexul capacității de muncă măsoară și nivelul capacității de muncă percepute. Figura de mai jos prezintă rezultatele în funcție de acest indicator.

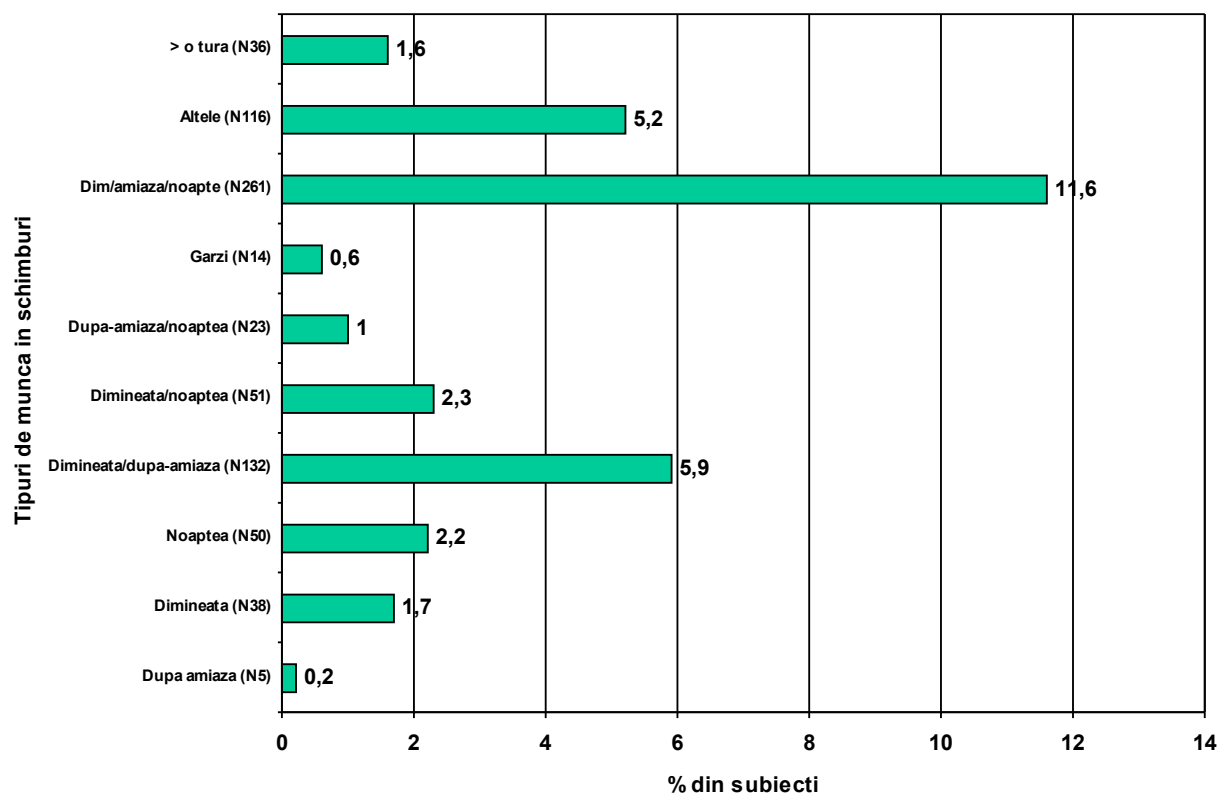
**Figura 12 Rezultatele indexului capacității de muncă**



### 3.6 Munca în schimburi

Chestionarul a conținut mai multe întrebări despre programul de muncă în schimburi în care lucrau angajații Autorității de sănătate Midland. Acestea au avut scopul de a stabili dacă programele erau optim proiectate, precum și de a evalua eventualele efecte ale acestora. Figura de mai jos descrie tipurile de muncă în schimburi din Autoritatea de sănătate Midland.

**Figura 13 Tipuri de muncă în schimburi**



Note: Noaptea, dimineata și după-amiaza se referă la munca în ture fixe. Combinațiile lor, după-amiază/noapte de pildă, se referă la persoanele care lucrează doar două ture prin rotație. Gărzile se referă

la persoanele care sunt ocazional de gardă. Dimineață/după-amiază/noapte se referă la un sistem de rotație completă a turelor.

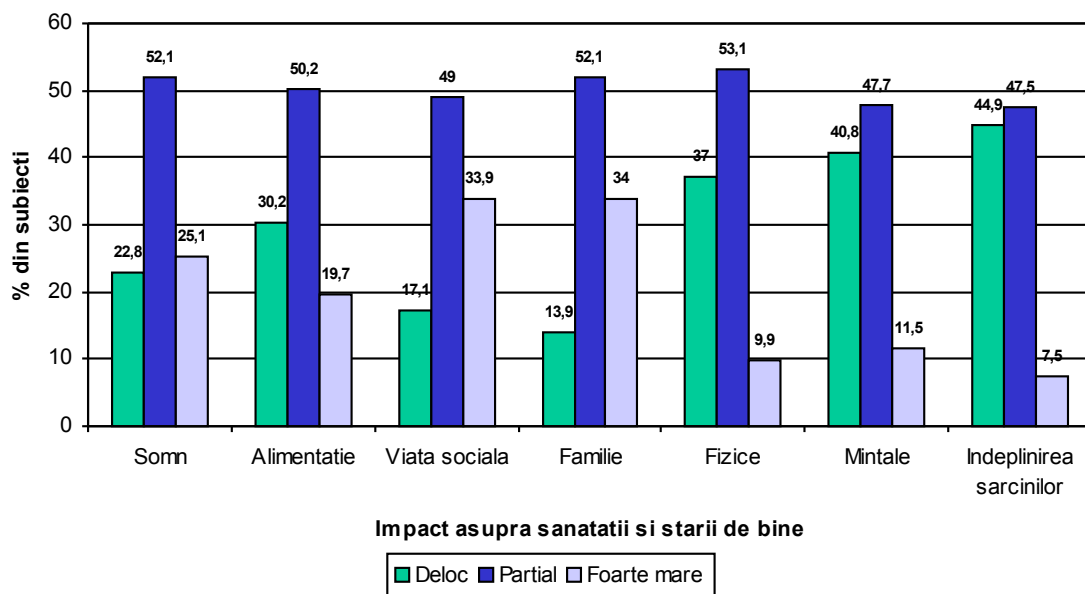
În total, 32,3% dintre subiecți au declarat că lucrează în schimburi. De departe, cel mai frecvent tip de organizare era sistemul rotației complete a turelor (11,6% dintre subiecți), urmat de sistemul dimineață/după-amiază (5,9% dintre subiecți). Un număr mai mic lucrau în alte sisteme. În total, 17,1% dintre subiecți lucrau într-un sistem de ture care presupunea și munca de noapte.

Alte date arată că 11% dintre subiecți lucraseră peste 30 de nopți în ultimele șase luni, iar alți 9,6% lucraseră între 15 și 30 de nopți. 7,4% dintre subiecți lucraseră mai puțin de 15 nopți. Alte date arată că, de departe, majoritatea celor din turele de noapte lucrau în ture de 12 ore (peste 20% dintre subiecți). Foarte puțini lucrau în ture de opt sau zece ore, iar unii lucrau în alt tip de ture decât cele enumerate.

Cea mai mare parte a angajaților care lucrau în tura de noapte, lucrau șapte nopți la rând (11,4% dintre subiecți). Un număr important lucrau trei nopți consecutive (3,3%). Aceste date indică faptul că un mare număr de angajați lucrau șapte nopți consecutiv în ture de 12 ore. Aceasta înseamnă de obicei că ei lucrau în sistemul o săptămână da, o săptămână nu, sistem de ture cunoscut ca fiind printre cele mai periculoase.

O altă întrebare din chestionar se referea la impactul pe care munca în schimburi îl avea asupra câtorva indicatori ai sănătății și stării lor de bine.

**Figura 14 Efecte adverse ale muncii în schimburi asupra sănătății și stării de bine**



Este evident că munca în schimburi are cel mai mare impact asupra vieții sociale și de familie – 34% dintre subiecții care lucrau în schimburi raportând că aceste aspecte ale vieții le erau afectate foarte mult. Doar 17% (viața socială) și 14% (viața de familie) dintre subiecții care lucrau în schimburi considerau că aceste aspecte ale vieții lor nu le erau afectate. Aproximativ 25% dintre subiecții care lucrau în schimburi declarau că le este afectat somnul, iar 23% că nu. Impactul asupra sănătății mintale și fizice era perceput ca redus de 41% dintre subiecții care lucrau în schimburi, iar de 27% ca absent. Obiceiurile alimentare erau moderat afectate de munca în schimburi – 20% considerau că acestea sunt afectate foarte mult. În sfârșit, subiecții care lucrau în schimburi nu considerau că aceasta le afectează capacitatea de a-și îndeplini sarcinile – doar 8% considerând că aceasta era afectată foarte mult, iar 45% că nu este deloc afectată.