

Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w ochronie zdrowia pracujących

Małgorzata Waszkowska, Agata Wężyk, Dorota Merez

Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

Waszkowska M, Wężyk A, Merez D. Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym w ochronie zdrowia pracujących. Med. Og Nauk Zdr. 2013; 19(4): 445–452.

Streszczenie

Wprowadzenie i cel pracy. Stosownie do dyrektyw europejskich w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz w obliczu konieczności przygotowania narodowej strategii i programu ochrony zdrowia pracujących, w najbliższych latach niezbędne będzie w Polsce powszechne wdrożenie programów przeciwdziałania stresowi w miejscu pracy. Obecnie brak jest przepisów prawa bezpośrednio regulujących zasady ochrony pracowników przez zagrożeniami psychospołecznymi oraz procedur w tym zakresie. Publikacja przedstawia propozycję modelu ochrony zdrowia pracujących przed zagrożeniami psychospołecznymi.

Opis stanu wiedzy. Proponowany model bazuje na założeniach europejskiego modelu zarządzania ryzykiem psychospołecznym (PRIMA-EF) oraz funkcjonującego w Polsce systemu opieki profilaktycznej nad pracownikami. W modelu główny nacisk kładzie się na prewencję pierwszorzędowną, skierowaną na organizację. Zarządzanie ryzykiem jest ciągłym procesem przebiegającym w pięciu etapach: 1) ocena ryzyka oraz audyt dotychczas stosowanych praktyk, 2) przygotowanie planu działania, 3) wdrożenie, 4) ewaluacja, 5) uczenie się organizacji. Realizacja działań antystresowych wymaga zaangażowania we wszystkich etapach zarządzania wielu interesariuszy: pracodawcy, pracowników, służby medycyny pracy i in.

Podsumowanie. Polska aktualnie posiada już pewien potencjał, jeśli chodzi o możliwości opracowania i wdrożenia nowego systemu ochrony zdrowia pracujących, uwzględniającego ochronę przez zagrożeniami psychospołecznymi. Konieczne są jednak działania w zakresie doskonalenia kompetencji przyszłych realizatorów zadań, związanych z przeciwdziałaniem stresowi zawodowemu.

Słowa kluczowe

stres zawodowy, promocja zdrowia, służba medycyny pracy, zdrowie pracowników, PRIMA-EF

WPROWADZENIE

We współczesnym środowisku pracy coraz częściej zwraca się uwagę na tzw. czynniki psychospołeczne, które, podobnie jak czynniki fizyczne, chemiczne, biologiczne, mogą wpływać na zdrowie i samopoczucie pracujących. Ich źródłem są fizyczne, organizacyjno – techniczne, społeczne i ekonomiczne warunki pracy. Niektóre spośród nich (tzw. zasoby pracy) mogą stanowić dla pracownika pomoc w radzeniu sobie z wymaganiami pracy (np. pozwalają redukować wymagania pracy i towarzyszące im koszty fizjologiczne, psychiczne i społeczne), sprzyjają rozwojowi osobistemu pracowników i osiąganiu zaplanowanych celów [1]. Inne natomiast, na drodze mechanizmu stresu, mogą powodować szkody psychiczne, społeczne lub fizyczne. Tę grupę czynników psychospołecznych określa się mianem „zagrożenia psychospołeczne” [2]. Do najczęściej wymienianych w literaturze przedmiotu należą: wysokie tempo pracy, monotonia, duże wymagania pracy i brak lub niska możliwość jej kontroli, brak nagród, niepewność zatrudnienia, konflikt praca – dom, przemoc, szkodliwe warunki pracy [3, 2, 4, 5].

Czynniki psychospołeczne stanowią źródło stresu dla pracowników wówczas, gdy zakres i wielkość ich zasobów osobistych (m.in. właściwości osobowości, styl i strategie radzenia sobie ze stresem, kompetencje zawodowe, stan zdrowia, wsparcie społeczne) nie są wystarczające do tego,

by efektywnie radzić sobie z wymaganiami i specyficznymi charakterystykami pracy [1, 6, 7, 8].

W takich przypadkach zapoczątkowują one proces stresu, na który składa się wiele funkcjonalnych zmian natury biologicznej, poznawczej, emocjonalnej i behawioralnej. Wczesnymi, odwracalnymi skutkami stresu są m.in. różnego typu dolegliwości somatyczne o charakterze czynnościowym. Jednak, gdy oddziaływanie zagrożeń jest długotrwałe lub/ i bardzo silne, mogą one prowadzić do wystąpienia zaburzeń stanu zdrowia lub zaostrzenia przebiegu już istniejących chorób (np. choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienności serca, choroba wrzodowa żołądka, zaburzenia lękowe i nastroju) [9, 10]. Istnieją również dowody naukowe na to, że intensywna ekspozycja na zagrożenia psychospołeczne może skutkować zaburzeniami stanu psychicznego, wypaleniem zawodowym [10, 11] czy nagłymi incydentami sercowymi. Ponadto stres sprzyja popełnianiu błędów w pracy i wypadkom, jak również sprzyja szkodliwym dla zdrowia zachowaniom, takim jak palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie [12, 13].

Dalszymi konsekwencjami stresu są: wzrost absencji chorobowej pracowników oraz obniżenie wydajności i jakości pracy w efekcie obniżenia zaangażowania w pracę, utrata dobrego wizerunku firmy oraz inne zakłócenia funkcjonowania przedsiębiorstwa przynoszące starty finansowe zarówno firmie, jak i państwu, które ponosi koszty leczenia skutków stresu u pracowników, rehabilitacji [2, 14].

Czynniki psychospołeczne występujące w miejscu pracy i stres z nimi związany zostały uznane w wielu państwach całego świata za istotne zagrożenie dla zdrowia i bezpieczeństwa pracujących. Według danych z 2005 r., w krajach Unii

Adres do korespondencji: Małgorzata Waszkowska, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera
e-mail: waszko@imp.lodz.pl

Nadesłano: 3 kwietnia 2013 roku; Zaakceptowano do druku: 10 czerwca 2013 roku



Europejskiej przeciętnie ok. 22% zaburzeń stanu zdrowia było skutkiem stresu zawodowego [15], przy czym w Polsce wskaźnik ten wynosił 35%.

W państwach członkowskich UE-15 koszty stresu zawodowego i związanych z nim zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego szacuje się na 3–4% wartości produktu narodowego brutto. Odpowiada to kwocie 265 mld EUR rocznie, w tym ok. 20 000 mln EUR to koszty absencji chorobowej i koszty leczenia [16].

Według przewidywań Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), wraz z popularyzacją nowych technologii, coraz szybszą globalizacją oraz starzeniem się populacji europejskiej skutkującym wzrostem obciążenia pracą osób aktywnych zawodowo, poziom stresu w pracy w najbliższych latach drastycznie wzrośnie [16].

Organizacje międzynarodowe, jak i narodowe (np. Komisja Europejska ILO-OSH, Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy – EU-OSHA, Komisja Zdrowia i Bezpieczeństwa – HSC), które powołane zostały w celu promowania dbałości o warunki pracy i zdrowie pracowników, coraz częściej podejmują działania mające także na celu ograniczanie poziomu stresu doświadczanego w pracy i jego negatywnych skutków. Ich efektem jest:

- zgromadzenie dużej liczby danych nt. psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy i ich skutków, efektywności wdrażanych programów antystresowych, świadomości problemu stresu zawodowego i możliwości oddziaływania podmiotów odpowiedzialnych za politykę bezpieczeństwa pracy, tworzenie bezpiecznych warunków pracy, ochronę zdrowia pracujących, jak również danych nt. wprowadzanych stosownych zmian w obowiązujących aktach prawnych dotyczących bezpieczeństwa pracy i zdrowia pracujących;
- opracowanie wytycznych i standardów dotyczących systemów zarządzania bezpieczeństwem i zdrowiem w pracy, oceny ryzyka i promowania bezpieczeństwa i zdrowia w pracy [17].

Analiza efektywności dotychczas wdrażanych programów antystresowych [17, 18] prowadzi do wniosków, że prewencja stresu zawodowego nie może sprowadzać się do przeprowadzania incydentalnych działań, wdrażania krótkotrwałych programów antystresowych czy promujących zdrowie, lecz powinna stanowić integralną część ogólnej strategii ochrony zdrowia pracujących i podtrzymywania ich zdolności do pracy. Potrzebna jest zatem odpowiednia polityka państwa, traktująca problematykę stresu zawodowego jako ważny element ochrony zdrowia pracujących oraz stosowne rozwiązania prawne dotyczące systemu ochrony zdrowia pracujących (zakres zadań i zasady współpracy podmiotów odpowiedzialnych za te ochronę), nakładające na pracodawców obowiązek monitorowania psychospołecznych zagrożeń w środowisku pracy i przeciwdziałania ich negatywnym skutkom, a także regulujące sposób finansowania realizacji poszczególnych działań w ochronie zdrowia. Wnioski powyższe dotyczą również sposobu ochrony zdrowia i bezpieczeństwa w Polsce. W raporcie opracowanym przez J. Rantanena i R. Kima, dotyczącym zagadnień ochrony zdrowia pracujących w naszym kraju, zawarto propozycje kierunku zmian mających na celu polepszenie ochrony zdrowia pracujących (OZP) [19].

Proponuje się, by OZP odnosiła się do aspektów życia zawodowego i ochrony zdrowia pracujących, z uwzględnieniem specyfiki zakładu pracy, sektora gospodarki, parametrów

firmy takich jak: wielkość i organizacja przedsiębiorstwa, rodzaj wykonywanej pracy, środowisko pracy oraz wzorce zatrudnienia.

Ulec zmianie powinny charakter i zakres działalności systemu OZP. Obecnie ochrona zdrowia pracujących sprowadza się do działań mających na celu ograniczenia ekspozycji pracowników na tzw. czynniki twarde (czynniki chemiczne, fizyczne, biologiczne) oraz na ocenie ich stanu zdrowia (wpływu ww. czynników na stan zdrowia i orzecznictwo o zdolności do pracy) w ramach badań profilaktycznych wykonywanych przez służbę medycyny pracy. We wspomnianym raporcie uznano, że są to działania niewystarczające i ochrona zdrowia pracujących powinna mieć wielodyscyplinarny charakter i obejmować przede wszystkim promocję zdrowia i profilaktykę zdrowotną, nadzór, rozpoznawanie i ocenę zagrożeń zdrowia (dla celów służby ochrony zdrowia pracujących, inną niż dla celów przepisów BHP), informację i edukację w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących, informację i doradztwo w zakresie zdrowych, bezpiecznych praktyk pracy i zdrowego stylu życia, badania lekarskie, ocenę i promocję zdolności do pracy itp. W związku z tym proponuje się, by system obejmował działania związane z:

- profilaktyką zagrożeń w miejscu pracy;
- promocją zdrowia i zdolności do pracy pracowników (z uwzględnieniem m.in. zagrożeń psychospołecznych);
- łączeniem życia zawodowego i rodzinnego oraz indywidualnymi czynnikami związanymi z pracą;
- nadzorem, rozpoznaniem, profilaktyką, oceną ryzyka i monitorowaniem zagrożeń;
- informacją i edukacją zdrowotną, doradztwem i wsparciem specjalistycznym;
- edukacją zdrowotną i poradnictwem;
- wstępnymi i okresowymi badaniami lekarskimi.

Z uwagi na wielość i zróżnicowanie działań w obszarze ochrony zdrowia pracujących konieczne jest zaangażowanie w jego opracowanie i wdrażanie wielu podmiotów: rządu, instytucji i służb państwowych odpowiedzialnych za bezpieczeństwo i higienę pracy oraz zdrowie pracowników, instytucji naukowych, przedsiębiorców, jak również pracowników.

Za zasadne przyjęto opracowanie *Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących* (NSOZP) uwzględniającej *Program Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy*, obejmującej wyniki analizy obecnej sytuacji oraz trendów w zakresie rozwoju życia zawodowego, stanu zdrowia, bezpieczeństwa pracy oraz zdolności do pracy polskiej siły roboczej, zidentyfikowane zagrożenia, wyzwania i możliwości. Powinna ona określać cele strategiczne i plan działań wdrożeniowych.

Przy opracowywaniu kompleksowego systemu OZP zaleca się korzystanie z międzynarodowych doświadczeń i dobrych praktyk w omawianym zakresie.

W niniejszej publikacji przedstawiona zostanie propozycja zastosowania w systemie ochrony zdrowia pracujących modelu *Zarządzania Ryzykiem Psychospołecznym* (ZRP), prezentującym sposób ograniczania ryzyka związanego z czynnikami psychospołecznymi. Jego założenia są, zdaniem autorów, w dużym stopniu zbieżne z przedstawionymi wyżej zaleceniami dotyczącymi rozwoju ochrony zdrowia pracujących i mogą być wykorzystane przy tworzeniu NSOZP.



EUROPEJSKI MODEL ZARZĄDZANIA RYZYKIEM PSYCHOSPÓŁECZNYM

Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym (ZRP) jest rekomendowaną przez Światową Organizację Zdrowia oraz Europejską Agencję Bezpieczeństwa i Zdrowia formą przeciwdziałania stresowi zawodowemu i jego skutkom [20,21]. Model został opracowany w projekcie *Psychosocial Risk Management – European Framework* (PRIMA – EF) zrealizowanym w ramach 6. Programu Ramowego Unii Europejskiej.

Idea i koncepcja dotyczące zarządzania czynnikami psychospołecznymi w środowisku pracy została zapożyczona z koncepcji oceny ryzyka zagrożeń fizycznych, opartej na cyklu kontrolnym, zaproponowanym przez Dyrektywę Rady 98/24/WE. Analogicznie do definicji „zagrożenia” i „ryzyka”, stosowanych w odniesieniu do czynników fizycznych, zagrożenia psychospołeczne definiuje się jako każdy rodzaj bodźca/sytuacji, który oddziałuje na człowieka na drodze mechanizmów psychologicznych, powodując szkodę w postaci zakłóceń w dobrym funkcjonowaniu i zaburzeń zdrowia. Natomiast ryzyko związane z czynnikami psychospołecznymi to prawdopodobieństwo, że ujawni się potencjał szkodliwości i możliwy zakres szkód, jakie te czynniki wywołają [20].

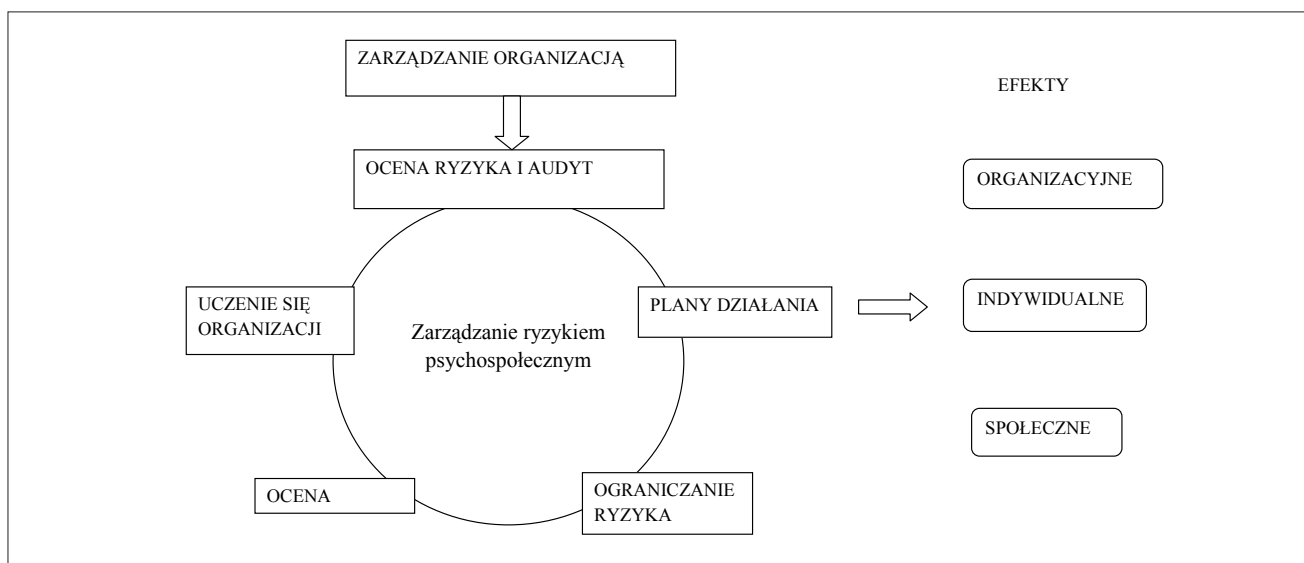
W klasyfikacji opracowanej w ramach projektu PRIMA-EF (*Zarządzanie Ryzykiem Psychospołecznym – ramowe podejście europejskie*) [20] wyróżnia się następujące kategorie zagrożeń psychospołecznych:

- 1) treść pracy (np. brak różnorodności, konieczność ciągłych kontaktów z ludźmi);
- 2) obciążenie pracą i tempo pracy (np. presja czasu, przeciążenie i niedociążenia pracą);
- 3) czasowe ramy pracy (np. praca zmianowa, nieelastyczny czas pracy);
- 4) kontrola (np. tempo pracy, ograniczona partycypacja w podejmowaniu decyzji);
- 5) środowisko i sprzęt (np. złe warunki środowiskowe, brak lub nieodpowiedni sprzęt);
- 6) kultura i funkcje organizacji (zła komunikacja, niezdefiniowane, niezgodnione cele organizacyjne);
- 7) stosunki międzyludzkie w pracy (konflikty międzyludzkie, społeczna lub fizyczna izolacja);

- 8) rola w organizacji (np. niejasność roli, brak wsparcia społecznego);
- 9) rozwój kariery (niepewność pracy, stagnacja i niepewność w przebiegu kariery);
- 10) relacja praca – dom (sprzeczne wymagania pracy i domu, problemy związane z karierą partnerów).

W modelu przyjęto m.in., że zarządzanie ryzykiem psychospołecznym i ochrona zdrowia pracowników przed czynnikami psychospołecznymi są koniecznością wynikającą z przepisów prawa, a także kwestią etyczną mieszczącą się w zakresie społecznej odpowiedzialności biznesu. Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym ma pozytywne skutki nie tylko dla firmy i jej pracowników, ale również na poziomie społecznym, gdyż przyczynia się do promowania zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia ogólnej populacji. W założeniach ZRP powinno stanowić stały element zarządzania przedsiębiorstwem i łączyć w sobie działania z zakresu organizacji pracy, bezpieczeństwa i higieny pracy (ocena ryzyka i jego zmniejszanie, badania profilaktyczne pracowników), zarządzania zasobami ludzkimi (właściwy dobór zawodowy, doskonalenie kompetencji zawodowych pracowników), promocji zdrowia (propagowanie zdrowego stylu życia, ponadstandardowe usługi medyczne). Jego elementem jest również realizacja programów antystresowych. Przy czym tym, co odróżnia ZRP od konwencjonalnego, opartego głównie na edukacji podejścia do redukcji stresu zawodowego, jest nacisk na prewencję pierwszorzędową, skierowaną na organizację, a dopiero, gdy jest to konieczne, również na prewencję drugorzędową i trzeciorzędową, skierowaną na jednostkę (pracownika), a także ciągłość planowanych interwencji.

Zarządzanie ryzykiem musi mieć charakter cykliczny, z uwagi na to, że: nie zawsze wdrożenie określonych zmian przynosi wszystkie oczekiwane efekty, istnieje możliwość wystąpienia ograniczeń możliwości wprowadzania niektórych zmian w środowisku pracy czy pojawienia się nowych zagrożeń na skutek rekonstrukcji środowiska pracy wymaganej przez zmiany pozaorganizacyjnych warunków pracy (np. zmiana przepisów). Model zarządzania ryzykiem psychospołecznym określa najważniejsze elementy i etapy zarządzania ryzykiem (ryc. 1).



Rycina 1. Model Zarządzania Ryzykiem Psychospołecznym



Działania w ramach ZRP powinny stanowić element zarządzania organizacją, prowadzącego do wzrostu organizacji i dlatego wymagają zaangażowania wielu podmiotów, tj. wszystkich przedstawicieli organizacji (kadra zarządzająca, służba bhp, pracownicy i ich przedstawiciele), przy wsparciu wewnętrznych lub zewnętrznych ekspertów, usługodawców.

Opracowany w ramach projektu PRIMA-EF model zarządzania ryzykiem psychospołecznym ma z założenia charakter bardzo ogólny. Nie dostarcza on gotowych procedur i narzędzi służących do identyfikacji zagrożeń psychospołecznych występujących w środowisku pracy oraz określania związanego z nimi ryzyka dla zdrowia. Nie wskazuje również standardów czy norm „bezpiecznego”, akceptowalnego poziomu stresu. Opracowanie takich norm na wzór normatywnych higienicznych dla tzw. twardych czynników środowiska pracy jest praktycznie niemożliwe, z uwagi na duży udział czynników indywidualnych w uruchamianiu procesu stresu w odpowiedzi na czynniki psychospołeczne. Wdrożenie modelu napotyka bariery, którymi są:

- niewystarczający poziom świadomości pracodawców i pracowników dotyczący zjawiska stresu, jego skutków i możliwości przeciwdziałania mu,
- niska motywacja pracodawców do zaangażowania się w działania antystresowe,
- ograniczona dostępność ekspertów, mogących wesprzeć głównych aktorów ZRP w ich działaniach, które w naszym kraju nie są jeszcze wystarczające [22, 23].

Wdrożenie ZRP w konkretnym państwie, przedsiębiorstwie wymaga również pewnej adaptacji do obowiązujących warunków prawnych, politycznych i systemów ochrony zdrowia pracujących i bezpieczeństwa pracy. Zaznaczyć jednak należy, że założenia modelu i jego struktura nawiązują do zapisów dyrektyw europejskich dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy, których sygnatariusze są zobligowani do ich realizacji poprzez wprowadzanie odpowiednich zmian politycznych, legislacyjnych, systemowych. Wobec perspektywy opracowania w naszym kraju *Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących*, autorki proponują model ochrony zdrowia pracujących przed zagrożeniami psychospołecznymi bazujący na założeniach modelu europejskiego (PRIMA-EF) oraz na funkcjonującym w Polsce systemie opieki profilaktycznej nad pracownikami.

PROPONOWANY MODEL ZARZĄDZANIA RYZYKIEM PSYCHOSPOŁECZNYM

Warunkiem stworzenia systemu ZRP w przedsiębiorstwie jest powołanie zespołu osób, które będą tworzyć politykę w tym zakresie (przesłanie dla pracowników i partnerów społecznych, że firma docenia wagę problemu stresu zawodowego i traktuje je poważnie), projektować interwencje, realizować je, kontrolować. W jego skład powinien wejść przedstawiciel kierownictwa, przedstawiciele pracowników, inspektor bhp, pracownicy służby medycyny pracy, sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikami danej firmy, odpowiedzialni za promocję zdrowia. W pracach zespołu mogą uczestniczyć eksperci – inspektorzy Państwowej Inspekcji Pracy, naukowcy, którzy wesprą zespół swoją wiedzą i praktycznymi umiejętnościami.

Zarządzanie ryzykiem psychospołecznym przebiega w pięciu etapach.

Etap 1. Ocena ryzyka oraz audyt dotychczas stosowanych praktyk.

Celem tego etapu jest:

- identyfikacja czynników psychospołecznych występujących w środowisku pracy na różnych stanowiskach;
- ocena skutków zdrowotnych (somatycznych i psychicznych) i organizacyjnych ich oddziaływania (np. poziom absencji, wielkość fluktuacji pracowników i związane z tym koszty);
- określenie ryzyka psychospołecznego (związku między ekspozycją na zagrożenia psychospołeczne i stanem zdrowia);
- ocena ryzyka rezydualnego (zagrożenia czynnikami, których organizacja nie opanowała, jeśli wcześniej prowadzone były w firmie działania antystresowe);
- określenie pozytywnych aspektów pracy (zasobów pracy), które należy wzmacniać i promować.

Potrzebne dane można pozyskać poprzez:

- prowadzenie stosownych badań sondażowych (np. grupy focusowe, ankiety, kwestionariusze), analizę pracy;
- analizę danych zgromadzonych w trakcie okresowych badań profilaktycznych pracowników (lekarских i psychologicznych), dotyczących ich stanu zdrowia i uciążliwych, stresujących czynników występujących w środowisku pracy zgłaszanych spontanicznie, jak również pozyskanych drogą badań kwestionariuszowych;
- analizę danych o zatrudnieniu i wybranych aspektów ekonomicznych funkcjonowania firmy będących wskaźnikami skutków stresu (np. absencja, fluktuacja pracowników i ich koszty).

Wszystkie zgromadzone informacje powinny być wykorzystane w celu określenia możliwych związków pomiędzy ekspozycją na zagrożenia psychospołeczne i stanem zdrowia. Analiza powinna dostarczyć informacji nt. tego, które z zagrożeń psychospołecznych stanowią największe ryzyko (które występują najczęściej lub w największym nasileniu, jak silny jest związek między występującym zagrożeniem a skutkami zdrowotnymi, jak duża grupa pracowników jest ekspozowana na określone czynniki). Może być ona oparta na logicznym rozumowaniu lub wykonana z zastosowaniem technik statystycznych czy też metod oceny ryzyka zawodowego np. *Risc Score* [24].

Etap 2. Przygotowanie planu działania.

Na tym etapie przygotowywany jest plan działań, które należy podjąć w celu zmniejszenia ryzyka psychospołecznego. Powinien on być racjonalny, tj. taki, który:

- stawia sobie cele możliwe do osiągnięcia i które mogą być realizowane w ramach codziennej działalności;
- uwzględnia dostępne i możliwe do pozyskania środki, zasoby kadrowe.

Poza celami powinien on zawierać:

- sposoby ich osiągnięcia,
- harmonogram,
- podmioty odpowiedzialne za realizację działań,
- potrzebne środki (np. Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakładowy Fundusz Socjalny),
- oczekiwane korzyści i ich miary oraz wskaźniki,
- sposób oceniania skuteczności działań.



Przystępując do określenia rodzajów i liczby celów działań, typu interwencji oraz wyboru ich realizatora, należy kierować się oceną ryzyka i wielkością środków, jakie są do dyspozycji. Mogą one pochodzić ze środków własnych przedsiębiorstwa, w tym funduszu socjalnego, środków przewidzianych na ochronę zdrowia pracowników (badania profilaktyczne) czy poprawę bezpieczeństwa pracy, funduszy europejskich itp. Stosownie do nich, projektując interwencję, można skoncentrować się na tych czynnikach, które stwarzają największe ryzyko lub które są może nieco mniej istotne, ale można je stosunkowo szybko usunąć lub zmniejszyć ich natężenie.

Wielkość środków decyduje również o wyborze rodzaju interwencji: może ona polegać tylko na wprowadzaniu zmian w środowisku pracy lub uwzględniać również wzmocnienie zasobów pracowników, tj. ich kompetencji zawodowych, umiejętności radzenia sobie ze stresem, potencjału zdrowotnego, pozwalających na lepsze radzenie sobie z wymaganiami pracy.

Niektóre spośród interwencji (programów) mogą być realizowane przez podmioty zewnętrzne, np. ośrodki szkoleniowe, terapeutyczne, ale znaczącą ich część może być przeprowadzana przez samą organizację. Ich wybór zależy również od ilości posiadanych środków, jak również dostępności określonych usług.

Etap 3. Wdrożenie.

Na tym etapie realizowane są zaplanowane zadania – interwencje, które mogą przebiegać na trzech poziomach: organizacji, poziomie indywidualno-organizacyjnym i indywidualnym. Dokonuje się zatem modyfikacji organizacji pracy, likwiduje wybrane zagrożenia psychospołeczne, bądź podejmuje się działania, które mają na celu zmniejszenie ich uciążliwości, prowadzi się stosowne szkolenia i treningi dla pracowników doskonalące ich wiedzę i umiejętności zawodowe, umiejętności radzenia sobie ze stresem. Można również włączyć element poradnictwa i konsultacji indywidualnych dla pracowników do zakresu usług świadczonych przez lekarza sprawującego nad nimi opiekę profilaktyczną oraz współpracującego psychologa, czy też uruchomić komórkę zatrudniającą fachowców (np. psychologa), w której udzielane są indywidualne konsultacje i porady dla pracowników, organizuje się treningi i zajęcia relaksacyjne oraz prowadzi działania promujące zdrowie mające na celu zmianę stylu życia (zwiększenie aktywności fizycznej, rzucenie palenia, zdrowe odżywianie itd.). Należy zaznaczyć, że niektóre z tych działań nie wpływają na poprawę środowiska pracy, ale sprzyjają zachowaniu zdrowia i łagodzeniu psychicznych i somatycznych skutków stresu, nie tylko zawodowego, ale i związanego z życiem pozazawodowym.

Etap 4. Ocena realizacji wdrożenia.

Przeprowadzone wdrożenia poddawane są weryfikacji. Ocenie należy poddać proces wdrażania, zastosowane środki i metody, koszty i zyski, zarówno materialne, jak i niematerialne (np. koszty finansowe wdrożenia, spadek absencji, wzrost satysfakcji z pracy, zwiększenie efektywności pracy, zmniejszenie liczby wypadków). Ewaluacji można dokonać poprzez ponowną ocenę środowiska pracy oraz ocenę percepcji pracy (odczuwanego przez pracowników stresu), stanu zdrowia pracowników i porównanie wyników ze stanem wyjściowym. Dlatego w ocenie skuteczności należy posłużyć się tymi samymi miarami i wskaźnikami, jakie wykorzystywane były do oceny ryzyka zagrożeń. Ocena powinna pozwolić

na określenie mocnych i słabych stron tych elementów, co stanowić może podstawę doskonalenia systemu zarządzania.

Etap 5. Uczenie się organizacji.

Wyniki i wnioski z procesu ewaluacji projektu powinny stanowić bazę do dyskusji i uczenia się, zatem:

- powinny być one przedstawione pracownikom objętym działaniami antystresowymi i przedyskutowane z nimi (stanowiąc element dialogu społecznego w firmie),
- jeśli istnieje taka możliwość, wskazana jest również wymiana doświadczeń z innymi zespołami zarządzającymi ryzykiem psychospołecznym w różnych przedsiębiorstwach, np. w formie wizyt studialnych, sympozjów.

Efektom tych działań powinno być opracowanie konstruktywnych wniosków służących udoskonaleniu zarządzania ryzykiem psychospołecznym w jego następnym cyklu.

Szczególną rolę w profilaktyce stresu zawodowego odgrywają lekarze sprawujący opiekę profilaktyczną nad pracownikami, promotorzy zdrowia, psychologowie, którzy praktycznie mogą uczestniczyć w większości etapów ZRP, zarówno jako eksperci, jak i wykonawcy niektórych zadań. Mogą oni być inicjatorami wprowadzenia ZRP w firmie, zachęcić pracodawcę do jego wprowadzenia. Powinni wejść w skład grupy odpowiadającej za zarządzanie ryzykiem psychospołecznym lub pełnić w nim rolę ekspertów. Ich udział wskazany jest w realizacji zadań związanych z:

- tworzeniem polityki, programu i harmonogramu działań;
- przygotowaniem narzędzi i wskaźników służących do oceny zdrowotnych skutków stresu zawodowego, identyfikacji źródeł stresu i zasobów pracy;
- określeniem rodzajów, sposobów interwencji;
- opracowaniem procedury ewaluacyjnej.

Mogą być oni również wykonawcami niektórych, przewidzianych w programie, działań. Przede wszystkim mamy tu na myśli udział w określaniu ryzyka zagrożenia czynnikami psychospołecznymi, dokonywanym wraz z inspektorem bhp na podstawie analizy i interpretacji informacji standardowo pozyskiwanych podczas badań profilaktycznych, wizytacji stanowisk pracy, informacji o środowisku pracy gromadzonych przez komórkę bhp.

Jeśli harmonogram zadań przewiduje wdrożenie programu profilaktycznego, w ramach którego konieczne będzie przeprowadzenie szkoleń dla pracowników czy opracowanie dla nich materiałów informacyjno-edukacyjnych, przeprowadzenie celowanych badań diagnostycznych (np. z wykorzystaniem dostępnych lub specjalnie przygotowanych do tego celu ankiet, kwestionariuszy), lekarz, psycholog, promotor zdrowia również mogą wziąć czynny udział w ich realizacji jako organizatorzy lub/i wykonawcy.

Poszczególni specjaliści powinni odgrywać wiodącą rolę w kolejnych etapach ZRP. Przykładowo, w etapie 1. (ocena ryzyka i audyt) osobą taką może być inspektor bhp, w etapie 3. (wdrożenie), zależnie od tego, jaki jest dominujący poziom i rodzaj interwencji, może nim być inspektor bhp lub lekarz (tab. 1).

Europejski model zarządzania ryzykiem psychospołecznym jest implementowany w przedsiębiorstwach na terenie wielu krajów naszego kontynentu, a zwłaszcza w Szwecji, Finlandii i Belgii. Najczęściej ma to miejsce w firmach dużych, o wysokiej kulturze bezpieczeństwa pracy, w których jednym z priorytetów jest tworzenie zdrowego środowiska



Tabela 1. Wdrożenia Zarządzania Ryzykiem Psychospołecznym

Zainicjowanie i powołanie zespołu		
Etap 1. Ocena ryzyka oraz audyt dotychczas stosowanych praktyk		
Zadanie	realizator	Działanie
identyfikacja czynników psychospołecznych	inspektor bhp, inspektor PIP, lekarz, psycholog	- analiza pracy (obserwacja, kwestionariusze, ankiety, wywiady i in.)
ocena stanu zdrowia pracowników – poziom i skutki stresu	lekarz, psycholog	- badania profilaktyczne (lekarskie, psychologiczne), badania celowane (kwestionariusze, ankiety)
ocena skutków stresu organizacji	dział zarządzania personelem, dział ekonomiczny	- określenie wskaźników skutków stresu i ich analiza
ocena ryzyka	inspektor bhp (lekarz)	- metody oceny ryzyka - analiza związków pomiędzy występowaniem czynników psychospołecznych a zdrowiem pracowników
audyt dotychczas stosowanych praktyk	inspektor bhp, dział zarządzania personelem, dział ekonomiczny	- porównanie kosztów i zysków (zmniejszenia strat) materialnych i niematerialnych
Etap 2. Przygotowanie planu działania		
określenie celów, oczekiwanych korzyści i zmian, sposobów ich osiągnięcia	zarząd przedsiębiorstwa, inspektor bhp, lekarz, psycholog, promotor zdrowia, dział zarządzania personelem, dział ekonomiczny	- określenie celów - efektów wdrożenia (poprawa stanu zdrowia pracowników, obniżenie poziomu stresu, spadek absencji chorobowej), - określenie zagrożeń psychospołecznych, na które będzie skierowana interwencja, określenie sposobów interwencji (konkretne zmiany w środowisku pracy, szkolenia dla pracowników, edukacja w zakresie redukcji stresu i zdrowego stylu życia i in.)
określenie realizatorów, harmonogramu działań, sposobu oceniania skuteczności działań	j.w	- wskazanie realizatorów (wewnątrz przedsiębiorstwa i podmiotów zewnętrznych), - określenie zadań i terminów ich realizacji - określenie terminu ponownej oceny wskaźników skutków stresu
przygotowanie kosztorysu	dział ekonomiczny	- analiza dostępnych i możliwych do zdobycia środków, - przygotowanie przybliżonego kosztorysu zaplanowanych działań
Etap 3. Wdrożenie		
interwencja na poziomie organizacji - modyfikacja środowiska pracy	zarząd przedsiębiorstwa, inspektor bhp	- zmiany higienicznych i organizacyjnych warunków pracy w wyznaczonym zakresie, - uczenie pracowników nowych umiejętności i in., - przygotowanie materiałów informacyjno-edukacyjnych, związanych z wdrożeniem, dla pracowników
interwencja na poziomie organizacyjno - indywidualnym	zarząd przedsiębiorstwa, dział zarządzania personelem	- zmiany personalne na stanowiskach pracy (dopasowanie indywidualnych możliwości i wymagań pracy), - zmiany sposobu zarządzania i in.
interwencja na poziomie indywidualnym	lekarz, psycholog, promotor zdrowia, podmioty zewnętrzne	- utworzenie komórki udzielającej porad indywidualnych, - wdrożenie programów promocji zdrowia (badania przesiewowe, program zwalczania nałogu palenia tytoniu, zajęcia sportowo-rekreacyjne), - treningi psychoterapeutyczne (relaksacja, terapia poznawczo-behavioralna)
Etap 4. Ocena realizacji wdrożenia		
ocena efektów dla przedsiębiorstwa	dział ekonomiczny, dział zarządzania personelem, inspektor bhp	- ponowna analiza wskaźników skutków stresu dla przedsiębiorstwa
ocena efektów dla pracowników	lekarz, psycholog	- ponowna analiza indywidualnych (zdrowotnych, psychologicznych) wskaźników skutków stresu
analiza danych z monitoringu – problemy, błędy, sukcesy	wszyscy interesariusze	analiza dokumentacji związanej z wdrażaniem ZRP
Etap V: Uczenie się organizacji		
dyskusja i uczenie się	wszyscy interesariusze	zebranie informacyjno-dyskusyjne z pracownikami, udział w konferencjach

pracy [25]. Z uwagi na to, że koncepcja ZRP powstała stosunkowo niedawno, brak jest empirycznych danych nt. skuteczności opartych na niej działań antystresowych, jak również niewiele jest dostępnych opisów dobrych praktyk w tym zakresie [26]. Niemniej jednak, zdaniem autorek, model ten, powstały na bazie wyników międzynarodowych badań, doświadczeń w przeciwdziałaniu stresowi w miejscu pracy, może stanowić podstawę do tworzenia polskich standardów zarządzania ryzykiem psychospołecznym i wzmacniania potencjału zdrowia pracujących.

PODSUMOWANIE

Sytuacja zmieniających się warunków pracy i związany z tym wzrost zagrożenia dla zdrowia czynnikami psychospołecznymi rodzi konieczność podejmowania działań mających na celu ochronę zdrowia pracujących w większym stopniu, niż ma to miejsce obecnie. Konieczne jest przygotowanie przez państwo odpowiedniej polityki w zakresie ochrony zdrowia pracujących w celu stworzenia sprzyjających warunków do wdrażania tych działań [21] w formie:

- aktów prawnych,
- deklaracji,
- narodowych lub regionalnych programów ochrony zdrowia populacji osób zatrudnionych;



– systemów działań organizowanych w ramach służb odpowiedzialnych za zdrowie pracujących.

Bodźce stymulujące i wspomagające działalność antystresową powinny być przekazywane ze szczebla państwowego, resortowego i regionalnego na poziom zarządzania przedsiębiorstwem.

Aktualnie nie ma w Polsce aktów prawnych, które wprowadzałyby obowiązek prowadzenia profilaktyki stresu w miejscu pracy, ale w *Narodowym Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego* na lata 2011–2015 [26], jak również w wytycznych do *Narodowej Strategii Ochrony Zdrowia Pracujących* [27] uwzględniono realizację zadań polegających na opracowaniu regulacji prawnych sprzyjających promocji zdrowia psychicznego i monitorowaniu czynników psychospołecznych stwarzających ryzyko wystąpienia problemów zdrowia psychicznego w miejscu pracy [19].

W tym kontekście wskazane byłoby, zdaniem autorek, wprowadzenie odpowiednich zapisów we „Wskazówkach metodycznych w sprawie przeprowadzania badań profilaktycznych pracowników” [28], które w większym niż dotychczas zakresie, regulowałyby zasady oceny stanu zdrowia i zdolności do pracy osób ekspozowanych na zagrożenia psychospołeczne. Pozwoliłoby to objąć profilaktyką stresu wszystkich pracowników zatrudnionych na stanowiskach, na których występuje wysokie ryzyko związane z czynnikami psychospołecznymi. Pozwoliłoby to na pełniejszą ochronę zdrowia pracujących, która obecnie głównie koncentruje się na profilaktyce i leczeniu chorób związanych ze szkodliwym wpływem na zdrowie tzw. czynników twardych.

Polska aktualnie posiada już pewien potencjał, jeśli chodzi o możliwości opracowania i wdrożenia nowego systemu ochrony zdrowia pracujących. Instytucje naukowe: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi wraz z działającym w nim Krajowym Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Centralny Instytut Ochrony Pracy (CIOP-PIB), współpracujące w realizacji wielu projektów o zasięgu międzynarodowym i krajowym, a także Państwowa Inspekcja Pracy zgromadziły wiele danych dotyczących zagrożeń psychospołecznych w miejscu pracy, posiadają doświadczenie w działaniach na rzecz ochrony zdrowia pracowników przed tymi zagrożeniami – promocja zdrowia, tworzenie programów antystresowych, działania edukacyjne pracodawców i pracowników, pracowników służby medycyny pracy.

Ponadto dysponujemy kadrą lekarzy medycyny pracy oraz współpracujących z nimi psychologów pracy, której część miała już możliwość poszerzenia swoich kompetencji w zakresie ZRP, uczestnicząc w szkoleniach organizowanych przez Zakład Psychologii Pracy Instytutu Medycyny Pracy Łodzi, będących elementem realizacji projektu „Opracowanie kompleksowych programów profilaktycznych” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. W ramach tego projektu opracowane zostały poradniki dla lekarzy i psychologów [30, 31], w których szeroko omówiono zagadnienia poruszone w niniejszym artykule.

Konieczne są jednak dalsze działania w tym obszarze, gdyż skuteczne przeciwdziałanie stresowi zawodowemu wymaga posiadania przez lekarzy, psychologów, promotorów zdrowia odpowiednich kompetencji, tzn. wiedzy z zakresu psychologii zdrowia, promocji zdrowia, metodologii badań, umiejętności tworzenia programów antystresowych, doświadczenia w zakresie prowadzenia szkoleń dla nieprofesjonalistów,

a niekiedy również pewnego doświadczenia konsultacyjno-terapeutycznego.

Profilaktyka stresu zawodowego, stającego się coraz powszechniejszym zagrożeniem dla zdrowia pracujących, stanowi duże wyzwanie głównie dla służby medycyny pracy. Warto i należy je podjąć, nawet przy obecnych warunkach prawnych tym zakresie. Poprawa warunków psychospołecznych pracy i zmniejszenie odczuwanego przez pracowników stresu przyczynia się do zachowania i poprawy ich zdrowia, jak również utrzymania zdolności do pracy. Jest to szczególnie ważne w sytuacji starzejącego się społeczeństwa i konieczności wydłużenia okresu aktywności zawodowej społeczeństwa. Ponadto przyjazne środowisko, a także fakt dbałości pracodawcy o stan zdrowia pracowników sprzyja większemu zaangażowaniu w pracę, satysfakcji z pracy, a w konsekwencji przywiązaniu do przedsiębiorstwa. Przekłada się to na obniżenie kosztów, jakie pracodawca ponosi z tytułu absencji i fluktuacji kadry (koszty naboru pracowników, szkoleń, adaptacji nowego pracownika), wypadków przy pracy, wyższą jakością wytwarzanych produktów i usług oraz pozytywny wizerunek przedsiębiorcy. Zatem działania w omawianym obszarze przynoszą korzyści nie tylko w wymiarze indywidualnym, ale również przedsiębiorstwa i państwa.

PIŚMIENNICTWO

- Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – Konsekwencje – Zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2006.
- Cox T, Griffiths A, Rial-Gonzales E. Badania nad stresem związanym z pracą. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy. Urząd Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich. Luksemburg 2006. <http://osha.europa.eu/pl/publications/reports/203> (dostęp: 8.09.2009).
- Kmieciak – Baran K. Stres w miejscu pracy: epidemiologia, stresory, wskaźniki, pomiar i zapobieganie. Przeciwdziałanie stresowi związanemu z pracą a korzyści gospodarcze i socjalne dla firm i pracowników – wymiana dobrych praktyk. Materiały z konferencji międzynarodowej Warszawa, 14.06.2007. Gdańsk. Komisja Krajowa NSZZ „Solidarność”, 2007.
- Widerszal-Bazyl M. Niepewność w pracy jako źródło stresu. *Bezp. Pr.* 2007;7–8: 20–23.
- Terelak J F. Stres zawodowy: charakterystyka psychologiczna wybranych zawodów stresowych. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego; 2006.
- Sęk H, Pasikowski T (red.). Stres – Zasoby – Zdrowie. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.; 2000.
- Wsparcie społeczne, stres i zdrowie. Sęk H, Cieślak R(red.). Warszawa. Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004.
- Cieślak R, Korczyńska, J, Strelau J, Kaczmarek M. Burnout predictors among prison officers: The moderating effect of temperamental endurance. *Personality and Individual Differences*; 2008; 45: 666–672. <http://www.elsevier.com/locate/paid> (dostęp: 28.08. 2008).
- Everly GS Jr, Rosenfeld R. Stres. Przyczyny, terapia i autoterapia. Warszawa. PWN: 1992.
- Litzke SM, Schuh H. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańsk: GWP; 2007.
- Tucholska S. Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań. Lublin: Wydawnictwo KUL; 2009.
- Eakin, JM. Work-related determinants of health behavior. W: *Handbook of Health Behavior Research I: Personal and Social Determinants*. Gochman D (red). New York. Plenum Press. 1997.
- Siegrist J, Rodel A. Work stress and health risk behavior. *Scand J Work Environ Health*. 2006; 32: 473–481.
- Warszewska-Makuch M. Mobbing w pracy – przyczyny i konsekwencje. *Bezp. Pr.*; 2005;3: 5–7.
- Milczarek M, Schneider E, Gonzalez ER. OSH in figures: stress at work — facts and figures. Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2009. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/TE-81-08-478-EN-C_OSH_in_figures_stress_at_work (dostęp: 17.10.2012).

16. Europejskie Obserwatorium Ryzyka: Stres w pracy. W: Przegląd 1 – Nowe rodzaje ryzyka w dziedzinie bezpieczeństwa i ochrony zdrowia w pracy. Luksemburg: Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy; 2009:21–22. https://osha.europa.eu/pl/publications/outlook/te8108475enc_osh_outlook (dostęp:17.10.2012).
17. Waszkowska M, Merecz D, Drabek M. Programy prewencji stresu zawodowego – strategie, techniki, ocena skuteczności. Część I. Narodowe i międzynarodowe działania na rzecz przeciwdziałania stresowi w miejscu pracy, Med. Pr. 2009; 60(6): 523–529.
18. Karasek RA, Dollard MF, Winefield AH. Managing Occupational Stress: A National and International Perspective. *Int. J. Stress Manag.* 1996; 3(2): 69–83.
19. Rantanen J, Kim R. Ocena i zalecenia dotyczące wzmocnienia stanowiska i roli zarządczej Ministerstwa Zdrowia w działaniach związanych z poprawą promocji zdrowia w miejscu pracy w Polsce. Copenhagen: The WHO Regional Office for Europe; 2012. http://www.imp.lodz.pl/upload/aktualnosci/2013/raport_who_PL.pdf (dostęp: 11.02.2013).
20. Leka S, Cox T, Zwetsloot G. PRIMA-EF: Guidance on the European Framework for Psychosocial Risk Management: A Resource for Employers and Worker Representatives. WHO Protecting Workers' Health Series: No. 9. Geneva: WHO Press; 2008.
21. Leka S, Jain A, Cox T, Kortum E. The Development of the European Framework for Psychosocial Risk Management: PRIMA-EF. *J Occup Health.* 2011; 53: 137–143. https://www.jstage.jst.go.jp/article/joh/53/2/53_O10010/_pdf (dostępny: 10.07.2012).
22. Główny Inspektorat Pracy. Ocena zagrożeń psychospołecznych i warunków pracy w związku z nowymi formami pracy i modelami zatrudnienia. <http://www.pip.gov.pl/html/pl/info/doc/99030070.pdf> (dostęp: 6.11. 2012).
23. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy: Prewencja zagrożeń psychospołecznych – przykłady dobrych praktyk. Warszawa, 2011. <http://www.ciop.pl/48267>. (dostęp: 6.11. 2012).
24. Cukrowska L. Ocena ryzyka zawodowego wynikającego z zagrożeń psychospołecznych w działaniach obsługi klienta. *Bezp. Pr.* 2011; 1: 5–9.
25. van Stolk Ch, Staetsky L, Hassan E, Kim ChW. Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER). Luxembourg: European Agency for Safety and Health at Work; 2012.
26. British Standards Institution. Guidance of the management of psychosocial risks In the workplace. PAS 1010; 2011. <http://www.safeworkaustralia.gov.au/sites/SWA/model-whs-laws/public-comment/Documents/Draft%20Model%20Work%20Health%20and%20Safety%20Codes%20of%20Practice%20Public%20Comment/Public%20Submissions%20C/253%20CPSU-SPSF%20Federal%20Office%20Attachment%20B.pdf> (dostęp: 01.02. 2011).
27. *Krajowa polityka w zakresie zdrowia pracujących.* http://rop.sejm.gov.pl/1_old/opracowania/pdf/material26.pdf (dostęp: 20.03.2013).
28. Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. *Dz. U.* 2011.24.128
29. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzenia badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w *Kodeksie pracy.* *Dz U nr 69, poz. 332 ze zm.*
30. Psychospołeczne zagrożenia w środowisku pracy. Poradnik dla lekarzy. Merecz D (red.). Łódź: Oficyna Wydawnicza IMP; 2012.
31. Profilaktyka psychospołecznych zagrożeń w miejscu pracy – od teorii do praktyki. Podręcznik dla psychologów. Merecz D (red.). Łódź: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy; 2011.

Psychosocial risk management in health protection of workers

Abstract

According to the European directives in the field of occupational safety and health, and in the face of the need to prepare a national strategy and programme for the protection of the health of workers in the coming years, an implementation in Poland of common programmes tackling stress in the workplace will be necessary. Currently, there is no legislation directly governing the principles of the protection of workers against psychosocial risks and procedures in this regard. The publication presents a proposal for a model of psychosocial risk management in the health protection of workers. The proposed model is based on the principles of the European model of psychosocial risk management (PRIMA-EF) and the system of prophylactic care of employees functioning in Poland. In this model, the emphasis is placed on primary prevention, focused on organization. Risk management is a continuous process which takes place at five stages: 1. Risk assessment and audit of to-date used practices 2. Preparation of the plan of actions, 3. Implementation, 4. Policy evaluation, 5. Societal learning. Implementation of anti-stress actions requires the involvement at all stages of the management of many stakeholders: employers, workers, occupational health services and others. Poland currently already has a potential when it comes to the ability to develop and implement a new system for the protection of the health of workers, taking into account the protection from dangers of psychosocial risk. However, activities in the field of improving the competence of future implementers' tasks related to combating stress are necessary.

Key words

occupational stress, health promotion, psychosocial risk management

