

## **A MENTÁLIS EGÉSZSÉG FEJLESZTÉSE AZ EGÉSZSÉGÜGYI ÁGAZATBAN**

### **1. Bevezetés**

Az egészségügy az európai munkaerő egyik legfontosabb ágazata, mert a dolgozók körülbelül 10%-át foglalkoztatja az Európai Unióban. Az egészségügyi dolgozók legnagyobb csoportját kórházakban foglalkoztatják. A többi egészségügyi dolgozót olyan munkahelyeken foglalkoztatják, mint orvosi praxisok, ápolási intézmények és más egészségügyi területek, például vérellátó intézmények vagy orvosi laboratóriumok (Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség (EU-OSHA), 2007a). Ebben az ágazatban igen erős a nemek közötti egyensúly hiánya: az alkalmazottak közel 80%-a nő (Európai Alapítvány az Élet- és Munkakörülmények Javításáért, 2008).

A Nemzetközi Munkaügyi Szervezet szerint (ILO, 2005) a pszichoszociális problémák betegségekhez, sérüléshez, megbélyegzéshez, elszigetelődéshez, vagy akár halálhoz is vezethetnek. A munkaadóra is jelentékeny hatást gyakorolhatnak – ilyen lehet például a rosszabb termelékenység és morál. Az egészségügyi ágazatban dolgozók különösen ki vannak téve az ilyen jellegű mentális egészségügyi kockázatoknak (Egészségügyi Világszervezet (WHO), 2004). Ezért ebben az ágazatban fontosak és nagyon hasznosak a mentális egészség fejlesztésének területén végrehajtott beruházások.

Az Egészségügyi Világszervezet (2009) fogalom meghatározása szerint a mentális egészség olyan „jóléti állapot, amelyben az egyén:

- felismeri saját képességeit;
- meg tud birkózni a mindennapi élettel járó stresszhelyzetekkel;
- képes produktívan és eredményesen dolgozni; valamint
- képes valamivel hozzájárulni saját közösségéhez.”

Ebben a pozitív értelemben a mentális egészség az egyén és a közösség jólétének és hatékony működésének az alapja. A mentális egészségnek ez a lényegi elgondolása konzisztens a kultúrák közötti széles körű és változatos értelmezésekkel.

Ez a cikk a munkaadókat célozza meg, részletesen leírja az egészségügyi ágazatban tapasztalható mentális egészségügyi problémákat, és gyakorlati információkat közöl a mentális egészség fejlesztésével kapcsolatos intézkedésekről.

## **2. A mentális egészség pszichoszociális kockázati tényezői és a mentális egészségügyi következmények**

### **2.1. Pszichoszociális kockázati tényezők**

A pszichoszociális kockázatok összefüggenek a munka kialakításával, szervezésével és irányításával, valamint a munka gazdasági és társadalmi környezetével, megnövekedett stresszszintet eredményeznek, és a mentális és fizikai egészség súlyos romlásához vezethetnek (EU-



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

OSHA, 2007b).

Különböző stresszmodelleket dolgoztak ki annak érdekében, hogy magyarázatot adjanak a kockázati tényezők és az alkalmazottak egészségi állapota közötti összefüggésre. Az egyik legismertebb modell a megterhelés-kontroll-támogatás modell (Karasek, 1979; Karasek és Theorell, 1990; Johnson és Hall, 1988). Ez három fő pszichoszociális stresszort határoz meg, amelyek befolyásolják az alkalmazottak jólétét:

- pszichológiai megterhelések,
- kontroll vagy döntési jogkör,
- és szociális támogatottság.

A modell szerint negatív stresszreakciók (például kimerültség, szorongás, depresszió és testi betegségek) lépnek fel, ha a pszichológiai megterhelések magasak, a munkaköri döntési jogkör viszont alacsony. A szociális támogatottság azonban védőfaktoraként működhet.

Sok, munkával kapcsolatos pszichoszociális kockázati tényező létezik (McNeely, 2005; Cox és Griffiths, 1996; Jettinghoff és Houtman, 2009), például:

- több műszakos munkavégzés;
- túl szoros vagy nem megfelelő munkabeosztás;
- alacsony munkaköri döntési jogkör;
- magas munkaköri követelmények;
- nagy munkaterhelés;
- szoros határidők;
- elégtelen információk;
- rossz szervezeti méltányosság;
- gyenge csapatmunka;
- rossz személyközi kapcsolatok;
- a szociális támogatottság hiánya;
- elszigetelt helyzetben végzett munka;
- létszámleépítés;
- elégtelen erőforrások.

Az egészségügyi ágazatra jellemző, munkával kapcsolatos pszichoszociális kockázati tényezők (McNeely, 2005; Cox és Griffiths, 1996; Jettinghoff és Houtman, 2009) például a következők lehetnek:

- magas elvárások, elégtelen idővel, készségekkel és szociális támogatottsággal kombinálva;
- a fájdalommal történő konfrontáció;
- haldokló emberekkel való bánás;
- vészhelyzetek;
- traumatikus eseményeknek való kitettség;
- panaszok és pereskedések.

Emellett az erőszak és a zaklatás is pszichoszociális veszélyt jelent az egészségügyi ágazatban. Az erőszakos magatartás származhat betegektől, látogatóktól és munkatársaktól (EU-OSHA, 2007a). A jelentések szerint az egészségügyi és a szociális ágazatban a legmagasabb a munkahelyi erőszaknak való kitettség az EU 27 tagállamában (15,2%). A megfélemlítés és a zaklatás eseteinek száma ebben az ágazatban magasabb az átlagnál. Olyan foglalkozásokban, ahol a fizikai kockázatok magasak (pl. gyártás vagy építőipar) az erőszak és a zaklatás viszonylag ritkán fordul elő. Ezzel ellentétben az egészségügyi és a szociális ágazatban (ahol a fizikai kockázatok meglehetősen alacsonyak), a tényleges fizikai erőszak vagy a fizikai erőszakkal való fenyegetés megtapasztalása nyolcszor magasabb, mint például a gyártási ágazatban (Parent-Thirion és mtsai, 2007). „Az erőszak mint az önkifejezés formája” elnevezésű dán projekt szerint



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

(Pedersen, 2007) a házi ápolásban dolgozó szociálpedagógusoknak és a kórházi ápolószemélyzetnek akár a 32%-a is ki van téve az erőszaknak. 2001–2002-ben az Egyesült Királyságban a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) az erőszak és az agresszió 95 501 esetéről számolt be, amelyet az NHS munkatársai ellen követtek el, és a leggyakrabban az ápolók voltak e cselekmények áldozatai (National Audit Office, 2003). Az NHS alkalmazottainak körében a közelmúltban folytatott felmérés szerint az akut ellátásban dolgozók 29%-a, a mentőszolgálat személyzetének pedig 50%-a számolt be arról, hogy erőszak vagy agresszió áldozatává vált az elmúlt 12 hónap során.

Az egészségügyi ágazat dolgozóinál szintén magas a szerfüggőség kialakulásának kockázata. Az olyan jellemző kockázati tényezők miatt, mint a nagy munkaterhelés, a gyógyíthatatlan vagy haladékos betegekkel való bánás, a munkaköri követelményekre való nem megfelelő felkészítés, a kiégés, valamint az alkohol és a kábítószeres veszélyeinek nem kielégítő ismerete, az egészségügyi személyzet különösen ki van téve a szerfüggőség kockázatának. Trinkoff és Storr egyik cikke (1998) arról számol be, hogy az összes ápoló 2–3%-a kábítószerfüggő, és az Egyesült Államokban 40 000 ápoló alkoholista. Cicala (2003) szerint az orvosoknál is magas a szerfüggőség kialakulásának kockázata. Pályafutásuk során az orvosok legalább 8–12%-ánál kialakul a szerfüggőség problémája. Az orvosok jellemző kockázati tényezői a magas stressz és a hosszú munkaidő, önmaguk kezelése és a gyógyszerek elérhetősége. A szerfüggőség súlyos következményekkel jár. Ha valaki kábítószeres vagy alkoholos befolyásoltság alatt áll, akkor amellett, hogy ez negatív hatást gyakorol a dolgozó saját egészségére, még orvosi műhibákhoz és perekhez is vezethet.

### 2.2. Egészségügyi következmények

Mindezek a pszichoszociális kockázati tényezők erőteljesen befolyásolják az alkalmazottak testi és mentális egészségét. Az e kockázati tényezők által előidézett speciális egészségügyi problémák a következők lehetnek:

- stressz: a jelentések szerint a dolgozó népesség 22%-át érinti a munkával kapcsolatos stressz (Parent-Thirion és mtsai, 2007); ezáltal a munkával kapcsolatos stressz az egyik legáltalánosabb munkával kapcsolatos egészségügyi probléma; az egészségügyi és a szociális szolgálat és az oktatás ágazata van leginkább kitéve ennek a kockázatnak: a dolgozók 29,4%-a szenved ettől a problémától;
- kiégés: a Kórházi Eredmények Kutatásának Nemzetközi Konzorciuma által 1998–1999-ben elkészített tanulmány kimutatta, hogy az angliai egészségügyi ágazat alkalmazottainak 36,2%-a súlyos kiégéstől szenved (EU-OSHA, 2007a);
- szorongás: az egészségügyi dolgozók 11,4%-a szenved a szorongástól (Parent-Thirion és mtsai, 2007);
- ingerlékenység: az egészségügyi dolgozók 15,2%-a ingerlékeny (Parent-Thirion és mtsai, 2007);
- depresszió: a minneapoliszi Northwestern National Life felmérése szerint (1991) a megkérdezett egészségügyi dolgozók 32%-a számolt be arról, hogy depressziósnak érzi magát.



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

### 3. A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

#### 3.1. A mentális egészség fejlesztése

Pollett (2007) szerint a mentális egészség fejlesztése „azon védő tényezők fejlesztésének folyamata, amelyek hozzájárulnak a jó mentális egészségi állapothoz”. Sok tudományos tanulmány igazolta azt, hogy a pozitív mentális egészséggel kapcsolatos készségek és tulajdonságok pozitív eredményekhez vezetnek, például jobb testi egészséghez és életminőséghez, gazdasági jóléthez és személyes méltósághoz (European Mental Health Implementation Project [Európai Mentálisegészség-végrehajtási Projekt], 2006).

A munkahely megfelelő környezetet biztosít a dolgozók mentális egészségének hatékony védelmére és fejlesztésére. A Lelki Egészség és Jólét Európai Paktuma (EU High Level Conference [Magas szintű EU-konferencia], 2008) kiemelt területként sorolja fel a munkahelyi mentális egészséget. Mentális egészségügyi és jóléti programok végrehajtását javasolja a kockázatok felméréssel és prevenció programokkal együtt olyan helyzetekre nézve, amelyek káros hatást gyakorolhatnak a dolgozók mentális egészségére (stressz, visszaélések, mint például erőszak vagy zaklatás a munka során, alkohol, kábítószer), valamint korai intézkedési rendszereket ajánl a munkahelyeken.

#### 3.2. A mentális egészség fejlesztésével kapcsolatos kezdeményezések hatékonysága

Egyes szervezetek már megértették a mentális egészség fejlesztésének fontosságát, mindamellett van sok olyan munkahely, ahol még nem léptettek életbe ilyen jellegű intézkedéseket. Ezért az egészségügyi hierarchia tagjai gyakran rendkívül kritikusan viszonyulnak a mentális egészség fejlesztésével kapcsolatos programokhoz. Ennek megfelelően elsősorban olyan megoldásokra összpontosítanak, amelyek azonnali eredményeket hoznak, ahelyett, hogy a hosszú távú megelőző jellegű megoldásokban bíznának (Munn-Giddings, Hart és Ramon, 2005). A hierarchia kulcsfontosságú szakemberei mellett különféle más érintetteknek is szükségük van bizonyítékokra a mentális egészség fejlesztésének hatékonyságáról: a döntéshozóknak a kiadások igazolásához, a gyakorlati szakembereknek a programok megtervezéséhez és végrehajtásához van erre szükségük, az érintett alkalmazottaknak pedig tudniuk kell, hogy az intézkedésektől várhatnak-e segítséget, vagy sem (Barry és McQueen, 2005).

A stresszkezelő intézkedések értékelésével foglalkozó részletes tanulmányok nagyon ritkák, ez a költség-haszon elemzésekről és az egyes stresszcsoökkentési intézkedések hatékonyságának értékeléséről egyaránt elmondható (Burke és Richardsen, 2000). A kutatások felépítése miatt nem lehet mindig megállapítani, mely eredmények tekinthetők az intézkedés tényleges eredményeinek (Cox, Griffith és Rial-Gonzalez, 2000). Bár a költséghatékonyság tudományos kutatása nem könnyű feladat, már sok szervezet és döntéshozó próbálta meghatározni a munkahelyi stresszkezelő intézkedések költségeit és hasznait. Az angliai Sainsbury Mentális Egészségügyi Központ (SCMH, 2007) áttekintette a munkahelyi mentális egészséggel kapcsolatos költségeket, és megbecsülte a stresszkezelő intézkedések költséghatékonyságát (angliai szervezetek példái alapján).



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

A munkahelyi mentális egészséggel kapcsolatos éves költségek Angliában a következők szerint oszlanak meg:

- távollét betegség miatt: 8,4 milliárd font (kb. 9,7 milliárd euró);
- csökkent termelékenység: 5,1 milliárd font (kb. 5,9 milliárd euró);
- a munkavállalók cserélődése: 2,4 milliárd font (kb. 2,8 milliárd euró).

A munkaerőből vett példák alapján meg lehet becsülni a mentális egészséggel kapcsolatos programok költséghatékonyságát. A British Telecom a mentális egészségi problémáknak tulajdonítható betegszabadságok 30%-os csökkenéséről számolt be (SCMH, 2007) a mentális egészségügyi stratégia megvalósítását követően. Hilton (2005) beszámol egy ausztráliai mentális egészségügyi program eredményeiről. Ez a program a korai diagnosztizálásra és a depressziós tüneteket mutató dolgozók kezelésére irányult. Az elgondolás az volt, hogy a munkaadóknak szerepet kell vállalniuk a mentális egészségügyi tüneteket mutató emberek azonosításában, és a munkáltató által finanszírozott ellátást kell biztosítaniuk ezeknek az alkalmazottaknak. A pénzügyi előnyök az alkalmazottak magasabb termelékenységében jelentkeztek. Az éves pénzügyi előnyök ötszörösen meghaladták a program éves beruházási költségeit. Wang és munkatársai (2007) leírják egy hasonló, az Egyesült Államokban végrehajtott programot, ahol az egy alkalmazottra kivetített éves pénzügyi előnyök 1800 dollárt tettek ki (kb. 1268 euró), szemben az egy alkalmazottra jutó alig 100–400 dolláros (kb. 70,5–281,8 euró) éves költségekkel.

### 3.3. Intézkedések az egészségügyi ágazatban

Mivel a munka fontos szerepet játszik az emberek életében, a munkahely megfelelő környezetet biztosít a mentális egészség fejlesztésével kapcsolatos intézkedésekhez (Pollett, 2007). Ezeknek az intézkedéseknek az egyén és a szervezet szintjén egyaránt azokra a területekre kell összpontosítaniuk, amelyek fejlesztésre szorulnak. Nagyon fontos egy olyan munkakultúra kialakítása, amelyben a mentális egészséggel kapcsolatos problémák nem tabutémák.

Az egészségügyi ágazatban többféle típusú intézkedés is létezik, amelyek a pszichoszociális kockázati tényezők csökkentését és a mentális egészség fejlesztését szolgálják.

#### 3.3.1. Szervezeti szintű intézkedések

Ezen a szinten a munkaadó vezet be intézkedéseket a munkakörnyezet stresszorainak csökkentésére. Ezeknek az intézkedéseknek a célja a munka során átélt stressz okainak kiküszöbölése (EU-OSHA, 2002).

A szervezeti szintű intézkedések a szervezeti struktúra és/vagy a fizikai és környezeti tényezők megváltoztatására irányulnak. A munka megszervezésének negatív elemeit igyekeznek csökkenteni. A megterhelés-kontroll-támogatás modellben végrehajtott intézkedések a szervezet újratervezésére összpontosítanak azzal a céllal, hogy fokozzák a dolgozók rendelkezésére álló kontrollt a munkájuk és a képességeik felett (Luceño és Martín, 2008). A stresszorok figyelemmel követhetők egy pszichoszociális elemzésen keresztül. Az elemzés megmutatja, hogy a szervezet mely elemei kritikusak és igényelnek továbbfejlesztést (a feladat, a csoport vagy a szervezet szintjén).

A szervezeti szintű intézkedések a következők lehetnek:

- pszichológiai megterhelések: a munka mennyiségének javítása, az intellektuális követelmények optimalizálása, az idő szorításának csökkentése;



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

- kontroll vagy döntési jogkör: a készségek alkalmazásának és fejlesztésének javítása, a munka feletti kontroll fokozása, a döntések meghozatalában való részvétel kiterjesztése;
- szociális támogatottság: a szociális támogatottság fokozása a munkatársak között, illetve a munkatársak és a felettesek között;
- a munka és a magánélet egyensúlya: rugalmas munkaidő bevezetése, gyermekgondozási szolgáltatások biztosítása a munkahelyen, tanulmányi szabadság és karriermegszakítási lehetőségek engedélyezése, annak lehetővé tétele az alkalmazottak számára, hogy megtervezzék és végrehajtsák a szolgálati beosztást a munkavégzési autonómia alapján.

Néhány példa a szervezeti szintű intézkedésekre az egészségügyi ágazatban (EU-OSHA, 2002):

- a személyzet létszámának megemlése csúcsidőben – ez lehetővé teszi a munkaterhelés csökkentését, a műszakbeosztás megszervezésének javítását, valamint a hiányzások jobb lefedését és az eshetőségi tervezés továbbfejlesztését;
- a feladatok és a felelősségi körök meghatározása, például az ápolói segéd személyzetnél, az orvosi asszisztensek elosztásánál, valamint a kezelések biztosításához szükséges asszisztencia és támogatás területén;
- kommunikációs protokoll létrehozása azokra a helyzetekre, amelyek a dolgozók véleménye szerint kockázatosak lehetnek egészségükre és biztonságukra nézve;
- bizonyos mértékű mérlegelési lehetőség bevezetése egyes feladatok végrehajtása során, az illetékes osztály által felállított útmutatások szerint, a dolgozók bizonyos csoportjainak körében, az autonómia és a döntéshozási lehetőségek növelése érdekében;
- a dolgozók részvételének előmozdítása értekezletek útján, ahol elmondhatják javaslataikat, ötleteiket és véleményüket.

### 3.3.2. Az egyén és a szervezet közötti kapcsolatot érintő intézkedések

Ezek az intézkedések megkísérik javítani a dolgozók stresszkezelési képességeit. A munkaadónak olyan intézkedésekbe kell beruháznia, amelyek fokozzák az alkalmazottak megküzdési (coping) képességeit, például képzésen keresztül.

Az ilyen jellegű intézkedések néhány példája (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine és mtsai, 2009):

- a munkatársak és a vezetőség közötti viszony javítása a munkahelyen;
- támogató csoportok létrehozása;
- az egyén és a környezet viszonyának javítása;
- a szerepkörökkel kapcsolatos kérdések tisztázása;
- a részvétel és az autonómia fokozása;
- képzések megszervezése az alkalmazottak önértékelésének, önbecsülésének és a közösséghez való tartozás érzésének fokozása céljából;
- tudatos odafigyelésen alapuló stresszcsökkentési program: ez a program egy képzésből áll, amelynek célja a kommunikációs készségek javítása és annak megtanulása, hogyan kell kezelni a stresszválaszokat és az önsajnálatot;
- a stressz csökkentéséhez szükséges gyakorlati készségek fejlesztésére, valamint a betegekkel való kapcsolattartás és a közöttük végzett munka javítására irányuló képzés;
- a személyzet képzése annak érdekében, hogy fel tudják dolgozni a halálesetekkel, a fájdalommal és a gyógyíthatatlan betegekkel kapcsolatos helyzeteket.



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

### 3.3.3. Egyéni szintű intézkedések

Az egyéni szintű intézkedések gyakran a stressz csökkentésére irányulnak azoknak a dolgozóknak a körében, akiknél már jelentkeztek valamilyen tünetek. A cél az egyén stresszkezelési képességeinek javítása, például relaxációs technikákon keresztül (EU-OSHA, 2002). Ezek az intézkedések gondoskodnak arról, hogy az egyén jobban tudja kezelni a stressz tüneteit. E személyek megfelelő támogatásával minimalizálhatók a stressz káros következményei. Néhány példa:

- gyógymasszázs;
- megküzdési (coping) stratégiák megtanulása;
- megértési-viselkedési képzés;
- stresszkezelési képzés;
- tanácsadás.

### 3.4. Az erőszak és a zaklatás kezelése az egészségügyben

Amint korábban már kifejtettük, a stressz mellett az erőszak és a zaklatás is általános probléma az egészségügyi ágazatban, ami kedvezőtlen hatást gyakorol az ember egészségi állapotára. Az egészségügyi ágazatban jelentkező erőszak és agresszió kezeléséhez ugyanazok az intézkedési szintek követhetők, mint a stressz megelőzése esetében.

Szervezeti szinten a következő intézkedéseket lehet végrehajtani (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor [az Egyesült Államok Munkaügyi Minisztériuma], 2004):

- emberközpontú munkahelyi kultúra kialakítása és egyértelmű elvi nyilatkozat kiadása, amelyben egyértelműen kijelentik, hogy az egészségügyi személyzet elleni erőszak vagy agresszió nem tolerálható; minden érintett félnek ismernie kell ezt az alapelvet: betegeknek, alkalmazottaknak és vezetőknek;
- a vezetőség elkötelezettsége az erőszak és az agresszió megelőzése mellett;
- egyértelmű tájékoztatás és kommunikáció;
- kockázatfelmérések lefolytatása a munkahelyi erőszakról, agresszióról és zaklatásról;
- környezeti ellenőrzés: a biztonság garantálása hatékony technológiák és eljárások alkalmazásával (pl. riasztórendszerek, távolság megteremtése a betegek és a személyzet közötti mélyebb pult alkalmazásával, stb.);
- tájékoztatás a szükséges óvintézkedésekről, az egyes betegekkel kapcsolatos fokozott kockázatokról, stb.

Az egyén és a szervezet közötti kapcsolat szintjén a következő intézkedéseket lehet végrehajtani (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor [az Egyesült Államok Munkaügyi Minisztériuma], 2004):

- az összes erőszakos és agresszív esemény bejelentése;
- a személyzet előzetes képzése a tényleges vagy a lehetséges munkahelyi fenyegetések felismerésének módjáról; a személyzet képzése az erőszakos helyzetekben történő reagálásról.

Végül egyéni szinten a következő intézkedéseket lehet végrehajtani (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor [az Egyesült Államok Munkaügyi Minisztériuma], 2004; Arnetz és Arnetz, 2000):

- segítségnyújtás és támogatás;
- tanácsadás;
- eljárások sérelem esetén;
- jelentéstétel;



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

- az erőszakos cselekmények áldozatává váló alkalmazottak rehabilitálása.

### 3.5. Helyes gyakorlatok

Átfogó intézkedések is léteznek a mentális egészség fejlesztésére, bár a szervezetek gyakran nem azonos mértékben veszik figyelembe az intézkedések három szintjét (Cox és mtsai, 2000; Kompier és mtsai, 1998). A szervezetek elsősorban az egyén és a szervezet közötti kapcsolat szintjére és az egyéni intézkedésekre összpontosítanak. Ennek következtében gyakran megfelelnek a munkahelyi stresszorok megelőzés általi csökkentésére irányuló intézkedésekről.

A mentális egészség fejlesztésével kapcsolatos helyes eljárások megvalósítása érdekében minden szervezetnek holisztikus nézőpontból kell megközelítenie ezt a témakört olyan módon, hogy mind a három szinten megvalósítsanak intézkedéseket. Mivel a stressznek több kiváltó tényezője van (pl. a személyzeti kérdések, a munkaterhelés, munkaszervezési problémák és a fizikai munkafeltételek), az összes okot együttesen kell kezelni annak érdekében, hogy az intézkedés hatékony legyen (EU-OSHA, 2002). Ebben a folyamatban nagyon fontos a munkaadók és a munkavállalók együttműködése (Keleher és Armstrong, 2005).

Az alábbiakban két gyakorlati példát ismertetünk a szervezeti szintű intézkedésekre vonatkozóan. A megelőző jellegű intézkedések példáira összpontosítottunk, mivel ezek a probléma gyökerét kezelik. A szervezet-egyéni kapcsolata és az egyén szintjén végrehajtható intézkedések példái a fentiekben láthatók, a vonatkozó bekezdésekben.

Az 1. keretes szövegben ismertetünk egy helyes gyakorlati példát annak szemléltetésére, hogy az egészségügyi ágazat szervezetei milyen módon tudják kezelni a pszichoszociális kockázatokat, a kapcsolódó egészségügyi következményeket, és hogy a szervezetek hogyan tudják kielégíteni a döntéshozási folyamatban való részvétellel kapcsolatos igényeket. A 2. keretes szövegben bemutatunk egy helyes gyakorlati példát az egészségügyi személyzet ellen irányuló erőszak kezelésének módjáról.

#### 1. keretes szöveg: A gondozók támogatási programja (Jané-Llopis és mtsai, 2005)

##### Háttér

A gondozók támogatási programját a (mentális) gondozási intézményekben dolgozó gondozói csoportok munkával kapcsolatos döntésekbe történő bevonásának növelése és szociális támogatottságuk javítása érdekében indították el. Ez a program hatékonyan növeli a gondozói csoportok képességeit a szociálisan támogató jellegű csoportmegtartás és a problémamegoldási technikák mozgósításának területén.

##### Program

- hat tanfolyam (4–5 óra);
- résztvevők: 10 gondozóház-vezető és 10 gondozó;
- fókuszpont:
  - az azokon a szervezeteken belül meglévő hálózatok jobb megértése és megerősítése, amelyek segítséget és támogatást nyújthatnak;
  - a munkavállalói részvétel fokozása;
  - képzési tevékenységek kidolgozása és levezetése;
  - az új készségek tartós megőrzéséhez szükséges technikák megtanulása.





## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

### A program kiértékelése

- a program következtében nőtt a munkával kapcsolatos támogató visszajelzések száma;
- a program megerősítette a résztvevőkben azt a hitet és felfogást, hogy képesek megbirkózni a munkahelyi nézeteltérésekkel és túlterheléssel;
- a program javította a csoporton belüli légkört, a mentális egészséget és a munkával való elégedettséget.

### 2. keretes szöveg: Az egészségügyi ágazat dolgozói ellen irányuló erőszak kezelése (EU-OSHA, 2002)

#### Probléma

Írországban 12 erőszakos eseményt vagy visszaélést jelentettek be 2000-ben, amelyeket a Középnagyati Regionális Kórház intézményeiben követtek el. Ez a szám 2001-ben 64-re emelkedett. Az alkalmazottak a stressz, a tehetetlenség, a félelem és a kiszolgáltatottság érzéséről számoltak be.

#### Megoldás

A Kockázatkezelési Osztály a kórházak egészségügyi és biztonsági vezetőivel együttműködve úgy döntött, hogy létrehoz egy struktúrát a munkahelyi erőszak szisztematikus kezelésére. Ez a struktúra több lépésből állt:

- új eseményjelentési eljárás kidolgozása és egy nyílt jelentéstételi mód ösztönzése;
- átfogó keretrendszer és program kidolgozása az erőszak és az agresszió kezelésére;
- az erőszak és az agresszió kezelése az összes többi foglalkozási kockázathoz hasonló módon; az erőszak és az agresszió kockázatait meg kell határozni, ki kell értékelni, felügyeleti intézkedéseket kell megvalósítani és azokat ki kell értékelni; ezeknek a követelményeknek a teljesítése érdekében hivatalos kockázatértékelési módszert dolgoztak ki,
- az alkalmazottak számára kifejezetten ebből a célból megszervezett képzés lehetővé tette, hogy a dolgozók képesek legyenek helytállni és beavatkozni az agresszív és erőszakos helyzetekben (amelyeket a zavart viselkedésű betegek idéznek elő); ez a képzés arra irányult, hogy a személyzet kiküszöbölhesse akár a dolgozók, akár a betegek sérüléseit.

#### Gyakorlati példák

A Vészhelyzeti Osztály szakmaközi csoportja egészségügyi és biztonsági tanácsadók bevonásával lefolytatott egy átfogó kockázatértékelést. Több magas szintű kockázat azonosítása után a következő lépéseket tették meg:

- „Erőszakmentes válságkezelés” képzési program;
- biztonsági személyzet fokozott jelenléte;
- az osztály dolgozóinak tájékoztatása a bántalmazókkal szembeni bánásmód alapelveiről;
- egyéni és pánikriasztási rendszerek beszerzése;
- szorosabb munkakapcsolatok a Gardaival (rendőrség); összekötő tisztet neveztek ki, aki szorosan együttműködik a kórházi személyzettel;
- három sikeres bírósági büntető eljárás bűnelkövetők ellen;
- a figyelem felhívása az ergonómiaira az osztályon a megelőzés és a biztonságos munkahelyi gyakorlatok szempontjából.



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

### 4. További információk

#### **Weboldalak:**

Európai Munkahelyi Biztonsági és Egészségvédelmi Ügynökség:

<http://osha.europa.eu/hu/topics/stress>

<http://osha.europa.eu/hu/topics/whp>

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

Európai Alapítvány az Élet- és Munkakörülmények Javításáért:

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

Európai Bizottság:

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

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata:

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

ProMenPol:

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

Egészségügyi Világszervezet (WHO):

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

Nemzetközi Munkaügyi Szervezet (ILO):

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

Egészségügyi és Biztonsági Hivatal (HSE, Egyesült Királyság):

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

Nemzeti Kutatási és Biztonsági Intézet (INRS, Franciaország):

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

#### **Projektek:**

A Munkahelyi Egészségfejlesztés Európai Hálózata (ENWHP): A projekt 2. szakasza: „Mentális egészség a munkahelyen”:

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

Európai Mentálisegészség-megvalósítási Projekt:

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



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

### 5. Kapcsolódó irodalom

Arnetz, J., & Arnetz, B., 'Implementation and evaluation of a practical intervention programme for dealing with violence towards health care workers', *Journal of Advanced Nursing*, Vol 31, No 3, 2000, pp. 668-680.

Barry, M. & McQueen, D., 'The Nature of Evidence and its Use in Mental Health Promotion.' In H. Herrman, S. Saxena & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice* (pp. 108-118). Geneva: World Health Organization, 2005.

Burke, R.J. & Richardsen, A.M., 'Organizational-level interventions designed to reduce occupational stressors.' In P. Dewe, M. Leiter & T. Cox (Eds.), *Coping, Health and Organizations* (pp. 191-210). London: Taylor & Francis, 2000.

Cicala, R.S., 'Substance abuse among physicians: what you need to know.' *Hospital Physician*, July, 2003, pp. 39-46.

Cox, T. & Griffiths, A., 'Assessment of psychosocial hazards at work.' In M.J. Schabracq, J.A.M. Winnubst & C.L. Cooper (Eds.), *Handbook of work and health psychology*. Chichester: John Wiley & Sons, 1996.

Cox, T., Griffith, A. & Rial-Gonzalez, E., '*Research on Work-related Stress*', EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, 2000, pp. 1-167. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/203/view>

EU high-level conference 'Together for Mental Health and Well-being', Brussels, 13 June 2008. European Pact for Mental Health and Well-being. Retrieved 22 September 2009, from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/mental/docs/pact\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf)

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Prevention of psychosocial risks and stress at work in practice*, 2002. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/104/view>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *E-facts 18: risk assessment in health care*, 2007a. Available at: <http://osha.europa.eu/fop/bulgaria/en/publications/folder.2007-09-21.2042895509/efact18-en.pdf>

EU-OSHA-European Agency for Safety and Health at Work, *Factsheet 74: Expert forecast on emerging psychosocial risks related to occupational safety and health (OSH)*, 2007b. Available at: <http://osha.europa.eu/en/publications/factsheets/74>

European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. *Living and working in Europe*, 2008, pp. 1- 28. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/90/en/1/EF0890EN.pdf>

European Mental Health Implementation Project (EMIP). 'Implementation of Mental Health Promotion and Prevention Strategies in EU Member States and Applicant Countries', 2006. Retrieved 22 September 2009, from: <http://mentalhealth.epha.org/publications.html>

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



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

[http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton\\_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

International Labour Organization (2005). The SOLVE approach to addressing psychosocial problems at work. Retrieved 22 September 2009, from: [http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS\\_081593/index.htm](http://www.ilo.org/wow/Newsbriefs/lang-en/WCMS_081593/index.htm)

International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization & Public Services International, *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*, International Labour Office, Geneva, 2002. Available at: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/sector/papers/health/guidelines.pdf>

Jané-Llopis, E., Barry, M., Hosman, C. & Patel, V., 'Mental health promotion works: a review', *Promotion & Education*, Vol 2, 2005, pp. 9-25.

Jettinghoff, K. & Houtman, I., *A sector perspective on working conditions*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2009, pp. 1- 30. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0814.htm>

Johnson, J.V. & Hall, B.M., 'Job strain, work place social support and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population', *American Journal of Public Health*, Vol 78, No 10, 1988, pp. 1338-1342.

Karasek, R.A., 'Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign', *Administrative Science Quarterly*, Vol 24, 1979, pp. 285-308.

Karasek, R.A. & Theorell, T., *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, Basic Books, New York, 1990.

Keleher, H. & Armstrong, R., 'Evidence-based mental health promotion resource' Report for the Department of Human Services and VicHealth, Public Health Group, Melbourne, 2005, pp. 1-130.

Kompier, M., Geurts, S., Grundemann, R., Vink, P. & Mulders, P., 'Cases in stress prevention: The success of a participative and stepwise approach' *Stress Medicine*, Vol 14, 1998, pp. 155-168.

Luceño, L. & Martín, J., *Decore. Cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales*, Tea Ediciones, Madrid, 2008. p. 17.

Marine, A., Ruotsalainen, J.H., Serra, C. & Verbeek, J.H., 'Preventing occupational stress in healthcare workers (Review)', *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2009, Vol 1.

McNeely, E., 'The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up' *Nursing Outlook*, Vol 53, 2005, pp. 291-9.

Munn-Giddings, C., Hart, C. & Ramon, S., 'A participatory approach to the promotion of well-being in the workplace: lessons from empirical research' *International review of psychiatry*, Vol 17, No 5, 2005, pp 409-417.

National Audit Office. 'A Safer Place to Work. Protecting NHS Hospital and Ambulance Staff from Violence and Aggression', 2003. Available at: [http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting\\_nhs\\_staff.aspx](http://www.nao.org.uk/publications/0203/protecting_nhs_staff.aspx)



## A mentális egészség fejlesztése az egészségügyi ágazatban

Northwestern National Life, *Employee Burnout: America's Newest Epidemic*, Northwestern National Life Insurance Co., USA, 1991.

Parent-Thirion, A., Fernández Macías, E., Hurley, J. & Vermeylen, G. *Fourth European working conditions survey*, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2007. Available at: <http://www.eurofound.europa.eu/publications/htmlfiles/ef0698.htm>

Pedersen, K., 'Violence at the workplace. Danish Experiences with the Prevention of Violence in the Social and Health Care Sector', Social Development Centre SUS, Copenhagen, 2007.

Pollett, H., 'Mental health promotion: a literature review.' Prepared for the Mental Health Promotion Working Group of the Provincial Wellness Advisory Council. June 18th 2007.

SCMH, 'Policy Paper 8: Mental Health at Work: Developing the business case', London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2007.

Trinkoff, A.M. & Storr, C.L., 'Substance use among nurses: differences between specialties' *American Journal of Public Health*, Vol 88, 1998, pp. 581-588.

United States Department of Labor (2004). Guidelines for Preventing Workplace Violence for Health Care & Social Service Workers. Retrieved 22 September 2009, from: <http://www.osha.gov/Publications/OSHA3148/osha3148.html>

Wang, P., Simon, G., Avorn, J., Azocar, F., Ludman, E., McCulloch, J., Petukhova, M. & Kessler, R., 'Telephone screening, outreach and care management for depressed workers and impact on clinical and work productivity outcomes', *Journal of the American Medical Association*, Vol 298, No 12, 2007, pp. 1401-1411.

World Health Organization, 'Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options', 2004, pp. 1-67. Available at: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from: [http://www.who.int/topics/mental\\_health/en/](http://www.who.int/topics/mental_health/en/)