

PODPORA DUŠEVNÉHO ZDRAVIA V SEKTORE ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI

1. Úvod

Zdravotná starostlivosť patrí k dôležitým sektorom pre európskych zamestnancov, zamestnáva približne 10 % zamestnancov Európskej únie. Hlavná skupina zdravotníckych pracovníkov je zamestnaná v nemocniciach. Ďalší zdravotnícki pracovníci sú zamestnaní na pracoviskách, ako napríklad lekárske ordinácie, domovy opatrovateľskej starostlivosti a v iných oblastiach zdravotnej starostlivosti, napr. v krvných bankách alebo zdravotníckych laboratóriách (Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci (EU-OSHA), 2007a). V tomto sektore panuje výrazná rodová nerovnováha: ženy tvoria takmer 80 % zamestnancov (Európska nadácia pre zlepšovanie životných a pracovných podmienok, 2008).

Podľa Medzinárodnej organizácie práce (ILO, 2005) psychosociálne problémy môžu byť príčinou chorôb, úrazov, stigmatizácie, izolácie a dokonca aj úmrtia. Značný dopad môžu mať aj na zamestnávateľa, napr. zníženie produktivity a oslabenie morálky. Zamestnanci v sektore zdravotnej starostlivosti sú v obzvlášť vysokej miere vystavení takýmto duševným zdravotným rizikám (Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), 2004). Preto je dôležité a veľmi užitočné investovať do podpory duševného zdravia v tomto sektore.

Podľa WHO (2009) duševné zdravie možno chápať ako „stav pohody, v ktorom si osoba:

- uvedomuje svoje schopnosti;
- dokáže sa vyrovnávať s bežným stresom v živote,
- môže produktívne a úspešne pracovať,
- dokáže prispievať k svojmu spoločenstvu.“

V tomto pozitívnom zmysle duševné zdravie je základom pohody a efektívneho fungovania osoby a spoločenstva. Táto základná koncepcia duševného zdravia je v súlade s jeho širokým a rôznorodým výkladom v jednotlivých kultúrach.

Tento článok je zameraný na zamestnávateľov a opisuje podrobne aspekty týkajúce sa duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti a poskytuje praktické informácie o intervenciách na podporu duševného zdravia.

2. Psychosociálne rizikové faktory duševného zdravia a vplyvy na duševné zdravie

2.1. Psychosociálne rizikové faktory

Psychosociálne riziká súvisia s tým, ako je práca navrhnutá, organizovaná a ako sa riadi, ako aj s hospodárskym a sociálnym kontextom práce, vedú k zvýšenej hladine stresu a môžu viesť k vážnemu poškodeniu duševného a fyzického zdravia (EU-OSHA, 2007b).

Na vysvetlenie vzťahu medzi rizikovými faktormi a zdravím zamestnancov boli vypracované rôzne



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

modely stresu. Jedným z najznámejších modelov je model potreba-kontrola-podpora (Karasek, 1979, Karasek a Theorell, 1990, Johnson a Hall, 1988). V tomto modeli sú definované tri hlavné psychosociálne stresové faktory, ktoré ovplyvňujú pohodu zamestnanca:

- psychické potreby,
- miera kontroly alebo rozhodovania,
- a sociálna podpora.

Podľa tohto modelu negatívne stresové reakcie (ako napríklad únava, úzkosť, depresia a fyzické choroby) nastanú, keď je miera psychických potrieb vysoká a miera kontroly práce v rámci rozhodovania nízka. Sociálna podpora môže fungovať ako tlmáč.

Existujú mnohé psychosociálne rizikové faktory súvisiace s prácou (McNeely, 2005; Cox a Griffiths, 1996; Jettinghoff a Houtman, 2009), patrí k nim:

- práca na zmeny,
- príliš nahustený alebo neprimeraný pracovný program,
- nezvládanie práce,
- vysoké nároky na prácu,
- vysoká pracovná záťaž,
- krátke termíny,
- nedostatočné informácie,
- nedostatočná organizačná spravodlivosť,
- nedostatočná tímová práca,
- zlé medziľudské vzťahy,
- nedostatočná sociálna podpora,
- práca v izolácii,
- znižovanie stavu zamestnancov,
- nedostatok zdrojov.

K psychosociálnym rizikovým faktorom súvisiacim s prácou, ktoré sú typické pre sektor zdravotnej starostlivosti (McNeely, 2005; Cox a Griffiths, 1996; Jettinghoff a Houtman, 2009) patria:

- vysoké očakávania v kombinácii s nedostatkom času, zručností a sociálnej podpory,
- konfrontácia s bolesťou,
- práca s umierajúcimi ľuďmi,
- naliehavé prípady,
- vystavenie traumatickým prípadom,
- sťažnosti a súdne spory.

Aj násilie a obťažovanie a psychosociálne nebezpečenstvá patria medzi psychosociálne riziká v sektore zdravotnej starostlivosti. K násilnému správaniu môže dochádzať zo strany pacientov, návštevníkov alebo kolegov (EU-OSHA, 2007a). V zdravotníckom a sociálnom sektore je zaznamenaná najvyššia úroveň vystavenia násiliu pri práci v EÚ-27 (15,2 %). Výskyt šikanovania a obťažovania je v tomto sektore vyšší ako priemer. V zamestnaniach s vysokou úrovňou fyzických rizík (napr. výroba a stavebníctvo) nedochádza často k násiliu a obťažovaniu. Naproti tomu v zdravotníckom a sociálnom sektore (kde fyzikálne riziká sú pomerne na nízkej úrovni) je výskyt skutočného fyzického násillia alebo hrozby fyzického násillia osemkrát vyšší, ako je tomu napríklad vo výrobnom sektore (Parent-Thirion a kol., 2007). Podľa dánskeho projektu „Násillie ako forma vyjadrenia“ (Pedersen, 2007) až 32 % sociálnych pedagógov v zariadeniach ústavnej starostlivosti a ošetrovateľského personálu v nemocniciach je vystavených násilliu. V rokoch 2001 – 2002 v Spojenom kráľovstve Národná organizácia zdravotných služieb (NHS) oznámila 95 501 prípadov násillia a agresie voči personálu a zdravotným sestram pracujúcim v NHS, pričom najčastejšími obeťami týchto činov boli zdravotné sestry (National Audit Office, 2003). V nedávnych prieskumoch NHS týkajúcich sa zamestnancov zdravotníckych zariadení poskytujúcich sekundárnu starostlivosť a zamestnancov ambulantných zariadení uviedlo, že 29 %



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

resp. 50 % zamestnancov sa stalo obeťou násillia a agresie v priebehu posledných 12 mesiacov.

Zdravotníckych pracovníkov častejšie ohrozuje aj riziko zneužívania látok. V dôsledku špecifických rizikových faktorov, ako napríklad vysoké pracovné zaťaženie, práca s nevyliciteľne chorými a umierajúcimi pacientmi, nedostatočná príprava na potreby zamestnania, syndróm vyhorenia a nedostatočné znalosti o rizikách spojených s alkoholom a drogami, je zdravotnícky personál mimoriadne ohrozený rizikom zneužívania návykových látok. Trinkoff a Storr (1998) vo svojom článku uvádzajú, že 2 % až 3 % všetkých zdravotných sestier je závislých od drog a 40 000 zdravotných sestier v USA je postihnutých alkoholizmom. Cicala (2003) uvádza, že aj v prípade lekárov je vysoké riziko zneužívania návykových látok. Problém so zneužívaním látok sa počas pracovného života vyvinie najmenej u 8 až 12 % lekárov. K osobitným rizikovým faktorom, ktoré ohrozujú lekárov, patrí vysoká úroveň stresu a dlhá pracovná doba, samoliečba a dostupnosť liekov. Dosah zneužívania látok je závažný. Okrem negatívneho vplyvu na zdravie pracovníka, „pod vplyvom“ drog alebo alkoholu môže dôjsť k zanedbaniu zdravotnej starostlivosti, čo môže viesť k právnym postihom.

2.2. Zdravotné následky

Všetky tieto psychosociálne rizikové faktory majú veľký vplyv na fyzické a duševné zdravie zamestnancov. K osobitným zdravotným problémom v dôsledku týchto rizikových faktorov patrí:

- stres: údajne 22 % ekonomicky aktívneho obyvateľstva je postihnutých pracovným stresom (Parent-Thirion a kol., 2007.), na základe toho pracovný stres patrí k najčastejším zdravotným problémom súvisiacim s prácou; najviac ohrozenými sektormi sú zdravotnícke a sociálne služby a vzdelávanie: až 29,4 % zamestnancov je postihnutých týmto problémom,
- syndróm vyhorenia: zo štúdie konzorcia International Hospital Outcomes Research Consortium 1998 – 1999 vyplynulo, že 36,2 % Angličanov zamestnaných v sektore zdravotnej starostlivosti trpí závažným syndrómom vyhorenia (EU-OSHA, 2007a),
- úzkosť: 11,4 % zdravotníckych pracovníkov trpí úzkosťou (Parent-Thirion a kol., 2007);
- podráždenosť: 15,2 % zdravotníckych pracovníkov trpí podráždenosťou (Parent-Thirion a kol., 2007.)
- depresia: v prieskume organizácie Northwestern National Life of Minneapolis (1991) 32 % opýtaných zdravotníckych pracovníkov uviedlo pocity depresie.

3. Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

3.1. Podpora duševného zdravia

Ako uvádza Pollett (2007), podpora duševného zdravia je „proces posilňovania ochranných faktorov, ktoré prispievajú k dobrému duševnému zdraviu“. Viaceré vedecké štúdie preukázali, že schopnosti a vlastnosti súvisiace s dobrým duševným zdravím vedú k pozitívnym výsledkom v týchto oblastiach, napr. lepšie fyzické zdravie a kvalita života, hospodársky blahobyt a ľudská dôstojnosť (European Mental Health Implementation Project., 2006).

Pracovisko je vhodným prostredím, kde možno efektívne chrániť a podporovať duševné zdravie zamestnancov. V Európskom pakte za duševné zdravie a pohodu (Konferencia EÚ na vysokej



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

úrovni, 2008) sa duševné zdravie na pracovisku uvádza ako jedna z prioritných oblastí. Pakt odporúča zavádzať na pracoviskách programy starostlivosti o duševné zdravie a pohodu s hodnotením rizika a preventívnymi programami pre situácie, ktoré môžu mať nepriaznivé účinky na duševné zdravie pracovníkov (stres, nevhodné správanie, napr. násilie alebo obťažovanie na pracovisku, alkohol, drogy), a programy včasnej intervencie.

3.2. Efektívnosť iniciatív na podporu duševného zdravia

Niektoré organizácie si už uvedomili význam duševného zdravia, existuje však mnoho pracovísk, kde takéto opatrenia ešte neboli zavedené, a preto sa zúčastnení na hierarchii v oblasti zdravotnej starostlivosti často veľmi kriticky vyjadrujú, pokiaľ ide o programy na podporu duševného zdravia. Dôvodom je, že sú zamerané skôr na liečbu s cieľom dosiahnuť okamžité výsledky, než na dlhodobé preventívne riešenia (Munn-Giddings, Hart a Ramon, 2005). Popri hlavných odborníkoch v tejto hierarchii si rôzne ďalšie zainteresované strany vyžadujú dôkazy o efektívnosti podpory duševného zdravia: tvorcovia politík potrebujú odôvodniť výdavky, lekári ich potrebujú na plánovanie a realizáciu programov a postihnutí zamestnanci potrebujú vedieť, či im intervencie pomôžu, alebo nie (Barry a McQueen, 2005).

Podrobné štúdie o hodnotení intervencií v prípade stresu sú zriedkavé, tak v prípade hodnotenia nákladov a prínosov, ako aj hodnotenia efektívnosti jednotlivých opatrení na zníženie stresu (Burke a Richardsen, 2000). Vzhľadom na nastavenie výskumu sa nie vždy dá určiť, ktoré vplyvy sú skutočnými výsledkami intervencie (Cox, Griffith a Rial-Gonzalez, 2000). Aj keď vedecký výskum efektívnosti nákladov nie je jednoduchý, mnohé organizácie a tvorcovia politík sa snažili určiť náklady a prínosy intervencií v prípade pracovného stresu. Organizácia Sainsbury Center for Mental Health (SCMH, 2007) vo Veľkej Británii uvádza prehľad týkajúci sa nákladov spojených s duševným zdravím na pracovisku a odhady nákladovej efektívnosti intervencií v prípade stresu (na základe príkladov z organizácií vo Veľkej Británii).

Ročné obchodné náklady súvisiace s duševným zdravím pri práci vo Veľkej Británii sú rozdelené takto:

- práceneschopnosť v dôsledku choroby: 8,4 mld. libier (9,7 mld. EUR),
- znížená produktivita: 5,1 mld. libier (5,9 mld. EUR),
- fluktuácia personálu: 2,4 mld. libier (2,8 mld. EUR).

Na základe príkladov zo strany zamestnancov možno odhadnúť nákladovú efektívnosť programov duševného zdravia. Spoločnosť British Telecom oznámila po zavedení stratégie pre duševné zdravie zníženie práceneschopnosti v dôsledku problémov s duševným zdravím o 30 % (SCMH, 2007). Hilton (2005) uvádza výsledky austrálskeho programu pre duševné zdravie. Tento program bol zameraný na včasné stanovenie diagnózy a liečbu zamestnancov s príznakmi depresie. Hlavnou myšlienkou bolo, aby zamestnávateľia aktívne pristupovali k identifikácii ľudí s príznakmi problémov s duševným zdravím a aby im poskytli starostlivosť financovanú zamestnávateľom. Finančné prínosy sa prejavili v podobe vyššej produktivity zamestnancov. Ročné finančné prínosy boli päťkrát vyššie ako ročné investície do programu. Wang a kol. (2007) opisuje podobný program z USA, kde ročné finančné prínosy na zamestnanca dosiahli 1800 USD (1268 EUR) v porovnaní s ročnými nákladmi na zamestnanca vo výške len od 100 USD (70,5 EUR) do 400 USD (281,8 EUR).



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

3.3. Intervencie v sektore zdravotnej starostlivosti

Keďže práca zohráva dôležitú úlohu v živote ľudí, pracovisko je vhodným prostredím pre intervencie na podporu duševného zdravia (Pollett, 2007). Tieto intervencie treba zamerať na oblasti, kde je potrebné dosiahnuť zlepšenie tak na individuálnej úrovni, ako aj na úrovni organizácie. Dôležité je vybudovať kultúru práce, v ktorej otázky týkajúce sa duševného zdravia, nie sú tabu.

Na účely obmedzenia psychosociálnych rizikových faktorov a podporu duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti existujú rôzne typy intervencií.

3.3.1. Intervencie na organizačnej úrovni

Na tejto úrovni opatrenia na obmedzenie stresových faktorov v pracovnom prostredí zavádzajú zamestnávateľa. Tieto intervencie sú určené na odstránenie príčin pracovného stresu (EU-OSHA, 2002).

Intervencie na organizačnej úrovni sú zamerané na zmenu štruktúry organizácie a/alebo na zmenu fyzikálnych faktorov a faktorov prostredia. Tieto intervencie slúžia na zníženie negatívnych prvkov v organizácii práce. Intervencie v modeli potreba-kontrola-podpora sú zamerané na zmeny na organizačnej úrovni s cieľom zvýšiť kontrolu, ktorú zamestnanec má nad svojou prácou a svojimi schopnosťami (Luceño a Martín, 2008). Stresové faktory možno sledovať prostredníctvom analýzy psychosociálnych rizík. Analýza odhalí, ktoré prvky v organizácii (na úrovni úloh, tímu alebo na organizačnej úrovni) sú kritické a vyžadujú si zlepšenie.

Intervencie na organizačnej úrovni zahŕňajú:

- psychické potreby: zlepšiť množstvo práce, optimalizovať intelektuálne požiadavky, obmedziť časovú tieseň,
- mieru kontroly alebo rozhodovania: zlepšiť využívanie a rozvoj zručností, zlepšiť kontrolu nad prácou, zvýšiť účasť na rozhodovaní,
- sociálnu podporu: zlepšiť sociálnu podporu medzi kolegami a medzi kolegami a nadriadenými,
- rovnováhu medzi pracovným a súkromným životom: zaviesť pružný pracovný čas, poskytovať v práci služby starostlivosti o deti, umožniť študijné voľno a prerušenie zamestnania, umožniť zamestnancom plánovať si rozpis služieb a realizovať ho na základe slobodného rozhodovania o službách.

Príklady intervencií na organizačnej úrovni v sektore zdravotnej starostlivosti (EU-OSHA, 2002):

- zvýšenie počtu zamestnancov počas špičky, čo umožňuje obmedziť pracovné zaťaženie, zlepšenie organizácie pracovných zmien a absencií a zabezpečenie sa voči nepredvídateľným situáciám,
- špecifikovanie funkcie a povinnosti, napríklad pomocní ošetrovatelia na poskytovanie pomoci pri podávaní liekov a pomoci a podporu pri liečebnej starostlivosti,
- zavedenie komunikačného protokolu pre také situácie, ktoré by podľa názoru pracovníkov, mohli predstavovať riziko pre ich zdravie a bezpečnosť,
- zavedenie pre určité skupiny zamestnancov na zlepšenie samostatnosti a rozhodovania určitej miery vlastného uváženia pri plnení niektorých úloh podľa usmernení stanovených príslušným oddelením,
- podporovanie účasti zamestnancov na schôdzach, kde môžu predkladať svoje návrhy, nápady a názory.



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

3.3.2. Intervencie na spoločnej individuálno-organizačnej úrovni

Tieto intervencie slúžia na zvýšenie schopnosti zamestnancov čeliť stresu. Zamestnávateľ by mal investovať do intervencií zameraných na posilnenie schopností svojich zamestnancov zvládať stres, napríklad prostredníctvom vzdelávania.

K takýmto intervenciám patrí, napríklad (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine a kol., 2009):

- zlepšovanie vzťahov v práci medzi kolegami a riadiacimi pracovníkmi,
- zriaďovanie podporných skupín,
- zlepšovanie súladu medzi osobou a prostredím,
- vysvetľovanie aspektov týkajúcich sa postavenia,
- zvyšovanie participácie a samostatnosti,
- vzdelávanie na posilnenie sebavedomia a sebaúcty, pocitu spolupatričnosti,
- program na zníženie stresu založený na obozretnosti: tento program pozostáva zo vzdelávania, na ktorom sa zamestnanci dozvedia ako si majú zlepšiť komunikačné zručnosti, ako zvládať stresové reakcie, sebaľútosť,
- vzdelávanie na zlepšenie praktických zručností na znižovanie stresu a zlepšenie vzťahu s pacientmi a ako s nim vychádzať,
- vzdelávanie zamestnancov, ako majú zvládať situácie, ktorým čelia, ako napr. úmrtie, bolesť a nevyliciteľne chorí.

3.3.3. Intervencie na individuálnej úrovni

Intervencie na individuálnej úrovni sú často zamerané na znižovanie stresu medzi zamestnancami, u ktorých sa už prejavili príznaky. Cieľom je zlepšiť spôsobilosť osoby vyrovnať sa so stresom, napríklad prostredníctvom relaxačných techník (EU-OSHA, 2002). Tieto intervencie slúžia na zaistenie, aby sa osoby dokázali vyrovnať s príznakmi stresu. Správnou pomocou týmto osobám sa minimalizujú škodlivé následky stresu. Niektoré príklady:

- terapeutická masáž,
- naučiť sa stratégie zvládania stresu,
- kognitívno-behaviorálny tréning,
- školenie v oblasti zvládania stresu,
- poradenstvo.

3.4. *Riešenie problému násillia a obťažovania v sektore zdravotnej starostlivosti*

Ako už bolo uvedené, bežnými problémami v sektore zdravotnej starostlivosti okrem stresu sú aj násillie a obťažovanie, ktoré vedú k negatívnym zdravotným následkom. Pri riešení problému násillia a agresie v sektore zdravotnej starostlivosti sa možno riadiť intervenciami na rovnakých úrovniach ako v prípade prevencie stresu.

Na organizačnej úrovni možno uskutočniť tieto intervencie (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- rozvíjať na pracovisku kultúru orientovanú na človeka a vydať jasné principiálne vyhlásenie, v ktorom sa jednoznačne uvádza, že násillie a agresivita voči zdravotníckym pracovníkom sa netoleruje, všetky zúčastnené strany by mali byť informované o tejto zásade: pacienti, zamestnanci a manažéri;
- angažovanosť vedenia v súvislosti s predchádzaním násilliu a agresii,



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

- jasné informácie a komunikácia,
- vykonávať hodnotenie rizika násilia, agresie a obťažovania na pracovisku,
- kontrola prostredia: zaistenie bezpečnosti pomocou účinných technológií a postupov (napr. poplašné systémy, vytvoriť vzdialenosť medzi klientom/pacientom a personálom za pomoci širších vybavovacích pultov a pod.);
- informácie o potrebných opatreniach, o zvýšených rizikách v prípade niektorých pacientov a pod.

Na spoločnej individuálno-organizačnej úrovni sa môžu prijať tieto opatrenia (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004):

- oznámenie všetkých prípadov násilia a agresie,
- školenie zamestnancov na predchádzanie incidentom o tom, ako rozpoznať skutočné alebo možné hrozby na pracovisku, školenie zamestnancov o tom, ako reagovať v situáciách s prejavmi násilia.

A napokon existujú aj niektoré intervencie na individuálnej úrovni (ILO, 2002; NAO, 2003; United States Department of Labor, 2004; Arnetz a Arnetz, 2000):

- pomoc a podpora,
- poradenstvo,
- podanie sťažnosti,
- rozbor situácie,
- rehabilitácia zamestnancov, ktorí sa stali obeťou násilného incidentu.

3.5. Príklady dobrej praxe

Na podporu duševného zdravia existujú komplexné intervencie, aj keď organizácie často nevenujú rovnakú pozornosť všetkým trom úrovniach intervencie (Cox a kol., 2000; Kompier a kol., 1998). Organizácie sa zameriavajú skôr na spoločnú individuálno-organizačnú úroveň a na individuálne intervencie. Výsledkom je, že sa často zabúda na intervencie zamerané na preventívne znižovanie stresových faktorov na pracovisku.

Na účely realizácie vhodnej politiky na podporu duševného zdravia každá organizácia musí zaujať k tejto téme holistický prístup a realizovať opatrenia na všetkých troch úrovniach. Keďže stres zapríčiňujú viaceré faktory (napr. kombinácia personálnych záležitostí, pracovného zaťaženia, aspektov organizácie práce a fyzických pracovných podmienok), všetky tieto príčiny treba riešiť spoločne, aby intervencia bola efektívna (EU-OSHA, 2002). V tomto procese je veľmi dôležité, aby zamestnávateľia a zamestnanci spolupracovali (Keleher a Armstrong, 2005).

Dva praktické príklady intervencií na organizačnej úrovni sa uvádzajú ďalej v texte. Dôraz sa kladie na príklady preventívnych opatrení, pretože sa zaoberajú podstatou problému. Príklady intervencií na individuálno-organizačnej a individuálnej úrovni možno nájsť vyššie v príslušných odsekoch.

V rámcu 1 je uvedený príklad dobrej praxe ilustrujúci, ako organizácie v sektore zdravotnej starostlivosti môžu riešiť psychosociálne riziká, súvisiace zdravotné následky a ako organizácia môže vyhovieť potrebe účasti na rozhodovacom procese. V rámcu 2 sa uvádza príklad dobrej praxe, ktorý sa zaoberá tým, ako bojovať proti násiliu voči zdravotníckemu personálu.



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

Rámček 1. Program na podporu ošetrovateľov (Jané-Llopis a kol., 2005)

Kontext

Program na podporu ošetrovateľov je určený na zvýšenie účasti ošetrovateľov a zvýšenie sociálnej podpory pri rozhodovaní v pracovnej oblasti tímov ošetrovateľov v zdravotníckych zariadeniach (pre duševne chorých). Tento program účinne zvyšuje schopnosť tímov ošetrovateľov aktivizovať tímové správanie zabezpečujúce sociálnu podporu a nachádzať techniky na riešenie problémov.

Program

- šesť školení (4 až 5 hodín);
- účastníci: 10 riadiacich pracovníkov a 10 pracovníkov poskytujúcich priamu starostlivosť,
- zameranie:
 - lepšie porozumieť a posilniť existujúce siete v rámci organizácií, ktoré by vedeli pomôcť a poskytnúť podporu,
 - zvýšiť účasť zamestnancov,
 - rozvíjať a viesť vzdelávacie akcie;
 - naučiť sa techniky, ako si udržať tieto nové zručnosti v priebehu času.

Hodnotenie programu

- program prispel k zlepšeniu pozitívnej spätnej väzby týkajúcej sa práce,
- program posilnil dôveru a vnímanie účastníkov, že sa dokážu vyrovnáť s nezhodami a preťažením v práci,
- program prispel k zlepšeniu atmosféry, duševného zdravia a spokojnosti v tíme.

Rámček 2. Riešenie násillia proti zamestnancom v oblasti zdravotnej starostlivosti (EU-OSHA, 2002)

Problém

V Írsku bolo v roku 2000 hlásených 12 prípadov násillia alebo hrubého správania voči personálu v stredoápadných regionálnych nemocniciach. Tento počet sa v roku 2001 zvýšil na 64. Zamestnanci uvádzali, že pociťujú stres, frustráciu, strach a zraniteľnosť.

Riešenie

Oddelenie pre riadenie rizík sa spolu so zodpovedným pracovníkom pre bezpečnosť a ochranu zdravia rozhodlo vytvoriť postup na systematické riešenie násillia na pracovisku. Tento postup zahŕňal rôzne kroky:

- vypracovanie novej politiky oznamovania incidentov a podporu politiky otvoreného oznamovania,
- vypracovanie komplexného rámca a programu na riešenie násillia a agresie,
- zaoberanie sa agresiou a násillím rovnako ako so všetkými ostatnými pracovnými rizikami, riziká agresie a násillia sa musia identifikovať, vyhodnotiť a musia sa realizovať opatrenia na kontrolu a vyhodnotiť, na splnenie týchto požiadaviek bola vypracovaná formálna metóda hodnotenia rizík,
- zabezpečenie osobitného vzdelávania pre zamestnancov, ktoré im umožní vyrovnáť sa a zasiahnuť v prípade agresívneho a násillného konania (zo strany klientov s poruchami správania), toto vzdelávanie bolo zamerané na poučenie zamestnancov o tom, ako eliminovať riziko poranenia zamestnancov alebo klientov.



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

Praktické príklady

Multidisciplinárny tím na oddelení pre naliehavé prípady uskutočnil rozsiahle hodnotenie rizík spoločne s konzultantmi pre bezpečnosť a ochranu zdravia. Po identifikácii niektorých závažných rizík boli prijaté tieto opatrenia:

- vzdelávací program „Nenasilná krízová intervencia“,
- posilnená prítomnosť ochranky,
- informácie na oddelení týkajúce sa postupu voči násilníkom,
- poskytnutie osobných a núdzových poplašných systémov,
- užšie pracovné vzťahy s Gardaí (polícia), bol určený styčný dôstojník na úzko spoluprácu s nemocničným personálom,
- tri úspešné stíhania páchatel'ov súdnou cestou,
- pozornosť venovaná ergonómii oddelení z hľadiska prevencie a bezpečných pracovných postupov.

4. Ďalšie informácie

Webové stránky:

Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci:

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

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

http://osha.europa.eu/en/sub/sme/products/stress_at_work/index.htm

Európska nadácia pre zlepšovanie životných a pracovných podmienok:

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

Európska komisia:

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/index_en.htm

Európska agentúra pre bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci:

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

ProMenPol:

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

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) (1986).

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Medzinárodná organizácia práce (ILO)

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

Úrad pre zdravie a bezpečnosť (HSE, Spojené Kráľovstvo):

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

Národný inštitút pre výskum a bezpečnosť (INRS, Francúzsko):

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

Projekty:

European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP): Project Move II 'Mental health at



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

the workplace':

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

European Mental Health Implementation Project:

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

5. Odkazy

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

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>



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

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

Hilton, M., 'Assessing the financial return on investment of good management strategies and the WORC project', WORC Project paper, 2005. Available at: [http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper\(2005\).pdf](http://www.qcmhr.uq.edu.au/worc/Documents/Hilton_Paper(2005).pdf)

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

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.



Podpora duševného zdravia v sektore zdravotnej starostlivosti

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

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

World Health Organization (2009). Mental health. Retrieved 22 September 2009, from:

http://www.who.int/topics/mental_health/en/