

PSICHIKOS SVEIKATOS STIPRINIMAS SVEIKATOS PRIEŽIŪROS SEKTORIUJE

1. Įžanga

Sveikatos priežiūros sektorius – vienas iš pagrindinių Europos darbo rinkos sektorių. Jame dirba apie 10 proc. Europos Sąjungos darbuotojų. Daugiausia sveikatos priežiūros darbuotojų dirba ligoninėse. Kiti sveikatos priežiūros darbuotojai dirba tokiose darbo vietose, kaip medicinos kabinetai, slaugos namai ir kitos sveikatos priežiūros įstaigos, pavyzdžiui, kraujo bankai ar medicinos laboratorijos (Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra (EU-OSHA), 2007a). Šiame sektoriuje pasireiškia didelė lyčių nelygybė: beveik 80 proc. darbuotojų yra moterys (Europos gyvenimo ir darbo sąlygų gerinimo fondas, 2008).

Kaip teigia Tarptautinė darbo organizacija (TDO, 2005), psichosocialinės problemos gali būti ligų, sužalojimų, stigmatizavimo, izoliacijos ir net mirties priežastis. Šios problemos taip pat gali žymiai pakenkti darbdaviams, pavyzdžiui, gali sumažėti darbo našumas ir suprastėti darbuotojų motyvacija. Šie psichikos sveikatos rizikos veiksniai itin būdingi darbuotojams sveikatos priežiūros sektoriuje (Pasaulio sveikatos organizacija (PSO), 2004). Todėl svarbu ir labai naudinga investuoti į psichikos sveikatos gerinimą šiame sektoriuje.

PSO (2009) psichikos sveikatą apibrėžia kaip gerovės būseną, kai asmuo:

- suvokia savo sugebėjimus;
- gali įveikti gyvenime įtampą;
- gali produktyviai ir našiai dirbti;
- gali duoti naudos savo bendruomenei.

Psichikos sveikata yra asmens ir bendruomenės gerovės ir veiksmingo funkcionavimo pagrindas. Ši svarbiausia psichikos sveikatos samprata atitinka jos plačias ir įvairias interpretacijas skirtingose kultūrose.

Šis straipsnis skirtas darbdaviams. Jame nuodugniai aptariami psichikos sveikatos klausimai sveikatos priežiūros sektoriuje ir pateikiama praktinė informacija apie psichikos sveikatos gerinimo intervencines priemones.

2. Psichikos sveikatos psichosocialinės rizikos veiksniai ir jų padariniai psichikos sveikatai

2.1. Psichosocialinės rizikos veiksniai

Psichosocialinė rizika susijusi su darbo planavimu, organizavimu ir valdymu, taip pat su ekonominėmis ir socialinėmis darbo aplinkybėmis. Ši rizika didina įtampą ir gali labai pabloginti psichinę ir fizinę sveikatą (EU-OSHA, 2007b).

Siekiant paaiškinti rizikos veiksnių ir darbuotojo sveikatos santykį, parengti skirtingi įtampos valdymo modeliai. Vienas iš labiausiai paplitusių modelių – reikalavimo, kontrolės ir paramos



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

modelis (Karasek, 1979; Karasek ir Theorell, 1990; Johnson ir Hall, 1988). Šiuo modeliu apibūdinami trys svarbiausi įtampa sukeltys veiksniai, turintys įtakos darbuotojų gerovei:

- psichologiniai reikalavimai;
- kontrolė arba sprendimų priėmimo laisvė;
- socialinė parama.

Pagal šį modelį neigiama reakcija į įtampą (pavyzdžiui, nuovargis, nerimas, depresija ir fizinės ligos) kyla esant dideliems psichologiniams reikalavimams ir nedidelei galimybei valdyti darbą ir priimti sprendimus. Socialinė parama gali atlikti apsauginį vaidmenį.

Skiriama daug su darbu susijusių psichosocialinių veiksnių (McNeely, 2005; Cox ir Griffiths, 1996; Jettinghoff ir Houtman, 2009), iš kurių galima paminėti:

- pamaininį darbą;
- pernelyg įtemptą ar netinkamą darbo grafiką;
- menką darbo kontrolę;
- didelius darbo reikalavimus;
- didelį darbo krūvį;
- įtemptus terminus;
- nepakankamą informaciją;
- organizacinę neteisybę;
- prastą komandinį darbą;
- prastus asmeninius santykius;
- nepakankamą socialinę paramą;
- darbą vienumoje;
- darbuotojų skaičiaus mažinimą;
- nepakankamus išteklius.

Sveikatos priežiūros sektoriui būdingi su darbu susiję psichosocialinės rizikos veiksniai (McNeely, 2005; Cox ir Griffiths, 1996; Jettinghoff ir Houtman, 2009):

- dideli lūkesčiai ir nepakankamas laikas, nepakankami įgūdžiai ir nepakankama socialinė parama;
- susidūrimas su skausmu;
- bendravimas su mirštančiais;
- nenumatyti įvykiai;
- susidūrimas su skausmingais įvykiais;
- skundai ir bylinėjimasis.

Sveikatos priežiūros sektoriaus psichosocialiniams pavojams taip pat priskiriamas smurtas ir priekabiavimas. Smurtauti gali pacientai, lankytojai ar kolegos (EU-OSHA, 2007a). Kaip teigiama, su smurtu darbe 27 ES valstybėse narėse dažniausiai susiduria sveikatos ir socialinio sektorių darbuotojai (15,2 proc.). Bauginimo ir priekabiavimo atvejų skaičius šiame sektoriuje viršija vidurkį. Profesijose, kurioms būdinga didelė fizinė rizika (pavyzdžiui, gamybos ar statybos), smurto ir priekabiavimo atvejai reti. Priešingai, sveikatos ir socialiniame sektoriuje (kur fizinė rizika yra gana nedidelė), su faktiniu fiziniu smurtu susiduriama arba šio smurto grėsmė kyla aštuonis kartus dažniau nei, pavyzdžiui, gamybos sektoriuje (Parent-Thirion ir kt., 2007). Kaip rodo Danijoje vykdytas projektas „Smurtas kaip išraiškos forma“ (Pedersen, 2007), iki 32 proc. socialinių auklėtojų nuolatinės priežiūros įstaigose ir saugos darbuotojų ligoninėse patiria smurtą. 2001–2002 m. Jungtinės Karalystės nacionalinė sveikatos tarnyba (NHS) pranešė apie 95 501 smurto ir agresijos prieš NHS darbuotojus atvejį; dažniausiai nuo to nukentėdavo slaugytojai (Nacionalinė audito tarnyba, 2003). Per neseniai atliktas NHS darbuotojų, įskaitant antrinės sveikatos priežiūros ir skubiosios pagalbos įstaigų darbuotojus, apklausas atitinkamai 29 proc. ir 50 proc. darbuotojų nurodė per pastaruosius 12 mėnesių nukentėję nuo smurto ir agresijos.



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

Sveikatos priežiūros darbuotojams taip pat kyla didelė piktnaudžiavimo alkoholiu rizika. Dėl specifinių rizikos veiksnių, pavyzdžiui, didelio darbo krūvio, bendravimo su mirtinomis ligomis sergančiais pacientais ir mirštančiais pacientais, netinkamo pasirengimo darbo reikalavimams, išsekimo ir nepakankamo alkoholio ir narkotikų keliamų pavojų išmanymo, medicinos darbuotojams kyla itin didelė piktnaudžiavimo alkoholiu ir narkotikais rizika. Trinkoff ir Storr (1998) straipsnyje nurodoma, kad nuo 2 iki 3 proc. visų slaugytojų vartoja narkotikus, o 40 000 slaugytojų Jungtinėse Amerikos Valstijose serga alkoholizmu. Cicala (2003) teigia, kad gydytojai irgi patiria didelę piktnaudžiavimo alkoholiu ir narkotikais riziką. Nuo 8 iki 12 proc. gydytojų per savo karjerą neišvengia piktnaudžiavimo alkoholiu ir narkotikais. Gydytojai susiduria su specifiniais rizikos veiksniais – didele įtampa ir ilgomis darbo valandomis, savigyda ir vaistų prieinamumu. Piktnaudžiavimas alkoholiu ir narkotikais sukelia sunkias pasekmes. Jis kenkia ne tik darbuotojo sveikatai – jei asmuo yra apsvaigęs nuo narkotikų ar alkoholio, gali pasireikšti medicininis aplaidumas, o tai gali būti pagrindas pareikšti ieškinį.

2.2. Pasekmės sveikatai

Visi šie psichosocialinės rizikos veiksniai turi didelę įtaką darbuotojų fizinei ir psichinei sveikatai. Jie sukelia konkrečias sveikatos problemas, pavyzdžiui:

- įtampą: teigiama, kad 22 proc. darbingo amžiaus asmenų veikia su darbu susijusi įtampa (Parent-Thirion ir kt., 2007); dėl šios priežasties su darbu susijusi įtampa yra viena iš dažniausių su darbu siejamų sveikatos problemų; didžiausia rizika kyla sveikatos, socialinių paslaugų ir švietimo sektoriuose: čia šia problema skundžiasi iki 29,4 proc. darbuotojų;
- išsekimą: Tarptautinio ligoninių tyrimo konsorciumo 1998–1999 m. atliktas tyrimas parodė, kad 36,2 proc. sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojų Anglijoje skundžiasi dideliu išsekimu (EU-OSHA, 2007a);
- nerimą: 11,4 proc. sveikatos priežiūros darbuotojų skundžiasi nerimu (Parent-Thirion ir kt., 2007);
- dirglumą: 15,2 proc. sveikatos priežiūros darbuotojų skundžiasi dirglumu (Parent-Thirion ir kt., 2007);
- depresiją: per „Northwestern National Life of Minneapolis“ (1991 m.) atliktą apklausą 32 proc. apklaustų sveikatos priežiūros darbuotojų skundėsi depresijos simptomais.

3. Psichikos sveikatos gerinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

3.1. Psichikos sveikatos gerinimas

Kaip teigia Pollett (2007), psichikos sveikatos gerinimas – „tai apsauginių veiksnių, prisidedančių prie geros psichikos sveikatos, stiprinimas“. Daugelis mokslinių tyrimų įrodė, kad su teigiama psichikos sveikata susiję įgūdžiai ir požymiai lemia teigiamas pasekmes, pavyzdžiui, geresnę fizinę sveikatą ir gyvenimo kokybę, ekonominę gerovę ir asmens orumą (Europos psichikos sveikatos įgyvendinimo projektas, 2006).

Darbo vieta – tai tinkama aplinka, kurioje galima efektyviai saugoti ir gerinti darbuotojų psichikos sveikatą. Europos psichikos sveikatos ir gerovės paktas (ES aukšto lygio konferencija, 2008)



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

priskiria psichikos sveikatą darbo vietoje vienai iš prioritetinių sričių. Pakte siūloma įgyvendinti psichikos sveikatos ir gerovės programas kartu su rizikos vertinimo ir prevencijos programomis situacijose, kurios gali turėti neigiamą įtaką darbuotojų psichikos sveikatai (įtampa, užgaulus elgesys, pavyzdžiui, smurtas ar priekabiavimas darbe, alkoholis, narkotikai), ir ankstyvos intervencijos darbo vietose programomis.

3.2. Psichikos sveikatos gerinimo iniciatyvų efektyvumas

Kai kurios organizacijos jau suprato, kaip svarbu gerinti psichikos sveikatą, tačiau dar yra daug darbo vietų, kuriose šios priemonės nėra įgyvendinamos. Sveikatos priežiūros sektoriaus vadovai dažnai skiria didelę reikšmę psichikos sveikatos gerinimo programoms. Šiose programose daugiausia dėmesio teikiama priemonėms, siekiant greitų rezultatų, o ne ilgalaikiams prevenciniams sprendimams (Munn-Giddings, Hart ir Ramon, 2005). Po pagrindinių sektoriaus vadovų eina kitos įvairios suinteresuotosios šalys, kurioms reikalingi psichikos sveikatos gerinimo efektyvumo įrodymai: politikos kūrėjams įrodymai reikalingi išlaidoms pagrįsti, praktikuojantiems gydytojams – programoms planuoti ir įgyvendinti, o atitinkamiems darbuotojams svarbu žinoti, ar intervencinės priemonės gali jiems padėti (Barry ir McQueen, 2005).

Atlikta tik keletas įtampos intervencinių priemonių vertinimo tyrimų (ir ekonominio efektyvumo vertinimo, ir atskirų įtampos mažinimo priemonių efektyvumo vertinimo) (Burke ir Richardsen, 2000). Dėl tyrimo projekto ne visuomet įmanoma nustatyti, kokie yra faktiniai intervencijos rezultatai (Cox, Griffith ir Rial-Gonzalez, 2000). Nors ekonominio efektyvumo mokslinius tyrimus atlikti nelengva, daugelis organizacijų ir politikos kūrėjų mėgino nustatyti įtampos mažinimo intervencinių priemonių ekonominę naudą. Didžiosios Britanijos Sensberio psichikos sveikatos centras (SCMH, 2007) pateikia su psichine sveikata darbo vietoje susijusių išlaidų apžvalgą ir vertina įtampos mažinimo intervencinių priemonių ekonominį efektyvumą (pagal Didžiosios Britanijos organizacijų pavyzdžius).

Metinės psichikos sveikatos darbe veiklos išlaidos Didžiojoje Britanijoje pasiskirsto taip:

- neatvykimas į darbą dėl ligos: 8,4 mlrd. GBP (apie 9,7 mlrd. EUR);
- sumažėjęs našumas: 5,1 mlrd. GBP (apie 5,9 mlrd. EUR);
- darbuotojų kaita: 2,4 mlrd. GBP (apie 2,8 mlrd. EUR).

Pasitelkiant pavyzdžius iš darbo vietos, galima įvertinti psichikos sveikatos programų ekonominį efektyvumą. „British Telecom“ nurodė, kad įgyvendinus psichikos sveikatos programą, neatvykimo į darbą dėl psichikos sveikatos problemų atvejų sumažėjo 30 proc. (SCMH, 2007). „Hilton“ (2005) praneša Australijos psichikos sveikatos programos rezultatus. Ši programa buvo skirta ankstyvai diagnozei ir intervencinėms priemonėms, skirtoms darbuotojams, kuriems pasireiškė depresijos simptomų. Buvo sumanyta, kad darbdaviai dalyvaus nustatant asmenis, turinčius psichikos sveikatos simptomų, ir suteiks šiems darbuotojams priežiūrą darbovietės lėšomis. Finansinė nauda pasireiškė didesniu darbuotojų našumu. Metinė finansinė nauda penkis kartus viršijo programai skirtas metines investicijas. Wang ir kt. (2007) aprašo panašią JAV vykdytą programą, kai metinė vienam darbuotojui tenkanti finansinė nauda buvo 1 800 USD (apie 1 268 EUR), o metinės vienam darbuotojui tenkančios išlaidos – tik nuo 100 USD (apie 70,5 EUR) iki 400 USD (apie 281,8 EUR).



3.3. Intervencinės priemonės sveikatos priežiūros sektoriuje

Kadangi darbas – svarbi žmonių gyvenimo dalis, darbo vieta yra tinkama aplinka psichikos sveikatos gerinimo intervencinėms priemonėms (Pollett, 2007). Šios intervencinės priemonės turi būti skirtos sritims, kurias reikia gerinti ir asmeniniu, ir organizacijos lygmeniu. Svarbu kurti darbinę kultūrą, kurioje nedraudžiama kelti psichikos sveikatos klausimų.

Siekiant sumažinti psichosocialinės rizikos veiksnius ir gerinti psichikos sveikatą sveikatos priežiūros sektoriuje, skiriami įvairūs intervencinių priemonių tipai.

3.3.1. Organizacijos lygmens intervencinės priemonės

Šiuo lygmeniu darbdavys įgyvendina priemones, skirtas įtampą sukeliantiems veiksniams darbo aplinkoje mažinti. Intervencinėmis priemonėmis šalinamos įtampos darbe priežastys (EU-OSHA, 2002).

Organizacijos lygmens intervencinės priemonės skirtos organizacijos struktūrai ir (arba) fiziniams ir aplinkos veiksniams pakeisti. Šiomis intervencinėmis priemonėmis mėginama sumažinti neigiamus darbo organizavimo elementus. Intervencija pagal reikalavimo, kontrolės ir paramos modelį skirta organizacijai pertvarkyti, siekiant padidinti darbuotojo turimą savo darbo ir gebėjimų kontrolę (Luceño ir Martín, 2008). Įtampą sukeliančius veiksnius padeda stebėti psichosocialinės rizikos analizė. Analizė parodys, kokie organizacijos elementai (užduoties, komandos ar organizacijos lygmeniu) yra svarbiausi ir tobulintini.

Organizacijos lygmens intervencinėms priemonėms priskiriami:

- psichologiniai reikalavimai: didinti darbo kokybę, optimizuoti intelektinius reikalavimus ir mažinti darbo spartą;
- kontrolės ar sprendimo priėmimo laisvė: tobulinti įgūdžių naudojimą ir ugdymą, didinti darbo kontrolę ir dalyvavimą priimanant sprendimus;
- socialinė parama: didinti socialinę paramą tarp kolegų ir tarp kolegų ir vadovų;
- darbo ir gyvenimo pusiausvyra: nustatyti lankstų darbo laiką, teikti vaikų priežiūros paslaugas darbe, suteikti galimybę pasinaudoti mokymosi atostogomis ir atostogomis pertraukiant karjerą, padėti darbuotojams planuoti ir įgyvendinti rotaciją pagal savarankišką rotaciją darbe.

Organizacijos lygmens intervencinių priemonių sveikatos priežiūros sektoriuje pavyzdžiai (EU-OSHA, 2002):

- daugiau darbuotojų piko metu: tai padeda sumažinti darbo krūvį, geriau organizuoti pamainas ir imtis priemonių darbuotojui neatvykus į darbą ir kitais nenumatytais atvejais;
- funkcijų ir pareigų nustatymas; pavyzdžiui, slaugos aptarnaujančiojo personalo – kas ruošia vaistus ir kas padeda gydant;
- bendravimo protokolo nustatymas tais atvejais, kai, darbuotojų nuomone, gali kilti sveikatos ir saugos rizika;
- tam tikros nuožiūros taikymas įgyvendinant kai kurias užduotis pagal atitinkamo skyriaus nustatytas rekomendacijas tam tikroms darbuotojų grupėms, norint padidinti savarankiškumą ir sprendimų priėmimą;
- darbuotojų dalyvavimo gerinimas per susitikimus, suteikiant jiems galimybę prisidėti pasiūlymais, idėjomis ir nuomonėmis.



3.3.2. Asmens ir organizacijos sąveikos lygmens intervencinės priemonės

Šiomis intervencinėmis priemonėmis mėginama padidinti darbuotojo galimybę įveikti įtampą. Darbdavys turėtų investuoti į intervencines priemones, kuriomis didinamos darbuotojų galimybės kovoti su įtampa, pavyzdžiui, organizuoti mokymus.

Šių intervencinių priemonių pavyzdžiai (EU-OSHA, 2002; Pollett, 2007; Marine ir kt., 2009):

- santykių tarp kolegų ir vadovų darbe gerinimas;
- paramos grupių kūrimas;
- asmens ir aplinkos atitikimo gerinimas;
- su vaidmenimis susijusių klausimų aiškinimasis;
- dalyvavimo ir savarankiškumo didinimas;
- mokymai, skirti darbuotojų savigarbai, savivertei ir bendrumo jausmui didinti;
- atidumu pagrįsta įtampos mažinimo programa: šią programą sudaro mokymas, skirtas bendravimo įgūdžiams didinti, mokymas, kaip elgtis stresinėje situacijoje ir kaip padėti sau;
- mokymas didinti įtampos įveikimo praktinius įgūdžius ir gerinti santykius ir darbą su pacientais;
- darbuotojų mokymas, kaip elgtis tam tikrose situacijose, pavyzdžiui, susidūrus su mirtimi, skausmu ir mirtinomis ligomis sergančiais pacientais.

3.3.3. Asmens lygmens intervencinės priemonės

Asmens lygmens intervencinės priemonės paprastai skirtos sumažinti įtampą tiems darbuotojams, kurie jau yra paveikti streso. Šiomis priemonėmis siekiama didinti asmens gebėjimą įveikti įtampą, pasitelkiant, pavyzdžiui, atsipalaidavimo metodus (EU-OSHA, 2002). Intervencinėmis priemonėmis užtikrinama, kad asmuo galėtų geriau įveikti įtampos simptomus. Tinkama parama šiems žmonėms padeda kaip įmanoma labiau sumažinti žalingas pasekmes. Keletas pavyzdžių:

- gydomasis masažas;
- įveikimo strategijos mokymas;
- mąstymo ir elgsenos mokymas;
- įtampos valdymo mokymas;
- konsultavimas.

3.4. *Kova su smurtu ir priekabiavimu sveikatos priežiūros srityje*

Kaip aptarta anksčiau, sveikatos priežiūros sektoriuje dažna ne tik įtampa, bet ir smurtas bei priekabiavimas, ir tai kenkia sveikatai. Norint įveikti smurtą ir agresiją sveikatos priežiūros sektoriuje, galima taikyti to paties lygmens intervencines priemones kaip ir įtampos prevencijos atveju.

Organizacijos lygmeniu galima taikyti šias intervencines priemones (TDO, 2002; NAO, 2003; Jungtinių Amerikos Valstijų darbo departamentas, 2004):

- darbo vietos kultūros, kurioje svarbiausia – žmogus, kūrimas, ir aiškaus pareiškimo, kuriame aiškiai nurodoma, kad smurtas ar agresija prieš sveikatos priežiūros darbuotojus netoleruojami, paskelbimas; visi dalyvaujantys asmenys (pacientai, darbuotojai ir vadovai) turėtų būti supažindinti su šia politika;



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

- vadovybės įsipareigojimas užkirsti kelią smurtui ir agresijai;
- aiškus informavimas ir bendravimas;
- smurto, agresijos ir priekabiavimo darbe rizikos vertinimas;
- aplinkos kontrolė: saugumo užtikrinimas pasitelkiant efektyvias technologijas ir procedūras (pavyzdžiui, signalizacijos sistemos, atstumo tarp kliento (paciento) ir darbuotojų sukūrimas naudojant platesnį aptarnavimo stalą ir kt.);
- informavimas apie reikalingas apsaugos priemones, su tam tikrais pacientais susijusią didesnę riziką ir kt.

Asmens ir organizacijos lygmeniu galima taikyti šias priemones (TDO, 2002; NAO, 2003; Jungtinių Amerikos Valstijų darbo departamentas, 2004):

- pranešimas apie visus smurto ir agresijos atvejus;
- išankstinis darbuotojų mokymas, kaip atpažinti faktines ar galimas grėsmes darbo vietoje, kaip elgtis smurtinėse situacijose.

Galiausiai esama ir asmens lygmens intervencinių priemonių (TDO, 2002; NAO, 2003; Jungtinių Amerikos Valstijų darbo departamentas, 2004; Arnetz ir Arnetz, 2000):

- pagalba ir parama;
- konsultavimas;
- nusiskundimų procedūros;
- ataskaitos išklausymas;
- nukentėjusių nuo smurto darbuotojų reabilitavimas.

3.5. Gera praktika

Esama išsamių psichikos sveikatos gerinimo intervencinių priemonių, nors dažnai organizacijose neskiriama vienodai dėmesio visiems trimis intervencijos lygmenims (Cox ir kt., 2000; Kompier ir kt., 1998). Organizacijose daugiau dėmesio skiriama asmenų ir organizacijos sąveikai ir asmeninėms intervencinėms priemonėms. Dėl šios priežasties dažnai pamiršamos intervencinės priemonės, užkertančios kelią įtampą sukeliantiems veiksniams darbo vietoje.

Bet kuri organizacija, norinti įgyvendinti tinkamą psichikos sveikatos gerinimo politiką, privalo šią temą nagrinėti visapusiškai ir imtis veiksmų visais trimis lygmenimis. Kadangi įtampos priežastys lemiamos įvairių veiksnių (pavyzdžiui, su darbuotojais susijusių problemų, darbo krūvio, darbo organizavimo problemų ir fizinių darbo sąlygų derinio), visas šias priežastis reikia nagrinėti kartu, priešingu atveju intervencinės priemonės nebus veiksmingos (EU-OSHA, 2002). Šiame procese labai svarbus darbdavių ir darbuotojų bendradarbiavimas (Keleher ir Armstrong, 2005).

Toliau pateikiami du praktiniai organizacijos lygmens intervencinių priemonių pavyzdžiai. Prevencinių priemonių pavyzdžiams daugiausia dėmesio skiriama todėl, kad jos skirtos problemos priežastims. Organizacijos ir asmens ir tik asmens lygmens intervencinės priemonės pateikiamos atitinkamose dalyse.

1 langelyje pateikiamas geros praktikos pavyzdys, rodantis, kaip sveikatos priežiūros sektoriaus organizacijos gali įveikti psichosocialinę riziką, atitinkamas pasekmes sveikatai ir tai, kaip organizacija gali patenkinti poreikį dalyvauti sprendimų priėmimo procese. 2 langelyje pateikiamas geros praktikos, kaip kovoti su smurtu prieš sveikatos priežiūros darbuotojus, pavyzdys.



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

1 langelis. Paramos slaugytojams programa (Jané-Llopis ir kt., 2005)

Aplinkybės

Paramos slaugytojams programa skirta slaugytojų komandų dalyvavimui ir socialinei paramai padidinti, priimant su darbu susijusius sprendimus (psichikos) sveikatos priežiūros įstaigose. Ši programa veiksmingai didina slaugytojų komandų gebėjimą susitelkti ir bendrai ieškoti problemų sprendimų.

Programa

- šešios mokymo sesijos (nuo 4 iki 5 valandų);
- dalyviai: 10 slaugos namų valdytojų ir 10 tiesioginės slaugos darbuotojų;
- tikslai:
 - geriau suprasti ir stiprinti pagalbos ir palaikymo struktūrą organizacijoje;
 - didinti darbuotojų dalyvavimą;
 - plėtoti mokymo veiklą ir jai vadovauti;
 - mokyti išlaikyti šiuos naujus įgūdžius laikui bėgant.

Programos vertinimas

- programa padėjo padidinti informatyvių atsiliepimų apie darbą sistemą;
- programa sustiprino dalyvių tikėjimą ir suvokimą, kad jie gali išspręsti nesutarimus ir susitvarkyti su pernelyg dideliu krūviu darbe;
- programa pagerino komandos nuotaiką, psichikos sveikatą ir pasitenkinimą darbu.

2 langelis. Smurto prieš sveikatos priežiūros sektoriaus darbuotojus valdymas (EU-OSHA, 2002)

Problema

2000 m. Airijoje 12 kartų pranešta apie smurtą ar užgaulų elgesį šalies centre esančių rajoninių ligoninių darbuotojų atžvilgiu. 2001 m. šis skaičius išaugo iki 64. Darbuotojai išgyveno įtampą, nusivylimą, baimę ir jautėsi pažeidžiami.

Sprendimas

Kartu su ligoninių sveikatos ir saugos vykdomuoju darbuotoju Rizikos valdymo skyrius nusprendė sukurti struktūrą, kuri padėtų sistemingai kovoti su smurtu darbo vietoje. Ši struktūra apėmė:

- naujos pranešimų apie įvykius politikos kūrimą ir atviros ataskaitų teikimo politikos skatinimą;
- išsamios smurto ir agresijos valdymo sistemos ir programos kūrimą;
- agresijos ir smurto vertinimą taip, kaip ir visą kitą profesinę riziką; agresijos ir smurto riziką būtina nustatyti ir įvertinti, taip pat įgyvendinti ir įvertinti kontrolės priemonės; siekiant įvykdyti šiuos reikalavimus, sukurtas formalus rizikos vertinimo metodas;
- specifinį mokymą darbuotojams, kad jie galėtų susitvarkyti ir įsikišti į padėtį, kuriai būdinga agresija ir smurtas (dėl sutrikusio elgesio klientų); tikslas – išmokyti darbuotojus pašalinti darbuotojų ar klientų sužalojimo riziką.

Praktiniai pavyzdžiai

Įvairialypė specialistų grupė Skubiosios pagalbos skyriuje atliko svarbų rizikos vertinimą, pasitelkusi sveikatos ir saugos konsultantus. Nustačius keletą didelės rizikos rūšių, buvo imtasi šių veiksmų:

- mokymo programos „Nesmurtinė krizinė intervencija“;
- didesnio saugumo;
- informavimo apie piktybinio elgesio asmenų tramdymo politiką;



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

- asmeninės ir panikos signalizacijos sistemų diegimo;
- glaudesnių darbinių santykių su *Gardai* (policija); glaudžiai bendradarbiauti su ligoninės darbuotojais buvo skirtas ryšių palaikymo pareigūnas;
- pažeidėjai tris kartus sėkmingai patraukti baudžiamojon atsakomybėn teisme;
- skirta dėmesio ergonomikai iš prevencijos ir saugaus darbo praktikos perspektyvos.

4. Išsamesnė informacija

Interneto svetainės:

Europos saugos ir sveikatos darbe agentūra:

<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

Europos gyvenimo ir darbo sąlygų gerinimo fondas:

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

Europos Komisija:

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

Europos sveikatingumo skatinimo darbe tinklas:

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

„ProMenPol“:

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

Pasaulio sveikatos organizacija (PSO):

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

Tarptautinė darbo organizacija (TDO):

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

Sveikatos ir saugos inspekcijos vyriausiasis pareigūnas (HSE, JK):

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

Nacionalinis tyrimų ir saugumo institutas (INRS, Prancūzija):

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

Projektai:

Europos sveikatingumo skatinimo darbe tinklas (ENWHP). II projekto žingsnis „Psichikos sveikata darbo vietoje“:

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

Europos psichikos sveikatos įgyvendinimo projektas:

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



5. References

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>

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:



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

[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.

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



Psichikos sveikatos stiprinimas sveikatos priežiūros sektoriuje

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/