

Krepitev duševnega zdravja delavcev

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) v 3. členu opredeljuje promocijo zdravja na delovnem mestu kot sistematične ciljne aktivnosti in ukrepe, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitve telesnega in duševnega zdravja delavcev.



Avtor:

doc. dr. Peter Pregelj, dr. med.,
spec. psih.
Katedra za psihiatrijo, Medicinska
fakulteta Univerze v Ljubljani,
Zaloška 29, 1000 Ljubljana
Psihiatrična klinika Ljubljana,
Studenec 48, 1260 Ljubljana Polje

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) v 3. členu opredeljuje promocijo zdravja na delovnem mestu kot sistematične ciljne aktivnosti in ukrepe, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitve telesnega in duševnega zdravja delavcev.

Uvod

Krepitev duševnega zdravja delavcev je usmerjena ne le v preprečevanje psihičnih motenj, temveč v celosten pristop krepitve zdravja, ki ga ni mogoče več deliti na psihično in duševno zdravje, pač pa ga je mogoče opredeliti v skladu z definicijo Svetovne zdravstvene organizacije na odsotnost bolezni (tako telesne kot psihične) in na socialno blagostanje. Iz navedene definicije je mogoče razbrati

pomembnost pogleda na človeka kot na bio-psiho-socialno bitje. Različni dejavniki, povezani z delovnim mestom, utegnejo negativno vplivati neposredno na eno od komponent človekovega bivanja in posredno prizadeti tudi ostale komponente. Tako utegne, na primer, biološki, fizikalni ali kemijski dejavnik vplivati na pacientovo zdravje in povzročiti telesno bolezen, ki preko psiholoških mehanizmov privede do pojavljanja ene od psihičnih motenj, ki nadalje vpliva na pacientove interakcije v socialnem okolju.

Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) v 3. členu opredeljuje promocijo zdravja na delovnem mestu kot sistematične ciljne aktivnosti in ukrepe, ki jih delodajalec izvaja zaradi ohranjanja in krepitve telesnega in duševnega zdravja delavcev. Isti zakon v 7. členu nalaga delodajalcu obvezo, da mora pri načrtovanju dela upoštevati duševne in telesne zmožnosti delavcev in zmanjševati tveganja zaradi delovnih obremenitev, ki lahko vplivajo na varnost in zdravje delavcev pri delu. Dodatno zakon od delodajalca zahteva, da sprejme ukrepe za preprečevanje, odpravljanje in obvladovanje primerov nasilja, trpinčenja, nadlegovanja in drugih oblik psiho-socialnega tveganja na delovnih mestih, ki lahko ogrozijo zdravje delavcev.¹

Ukrepi primarne preventive
Preprečevanje pojavljanja, zgodnje prepoznavanje, zdravljenje in okrevanje po psihični motnji poteka s primarno, sekundarno in terciarno preventivo. Krepitev duševnega zdravja delavcev tako ne poteka zgolj v delovnem okolju, pač pa tudi širše, na nivoju celotne populacije, in se nekoliko razlikuje oziroma nudi dodatne poudarke v primerjavi s preventivo drugih motenj in bolezni. Primarna preventiva delavcev zajema ukrepe na ravni celotne populacije, skupin s povečanim tveganjem za razvoj psihične motnje in skupin delavcev, pri katerih so se nekateri simptomi psihične motnje že pojavili, niso pa razvili celotne klinične slike.² Primarna preventiva na ravni celotne populacije je usmerjena zlasti v informiranje javnosti in zagotavljanje splošnih pogojev dela in bivanja, ki zmanjšujejo verjetnost pojavljanja psihičnih motenj v populaciji. Z delom utegnejo biti povezani dejavniki, ki sami po sebi predstavljajo tveganje za razvoj psihične motnje. Skupine delavcev, ki so izpostavljene takim dejavnikom, kakor tudi delavci s povečano ranljivostjo za psihične motnje, potrebujejo v okviru selektivne primarne preventive posebno pozornost. V aktivnosti tovrstne preventive je smiselno vključiti ljudi, ki se pri svojem delu srečujejo z ekstremnimi stresi, na primer vojaki. Programi selektivne preventive morajo biti prirejani potrebam skupine in temeljiti na relevan-

tnih strokovnih dognanjih. Indicirana primarna preventiva pa vključuje pomoč delavcem, ki so že razvili posamezne psihopatoške fenomene, ki služijo kot pokazatelj povečanega tveganja za razvoj psihične motnje. Eden od najbolj univerzalnih simptomov je bolečina v vseh njenih razsežnostih. Tako kot telesna bolečina sporoča osebi, da je okvarjen del telesa ali da je prisotna grožnja zdravju, tako je tudi na področju psihičnega stanja mogoče definirati psihološko bolečino kot opozorilo, da je za osebo dana situacija potencialno



ogrožajoča. Psihološka bolečina predstavlja katerokoli psihično oziroma netelesno trpljenje. Huda psihološka bolečina je opredeljena z izkušnjo hudega trpljenja, povezanega s psihično motnjo (na primer hudo depresivno epizodo) ali izgubo (na primer smrt ljubljene osebe).³ Čustvena bolečina je podvrsta psihološke bolečine, ki je tesneje povezana s čustvovanjem osebe. Na področju socialne psihologije in psihologije osebnosti uporabljajo pojem socialna bolečina. Ta bolečina podrobneje opredeljuje

čustveno bolečino in vsebuje bolečino, ki se pojavlja ob grožnji ali ob okrnjenju socialnih povezav. Zanimivo je, da različni tipi bolečine povzročijo vzdraženje podobnih predelov v možganih.⁴ Kljub temu se telesni bolečini, kot indikatorju grožnje za zdravje posameznika, posveča več pozornosti kot ostalim vrstam bolečine. Zgodnji pokazatelji težav na področju duševnega zdravja so motnje spanja. Nespečnost sama po sebi v blažji obliki ni psihična motnja, utegne pa predstavljati enega od zgodnjih opozorilnih znakov bližajoče se motnje.

Ukrepi sekundarne preventive

Sekundarna preventiva na področju duševnega zdravja vključuje zgodnje prepoznavanje, zgodnje zdravljenje in standardno zdravljenje psihičnih motenj. Zgodnje prepoznavanje vključuje poznavanje simptomov psihične motnje in poučenost sodelavcev in vodstva delovne organizacije o možnih ukrepih ob sumu na psihično motnjo pri delavcu. Dobra socialna vključenost delavca na delovnem mestu bo omogočila hitrejše prepoznavanje sprememb v funkcioniranju delavca in postavitve sumav psihično motnjo. Ljudje, ki poznajo delavca, omogočajo usmeritev v iskanje strokovne pomoči. Stigma, povezana s psihično motnjo, predstavlja dodatno oviro pri ukrepanju, saj utegne delavec zaradi predsodkov, povezanih s psihičnimi

motnjami, odkloniti pomoč ali pa mu pomoč sploh ne bo ponujena. Ukrepi na nivoju primarne preventive utegnejo zmanjšati stigmo, vendar morajo potekati, preden se pri delavcu pojavi. Le zgodnje prepoznavanje psihičnih motenj omogoča zgodnje zdravljenje. Ustrezna pomoč delavcu s psihično motnjo mora biti usmerjena v opravljanje psihopatoloških fenomenov, izboljšanje funkcioniranja delavca in izboljšanje njegovega zadovoljstva. Ob tem naj zgodnje zdravljenje ne predstavlja pretiranih dodatnih obremenitev za delavca. Neustrezne reakcije sodelavcev zaradi nepoučenosti in predsodkov utegnejo predstavljati dodatne nepotrebne obremenitve delavca s psihično motnjo v procesu zdravljenja. Programi zgodnjega zdravljenja ob še ne docela razviti psihični motnji ali v zgodnjih fazah psihične motnje pri večini tovrstnih motenj omogočajo bolj ugoden potek zdravljenja. Standardno zdravljenje psihičnih motenj poteka ambulantno ali bolnišnično. V primeru, da se delavec za zdravljenje ne odloči, pa je njegovo življenje ali življenje drugih ogroženo zaradi psihične motnje, je mogoče, da se zdravnik odloči tudi za zdravljenje brez pacientove privolitve. Podobno je zdravljenje brez privolitve pacienta mogoče tudi v primeru, ko se že povzroča večja materialna škoda. Zakon o duševnem zdravju podrobneje opredeljuje razloge za tovrstno zdravljenje in postopke.¹



Ukrepi terciarne preventive

Na ravni terciarne preventive je dolgotrajna oskrba delavcev s psihično motnjo usmerjena predvsem v vključevanje v skupnost, kamor sodi tudi rehabilitacija v delovnem okolju. Podobno kot pri začetku zdravljenja utegne stigmatizacija psihičnih motenj predstavljati oviro pri vračanju delavca s psihično motnjo v delovni proces. Psihične motnje z dolgotrajnim potekom pogosto zahtevajo dolgotrajno zdravljenje psihične motnje, ki je glede na naravo psihične motnje sestavljeno iz biološke, psihološke in sociološke komponente celostne obravnave pacienta. Pri delavcu s psihično motnjo niso vse komponente obravnave stalno enako zastopane, pač pa jih je treba prilagajati glede na potrebe posameznika. Zlasti pri težjih psihičnih motnjah z dolgotrajno prisotnimi psihopatološkimi fenomeni ali psihičnih motnjah z epizodičnim neugodnim potekom je potrebno tudi dolgotrajno, pri nekaterih pacientih dosmrtno zdravljenje, tudi z zdravili. Področje ponovne-

ga vključevanja delavca s predpisanimi zdravili, ki lahko vplivajo na psihofizične sposobnosti, je uravnavano z zakonom. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) v 51. členu določa, da delavec ne sme delati ali biti pod vplivom zdravil, ki lahko vplivajo na psihofizične sposobnosti, na tistih delovnih mestih, na katerih je zaradi večje nevarnosti za nezgode pri delu tako določeno z izjavo o varnosti z oceno tveganja. Znano je tudi, da večina zdravil, ki se uporablja za zdravljenje psihičnih motenj, lahko vpliva na psihofizične lastnosti. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1) v 51. členu tudi določa, da delodajalec ugotavlja stanje iz prejšnje navedbe po postopku in na način, določen z internim aktom delodajalca, ter da mora delodajalec odstraniti z dela, delovnega mesta in iz delovnega procesa delavca, ki je delal ali je bil na delovnem mestu v nasprotju s prej navedenimi določili. Podobno zakon tudi določa, da delavec ne sme delati ali biti na delovnem mestu pod vplivom alkohola, drog ali drugih prepovedanih substanc. Maloštevilne raziskave s tega področja nakazujejo, da delavci pogosto niso dovolj informirani o možnih neželenih učinkih zdravila in da na delovnem mestu pogosto ne povedo, da jemljejo psihofarmakoterapijo.⁵ Nekatera delovna mesta, na primer z ali ob nevarnih strojih in dela nad globino, utegnejo predstavljati tveganje za delavce, ki prejemajo psihofarmakoterapijo.

Preprečevanje samomorilnega vedenja

Dodatno posebnost na področju krepitve duševnega zdravja delavcev predstavlja preventiva samomorilnega vedenja. Samomorilno vedenje samo po sebi ni psihična motnja, se pa znatno pogosteje pojavlja pri ljudeh s psihično motnjo. Znan je proces razvoja samomorilnega vedenja od samomorilnih misli do poskusa samomora ali dokončnega samomora. Na pojavljanje samomorilnih misli vplivajo različni dejavniki, predvsem pa stresorji na eni strani in prisotnost psihične motnje, zlasti motenj razpoloženja, kot je na primer ponavljajoča se depresivna motnja. Dodatni dejavniki, kot so impulzivnost, dostopnost samomorilnih sredstev, brezup, pesimizem in posnemanje drugih žrtev samomora, utegnejo privedi do samomorilnega dejanja. Preventiva samomorilnega vedenja je sestavljena iz ukrepanja na različnih ravneh in vključuje izobraževalne programe in programe ozaveščanja. Pomembno je tudi ustrezno poročanje medijev o samomorilnem vedenju in zmanjševanje dostopnosti samomorilnih sredstev, saj zmanjšuje pojavljanje samomorilnega vedenja. Ti programi so namenjeni javnosti, zdravstvenim delavcem v osnovnem zdravstvu in delavcem na vstopnih vratih v zdravstveni sistem. Prepoznavanje oseb z visokim tveganjem je vključeno v dejavnosti selektivne primarne preventive. Ustrezno prepoznavanje in zdravljenje psi-



hične motnje delavcev zmanjša tveganje za pojavljanje samomorilnega vedenja. V tovrstno zdravljenje sodi tako farmakoterapija, na primer zdravljenje depresivne epizode z antidepresivi, kakor tudi psihoterapevtski ukrepi, kot je program zdravljenja sindroma odvisnosti od alkohola. Znano je, da so ljudje, ki so v življenju imeli enega ali več poskusov samomora, bistveno bolj ogroženi, da umrejo zaradi samomora kot drugi. Nudenje ustrezne pomoči zmanjšuje verjetnost ponovitve samomorilnega vedenja.⁶

Zaključek

Ustrezno izdelan načrt za krepitev duševnega zdravja delavcev, specifičen za delovno okolje, z upoštevanjem dejavnikov tveganja za posamezne psihične motnje omogoča krepitev duševnega zdravja delavcev. Posebno pozornost v državi z visokim samomorilnim količnikom je treba nameniti preventivi samomorilnega vedenja. Nove zakonske določbe nalagajo delodajalcem dodatne naloge v zagotavljanje duševnega zdravja delavcev.

Viri

1. http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r07/predpis_ZAKO5537.html. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (ZVZD-1).
2. Marazek, P. J., Haggerty, R. J. (Eds.). (1994). *Reducing Risks for Mental Disorders*. Institute of Medicine. Washington: National Academy Press.
3. Merskey, H., Spear, F.G. (1967). *Pain, psychological and psychiatric aspects*. London: Bailliere, Tindall & Cassell.
4. Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., Williams, K. D. Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion. *Science* 302 (2003) 1; 209–92.
5. Haslam, C., Atkinson, S., Brown, S. S., Haslam, R. A. Anxiety and depression in the workplace: effects on the individual and organisation (a focus group investigation). *J Affect Disord* 88 (2005) 2; 209–15.
6. Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J., Beautrais, A., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P., Hendin, H. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA* 294 (2005) 16; 2064–74.